



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y PSICOPEDAGOGÍA

TRABAJO FINAL DE CARRERA:

“Prácticas psicopedagógicas en el tratamiento de niños y niñas del nivel inicial con rasgos psicóticos tipo esquizofrénicos”

ALUMNA:

SILVA, YANINA EMILIA

DNI.: 36.529.504

TÍTULO A OBTENER:

LIC. EN PSICOPEDAGOGÍA

CARRERA:

LIC. EN PSICOPEDAGOGÍA

TUTORES:

LIC. BERTA ROTSTEIN & LIC. JUAN CONTI

FECHA DE PRESENTACIÓN:

FEBRERO 2023

Dedicado a mis abuelitos, Tota y Cirilo, que desde el cielo me dieron las fuerzas necesarias para no bajar los brazos y continuar. Sé que están felices de verme cumpliendo uno de mis sueños.

AGRADECIMIENTOS

A mis papás que hicieron posible que hoy se esté cumpliendo mi deseo.

A mi hermano Nicolás, amigo y confidente de gran apoyo y aliento.

A mi pareja, Jorge, mi gran compañero de vida, que me sostuvo y contuvo en los momentos más difíciles como nadie pero también sonrió y festejó a mi lado los logros.

A mis compañeras de facultad, hoy mis amigas, que siempre creyeron en mí y me alentaron dándome esa seguridad que muchas veces la perdía.

A mi tutor, Juan, por siempre valorar y acompañar mi trabajo haciendo el recorrido más llevadero.

A mi Choli, mi compañerito más fiel, que en cada momento me acompañaba de manera incondicional.

Y por último, a todas las personas que a través de la palabra, escucha y sostén hicieron de algún modo que esto sea posible.

¡Muchas Gracias!

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	5
FUNDAMENTACIÓN	6
PRIMERA PARTE	8
Estado del arte	8
SEGUNDA PARTE	14
Marco teórico	14
1. La psicosis	14
1.1 Conceptualización desde la medicina	14
1.2 Conceptualización desde las corrientes psicológicas	15
1.2.A La psicosis desde la perspectiva psicoanalítica	15
1.2.B La psicosis desde la perspectiva cognitivo - conductual	16
1.3 Conceptualización desde la psicopedagogía	18
1.3.A La psicosis desde la corriente psicoanalítica	18
1.3.B La psicosis desde la corriente cognitivo - conductual	19
1.4 Multidisciplina y transdisciplina	19
2. Psicosis Infantil tipo esquizofrénica	21
2.1 Conceptualización	21
2.2 Indicadores de la psicosis de tipo esquizofrénica	23
3. Niñez	25
3.1 Conceptualización	25
3.2 Aprendizaje en la niñez: Nivel Inicial	25
4. Prácticas psicopedagógicas	27
4.1 Conceptualización	27
4.2 Diagnóstico psicopedagógico	28
4.2.1 Conceptualización	28
4.3 El aprendizaje	30
4.4 Tratamiento psicopedagógico	30
4.4.1 Conceptualización	30
4.4.A Tratamiento psicopedagógico desde la corriente psicoanalítica	32
4.4.B Tratamiento psicopedagógico desde la corriente cognitivo - conductual	33
4.5 Concepción	34
4.5.1 Conceptualización	34
4.5.A Características de la concepción	35

4.5.B Funciones de las concepciones	35
TERCERA PARTE	37
Marco metodológico	37
CUARTA PARTE	39
Análisis	39
Hallazgos	45
Debate con la teoría	47
QUINTA PARTE	49
Conclusión	49
Referencias bibliográficas	51
Anexos	56
Entrevista 1	56
Entrevista 2	67
Entrevista 3	76

RESUMEN

Este trabajo final de carrera investiga una temática relevante y escasamente estudiada: el abordaje psicopedagógico y las intervenciones en el tratamiento de niños y niñas de nivel inicial con rasgos psicóticos de tipo esquizofrénico. El objetivo general es analizar las concepciones que subyacen en las intervenciones psicopedagógicas realizadas por los psicopedagogos en los casos de psicosis infantil tipo esquizofrénica.

En relación a la metodología, se trata de un estudio cualitativo, con un enfoque de tipo exploratorio, descriptivo e interpretativo, en el cual se estudiarán profesionales psicopedagogos para conocer sus percepciones y abordajes. Este estudio fue realizado a través de entrevistas en profundidad semiestructuradas.

En cuanto a las conclusiones surge que, para las profesionales estudiadas, en pacientes con esta condición hay una afectación en las funciones del aprendizaje, sea por motivos emocionales o porque esté afectada la flexibilidad cognitiva, la función ejecutiva y el pensamiento simbólico. Además, la mayoría mencionó la importancia del acompañamiento de las familias a lo largo del proceso y el tratamiento. Finalmente, de nuestra pesquisa surge el valor que tiene crear un contexto en el que el niño y/o niña sienta un lazo afectivo y amoroso del orden del cuidado para poder avanzar en su tratamiento.

En función de los datos obtenidos, se coincide con distintos autores relevados, como Díaz Rodríguez y Ulloa Flores en cuanto a que la esquizofrenia en niños y adolescentes requiere de un tratamiento multidisciplinario a fin de mejorar el pronóstico de los pacientes a través de un modelo de tratamiento integral, poniendo en juego lo situacional y la perspectiva de cada uno de los actores. Por otro lado, se concuerda con Filidoro acerca de que la estructura psicótica todavía no está definida en la infancia.

Palabras clave: Psicopedagogía - Psicosis infantil - Esquizofrenia - Práctica profesional - Intervenciones psicopedagógicas.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo final de carrera indaga, con un enfoque cualitativo, las prácticas profesionales que utilizan los psicopedagogos en el tratamiento de niños y niñas del nivel inicial con rasgos psicóticos tipo esquizofrénicos y las concepciones que las sustentan.

Está organizado en cinco partes de la siguiente forma: en la primera parte se incluyen los antecedentes científicos, los cuales abordan desde múltiples enfoques la psicosis infantil tipo esquizofrénica en la niñez. En el rastreo no se encontraron investigaciones que den cuenta de las prácticas profesionales que utilizan los psicopedagogos.

En la segunda parte se encuentran los conceptos iniciales de referencia desarrollados en cuatro capítulos. En el primer capítulo se aborda el concepto de psicosis desde la medicina, la psicología y la psicopedagogía. Éstas dos últimas desde la corriente psicoanalítica y desde la corriente cognitivo – conductual. Luego se hace referencia al multidisciplinario y transdisciplinario. El segundo capítulo se focaliza en la psicosis infantil tipo esquizofrénica. En el tercer capítulo se expone lo referido al concepto de niñez y al aprendizaje en la niñez, específicamente al nivel inicial. Finalmente, el cuarto capítulo está centrado en las prácticas psicopedagógicas desarrollando sus contenidos y el rol profesional con sus concepciones, el sujeto y sus contextos, la problemática del aprendizaje que deriva en un diagnóstico y el tratamiento.

La tercera parte contiene el marco metodológico donde se expone el planteo del problema, el objetivo general y los objetivos específicos, la muestra, el diseño y un gráfico con las dimensiones de análisis. En la cuarta parte se hallará el análisis de los datos, los hallazgos y el debate con la teoría.

La quinta parte finaliza con la conclusión y, por último, se describen algunas líneas posibles de indagación considerando una serie de dimensiones que pueden ser útiles e importantes para continuar reflexionando sobre esta temática

A continuación, se encuentran las referencias bibliográficas y como anexos, la transcripción de las tres entrevistas realizadas como así también la matriz de estas.

FUNDAMENTACIÓN

UNICEF (2021) señala que el problema de los trastornos mentales en niños era grave antes del año 2020, pero se agravó con la crisis sanitaria. A partir de la pandemia por COVID-19 se generó nuevamente un gran interés y preocupación por la problemática de la salud mental de los niños y niñas.

Según las estimaciones de la agencia de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para la infancia: Un 13% de los niños de entre 10 y 19 años padece un trastorno mental diagnosticado. Esto implica 1 de cada 7 sujetos. Cuando se habla de trastorno mental, están presente desde el trastorno por déficit de atención e hiperactividad hasta la esquizofrenia, reconociendo que éstas no solo afectan la salud, sino también a la educación. El informe del organismo de la ONU también resalta la falta de medios y especialistas para tratar los problemas de salud mental. Los profesionales fundamentales en estas problemáticas son los psiquiatras. El número de los mismos especializados en el tratamiento de niños, niñas y adolescentes (NNYA) es inferior al 0,1 por 100.000 habitantes en todos los países, excepto en los países de ingresos altos, donde la cifra era de 5,5 por 100.000.

Este trabajo se orienta específicamente a investigar las prácticas profesionales que realizan los psicopedagogos en el trastorno de psicosis infantil, y en este sentido, siguiendo a Janín (2019), resulta importante definir a la psicosis infantil como un trastorno severo en la constitución psíquica. En su texto dedicado al sufrimiento psíquico en los niños, ha marcado una línea de trabajo que abre posibilidades al abordaje terapéutico descentrado en la alucinación y el delirio exclusivamente. En este sentido, afirma:

Considero importante, con los niños en los que predominan las producciones bizarras (a los que F. Tustin llama pre- esquizofrénicos), que el analista no se paralice frente a las producciones alucinatorias o delirantes del niño y que les dé un espacio; que ayude a diferenciar fantasía y realidad; que le permita pasar de la descarga motriz al juego y elaborar los terrores que lo invaden, acompañándolo en el proceso de armado subjetivo; que lo contenga; que vaya detectando los momentos de irrupción de la alucinación o el armado delirante, para delimitar ese 'antes' insoportable y que verbalice los afectos del niño. (p. 218)

Esta línea de pensamiento es la que se tomará como punto de partida para esta investigación, la cual indagará en las estrategias que los profesionales realizan en su abordaje psicopedagógico, el cual contemplará terapias en las cuales prevalecen ciertas características.

En una investigación de López Lázaro (2016) se afirma que la psicosis infantil tipo esquizofrénica es uno de los trastornos menos abordados, en comparación con otras problemáticas del desarrollo. Esto es lo que hace significativo profundizar más sobre el mismo y sobre las distintas modalidades del actuar profesional, en relación con ella.

La presente investigación indagará sobre cuáles son las prácticas profesionales que utilizan los psicopedagogos en el tratamiento de niños y niñas del nivel inicial con rasgos psicóticos infantiles tipo esquizofrénicos para ayudarlos a construir el proceso de aprendizaje. Para el abordaje de esta temática se utiliza un enfoque de trabajo cualitativo utilizando como herramienta, entrevistas en profundidad a psicopedagogos de distintas corrientes/ enfoques.

PRIMERA PARTE

Estado del arte

El conocimiento producido sobre las dimensiones que aborda esta tesis da cuenta de que debemos indagar los trabajos producidos en relación con las temáticas de la esquizofrenia y el neurodesarrollo.

Desde la psiquiatría, García Valencia, et al. (2005), plantean dos hipótesis respecto al origen de la esquizofrenia. La primera de ellas, correspondiente al neurodesarrollo, postula que ésta es producto de una alteración cerebral primaria, resultante de un defecto estructural que ocurre temprano en la vida. Una hipótesis es que este defecto interactúa con eventos del desarrollo del sistema nervioso central y produce deficiencias que, junto con precipitantes ambientales, llevan a las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia. Ellos sostienen que esta hipótesis ha tenido gran aceptación. Sin embargo, en este artículo se revisan los estudios médicos que apoyan dicha hipótesis y aquellos que la contrarían al mostrar hallazgos de procesos neurodegenerativos dentro del trastorno.

A lo largo del artículo, los autores presentan una segunda alternativa para explicar el surgimiento de la esquizofrenia, exponiendo así las controversias alrededor de la hipótesis del neurodesarrollo detallada al comienzo:

A pesar de las anteriores observaciones que hicieron surgir y han sostenido la hipótesis de neurodesarrollo, existe controversia a su alrededor, debido a indicios que hacen pensar en un proceso neurodegenerativo asociado con la aparición de la esquizofrenia. En suma, se ha propuesto que el defecto biológico en la esquizofrenia es un proceso continuo de alteraciones en el crecimiento y reparaciones celulares. (García Valencia, et al., 2005, p. 65)

En definitiva, de acuerdo con la revisión de diversos estudios médicos, la hipótesis del neurodesarrollo puede explicar en parte las bases etiopatogénicas de la esquizofrenia, pero los autores proponen integrar la hipótesis del neurodesarrollo junto con la de la neurodegeneración, pues hay indicios de que ambos procesos ocurren en los sujetos con el trastorno. Esta integración tiene coherencia con otros fenómenos observados en la esquizofrenia, como las alteraciones en la función de los sistemas neurotransmisores, las deficiencias neurocognoscitivas y la posible implicación de la neuroglia.

Finalmente concluyen en que deben utilizarse y también diseñarse herramientas metodológicas que permitan aproximarse de forma más adecuada a la complejidad del problema, considerando, para finalizar, que la esquizofrenia es un fenómeno complejo cuyos mecanismos etiopatogénicos están todavía por dilucidarse, posiblemente sean múltiples y estén relacionados. No parece haber, para estos autores, una vía única para el desarrollo del trastorno.

Desde la psicología, Díaz Rodríguez (2005) desarrolla un análisis sobre el tratamiento de la psicosis infantil. Este estudio refleja que este tratamiento no puede reducirse nunca a una sola intervención. La psiquiatra y psicoterapeuta afirma que tiene que haber una asistencia en un marco integrado: terapeuta principal y colaboradores que estimulen distintas áreas, además de un trabajo psicoterapéutico con el niño y su familia, y no tiempos aislados de cada profesional. Sin embargo, la decisión de priorizar ciertas intervenciones u otras dependerá sobre todo del grado de evolución del niño y por lo tanto del funcionamiento de su aparato psíquico. La autora refiere que en la actualidad se dispone de medicamentos que son útiles para mejorar determinados síntomas que, considerando el momento en el que se actúe sobre ellos pueden proveer mejores condiciones para que el sujeto alcance un desarrollo óptimo.

Continuando su planteo, presenta una serie de elementos que deberían constituir el eje de todo tratamiento de la psicosis infantil como: un diagnóstico precoz, exámenes complementarios, analítica de sangre y orina, estudio cromosómico, neurológico, exploraciones ocular y otológica completas, trabajo psicoterapéutico y psicopedagógico con el niño, trabajo con la familia, psicológico y de ayuda práctica. En relación al trabajo psicopedagógico, afirma que es necesario “proponer al niño medios que le permitan conseguir una mejor inserción social y el mayor nivel de desarrollo posible; estos medios pueden buscarse en común a partir de las competencias específicas de cada uno” (Díaz Rodríguez, 2005, p. 61).

Desde la farmacología, Ulloa Flores, et al. (2011) definen a la esquizofrenia como un trastorno psicótico prevalente, crónico e incapacitante que afecta la percepción, el pensamiento, el afecto y la conducta en niños/as, adolescentes y adultos, deteriorando el funcionamiento de estos sujetos tanto en el ámbito familiar, como en el escolar y social. En el caso de los infantes, la aparición de los síntomas es frecuentemente precedida por trastornos en el desarrollo y se ha expuesto a través de un coeficiente intelectual bajo, déficits cognoscitivos y síntomas negativos intensos. Por eso mismo, sostienen que es recomendable actuar en edades tempranas incluyendo programas de detección temprana y tratamiento farmacológico y psicosocial.

Uno de los objetivos de la investigación es mostrar una revisión actualizada de la eficacia y la seguridad de los antipsicóticos en niños/as y adolescentes, así como el efecto de las intervenciones psicosociales.

Con respecto al tratamiento farmacológico, lo que se busca es lograr un resultado óptimo suministrando dosis mínimas efectivas del antipsicótico y tener el menor número de efectos adversos posibles. Cabe destacar que, en edad pediátrica, es fundamental considerar los antipsicóticos en estudios controlados, siendo cautelosos y moderados con los mismos. Por otro lado, el tratamiento psicosocial lo que hace es brindar información al paciente y su familia, promueve la adaptación y disminuye la morbilidad asociada para prevenir recaídas, por medio de programas de psicoeducación, psicoterapia y rehabilitación. Los programas de psicoeducación se basan en conocer la enfermedad y sus causas, los tratamientos posibles y los factores asociados a las recaídas. En relación con la psicoterapia, este tratamiento se puede trabajar con el sujeto en cuestión, con la familia o de manera grupal, esto va a depender de la singularidad de cada paciente. Y, por último, también se caracterizan los programas de rehabilitación, los cuales comprenden el entrenamiento de habilidades sociales, la rehabilitación cognitiva y un programa de acondicionamiento físico para promover el bienestar total del paciente y evitar la aparición de los efectos secundarios sobre el metabolismo.

En las conclusiones de su investigación, manifiestan que la esquizofrenia en niños y adolescentes requiere de un tratamiento multidisciplinario a fin de mejorar el pronóstico de los pacientes a través de un eficaz modelo de tratamiento integral. Este debería combinar el uso de antipsicóticos con intervenciones psicosociales que fomenten el funcionamiento académico y social en pacientes con esquizofrenia de inicio precoz, examinando la relación costo-beneficio de dichas intervenciones a largo plazo.

Desde la neurología, Barrera (2006) aborda el estudio de los trastornos cognitivos en pacientes esquizofrénicos, considerando que es un factor que determina el nivel de discapacidad. Las funciones cognitivas que estudia son la memoria declarativa, las funciones ejecutivas, la memoria de trabajo y la vigilancia o estado de alerta. Es decir, esta investigación se centra en los trastornos de la memoria, de las funciones ejecutivas, y de la atención.

En cuanto al primer punto, los trastornos de la memoria, el investigador afirma que la función mnésica está especialmente afectada en los pacientes con esquizofrenia, con un severo deterioro de la memoria declarativa verbal y espacial, así como de la memoria episódica. Estas alteraciones de la memoria se asocian con la

cronicidad de la enfermedad y con la falta de respuesta al tratamiento. Además, estos pacientes presentan un severo déficit de la memoria semántica que se expresa en pruebas de priming semántico y de fluencia verbal, así como en tareas de asociación de palabras. En segundo lugar, cuando analiza las funciones ejecutivas sostiene que los pacientes con esquizofrenia presentan varias irregularidades ya que pueden rendir normalmente en pruebas cognitivas estructuradas y solamente manifestarán su déficit en situaciones que requieren de la capacidad de organizar, monitorear y controlar la propia conducta. Por último, se refiere a los trastornos de la atención y en este punto menciona que “se ha establecido que las anomalías de la atención en la esquizofrenia existen antes, durante y después de los episodios psicóticos. Los déficits de la atención persisten pese a que la medicación antipsicótica los atenúa” (Barrera, 2006, p. 218).

En la conclusión de su trabajo, Barrera afirma que los déficits cognitivos de la esquizofrenia son un factor que determina el nivel de discapacidad de los pacientes en mayor medida, quizás, que los síntomas positivos y negativos propios de la enfermedad. Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia no parecen ser, para él, producto de los síntomas negativos de la enfermedad ya que no se han encontrado correlaciones entre la severidad de las alucinaciones o delirios y la severidad de los déficits cognitivos:

De hecho, estos últimos se detectan a menudo antes de que se inicie la psicosis o ya son severos durante el primer episodio de la enfermedad. Los trastornos de la atención y de la memoria de trabajo anteceden el comienzo de la psicosis y permanecen estables después que la psicosis se ha resuelto, lo cual sugiere su independencia de los síntomas positivos. (Barrera, 2006, p. 216)

Cuando se habla de alteraciones cognitivas se hace referencia más a la pobreza del lenguaje y una deficiente función social y ocupacional, pero se asocia menos con la incapacidad de expresar las emociones.

Desde la educación infantil, López Lázaro (2016) investiga acerca del proceso de detección y diagnóstico de la psicosis infantil en la escuela. Considera relevante referirse a que la psicosis infantil en edades tempranas es un trastorno poco común, pero que esto no quiere decir que no exista y que no se pueda encontrar a lo largo de la práctica profesional en educación, por lo que no se puede eludir. Por esto mismo,

propone conocer con mayor profundidad la problemática de la psicosis infantil, abordando su historia, definición, sintomatología y etiología comprendiendo el proceso de detección y diagnóstico, tanto clínico como educativo. Para la autora es importante un mayor grado de implicación e indagación sobre esta temática y realizar un trabajo de reflexión teórico-práctica, ya que este permitirá conocer los signos de alarma propios del trastorno psicótico infantil y sus principales síntomas para luego establecer orientaciones educativas en la etapa de educación infantil.

Desde una metodología cuantitativa, Vasconcelos y Gonzáles Cruz (2014) en su investigación realizan un estudio descriptivo de la esquizofrenia infantil con el objetivo de caracterizarla y conocerla a través de un caso concreto. Se trata de una niña de nueve años de edad, con antecedentes familiares de esquizofrenia paranoide y con una situación económicamente desfavorable que agrava su desarrollo psicológico y emocional. En edades tempranas, la niña no presentaba ninguna dificultad a nivel académico ya que su rendimiento intelectual era alto y manifestaba habilidades sobresalientes para las matemáticas, pero puntualmente en cuarto grado comenzó con alteraciones en el comportamiento y una disminución total del rendimiento escolar, lo que se agravó en un período de tres meses. Es por esto que fue derivada al Centro comunitario de salud mental por la especialista en Psicología y la docente. Se le realizaron estudios y se sugirió ingreso hospitalario; debido a que su diagnóstico era una esquizofrenia infantil. En la actualidad sigue con tratamiento antipsicótico y psicoterapéutico y presenta períodos de remisiones con duración breve. Con respecto al área académica, la niña asiste a la enseñanza primaria con atención pedagógica individualizada para favorecer su aprendizaje. Su pronóstico es reservado, su evolución crónica y el seguimiento periódico.

En la misma investigación, los autores exponen datos estadísticos en relación a la enfermedad, indicando que hay una cierta prevalencia hereditaria porque si uno de los padres padece esquizofrenia el hijo tiene un 12% de posibilidades de desarrollar dicho trastorno y si ambos son esquizofrénicos el niño tiene un 39% de probabilidades. En cambio, un niño con padres sanos tiene un 1% de posibilidades de padecer este trastorno, mientras que un niño con un hermano con este desorden tiene un 8% de probabilidades. En consecuencia, las causas de la esquizofrenia son tanto bioquímicas como ambientales. Por lo tanto, se acepta la idea de que la esquizofrenia en la infancia es un trastorno multicausal.

Los autores concluyen, al igual que Barrera (2006) que, las personas con esquizofrenia padecen, en diferentes grados, dificultades cognitivas que afectan sus capacidades de procesamiento de información, atención, memoria, funcionamiento

ejecutivo y planificación. Y también, como Díaz Rodríguez (2005) y Ulloa Flores, et al. (2011) afirman la premisa de que el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico aplicado de manera simultánea es más efectivo que cualquiera de las dos intervenciones por separado.

Las investigaciones relevadas, abordan desde múltiples enfoques la psicosis infantil tipo esquizofrénica en la niñez. Sin embargo, ninguna hace referencia al trabajo específico que realiza un/a psicopedagogo/a frente a este trastorno; lo que evidencia la necesidad de contar con investigaciones que traten el tema desde esta perspectiva y que profundicen sobre los modelos de intervención posibles y su grado de eficacia.

SEGUNDA PARTE

Marco Teórico

1. La psicosis

1.1 Conceptualización desde la medicina

Desde la psiquiatría, el concepto de psicosis ha sido tomado en una extensión muy amplia, comprendiendo toda una serie de enfermedades mentales tanto orgánicas como subjetivas.

El término psicosis, utilizado por primera vez por el médico vienés Ernst von Feuchterslebem (1845), se emplea de forma genérica para denominar un conjunto de trastornos mentales que tienen en común la falta de contacto con la realidad. Procede del griego psyche (alma) y osis (trastorno). Desde este punto de vista, “la psicosis es la expresión inespecífica de un trastorno mental grave” (Misol, 2011, p. 43).

Según Binswanger (1942), explica a la psicosis como producto de una posibilidad inherente a la condición humana, la locura, y por la transformación radical de las relaciones con el mundo. Lo que la psicosis persigue es la realización de posibilidades de vida que quedaron sin vivir.

Cuando se habla de psicosis, en la versión actual del DSM V (2014), el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales editado por la Asociación estadounidense de Psiquiatría, se la describe bajo las siguientes presentaciones: Trastorno delirante, Episodio Psicótico Breve, Trastorno Esquizofreniforme, Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo: bipolar o depresivo, Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos o Catatonía, Trastorno psicótico debido a otra afección médica.

Desde la neurobiología, en la psicosis se evidencian cambios dinámicos y activos cerebrales. Estos ocurren durante los primeros episodios psicóticos, incluyendo el tiempo de transición hacia la enfermedad. Desde un punto de vista neurofisiológico, cabe destacar el rol de la ínsula y su relación con la psicosis. Se ha observado, consistentemente, una desconexión funcional de la corteza insular en trastornos psicóticos, incluyendo la psicosis de primer episodio, la esquizofrenia crónica y las personas con alto riesgo de desarrollar psicosis (Tian et al., 2019).

Desde el mismo enfoque, Misol (2011) afirma:

Actualmente se considera que el inicio y el progreso de las psicosis vienen determinados por un conjunto de circunstancias no estrictamente biológicas. Sobre la base de una predisposición genética y del desarrollo neuronal, en el que la función neurotransmisora de la dopamina parece jugar un papel predominante, son necesarios condicionantes de tipo ambiental para su eclosión sintomática. (p. 44)

1.2 Conceptualización desde las corrientes psicológicas

La psicosis es un objeto de estudio multidisciplinario, que puede ser abordado desde distintas disciplinas. Desde la psicología, existen dos grandes corrientes encaminadas en este sentido: el campo Psicoanalítico y la corriente Cognitivo - Conductual.

1.2.A La psicosis desde la perspectiva psicoanalítica

De acuerdo a Freud (1911) existen tres estructuras freudianas donde se distinguen tres modos de funcionamiento y de posicionamiento subjetivo: una de ellas es la psicosis, siendo las otras dos la neurosis y la perversión.

Inicialmente, el psicoanálisis no constituyó una clasificación que abarcara a las psicosis, dado que Freud (1911) consideraba que no eran posibles de ingresar en un tratamiento psicoanalítico por la imposibilidad de hacer transferencia con el analista. Sin embargo, los avances del psicoanálisis le permitieron al médico austríaco (1924) constituir una diferenciación entre la paranoia (estructura en la cual la constitución delirante ocupa un lugar privilegiado) y la esquizofrenia (estructura que manifiesta fundamentalmente fenómenos alucinatorios y corporales).

Para Freud y para otros autores psicoanalíticos hay tres posiciones defensivas fundamentales o Estructuras Clínicas que los sujetos humanos ponen en juego ante lo inexorable de la falta: Represión, Renegación y Rechazo (o repudio) determinando cada una de ellas, respectivamente, las estructuras psicopatológicas: Neurosis (histeria y obsesión) – Perversión (fetichismo) – Psicosis (paranoia y esquizofrenia), (Bernal, 2009).

En el caso del sujeto psicótico, la posición defensiva expuesta es el rechazo ya que el psicoanálisis postula que la experiencia de la castración de la madre le habría resultado tan insoportable que repudia o rechaza integrar en su psiquismo tal verdad, con lo que se evita vivir y confrontarse con este saber de la realidad que no es un simple fragmento de ésta, sino que constituye la pieza esencial de la vida humana;

este saber rechazado o forcluido, según terminología lacaniana, de lo Simbólico de la realidad humana se le reaparecerá, por medio de sus alucinaciones y sus delirios, desde lo real a donde fue remitido.

Desde el punto de vista freudiano, entonces, la psicosis es una perturbación de la relación de la libido con la realidad. El sujeto se abstrae totalmente de un fragmento de la realidad que le resulta insoportable por inconciliable con su voluntad. De esta manera, constituye la formación delirante para emparchar ese fragmento de la realidad del cual se había abstraído. En este sentido, lo innovador del psicoanálisis respecto de la psiquiatría es pensar el delirio como el camino de la sanación.

Lacan (1931) retomando la obra de Freud, desvió su atención hacia la comprensión del origen psicótico, destacando que este tiene un fuerte componente libidinal determinado por las primeras etapas de la niñez. Para el psicoanalista, la psicosis, entre otras cosas:

Constituye un desarrollo anormal de las tendencias de la personalidad que tiene relación entre sí, la personalidad viene a hacer un conjunto de funciones incluyendo el desarrollo del sujeto, la concepción que tiene de él mismo, y la naturaleza de sus relaciones con otros, dotada de tres puntos; individual, estructural y social, esta personalidad recubre la totalidad constituida por el individuo y su entorno propio. (Lacan, 1936, p. 24)

Lacan (1984) utiliza una analogía interesante para pensar la psicosis:

Todos los taburetes no tienen cuatro pies. Algunos se sostienen con tres. Puede que al comienzo el taburete no tenga suficientes pies pero que igual se sostenga hasta cierto momento en que el sujeto en determinada encrucijada de su historia biográfica confronta ese defecto existente desde siempre. (p.168)

Es decir que la psicosis plantea una carencia simbólica (homologable a la de la ausencia de un pie en el taburete) que puede no presentar mayores dificultades a lo largo de toda la vida del sujeto hasta cierto momento en que necesita apoyarse sobre ese pie y se encuentra con esa falla.

1.2.B La psicosis desde la perspectiva cognitivo - conductual

El enfoque psicoanalítico, anteriormente desarrollado, ha tenido una fuerte influencia en la explicación sobre el posible origen de la psicosis. Sin embargo, ciertos

autores consideraron que este primer enfoque no ha podido determinar un dispositivo suficientemente convincente en lo que se refiere al abordaje aplicado, lo cual generó la emergencia de otras opciones de terapias en búsqueda de estudios que aborden la psicosis. Una de estas terapias es la cognitivo - conductual, (TCC), una terapia que se empleó inicialmente para el tratamiento de los trastornos afectivos (trastorno bipolar, trastorno de ansiedad, trastorno de estrés y trastorno obsesivo compulsivo, etc.) y ha probado ser eficaz para disminuir los síntomas.

Uno de los objetivos de la TCC en la psicosis, específicamente en la esquizofrenia, es disminuir o modificar las conductas desadaptativas y las distorsiones cognitivas derivadas de ellas a través de un trabajo colaborativo con el paciente y de un entrenamiento en habilidades sociales que permitan mejorar el estilo de vida. Es así como también se pueden mencionar otros objetivos que tiene la Terapia cognitivo - conductual para el tratamiento psicótico, Haarmans (2006) presenta los siguientes:

- Incrementar la comprensión del trastorno psicótico en el paciente.
- Promover la adaptación a la enfermedad.
- Aumentar la autoestima, estrategias de afrontamiento y funcionamiento adaptativo.
- Reducir la alteración emocional y la comorbilidad.
- Reducir el estrés asociado a las alucinaciones y delirios y proveer de estrategias y habilidades para manejarlos en la cotidianidad.
- Prevenir futuras recaídas.

Una vez diagnosticada la psicosis, el tratamiento debe ser por medio de un trabajo multidisciplinario e interdisciplinario que incluya intervenciones farmacológicas y de carácter psicosocial.

A nivel farmacológico, la administración de neurolépticos sigue siendo un método de primera elección en la esquizofrenia, pero presenta una serie de limitaciones como, por ejemplo; presencia de indeseables efectos secundarios, la disposición de alteraciones del ánimo y ansiedad, etc.

La TCC ha demostrado obtener resultados significativos en el tratamiento de pacientes psicóticos, razón por la cual instituciones científicas como el Instituto Nacional de Excelencia Clínica del Reino Unido NICE (2002), la Asociación Americana de Psiquiatría APA (2004) y el Real Colegio de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda (2005) la incluyen en su guía de tratamiento para la esquizofrenia.

En la actualidad, se ha registrado un aumento de aproximaciones terapéuticas que van más allá de la teoría cognitiva general que se extiende al incluir una

combinación diversa de técnicas. Algunos ejemplos de estas aproximaciones de última generación son las técnicas de Mindfulness, Terapia meta - cognitiva, Entrenamiento en mente compasiva (compassionate mindtraining) y el Método de niveles (MOL).

1.3 Conceptualización desde la psicopedagogía

Filidoro (2009) parte de la premisa de que todos los niños y niñas con rasgos psicóticos, efectivamente presentan fallas graves en el proceso de constitución subjetiva, pero teniendo en cuenta que se puede decir que están psicóticos siempre y cuando se recuerde que en la infancia las psicosis no se encuentran decididas. En el campo de la psicopedagogía, existen dos corrientes principales para abordar estas problemáticas: la psicoanalítica y la cognitivo conductual.

1.3.A La psicosis desde la corriente psicoanalítica

La posición clínica del psicoanálisis frente al síntoma revela algo del sujeto, es el resultado de un conflicto inconsciente, de la actuación de la represión, del retorno de lo reprimido y otros efectos del deseo, además esta encierra un mensaje que muchas veces en los niños está dirigido al Otro, que este caso pueden ser sus padres o docentes.

Carneiro (2008) remarca que, aunque la teoría psicoanalítica aplicada a este contexto tenga como punto inicial el síntoma, esta no intenta extinguirlo. El foco de trabajo es auxiliar al individuo a entender sus señales y síntomas. Se abandona una perspectiva generalista para una idea del caso a caso, donde cada sujeto es único, su relación con la enfermedad es única, luego, la propuesta de tratamiento debe ser individualizada, construida conjuntamente con el propio paciente.

La importancia de este enfoque radica en que la mayoría de las veces la dificultad de aprendizaje en el sujeto conlleva sufrimiento, por lo tanto, afectará la calidad de vida no solo del sujeto en cuestión sino la de sus padres, docentes, etc. Es decir que este síntoma escolar no solo afecta la faceta educativa del individuo, sino también a otras áreas de su vida como ser la emocional, afectiva, conductual, social, etc. En esta línea, Unzueta (2001) expone:

Por lo tanto, se trató de mostrar otra perspectiva y producir aportes para el abordaje del diagnóstico y tratamiento de niños con dificultades de aprendizaje desde la teoría psicoanalítica ya que desde esta teoría, lo que se pone en evidencia es que ésta dificultad de aprendizaje puede plantearse como un síntoma articulado a determinada problemática particular de un sujeto, puesto

que el aprendizaje no es una actividad neutra donde el alumno no es una máquina programada para adquirir saber, sino también implica una determinada dimensión subjetiva y una problemática inconsciente de un sujeto.

(p. 140)

En otras palabras, lo que el psicoanálisis permite desde su teoría y práctica clínica es precisamente realizar una lectura de las dificultades de aprendizaje y poner en evidencia que este “no poder aprender” del sujeto puede tener relación con algo más allá de la eficacia del método, el desarrollo madurativo alcanzado, etc., sino que se podría estar manifestando, a través de un síntoma, el malestar en el sujeto, que conlleva con él, sufrimiento psíquico y que el mismo sujeto no puede determinar ni puede generar saber sobre lo que quiere decir este síntoma.

1.3.B La psicosis desde la corriente cognitivo - conductual

El enfoque cognitivo - conductual, desde la psicopedagogía, aporta a la comprensión del aprendizaje, ya que estudia diversos procesos de pensamiento, muchos de los cuales han derivado en consecuencias directas para los procesos de enseñanza-aprendizaje: cambia la noción de un aprendiz pasivo a uno activo en su construcción del conocimiento. También aporta en temas específicos, además de los del estudio del procesamiento de la información, como el estudio de procesos motivacionales de los estudiantes, utilizando un lenguaje común entre educadores y terapeutas para tratar los temas referentes al aprendizaje.

El trabajo que se realiza es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda del terapeuta, aprende a descubrir y modificar pensamientos e ideas que bloquean la situación de aprendizaje.

Interpretando estas intervenciones, se afirma que “la meta inmediata consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir distorsiones cognitivas, entendidas como errores en la lógica del procesamiento de la información” (Ruíz et al., 2016).

1.4 Multidisciplina y transdisciplina

La multidisciplina es una composición no-integradora de varias disciplinas, en la que cada una conserva sus métodos y suposiciones sin cambio o desarrollo de otras disciplinas (Rodríguez, 2014). Se concibe como el trabajo de búsqueda en donde concurren varias disciplinas diferentes, hacia el encuentro de un mismo problema con otras disciplinas (Sotolongo & Delgado, 2006).

En esta línea, Posada (2004) explica que en el campo multidisciplinar, los investigadores atienden las relaciones de colaboración con objetivos comunes; hacen sus análisis independientes, y en el resultado final no presentan un resumen integrador, no establecen vínculos entre disciplinas, ni una perspectiva articulada. Además, subraya que es el nivel inferior de integración, y éste ocurre cuando alrededor de una incógnita se busca información y ayuda en varias disciplinas, sin que dicha interacción contribuya a modificarlas o enriquecerlas. En una relación multidisciplinar la cooperación puede ser mutua y acumulativa pero no interactiva (Augsburg, 2005, p.56).

Por otro parte, Morin (2010) afirma que la transdisciplina es una forma de organización de los conocimientos que trascienden las disciplinas de una forma radical. Se ha entendido la transdisciplina haciendo énfasis a) en lo que está entre las disciplinas, b) en lo que las atraviesa a todas, y c) en lo que está más allá de ellas.

A pesar de las diferencias antes mencionadas, y de la existencia en el pasado de la interpretación de la transdisciplina como una mega o hiper disciplina, todas las interpretaciones coinciden en la necesidad de que los conocimientos científicos se nutran y aporten una mirada global que no se reduzca a las disciplinas ni a sus campos, que vaya en la dirección de considerar el mundo en su unidad diversa. Que no lo separe, aunque distinga las diferencias.

La transdisciplina puede entenderse, en una primera definición, como un proceso de construcción del conocimiento a través de constantes, numerosos y fecundos trabajos teórico-empíricos, abiertos a las tendencias heterogeneizantes consustanciales a toda realidad. La transdisciplina está relacionada con el cruce de fronteras disciplinares y de otro tipo de saberes en la construcción del conocimiento. Sin embargo, no se detiene en las interacciones y reciprocidades entre conocimientos e investigaciones especializadas sino que sitúa esas relaciones entre disciplinas al interior de un sistema sin fronteras entre las disciplinas (Piaget, 1972).

2. Psicosis Infantil tipo esquizofrénica

2.1 Conceptualización

Cuando se habla de psicosis infantil, nos vamos a encontrar con el término de esquizofrenia. Para Kraepelin (1907), la esquizofrenia era la demencia precoz, ya que aparecía en plena juventud, a diferencia de las demencias propiamente dichas, asociadas al concepto de senilidad (relacionado con deficiencias orgánicas). Sin embargo, la aparición del término demencia precoz se remonta al alienismo francés de los años centrales del siglo XIX.

Morel (1850) se refería a las personas afectadas a la estupidez desde la más temprana edad, y fue quien acuñó el término de demencia precoz.

Por otra parte, Hecker (1871) cuando menciona esquizofrenia lo asocia a un estado demencial sufrido por la gente joven por las regresiones demenciales que existen en dicho trastorno.

Por su parte, Bleuler (1908), es el primero que describe la esquizofrenia y le da su nombre, que significa mente hendida o disgregada. También habla de distintos parámetros para reconocerla: en primer lugar, la ruptura del sujeto con el mundo exterior, que se relaciona con la posibilidad de crear un nuevo mundo. En segundo lugar, la ambivalencia, que es propia de la esquizofrenia ya que tiene que ver con la pérdida de la unidad, y por eso se habla de disociación. Uno se siente uno, y ante el contacto, quiere sobresalir como uno, pero el esquizofrénico empieza a sentir que se divide. Puede sentir que se deshace, que se derrite (literalmente, como lo hace un dibujo animado, como sucede en las películas de terror). La ambivalencia también puede ser afectiva, amar, odiar, llorar, reír simultáneamente, sin tener un hilo lógico. En tercer lugar, aparece la Disgregación asociativa, que se vincula con las asociaciones que no llevan un hilo lógico. En cuarto lugar, Bleuler toma de Kraepelin el defecto de modulación de la afectividad, poniendo el acento en lo afectivo.

Para Kraepelin (1911), la esquizofrenia se destacaba por ser una 'psicosis afectiva'. No hay un grado intermedio en el afecto; todo es extremo. El concepto de retracción invoca la esquizofrenia, porque ésta se separa cada vez más de lo que tiene que ver con el afuera. Bleuler (1908) advirtió que "la esquizofrenia podía instalarse desde los 7 años" (p. 7).

A su vez, Bender (1970) consideró que "una esquizofrenia no siempre significa psicosis" (p. 165). En ese aspecto, afirma que:

La esquizofrenia es una entidad psicobiológica determinada por una predisposición hereditaria y precipitada por una crisis fisiológica u orgánica temprana y por un fallo en los adecuados mecanismos de defensa. La crisis puede darse durante el nacimiento, a consecuencia por ejemplo de una anoxia. También existe la posibilidad de que aparezca tras una enfermedad grave, un accidente o una crisis puberal o prepuberal. (p. 165)

Para esta autora, el niño esquizofrénico muestra una gran dependencia corporal. En toda su actividad motora busca el contacto con el adulto para sentirse seguro. Da la impresión de querer fundir su cuerpo con el del otro para apropiarse de su centro de gravedad y controlar así sus propios impulsos desorganizados y los límites de su cuerpo.

Desde el enfoque psicodinámico, Ey (1935) definía a la esquizofrenia como una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad. El sujeto rompe la comunicación con el mundo externo para perderse en un pensamiento autista, es decir, en un caos imaginario.

López Lázaro (2016) afirma que la psicosis infantil es una enfermedad conformada por síntomas y signos que, aunque la caracterizan de forma general, también están presentes las múltiples diferencias individuales que se observan de un sujeto a otro.

En sus desarrollos acerca de la psicosis infantil, Winnicott (1963) suministró algunas ideas en relación con su concepción de los estados maternos. Considera, que la psicosis infantil es una enfermedad que tiene que ver con las experiencias del niño/a en las fases más tempranas. Por tal motivo, expresa que:

Todas las otras enfermedades mentales (es decir, las que no son neuróticas) corresponden a la construcción de la personalidad en la niñez y la infancia más temprana, junto con una provisión ambiental que falla o no tiene éxito en su función de facilitar los procesos madurativos del niño". (p. 288)

Tustin (1981) también se enfoca en el vínculo materno, y plantea que en las psicosis infantiles existen fracasos en un estadio muy arcaico del desarrollo del niño. Para esta autora es importante que la madre esté en condiciones de asumir la situación de sostén y mantenimiento.

Pombo Sánchez (2006) caracteriza la psicosis infantil como un trastorno que afecta al desarrollo y la personalidad del niño. Este autor define como psicóticos a aquellos niños que:

Continúan anclados rígida y anacrónicamente en un estadio afectivo e intelectual que Piaget denominaba mágico animista o intuitivo-simbólico en el que el pensamiento y el razonamiento se rigen por mecanismos prelógicos. Son niños que no distinguen entre su realidad interna (sus fantasmas y sus fantasías) y el mundo externo, de manera que vivencian sus miedos como realidades inmediatas, masivas y oceánicas. (p. 7)

Este autor también afirma que la psicosis infantil se asocia a una cierta dependencia regresiva en relación a las figuras parentales y cuánto más cerca de la edad adolescente, mayor riesgo hay de que esa condición se deslice a generar una organización esquizofrénica de la personalidad en la que el alejamiento de la realidad genere un desempeño incapacitante en el plano escolar, relacional y familiar.

2.2 Indicadores de la psicosis de tipo esquizofrénica

En relación a la esquizofrenia en los post- púberes, en el mencionado manual DSM V (2014) la caracterizan por la aparición de síntomas negativos tales como aislamiento, afecto aplanado y falta de iniciativa. Además, se ve un rendimiento escolar debilitado y la higiene personal se deteriora. Luego a estos síntomas iniciales se les suman ilusiones, alucinaciones y alteraciones del pensamiento. Finalmente, en la etapa residual el sujeto continúa con los síntomas, pero estos son más leves. Para determinar un cuadro como esquizofrenia, estos síntomas en sus diferentes etapas deben durar al menos seis meses. Si la duración es menor, el DSM V (2014) considera al cuadro como esquizofreniforme.

En resumen, la especificidad diagnóstica de la esquizofrenia está dada por algunos síntomas singulares:

- Alucinaciones, sobre todo auditivas
- Ambivalencia afectiva
- Lenguaje distorsionado: neologismos, incoherencia, pararrespuesta
- Discordancia entre lo que dicen y el afecto que expresan (pueden estar hablando y quedarse extraviados por algo que sienten, al punto de ponerse a llorar, pero sin embargo no pueden asimilar el contacto del otro que los quiere consolar)

- Desapego afectivo
- Ideas delirantes
- Lento curso e interceptación del pensamiento
- Incongruencia en la conducta
- Despersonalización
- Trastornos del esquema corporal
- Apatía
- Abulia
- Trastornos de identificación del yo
- Vínculos superficiales y cambiantes
- Introversión

3. Niñez

3.1 Conceptualización

Según la Convención sobre los Derechos del Niño (2006), se entiende por niño a todo ser humano desde su nacimiento hasta los 18 años de edad, salvo que haya alcanzado antes la mayoría de edad.

La niñez es la segunda etapa de la vida de las personas, que abarca desde los 3 años hasta los 12 años, siendo una de las primeras etapas del desarrollo humano. Dentro de la niñez, se pueden distinguir dos sub etapas: la etapa de la niñez temprana (3 a 6 años) y la etapa intermedia (6 a 11 ó 12 años).

La primera infancia es, según Campos (2010), la plataforma de despegue del universo sensorial y perceptivo, que no solo permitirá mantenerse vivos (al acercarse o alejarse de un estímulo); sino, será también el vehículo para la conducción de información cognitiva, motora y emocional, principalmente.

El concepto de la niñez en otros tiempos no se comprendía tal como en la actualidad. En la antigüedad se consideraba al niño como un adulto en miniatura. Este no tenía derechos y era propiedad - en el mejor de los casos - de sus progenitores ya que la mayoría de las veces, los infantes eran utilizados para trabajar (mano de obra barata) y eran vendidos, intercambiados o abandonados. El niño abandonado era considerado en situación irregular e interpretado como un vagabundo potencialmente peligroso.

En la Argentina, en la década del '90, se incorpora un nuevo paradigma, el de niño y adolescente sujeto pleno de derecho y una nueva doctrina jurídica, la protección integral del niño. Es por esto que se crean nuevos planes y programas basados en la desinstitucionalización y en la apertura de las instituciones.

La convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN) intenta impedir la tradicional concepción de menor objeto de asistencia /menor peligroso. La tradición de aislar, segregar y/o encerrar al niño por ser peligroso es gravemente cuestionada por organismos de defensa de los derechos humanos. Sin embargo, recién en el año 1994 se incorporaron los basamentos de la CIDN en la Constitución Nacional.

3.2 Aprendizaje en la niñez: Nivel Inicial

UNICEF (2019) considera que la educación inicial es una unidad pedagógica organizada en dos ciclos: el jardín maternal (de 45 días a 2 años) y el de Infantes (de 3 a 5 años).

La finalidad de esta estructura es favorecer la integración de los primeros años de Educación al Nivel Inicial, como así también promover la continuidad en el trabajo pedagógico de ambos ciclos. De esta manera, definir el término Educación Preescolar o Educación Inicial, según la designación actual, implica acudir a concepciones relacionadas con la infancia, por lo que Egido (2000) asume que “estos términos se han visto ampliados en los últimos años respecto a épocas en las que se han utilizado para definir programas formales orientados a los niños en edades entre 0 y 6 años” (p. 172).

De este modo, se fueron estableciendo programas curriculares específicos para el nivel. La Educación Inicial como todos los niveles que conforman el sistema educativo, logró forjar su propio diseño curricular para la formación de los alumnos. La Ley N° 26.206 en su artículo 18, así como la Ley provincial 13.688 de 2007 que establece en su artículo 25 que el nivel de Educación Inicial constituye una unidad pedagógica que brinda educación a los niños desde los 45 días hasta los 5 (cinco) años de edad inclusive, siendo obligatorios los dos últimos años.

Desde estas líneas de investigación, el Nivel Inicial tiene una finalidad esencialmente pedagógica. Es decir, promueve el aprendizaje constante de saberes que permiten acrecentar el campo cultural de los niños a fin de que puedan desenvolverse dentro de la vida social, recuperando aprendizajes previos y promoviendo la construcción de nuevos conocimientos que se profundizan a lo largo de la trayectoria educativa.

De acuerdo con López Ruíz (2013):

La educación inicial es el servicio educativo que se brinda a niños y niñas menores de 6 años de edad, con el propósito de potencializar su desarrollo integral y armónico, en un ambiente rico en experiencias formativas, educativas y afectivas, lo que permitirá adquirir habilidades, hábitos, valores, así como a desarrollar su autonomía, creatividad y actitudes necesarias en su desempeño personal y social. (p.14)

En el nivel inicial, se inician los procesos de aprendizaje sistemático y en él se promueven y favorecen las primeras experiencias de socialización y vinculación. Paulatinamente y en forma organizada, los niños y las niñas ingresan en un contexto de interacción con sus pares y con otros adultos- docentes, directivos, etc. - que no son los de su entorno familiar cotidiano. El acceso a la institución le aporta al niño un

nuevo medio de intercambio que supone, inevitablemente, la aceptación de determinadas normas y pautas de convivencia y el desempeño de nuevos roles dentro de dicha institución: alumno, compañero. El infante se irá integrando progresivamente al jardín a través de la interacción personal con su grupo de pares y docentes en un proceso de permanente retroalimentación.

4. Prácticas psicopedagógicas

4.1 Conceptualización

Como aporte a la presente investigación, es fundamental contribuir al conocimiento de esta disciplina, desarrollando sus ejes temáticos y su rol profesional, con sus conceptualizaciones acerca del aprendizaje, el sujeto y sus contextos.

En primer lugar hay que tener en cuenta, como afirma Ricci (2022) que la psicopedagogía es un quehacer cuyos bordes “son inespecíficos y tienden a colisionar y superponerse con otros quehaceres profesionales y disciplinares” (p. 47). Esta autora releva las definiciones del término realizadas por distintos autores. Algunas de las conceptualizaciones que recoge son: en primer lugar que la psicopedagogía es una profesión ubicada en las Ciencias de la Educación (García Alvarez, 2003); por otro lado se la define con tres connotaciones distintas: “como práctica; como campo de investigación del acto de aprender y como conocimiento científico.” (Siqueira de Andrade, 2004). También recoge una interesante definición de Peña Rodríguez (2006), que define a la Psicopedagogía como “una interdisciplina y, al recurrir a la transversalidad e interdisciplinariedad se trabaja con una totalidad” (p.53).

Una de las definiciones más completas aportadas por Ricci (2022) es la de Ramos (2007), quien afirma:

La psicopedagogía es un área de conocimiento y desempeño profesional centrado en el tema del aprendizaje. Si bien, en sus inicios, se centró en las dificultades de aprendizaje y el fracaso escolar, actualmente tu preocupación gira, de manera más integral, para la comprensión del proceso de aprendizaje, dentro de o fuera del entorno escolar, considerando la influencia de factores físicos, emocionales, psicológicos, pedagógicos, sociales y culturales, entre otros. La psicopedagogía tiene actualmente dos fuertes tendencias de acción: la clínica (consultorio y/o servicios de salud) y la prevención. En todos los casos, la práctica psicopedagógica tiene una base científica y ética. (p.53)

Por otro lado, Ricci recoge una afirmación de Bossa (2008) referida a las prácticas. En este sentido afirma:

El campo de la psicopedagogía está constituido por un conjunto de prácticas de intervención institucionalizadas vinculadas al aprendizaje. Estas prácticas son de prevención, diagnóstico e intervención en torno a las dificultades del aprendizaje. Siendo sus dominios específicos, el sujeto de conocimiento o agente de transmisión y el sujeto-objeto de la psicopedagogía, el ser humano contextualizado en situaciones de aprendizajes y los procesos psico-educativos, escolares y extraescolares. (pp. 43-48)

Alicia Fernández (2000) dice que el psicopedagogo es aquel que, entre otras cosas, debe pensar en los modos de pensar. Propiciando este pensamiento, Muller (2008) agrega que los psicopedagogos piensan e intervienen en los modos de pensar y de aprender. Por lo tanto, la psicopedagogía se ocupa del pensar y de los aprendizajes en cuanto a la promoción de la salud mental y social, así como también respecto a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de sus disfunciones, alteraciones, síntomas, trastornos, y las problemáticas vinculares y metodológicas relacionadas.

Filidoro (2016) define al oficio del psicopedagogo como un hacer, artesanalmente. Ese hacer es de un modo particular, a partir del conocimiento de la condición de ese niño o esa niña y dando lugar a las singularidades. Se hará en función siempre de su nombre y no en el nombre de un trastorno. Afirmando que ésta es una especificidad de la intervención psicopedagógica.

En suma, Ricci (2022) quien relevó e indagó distintos trabajos que abordan el grado de desarrollo de la disciplina en distintos países de América, sostiene que el “aprendizaje es el eje vertebrador en la práctica psicopedagógica” (p. 62) y que la legitimidad del profesional en muchos países de Iberoamérica ya se ha logrado, porque hay una relación entre los aspectos teóricos, la formación y el modo de intervenir del profesional.

4.2 Diagnóstico psicopedagógico

4.2.1 Conceptualización

El diagnóstico psicopedagógico es una evaluación de la problemática de aprendizaje tanto de la modalidad de aprendizaje como de los esquemas de

conocimiento, la influencia del interjuego de los procesos cognoscitivos y su subjetividad en dicha problemática en la actualidad, teniendo en cuenta la dimensión histórica (Novillo, 2010).

Cabe destacar que al diagnóstico se lo entiende como una aproximación teniendo en cuenta que nunca debe constituirse en una marca indeleble en la vida de un niño ya que este es una persona que se encuentra en proceso de constitución de su subjetividad, entramado con distintos contextos y atravesado por el tiempo histórico que le toca vivir.

Para una mayor definición del concepto de diagnóstico desde una mirada profesional, Untoiglich (2019) afirma:

Los diagnósticos tendrían que funcionar como brújulas orientadoras para los profesionales, siempre tomando en cuenta que se construyen en un devenir que va modificándose, ya que por un lado el proceso de maduración propio del crecimiento, y por el otro el trabajo mismo que el profesional va realizando con el niño, su familia y a veces la escuela, van cambiando las condiciones, lo cual podrá posibilitar movimientos fundantes en esa subjetividad en ciernes. (p.62)

Para su abordaje, Novillo (2010) plantea que es necesario acceder al esquema conceptual diagnóstico ya que es un marco teórico fundamental que orienta el proceso diagnóstico y además, permite construir los sistemas de hipótesis, seleccionar las técnicas y elaborar el informe psicopedagógico.

El esquema conceptual diagnóstico está constituido por tres partes:

I. Diagnóstico propiamente dicho

1. El sujeto y los contextos
2. El aprendizaje
3. La dimensión actual
4. La dimensión histórica

II. Pronóstico

III. Sugerencias terapéuticas

Objetivos

Los objetivos, a nivel global, del diagnóstico con niños, niñas y adolescentes (NNYA) se basan en:

- Conocer qué aprende y cómo aprende, es decir su nivel pedagógico y su modalidad de aprendizaje.
- Indagar la estructura cognoscitiva y la estructura simbólica y su inter-juego.
- Indagar la historia del sujeto en los contextos familiar y escolar; cómo éstos favorecen u obstaculizan la construcción de las matrices de aprendizaje.

4.3 El aprendizaje

Filidoro (2009) define al aprendizaje como un proceso complejo y singular de construcción y apropiación de conocimiento que se da por la interacción entre los saberes previos del sujeto y ciertas particularidades del objeto. Éste proceso se da en un contexto determinado que incluye una interacción social y que implica diferentes momentos, no necesariamente lineales ya que se pueden obtener avances y retrocesos.

En la misma línea, Novillo (2010) concibe al aprendizaje también como un campo complejo atravesado por dimensiones subjetivas, familiares, institucionales, sociales, culturales, regionales y locales. Además, amplía definiendo al aprendizaje como “un proceso fundamentalmente vincular que tiene lugar en un cuerpo construido relacionamente; aprendizaje como construcción intersubjetiva por cuanto se aprende a ser con otros” (p.5).

Dentro del aprendizaje, se encuentran los aprendizajes explícitos y los implícitos. Los aprendizajes explícitos son los que hacen referencia al nivel pedagógico alcanzado en la construcción de los esquemas de conocimiento - aprendizajes formales, apropiación de saberes culturales, es decir, qué aprende un sujeto. Por otro lado, los aprendizajes implícitos están relacionados a la modalidad de aprendizaje, o sea, cómo aprende y subyace a todo aprendizaje explícito.

4.4 Tratamiento psicopedagógico

4.4.1 Conceptualización

El tratamiento psicopedagógico ha recibido diversas denominaciones: intervención psicoeducativa, educativa, pedagógica, psicológica, intervención en contextos educativos.

Ramírez Nieto & Henao López (2011) exponen:

Actualmente, sin que haya un total consenso hay una referencia más común a lo psicopedagógico para referirse a un conjunto de actividades que contribuyen a dar soluciones a determinados problemas, prevenir la aparición de otros,

colaborar con las instituciones para que las labores de enseñanza y educación sean cada vez más dirigidas a las necesidades de los alumnos y la sociedad en general. (p.30)

Es decir, que sostienen que la intervención psicopedagógica trasciende el ámbito escolar, haciéndose aplicable a lo sanitario, social, familiar, laboral, profesional y empresarial.

Novillo (2008) plantea que “el tratamiento psicopedagógico es concebido como un encuentro entre el psicopedagogo y el consultante donde tiene lugar un proceso co-constructivo, colaborativo, co-participativo entre ambos en relación a la tarea que es aprender, tanto la explícita como la implícita” (p.1).

Siguiendo a Filidoro (2009) resulta importante describir el quehacer del profesional psicopedagogo. En su texto aplicado a la especificidad de la intervención clínica psicopedagógica, asegura:

La intervención psicopedagógica en niños y niñas con problemas en el desarrollo exige que el psicopedagogo ubique en primer lugar la problemática del desarrollo en general; en segundo lugar, que ubique específicamente la cuestión del desarrollo cognoscitivo y, en tercer término, las relaciones entre aprendizaje y desarrollo cognoscitivo. (p.109)

Un tratamiento psicopedagógico se inicia una vez finalizado el diagnóstico psicopedagógico. Se plantea en una entrevista con los padres, el encuadre acordando la frecuencia de los encuentros, tanto con el niño como con los padres ya que el trabajo con la familia es inherente al proceso terapéutico, el tiempo, el lugar, caja de trabajo, las interrupciones pautadas (feriados y/u otras fechas por mutuo acuerdo y vacaciones), los honorarios y la duración; encuadre explicitado en el contrato terapéutico. También se explicitan los objetivos y la modalidad de trabajo (Novillo, 2008). Todas las conductas del paciente y del psicopedagogo pueden ser dirigidas al encuadre, el cual servirá de parámetro o puntos de referencia.

Resumiendo, Visca (2017) afirma que:

El encuadre es el “esquema”, “conceptual” y “referencial” con el cual voy a “operar”. Estos cuatro términos integrados configuran una idea acuñada por Pichon Riviere, quien sintetiza en sus íntimas relaciones con la sigla “E.C.R.O”.

En cuanto a esta idea podría decirse que es el esqueleto de conceptos formados a partir de todas las experiencias vitales profesionales, las cuales servirán de referencia o puntos de compresión y apoyo para operar sobre la realidad. (p.20)

Objetivos

Los objetivos, a nivel general, del tratamiento con niños, niñas y adolescentes (NNYA) se basan en:

- Ampliar sus capacidades de autonomía para que pueda desenvolverse de manera independiente sin intervención de un otro.
- Desarrollar una modalidad de aprendizaje adaptativa y flexible.
- Construir esquemas de conocimiento descendidos.
- Favorecer la motivación y generar mayor seguridad enriqueciendo el reconocimiento de estados internos y emociones con el objetivo de poder expresarlos mejorando.

En cuanto a los recursos que utiliza el psicopedagogo, se pueden dar a conocer la caja de trabajo, el juego simbólico y el juego reglado ya que se convierten en instrumentos terapéuticos y en donde tiene lugar la narrativa o conversación terapéutica.

Además, los psicopedagogos utilizan, por lo general, recursos provenientes del quehacer psicológico y a los resultados obtenidos en ellos se le da una interpretación en función de un paradigma psicopedagógico. Como, por ejemplo, la batería de test: las técnicas proyectivas y las técnicas psicométricas; las cuales intentarán explicar la variable cognitiva, afectiva y motriz que condiciona positiva o negativamente la situación de aprendizaje.

4.4.A Tratamiento psicopedagógico desde la corriente psicoanalítica

La psicopedagogía, en muchos momentos, ocupa y justifica la posibilidad de tomar conceptos de la psicología genética y del psicoanálisis. Para poder pensar las intervenciones desde un enfoque psicoanalítico, es fundamental conocer los momentos de la constitución psíquica, teniendo en cuenta que el amado de una trama es diferente al develado de una historia. Es decir, hay veces que de lo que se trata no es del desciframiento ya que no hay una historia a develar, sino a construir.

De este modo, Janín (2019) considera:

Repensar la psicopatología infantil implica internarse por los caminos de la insistencia pulsional, de los movimientos defensivos tempranos, de las identificaciones primarias y secundarias y de la constitución de las instancias, y no sólo en el niño, sino en su familia y en un contexto social determinado. (p. 56)

Visca (2015) dentro del marco psicoanalítico, asegura que:

Se pueden ubicar a los tests proyectivos, los cuales tienen como objetivo general investigar la red de vínculos que un sujeto puede establecer, en tres grandes dominios: el escolar, el familiar y consigo mismo. En cada uno de dichos dominios - con diferencias individuales - es posible reconocer tres niveles en relación al grado de conciencia de los distintos aspectos que constituyen un vínculo: en este caso, el vínculo de aprendizaje. (p. 19)

Finalmente, las técnicas proyectivas son cualitativas ya que indagan sobre la percepción subjetiva propia del individuo evaluado.

4.4.B Tratamiento psicopedagógico desde la corriente cognitivo - conductual

Esta corriente se vincula con un cambio que se produjo en la psicología cognitiva, producto del énfasis en los procesos psicolingüísticos para enfocar las dificultades para aprender. En este sentido, Lohman (1989) afirmó que la corriente predominante de la psicología se movió hacia el pensamiento y a la resolución de problemas, lo que influyó en la elaboración de nuevos modelos psicopedagógicos.

Otra característica de la psicología cognitiva con aplicación a la práctica psicopedagógica es la distinción entre los procesos y representaciones cognitivas superiores, y los procesos mediadores, siendo estos los que permiten el acceso a los primeros y constituyen un objetivo más importante para el rol mediador del profesor.

Dentro de esta nueva perspectiva, el trabajo psicopedagógico con los procesos del pensamiento estimula reorganizaciones cognitivas, que amplían la capacidad para pensar y permite aprender contenidos de mayor complejidad. En este sentido, Bravo (2009) afirma:

Cuando el psicopedagogo tiene claridad acerca de cuáles son las estructuras cognitivas intermediarias que requieren intervención, y también cuáles son las

limitaciones de los niños con los que está trabajando, puede acompañarlos en la secuencia que va desde la recepción inicial de la información que les está enseñando hasta su asimilación a nuevas estructuras del pensamiento. (p. 223)

Dentro del enfoque cognitivo, se pueden apreciar las técnicas psicométricas, que son instrumentos de medición que requieren demostrar su utilidad y validez científica; tienen como objetivo general medir o evaluar (evaluaciones neurocognitivas) constructos psicológicos transformando los hechos en datos con la finalidad de asignar valores numéricos a los sujetos, sobre la base de sus respuestas.

En conclusión, las técnicas psicométricas son cuantitativas ya que se cuantifican los resultados para compararlos con la norma (baremos).

4.5 Concepción

4.5.1 Conceptualización

En relación al concepto de concepción, Moreno (2002) dice que se encuentran una serie de términos con significados similares como: creencias, constructos, teorías implícitas, conocimiento práctico; tales términos están asociados a las teorías de la acción, de los constructos personales, del procesamiento de información, y están insertos en categorías filosóficas como el tradicionalismo –realismo-, el idealismo, el progresismo –pragmatismo- la desescolarización –existencialismo-.

Ruíz (1994) explica que una concepción se caracteriza por la presencia de invariantes que un sujeto reconoce como notas esenciales que determinan el objeto, por el conjunto de representaciones simbólicas que le asocia y utiliza para resolver las situaciones y problemas ligados al concepto y por el conjunto de situaciones problemas, que el sujeto asocia al objeto, es decir, para las cuales encuentra apropiado su uso como herramienta. Por su parte Ponte (1994), señala que las concepciones pueden ser vistas como el plano de fondo organizador de los conceptos. En donde las concepciones se constituyen como mini-teorías, o sea cuadros conceptuales que desempeñan un papel semejante a los presupuestos teóricos de los científicos. Para este autor, las concepciones condicionan la forma de abordar las tareas y ligadas a ellas está el sentido que cada sujeto tiene de lo que constituye su papel en una situación dada.

Dworkin (1977) realiza una distinción avanzada entre concepto y concepción. Dicha distinción se codifica en que el concepto alude al significado teórico y general de un término, mientras que la concepción hace referencia a la forma de llevar a la

práctica un concepto. En este sentido, afirma que “cuando apelo a un concepto planteo un problema; cuando formulo una concepción intento resolverlo” (Dworkin, 1986, p. 58).

4.5.A Características de la concepción

Según Giordan (1995) las concepciones se caracterizan de este modo:

- a) Una concepción se corresponde con una estructura mental subyacente.
- b) Una concepción es un modelo explicativo.
- c) La concepción tiene una génesis individual y social.

En esta línea, Moreno (2002) afirmó lo siguiente:

La concepción es el proceso de una actividad de construcción mental de lo real. Esta elaboración se efectúa a partir de las informaciones que se graban en la memoria y resultan de los sentidos y las relaciones con los otros; las informaciones son codificadas, organizadas y categorizadas dentro de un sistema cognitivo global y coherente según las preocupaciones y los usos que de él hace cada cual. Las concepciones anteriores filtran, seleccionan y elaboran las informaciones recibidas que pueden completarse, limitarse o transformarse originando nuevas concepciones. (p.4)

4.5.B Funciones de las concepciones

- a) Conservar un conocimiento o un conjunto de saberes, incluso prácticos.
- b) Facilitar la sistematización.
- c) Estructurar y organizar la realidad.

En resumen, las concepciones corresponden a una movilización de lo adquirido para efectuar una explicación, una previsión e incluso una acción simulada o real.

A partir de la concepción, Giordan (1988) asegura lo siguiente:

La persona construye una trama de análisis de la realidad, una especie de decodificador que le permite comprender el mundo, afrontar nuevos problemas, interpretar situaciones inéditas, razonar para resolver una

dificultad o responder de manera explicativa; también seleccionará las informaciones exteriores, las comprenderá y las integrará. (p. 118)

TERCERA PARTE

Marco metodológico

Problema:

- ¿Cuáles son las concepciones que sustentan las prácticas profesionales que utilizan los psicopedagogos en el tratamiento de niños y niñas del nivel inicial con rasgos psicóticos tipo esquizofrénicos?

Objetivo general:

- Inferir cuáles son las concepciones que sustentan las prácticas profesionales que realizan los psicopedagogos en el tratamiento de niños y niñas del nivel inicial con rasgos psicóticos tipo esquizofrénicos.

Objetivos específicos:

- Relevar las características psicóticas infantiles desde el punto de vista del tratamiento psicopedagógico.
- Describir las prácticas profesionales realizadas por los psicopedagogos en los casos de psicosis infantil tipo esquizofrénica.
- Analizar las concepciones que subyacen en las prácticas profesionales realizadas por los psicopedagogos en los casos de psicosis infantil tipo esquizofrénica.

Muestra:

La muestra está conformada por tres entrevistas realizadas a psicopedagogas de la Provincia de Buenos Aires para conocer sus prácticas de intervención profesional sobre el abordaje con niños de estructura psicótica tipo esquizofrénica. La selección de la muestra se realizó de manera intencional y los sujetos del estudio participaron en entrevistas semi-estructuradas.

Diseño:

Investigación exploratoria, descriptiva e interpretativa de tipo cualitativa, utilizando el enfoque de la Teoría Fundamentada de los Datos. La metodología de esta teoría se basa en la interpretación del escenario y en la interacción simbólica, la que sugiere que la realidad existe en las acciones sociales significativas de los individuos, que es creada a través de las interacciones interpretativas. En el análisis de los datos

se utilizó como estrategia, el análisis comparativo constante de Corbin y Strauss (2002).

Dimensiones:



A partir del análisis de los relatos que se produjeron en las entrevistas, emergieron las siguientes categorías y subcategorías:

Dimensión	Categorías	Subcategorías
ABORDAJE PSICOPEDAGÓGICO DE LA PSICOSIS INFANTIL TIPO ESQUIZOFRÉNICA	CONCEPCIÓN	• Formación • Síntomas • Encuadre - Tiempo - Frecuencia
	PRÁCTICAS	• Actores - Familia - Profesionales • Diagnóstico - Parcial - Actual • Intervenciones • Emociones

Cuadro 1: Categorías emergentes y subcategorías.

CUARTA PARTE

Análisis

1. Concepción

a) Formación

La formación es un proceso histórico social dado que el hombre se forma a medida que comprende y transforma su realidad. Es un proceso histórico porque se construye en correlación permanente entre el individuo y el medio; y es social porque se construye entre individuos.

La formación puede ser entendida como una forma de objetivarse y subjetivarse en un movimiento dialéctico que va más allá. La formación es un trabajo sobre sí mismo, de sí mismo y sobre sí mismo (Foucault, 2008). Todas las psicopedagogas entrevistadas que abordan casos de psicosis infantil tipo esquizofrénica tienen una formación de base psicoanalítica pero luego continúan capacitándose bajo la corriente cognitivo - conductual.

“(...) La formación de la facultad donde estudié es más bien psicoanalítica. (...) luego en la práctica empezas a empaparte de muchos casos que te llevan a actualizarte todo el tiempo y es ahí cuando realicé varios cursos y diplomaturas que tenían que ver con la terapia cognitivo conductual”.

“Me recibí en la Universidad de Lomas, (...) cuando yo me recibí, la corriente era más psicoanalítica. El hospital Tobar García también tiene un posicionamiento casi, casi exclusivamente psicoanalítico, bien montado. (...) (...) Hice un doctorado en neurociencias en la Universidad Maimónides (...) e hice la certificación en ADOS – 2. También hice la certificación en el modelo Denver, que es un abordaje en autismo de la línea americana”.

“(...) Empecé a estudiar Psicopedagogía en el IES, que tiene una visión muy psicoanalítica. (...) Continué mi formación como Licenciada en Psicopedagogía, complementé en la UFLO; que ahí tienen una mirada más cognitiva conductual, es más neurociencia. (...) Estoy terminando una diplomatura en evaluación neurocognitiva en Aidyne, que es con aval de la UFLO”.

b) Síntomas

Se denomina síntoma al aspecto manifiesto o epifenómeno de una entidad más compleja. Son el emergente de la personalidad en interacción con el sistema social o

sus mediatizadores. Esto también se funda en el principio interaccionista, pero hace hincapié en el sujeto y no en el medio. El síntoma posee dos condicionantes notables: el subfenómeno - como idea opuesta y complementaria de epifenómeno o síntoma - y el medio o contexto (Visca, 2017). Todos los niños y niñas con rasgos psicóticos tipo esquizofrenia pacientes de las entrevistadas presentan síntomas en su conducta, manifestando alucinaciones verbales y auditivas, situaciones de agresividad y apatía vinculada a aspectos sociales.

“(...) Que él sabía lo que no tenía que hacer o lo que tenía que hacer, pero que en su cabeza alguien le decía otra cosa”. “(...)Situaciones de agresividad con su familia”. “(...) no miraba, no respondía”.

“(...) Los casos más extremos son pacientes que llegan con alucinaciones, escuchan voces o parten de que han hecho intentos de suicidio o pacientes que han atacado a otras personas. Hay pacientes que han matado a otra persona”. “(...) Muchas dificultades para enlazar con compañeros”.

“Hice una interconsulta con su psicóloga y me dijo bueno, están empezando a aparecer rasgos de psicosis, como estas alucinaciones, y no me lo dijo solo por esto sino por otras cosas que ella estaba evaluando (...). “(...)Son más agresivos. Les cuesta compartir espacio con otras personas. No hay palabra de por medio. Le caíste mal y viene el golpe”.

Por otra parte, como consecuencia se encuentra involucrado el aprendizaje presentando los siguientes síntomas de estructura cognitiva además de las alucinaciones:

“(...) Un nene muy inteligente con mucho potencial, un nivel de comprensión, un nivel de abstracción y un nivel de lenguaje muy bueno, pero en clase no se podía concentrar porque no podía seguir la explicación de la seño con la cantidad de distractores (...)”.

“(...) Había que acotar mucho las actividades justamente por esto, por una cuestión de motricidad no llegaba a escribir (...)”. “(...) Perdía mucho tiempo haciendo el trazo correcto”.

“La modalidad suele ser más mecanicista. Suele ser memoriosa, mecanizada. Es donde vemos el mayor compromiso desde la flexibilidad cognitiva. La función ejecutiva suele estar mucho más afectada”.

“Si es un libro que tiene un contenido más metafórico o un contenido que excede lo concreto. Esa parte del texto no la va a adquirir. En cuanto a las

matemáticas, va a resolver mecánicamente cuentas en ecuaciones, en polinomios, por decirte, no hablando de un nivel alto, pero difícilmente después pueda resolver por ahí situaciones problemáticas”.

“En los niños pequeños ocurre lo mismo. Si alguno de los que tienen procedimientos más mecanizados, lo equiparan por colores o formas. Eso no tiene ninguna dificultad, pero al momento de hacer un juego más espontáneo o más creativo, se complica porque no aparece eso creativo”. “(...) una variante que es lo simbólico, no aparece”.

“Después de un brote psicótico, las cosas no van a volver a ser como antes. Intelectualmente y sus aprendizajes pedagógicos no van a volver a estar como antes”.

“ (...) El aprendizaje se ve súper afectado y es lo que más rechazan”.

“ (...) El aprendizaje está afectado, pero por lo emocional no por lo cognitivo. Entonces lo que hago es que participe de talleres vinculares, de juegos reglados, que es donde él tiene la dificultad”. “

“Él sabe escribir, puede hacer sumas muy simples, te puede explicar el proceso por el cual decidió en una operación hacer una suma y no una resta. Entonces, las dificultades de él remiten a más, a lo vincular”.

c) Encuadre

Es el esquema conceptual y referencial con el que cada psicopedagogo va a operar. Estos cuatro términos integrados (esquema - conceptual - referencial - operar) configuran una idea acuñada por Pichon Riviére (2008) llamada ECRO. El ECRO es el esqueleto de conceptos formados a partir de todas las experiencias vitales profesionales, las cuales servirán de referencia para operar sobre la realidad. El encuadre es la base del vínculo cognitivo - afectivo del quehacer psicopedagógico.

El encuadre está constituido por constantes que sirven para comprender y aislar la situación a estudiar. El uso de constantes facilita la transición de un tiempo y espacio propio (placer) a un tiempo y espacio regido por el principio de realidad (objetividad). Estas son: el tiempo y la frecuencia. En las entrevistas realizadas, se hizo hincapié en el espacio, tiempo y frecuencia de las sesiones. Al respecto, sus respuestas fueron diversas dejando en evidencia que el encuadre se enmarca según el sujeto:

“Nos veíamos una vez por semana con una duración aproximadamente de 45 minutos”.

“El tiempo de duración de las sesiones y la frecuencia dependen del dispositivo en el cual es trabajado el paciente”.

“Dos veces por semana en sesiones de 40 minutos”.

2. Prácticas

a) Actores

Son aquellas personas que intervienen en el abordaje de la psicosis infantil tipo esquizofrénica, en mayor o menor medida están involucradas con el mismo, de acuerdo al vínculo y a las características que presente el sujeto en relación al tratamiento y a las necesidades que surjan.

Dentro de los actores, se pueden diferenciar los pertenecientes al equipo profesional y los miembros de la familia del paciente. Las profesionales en su totalidad dieron a conocer que trabajan en equipo de forma interdisciplinaria y multidisciplinaria con acompañamiento de las familias.

“El equipo estaba conformado por el psiquiatra, bueno la psicóloga (...), fono, y bueno yo como psicopé”. (...) La familia siempre acompañó mucho, muy presente, pero muy reticente con las medicaciones”. (...)

“Los equipos multidisciplinarios tienen siempre psiquiatras y psicólogas/os, como base, que a eso se le suma, puede ser psicopedagogía, fonoaudiología, terapia ocupacional (...) después a eso se le pueden sumar otras especialidades. (...)Dependiendo también a qué dispositivo dentro del hospital pertenece”.

“Trabajamos de forma integral con psicología, fonoaudiología, T.O y en el caso de que realmente los signos de alarma irruman y el nene no pueda construir nada, interviene psiquiatría siempre que la familia quiera”.

b) Diagnóstico

El diagnóstico es el proceso a través del cual se trata de conocer, describir, predecir y explicar la problemática del sujeto en un corte temporal reconociendo que deviene de una trama histórica, adoptando para su interpretación un criterio de relatividad (Novillo, 2010). La mayoría de las profesionales entrevistadas expresaron que el diagnóstico parcial en pacientes con rasgos psicóticos, en un primer momento es de TDAH. En cambio, con respecto al diagnóstico definitivo difieren ya que una de las psicopedagogas expresa que ocurre a los 9 o 10 años y la otra a los 13 años. Por otra parte, en su mayoría, fueron diagnosticados por psiquiatras.

“En un principio, su diagnóstico era un déficit de atención e hiperactividad”. (...) Su diagnóstico de esquizofrenia (...) recién se definió a sus 13 años aproximadamente”.

“El diagnóstico más común que utilizamos nosotros y quizá nuestros compañeros en psiquiatría es el de esquizofrenia”. (...) El diagnóstico psicopedagógico lo más frecuente(...) es un trastorno del aprendizaje escolar no especificado”.

“Los diagnósticos con este tipo de casos se terminan de confirmar a los 9 y/o 10 años. (...) El diagnóstico lo suele dar el psiquiatra. (...) La mayoría de los chicos que después van a desarrollar una psicosis, comienzan con el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad”.

c) Intervenciones

Visca (2017) con respecto a las intervenciones dice que se deben practicar, recortarlas de su contexto, analizarlas extrayendo el esquema o aspecto común y asignarles un nombre, como así también investigar su utilidad o eficacia. Además, en relación a cómo intervenir, nombra a los recursos como medios de intervención “los recursos son algunas de las posibles formas de intervención mediante las cuales se intenta modificar la organización de un campo cuya estructura o dinámica a los ojos del psicopedagogo se ha configurado inadecuadamente” (p. 107). Algunos de esos recursos son: el cambio de situación, la información, el modelo de alternativa múltiple, la mostración, entre otros.

Las intervenciones que realizaron las entrevistadas están relacionadas en términos generales con establecer acuerdos con los pacientes brindándoles varias alternativas acordes a sus intereses y motivaciones por medio del juego formando un vínculo o lazo afectivo del orden del cuidado por medio del diálogo, la escucha y el sostén.

“Siempre trataba de consensuar con él, ir por el lado de lo que lo motivaba”. (...) También buscaba juegos o actividades que tengan relación con temas que lo apasionaban”.

“(...)Tratar de no ser rígida, estar flexible. Estar atentas a lo que quiere y lo que no quiere. Es lo primero a lo que apuntamos. Lograr que sientan un lazo afectivo y amoroso del orden del cuidado, para que pueda también desplegar un poco”.

“Se hace todo un trabajo más que nada integral. Se apela a lo que es juego”. (...)Me paro desde el diálogo y la escucha, el sostener”.

d) Emociones

Las emociones son una experiencia íntima y personal conformada por un conjunto de cambios fisiológicos, cognitivos, subjetivos y motores que nacen de la valoración (positiva o negativa) de un estímulo, en un contexto determinado y con relación a los objetivos de un individuo en un momento concreto de su vida (Cotrufo & Bares, 2018).

Según Bisquerra (2009) son reacciones afectivas agudas y breves ya que presentan una duración de algunos segundos a varias horas y nace de manera prácticamente espontánea debido a un estímulo del cual surge una valoración primaria y automática. La mayoría de las entrevistadas manifestaron emociones negativas como angustia y frustración.

“(...) Me costaba mucho saber hasta dónde exigirle (...), me costaba mucho entender hasta donde era un capricho y yo tenía que cortarle, ponerle un límite y hasta dónde era algo, que él no podía manejar. (...) Para mí fue muy angustiante porque más allá, de que yo había seguido todo el proceso, verlo, fue muy shockeante. Se había deteriorado mucho, como que había involucionado”.

“(...)Es el correrlos de él, de la respuesta neurótica muchas veces como que uno ya se encuentra habituada a esperar la respuesta neurótica y eso crea muchas frustraciones (...)”.

Hallazgos

Se puede afirmar que, a partir de los datos recabados, las psicopedagogas entrevistadas están formadas en universidades que presentan una mirada psicoanalítica pero que en la práctica comprendieron que no era suficiente por lo tanto comenzaron a formarse desde un enfoque cognitivo - conductual mediante diplomaturas, cursos y/o doctorados. Además, expresan que los niños y niñas con rasgos psicóticos tipo esquizofrenia se muestran agresivos presentando distintos tipos de alucinaciones y cierta apatía. Con respecto al aprendizaje, todas coincidieron que el aprendizaje se encuentra en conflicto, pero dos de las entrevistadas manifestaron que esto ocurre por una cuestión emocional dado que presentan un nivel apropiado de comprensión y abstracción. Sin embargo, la segunda entrevistada expuso que presentan un nivel pedagógico descendido acompañado de un ritmo de aprendizaje lento ya que presentan una modalidad mecanicista y memoriosa teniendo comprometida la flexibilidad cognitiva y afectada la función ejecutiva y el pensamiento simbólico. Por último, en relación al encuadre, se evidencian diferencias, ya que dos de las entrevistadas tienen constantes establecidas con un tiempo y frecuencia predeterminado. En cambio, una de ellas trabaja desde una flexibilidad operativa ya que aborda el tratamiento con constantes que se adaptan a las peculiaridades de acuerdo al caso y al dispositivo en el cual se encuentre.

Con respecto al equipo de trabajo, respondieron que trabajan de forma integral multi e interdisciplinariamente poniendo en juego lo situacional y la perspectiva de cada uno de los actores en las supervisiones. Además, la mayoría mencionó la importancia del acompañamiento de las familias, como así también las posturas que opten frente a distintas situaciones, como por ejemplo la toma de medicaciones ya que estas van a repercutir de manera positiva o negativa en el sujeto en cuestión. En relación con el diagnóstico, la mayoría expuso que los niños y niñas que presentan un diagnóstico definitivo de una psicosis de tipo esquizofrénica inicialmente fueron diagnosticados con TDAH. Sobre este punto, se puede afirmar que dos de las entrevistadas utilizan los criterios diagnósticos del DSM V. Sin perjuicio de ello, las tres remarcaron que el diagnóstico definitivo lo da el psiquiatra.

Se puede decir que todas las entrevistadas en sus prácticas, intervienen con cierta flexibilidad, sin reglas y constantes sino por esquemas prácticos de acuerdo a la singularidad de cada sujeto consensuando sus intereses a través de actividades lúdicas. Además, dos de ellas manifestaron que tratan de crear un contexto en el que el niño y/o niña sienta un lazo afectivo y amoroso del orden del cuidado para que pueda situarse, situar su propio cuerpo y desplegarse para poder encontrarse con los

objetos de conocimiento acompañando y sosteniendo desde el diálogo y la escucha. Por último, dos de las profesionales contaron algunas emociones que se experimentan al abordar este tipo de casos, entre ellas se nombraron la angustia y la frustración.

DIFERENCIAS Y SIMILITUDES					
			PROFESIONALES ENTREVISTADOS		
ABORDAJE PSICOPEDAGÓGICO DE LA PSICOSIS INFANTIL TIPO ESQUIZOFRÉNICA	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	E1	E2	E3
	CONCEPCIÓN	Formación	Psicoanalítica	Psicoanalítica	Psicoanalítica
		Síntomas	- Alucinaciones - Agresiones - Potencial - Buen nivel de comprensión y abstracción	- Alucinaciones - Agresiones - Modalidad mecanicista, memoriosa. - Comprometidas y afectadas la flexibilidad cognitiva y la función ejecutiva. - Función simbólica no aparece	- Alucinaciones - Agresiones - Aprendizaje afectado por lo emocional y rechazado - Buen nivel de comprensión y procedimiento matemático
		Encuadre	- Frecuencia: una vez por semana - Tiempo: 45 min.	- Tiempo y frecuencia dependen del dispositivo donde se encuentre el paciente.	- Frecuencia: dos veces por semana - Tiempo: 40 min
	PRÁCTICAS	Actores	- Psiquiatra, psicólogo, psicopedagogo, fonoaudiólogo, T.O. - Equipo multi e interdisciplinario - Acompañamiento y reticencia de la familia al tratamiento psicofarmacológico	- Psiquiatra, psicólogo, psicopedagogo, fonoaudiólogo, T.O. - Equipo multi e interdisciplinario y supervisiones	- Psiquiatra, psicólogo, psicopedagogo, fonoaudiólogo, T.O. - Trabajo en forma integral, multidisciplinar - Opinión de la familia determinante en las decisiones
		Diagnóstico	- Diagnóstico parcial: TDAH - Diagnóstico definitivo: Esquizofrenia	- Diagnóstico médico: Esquizofrenia - Diagnóstico psicopedagógico: Trastorno del aprendizaje escolar no especificado	- Diagnóstico parcial: TDAH - Diagnóstico definitivo: Psicosis tipo esquizofrénica
		Intervenciones	- Modelo de alternativa múltiple - Música - Consenso de intereses, acuerdos - Actividades lúdicas - Bitácora	- Flexibilidad y adaptación - Atención a lo que quiere y a lo que no - Lazo afectivo y amoroso del orden del cuidado	- Trabajo integral - Juego - Diálogo, escucha y sostén
		Emociones	Angustia y sorpresa	Frustración	-

Debate con la teoría

Díaz Rodríguez (2005) desarrolla un análisis sobre el tratamiento de la psicosis infantil. Este estudio refleja que este tratamiento no puede reducirse nunca a una sola intervención. En el mismo sentido, Ulloa Flores et al. (2011) afirmaban en las conclusiones de su investigación, que la esquizofrenia en niños y adolescentes requiere de un tratamiento multidisciplinario a fin de mejorar el pronóstico de los pacientes a través de un modelo de tratamiento integral. En las entrevistas se confirma por parte de las entrevistadas esta misma orientación a pensar el tratamiento como un abordaje "integral", donde es fundamental el trabajo interdisciplinario y la supervisión. En ese sentido destacaban que el trabajo vincular se realiza en algunos casos en la modalidad de talleres encabezados por la psicóloga y la psicopedagoga.

En segundo lugar, a partir de lo expuesto se puede observar que si bien Ulloa Flores et al. (2011) postulaban que en el caso de los infantes, la aparición de los síntomas de la esquizofrenia es precedida por trastornos en el desarrollo y se ha expuesto a través de un coeficiente intelectual bajo y déficits cognoscitivos en base a los datos recolectados en esta investigación se puede discutir esta afirmación ya que algunas de las entrevistadas afirman que los pacientes tienen un buen nivel de comprensión y abstracción y que el aprendizaje se encuentra en conflicto no por lo cognitivo sino por factores emocionales. En este mismo sentido, Barrera (2006) en su análisis cuando estudia las funciones ejecutivas, sostiene que los pacientes con esquizofrenia pueden rendir normalmente en pruebas cognitivas estructuradas y solamente manifiestan su déficit en situaciones que requieren de la capacidad de organizar, monitorear y controlar la propia conducta.

En tercer lugar, López Lázaro (2016) afirma que la psicosis infantil es una enfermedad conformada por síntomas y signos que, aunque la caracterizan de forma general, también están presentes las múltiples diferencias individuales que se observan de un sujeto a otro. En nuestro relevamiento, las profesionales entrevistadas coinciden con esta afirmación, ya que sostienen que hay distintos síntomas compartidos por los pacientes tratados con este trastorno: alucinaciones, agresiones, las cuales se dan en distintos grados de gravedad.

Filidoro (2009) parte de la premisa de que todos los niños y niñas con rasgos psicóticos efectivamente presentan fallas graves en el proceso de constitución subjetiva, pero teniendo en cuenta que se puede decir que están psicóticos siempre y cuando se recuerde que en la infancia las psicosis no se encuentran decididas.

Coincidentemente con esta afirmación, en nuestra tesis una de las entrevistadas afirma que la estructura psicótica todavía no está definida en la infancia.

Finalmente, la autora anteriormente considerada, Filidoro (2016) define al oficio del psicopedagogo como un *hacer* que se lleva adelante “artesanalmente”. Ese hacer es de un modo particular, a partir del conocimiento de la condición de ese niño o niña y dando lugar a las singularidades, y se hará siempre en su nombre y no en el nombre de un trastorno. La autora considera que esta es una especificidad de la intervención psicopedagógica. En el mismo sentido, de nuestra tesis se deriva que el trabajo psicopedagógico tiene un elemento artesanal, en el cual es importante ser flexible, y por otro lado, presentan otra característica fundamental para la intervención psicopedagógica: estar atentos a que los niños y niñas sientan un lazo afectivo y amoroso con el profesional, del orden del cuidado, para que puedan desplegar sus habilidades.

QUINTA PARTE

Conclusión

Como proyectamos en la primera parte, el objetivo general del estudio fue analizar las concepciones que subyacen en las prácticas profesionales realizadas por los psicopedagogos en los casos de psicosis infantil tipo esquizofrénica. En virtud de dicho abordaje, en lo que sigue elaboramos algunas conclusiones o interpretaciones finales.

La primera tarea consistió en reconstruir desde un punto de vista teórico algunos abordajes acerca de la esquizofrenia de tipo infantil, su definición, su vinculación con el aprendizaje y sus abordajes profesionales.

Con este encuadre y para llevar adelante nuestro objetivo, realizamos entrevistas a tres profesionales que intervienen en distintos espacios: un centro de salud, un hospital público y un consultorio particular. Y a lo largo de la segunda parte de la tesis, desarrollamos los resultados del trabajo de campo y reunimos las voces de las entrevistadas, con el fin de examinar los elementos articuladores de sus formaciones y profundizar sobre sus intervenciones y percepciones sobre este trastorno.

En el trayecto final de esta investigación, pausamos la marcha para recapitular y considerar las hipótesis planteadas, las claves teóricas, y las interpretaciones tejidas a través de nuestro análisis. Algunos de los hallazgos fundamentales de la tesis se vinculan con la formación y el quehacer psicopedagógico.

En primer lugar, se observó a partir de las entrevistas que las profesionales, si bien se habían formado con una orientación y una mirada psicoanalítica, en la práctica comprendieron que no era suficiente, por lo tanto, comenzaron a formarse desde un enfoque cognitivo - conductual mediante diplomaturas, cursos y/o doctorados.

En segundo lugar, de la investigación surge que hay áreas sujetas de conflicto en las funciones del aprendizaje, sea por motivos emocionales o porque esté afectada la flexibilidad cognitiva y la función ejecutiva y el pensamiento simbólico por el trastorno padecido. Otra cuestión surgida de nuestro análisis es que las profesionales abordadas afirman trabajar de forma integral multi e interdisciplinariamente, poniendo en juego lo situacional y la perspectiva de cada uno de los actores en las supervisiones. Además, la mayoría mencionó la importancia del acompañamiento de las familias a lo largo del proceso y el tratamiento.

Finalmente, un elemento significativo que surge de nuestra pesquisa es la importancia que tiene, según sostienen las profesionales, crear un contexto en el que el niño y/o niña sienta un lazo afectivo y amoroso del orden del cuidado para que pueda situarse, situar su propio cuerpo y desplegarse a fin de poder encontrarse con los objetos de conocimiento por medio de acuerdos y actividades lúdicas acompañando y sosteniendo desde el diálogo y la escucha.

Por último, y si bien esta investigación aborda un tema no estudiado con anterioridad, consideramos que hay una serie de dimensiones que pueden ser útiles e importantes para continuar reflexionando sobre esta temática. Algunas líneas posibles de indagación que se derivan de esta tesis son: estudiar con mayor detalle la relación entre la administración de ciertos medicamentos y el proceso de aprendizaje; un análisis sobre las trayectorias escolares de niños y niñas con esta condición, cómo distintas instituciones educativas abordan la inclusión de pacientes con este trastorno, para relevar datos que puedan ser complementarios de la investigación que llevamos adelante en esta tesis.

Referencias bibliográficas

- Acosta Gómez, Mario. (2009). *Binswanger y el análisis existencial*. Revista EAN, (67), 121-138.
- Aldasoro, T., Avellón Calvo, M., González-Serrano, F., Jarast, R., Jiménez Pascual, A. M., Martín Tarrasón, S., ... & Tapia, X. (2013). *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 56, 59-66.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- Barrera, A. (2006). *Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia*. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 44(3), 215-221.
- Bisquerra Alzina, R. (2009). *"Psicopedagogía de las emociones"*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Bleuler, E. (1911). *Demencia precoz. El grupo de las Esquizofrenias*. Ed. Lumen Hormé, Buenos Aires.1993. Pág. 7.
- Borja, L. (2004). *Fundamentos psicométricos en la evaluación psicológica*. Revista electrónica de psicología Iztacala, 7 (4), 23-43.
- Bravo, L. (2009). *Psicología educacional, psicopedagogía y educación especial*. Revista IIPS. Edit. Universidad Católica. Santiago de Chile.
- Campos, A. L. (2010). *Primera infancia: una mirada desde la neuroeducación*. Lima: Cerebrum & OEA.
- Cotrufo, T., & Bares, J. M. U. (2018). *El cerebro y las emociones: Sentir, pensar, decidir*. Emse Edapp, SL.
- Ey, H., Bernard, P., Brisset, Ch, *"Tratado de psiquiatría"*, 2° ed. Ed. Masson, Barcelona. 1969.

Fernández, A. (2000) *Poner en juego el saber. Psicopedagogía: propiciando autorías de pensamiento*. Buenos Aires, Nueva Visión.

Figueroa Romero, R.; Ranchero Ventura, P. (2014). *Reflexiones teórico-metodológicas en la construcción del conocimiento en multidisciplinaria (interdisciplina)*. Estado de Derecho y Democracia. IV Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales, 27 al 29 de agosto de 2014, Heredia, Costa Rica. La investigación social ante desafíos transnacionales: procesos globales, problemáticas emergentes y perspectivas de integración regional. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8320/ev.8320.pdf

Filidoro, N. (2009). *Psicopedagogía: conceptos y problemas, la especificidad de la intervención clínica*. Biblos.

Flores, R. E. U., Vera, T. D. R. S., & Guitart, R. A. (2011). *Evaluación y tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes: una revisión actualizada*. *Salud mental*, 34(5), 429-433.

Fore, H. (5 de octubre de 2021). Unicef advirtió que 1 de cada 7 niños y adolescentes padecen un trastorno de salud mental. *Infobae*. <https://www.infobae.com/salud/2021/10/05/unicef-advirtio-que-1-de-cada-7-ninos-y-adolescentes-padecen-un-trastorno-mental>

Freud, S. (1924). *Neurosis y psicosis*. Obras completas, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1980, volumen XIX.

Freud, S. (1924). *La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis*. Obras completas, vol. XIX (p.271). Amorrortu Editores Buenos Aires. 1980.

García Valencia, J., Miranda, A. L., López Jaramillo, C. A., Palacio Acosta, C. A., Gómez Franco, J., & Ospina Duque, J. (2005). *Esquizofrenia y neurodesarrollo*. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(1), 63-76.

- Giordan, A. (1995). *Los orígenes del Saber*. Ed. Diada. Sevilla.
- Janín, B. (2019). *El sufrimiento psíquico en los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva*. 1a ed. 6a reimp. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Noveduc.
- Jorge, MLM (2013). *Una revisión histórica del tratamiento y diagnóstico de la esquizofrenia infantil*. Revista de Historia de la Psicología.
- Kraepelin, E. (2008). *La demencia precoz*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Lacan, J. (1955/1956). *El Seminario de Jacques Lacan*. Las psicosis, Libro 3. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1984.
- López Lázaro, N. (2016). *La psicosis infantil: proceso de detección y diagnóstico*. Orientaciones educativas en la etapa de educación infantil.
- Minnicelli, M. (2004). *Infancias públicas. No hay derecho*. Buenos Aires: Noveduc.
- Misol, R. C. (2011). *La psicosis desde la perspectiva de la atención primaria*. Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente, (18), 43-50.
- Muller, M. (2008). *Formación docente y psicopedagógica /Educational and Psychopedagogic Formation*. Editorial Bonum.
- Novillo, H. y Fuentes, A. (2007). *El Tratamiento Psicopedagógico*. Manuscrito inédito. Facultad de Ciencias de la Educación y Psicopedagogía, Cátedra Clínica Psicopedagógica II, UAI, Buenos Aires, Argentina.
- Novillo, H. (2008). *Las etapas del tratamiento psicopedagógico*. Manuscrito inédito. Facultad de Ciencias de la Educación y Psicopedagogía, Cátedra Clínica Psicopedagógica II, UAI, Buenos Aires, Argentina.
- Novillo, H. (2010). *El diagnóstico psicopedagógico*. Manuscrito inédito. Facultad de Ciencias de la Educación y Psicopedagogía, Cátedra Clínica Psicopedagógica I, UAI, Buenos Aires, Argentina.

- Pérez Luño, A. E. (1987). *Concepto y concepción de los derechos humanos:(acotaciones a la ponencia de Francisco Laporta)*.
- Ramírez Nieto, Luz Ángela, & Henao López, Gloria Cecilia (2011). *Modelo de intervención psicopedagógica encaminado al desarrollo de aspectos emocionales, cognitivos y conativos*. International Journal of Psychological Research, 4 (1),29-39. [fecha de Consulta 6 de julio de 2022]. ISSN: 2011-2084.
- Ricci, C. R. (2022). *Condición epistemológica de la psicopedagogía iberoamericana entre los años 2000 y 2020*. Una revisión sistemática. Psicología Unemi, 6(11), 46-69.
- R. Moreno, E. A. (2002). *Concepciones de práctica pedagógica*. Folios, (16), 105.129. <https://doi.org/10.17227/01234870.16folios105.129>
- Rodríguez, M. E. D. (2005). *Tratamiento psiquiátrico y psicopedagógico: tratamiento psiquiátrico*. CUADERNOS DE, 59.
- Ruíz, A. B. L. (2013). *La importancia de la educación inicial en el desarrollo infantil* (Doctoral dissertation, 42).
- Ruiz, P., Apud, I., Maiche, A., González, H., Pires, A. C., Carboni, A., ... & González Perilli, F. (2016). *Manual de introducción a la psicología cognitiva*.
- Sánchez, A. P. (2006). *Las psicosis infantiles en la consulta de pediatría*. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 5.
- Tustin, Frances. (1994). *Autismo infantil. Capítulo IX "El autismo infantil precoz y la esquizofrenia infantil*. Editorial Paidós Ibérica 1981. Buenos Aires. 4ª edición.
- Untoiglich, G. (2019). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: la patologización de las diferencias en la clínica y la educación* (Vol. 33). Noveduc.

- Vasconcelos, A. F., & Cruz, O. D. G. (2014). *Esquizofrenia infantil. Presentación de una paciente. Acta Médica del Centro*, 8(4), 29-33.
- Vasen, J. (2019). *Autismos: ¿espectro o diversidad?: familias, maestros y profesionales ante el desafío de repensar etiquetas* (Vol. 36). Noveduc.
- Visca, J. (2002). *Técnicas proyectivas psicopedagógicas y pautas gráficas para su interpretación*. Buenos Aires: Visca & Visca Editores.
- Visca, J. (2017). *Clínica psicopedagógica: epistemología convergente*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Visca & Visca Editores. 3ª edición revisada.
- Winnicott D. (1960). *La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso*. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires: Paidós. 2007.
- Winnicott, D. (1960). La relación inicial de una madre con su bebé. *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Hormé.
- Winnicott, D. (1963). *El miedo al derrumbe*. En Exploraciones psicoanalíticas. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1963). *El enfermo mental entre los casos del asistente social*. En los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1967). *El concepto de individuo sano*. En Winnicott, Green, Mannoni, Pontalis, y otros. Buenos Aires: Trieb.
- Winnicott, D. (1969). *La experiencia de mutualidad entre la madre y el bebé*. En *Exploraciones psicoanalíticas*. Buenos Aires: Paidós.

Anexos

Entrevista 1

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA ENTREVISTADA 1	
Fecha, hora y lugar de la entrevista	31/08/2022 a las 20 hs por zoom.
Cargo	Docente de Ed. Especial y Lic. en Psicopedagogía
Lugar en donde desempeña su trabajo	Consultorio particular
Ubicación geográfica	Lomas de Zamora, Zona sur

E1: Hola, hola, ¿cómo estás? Espera que (...) ay, mira, trate de ponerme en un lugar donde no se viera el lío que tengo en casa (risas).

Y: ¡Hola! Bien, ¿Cómo estás vos? No te hagas problema, no pasa nada. Primero que nada, te quería agradecer por tomarte este tiempo en la semana. Seguramente, estás con los tiempos justos, pero sin embargo me dijiste que sí y pudimos concretar el encuentro.

E1: No, por favor no te preocupes. En lo que te pueda ayudar (...). Lo que pasa que justo, me agarraste en una semana super complicada. No te quería decir que sí, después que no, ¿por eso me ataje viste? Te dije podemos confirmar ese mismo día más sobre la hora porque no quería que dejes de hacer cosas por conectarte, me iba a sentir mal, y después tener que cancelarte.

Y: (sonríe) Sí, me imagine. Pero bueno ya estamos acá por suerte. Te cuento, bueno mi nombre ya lo sabes soy Yanina, estoy terminando la carrera de psicopedagogía, es por eso que estoy realizando mi trabajo final de carrera. El tema de mi tesis es indagar cuáles son las prácticas/ intervenciones que realizan los psicopedagogos en casos de psicosis infantil tipo esquizofrénica. Es por eso que te contacte ya que Fabi me había comentado que tuviste un caso con estas características. Antes de meternos en tema, te quería avisar que voy a grabar esta conversación porque después la necesito desgrabar y hacer el análisis correspondiente.

E1: ¡Sisi, dale! ¡No hay problema! Si querés primero te cuento un poquito mi formación y demás.

Y: Si, dale perfecto, es más iba a arrancar por ahí. Preguntándote por tu título y lugar de formación profesional y trayectoria profesional.

E1: Bueno (...) Soy docente de educación especial y, además, hace unos años, unos cuántos, me recibí de licenciada en psicopedagogía. Egresada de la Universidad de Lomas de Zamora (UNLZ). Trabajé en una escuela especial privada de Monte Grande y también en una estatal de Temperley y también como MAI. Mientras tanto estudiaba psicopedagogía y ya cuando me recibí arranque por integraciones, que ya era un espacio super conocido para mí, para luego lanzarme al consultorio.

Y: Bien, y actualmente... ¿En qué espacio laboral te desempeñas? ¿Qué tipo de pacientes tenes? ¿Rango de edades aproximadamente?

E1: Y mira, actualmente estoy trabajando en un centro en Bunge, pero acá tengo un rol más pedagógico es decir como apoyo pedagógico y también trabajo en Lomas centro, también en un centro, pero cumpliendo la función de psicopedagoga. Atiendo niños y niñas desde los 3 años hasta los 12 aprox. Tengo una variedad de edades.

Y: ¿A qué corriente de la psicopedagogía te vinculas principalmente? ¿Con cuál te sentís más identificada y por qué?

E1: Mira, la formación de la facultad donde estudié es más bien psicoanalítica. A mí la verdad personalmente, me apasiona el psicoanálisis y cuando estudiaba y es más cuando termine la carrera me quería como solo abocar a esa rama. Más tarde y con más años (risas) entendí que se necesita una formación más completa en donde no se tiene que dejar de conocer y saber sobre otros enfoques porque no toda teoría se puede utilizar de lleno en un caso. Hay que variar y entender que, como profesionales, no nos podemos casar sólo con una corriente. Trabajamos con sujetos con todo lo que eso conlleva, entonces tomamos al sujeto con sus características biopsicosociales y culturales por lo tanto sería muy imprudente solo tomarlo desde una teoría. Además, luego en la práctica empezas a empaparte de muchos casos que te llevan a actualizarte todo el tiempo y es ahí cuando realicé varios cursos y diplomaturas que tenían que ver con la terapia cognitivo conductual.

Y: Claro, sí. Te entiendo perfectamente porque me pasa algo parecido. ¿Tenes actualmente o has tenido en el pasado algún paciente niño/a con rasgos psicóticos?

E1: Si, tuve. Muy poquitos en verdad porque es un área en donde los psicopedagogos no tenemos mucha participación, lo cual me parece mal ya que nosotros trabajamos con el aprendizaje de la persona a lo largo de toda la vida, el qué y el cómo aprende. Entonces creo que el psicólogo no llega a abarcar esa parte de lleno porque no es su objeto de estudio, así que nuestro rol sería y es fundamental. Aparte, en la psicosis y puntualmente en la esquizofrenia, por ejemplo, se ven una serie de síntomas muy marcados que quieras o no se trasladan al aprendizaje de ese sujeto.

Y: Totalmente. En mi trabajo, en una parte menciono los síntomas más generales como, por ejemplo, introversión, apatía y eso se ve reflejado de alguna manera en el aprendizaje. Bueno volviendo a la pregunta anterior, me respondiste que tuviste casos de psicosis. ¿Cómo fue en esos casos el proceso de diagnóstico?

E1: Mira... te voy a hablar puntualmente de un caso porque es el más rico ya que trabajé bastante tiempo más con él, entonces te puedo contar más detallado todo. Ezequiel, es el chico con el que yo trabajé. En un principio, su diagnóstico era un déficit de atención e hiperactividad, siempre estuvo con control psiquiátrico. Esto fue a sus 4, 5 años, pero acompañado de esto había algunas cositas extrañas, como llamados de atención que estaban muy al límite. Había hecho una permanencia, o sea, en precolar; siempre estuvo con controles y estuvo medicado, pero sobre todo por lo atencional y su hiperactividad en ese momento. Tenía PPI, estaba a cargo de una escuela especial privada que se llama "Soles" que realiza acompañamientos sobre todo a niños con retardo mental y otras dificultades. Bueno con lenguaje también, con déficit de atención también, las escuelas privadas engloban mucho más que las escuelas del Estado que por ahí se limitan más al diagnóstico y después también tenía acompañante terapéutico porque era un nene que salía corriendo de la sala. Había que correrlo alrededor del patio para que volviera, un nene muy inteligente con mucho potencial un nivel de comprensión, un nivel de abstracción y un nivel de lenguaje muy bueno, pero en clase no se podía concentrar porque no podía seguir la explicación de la seño con la cantidad de distractores, puntualmente en sala de 5 esto se evidenció aún más porque es cuando comienzan a utilizar el cuaderno y él no podía volcar todo eso.

Y: ¿Qué características de la psicosis infantil tenía el paciente?

E1: Mira, yo te cuento, había cosas que llamaban la atención, por ejemplo, que después también uno con el tiempo, haces como otra lectura de lo que estaba

pasando, y además con el equipo se hablaban estas cuestiones. Por ejemplo, me acuerdo que tenía un compañero japonés, no me acuerdo el nombre ahora y él estaba obsesionado con ese chico, que ese chico lo miraba que ese chico le decía algo, que lo molestaba, todo el tiempo se sentía provocado por ese chico, y te estoy hablando cuando tenía 5 años.

Yo me acuerdo que lo habíamos hablado, pero me acuerdo que él me decía, pero patente que “yo no, (...)”, mm textual, “que él sabía lo que no tenía que hacer o lo que tenía que hacer, pero que en su cabeza alguien le decía otra cosa”.

Y: Claro, había como una cierta paranoia en ese momento y, además, ya como voces que bueno al ser tan chiquitos, uno puede pensar en los tan conocidos amigos imaginarios, por eso es que hay que hilar muy fino.

E1: Claro, en ese momento era que estaba (..) se había fijado con ese chico y ese chico por ahí no le hacía nada, ni lo miraba y sus dificultades atencionales en ese momento, su atención iba a ese chico. Se obsesiono. También, había mucha inflexibilidad, las cosas tenían que ser como él quería y si le movías algo o si se lo planteabas de otra forma o si le cambiaban el horario en el jardín o si los chicos no estaban prestando atención como él quería que debían estar prestando atención, o sea, se desbordaba y tenía también poca inhibición, podía salir con cualquier cosa, la que se te ocurra.

Es un trabajo de hormiga, no podés decir de la noche a la mañana que es psicótico por eso su diagnóstico de esta esquizofrenia entre comillas te lo digo recién se definió a sus 13 años aproximadamente. Hoy en día sí, Ezequiel es un paciente esquizofrénico, ya todo un adolescente. Ahora que me mencionas lo de los amigos imaginarios, él tenía uno que se llamaba Iván. Por sugerencia de la psicóloga, cuando aparecía este personaje no lo concentrábamos, ni lo exponíamos, por ejemplo, no le decíamos, “¿con quién hablas?”, “no hay nadie”. “Iván no es como nosotros”, o algo así. Más bien, dirigíamos la atención a él: “Yo te hablo a vos Ezequiel”, “me gustaría que vos me hables a mí Ezequiel”, “escucha lo que yo digo Ezequiel”.

Y: ¿Podrías describir el tratamiento? (tiempo de duración, características de las sesiones, etc.)

E1: Nos veíamos una vez por semana con una duración aproximadamente de 45 minutos.

Siempre trataba de consensuar con él, ir por el lado de lo que lo motivaba o que hacía

que estos sentimientos, sensaciones como, por ejemplo, lo del clima a veces bueno, el clima no lo podemos cambiar, o sea va a estar nublado toda la semana y vos tenías tal actividad o tarea o juego, ¿qué hacemos? Entonces le ofrecía alternativas, por ejemplo, servía mucho la música, que él eligiera la música y dejar la música de fondo mientras trabajábamos, como que sentía que es lo tranquilizaba digamos y lo ayuda a concentrarse, a disminuir su malestar, en verdad a disfrutar de la sesión. La psicóloga también me decía, o sea, él necesita esas rutinas para el encuentro, estabilidad y control, como esos rituales, entonces me decía, no, no se los quites del todo; anda regulando.

Bueno, eso lo de la música también, negociar con cosas que quería hacer en el consultorio con digamos el trabajo específico que teníamos que trabajar ese día. También buscaba juegos o actividades que tengan relación con temas que lo apasionaban y que le resultaban súper amenos, como el fútbol, también de más grande todo lo que tiene que ver con geografía. Porque ya te digo él venía bastante bien con algunos momentos, meses mejores que otros en los que se acentuaban estos rituales y estos cambios de ánimo más o menos.

Y: ¿Cómo evalúas el proceso de aprendizaje? (qué aprendía, cómo aprendía)

E1: La verdad es que, a nivel pedagógico curricular súper bien, tenía un nivel cognitivo muy bueno y podía (...), lo que pasa que, por ejemplo, a nivel escritura él escribía en imprenta mayúscula depende cómo estaba, de su estado de ánimo, tenía un trazo muy muy cargado muy rígido y con mucha atención, entonces se agotaba de escribir.

No, porque no podía, o sea, a nivel producción, escribía muy bien, o sea, a nivel (...). Ah, y en ese momento, también hacía fono, pero lo que pasa que bueno, había que acotar mucho a las actividades justamente por esto por una cuestión de motricidad no llegaba a escribir y se fatigaba rápido. No porque no pudiera responder entonces por ahí en algunas actividades se le se le modificaba, en vez de escribir, de pedirle que escriba, hacíamos que una con flechas, que complete, que marque en vez de tener que escribir tanto porque se agotaba y después, por ejemplo, perdía mucho tiempo haciendo el trazo correcto. El que él consideraba correcto de cada uno de los grafemas por decirte ahora no me acuerdo puntualmente. Pero, por ejemplo, si es la j. La hacía con un palito arriba en vez de con un puntito cualquier palabra que él viera que tuviera puntito, le hacía el palito arriba. Si yo le escribía algo y se lo escribía con el puntito, él le hacía el palito, lo mismo en sus producciones, si por ejemplo él hacía una letra A y viste que la letra es así con un palito en el medio. Si el trazo del medio no coincidía, pasaba la línea que borraba y lo volvía a escribir.

Entonces obviamente ese tipo de cuestiones enlentecían toda su producción, y no le permitían, a veces igual, yo te digo, tenía muy buena comprensión, pero a veces se detenía en esos detalles que no podía continuar, o sea, no llegaba por ahí a la comprensión o se agotaba mucho más rápido, pero porque se detenía en eso. Cada vez que (...) vos imagínate estaba haciendo una producción, un texto lo que sea y se detenía en cada grafema para ver que estuviese apoyado en el renglón, que terminara donde tenía que terminar a eso sumale la rigidez y la presión que hacía con el lápiz, lapicera. Hacía que todo le consumiera mucha más energía.

Y: Además de tu intervención, ¿qué otros profesionales o instituciones formaban parte de la red en ese caso?

E1: Yo trabajaba mucho con la psicóloga, pero el equipo estaba conformado por el psiquiatra, bueno la psicóloga, también cuando era más chiquito hacía fono, y bueno yo como psicopé. Por otro lado, la familia siempre acompañó mucho, muy presente, pero muy reticente con las medicaciones. Nosotros como equipo, por ahí notábamos cambios en su humor, en su concentración, en todo esto que te digo y cuando indagábamos y planteábamos esta situación a la familia, nos enterábamos que como lo notaban mejor, le cortaban la medicación, a veces por un mes o más. Después, salían a la luz este tipo de cuestiones. También, tenía su acompañante en la escuela, su maestra de apoyo a la inclusión que era la que acordaba con los docentes que tipo de adecuaciones y le recortaban algo si le modificaban y eso. Conmigo estuvo hasta tercero o cuarto, no me acuerdo en este momento bien. Luego deja de trabajar conmigo por una cuestión de la obra social porque ya no le cubría más mi tratamiento. La obra social por un tema burocrático, de superposición de prestaciones, cuando estaba la Escuela Especial interviniendo en un momento deja de cubrir mi apoyo y bueno (...)

Pero años más tarde, me vuelven a contactar y él ya estaba en primer año secundario y ya no tenía un proyecto de apoyo a la inclusión porque la verdad es que a nivel contenido estaba muy bien. Bueno, pudo volver conmigo y entonces estaba sin maestra de apoyo a la inclusión, o sea, sin un proyecto formal en la escuela. En la escuela, lo conocían, porque es la misma escuela de primaria y secundaria, viste que articulan. Es una escuela del estado de acá, de Escalada, entonces el gabinete y los preceptores y todos ya lo conocían.

Y: ¿Cuáles consideras que fueron los mayores desafíos durante el tiempo de

tratamiento?

E1: A mí, en particular, me costaba mucho saber hasta dónde exigirle y hasta donde no, para no exponerlo o ponerlo en una situación más de crisis. Entonces poder entender quizás por mi falta de formación específica y de experiencia en esta área, me costaba mucho entender hasta donde era un capricho y yo tenía que cortarle, ponerle un límite y hasta dónde era algo, que él no podía manejar. Por eso es fundamental, el trabajo interdisciplinar, la supervisión sino sería imposible ni tampoco sería ético. Por ejemplo, algo que siempre tuvo, pero después cuando volvió a trabajar conmigo en secundaria, estaba mucho más acentuado eran sus cambios anímicos de acuerdo al clima. Los días que estaban nublados o por llover, no podía hacer ni la mitad de lo que podía hacer un día soleado. Entonces, en este caso, implementé (...). Yo trabajo mucho bajo la mirada de la terapia cognitivo conductual viste y ese enfoque con él no servía en un primer momento. Entonces, yo me acuerdo, por ejemplo, estaba muy obsesionado con, ya te digo, como escribía, después con sus útiles, de chequear muchas veces lo mismo, chequear, o sea, no se llegaba el consultorio y tenía que sacar la goma, el lápiz y el compás, y yo le decía “no estamos viendo geometría, o ningún contenido en particular, hoy vamos a hacer algo más bien lúdico, no lo vas a necesitar”. Pero él necesitaba hacer todo eso o sacaba, por ejemplo, dos lápices, si por si uno se le rompía o se le caía entonces bueno, ya tenía el otro.

Y: ¿Cómo evaluás los resultados de esas intervenciones?

E1: A mí lo que me resultó en ese momento fue poder como registrar con él, que era lo que le estaba afectando y tratar de escuchar su sufrimiento porque él estaba sufriendo. Me acuerdo que teníamos una libreta donde anotábamos tipo agenda los días y lo que sentía y los conflictos que habían sucedido, como los había resuelto o no, si había funcionado o no, como para después volver a esa estrategia si volvía a ocurrir alguna situación en el colegio, pero lo gráfico sobre todo cuando era más chiquito, los dibujos, la agenda, la verdad es que lo organizaba bastante y hacía que se abra, que pueda contarme. Lo hacíamos como un juego con roles.

Y: ¿Algo más que me quieras contar, acerca de su vida social u otra cosa?

E1: Siempre le costó mucho la vida social, con sus pares no tenía mucha relación fuera del colegio prácticamente nada. Tenía dificultades con sus compañeros porque también, nada adolescentes de una de escuela estatal, así que había compañeritos, incluso compañeritos más grandes que él porque habían tenido que recursar y eso entonces era un ambiente un poco hostil por momentos y sabían cómo provocarlo.

Entonces, yo me acuerdo de hablar con la directora y me decía que Ezequiel se enojaba muchísimo y que muchas veces acudía a ella para decirle lo que había pasado, y, por ejemplo, era que los compañeros le habían escondido la cartuchera. Que entre adolescentes por ahí no pasa más de un chiste, pero él se sacaba, se angustiaba mucho y se enojaba muchísimo también. Ya te digo, o sea, más allá de estos conflictos, igual le costaba. Con el grupito que más se llevaba era con los que venía de primaria, los que ya conocía, pero le costaba abrirse al resto, incluso para pedir tareas o para algo, le preguntaba a tres personas o cuatro compañeros.

Cuando empezó la pandemia en el 2020, él no se quería conectar por zoom, o sea, yo seguía trabajando. Yo con mis otros pacientes, pasamos de creo que una semana cortamos que no sabíamos que pasaba, pero después ya las sesiones eran virtuales. En cambio, él no quiso conectarse nunca.

La psicóloga lo que decía es que bueno, que se le presentó esto de la imagen y se le jugaba en forma negativa digamos y bueno nada esperando que sin insistir demasiado porque esperábamos que pasara pronto. Decíamos no pasa nada un tiempo sin sesiones, no pasa nada porque total en cualquier momento volvemos a lo presencial. La cuestión es que no, no me digas que vos pensaste que era diferente todo (risas). Creíamos que iba a ser por un corto periodo de tiempo, pero bueno, cuando esto se fue extendiendo, él seguía sin querer conectarse ni videollamada ni llamada ni nada y se fue aislando cada vez más. Obviamente no, no cumplía con la escuela, tenía una plataforma donde subían actividades y eso y no, no hubo caso, no quería hacer absolutamente nada.

Pero nada dejamos de trabajar con la psicóloga. La psicóloga siguió muy en contacto con la familia yo también, pero la psicóloga conteniendo un poco más y bueno nada, su cuadro fue empeorando muchísimo. Dejó de comunicarse con su familia. Deja de mantener la higiene, digamos y cuestiones de salud. Cuando los padres le intentaban poner límites, muchas veces, se enojaba tanto que dejaba de hablarles, dejaba de comer, de alimentarse, o sea, se negaba a ir a comer con la familia y eso bueno, fue muy preocupante obviamente el psiquiatra fue acompañando fueron haciendo ajustes en la medicación, no me acuerdo que estaba tomando, pero creo que lo puedo chequear.

Y bueno nada, desde la escuela súper buena predisposición tratando siempre de convocarlo. Yo mantenía siempre el contacto y no sé, me mandaban audios a mí para que yo se los reenviara a él y a la familia. La familia se los hacía escuchar, pero nada, él todo el tiempo lo único que hacía era preguntar cuándo volvía a la escuela, o sea, él quería volver a la escuela, pero lo que le estábamos planteando o pidiendo no era la escuela, o sea, de lo virtual y eso él no quería saber nada. Sólo quería volver a la

escuela. Y así, estuvo todo el 2020 después a fin de año, le mandaron algunos trabajos para hacer.

Cuestión es que nada, la verdad es que la situación seguía empeorando y empezó a tener situaciones de agresividad con su familia y después (...). Bueno, la familia logra conseguir un acompañante terapéutico para estar en su casa y para acompañarlo a las terapias porque obviamente ya no estaba en condiciones de viajar solo, así que, a mediados en la segunda parte del año del 2021, volvió a las terapias en forma presencial, pero la verdad es que costaba muchísimo y nada para mí fue muy angustiante porque más allá, de que yo había seguido todo el proceso, verlo, fue muy shockeante. Se había deteriorado mucho, como que había involucionado. Después de la pandemia era otro chico digamos, obviamente no miraba, no respondía, generalmente respondía cuando se negaba a algo, por ejemplo, cuando yo le ofrecía algo y me decía que no.

Y: La verdad, te quiero agradecer este tiempo y además el hecho de haberme compartido este caso tan detallado. Seguramente, me será muy útil para mi trabajo. Capaz, te tenga que volver a contactar por si me queda alguna duda o algo donde tenga que desarrollar un poco más.

E1: ¡Si, dale! No hay problema. En todo lo que te pueda ayudar (...). Es más, tengo unos informes del psiquiatra donde se puede ver detallado su medicación y más la parte médica en relación a su diagnóstico. Puedo pasarte algunos apartados.

Y: Genial. ¡Buenísimo! Bueno muchas gracias. Buena semana y nos estamos hablando.

E1: A vos. Un placer. ¡Chau!

Componente / Dimensiones		Incidentes / Cita textual	Primeros hallazgos
ABORDAJE PSICOPEDAGÓGICO DE LA PSICOSIS INFANTIL TIPO ESQUIZOFRÉNICA	CONCEPCIÓN	F O R M A C I Ó N - "Soy docente de educación especial y, (...) me recibí de licenciada en psicopedagogía. Egresada de la Universidad de Lomas de Zamora (UNLZ)". "(...) La formación de la facultad donde estudié es más bien psicoanalítica. (...)" - "Me apasiona el psicoanálisis y (...) entendí que se necesita una formación más completa en donde no se tiene que dejar de conocer y saber sobre otros enfoques porque no toda teoría se puede utilizar de lleno en un caso". - (...) "Realicé varios cursos y diplomaturas que tenían que ver con la terapia cognitivo conductual".	- Corriente psicoanalítica como base - Corriente psicoanalítica con apertura a otros enfoques - Conocimiento y estudio de la corriente cognitivo conductual.
		S Í N T O M A S - "Su hiperactividad". - "Dificultades atencionales". - "En clase no se podía concentrar porque no podía seguir la explicación de la seño". - "(...)Que él sabía lo que no tenía que hacer o lo que tenía que hacer, pero que en su cabeza alguien le decía otra cosa". - "Había mucha inflexibilidad, las cosas tenían que ser como él quería (...), se desbordaba y tenía también poca inhibición, podía salir con cualquier cosa, la que se te ocurra". - "Amigos imaginarios, él tenía uno que se llamaba Iván". - "Sus cambios anímicos de acuerdo al clima." - "(...)Situaciones de agresividad con su familia". - "Se había deteriorado mucho, como que había involucionado (...) no miraba, no respondía".	- TDAH (estructura cognitiva) - Lento curso e interceptación del pensamiento (estructura cognitiva) - Alucinaciones verbales (estructura cognitiva) - Inflexibilidad, Desborde (estructura afectiva) - Vínculos superficiales (estructura afectiva) - Despersonalización (estructura afectiva) - Alteraciones anímicas de acuerdo al clima (estructura afectiva) - Agresión contra su familia (estructura afectiva) - Deterioro, involución, apatía (estructura cognitiva y afectiva)
		E N C U A D R E - "Nos veíamos una vez por semana con una duración aproximadamente de 45 minutos".	- Constantes establecidas - Frecuencia: una vez por semana - Tiempo: 45 min.
	PRÁCTICAS PSICOPEDAGÓGICAS	A C T O R - "El equipo estaba conformado por el psiquiatra, bueno la psicóloga (...), fono, y bueno yo como psicopé". - "La familia siempre acompañó mucho, muy presente, pero muy reticente con las medicaciones".	- Equipo multi e interdisciplinario - Acompañamiento y reticencia de la familia al tratamiento psicofarmacológico

		E S	-“Tenía su acompañante en la escuela, su maestra de apoyo a la inclusión”.	- Presencia de apoyo pedagógico y vincular en el ámbito escolar
		D I A G N Ó S T I C O	-“En un principio, su diagnóstico era un déficit de atención e hiperactividad”. -“Su diagnóstico de esquizofrenia (...) recién se definió a sus 13 años aproximadamente”.	- Diagnóstico parcial: TDAH - Diagnóstico definitivo: Esquizofrenia
		I N T E R V E N C I O N E S	-“Siempre trataba de consensuar con él, ir por el lado de lo que lo motivaba”. -“(…)Le ofrecía alternativas, por ejemplo, servía mucho la música, que él eligiera la música y dejar la música de fondo mientras trabajábamos, como que sentía que es lo tranquilizaba digamos y lo ayuda a concentrarse, a disminuir su malestar, en verdad a disfrutar de la sesión”. -“(…)Negociar con cosas que quería hacer en el consultorio con digamos el trabajo específico que teníamos que trabajar ese día. También buscaba juegos o actividades que tengan relación con temas que lo apasionaban”. -“(…)Me resultó (...) registrar con él, que era lo que le estaba afectando y tratar de escuchar su sufrimiento(...)”. -“(…)Teníamos una libreta donde anotábamos tipo agenda los días y lo que sentía y los conflictos que habían sucedido”.	-Modelo de alternativa múltiple - La música como medio de intervención - Consensuar intereses con objetivos del tratamiento -Acuerdos - Actividades lúdicas de su interés -Bitácora
		E M O C I O N E S	-“(…)Me costaba mucho saber hasta dónde exigirle (...), me costaba mucho entender hasta donde era un capricho y yo tenía que cortarle, ponerle un límite y hasta dónde era algo, que él no podía manejar”. -“(…)Para mí fue muy angustiante porque más allá, de que yo había seguido todo el proceso, verlo, fue muy shockeante. Se había deteriorado mucho, como que había involucionado”.	-Dificultad para poner límites -Angustia -Sorpresa

Entrevista 2

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA 2	
Fecha, hora y lugar de la entrevista	08/09/2022 a las 10 hs por videollamada
Cargo	Lic. en Psicopedagogía y Doctora en Neurociencias
Lugar en donde desempeña su trabajo	Hospital Tobar García y consultorio particular
Ubicación geográfica	CABA y Zona sur (Lanús y Adrogué)

Y: Hola. Hola. ¿Cómo estás?

E2: Hola, Yanina. ¿Cómo estás? Todo bien, recién salgo de una reunión.

Y: Bien. ¿Me escuchas bien?

E2: Si, perfecto. ¿Querés contarme un poquito que tenés que charlar, ¿qué tenés que averiguar?

Y: Dale, te voy contando. Bueno, como te dije por WhatsApp, estoy realizando mi trabajo final de carrera y tiene que ver con niños y niñas que presentan rasgos psicóticos. Yo quería saber cómo se trabaja desde el área de la psicopedagogía con este tipo de pacientes.

E2: ¡Perfecto, dale!

Y: Bueno, en primer lugar, quería saber un poco sobre vos, tu formación, trayectoria profesional.

E2: Me recibí en la Universidad de Lomas, que es una universidad nacional, y en su momento, cuando yo me recibí, en el 2006, la corriente era más psicoanalítica. El hospital Tobar García también tiene un posicionamiento casi, casi exclusivamente psicoanalítico, bien montado. Actualmente, doy clases en universidades públicas. Una es la UBA, la otra es la Universidad de San Isidro. Tengo una institución propia que es un centro educativo terapéutico y asesoro a equipos de profesionales de zona sur y también de otras instituciones.

Y: Ah (...) Yo soy de zona Sur, soy de Lomas de Zamora.

E2: Ahh, mira. Buenísimo. Bueno, si necesitas me contactas para el intercambio. Claro. ¿Y dónde estás trabajando actualmente?

Y: Ahora estoy como acompañante externo en un jardín de Monte Grande.

E2: Ah, mira te queda un poco lejos ¿no?

Y: Más o menos. En verdad no, porque está justo ahí, al lado de la estación. Así que nada, estoy dando mis primeros pasos ahí, en el jardín, hasta que obtenga el título que seguramente sea en marzo del año que viene.

E2: Buenísimo.

Y: Vos me decías anteriormente que tu universidad, como la mía, tiene una identificación más bien con el psicoanálisis. Esta rama, ¿te sirvió para todos los pacientes?, ¿tuviste que adquirir otras herramientas?

E2: Sí, tuve que buscar por otros lados porque no alcanza en realidad. La formación la tenés que seguir. Yo hice un doctorado en neurociencias en la Universidad Maimónides. Como que me corrí un poquito del psicoanálisis porque también puedo descansar en que el resto del equipo se ocupa de este tipo de abordaje también. Es distinto con una psicopedagoga, por ahí, que está en una salita perdida allá en Hawaii, ponele, y se tiene que ocupar de todo. Yo hice el doctorado en Neurociencias, me certifiqué en agosto, que, es más, no va mucho con el psicoanálisis e hice la certificación en ADOS – 2. También hice la certificación en el modelo Denver, que es un abordaje en autismo de la línea americana. Como que yo intento ir por otros recorridos ¿viste? Porque las herramientas te sirven por más que por ahí son de otra corriente o de otro paradigma, pero las herramientas que sumas te sirven. Y también te suma lo cotidiano. “¿Bueno, ahora que hago?” ¿“Ahora que no hago? En parte me parece que es importante conocer, claro.

Y: ¿Qué tipo de pacientes tenés? ¿Edades variadas o solamente niños?

E2: Y actualmente observamos que están llegando niños más peques. Esta es una tendencia que se está viendo en todos los ámbitos de salud mental, están llegando cada vez más pequeñitos, actualmente hay chicos de dos añitos y medio ya en el hospital. Nosotros trabajamos hasta los 18 años, trabajamos niños y jóvenes, pero ciertamente se están recibiendo a niños más pequeñitos por ahí, más afectado lenguaje, más conductual, un poquito ligado a la pandemia, a la situación de aislamiento. Entonces aparecieron ciertos síntomas por ahí que en otro momento no

hubieran aparecido. Así que trabajamos con todo el equipo en niños y niñas que van desde los dos años y medio, tres años hasta los 18.

Y: Bien cuando te referís al equipo. ¿Qué tipo de profesionales trabajan? Además de tu intervención, ¿qué otros profesionales forman parte de los casos con diagnóstico de psicosis?

E2: En nuestro hospital, la mayoría de los pacientes tiene (...). Bueno, hay tres espacios en el hospital que tienen diferentes abordajes, pero los equipos multidisciplinarios tienen siempre psiquiatras y psicólogas/os, como base, que a eso se le suma, puede ser psicopedagogía, fonoaudiología, terapia ocupacional.

Dependiendo también a qué dispositivo dentro del hospital pertenece porque el paciente puede estar de internación, del hospital de día o de consultorios, estar en los equipos más básicos. Por ahí somos cinco profesionales. Psiquiatría, psicología, psicopedagogía, fono y T.O. Y después a eso se le pueden sumar otras especialidades.

Y: ¿Tenes actualmente o has tenido en el pasado algún paciente niño/a con rasgos psicóticos?, ¿Qué prácticas llevaste adelante en ese caso?

E2: Sí, en realidad muchos. Lo que nosotros tratamos de hacer es bueno, si se instaura esa estructuración más psicótica, lo que tratamos de hacer es que tenga igual una vida más adaptativa y que se pueda enlazar igual que los otros, aunque sea un poquito, pero que se pueda enlazar igual, que pueda tener esto de una vida más adaptativa. Igualmente, quiero aclararte que desde mi mirada la estructura psicótica no está todavía definida en la infancia. Entonces hay una salvedad, no sé si una sospecha que se nos está estructurando dentro de la neurosis, sino que hay algo como más (...). Lo que hacemos es tratar de empezar a enlazar básicamente en cómo no está jugada. La estructura todavía está en proceso. Siempre tratamos de aferrarnos a eso. No podemos hablar de una situación definida, sino que, bueno, si algo no está funcionando bien, tratamos de empezar a trabajar por ahí. Como te dije antes, acá en el hospital los equipos siempre son interdisciplinarios y bueno, no es que la psicopedagoga trabaja sola y trata de generar aprendizaje o tratamos de cambiar procesos de aprendizaje, digamos, sino que hay un equipo enorme. Cada paciente cuando (...) por ahí la prioridad es tratar de empezar a enlazar, tratar de empezar a generar vínculo, tratar de empezar a (...). Bueno, hay una supervisión y surge una idea que está buena, que es el corrernos de él, de la respuesta neurótica muchas veces como que uno ya se encuentra habituada a esperar la respuesta neurótica y eso

crea muchas frustraciones, porque es ser más flexible, es no tener una expectativa elevada si no es cercana a lo que está pudiendo o no pudiendo ese nene o esa nena.

Y: ¿Qué características de la psicosis infantil tienen este tipo de pacientes?

E2: Bueno, los casos más extremos son pacientes que llegan con alucinaciones, escuchan voces o parten de que han hecho intentos de suicidio o pacientes que han atacado a otras personas. Hay pacientes que han matado a otra persona. Bueno, ya son jóvenes, ¿no? O pacientes que han atacado a su familia o a mascotas. Esos son indicadores que son bastante comunes, las alucinaciones, escuchar voces o tener sensaciones fuera de lo común, o sentirse observados o atribuirle sentimientos a las demás personas que son imposibles. Por ejemplo, hay pacientes que piensan no, porque mi amigo o mi vecino o mi vecina todo el tiempo saben lo que yo estoy pensando. Te dicen “Escuchamos esto” o por ahí están con nosotras en el consultorio y miran hacia un lugar y te dicen “mira lo que me está diciendo”. Y por supuesto, no hay nadie diciendo nada. Esas son las situaciones como más extremas, los pacientes de internación. En el criterio para internación es si peligroso para sí o para terceros, así que son pacientes que han tenido su intento de suicidio o han agredido a otra persona o que han matado a sus padres, por ejemplo. Esos serían los casos más severos.

Y: Bien, en estos casos, me estás hablando de edades más grandes y más chiquititos, ¿qué puedes contarme con respecto a los síntomas?

E2: Y los síntomas que te conté anteriormente se pueden ver, por ahí, cercano a los nueve años.

Y: ¿Pueden aparecer estos síntomas en chicos menores de nueve años?

E2: Bueno, la estructura no está cerrada, no, pero por ahí vienen con muchas dificultades para enlazar con compañeros, con actitudes algo paranoicas. O también hay muchos chicos que son víctimas de bullying. Entonces están con una estructuración muy endeble porque tienen una retroalimentación negativa. Pero bueno, eso puede aparecer en los nenes con edad más pequeña.

Y: Y una cosita que me surge ahora que me estás hablando con respecto al diagnóstico, cuando determinan el diagnóstico, por ejemplo, que es un chico psicótico, la estadística mayor que tienen, ¿puede ser que sea una esquizofrenia?, ¿Suele ser el diagnóstico más común en esta situación?

E2: Si es correcto. El diagnóstico más común que utilizamos nosotros y quizá nuestros compañeros en psiquiatría es el de esquizofrenia. Ahora, en el diagnóstico psicopedagógico lo más frecuente que usamos a veces es un trastorno del aprendizaje escolar no especificado. Otras veces el retraso mental, pero casi (...) casi nunca suele ser un retraso mental, sino que es algo que se desencadena y después afecta el aprendizaje. No, no es un retraso mental que lo acompaña toda su vida. Aun así, hay algunos casos que sí, que son chicos con retraso mental. Y encima están en situaciones de adversidad. Entonces terminan haciendo un brote psicótico. Y tenía como base un retraso mental. Ocurre esto, pero el diagnóstico más común es la esquizofrenia y como que se fue encadenando, pero en un momento hasta hace cuadro y después las cosas no vuelven a estar como antes. Bueno, en los niños pequeños sí es diferente. Porque ahí como no tenemos una estructura jugada, lo que tratamos de hacer es andamiaje, andamiaje, figuras que ya se tienen que ocupar, que son sus padres o quien esté cumpliendo el rol. Y tratar de insistir en que se estructure dentro de las dos, que a veces lo logramos y otras muchas veces no, pero bueno, seguimos apuntando a esta vida adaptativa, ¿no?

Y: ¿Podrías describirme el tratamiento? (tiempo de duración, características de las sesiones, etc.)

E2: Bueno, siempre es muy artesanal. ¿Viste como es esto? Contar lo que puede en ese momento (...), es tratar de no ser rígida, estar flexible. Estar atentas a lo que quiere y lo que no quiere. Es lo primero a lo que apuntamos. Lograr que sientan un lazo afectivo y amoroso del orden del cuidado, para que pueda también desplegar un poco, ¿no? Y estrictamente psicopedagógicamente hablando, como que eso es lo que van a repercutir en sus aprendizajes. Digamos que pueda por ahí tener una situación de lazo social y de lazo vincular es lo que va a permitir los aprendizajes. Por otro lado, también tenemos muchos chiquitos con TEA y en el autismo, por ahí la prioridad es más hacia tener una atención conjunta, cuando pueda lograr eso, va a poder acceder a los aprendizajes. Dificilmente puede aceptar la oferta de otro si no puede ni siquiera compartir una mirada, de algo en común, está claro. Puntualmente con respecto al tiempo de duración de las sesiones y la frecuencia dependen del dispositivo en el cual es trabajado el paciente. Por ejemplo, en el hospital público las sesiones son de media hora con frecuencia semanal, por obra social las sesiones son de una hora y particular las sesiones son de 45 min o más también con frecuencia semanal o algunas veces se requiere dos veces por semana aunque no es lo más común, todo depende de la gravedad del caso. Esto sería lo ideal para el abordaje, sin embargo el encuadre es un poco flexible de acuerdo a como es la situación actual del paciente.

Y: ¿Cómo evaluás el proceso de aprendizaje? (qué aprende, cómo aprende, modalidad de aprendizaje)

E2: La modalidad suele ser más mecanicista. Suele ser memoriosa, mecanizada. Es donde vemos el mayor compromiso desde la flexibilidad cognitiva. La función ejecutiva suele estar mucho más afectada. Él o ella, como te decía por ahí puede leer un relato o incluso puede leer un libro entero y puede recordar información. Pero por ahí si es un libro que tiene un contenido más metafórico o un contenido que excede lo concreto. Esa parte del texto no la va a adquirir. En cuanto a las matemáticas, lo mismo va a ser un paciente que pueda resolver mecánicamente cuentas en ecuaciones, en polinomios, por decirte, no hablando de un nivel alto, pero difícilmente después pueda resolver por ahí situaciones problemáticas. Difícilmente ya después puede acceder a Físicoquímica por decirte un ejemplo, pero entonces ahí va a estar más comprometido. En los niños pequeños ocurre lo mismo. Si alguno de los que tienen procedimientos más mecanizados, lo equiparan por colores o formas. Eso no tiene ninguna dificultad, pero al momento de hacer un juego más espontáneo o más creativo, se complica porque no aparece eso creativo.

Por ejemplo, una variante que es lo simbólico, no aparece. Parece que juega a la cocinita por lo mismo, por ejemplo, jugamos a que cocinamos, que hacemos la comidita, que le damos de comer al bebé, pero está todo mecanizado. Ahora, cuando uno le suma un conflicto, algo muy básico con un chiquito de cuatro años. Él se te queda mirando como un cuadro, como diciendo “si eso no estaba en el guión, la comida no se quemaba se suponía, el fideito se revolvía o se compartía Patri, solo eso”. Hay falta de flexibilidad, falta de creatividad. Empáticamente hablando, también uno tiene como la sensación de querer algo más de cariño, cercanía. Hola, buen día. Hola. ¿Cómo estás? Hola. Yo soy fulanito, pero es bastante mecánico.

Y: ¿Cuáles consideras que fueron los mayores desafíos durante el tiempo de tratamiento?

E2: Y como el mayor desafío es la transferencia. Es lo que como contratransferencia realmente uno puede soportar como profesional. A veces, ese es el mayor desafío. Porque claro hay una espera, cierta lógica, en los encuentros o la espera en cierta producción, porque su edad cronológica es tal. Entonces una podría esperar cierto relato, cierto dibujo, cierto juego. Y eso no pasa. Entonces, por ahí el mayor desafío es este. Una se encuentra con un mundo, con cosas que no espera, con lo inesperado. El mayor desafío es lo inesperado, sobre todo. E incluso no, no podemos a veces establecer una lógica y decir “Ah, bueno, como es un paciente psicótico de diez años,

hace lo que va a hacer". Tampoco podemos hacer esto. Entonces, esa cuestión incierta requiere (...). Es bastante desafiante, requiere mucha flexibilidad, requiere estar atenta y no ponerse intransigente, que a veces es difícil. Por ahí uno dice "hoy prepararé todo esto para hacer" "¡que genial!" y no y no va por ahí y por ahí el paciente entra y a los dos minutos sale o llora, o rompe todo, o se auto agrede. Entonces el mayor desafío es pedir ayuda, esperar lo inesperado. Esta clínica es muy artesanal.

Y: La última, ¿Cómo evaluás los resultados de esas intervenciones?

E2: Las intervenciones son de acuerdo a cada caso obviamente. Por ahí uno dice bueno, este paciente de 12 años ahora está mejor, decimos nosotros, pero si yo lo comparo con otro chico de 12 años, por ahí hay un abismo. Otro chico de 12 años lee textos y demás. Tiene otros recursos pedagógicos que un paciente no, pero lo evaluamos más en función de tener una forma más adaptativa de funcionar. Por ejemplo, uno dice bueno, es una lectura mecanizada, no comprende muy bien o lo hace. No va a responder preguntas de inferencia, es decir, un texto complejo y no porque nunca lo hace, no va a lograr esto. Entonces no apuntamos tanto a lo esperable para la lógica, sino que, dentro de su medida subjetiva, tenga más recursos para eso. Un paciente que no podía leer de corrido, bueno, ahora lee bien o no podía recordar la información del texto que leía. Bueno, ahora por ahí recuerda, el personaje se llama tal. Pero si le hacemos una pregunta inferencial y muy probablemente no pueda responder nada. Lógicamente que después de un brote, en el caso de los chicos que ya tienen la estructura, de 10 años, 11 años, 12 o 15. Después de un brote psicótico, las cosas no van a volver a ser como antes. Intelectualmente y sus aprendizajes pedagógicos no van a volver a estar como antes. Entonces eso también es parte del juego, de poder observar que está mejor, aunque no volvió a esa lógica.

Y después, claro, cuando uno intenta que regrese a la escuela en nada, no puede regresar a esa escuela donde estuvo, no va a regresar con el mismo nivel, pero se va a recuperar de la situación extrema en la que estuvo. Pero las cosas no están como antes.

Y: Bueno Patricia, te súper agradezco la verdad. Contestaste todo lo que necesitaba (sonríe), así que estoy super contenta por este encuentro porque además aprendí un montón.

E2: No, por favor. Bueno, igual cualquier cosa preguntame, si vos te pones a escribir y te falta algo, preguntame y te mando un audio, así lo podes escribir más tranqui. Y por ahí se me ocurre algún concepto mejor también, algo que por ahí ahora no se me

ocurrió.

Y: Es genial todo lo que me contaste, la verdad me sirve un montón, porque aparte me hiciste esta comparación de los más chiquitos y los más grandes. Super interesante.

E2: Buenísimo. Bueno Yani, buenísimo. Cualquier cosa me llamas igual. Acordamos otro video o te mando un audio.

Y: Dale. Si, bueno muchas pero muchas gracias.

E2: Bueno, no. Gracias a vos.

Componente / Dimensiones			Incidentes / Cita textual	Primeros hallazgos
ABORDAJE PSICOPEDAGÓGICO DE LA PSICOSIS INFANTIL TIPO ESQUIZOFRÉNICA	CONCEPCIÓN	F O R M A C I O N	-“Me recibí en la Universidad de Lomas, (...) la corriente era más psicoanalítica”. -“Yo hice el doctorado en Neurociencias, (...) e hice la certificación en ADOS – 2. También hice la certificación en el modelo Denver, que es un abordaje en autismo de la línea americana. (...) Intento ir por otros recorridos (...) Las herramientas te sirven por más que por ahí son de otra corriente o de otro paradigma”.	-Formación permanente -Conocimiento de varios paradigmas - No se identifica con una única orientación.
		S Í N T O M A S	- “(...) Los casos más extremos son pacientes que llegan con alucinaciones, escuchan voces o parten de que han hecho intentos de suicidio o pacientes que han atacado a otras personas. Hay pacientes que han matado a otra persona”. - “(...)Tener sensaciones fuera de lo común, o sentirse observados o atribuirle sentimientos a las demás personas que son imposibles”. - “(...) Muchas dificultades para enlazar con compañeros, con actitudes algo paranoicas”.	- Alucinaciones visuales y auditivas(estructura cognitiva) -Intentos de suicidio -Agresiones a otra persona e incluso provocar la muerte. -Alucinaciones táctiles, paranoia y pérdida de juicio de la realidad. (estructura cognitiva) -Apatía, introversión (estructura afectiva)
		E N C U A D R E	-“El tiempo de duración de las sesiones y la frecuencia dependen del dispositivo en el cual es trabajado el paciente”. - “En el hospital público las sesiones son de media hora con frecuencia semanal, por obra social las sesiones son de una hora y particular las sesiones son de 45 min o más también con frecuencia semanal o algunas veces se requiere dos veces por semana, aunque no es lo más común, todo depende de la gravedad del caso”.	- Tiempo y frecuencia dependen del dispositivo donde se encuentre el paciente. - Hospital público: • Duración: 30 min • Frecuencia: semanal - Obra social: • Duración: 60 min • Frecuencia: semanal

				- Particular: • Duración: 45 min o más • Frecuencia: semanal o dos veces por semana según el caso.
	PRÁCTICAS PSICOPEDAGÓGICAS	A C T O R E S	- "Los equipos multidisciplinares e inter tienen siempre psiquiatras y psicólogos/os, como base, que a eso se le suma, puede ser psicopedagogía, fonoaudiología, terapia ocupacional (...) después a eso se le pueden sumar otras especialidades". (...)Dependiendo también a qué dispositivo dentro del hospital pertenece".	- Equipo multi e interdisciplinario - Equipo base: psiquiatras y psicólogos - Organización de la institución mediante dispositivos
		D I A G N Ó S T I C O	- "El diagnóstico más común que utilizamos nosotros y quizá nuestros compañeros en psiquiatría es el de esquizofrenia". - "(...) El diagnóstico psicopedagógico lo más frecuente (...) es un trastorno del aprendizaje escolar no especificado".	- Diagnóstico médico: Esquizofrenia - Diagnóstico psicopedagógico: Trastorno del aprendizaje escolar no especificado
		I N T E R V E N C I O N E S	- "(...)Lo que tratamos de hacer es que tenga igual una vida más adaptativa y que se pueda enlazar igual que los otros". - "(...)Tratar de no ser rígida, estar flexible. Estar atentas a lo que quiere y lo que no quiere. Es lo primero a lo que apuntamos. Lograr que sientan un lazo afectivo y amoroso del orden del cuidado, para que pueda también desplegar un poco". - "Las intervenciones son de acuerdo a cada caso obviamente".	- Adaptación - Flexibilidad - Lazo afectivo y amoroso
		E M O C I O N E S	- "(...)Es el correnos de él, de la respuesta neurótica muchas veces como que uno ya se encuentra habituada a esperar la respuesta neurótica y eso crea muchas frustraciones (...)".	- Frustración

Entrevista 3

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA ENTREVISTADA 3	
Fecha, hora y lugar de la entrevista	30/09/2022 a las 19 hs por zoom
Cargo	Docente de Nivel Inicial y Lic. en Psicopedagogía
Lugar en donde desempeña su trabajo	Centro de Salud Mental y Hospital de día Infanto-juvenil "Letourdit"
Ubicación geográfica	Villa Devoto, CABA

Y: Hola

E3: Hola

Y: ¿Me escuchas bien Gisela?

E3: Sí, ¿vos me escuchas a mí?

Y: Sisi, perfecto. Bueno, ¿cómo estás?

E3: Bien, bien ¿y vos?

Y: Cansada, pero es viernes (risas)

E3: (risas) Sí, menos mal. Ya lo último.

Y: Bueno antes de comenzar, te quería agradecer el tiempo y más un viernes a esta hora.

E3: No pasa nada. Ojalá pueda contestar todas las preguntas que necesites.

Y: Si, quédate tranquila. Empezamos entonces (sonríe).

E3: (asiente con la cabeza)

Y: Te cuento, como te dije por WhatsApp, estoy realizando mi trabajo final de carrera, en el cual estoy trabajando sobre el rol y las prácticas que utilizan los psicopedagogos frente a niños y niñas que presentan rasgos psicóticos. Por eso estoy contactando psicopedagogos y que me puedan contar un poquito su trabajo frente a estos casos.

E3: Claro, perfecto. Genial, genial, genial. ¿Y qué es específico de un caso o es el abordaje general?

Y: En verdad me puedes contar del abordaje en general y después puntualizar en algún caso en alguna pregunta. Lo que vos quieras.

E3: Okey.

Y: ¿Bueno vos sos psicopedagoga, egresada de que institución?

E3: Mi formación inicial es maestra de nivel inicial. Al verme, al tener años en la sala y al ver que realmente la maestra no lo puede todo, me dije bueno, acá falta algo. Entonces empecé a estudiar Psicopedagogía en el IES, que tiene una visión muy psicoanalítica. Es que somos psicopedagogos formados por psicólogos. Entonces también cuando salís de ahí, el mundo es distinto porque te enseñan acertijos, diagnósticos y salís y no podés hacer un psicodiagnóstico porque para eso está el psicólogo. Ahora, hoy por hoy, la formación la cambiaron, pero bueno, la verdad que cuando salí de ahí fue como un cimbronazo, porque lo que sabía hacer no lo podía hacer porque el título no lo habilitaba. Bueno, entonces continué mi formación como Licenciada en Psicopedagogía, complementé en la UFLO; que ahí tienen una mirada más cognitiva conductual, es más neurociencia. Entonces como que tengo el complemento, tengo la visión psicoanalítica de mi formación de base que medio que me quedo en la historia y además tampoco la puedo usar tanto, pero bueno todo suma y sirve como complemento. Pero en el trabajo, por ejemplo, para hacer evaluaciones, nos llega el pedido de cinco diagnósticos desde administración directamente se lo dan a la psicóloga, no me lo dan a mí. Si viene un pedido de una evaluación neurocognitiva, me llaman a mí. Entonces trabajo más que nada desde la corriente TCC.

Y: Bien, perfecto.

E3: Ahh, me olvidaba. Además, hice mucha formación con una chica que se llama Melina Bella, que si lo buscas en redes está y es súper promotora de todo lo que es evaluación cognitiva, que es después lo que te pidan, tenés capacitaciones sincrónicas y asincrónicas. Yo en Pandemia empecé a hacer un montón y ahora estoy terminando una diplomatura en evaluación neurocognitiva en Aidyne, que es con aval de la UFLO.

Y: Bien, y después el tema laboral, ¿En qué espacio laboral te desempeñas actualmente? ¿Qué tipo de pacientes tenés con respecto a las edades?

E3: La verdad que mucha experiencia laboral, o sea, tengo experiencia laboral pero no tengo recorrido en muchas instituciones. Cuando estaba haciendo la licenciatura, me tenía que buscar un lugar yo y autogestionar las pasantías, me contacté con L' Etourdit, me abrieron las puertas, me dijeron si venite a hacer las pasantías. Cuando terminó la pasantía me preguntaron si me quería quedar para cubrir un par de horas y me quedé del 2018 que estoy trabajando ahí.

Y: Claro, se te dio ahí. ¡Qué bueno!

E3: Sí, y la verdad es que es un lugar que, a todo el mundo, le gustaría estar. Yo medio que entré de casualidad.

Y: ¿Entonces solo estás trabajando ahí o en algún otro lugar?

E3: Sí, en realidad, yo a la mañana trabajo en la escuela, en primaria. En realidad, el año pasado era solo primario pero este año notaron que había muchas dificultades a partir de la sala de cinco. Nos pidieron también que estemos en sala de cinco, pero estoy en la escuela entera. Y esto que me preguntaste de las edades, en el centro trabajo con niños y niñas desde los 4 años, tengo pacientes de esas edades hasta adolescentes. L' Etourdit es un centro de salud mental infante – juvenil.

Y: Perfecto. Y ¿Tenes actualmente o has tenido en el pasado algún paciente niño/a con rasgos psicóticos? Y si es que sí, ¿Cómo fue en ese/esos casos el proceso de diagnóstico?

E3: Sí, tengo. En general, los diagnósticos con este tipo de casos se terminan de confirmar a los 9 y/o 10 años. Antes era en la adolescencia, pero ahora ya a edades más tempranas se puede justificar. El diagnóstico lo suele dar el psiquiatra.

Y: Además de tu intervención, ¿qué otros profesionales o instituciones forman parte de la red en estos casos?

E3: Nosotros trabajamos de forma integral con psicología, fonoaudiología, T.O y en el caso de que realmente los signos de alarma irrumpen y el nene no pueda construir nada, interviene psiquiatría siempre que la familia quiera.

Y: Ah, bien. Y en estos casos, ¿Cómo es el proceso de aprendizaje?

E3: En general, el aprendizaje se ve afectado y es lo que más rechazan. Se hace todo un trabajo más que nada integral. Se apela a lo que es juego. Muchas veces ellos ven una hoja y ya te la revolean.

Y: Y ¿Qué prácticas llevaste adelante?

E3: Trabajo mucho a partir del juego y trabajo en planos grandes, en planos verticales, con algún material que les guste, que les llame la atención. Y usando el propio cuerpo, claro.

Y: Y, además, de esto que me contás que no quieren saber nada con la hoja, con los materiales más estructurados ya que los suelen revolear ¿qué otras acciones o síntomas ves en estos sujetos?

E3: ¿Que tienen psicosis o que creemos que tienen psicosis?

Y: En los dos casos, algún rasgo que ya se pueda ver.

E3: Bueno, no sé, yo tengo un paciente que también hago el proceso de inclusión. O sea que coordino a la APND que está en la escuela con él. Y el otro día me manda un audio explicándome que había pasado algo muy extraño con él y lo que pasaba en él fue lo siguiente. Todo el año habló de dos mascotitas, no me acuerdo los nombres ahora. Vamos a ponerle Pelusa y Pepe. Estaba todo el tiempo Pelusa y Pepe, Pelusa y Pepe todo el día. Hablando de un perro y un gato que él tenía. Por un proyecto de la maestra Teresa de sala de 5 años, trae que nombren a las mascotas. Entonces la APND dice bueno, vos contale como son tus mascotas, contale de Pelusa y Pepe. Entonces le dice Pepe murió porque Pelusa lo mordió y se enfermó. Frente a esta situación, la APND le mandó un mensaje a la mamá preguntándole cómo estaba Ramiro con la pérdida de una mascota. Y la respuesta de la mamá fue: no tenemos mascotas nosotros. Nunca existieron. Hice una interconsulta con su psicóloga y me dijo bueno, están empezando a aparecer rasgos de psicosis, como estas alucinaciones, y no me lo dijo solo por esto sino por otras cosas que ella estaba evaluando, pero de las cuales no quiso ampliar mucho más, pero tenían que ver un poco con esto.

Y: Claro, se puede ver como cierta alucinación.

E3: Si, además lo que llama la atención es cómo lo mantuvo todo el año. O sea, no es que se acordó un día, mantuvo los nombres todo el año.

Y: ¿Qué prácticas llevaste adelante en ese caso?

E3: Desde mi área, como en este caso en particular, él no tiene dificultades. Como te dije anteriormente el aprendizaje está afectado, pero por lo emocional no por lo cognitivo. Entonces lo que hago es que participe de talleres vinculares, de juegos

reglados, que es donde él tiene la dificultad. Él no soporta perder. No soporta, no puede esperar el turno del otro.

Y: ¿Podrías describir el tratamiento? (tiempo de duración, características de las sesiones, etc.)

E3: Claro, y a él, por ejemplo, lo veo dos veces por semana en sesiones de 40 minutos. Y siempre me paro desde el juego porque realmente no tiene dificultades en lo que es el aprendizaje. Él sabe escribir, puede hacer sumas muy simples, te puede explicar el proceso por el cual decidió en una operación hacer una suma y no una resta. Entonces, las dificultades de él remiten a más, a lo vincular.

Y: ¿Cuáles consideras que fueron los mayores desafíos durante el tiempo de tratamiento?

E3: Y trabajar toda la parte emocional y vincular. Por eso lo ponemos a que participe de estos talleres vinculares, de juegos reglados, que es donde él tiene la mayor dificultad. Las sesiones a veces son un escándalo y lo tenemos que sacar para poner límites. Se pone a los gritos, no quiere saber nada con la sesión, quiere pegar, les dice a todos que se van a morir.

Y: ¿Cómo evaluas los resultados de esas intervenciones?

E3: Bien porque siempre hablamos con él e intentamos que vuelva, si es que se puede, porque a veces no, otras veces que la verdad es que fluye bien, pero me paro desde el diálogo y la escucha, el sostener.

Por ejemplo, primero espero que se tranquilice porque si no, pero le hablo, le digo bueno, perder es una posibilidad. Cuando uno enfrenta un juego pueden suceder estas cuestiones. Trato de que él pueda llegar a anticiparse cuando siente que se va enojar, como que nos avise.

Y: Y en este caso que me estás contando, ¿qué diagnóstico tiene?

E3: Tiene diagnóstico de trastorno del lenguaje, pero no es el diagnóstico real en un diagnóstico que le pusieron en la Junta. Sabemos que no, no corresponde a su sintomatología en absoluto. La mayoría de los chicos que después van a desarrollar una psicosis, comienzan con el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En este caso, no se pidió permanencia tampoco porque lo pedagógico está bien. En cambio, en chicos que tienen el diagnóstico de hiperactividad, en donde la hiperactividad hace que no puedan almacenar en la memoria de largo plazo.

Entonces ahí sí quizás se puede sugerir una permanencia.

Y: Bueno ya me comentaste que trabajan en equipo (...) ¿En este caso también?

E3: Sí, particularmente con la psicóloga, nos ponemos de acuerdo. Inclusive muchas veces hacemos taller y estamos las dos. Siempre son de cuatro niños, cuando hacen los talleres nunca hay más de cuatro, porque si hay algún desborde o algo así, es fácil de controlar. Y bueno, tiene APND por pedido de la escuela, por lo conductual.

Y: ¿Y de la familia algo que me puedas contar?

E3: Súper atenta, súper atenta. Lo que sí, la familia está esperando, como que (...). Es el momento de renovar el CUD, creo que es a fin de este año que lo renueven. Ellos igualmente, consideran que no lo necesita, que también ven que no tiene un trastorno del lenguaje. Entonces como que la familia no, no, es que niega lo que tiene, sabe que algo tiene, pero trastorno de lenguaje, no les cierra.

Y: ¿Y la relación con sus pares y con la docente?

E3: Se relaciona bien con sus pares. Él es muy tímido, pero bueno está logrando compartir más. En los recreos los invita a jugar, pero también tiene momentos que él quiere estar solo. Lo que está logrando es, en vez de enojarse, llorar y gritar, decir (...) le dice a la madre yo ahora necesito estar solo. Se queda solito un ratito y después vuelve y juega.

Y: Bueno Gise, algo más que me quieras agregar o no.

E3: Te quería agregar que, en muchos casos, ya ingresan con ese diagnóstico de psicosis, pero son los que van a lo que le dicen Hospital de niños, que es otro dispositivo. Esto suele ocurrir, en casos con niños y niñas de 9 o 10 años y más también, pero arrancan con esas edades.

Muchas veces, no suelen poner psicosis y colocan trastorno oposicionista desafiante con dificultad del control de impulsos, evitan poner psicosis, pero es psicosis. Y se puede ver como síntomas (...) en general son nenes más irritables, tienen estas conductas que son más arcaicas, o sea, la verdad que recurren todo el tiempo a lo físico. Y en general ellos asisten al centro tres veces por semana en hospital de día y los demás días a la escuela.

Y: ¿Escuela especial o común?

E3: Hay muchos que articulan en especial. Y hay otros que no. Pero pueden articular con especial o pueden ir a escuela especial. También son más agresivos. Les cuesta compartir espacio con otras personas. No hay palabra de por medio. Le caíste mal y viene el golpe. El miércoles pasado un nene de terapia tuvo un ataque de pánico. Está en 4.º grado. Nunca había visto un ataque de pánico así. Tan de chiquito. Empezó tengo miedo, tengo miedo, tengo miedo, pero no podía controlar su cuerpo. Y él también asiste a una escuela común; y no, no tiene dificultades en el aprendizaje.

Y: Bueno Gisela, te super agradezco todo lo que me compartiste. Me sirve muchísimo para mi trabajo. Muchas gracias.

E3: Igual cualquier cosa preguntame. Mándame un mensaje. No, no tengo problema. Por ahí, hay algo que te quedó ahí colgado y te das cuenta al pasarlo y no se entiende. ¿O decís que era esto? Manda mensajes y hablamos.

Y: ¡Ay que genia! Muchas, muchas gracias de verdad. Un placer Gise. Te agradezco. Buen fin de semana.

E3: No, de nada. Gracias a vos, besos.

Componente/ Dimensiones			Incidentes / Cita textual	Primeros hallazgos
ABORDAJE PSICOPEDAGÓGICO DE LA PSICOSIS INFANTIL TIPO ESQUIZOFRÉNICA	CONCEPCIÓN	F O R M A C I Ó N	- "Mi formación inicial es maestra de nivel inicial. (...) al tener años en la sala y al ver que realmente la maestra no lo puede todo (...) empecé a estudiar Psicopedagogía en el IES, que tiene una visión muy psicoanalítica". - "(...) Continúo mi formación como Licenciada en Psicopedagogía, (...) en la UFLO, (...) ahí tienen una mirada más cognitiva conductual, es más neurociencia. - "(...) Estoy terminando una diplomatura en evaluación neurocognitiva en Aidyne, que es con aval de la UFLO".	- No se identifica con una única orientación.
		S Í N T O M A S	- "(...) "El aprendizaje está afectado, pero por lo emocional no por lo cognitivo". - "(...) En general son nenes más irritables, tienen estas conductas que son más arcaicas, o sea, la verdad que recurren todo el tiempo a lo físico". - "(...) Son más agresivos. Les cuesta compartir espacio con otras personas. No hay palabra de por medio. Le caíste mal y viene el golpe". - "Hice una interconsulta con su psicóloga y me dijo bueno, están empezando a aparecer rasgos de psicosis, como estas alucinaciones, y	- Aprendizaje afectado por lo emocional (estructura afectiva) - Irritación (estructura afectiva) - Introversión (estructura afectiva) - Incongruencia en la conducta (estructura afectiva) - Agresión (estructura afectiva)

			no me lo dijo solo por esto sino por otras cosas que ella estaba evaluando (...).	-Alucinaciones (estructura cognitiva)
		E N C U A D R E	-“Dos veces por semana en sesiones de 40 minutos”.	- Frecuencia: dos veces por semana - Tiempo: 40 min
	PRÁCTICAS PSICOPEDAGÓGICAS	A C T O R E S	-“Trabajamos de forma integral con psicología, fonoaudiología, T.O y en el caso de que realmente los signos de alarma irrumpen y el niño no pueda construir nada, interviene psiquiatría siempre que la familia quiera”.	-Equipo multi e interdisciplinario -Presencia de las familias
		D I A G N Ó S T I C O	-“Los diagnósticos con este tipo de casos se terminan de confirmar a los 9 y/o 10 años. -“El diagnóstico lo suele dar el psiquiatra”. -“La mayoría de los chicos que después van a desarrollar una psicosis, comienzan con el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad”. -“En muchos casos, ya ingresan con ese diagnóstico de psicosis, pero son los que van a lo que le dicen Hospital de niños, que es otro dispositivo. Esto suele ocurrir, en casos con niños y niñas de 9 o 10 años y más también, (...)”. -“Muchas veces, no suelen poner psicosis y colocan trastorno oposicionista desafiante con dificultad del control de impulsos, evitan poner psicosis, pero es psicosis”.	-Diagnóstico definitivo a partir de los 9 o 10 años. - Diagnóstico inicial: TDAH - Cierta cuidado y resguardo al psiquismo infantil
		I N T E R V E N C I O N E S	-“Se hace todo un trabajo más que nada integral. Se apela a lo que es juego”. -“Trabajo mucho a partir del juego y trabajo en planos grandes, en planos verticales, con algún material que les guste, que les llame la atención. Y usando el propio cuerpo (...)”. -“(…)Me paro desde el diálogo y la escucha, el sostener”. -“Las sesiones a veces son un escándalo y lo tenemos que sacar para poner límites”.	- El juego como herramienta fundamental de trabajo -Diálogo, escucha y sostén
		E M O C	-	-

		I O N E S		
--	--	-----------------------	--	--

CUADRO GENERAL

			PROFESIONALES ENTREVISTADOS		
A B O R D A J E P S I C O P E D A G Ó G I C O D E L A P S I C O S I S I N F A N	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	E1	E2	E3
	CONCEPCIÓN	Formación	- “Soy docente de educación especial y, (...) me recibí de licenciada en psicopedagogía. Egresada de la Universidad de Lomas de Zamora (UNLZ)”. “(...) La formación de la facultad donde estudié es más bien psicoanalítica. (...)” - “Me apasiona el psicoanálisis y (...) entendí que se necesita una formación más completa en donde no se tiene que dejar de conocer y saber sobre otros enfoques porque no toda teoría se puede utilizar de lleno en un caso”. -(...)“Realicé varios cursos y diplomaturas que tenían que ver con la terapia cognitivo conductual”.	-“Me recibí en la Universidad de Lomas, (...) la corriente era más psicoanalítica”. -“Yo hice el doctorado en Neurociencias, (...) e hice la certificación en ADOS – 2. También hice la certificación en el modelo Denver, que es un abordaje en autismo de la línea americana. (...) Intento ir por otros recorridos (...) Las herramientas te sirven por más que por ahí son de otra corriente o de otro paradigma”.	- “Mi formación inicial es maestra de nivel inicial. (...) al tener años en la sala y al ver que realmente la maestra no lo puede todo (...) empecé a estudiar Psicopedagogía en el IES, que tiene una visión muy psicoanalítica”. -“(...) Continué mi formación como Licenciada en Psicopedagogía, (...) en la UFLO, (...) ahí tienen una mirada más cognitiva conductual, es más neurociencia. -“(...)Estoy terminando una diplomatura en evaluación neurocognitiva en Aidyne, que es con aval de la UFLO”.
		Síntomas	- “Su hiperactividad”. - “Dificultades atencionales”. - “En clase no se podía concentrar porque no podía seguir la explicación de la seño”. - “(...)Que él sabía lo que no tenía que hacer o lo que tenía que hacer, pero que en su cabeza alguien le decía otra cosa”. - “Había mucha inflexibilidad, las cosas tenían que ser como él quería (...), se desbordaba y tenía también poca inhibición, podía salir con cualquier cosa, la que se te ocurra”. -“Amigos imaginarios, él tenía uno que se llamaba Iván”. - “Sus cambios anímicos de acuerdo al clima.”	- “(...) Los casos más extremos son pacientes que llegan con alucinaciones, escuchan voces o parten de que han hecho intentos de suicidio o pacientes que han atacado a otras personas. Hay pacientes que han matado a otra persona”. - “(...)Tener sensaciones fuera de lo común, o sentirse observados o atribuirle sentimientos a las demás personas que son imposibles”. - “(...) Muchas dificultades para enlazar con compañeros, con actitudes algo paranoicas”.	-(...)“El aprendizaje está afectado, pero por lo emocional no por lo cognitivo”. -“(...)En general son nenes más irritables, tienen estas conductas que son más arcaicas, o sea, la verdad que recurren todo el tiempo a lo físico”. -“(...)Son más agresivos. Les cuesta compartir espacio con otras personas. No hay palabra de por medio. Le caiste mal y viene el golpe”.

T I P O S Q U I Z O F R É N I C A			- “Situaciones de agresividad con su familia”. - “Se había deteriorado mucho, como que había involucionado (...) no miraba, no respondía”.		
		Encuadre	-“Nos veíamos una vez por semana con una duración aproximadamente de 45 minutos”.	-“El tiempo de duración de las sesiones y la frecuencia dependen del dispositivo en el cual es trabajado el paciente”. - “En el hospital público las sesiones son de media hora con frecuencia semanal, por obra social las sesiones son de una hora y particular las sesiones son de 45 min o más también con frecuencia semanal o algunas veces se requiere dos veces por semana aunque no es lo más común, todo depende de la gravedad del caso”.	-“Dos veces por semana en sesiones de 40 minutos”.
	PRÁCTICAS	Actores	-“El equipo estaba conformado por el psiquiatra, bueno la psicóloga (...), fono, y bueno yo como psicopé”. -“La familia siempre acompañó mucho, muy presente, pero muy reticente con las medicaciones”. -“Tenía su acompañante en la escuela, su maestra de apoyo a la inclusión”.	-“Los equipos multidisciplinarios tienen siempre psiquiatras y psicólogos/os, como base, que a eso se le suma, puede ser psicopedagogía, fonoaudiología, terapia ocupacional (...) después a eso se le pueden sumar otras especialidades”. (...)Dependiendo también a qué dispositivo dentro del hospital pertenece”.	-“Trabajamos de forma integral con psicología, fonoaudiología, T.O y en el caso de que realmente los signos de alarma irrumpen y el nene no pueda construir nada, interviene psiquiatría siempre que la familia quiera”.
		Diagnóstico	-“En un principio, su diagnóstico era un déficit de atención e hiperactividad”. -“Su diagnóstico de esquizofrenia (...) recién se definió a sus 13 años aproximadamente”.	-“El diagnóstico más común que utilizamos nosotros y quizá nuestros compañeros en psiquiatría es el de esquizofrenia”. -“(…) El diagnóstico psicopedagógico lo más frecuente(...) es un trastorno del aprendizaje escolar no especificado”.	-“Los diagnósticos con este tipo de casos se terminan de confirmar a los 9 y/o 10 años. -“El diagnóstico lo suele dar el psiquiatra”. -“La mayoría de los chicos que después van a desarrollar una psicosis, comienzan con el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad”.
		Intervenciones	-“Siempre trataba de consensuar con él, ir por el lado de lo que lo motivaba”. -“(…)Le ofrecía alternativas, por ejemplo, servía mucho la música, que él eligiera la música y dejar la música de fondo mientras trabajábamos, como que sentía que es lo tranquilizaba digamos y lo ayuda a concentrarse, a disminuir su malestar, en verdad a disfrutar de la sesión”. -“(…)Negociar con cosas que quería hacer en el consultorio con digamos el trabajo específico que	- “(…)Lo que tratamos de hacer es que tenga igual una vida más adaptativa y que se pueda enlazar igual que los otros”. -“(…)Tratar de no ser rígida, estar flexible. Estar atentas a lo que quiere y lo que no quiere. Es lo primero a lo que apuntamos. Lograr que sientan un lazo afectivo y amoroso del orden del cuidado, para que pueda también desplegar un poco”. -“Las intervenciones son de acuerdo a cada caso obviamente”.	-“Se hace todo un trabajo más que nada integral. Se apela a lo que es juego”. -“Trabajo mucho a partir del juego y trabajo en planos grandes, en planos verticales, con algún material que les guste, que les llame la atención. Y usando el propio cuerpo (...)”. -“(…)Me paro desde el diálogo y la escucha, el sostener”. -“Las sesiones a veces son un escándalo y lo tenemos que sacar para poner límites”.

			teníamos que trabajar ese día. También buscaba juegos o actividades que tengan relación con temas que lo apasionaban". -“(…)Me resultó (…) registrar con él, que era lo que le estaba afectando y tratar de escuchar su sufrimiento(…). -“(…)Teníamos una libreta donde anotábamos tipo agenda los días y lo que sentía y los conflictos que habían sucedido”.		
		Emociones	-“(…)Me costaba mucho saber hasta dónde exigirle (…), me costaba mucho entender hasta donde era un capricho y yo tenía que cortarle, ponerle un límite y hasta dónde era algo, que él no podía manejar.”. -“(…)Para mí fue muy angustiante porque más allá, de que yo había seguido todo el proceso, verlo, fue muy shockeante. Se había deteriorado mucho, como que había involucionado”.	“(…)Es el correrme de él, de la respuesta neurótica muchas veces como que uno ya se encuentra habituada a esperar la respuesta neurótica y eso crea muchas frustraciones (…)	