



**Universidad
Andrés Bello**

UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO
Facultad de Ciencias de la Rehabilitación
Escuela de Terapia Ocupacional
Magister en Terapia Ocupacional

Significados que Terapeutas Ocupacionales otorgan a sus prácticas con niños y niñas diagnosticados con TDAH, en el sistema público de atención, región metropolitana de Chile.

Tesis para optar al grado de Magister en Terapia Ocupacional
Mención Intervención Psicosocial

Autora: Alejandra Garcés Maldonado.
Profesora guía: Mónica Palacios Tolvet.

Santiago de Chile, 2017

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
1.- CAPÍTULO I: Planteamiento del Problema.....	6
1.1.- “Significados” en el paradigma actual de la TO.....	6
1.2.- TDAH como problema de Salud Pública en Chile.....	7
1.3.- Rol del TO en las políticas públicas en niños/as diagnosticados con TDAH.....	9
1.4.- Relevancia del estudio.....	11
1.5.- Pregunta y objetivos de la investigación.....	12
2.- CAPÍTULO II: Marco Teórico.....	13
2.1.- TDAH. Definición, causas y abordaje.....	13
2.2.- ¿Qué es la “Práctica”?.....	17
2.3.- Teoría de los significados y práctica en Terapia Ocupacional.....	19
2.4.- Construcción de sujeto con TDAH desde la TO.....	20
2.4.1.- TO Clásica y sujeto con TDAH.....	21
2.4.2.- TO Social-crítica y sujeto con TDAH.....	22
3.- CAPÍTULO III: Marco Metodológico.....	24
3.1.- Diseño Metodológico.....	24
3.2.- Selección de Participantes.....	24
3.2.1.- Características.....	24
3.2.2.- Técnica de muestreo.....	25
3.2.3.- Procedimiento.....	25
3.3.- Técnica de Producción de Datos.....	26
3.4.- Estrategia de Análisis de Resultados.....	27
3.5.- Consideraciones Éticas.....	28
4.- CAPÍTULO IV: Resultados y Análisis.....	29
4.1.- Resultados descriptivos	29
4.1.2.- Categoría 1: Comprensión de niño/a.....	29
4.1.3.- Categoría 2: TDAH como diagnóstico clínico constructor de niño/a.....	34

4.1.4.- Categoría 3: Intervención de TO con niños/as diagnosticados con TDAH.....	41
4.1.5.- Categoría 4: Experiencias que han producido prácticas de TTOO	47
4.2.- Resultados relacionales.....	53
4.2.1.- Modelo explicativo 1: “Sujeto producido”.....	53
4.2.2.- Modelo explicativo 2: “Sujeto productor-producido: sentir pensar y hacer”.....	56
5.- CAPÍTULO V: Conclusión.....	59
6.- BIBLIOGRAFÍA.....	62

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Guión Temático.....	66
Anexo 2: Consentimiento Informado.....	68
Anexo 3: Entrevista transcrita.....	70
Anexo 4: Entrevista codificada.....	90
Anexo 5: Listado codificación abierta.....	102

RESUMEN

La presente investigación realiza una aproximación crítica a la práctica de la Terapia Ocupacional, develando los significados que terapeutas ocupacionales otorgan a sus prácticas, a través de entrevistas en profundidad indagan en sus experiencias de trabajo con niños y niñas diagnosticados/as con Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad, en diversos dispositivos de salud provenientes de la Región Metropolitana, Santiago de Chile.

Se utiliza una metodología cualitativa, de tipo descriptiva-relacional, a través de la aplicación de entrevistas en profundidad individuales como técnica de producción de información y la teoría fundamentada como estrategia de análisis de información.

Finalmente, se obtienen cuatro categorías de análisis: (1) *Comprensión de niño o niña*, (2) *TDAH y configuración de sujeto*, (3) *Tipos de intervenciones de Terapia Ocupacional en TDAH* y (4) *Experiencias de Terapeutas Ocupacionales, que han producido sus prácticas*. La información obtenida desde el análisis de cada categoría, y la identificación de relaciones entre estas, es expuesta en dos modelos explicativos: (1) “*Sujeto Producido*” y (2) “*Sujeto Productor (producido): Pensar, Decir y Hacer*”. Los aspectos más relevantes del análisis de la información son volcados en un cierre conclusivo.

INTRODUCCIÓN

Se podría comprender la dificultad para consensuar criterios únicos de rigor y calidad científica en la investigación cualitativa, ya que esto es coherente con los fundamentos epistemológicos de este tipo de investigación. Me refiero a que ante la concepción de diversas realidades, su co-construcción y transformación dialéctica en los cuales sujeto, objeto y contexto son protagonistas, no se puede establecer de manera rígida y acotada criterios universales a prácticas de investigación flexibles y situadas, que al mismo tiempo son llevadas a cabo por investigadores que son vistos como sujetos sociohistóricos en constante relación con el fenómeno de estudio y cuya subjetividad relata los fenómenos sociales estudiados.

A lo anterior se podría agregar que la tradición positivista de la ciencia nos permite comprender el surgimiento de la necesidad de determinar criterios únicos a los procesos de investigación científicos. Es decir, el conflicto debemos situarlo en que como sujetos sociohistóricos nos hemos construido en una tradición positivista dominante, por ello la tendencia a la estandarización, a lo cual subyace la concepción rígida y estática de los criterios de rigor de los procesos investigativos.

Ante este escenario, en el cual se develan los fundamentos epistemológicos que guían las decisiones y la comprensión del proceso investigativo, es que se presenta aún más interesante aventurarse en la participación de procesos de investigación, en el cual no solo el fenómeno que se desea conocer es develado, sino el propio investigador, lo cual favorece la toma de conciencia respecto al paradigma según el cual nos desenvolvemos en la vida cotidiana, es decir, en términos sencillos, la forma de resolver los problemas cotidianos, de sobrellevar situaciones de crisis, como el significado que se le otorgue a una enfermedad, representa un paradigma en particular.

Si me sitúo en la práctica de la Terapia Ocupacional, se despliegan una multiplicidad de realidades en las cuales se vivencian, construyen y deconstruyen procesos de intervención que apuntan a la transformación de las personas y comunidades con las cuales vive este proceso de cambio. Al tomar conciencia de los fundamentos epistemológicos a la base de mis prácticas como terapeuta, logro verme en ese espacio terapéutico en el inter juego con el otro, las influencias mutuas, y el encuentro entre creencias, valores y saberes en el campo de la intersubjetividad.

En sintonía con lo anterior, los diálogos actuales en torno a la Terapia Ocupacional apuntan a los fundamentos epistemológicos de sus prácticas. Una muestra de ello fue lo vivido en el Congreso Mundial de Terapia Ocupacional llevado a cabo el año 2010 en Santiago de Chile, instancia en la cual se evidenció un cambio de paradigma en la forma de concebir nuestra disciplina y con ello en el hacer concreto de nuestra práctica profesional.

Problematizar en torno a la concepción de problema, concepción de sujeto y rol del terapeuta ocupacional como sujeto configurado, es lo que se aborda en la presente investigación a través de entrevistas a terapeutas ocupacionales con experiencia en el trabajo con niños y niñas en el ámbito de la salud mental. Si bien son diversos los espacios en los cuales los/las Terapeutas Ocupacionales se encuentran formando parte de equipos interdisciplinarios y en contextos institucionales públicos y/o privados, esta investigación se sitúa específicamente en la experiencia de trabajo con niños y niñas diagnosticados con TDAH.

En un primer momento se delimita el problema, señalando antecedentes disciplinares que dibujan el tránsito a un nuevo paradigma en la Terapia Ocupacional, y como esto se refleja en nuevos diálogos a nivel nacional e internacional que cuestionan las miradas convencionales y por muchos años dominantes, para luego señalar nuevas aproximaciones en el ejercicio profesional, que derivan de nuevos enfoques y con ello la relevancia del objeto de estudio propuesto en esta investigación, que apunta a develar los significados detrás de lo que pensamos y hacemos, la dialéctica entre lo objetivo y subjetivo. Al mismo tiempo se expone y caracteriza el campo de estudio escogido, problematizando en torno a un diagnóstico controversial, que tiene gran relevancia en las políticas públicas vinculadas a la salud mental de la población infantil.

La investigación propone develar los significados que terapeutas ocupacionales otorgan a sus prácticas con niños y niñas diagnosticados con TDH, y para ello busca identificar las prácticas que llevan a cabo en dicho campo de estudio, además de identificar los significados a la base de dichas prácticas, para finalmente relacionar los significados con la construcción de sujeto – niño/a.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.- “SIGNIFICADOS” EN EL PARADIGMA ACTUAL DE LA TO.

Existe una cantidad importante de estudios vinculados a etiquetas diagnósticas y al rol de la Terapia Ocupacional en procesos de rehabilitación y reincorporación de un sujeto a la vida cotidiana, pero en un número menor las que abordan el significado que los propios terapeutas ocupacionales otorgan a su quehacer. ¿Por qué? Es decir, los estudios se han enfocado en los aspectos técnicos, conceptuales y metodológicos que conllevan adaptar a una persona a un determinado contexto, haciendo énfasis en la recuperación de la función perdida o en los casos de que se trate de una situación irreversible, que la persona logre alcanzar el mayor grado de independencia posible. Las reflexiones en torno a la disciplina han girado en torno a diagnósticos clínicos, que de alguna manera trazan el camino por el cual el TO guía su evaluación y posterior intervención. El análisis del hacer disciplinar se redujo a un sujeto y su función o disfunción, un análisis unidireccional, en el cual el saber experto continúa de manera explícita o implícita en el profesional TO. El significado se abordaba desde las “ocupaciones significativas”, desde aquello que tiene sentido desde la persona, y que genera un nexo entre la ocupación y su vida cotidiana. Nuevamente, el análisis estaba puesto afuera. ¿Por qué entonces llevar a cabo un cambio de foco?, ¿para qué analizar nuestras propias decisiones, nuestras elecciones terapéuticas, nuestra forma de evaluar, nuestra forma de pensar? Para problematizar nuestras propias prácticas, y develar aquellos determinantes objetivos y subjetivos que configuran aquello que, según creemos, realizamos por decisión “intrínseca”. Al develar, tensionar y problematizar, podemos promover una transformación en nuestras prácticas, con el fin de generar cambios en pro de una TO más humanizada y crítica.

Desde un paradigma clásico de nuestra disciplina, podemos ver la perspectiva funcionalista como la dominante, en la cual el TO adapta al individuo para reinsertarse a sus actividades significativas en el contexto social al cual pertenece. Se indican los modelos teóricos idóneos según la necesidad del “paciente” o “sujeto índice”, profundizando en la teoría aplicada a intervenciones biomédicas en su gran mayoría.

Desde otra vereda, el enfoque social en TO apunta a develar y problematizar los determinantes socioculturales que configuran lo llamado “patológico”.

En el ámbito infantil, entre las diversas problemáticas abordadas desde una perspectiva clínica, figura el Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH). Diversas disciplinas han sistematizado sus abordajes en la intervención de niños y niñas con TDAH, entre estas se encuentra la Psicología, Psiquiatría, Neurología y por supuesto la Terapia Ocupacional.

2.- TRASTORNO DE DÉFICT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD (TDAH): UN ESCENARIO PARA EL ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

En búsqueda de un escenario para el análisis de prácticas de Terapia Ocupacional, se escoge un diagnóstico clínico bastante común y que suele exponerse en los diversos medios de comunicación a través del análisis de expertos en la materia, el Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad. Terapeutas Ocupacionales que se desempeñan tanto en el ámbito público como privado, suelen recibir las derivaciones de niños y niñas con este diagnóstico, el cual además se ha constituido como problema de salud pública en nuestro país. El Ministerio de Salud de Chile diseñó en el año 2000 el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, con el objetivo de dar respuesta al creciente aumento de la prevalencia de enfermedades mentales en la población, cuyo riesgo radica en el sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida que éstas provocan al no ser abordadas de manera oportuna y satisfactoria (MINSAL, 2000).

El diseño de esta nueva propuesta de abordaje de los trastornos mentales, se realiza bajo un enfoque comunitario, el cual plantea la relevancia de la prevención y detección precoz de los problemas de salud mental, a través de la cercanía a la comunidad de los dispositivos de salud, facilitando la participación de los usuarios, sus familias y grupos organizados de la comunidad (Minoletti A., Zaccaria A., 2005), pero no cuestiona los trastornos mentales. Esto se hace evidente desde la base de que las enfermedades de salud mental se gatillan, primeramente por factores biológicos y, de manera secundaria, por factores psicosociales, visualizándose la necesidad de un equipo de salud multidisciplinario, que permita cubrir y dar respuesta a la necesidad evidenciada por la población (Minoletti A., Zaccaria A., 2005).

Los estudios que se llevan a cabo, para determinar los problemas de salud pública y la distribución de recursos económicos, son principalmente de tipo cuantitativo, lo que restringe el acceso a un

análisis más profundo respecto a aspectos subjetivos de la configuración de dichos “problemas de salud”. La información epidemiológica existente, da cuenta de la alta prevalencia de trastornos mentales en la población adulta, pero no de la experiencia subjetiva de vivir con una etiqueta, y menos de cuestionarse si esta existe. Uno de los estudios realizados en el país, arroja como resultado mayor prevalencia en: agorafobia (11,1%), depresión mayor (9,0%), distimia (8,0%) y consumo de alcohol (6,4%). Si bien, en este estudio, la esquizofrenia presenta menor prevalencia (0,9%), es uno de los trastornos mentales con mayor incidencia en discapacidad y deterioro de la calidad de vida (Vicente et al., 2002).

¿Y cuáles son las características de la población infantil, desde estos estudios epidemiológicos? Esta población es la que presenta un menor número de estudios epidemiológicos realizados, sin embargo, a partir de la información con la que se cuenta se ha podido develar una prevalencia significativa de Trastornos Hiperactivo/de la Atención, constituyéndose como problema de salud pública en Chile. Un estudio realizado en niños y niñas de primer año básico evidencia el trastorno hiperactivo como el diagnóstico más frecuente, con un 9,2% (De la Barra et al., 2004). Por otro lado, en un estudio realizado en 4 provincias de Chile (Santiago, Iquique, Concepción y Cautín), se obtiene como resultado que los niños con trastornos disruptivos (Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad, Trastorno de Conducta y Trastorno Opositor Desafiante), son los que más consultan a los dispositivos de salud, con un 67%, en comparación a niños y niñas diagnosticados con trastornos ansiosos y/o del ánimo (De la Barra et al., 2010).

El trastorno hiperactivo/de la Atención, descrito desde la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10° versión (CIE 10), señala que este trastorno constituye un cuadro clínico que se identifica cuando se presentan déficit de la atención, hiperactividad o impulsividad, en forma persistente, y en más de uno de los ambientes de vida del niño, niña o adolescente. Su tratamiento, desde lo señalado en la guía clínica para el THA, debería comenzar desde el inicio del período escolar (Guía Clínica, 2008).

El Plan Nacional de Salud Mental propone diversas estrategias, traducidas en orientaciones técnicas, para su evaluación, diagnóstico y tratamiento, tanto a nivel primario de atención en salud (APS), como a nivel secundario, ya que este diagnóstico clínico traería consigo graves

consecuencias para el niño o niña (y a su contexto más próximo), si no se realiza una detección precoz. Entre aquellas consecuencias se identifica: desarrollo de conductas antisociales y/o abuso de alcohol y drogas, problemas escolares persistentes y altas tasas de accidentabilidad debido a su impulsividad (Condemarín M. et al. 2004), fracaso y deserción escolar, trastornos emocionales y del comportamiento, como también la presencia de maltrato físico y psicológico (MINSAL, 2000).

Las indicaciones técnicas elaborada para el abordaje del THA, describe las acciones concretas a realizar por el equipo multidisciplinario de profesionales, el cual se encuentra constituido por: médico general, pediatra, psicólogo, asistente social, y enfermera, en APS, y por otro lado, psiquiatra, psicólogo clínico, asistente social y enfermera en atención especializada.

Entre las acciones a realizar se señalan: tratamiento farmacológico, intervención psicosocial de grupo, intervención comunitaria, psicoterapia individual y/o grupal, e intervención psicosocial grupal especializada. El nivel de complejidad de las acciones nombradas dependerá de las características de la población infantil intervenida, ya sea por: riesgo a desarrollar un trastorno hiperactivo, que el niño o niña presente el cuadro clínico, o además del diagnóstico presente alguna comorbilidad.

A pesar del enfoque comunitario que se intenta intencionar desde el plan nacional de salud mental y psiquiatría, la mirada clínica sigue prevaleciendo, y el TDAH emerge desde las estadísticas como altos porcentajes y como una realidad irrefutable, validada desde manuales diagnósticos psiquiátricos. El alto número de niños y niñas con TDAH con los que el TO se encuentra en sus prácticas, es significativo, y no solo en dispositivos de salud, sino también en los educativos. Claramente las políticas públicas no cuestionan la etiqueta, sino que respaldan el diagnóstico con información epidemiológica coherente con el mismo enfoque.

3.- ROL DEL TO EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN NIÑOS/AS DIAGNOSTICADOS CON TDAH.

Si bien en las orientaciones técnicas antes señaladas, no se contempla la figura del terapeuta ocupacional como constituyente de los equipos multidisciplinarios, su participación emerge en la práctica en diversos dispositivos de salud, tanto de atención primaria como especializada,

desplegando acciones terapéuticas frente a esta problemática configurada en torno a un sujeto individual, cuya génesis se puntúa a nivel biológico predominantemente, acorde con el discurso biomédico dominante en nuestras políticas públicas.

En concordancia con la concepción biomédica predominante acerca del TDAH, es que se han desarrollado estudios y publicaciones que enmarcan el rol del terapeuta ocupacional en función de este enfoque, con acciones que apuntan al abordaje de la sintomatología de este cuadro clínico, descrito por la CIE-10 y DSM-IV.

Un estudio realizado en el Hospital Universitario de Puerto Real, Andalucía España (Domingo Sanz M., 2008), destaca la relevancia de la intervención del terapeuta ocupacional en la disminución de la “conducta inadaptada” de un niño en su contexto escolar y familiar, de tal manera que logra, por ejemplo, “molestar” con menor frecuencia a sus compañeros de curso, aspecto relacionado con la impulsividad e hiperactividad propios del trastorno psiquiátrico, y de igual manera presentar menos “olvidos”, hecho asociado al déficit atencional. La terapeuta ocupacional incorpora en su abordaje a la familia y al colegio, con el objetivo de replicar en ambos contextos, las estrategias de intervención coherentes con el modelo cognitivo-conductual en el cual sustenta su intervención, lo cual apunta a que el origen del problema radica en el niño, no en los contextos. De igual manera se infiere que el TO basa sus acciones evaluativas e interventivas en la sintomatología que ha sido observada o referida, en base al conocimiento y creencia en un cuadro clínico.

Otro estudio realizado en Toledo España, aborda el conocimiento de la conducta intencional de los niños y niñas diagnosticados con TDAH, basándose en el Modelo de Ocupación Humana, específicamente en su componente volitivo¹. Los resultados demostraron un menor desarrollo del sentido de competencia² en niños y niñas con TDAH. Este estudio, al igual que el anterior, hace hincapié en las bases neurobiológicas del trastorno, e intenta relacionar el impacto que genera en

¹ *“Incluye una profunda necesidad humana por la acción, combinada con pensamientos y sentimientos respecto de hacer cosas, determinada por la experiencia previa y vinculada con el futuro”, (Kielhofner G., 2004, p.)*

² *“Grado en el cual uno puede sostener un patrón de participación ocupacional que refleja la identidad ocupacional propia”, (Ibíd., p)*

su propia causalidad personal³ la alteración de comportamiento que muestra el niño o niña en su entorno, generando un feedback negativo, el cual se traduce en la dificultad para desarrollar un sentido de competencia que le permita estructurar una identidad ocupacional⁴ acorde a lo esperado por el contexto.

4.- RELEVANCIA DEL ESTUDIO.

En Chile, los terapeutas ocupacionales estamos en deuda en términos de estudios y sistematizaciones respecto a las intervenciones realizadas con niños y niñas con este diagnóstico, por lo que la evidencia empírica se basa en estudios extranjeros respecto a nuestro rol. No obstante lo anterior, los estudios existentes se sitúan en un paradigma positivista, y el terapeuta ocupacional despliega sus herramientas terapéuticas en el escenario biomédico predominante, manteniendo su mirada en el portador del ‘problema’.

Retomando los estudios mencionados, en ambos se mantiene focalizado el problema en el niño, ya que éste sería el portador de la enfermedad, y a través del cual se manifiesta la sintomatología que altera y perturba sus contextos más próximos y significativos.

¿Y qué pasa con los estudios que ahondan en los significados de las prácticas? Al parecer la mayor parte de los estudios realizados por TTOO apuntan al diagnóstico, a estrategias de intervención individual, pero no cuestionan lo que el TO ve en sus propias prácticas.

³ *“Conciencia de las habilidades de uno mismo y la sensación de cuan eficaz es uno para alcanzar lo que desea”, (Ibíd., p)*

⁴ *“Sentido compuesto de quién es uno y quién desea llegar a ser como ser ocupacional, lo cual se genera a partir de la historia de participación ocupacional propia” (Ibíd, p)*

5.- PREGUNTA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

En base a los antecedentes descritos en el apartado anterior, se elabora la pregunta de investigación y los objetivos general y específicos que guiarán la producción de información y su posterior análisis y discusión.

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son los significados que terapeutas ocupacionales otorgan a sus prácticas con niños y niñas diagnosticados con TDH, en el sistema público de atención, región metropolitana?

Objetivo general:

1.- Comprender los significados que terapeutas ocupacionales otorgan a sus prácticas con niños y niñas diagnosticados con TDH.

Objetivos específicos:

1.1.- Identificar las prácticas que terapeutas ocupacionales llevan a cabo con niños y niñas diagnosticados con TDH.

1.2.- Identificar los significados de las prácticas que terapeutas ocupacionales llevan a cabo con niños y niñas diagnosticados con TDH.

1.3.- Relacionar los significados con la construcción de sujeto – niño que terapeutas ocupacionales tienen con respecto a los niños y niñas diagnosticados con TDH.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.

1.- TRASTORNO DE DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD: DEFINICIÓN, CAUSAS Y ABORDAJE.

A continuación, se exponen las concepciones dominantes en torno al TDAH como etiqueta diagnóstica desde un escenario epistemológico positivista, acorde con el enfoque biomédico imperante en el sistema de salud de nuestro país, y que se expresa de igual modo en la forma de “clasificar” a los niños y niñas con “necesidades educativas especiales” (NEE) en los contextos educativos.

Definición y causas

El discurso dominante señala que el TDAH ha sido un diagnóstico controversial, ya que a pesar de su alta tasa de diagnóstico en niños y niñas, aún carece de certezas científicas en cuanto a su etiología. *Actualmente constituye el principal motivo de consulta en niños en edad escolar en nuestro país* (Almonte, et al, 2009). A esto se suma la diversidad de definiciones y enfoques teóricos que podrían determinar si un niño o niña es considerado como portador del cuadro clínico (Condemarin, et al, 2008, p. 15). Lo anterior bajo la perspectiva reduccionista, validadora de rótulos diagnósticos, como una condición que emerge en el niño o niña como un problema individual.

Continuando con la mirada clínica, la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima versión (CIE-10), identifica el TDAH como Trastorno Hiperactivo, clasificándolo dentro de los Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia. El CIE-10 es el manual validado en el sistema de salud de nuestro país para los procesos diagnósticos de la población. En el caso de los Trastornos Hiperactivos, señala que “*el diagnóstico requiere la presencia clara de niveles anómalos de déficit de atención, hiperactividad e inquietud, que deben ser generalizadas a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones y no deben ser causadas por otros trastornos tales como el autismo o los trastornos afectivos*” (CIE-10, p.197). A lo anterior señala el déficit de atención, la hiperactividad e impulsividad como los síntomas claves del diagnóstico.

Por otro lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta versión (DSM IV), clasifica el TDAH dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, específicamente dentro de los Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, entre los cuales identifica tres tipos: combinado, predominio déficit de atención y predominio hiperactivo-impulsivo (APA 1994, p. 2). Los criterios diagnósticos apuntan a la identificación en el niño o niña, de alteraciones de desatención, impulsividad e hiperactividad. En el caso de la desatención, ésta debe observarse por un periodo mayor a 6 meses, y en cuanto a la impulsividad e hiperactividad, debe haber un claro deterioro de la actividad académica y social del niño o niña, expresado en dos o más ambientes de desempeño, tales como: colegio, hogar, entre otros (APA 1994, pp. 18-19).

En los contextos educativos, esta etiqueta diagnóstica permite clasificar al niño o niña en función de sus Necesidades Educativas Especiales (NEE), lo cual otorga recursos a establecimientos educacionales con Proyecto de Integración Escolar (PIE) que permite contar con un equipo multidisciplinario de profesionales que realizan intervenciones enfocadas a la población escolar vulnerable.

Caracterización del proceso diagnóstico.

A pesar de la minuciosa descripción que los manuales diagnósticos realizan en torno al TDAH, aún no existe consenso entre los especialistas respecto a su definición teórica, como si lo hay respecto al comportamiento esperado en un niño o niña con este “trastorno” (Condemarín, et al., 2008). Por lo que a partir de ello se puede inferir que las intervenciones propuestas apuntan al abordaje de los síntomas observados y no a aquello que causaría el diagnóstico clínico, desde el supuesto de que el TDAH efectivamente existe como “enfermedad”, y no como construcción social, perspectiva crítica desde la cual se puede concebir el TDAH como un mecanismo de control social, una forma de disciplinamiento hacia niños y niñas que se “desvían de la norma”.

En base a lo anterior, cabe señalar lo que Pérez (2009) problematiza en torno al proceso diagnóstico de esta “patología” psiquiátrica. Desde una perspectiva crítica, señala que el proceso diagnóstico se sustentaría en la descripción del comportamiento del niño o niña, referido por el contexto familiar y escolar de éste o ésta, además de la breve observación del médico especialista (neurólogo o psiquiatra) en contexto artificial (box de atención). Es decir, no habría pruebas o exámenes

médicos que respalden la indicación farmacológica que prosigue a la descripción del comportamiento “disruptivo”.

Se suma a la misma lógica anterior, la existencia de un instrumento estandarizado, utilizado por docentes y validado por médicos para identificar los síntomas asociados al cuadro clínico. Este instrumento llamado Test de Conners, es completado por los profesores a petición del médico especialista para respaldar el diagnóstico e indicar la dosis del tratamiento farmacológico correspondiente. El test de Conners se completa en base a la observación que el profesor realiza respecto al comportamiento del niño o niña en la sala de clases, pero al mismo tiempo omite aspectos contextuales que podrían estar influyendo en la subjetividad del docente al momento de observar dichos comportamientos.

Desde una mirada reduccionista, se omite la relevancia de la subjetividad del observador que relata el comportamiento del niño que luego es sentenciado como patológico por el experto, y posteriormente sometido a intervenciones para normalizarlo y adaptarlo a los diversos contextos de participación, construyendo un sujeto funcional para el medio ¿Qué sucede si la descripción realizada por el docente y cuidador, sobredimensiona la “real” desatención e hiperactividad del niño o niña, por factores estresores del contexto, que no se encuentran incluidas en el Test de Conners? El experto, medica en función de la subjetividad de los “no expertos”, esta medicación podría generar efectos secundarios en el niño o niña, es decir, podría generar daño (Pérez, 2009). Lo que Pérez intenta generar, es el cuestionamiento en torno al rótulo clínico, es decir ¿el TDAH existe o estamos hablando de una construcción social?

Algunas propuestas de intervención desde el enfoque biomédico dominante

Almonte y Etchepare (2009) describen 3 tipos de abordajes para el tratamiento de TDAH: **psicoeducacional, psicoterapéutico y terapia farmacológica.**

La **intervención psicoeducacional** estaría dirigida a dos contextos, los principales y más cercanos al niño o niña; familiar y escolar. En el contexto familiar sugiere apoyo en habilidades parentales, disminuyendo el sentimiento de culpa que podrían experimentar los padres a causa del comportamiento “disruptivo” de su hijo o hija, además de la entrega de herramientas que les

permitan manejar los síntomas asociados al cuadro clínico a través de refuerzo positivo. Por otro lado, la intervención hacia el contexto escolar estaría dirigida a promover en los docentes, la pesquisa de trastornos anexos de aprendizaje, que podrían agudizar la sintomatología observada, además de favorecer el diagnóstico oportuno de TDAH, evitar la estigmatización del niño o niña y disminuir el exceso de estímulos del ambiente que podrían alterar su capacidad de atención. ¿Lo anterior no estaría promoviendo un enfoque hacia el déficit por parte de los profesores?, ¿no generaría como repercusión que los profesores traten de hacer calzar el comportamiento del niño en las clasificaciones diagnósticas, viendo síntomas más que comportamientos?

¿De qué manera se colabora para evitar el estigma si se procura diagnosticar con el trastorno?, ¿La relevancia que le dan al diagnóstico precoz en evitar que los síntomas disruptivos generen tal impacto en el ambiente que derive hacia el estigma del niño?

¿De qué manera se abordan los factores estresores del contexto escolar, que impactan en la subjetividad del profesor que debe emitir su opinión y valorar como normal o patológico el comportamiento del niño?, ¿De qué manera el sistema social se hace cargo de la desvaloración del rol docente?, ¿De qué manera impacta en la subjetividad de un profesor, la presencia de condiciones laborales deficientes, tales como: bajas remuneraciones, alta carga laboral, cursos con un número excesivo de alumnos, entre otras?

La **intervención psicoterapéutica** apunta al logro del autocontrol, resolución de conflictos, respeto de las normas sociales, empatía, y disminución de la agresividad en el contacto social con pares. Se utilizarían como estrategias de intervención, la educación y el trabajo con grupo de pares para fortalecer habilidades sociales, consiguiendo fortalecer la autoestima de la niña o niño diagnosticados con TDAH. Esto apunta a validar la idea de que el niño es el portador de una enfermedad, que en él o ella radica el problema. Desde esta perspectiva el TDAH no sería una construcción social que emerge en una sociedad excluyente que intenta normalizar, donde la diversidad es vista como desviación, si no que el TDAH sería una realidad individual, cuya génesis se sitúa en un sujeto “enfermo”.

Finalmente, la **terapia farmacológica** consistiría en la indicación de psicoestimulantes tales como: Metilfenidato, Anfetaminas y Pemolina, en dosis que dependerán de la severidad de los síntomas

identificados por el especialista, pero no de manera directa, sino a través de lo referido por los profesores, cuidadores o figuras parentales, a través del Test de Conners.

El fármaco emerge como un mecanismo de disciplinamiento para los niños portadores de la desviación, como un dispositivo normalizador de efecto rápido, que promueve la invisibilización de factores contextuales que podrían estar influyendo en la subjetividad de aquellos que observan la “conducta disruptiva” en un niño.

En este escenario, desde la Terapia Ocupacional se han propuesto variadas alternativas de intervención, según el enfoque que el terapeuta ocupacional aplique en su praxis y el marco institucional en el cual desempeña su rol. El terapeuta ocupacional, como integrante de un equipo multidisciplinario (o interdisciplinario), puede llevar a cabo variadas acciones, en el marco de las intervenciones descritas anteriormente, como por ejemplo: intervenciones grupales, individuales, familiares, visitas domiciliarias, visitas escolares, entre otras.

2.- ¿QUÉ ES LA “PRÁCTICA”?

Para aproximarnos a la intervención de la Terapia Ocupacional, lo haremos a través del concepto de práctica desarrollado por P. Bourdieu (2011). Su pertinencia en esta investigación radica en la comprensión del hacer, pensar y decir por parte del sujeto, como productor y producto de lo cotidiano. La historia, los significados individuales y colectivos, plasmados en el hacer, las decisiones tomadas, el lenguaje utilizado e incluso la propia corporalidad, responden a un conjunto de sistemas que han producido previamente lo que hacemos y que posteriormente replicamos.

P. Bourdieu realiza un análisis de la sociedad, sus estructuras y significados, a través de la conceptualización de aquellos aspectos que la conforman. Para Bourdieu, la sociedad es vista como un espacio (al que denomina **espacio social**) definido como *“un conjunto de posiciones distintas y coexistentes, exteriores las unas respecto de las otras, definidas las unas en relación con las otras, por vínculos de proximidad, vecindad, o de alejamiento”* (Bourdieu P., 2008, p. 28), es decir, concibe el espacio social como un conjunto de **campos**, delimitados unos de otros, con características particulares, pero al mismo tiempo vinculados, coherente con el enfoque relacional que plantea a lo largo de su teoría. La ubicación de los **agentes** o **grupos sociales**, en dichos

campos, se basa en la distribución del **capital** específico y global que posean, por lo que existe una lucha por la obtención de dicho capital que se traduce en **poder** y éste a su vez derivará en una determinada jerarquía o posición social. Bourdieu utiliza el concepto de capital para referirse a los recursos que se encuentran en disputa por parte de los agentes que comparten un determinado campo. Este capital se puede encontrar de 4 formas; como capital económico, capital cultural, capital social y capital simbólico. Los dos primeros constituirían los principales tipos de capital, *“la base de la estructuración del espacio social”* (Ibíd., p. 19), mientras que los dos restantes funcionan a modo accesorio potenciando la acumulación de capital global.

De cada campo, emana una práctica social particular producida por un **habitus** propio de los agentes y/o grupos sociales que pertenecen a dicho campo. El concepto de habitus se define como un *“sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente “reguladas” y “regulares” sin ser el producto de la obediencia a reglas, y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser producto de la acción organizadora de un director de orquesta”*.(Bourdieu, 2011, p. 92)

Basándonos en la metáfora creada por Bourdieu, la Terapia Ocupacional como disciplina constituye un campo, en el cual los terapeutas ocupacionales, como agentes sociales, se encuentran en disputa por el capital cultural, traducido en el saber experto vinculado a la ocupación humana. La acumulación de aquel saber experto, conlleva adquisición de poder el cual se manifiesta en aumento de estatus social, mayor jerarquía gracias al posicionamiento académico y profesional. Al mismo tiempo existe un *habitus* interiorizado por los terapeutas ocupacionales, el cual puede ser expresado y observado a través del lenguaje, discursos, corporalidad y formas de relacionarse produciendo y reproduciendo prácticas.

3.- SIGNIFICADOS Y PRÁCTICA EN TERAPIA OCUPACIONAL.

En el apartado anterior, se expone la teoría que Bourdieu elabora en torno al concepto de práctica, articulándolo al mismo tiempo con la Terapia Ocupacional. Otro concepto coherente con la investigación cualitativa y al mismo tiempo con la teoría de la práctica, es el de *significados* que Jerome Brunner (1990) analiza y reflexiona en torno a la convergencia cotidiana de este.

Al hablar de significados nos referimos a la relación que emerge del encuentro entre el sujeto y el mundo y la producción simbólica como fruto de dicho encuentro. En esta relación simbólica, el sujeto da significado al mundo, pero también a sí mismo. Brunner menciona la relevancia de los sistemas simbólicos para la construcción de realidad, dichos sistemas simbólicos compartidos, vinculados con la forma de concebir el diario vivir, es denominado cultura humana (pág. 31). Esta concepción de cultura como intercambio simbólico, evidencia la génesis colectiva de la construcción de realidades, lo que hace imposible una aproximación individual y reduccionista, de la psicología humana. Como afirma Geertz (en Brunner, 1990, p 31) “*no existe una naturaleza humana independiente de la cultura*”, ya que concebir lo contrario sería negar la relación circular de co-construcción entre sujeto y su mundo.

El significado es el vehículo a través del cual el sujeto se conecta con la cultura. Es a partir de la participación en la cultura, que los significados se hacen públicos y compartidos colectivamente. En este sentido, Brunner coincide con Bourdieu, al enfatizar en la dimensión simbólica que sustenta los significados, pero que al mismo tiempo es concreta al reflejarse en nuestras acciones objetivas. Es decir, podríamos ver acciones concretas en una misma disciplina, como producto de significados compartidos y validados colectivamente. ¿Esto quiere decir que las/los Terapeutas Ocupacionales pensamos y actuamos de igual forma? Si bien compartimos un mismo campo social “disciplinar”, no podemos olvidar que el capital cultural y simbólico puede ser muy diverso en cada persona del TO, lo cual justificaría la diversidad de prácticas. En este capital cultural y simbólico, hay un recorrido histórico en el cual fuimos adquiriendo significados del contexto de pertenencia. Es a través de este contexto (social, político, económico, cultural, familiar, escolar, comunitario, entre otros) que recibimos información a modo de símbolos, que son interpretados

en base a quienes nos transmiten el mensaje. La información recibida, es codificada y se impregna de significado.

4.- CONSTRUCCIÓN DE SUJETO CON TDAH DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

Construcción de Sujeto.

En base a la descripción anterior, tenemos claridad que la intervención no es más que producto de una práctica, y que ésta es producida por un conjunto de situaciones objetivas y subjetivas que se plasman en los sujetos, y por los sujetos.

Ahora bien, la circularidad a la base de la producción de prácticas nos lleva a problematizar en torno a la concepción de sujeto. Pichón Riviere (en Adamson G., 1998), concibe a un sujeto producido, es decir, no hay un sujeto esencialmente construido, determinado genéticamente, estático y ajeno de las situaciones y experiencias de la cotidianidad, sino que habla de un sujeto que se produce en el entramado social al cual pertenece por los vínculos que posee con el otro social, al cual impacta y por el cual también es impactado. Pérez (2009), realiza una descripción clara e interesante del concepto de sujeto en función de los cambios sociopolíticos que ha sufrido nuestra sociedad. Es decir, Pérez, al igual que Riviere, muestra un sujeto producido, dinámico y en constante transformación.

Desde una perspectiva biologicista, el sujeto está constituido y determinado genéticamente. Sus sentidos y percepciones le permiten acceder a la realidad, que se encontraría afuera, independiente de quien la observe.

En base a estas perspectivas, la concepción de sujeto, la problematización de su situación de salud o enfermedad y las acciones a desplegar posterior a ello, tendrán diversas improntas, que se concretaran en una intervención particular, respondiendo como ya hemos visto, a una práctica específica.

El terapeuta ocupacional podría concebir a un sujeto de intervención como receptor de un servicio, cuyo diagnóstico guía la intervención más apropiada para curar o aminorar los síntomas que

impiden la participación ocupacional esperada según el ciclo vital en curso. Por otro lado, el terapeuta ocupacional, podría concebir un sujeto como agente activo involucrado en su proceso de intervención, donde el diagnóstico es un antecedente más, pero en ningún caso se reduce su totalidad a ello. La intervención sería problematizadora, situando al sujeto, el diagnóstico y sus síntomas, en un entramado social, develando la responsabilidad de los actores sociales en los significados elaborados en torno a aquello considerado patológico y sus respectivas consecuencias en lo considerado normal o anormal, y sus implicancias en la exclusión o inclusión de los sujetos “desviados”.

4.1.- TO Clásica y sujeto con TDAH.

La TO clásica nos muestra un sujeto a intervenir, el cual depende su bienestar del saber experto del profesional que guía su proceso de intervención. El sujeto presenta una participación limitada, y claramente segregada en función del saber que posee el TO.

Se valida el saber médico por sobre los significados elaborados por cada sujeto en función de un diagnóstico clínico que es concebido como verdad, el cual se encuentra estudiado y sistematizado, identificado y clasificado según tipología, y síntomas.

Polonio menciona en su libro Conceptos Fundamentales de la Terapia Ocupacional, que el TO debe identificar las necesidades del paciente para poder elegir la mejor propuesta de intervención. Dicha propuesta de intervención es identificada, planificada y ejecutada por el profesional. La persona recibe esta intervención para obtener bienestar, cumplir con las metas propuestas, volver a integrarse en sus actividades cotidianas.

En la intervención con niños y niñas diagnosticadas con TDAH, el TO cumple un rol normalizador, cuyo objetivo es que el niño o niña vuelva a comportarse de manera funcional al contexto escolar principalmente. Para lo cual el TO identifica la sintomatología propia del TDAH y evalúa el impacto de estas manifestaciones, en el desempeño ocupacional del niño o niña. Síntomas como la hiperactividad, impulsividad y desatención, pueden repercutir en un bajo rendimiento académico, relación conflictiva con pares y dificultad para respetar normas con los adultos, es decir, tanto habilidades de comunicación e interacción, como habilidades de procesamiento se

pueden ver alterados, por lo que el desempeño en áreas del desempeño como educación y juego se vería impactado.

En la TO clásica, existe un predominio de la visión de sujeto biológico, reduciendo su desempeño al funcionamiento o alteración de aquellos componentes, relegando a un segundo plano aspectos contextuales, como por ejemplo, cuestionarnos el tipo de educación que los niños están recibiendo en Chile; estandarizada, poco creativa, funcionalista, etc.

Brunner (1990, pag. 38) realiza una crítica hacia la búsqueda de “*universales humanos trascendentales*” en la psicología, es decir, critica el anhelo de saberes absolutos, prescindiendo de la relevancia de la cultura y con ello de la construcción de significados. Lo mismo es aplicable a la Terapia Ocupacional si la concebimos como única, universal, y reducimos al sujeto a modelos de intervención y etiquetas diagnósticas que invisibilizan su diversidad. La TO puede caer en la estandarización de su pensamiento, acciones y relaciones, en un campo de poder que lo sitúa como experto.

4.2.- TO Social-crítica y sujeto con TDAH.

La terapia ocupacional social-crítica, visualiza en el escenario de la intervención, a la persona del terapeuta ocupacional como un sujeto expuesto a transformación, al igual que el sujeto de intervención. El encuentro entre ambos conlleva un conocimiento de saberes distintos y similares, que dialogan a través de un proceso de cambio cuyos resultados no se encuentran establecidos a priori, según un diagnóstico clínico. El diagnóstico no es más que una etiqueta, la cual puede ser deconstruida ya que no se concibe como una verdad absoluta, sino construida socialmente. El sujeto participa al tiempo que el terapeuta ocupacional también lo hace. La horizontalidad de la intervención conlleva la transformación e independencia del sujeto que en un primer momento llega cosificado por una patología, para luego acompañarlo en la visualización de sí mismo como sujeto de derechos. El TO desde esta mirada, es consciente de la dimensión política de su rol, y como señala Kronenberg F. (2006), el TO se visualizara como agente de transformación social, promoviendo la justicia ocupacional y el ejercicio de ciudadanía por parte de las personas con las cuales se encuentre en un proceso de cambio.

En este escenario, la intervención con niños y niñas diagnosticados con TDAH, no se reduciría a la normalización de los niños a través del abordaje de la sintomatología, sino que habría una problematización de los aspectos del contexto que estarían configurando la etiqueta. Es así como podemos cuestionar las técnicas de enseñanza-aprendizaje que predominan en los colegios, las condiciones en que se lleva a cabo el desarrollo del niño, el predominio del enfoque biomédico en nuestra sociedad, que tienden a categorizar el desarrollo y comportamiento de un niño.

Los niños y niñas serían visualizados como sujetos de derechos, cuestionando la cultura adultocentrista, funcionalista, que tiende a patologizar la curiosidad, creatividad y la necesidad de movimiento que un niño y niña pueden manifestar a través de la exploración y relación con los espacios en los cuales se encuentra con el otro social.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.

1.- DISEÑO METODOLÓGICO.

Este estudio de carácter descriptivo-relacional se llevó a cabo utilizando una metodología de investigación cualitativa cuya pertinencia se fundamenta en la necesidad de aproximarse al objeto de estudio desde un enfoque que valide la subjetividad en los discursos de terapeutas ocupacionales, para develar y comprender los significados que otorgan a sus prácticas. Como campo de estudio se sitúa en las experiencias de intervención que los profesionales han llevado a cabo con niños y niñas diagnosticados con Déficit Atencional con Hiperactividad en diversas instituciones de la región metropolitana.

Esta metodología busca comprender el significado de las prácticas referidas por los terapeutas ocupacionales, como un fenómeno social situado, a través de un proceso reflexivo en el cual se genere un diálogo permanente entre todas las dimensiones emergentes a partir de los datos producidos (Krause, 1995).

2.- SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES.

2.1.- Características

Los participantes de este estudio son terapeutas ocupacionales, provenientes de la región metropolitana, con experiencia en el trabajo con niños y niñas diagnosticados con Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad.

Como criterios de exclusión, se trabajó con profesionales que cuenten con un año mínimo de experiencia en el área señalada, en el contexto de las políticas de salud y educacionales de nuestro país. La experiencia mínima indicada, se requirió a fin de que pudieran dar cuenta de las vivencias en torno a su práctica profesional en los diversos escenarios institucionales en los que han desarrollado sus intervenciones.

A partir de los criterios antes mencionados, participaron en la investigación 4 terapeutas ocupacionales con experiencia de trabajo con niños y niñas diagnosticados con TDAH, cuyo ejercicio profesional en el área varía desde 1 a 10 años. Del total de participantes, 3 son mujeres y 1 hombre, 2 de ellos obtuvieron su título profesional en la Universidad de Chile y los otros 2 en la Universidad Andrés Bello.

A continuación, se indica una tabla con las características de los participantes:

NOMBRE T.O.	SEX O	UNIVERSIDAD	AÑO DE EGRESO	EXPERIENCIA EN EL ÁREA	INSTITUCIÓN DE TRABAJO
C.G.	F	Universidad Andrés Bello	2011	1 año	Centro de Referencia en Salud, Hospital El Pino, Comuna de San Bernardo, Santiago.
R.B.	M	Universidad Andrés Bello	2011	1 año	Centro Comunitario de Salud Mental, Comuna de Pudahuel, Santiago.
D.B.	F	Universidad de Chile	1998	5 años	Centro de Atención Integral, Comuna de Santiago, Santiago.
S.V.	F	Universidad de Chile	1984	10 años	Centro de Salud Familiar Recreo, Comuna de San Miguel, Santiago.

2.2.- Técnica de muestreo

Debido a que esta investigación explicita abiertamente en su objeto de estudio los sujetos a los cuales desea entrevistar para la producción de datos, es que se escogió una técnica de muestreo de tipo intencionado, en la cual informantes claves señalaron aquellos potenciales participantes que cumplían con los criterios de inclusión, y que, por ende, poseen gran cantidad de información acorde con el objeto y campo de estudio.

2.3.- Procedimiento

Como punto de partida, se contactó a través de correo electrónico a terapeutas ocupacionales que actualmente se desempeñan en el área infantil (independiente de las características específicas de la población y de la institución a la cual pertenezcan), explicando el objetivo de la investigación, señalando los criterios de exclusión de los participantes del estudio, con el objeto de acceder a nombres y contactos de terapeutas ocupacionales que cumplieran con las características requeridas.

Al no contar con una respuesta favorable, se decide ampliar el primer contacto a terapeutas ocupacionales de diversas áreas, obteniendo un mayor número de posibles participantes del estudio acorde a los criterios de inclusión.

Posteriormente se toma contacto con los potenciales participantes a través de correo electrónico, explicando brevemente las características de la investigación y la metodología a utilizar para la producción y análisis de la información. Luego se tomó contacto telefónico con aquellos terapeutas que manifestaron su interés en participar, de tal manera de explicar más detalles en torno al estudio, explicitando que su participación radica en la realización de una entrevista de una hora de duración aproximadamente.

Las entrevistas se llevaron a cabo en un día y hora acordada según la disponibilidad de tiempo de los participantes, y en sus respectivos lugares de trabajo, a petición de ellos mismos. Lo importante fue generar, dentro de lo posible, una instancia cómoda para el desarrollo fluido de la entrevista.

Se utiliza una grabadora para registrar cada entrevista, lo cual fue realizado previa autorización de los participantes y firma del consentimiento informado.

Una vez realizadas las entrevistas, se procedió a la transcripción de cada una de éstas, y a la codificación de la información producida, identificando dimensiones y propiedades, que orientaron el análisis posterior en torno a categorías y subcategorías emergentes, plasmadas finalmente en modelos explicativos.

3.- TÉCNICA DE PRODUCCIÓN DE DATOS

El estudio se llevó a cabo en base a un proceso dialógico con los participantes, para lo cual se utilizó como técnica de producción de datos, la entrevista en profundidad individual. Esta técnica se consideró la más pertinente para acceder al objeto de estudio, puesto que la información que se desea obtener es de carácter cualitativo. Es decir, esta técnica, posibilita la aproximación a los significados que los terapeutas ocupacionales atribuyen a sus prácticas, a través del acceso a sus maneras de pensar y sentir, influidas por marcos socio históricos y culturales a nivel macro, y por un conjunto de valoraciones, creencias y motivaciones a nivel personal (Gaínza, 2006).

Se realizaron 4 entrevistas. Cada entrevista (véase guión entrevista anexo 1) se orientó a la indagación de experiencias, percepciones y significados referidos por terapeutas ocupacionales en

torno a: concepción de sujeto niño/niña, TDAH, intervención de terapia ocupacional, historia de vida y marco institucional, vinculándolos con el campo de estudio correspondiente a la investigación.

Cabe señalar que los primeros minutos de la entrevista fueron destinados a recordar los objetivos de la investigación y las características de la entrevista a realizar, puesto que se procuró promover un ambiente de confianza y transparencia que favoreciera el diálogo y la fluidez de la información producida. Gaínza (2006) señala al respecto que el investigador espera captar información verbal que haga referencia a las formas de ver, pensar y sentir de los entrevistados, pero cuyo contenido no se comprende de manera inmediata, sino de manera paulatina, a medida que el investigador va accediendo a los significados, valoraciones y representaciones de realidad que los entrevistados entregan a medida que comparten sus experiencias en este proceso dialógico.

Las entrevistas se realizaron en los espacios laborales de cada participante, lo cual también es un aspecto que destacar, ya que tributa a lo expuesto en el párrafo anterior. Cada entrevistado escogió su respectivo lugar de trabajo para llevar a cabo la entrevista, por lo que hablamos de un ambiente cotidiano que otorga confianza y comodidad al entrevistado, lo cual favorece la riqueza de la información producida con el investigador.

4.- ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los datos producidos en esta investigación fueron analizados en coherencia con la Teoría Fundamentada. Este método de análisis fue presentado por Glaser y Strauss en el año 1967 en su libro *“The Discovery of Grounded Theory”*. Tal y como su nombre lo indica, se orienta a la construcción de teoría fundada en los datos emergentes de un proceso de investigación.

Rodríguez, Gil y García (1999) señalan que este método, al estar basado en el interaccionismo simbólico, promueve la identificación de los significados que se encuentran en los relatos de los sujetos, de tal manera de poder construir lo que éstos identifican como realidad social. Por otro lado, al construir teoría a partir de los datos producidos, no se limita el análisis del objeto de estudio a una teoría preconcebida, sino que enfatiza la circularidad del proceso analítico en base a las categorías emergentes, plasmando la teoría en modelos explicativos.

En un primer momento de este estudio se realizó un análisis descriptivo de los datos, para lo cual se llevó a cabo una codificación abierta, definida como un “*proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones*” (Strauss y Corbin, 2002, p. 110). Se identificaron las categorías y subcategorías de análisis, las cuales fueron expuestas a reformulación, posterior a cada entrevista realizada, ya que cada dato emergente se clasificó en los conceptos ya existentes o pasaron a constituir nuevas categorías descriptivas. Lo anterior refleja el método de comparación constante, identificado por Glaser y Strauss (en Rodríguez et al., 1999) como una de las estrategias de análisis fundamentales de la Teoría Fundamentada, que permite enriquecer el análisis a través de la comparación sistemática entre la información emergente y la teoría que se va produciendo, replanteando supuestos, cruzando información, tensionando datos, llevando a cabo un proceso dinámico y flexible.

5.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Una de las consideraciones éticas principales de este estudio, fue contar con la participación voluntaria de cada uno de los profesionales entrevistados, para lo cual se explicaron oportunamente los objetivos de la investigación y la metodología a utilizar para la producción de información y su posterior análisis.

Una vez que los profesionales aceptaron participar del estudio, se les invitó a firmar un consentimiento informado, documento que respalda la confidencialidad de sus antecedentes personales y de la información obtenida de las entrevistas realizadas que hagan referencia a terceros (usuarios u otros profesionales).

En la transcripción de las entrevistas se utilizaron iniciales para identificar a cada entrevistado, y a los niños o niñas que hubiesen sido mencionados, de tal manera de salvaguardar su identidad, sus historias personales y vivencias de intervención, evitando así la vulneración de sus derechos y de su integridad como sujetos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS.

RESULTADOS DESCRIPTIVOS

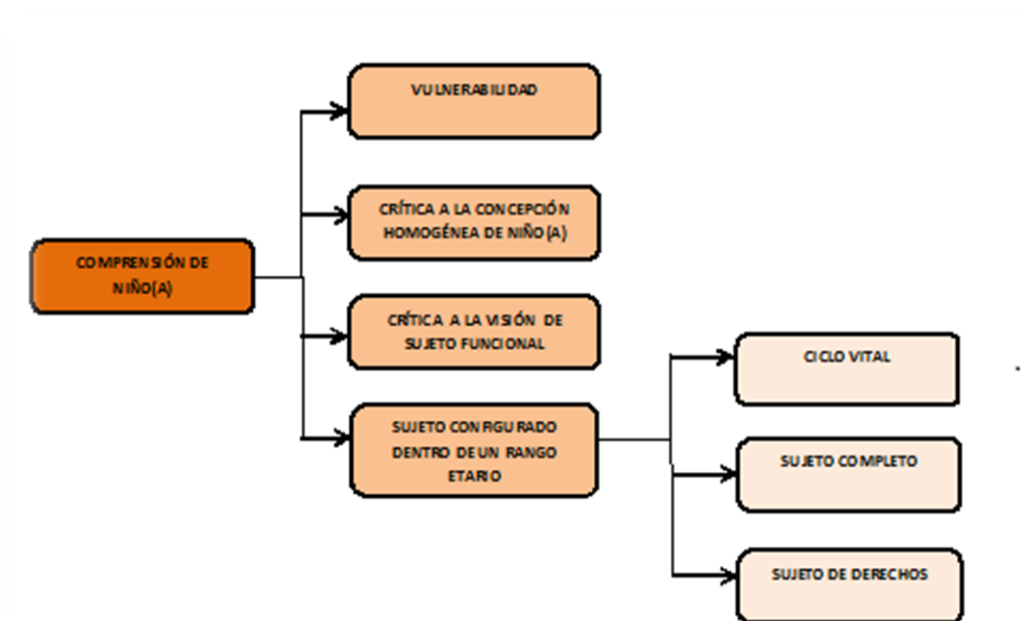
A continuación se exponen los resultados obtenidos de los relatos de terapeutas ocupacionales participantes de esta investigación, quienes hicieron referencia a su práctica profesional y los significados en torno a ésta en los escenarios institucionales particulares en que han desarrollado su disciplina con niños y niñas diagnosticados con TDAH.

A partir de la codificación abierta de los datos producidos a través de entrevistas semiestructuradas, se obtienen 4 categorías descriptivas:

1. Comprensión de niño/a.
2. TDAH y configuración de sujeto.
3. Tipos de intervenciones de Terapia Ocupacional en TDAH.
4. Experiencias de Terapeutas Ocupacionales, que han producido sus prácticas.

Las categorías y subcategorías más relevantes se grafican a través de un esquema simple.

1.- COMPRENSIÓN DE NIÑO/NIÑA.



La primera categoría apunta a la comprensión de niño/a, de la cual emergen 4 subcategorías: (1.1) *vulnerabilidad*, (1.2) *crítica a la concepción homogénea de niño/a*, (1.3) *crítica a la visión de sujeto funcional* y (1.4) *sujeto configurado dentro de un rango etario*.

1.1.- Vulnerabilidad.

Las características particulares del contexto social, familiar y comunitario del niño o niña influirían en la concepción que se construya de éstos. En base a características de dichos contextos es que los entrevistados relacionan el concepto de niño/niña con vulnerabilidad, ya que los factores de riesgo caracterizarían el contexto de la población infantil con la que particularmente trabajan.

“[...] bueno yo trabajo en Pudahuel, y que es una comuna tremendamente compleja, en términos económicos, es una comuna compleja en lo laboral, hay niños tremendamente dañados por el contextos social donde viven... que se crían solos, niños súper parentalizados también, cumpliendo roles que no les corresponden, y ahí hay un espacio de vulneración de derecho por ejemplo”. (E2-P13)

Por otro lado, la vulnerabilidad también sería identificada a través de la visión de sujeto “no acabado”, es decir, aun en formación, cuyas experiencias de vida impactan directamente en su conformación como sujeto, lo cual se evidenciaría en la adultez. Las experiencias vividas en el contexto familiar y escolar serían de gran relevancia, “*construyendo o destruyendo*” al niño/a, reflejando dicha metáfora en la salud o enfermedad de éste/a.

“Entonces por eso te digo que los niños son vulnerables, porque si nacen insertos en una familia disfuncional, puede ser un niño sano que tiene un tremendo potencial, y la familia, o su madre, la diada, puede que no sea toda la familia, lo va a enfermar... el sistema...o el profesor lo va a enfermar”. (E4-P5)

“[...] nosotros trabajamos acá con niños con problemas, nos toca ver más que nada la vulnerabilidad, y en ese sentido, siendo un ser que está en formación, que está en desarrollo de su personalidad, le van pasando cosas lamentables, muchas veces, que no hay un entorno eficaz, un entorno que le ayude a resignificar de manera adecuada estas situaciones negativas, y termina con un daño [...]”. (E4-P5)

1.2.- Crítica a la concepción homogénea de niño/a.

Un elemento interesante de rescatar en una de las entrevistadas, fue la crítica que realiza a la concepción homogénea que proviene del mundo adulto hacia los niños/as. Señala que la variabilidad de los niños, puede ser amenazante para los adultos, quienes tienden a estandarizar a los niños acomodando los procesos de aprendizaje a dicho estándar, pasando por alto la creatividad y diversidad de los niños, quienes a su vez, carecerían de ciertas configuraciones sociales preestablecidas que podrían restringir dicha espontaneidad y diversidad y que se asume estaría ya incorporado en los adultos.

“[...] esta concepción de infancia que en general los adultos tienen, es una infancia tremendamente homogénea. Yo creo que si hay algo interesante que rescatar de los niños es la tremenda variabilidad y la creatividad que está implícita en el hecho de ser chico, y de no tener ciertas configuraciones sociales preestablecidas para entender lo que pasa a su alrededor, para entender su propia vivencia, para entender sus propias relaciones sociales”. (E3-P5)

“Yo creo que lo complejo es eso, asumir que la infancia es un proceso homogéneo, que todos son iguales, que todos aprenden iguales y que en realidad entre más iguales menos dificultades para los adultos de poder trabajar, intervenir, educar”. (E3-P5)

1.3.- Crítica a la visión de sujeto funcional.

En esta subcategoría, se explicita la crítica hacia la visión funcionalista de los programas de intervención que regulan la intervención del TO, orientando hacia la normalización del comportamiento del niño/a, para mejorar su desempeño en el ámbito escolar, omitiendo la relevancia del desempeño satisfactorio en otros contextos tan significativos como lo es la instancia de juego.

“[...] yo creo el programa me ha permitido entender al niño de otra manera, lo ve de una manera súper funcionalista el programa, entonces nosotros como dentro de este programa habilidades, hacemos una crítica tremenda a como nos plantea la Junaeb esta concepción de niñez”. (E2-P14)

“A ver... Nos plantea que el niño debe cambiar ciertas conductas de riesgo... ya... Y tiene que ser funcional, lo que trata es de normalizar, nosotros tratamos de ampliar esa normalización... no se poh... tratamos de meter el juego por ejemplo, el juego no lo identifica la Junaeb como un área de exploración, el niño tiene que funcionar bien en la escuela, pero no solamente tiene que funcionar bien en la escuela, tiene que tener un buen desempeño en el juego, en la casa, en el colegio... como en diferentes contextos y nosotros tratamos de incorporar eso en nuestras intervenciones... y ahí nosotros ampliamos el concepto de niñez y no está enfocado solamente a lo académico”. (E2-P16)

1.4.- Sujeto configurado dentro de un rango etario.

Respecto al *ciclo vital*, los niños y niñas, presentarían experiencias particulares en función del rango etario al cual pertenecen, lo que apunta a ciertas vivencias que derivan de la etapa de desarrollo por la que cursan. La infancia como categoría de desarrollo, estaría caracterizada por la búsqueda de conocimiento del entorno físico y social al cual el niño/a pertenece. Este conocer se logra a través de la exploración de los diversos contextos de desempeño, jugando, experimentando y vinculándose con referentes significativos, que proveen de seguridad y aportan a su desarrollo emocional y afectivo.

Por otro lado, hacen referencia a cómo el contexto los construye como sujetos, señalando la relevancia de las experiencias de vida como configuradores de niños/as con características particulares. Ciertas vivencias provenientes del contexto escolar y/o familiar serían determinantes en la configuración del niño/a como sujeto.

Una vez que los entrevistados comenzaron a ejercer como terapeutas ocupacionales, la concepción previa que tenían respecto al sujeto niño/a, comenzó a tomar ciertos significados vinculados al marco institucional en el cual estaban llevando a cabo su quehacer profesional. Una de las participantes vincula el concepto de *vulnerabilidad* con la concepción de niño/a debido que la principal característica de la población con la cual su institución trabajaba, apunta a sujetos en riesgo psicosocial. Por otro lado, otro de los participantes señala que la concepción de *sujeto normal y funcional* emerge fuertemente asociado a la expectativa de la comprensión de niño/a, ya que desde el marco institucional al cual pertenece, el objetivo de la intervención es convertir al

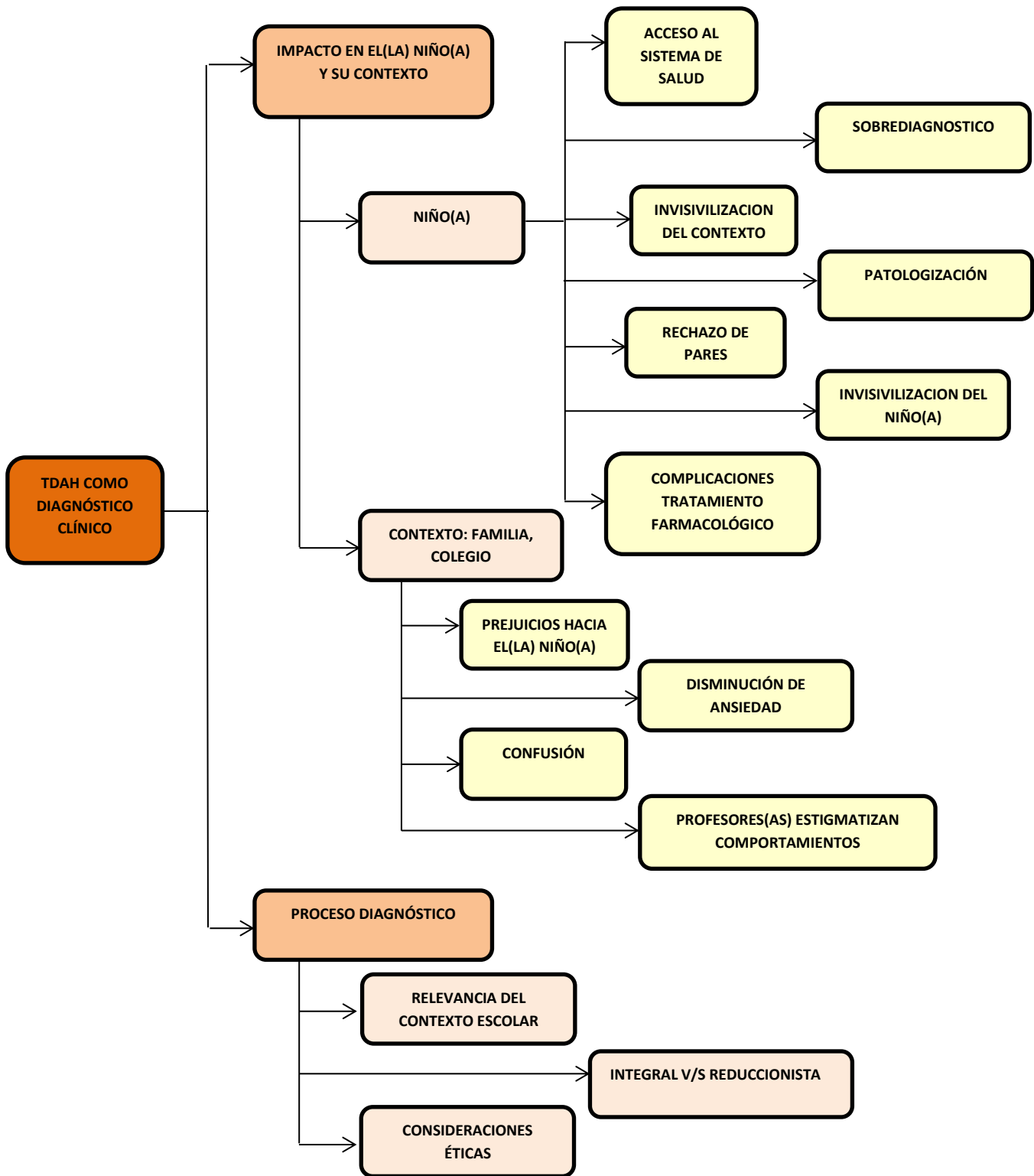
niño/a en un sujeto funcional en el contexto académico. Otra de las participantes, por su parte señala que su experiencia laboral le permitió visualizar una *concepción homogénea de niño/a* que existe socialmente y que se expresa en el contexto escolar, espacio con el que debió trabajar directamente.

“[...] dentro del contexto en el que trabajo, la primera palabra que se me viene a la mente es vulnerabilidad, o sea ese es el concepto clave cuando se empieza a pensar en niño o niña [...]”. (E1-P1)

“[...] tiene que ver con la población con la que me relaciono, o sea los factores de riesgo a los que están expuesto los tipos de familia en general que se ven allá... mmm todos esos factores influyen en realidad en el concepto de niño o niña” (E1-P2)

“[...] el niño es un ser que además no está acabado, es un ser en formación, entonces todas las experiencias de vida, las interrelaciones que va estableciendo lo van determinando, y lo van determinando para bien o para mal. Piensa tu que en la infancia se está formando la, se está asentando la base de la personalidad, más allá que uno traiga un temperamento que está en la genética y todo, pero las experiencias de la infancia son vitales para lo que tú vas a ser después en tu vida adulta”. (E4-P4)

2.- TDAH COMO DIAGNÓSTICO CLÍNICO, CONSTRUCTOR DE NIÑO/NIÑA.



La segunda categoría hace referencia al TDAH como diagnóstico clínico, constructor de niño/a, de la cual emergen 2 subcategorías: (2.1) *impacto en el niño y su contexto* y (2.2) *proceso diagnóstico*.

2.1.- Impacto en el niño/a y su contexto.

El impacto de este diagnóstico alcanza al niño/a a nivel individual, como también a los contextos más próximos de desempeño cotidiano como lo son el espacio familiar y escolar.

Respecto al *impacto en el niño/a*, uno de los entrevistados señala que el diagnóstico permite que el niño/a *acceda al sistema de salud* para recibir intervención, al cual no podría acceder en ausencia de un diagnóstico. Lo anterior es visto como un aspecto “positivo” de diagnosticar, ya que tanto niño/a, como su familia, tendrían la posibilidad de obtener apoyo. Ahora bien, por otro lado también mencionan el *sobrediagnóstico* como un hecho evidente en torno a la salud mental de los niños/as, producido por diversos aspectos entre los cuales se menciona la *patologización* de comportamientos esperables en la infancia, como correr, moverse, explorar, que están siendo concebidos como hiperactividad, encasillando al niño/a en categorías sintomáticas y diagnósticas. A ello se suma la *invisibilización de los contextos* al momento de valorar el comportamiento del niño/a, es decir, está ausente una mirada situada en las evaluaciones realizadas, como por ejemplo considerar que lo que se concibe como “hiperactividad” en un niño/a que vive en situación de hacinamiento, no lo es en un niño/a que vive en un contexto rural y espacioso donde puede jugar.

“En realidad... yo siempre pensé por las estadísticas, que estaba sobre evaluado, que muchas veces el tema pasa por ser una situación social, más que una dificultad cognitiva neurológica o física, que genere que el niño sea impulsivo, hiperactivo o que tenga déficit de atención”. (E1-P65)

“ [...] siento que el diagnostico en este último periodo ha tenido un aumento tremendamente significativo porque estamos patologizando conductas normales de los niños siento yo... el niño que en los 70 a los 90 fue desordenado ahora es hiperactivo, ehh... hoy día el niño que no toma atención es desatento, el niño que tiene la capacidad de poder estar pensando en dos cosas diferentes, hoy día es desatento”. (E2-P18)

“ [...] a mi entender hay un sobrediagnóstico, y la verdad es que el síndrome existe, pero no en la magnitud ¿cierto? en que se ven las estadísticas y además a eso hay que sumarle que muchas veces, estos niños que están diagnosticados con el Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (...) Por ejemplo, me pregunto yo, en una zona rural cuánto se diagnostica el síndrome, porque si el cabro tiene chacra para atrás, tiene campo para atrás, y puede ir a acarrear las vacas, ir a buscar las gallinas, ir a correr un rato alrededor de los árboles, está claro que es un niño que va a estar, o sea que esa población está menos diagnosticada que los cabros chicos que viven en condición de hacinamiento, con la familia en una sola pieza, que el cabro vaya la hora a salir a correr un rato, y en realidad no puede porque molesta a los dueños de casa que le están arrendando la pieza en donde vive el otro hermano ”. (E3-P29)

Otro impacto significativo en el niño/a a partir del diagnóstico, es el *rechazo de pares*. Desde el estigma generado por la etiqueta diagnóstica, el discurso de los adultos, tanto en el contexto familiar como escolar, se traspasa a los otros niños/as, excluyéndolos de espacios comunes de juego o provocando el aislamiento de quien porta la etiqueta diagnóstica. Por otro lado se suma la *invisibilización del niño/a* en el contexto médico, en el cual las entrevistas van dirigidas a los padres o cuidadores, sin mayor detención en el niño/a de manera directa. Finalmente, se suman al impacto en el niño/a, los efectos secundarios provocados por el *tratamiento farmacológico* que acompaña el abordaje biomédico. Muchos niños/as han experimentado falta de apetito, fatiga, sueño, entre otros síntomas.

“Siento que el juicio que se hace sobre esto los marca profundamente, porque se transmite también a los pares, el estigma también lo hacen los compañeros, el estigma no lo hacen tan sólo los grandes, también lo hacen los compañeros, porque influye en las relaciones, influye en el juego... cómo se relaciona en clases, y eso como que los va marcando en el futuro, va generando aislamiento, va generando rechazo en resto de los grupos” (E2-P46)

Además del impacto del TDAH en el niño/a, también existe un *impacto en el contexto escolar y familiar*. En el *contexto escolar*, los profesores/as valoran el comportamiento del niño/a a través del estigma gatillado por la etiqueta diagnóstica, generándose así un cambio significativo en la forma en que interpretan el desempeño del niño/a. Por otro lado, en el *contexto familiar* se generan aspectos contradictorios, por una parte el diagnóstico provocaría cierto efecto tranquilizador, ya que el “problema” tendría nombre y con ello una posible “solución”, una intervención que llevar a cabo para apoyar a su hijo/a, pero por otra parte el diagnóstico también gatillaría prejuicios que provocarían la discriminación de sus hijos/as por parte de la familia extendida, por rechazo a comportamientos conflictivos. Finalmente, también se suma la confusión referida por algunos padres, cuyo hijo/a diagnosticado no presenta mal comportamiento en casa, pero sí en el colegio, desde donde reciben reportes negativos.

“[...] pero en el colegio de repente pasa que tú dices ‘vengo a hablar de la situación de Pedrito’... ‘Ah! del loquito inquieto’, entonces, la calificación o el mote, o el apodo, está puesta... o sea, enfatiza el cuadro y se comparte en el contexto de los adultos [...]” (E3-P52)

“Y la familia también, tienen un prejuicio incluso a los hijos... y la familia extendida también a los niños, o sea ojala que los tíos, que los hijos de ellos no se junten con los hijos de ellos, revoltosos. Pasa que los papás se sienten incómodos y pasan a tener problemas familiares en otras áreas...” (E1-P31)

2.2.- Proceso diagnóstico.

Respecto al proceso diagnóstico, surgen tres aspectos característicos; por una parte se encuentra la relevancia del contexto escolar en la identificación de sintomatología, luego se suma a ello la identificación de dos tipos de procesos diagnósticos: integral y reduccionista, y finalmente se hace referencia a algunas consideraciones éticas que deberían estar presentes en el diagnóstico del TDAH.

Al hablar de la *relevancia del contexto escolar*, una de las entrevistadas destaca la influencia que tienen los profesores/as al momento de realizar un diagnóstico de TDAH a un niño/a,

patologizando los comportamientos que se desvían de la norma, acorde a la visión homogeneizadora del sujeto niño/a.

“[...] en el fondo he encontrado más diagnósticos de déficit atencional con hiperactividad de parte de los profes, que de parte de los neurólogos, o sea eso es una realidad de la experiencia ¿ya? Un poco obedece a este criterio homogeneizador, de que cualquier niño que se aburre en la clase y que empieza a buscar otras formas de vincularse con el proceso de aprendizaje, en general es muy sancionado”. (E3-P10)

Los/las profesores/as utilizarían el Test de Conners ([anexo XX](#)) para registrar el comportamiento del niño/a en la sala de clases. Este instrumento basa su contenido en la sintomatología del TDAH, donde el profesor/a debe señalar la presencia o ausencia de los síntomas en el niño/a, según la escala que se indica. Los resultados de este instrumento serían utilizados por los profesionales médicos para diagnosticar e indicar tratamiento farmacológico, sin necesariamente realizar mayor evaluación al niño/a, confiando en lo indicado por el profesor/a.

“Es que hoy en día ¿con qué se evalúa el déficit atencional?, con el Conners [...] es súper tendencioso, entonces basta con que el cabro se aburra particularmente en clases, para que el Conners lo haga esa profesora y a toda la, los indicadores que trae el Conners o el Conners abreviado, y le ponga ‘mucho’, ‘frecuentemente’, ‘demasiado’”. (E3-P27)

“Entonces, en la práctica, por los tiempos de disponibilidad de atención en los sistemas públicos o privados, lo habitual de ver es que el neurólogo lo atiende 15 o 20 minutos, y en ese rato se demora en saludar a la mamá, preguntarle por qué viene, agarrar el informe, leerlo y hacer la receta, y se le van los 20 minutos. Muchas veces las mismas familias dicen ‘en realidad yo le pasé el informe y me dio la receta’, ¿y al niño? ‘no, no lo vio’, ¿pero reflejos, lo hizo escribir, lo hizo leer, le preguntó cosas, lo vio jugar, le pasó juguetes?, ‘no, no, si al tiro pa’fuera’”. (E3-P28)

Otro elemento vinculado con la relevancia del contexto escolar en el diagnóstico de TDAH, observada por los entrevistados, dice relación con la falta de coherencia entre las características de

la infancia y la forma en que se concibe el aprendizaje. Nuevamente apunta críticamente a la visión homogeneizadora de niños/as, dando como resultado espacios de aprendizaje poco situados, estandarizados y cómodos para los adultos, pero poco coherentes con las características de creatividad, juego y exploración de un niño/a.

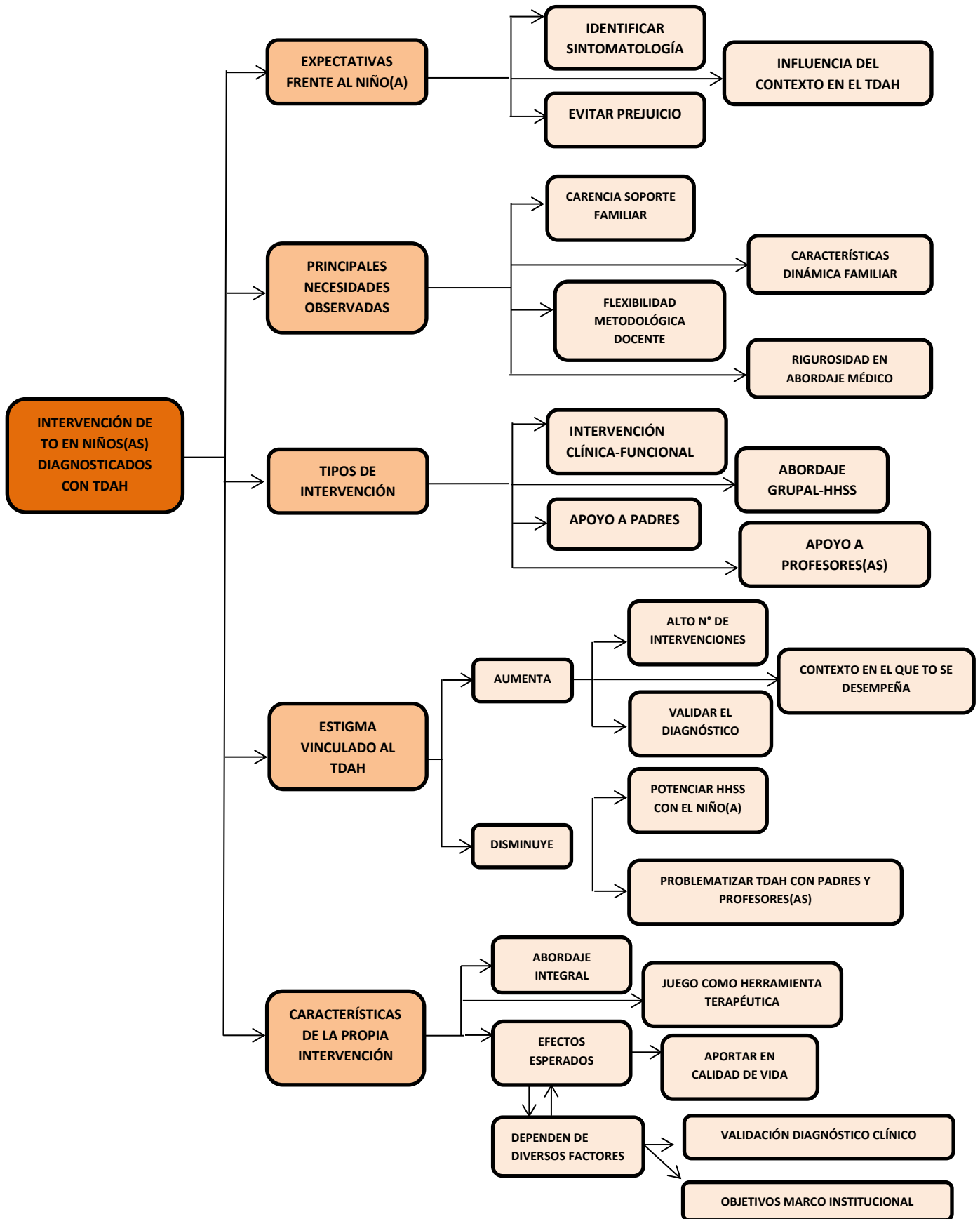
“O sea, cuando hemos pensado y estructurado la sala de clases, para tener 45 niños en periodo de atención de 90 minutos cuando hay un montón de estudios desde la neurociencias que determina que los periodos de atención efectivos, favorables y provechosos no pasan los 15, entonces uno dice, por qué tenemos una estructura adulta ¿cierto? en unas extensas y agotadoras jornadas donde los cabros tienen que estar sentados, cuando la infancia no está hecha para eso, la infancia está hecha para explorar, para internalizar vivencias, para relacionarse con otros, para compartir, para trabajar, para tener la experiencia de vida, no la nuca del compañero adelante”.
(E3-P11)

Los entrevistados también hacen referencia a dos *tipos de procesos diagnósticos*. Por un lado existiría un *proceso integral*, llevado a cabo por un equipo interdisciplinario, y por otro lado un *proceso* de tipo *reduccionista*, realizado por médicos psiquiatras o neurólogos. La ventaja del primero radica en la diversidad de opiniones y la riqueza de las distintas miradas disciplinares que confluyen, en contraposición con el proceso diagnóstico llevado a cabo únicamente por el médico tratante, en el cual la mirada del profesor/a (a través del Test de Conners, como ya se mencionó en apartados anteriores) sería determinante para el diagnóstico y posterior tratamiento farmacológico, visualizándose además como un proceso mecánico.

“Cuando dejas de tener un equipo integral la opción la hace un psiquiatra o neurólogo, entonces sabemos que la posibilidad de observar insitu a un niño con déficit de atención, más allá de la opinión que dé la profesora, que también está asociada al estigma, sabemos que viene con mucha carga la opinión de la profesora ehmm esa opinión es la que extrae el psiquiatra o el neurólogo, entonces va a ser muy facilista poh... Ahh esto es lo que le pasa en el colegio entonces esto es lo que tiene, entonces no hay una profundización en el niño”. (E2-P24)

“[...] cuando tienes un equipo multidisciplinario interdisciplinario evaluando el comportamiento del niño, entonces a partir de estas tres visiones más el correlato de la profesora, perfecto, esto pasa en dos contextos la familia también se siente impactada por esta situación, ya puede ser esto, pero cuando hacen el abordaje sólo psiquiatras y neurólogos es lo más fácil poder evaluar más que profundizar en algo más... Y que es lo que más se da y es algo casi mecánico”. (E2-P25)

3.- INTERVENCIÓN DE TO EN NIÑOS(AS) DIAGNÓSTICADOS CON TDAH.



La tercera categoría hace referencia a la intervención de Terapia Ocupacional con niños y niñas diagnosticados con TDAH, de la cual emergen 5 subcategorías: *expectativas frente al niño/a diagnosticado, principales necesidades observadas desde la disciplina, tipos de intervención, influencia de la intervención en el estigma asociado al diagnóstico, y finalmente, características de la propia intervención.*

3.1.- Expectativas frente a un niño(a) diagnosticado(a) con TDAH.

Los terapeutas mencionan distintas expectativas al momento de enfrentarse a un niño(a) que ha sido derivado(a) a TO por sintomatología asociada a TDAH. Por un lado se menciona la intención de evitar los prejuicios asociados a la etiqueta diagnóstica, para lo cual la terapeuta evitaría acceder a información de la ficha clínica, previo a la primera entrevista, haciendo énfasis en la importancia de conocer al niño(a) en primer lugar, además de llevar a cabo el proceso de intervención en paralelo con los padres. Otra de las entrevistadas, cuestiona de manera más explícita que el niño(a) sea portador(a) del diagnóstico y explicita la gran influencia del contexto en el comportamiento del niño(a), por lo que si bien menciona que buscaría ciertos aspectos vinculados a la sintomatología propia del TDAH, es enfática al mencionar por ejemplo, que la metodología de trabajo en contexto escolar podría ser determinante en la forma de integrarse y de participar por parte de un niño(a).

“...Trato de no hacerme una imagen, por lo menos previa del niño. Intento conocerlo, por eso mismo trato a los niños paralelamente a los papás, porque son todos diferentes e intento no hacerme una concepción anterior, ver la ficha ni nada por el estilo” (E1-P19).

“... porque el cabro en un espacio de trabajo de por ejemplo, de juegos cooperativos o en un espacio de trabajo con pausas activas, o en espacios de trabajo en donde se gradúa la complejidad de la tarea, los cabros funcionaban el descueve...” (E3-P44).

“... yo más bien trabajo con niños que tienen algunos indicios de riesgo que pudieran provocar o indicar que pueden tener déficit de atención, estos indicadores son, que no acepta la figura de autoridad, que su nivel de actividad es alto, que su

contacto social es malo podríamos decir, es medio agresivo o medio violento” (E2-P32).

3.2.- Principales necesidades observadas desde la disciplina.

Por otro lado, los terapeutas también logran identificar, desde su campo disciplinar, ciertas necesidades que emergen tanto a nivel individual en el niño(a) diagnosticado(a), como en los contextos más próximos en los cuales se desenvuelven cotidianamente.

A nivel individual existiría una falencia significativa en la acuciosidad del proceso diagnóstico que impacta directamente en el niño(a), a quien se le atribuye una etiqueta diagnóstica y con ello la indicación de tratamiento farmacológico, sin presentar contemplar otros aspectos que influyen en el comportamiento “disruptivo” aparente, que podría estar siendo condicionado por el contexto. Lo anterior se encuentra estrechamente ligado con las necesidades percibidas en el contexto escolar, de renovar las estrategias de enseñanza-aprendizaje que favorezcan el desempeño de los niños y niñas, en un escenario en el cual se desenvuelven gran parte de su vida cotidiana.

Por otro lado, en el contexto familiar, se destaca la necesidad de contar con una red de apoyo, que brinde soporte en contextos de vulnerabilidad vinculados con la pobreza. En familias de bajos recursos es fundamental que ambos padres puedan trabajar, y con ello solventar las necesidades básicas del grupo familiar, sin embargo esto conlleva la ausencia de figuras significativas en el hogar, mermando la oportunidad de acompañamiento en actividades cotidianas con los niños(as), como por ejemplo, las tareas escolares.

“[...] lo relevante es cómo nosotros los adultos tenemos estructurada la jornada escolar, los procesos de aprendizaje, las metodologías, porque a veinte no sé cuántos años de la reforma educativa yo veo los cuadernos de mi hija y son igualitos a los míos en el mismo curso. Entonces, a parte que la profesora dice ‘pero es que yo ahora uso power point’, si poh, pero es lo mismo no más, antes lo escribía, ahora lo proyecta” (E3-P41)

“[...] quizás redes familiares con más, con más soporte, eso era súper importante porque habían una cantidad enorme de niños muy pequeños que pasaban mucho tiempo solos en la casa, porque son papás que trabajaban, que no tenían ninguna

posibilidad de servicio doméstico, de pagarle a nadie que se haga cargo, porque son situaciones de mucha pobreza, en muchos casos, y son niños que no son todavía por edad de organizar sus propias rutinas, de organizar su trabajo escolar, porque son muy chicos po”. (E3-P39)

“[...] son niños normales que están muy solos, entonces quizás un elemento que era súper atentatorio contra este proceso de individuación, de organización interna, tenía que ver con la falta de un adulto mediador que estuviera ahí permanentemente espejando situaciones y haciendo con él el camino al aprendizaje social, pero en general pasa porque hay familias que están muy desvinculadas de redes que le den un soporte relevante”. (E3-P40)

3.3.- Tipos de intervención.

Los entrevistados refieren llevar a cabo distintos tipos de intervenciones, tanto con el niño(a) a nivel individual, como con los principales contextos de desempeño.

A nivel individual, las evaluaciones e intervenciones estarían vinculadas al funcionamiento del niño/a, y a la identificación y abordaje de sintomatología propia del TDAH.

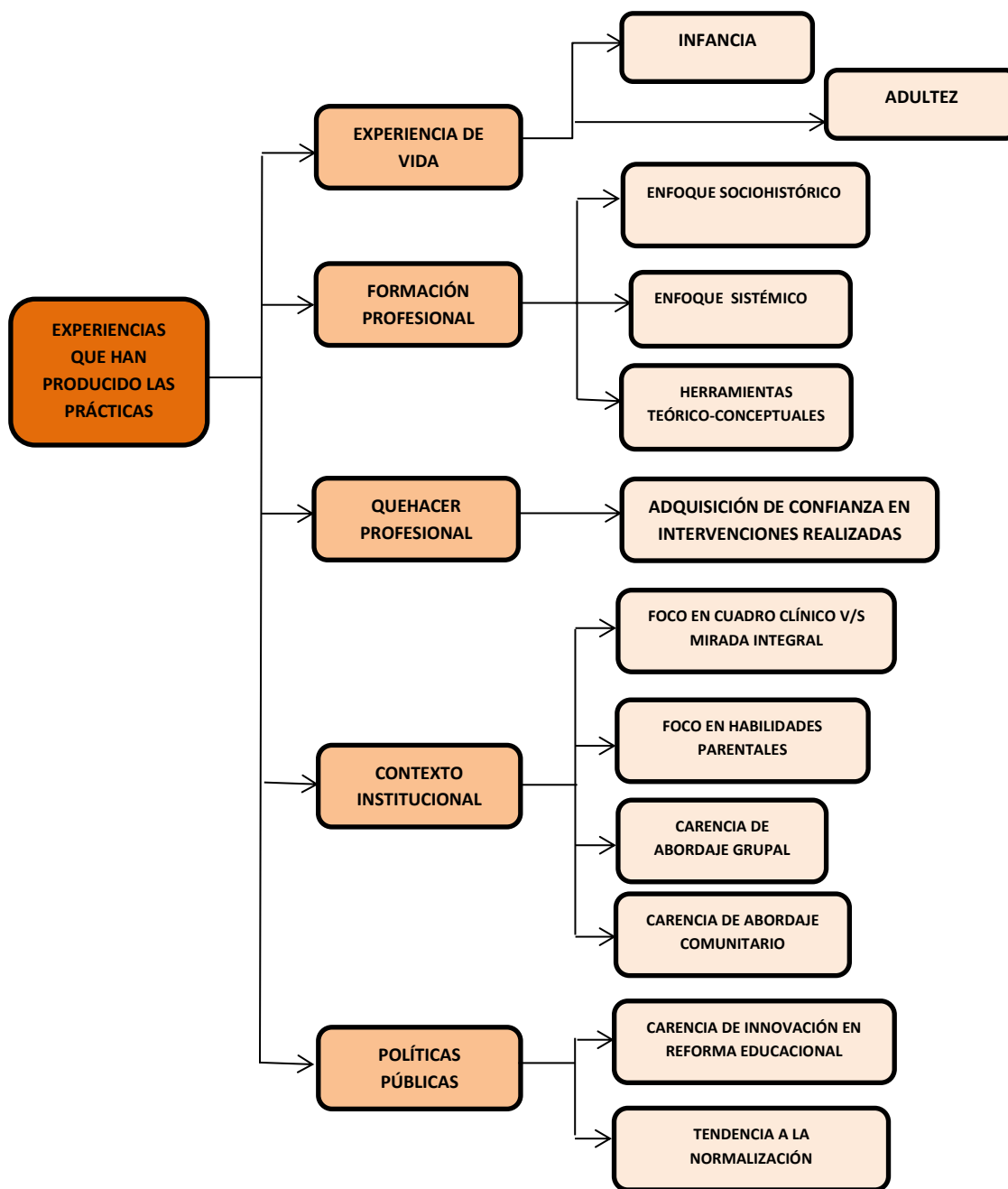
“[...] en realidad uno lo primero que intenta es como tratar de descartar muchas cosas o tratar de explicar muchas cosas, ¿ya? Ehhmmm... por ejemplo hacer una evaluación más o menos global de desarrollo porque al fin de cuentas era altamente posible que el problema no fuera un déficit atencional en donde no pudiera enfrentar y terminar las tareas, a lo mejor los cabros tenían una dispraxia ¿ya? Tú dices ‘cómo agarrai a este cabro, si no es que él no pueda, no se organice, no atienda, la verdad es que no sabe cómo enfrentar una tarea, no sabe cómo tomar el cuaderno, por donde se parte a escribir, ¿ya? Hacer observaciones, por ejemplo, desde la integración sensorial ¿ya? ¿Será que tiene, no sé poh, dificultades en el ajuste del tono postural?, ¿que no puede mantener mucho rato el campo visual estable?[...]” (E3-P63)

“Yo creo que principalmente la estimulación de áreas diagnosticadas, por ejemplo las funciones ejecutivas”. (E1-P21)

“[...] está afectado la tarea específica... de jugar por ejemplo, entonces se da énfasis a la tarea, a que logre empezar un juego, logre cerrar... eso... Depende de cada niño”. (E1-P52)

“[...] el trabajo en el contexto que se ven afectados, el colegio, la familia, las áreas importantes como por ejemplo el juego, el tiempo de ocio, la rutina de estudio, la rutina en general. En general la rutina es importante. Yo trabajo con los papás” (E1-P22)

4.- EXPERIENCIAS QUE HAN PRODUCIDO PRÁCTICAS DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES.



La cuarta categoría expone aquellos aspectos socio-históricos que han contribuido en la configuración de prácticas de los entrevistados. Estos aspectos guardan relación con escenarios

micro y macro sociales de los cuales han adquirido experiencias particulares que han otorgado significado a sus intervenciones.

A partir de esta categoría surgen 5 subcategorías: (1) *experiencias de vida*, (2) *formación profesional*, (3) *quehacer profesional*, (4) *contexto institucional* y (5) *políticas públicas*, como productores de prácticas.

4.1.- Experiencia de vida.

Dentro de las experiencias de vida, se logra apreciar la importancia que adquieren las *vivencias de la infancia* en la empatía generada con niños/as y las dificultades que pueden vivir en espacios cotidianos como el colegio y el hogar. Una de las entrevistadas se refiere particularmente a la desmotivación experimentada en la sala de clases durante la enseñanza básica. En base a ello, reflexiona señalando que el “aburrimiento” experimentado por un niño/a se puede traducir en inquietud y distractibilidad, pero esto no debido a un *déficit* en el niño/a, sino porque el contexto escolar no brinda elementos atractivos y diversos para distintos tipos de aprendizajes, sino que se lleva a cabo una metodología estándar, a la cual los niños/as se deben adaptar.

Otro aspecto a destacar es la importancia de la contención emocional y seguridad que provenga de los referentes significativos de los niños/as, principalmente de las figuras parentales. Esta vivencia imprime valor a las intervenciones orientadas a los padres, y también a contribuir con espacios empáticos y contenedores para los niños/as desde el rol de TO.

Se suma a los aspectos antes mencionados, como el recuerdo del cuerpo en movimiento y el disfrute de la exploración en la infancia, se relaciona en la forma de llevar a cabo una intervención que se destaque por ser empática y lúdica con niños/as.

“Yo siempre fui una muy buena alumna en el colegio, pero había muchos momentos en el que me aburría, entonces, a mí que me iba bien y aun así me aburría, yo digo, estos cabros que además lo pasan pésimo y además se aburren y además les cuesta aprender... pucha qué cacho, por donde irá el proceso de motivación con estos cabros, qué les gusta a los niños” (E3-P94)

“Uno sin querer proyecta aspectos de tu vida y de tu niñez, por eso además mi énfasis en el trabajo parental, creo que es de ellos la responsabilidad de criar niños seguros”
(E1-P73)

Además de la infancia, en la *aduldez también se experimentan vivencias* que impactan directamente en las prácticas de los entrevistados. Uno de estos aspectos es el adquirir el *rol de madre*, lo que genera una comprensión distinta del desarrollo de un niño/a y los desafíos que genera la crianza, desde un escenario práctico y empático con las madres y/o cuidadoras. A ello se suma el *rol de esposa*, lo cual también otorga una perspectiva diferente a la manera de abordar los conflictos parentales, vinculados también con conflictos conyugales. La intervención se realizaría desde un escenario considerablemente más próximo, desde la vivencia y empatía que emerge de ésta, más allá del saber teórico.

“Yo creo que cuando uno es mamá también tiene otra, otra como aproximación, porque yo he sido terapeuta sin hijos y con hijos ¿me entiendes? Entonces yo antes como que no entendía mucho a los niños, me gustaban los niños pero no entendía mucho el desarrollo y todo, ya después tuve hijos, bueno ahora mis hijos son adultos, pero igual yo creo que el hecho de tener hijos te ayuda mucho, te ayuda mucho a entender como los padres se aproblemán, como en fin, después ehh... ayudar a resolver algunas cosas, irlos guiando, acompañando, mostrando” (E4-P108)

“[...] tengo 28, 29 años de matrimonio ehmmm... es difícil vivir en pareja, creo que muchas veces le he querido apretar el cogote a mi marido, entonces esas cosas te hacen humana. Yo trabajo mucho con las historias, las experiencias de las personas entonces con estas vivencias uno dice, cuando la señora está aquí deprimida yo le digo ‘oiga no se preocupe, si yo también le he querido apretar el cogote a mi marido [...]’ ” (E4-P118)

Finalmente se suma otro elemento interesante, que apunta a la *fe*, y cómo ésta puede generar matices particulares en la cosmovisión de sujeto, de lo que se considera como problema y sus respectivas soluciones. Una de las entrevistadas se refiere a que además de su formación profesional, fue formada por la palabra de Dios desde el Cristianismo. Desde este sus creencias religiosas, emergen valores como el amor al prójimo y la convicción de que nadie es esencialmente malo, y que por ende todos merecen ser ayudados. Ella concibe la fe como un “agente resilientador”, que a pesar de las experiencias negativas que podamos vivenciar en nuestras historias de vida, Dios suple las carencias y vacíos. Por ello es que traslada esta mirada a su quehacer como TO, facilitando herramientas para resignificar las situaciones críticas experimentadas por sus “pacientes”.

“[...] yo utilizo muchas cosas, como te digo, que me ha teñido esta formación cristiana, en cómo ayudar también a que mis pacientes, los que están por ejemplo, mucha depresión que se genera por los sentimientos de culpa, por sentimientos de rabia pegados en el corazón, entonces cuando tú vas a la fuente, te habla, en la biblia sale como tú puedes sanar tus miedos, como sanar tus ansiedades, están todos tus remedios ahí poh, [...] Entonces yo siento que algo que me ha formado mucho a mi es la biblia, es las creencias religiosas que yo tengo” (E4-P116)

4.2.- Formación profesional.

Por otro lado, la formación profesional ha contribuido en los significados que los entrevistados han atribuido a su aproximación de las problemáticas vivenciadas por niños/as diagnosticados con TDAH. Mencionan y atribuyen gran valor a las *herramientas teórico-conceptuales* adquiridas durante su proceso de formación profesional, las cuales les permiten estructurar una evaluación orientada hacia las necesidades de cada niño/a y sus contextos, lo que a su vez facilita una propuesta de intervención e implementación coherente y atingente de ésta.

Por otro lado, se destaca la adquisición de un *enfoque sociohistórico* que permite la visualización del niño/a situado en un contexto social y cultural particular, cuyas experiencias, relaciones e historia de vida lo han configurado como sujeto. Finalmente, también surge el *enfoque sistémico*, el cual permitiría comprender lo concebido como “problema”, no desde una perspectiva reducida

al niño/a sino éste/a como parte de un conjunto de sistemas que estarían configurando la situación problema.

“[...] visualizar la problemática de manera sistémica, está determinado por el enfoque de la escuela, como el contexto y como entendemos al sujeto como un sujeto psicosocial, que está metido dentro de un montón de problemáticas psicosociales, y eso ha permitido visualizarlo desde otro lugar la problemática de los niños, no se valida el diagnóstico por tener solamente un diagnóstico, y eso ha permitido tener otra mirada, otro enfoque, otra forma de intervenir también.” (E2-P71)

“[...] la universidad contribuyo a ordenar teóricamente el macizo de ideas y de propuestas que uno tenía para trabajar con los niños, pero... ¿ya?, como que aporta el sustrato formal, aporta la categoría diagnóstica, aporta los procesos de observación, aporta la sistematización de la información y como la puedes reorganizar en tu provecho, aporta técnicas de intervención, ¿ya? Es que de verdad yo creo que formaliza los procesos, es de verdad como un hilo conductor” (E3-P98)

4.3.- Quehacer profesional.

La experiencia otorgada por el *quehacer profesional cotidiano ha contribuido a la confianza* que los entrevistados han vivenciado en torno a sus prácticas. Dicha confianza proviene del aprendizaje en la estructuración de cada intervención, considerando tiempos, necesidades y características de cada niño/a. Una de las entrevistadas destaca la confianza adquirida en la intervención de contextos familiares, a lo que en un inicio atribuía un significado negativo, ya que lo percibía como una acción invasiva, posteriormente su percepción cambió al visualizar los aspectos positivos en la práctica concreta del acompañamiento realizado con los padres, madres y/o cuidadores, quienes referían sentirse agradecidos como retribución al apoyo recibido.

Por otro lado, la experiencia profesional, también permitiría flexibilizar acciones terapéuticas en contextos grupales de intervención, disminuyendo la rigidez del/la TO, para pasar a la valoración y uso de estrategias lúdicas en actividades terapéuticas.

“Y en el tema de las habilidades parentales por ejemplo, que a mí al principio igual me complicaba bastante... porque el tema de abordarla era como que no me sentía de repente con la confianza, me sentía como invadiendo de repente ehh la, el contexto familiar y es algo que he podido trabajar y ahora veo que si es necesario, entonces... no hay nada que hacer... en la medida que uno se mete en la familia para poder entender las dinámicas que ocurren y desde ahí trabajar es algo que se tiene que hacer, independiente que uno pueda sentirse invadiendo el espacio.. yo creo que en eso he cambiado” (E1-P88).

“Ehh... a ver, yo siento que esta actitud lúdica no es fácil incorporarla, bajar y ser uno más del grupo, ¿ya? Es difícil porque no sé po... uno se posiciona como profesional ¿cachay?... Pero desde un enfoque psicomotriz te permite eso... y desde el año pasado donde era más rígido, donde sabía que tenía que ocupar esta estrategia me era mucho más compleja, pero en el fondo te vas dando cuenta, no se poh, este es mi noveno taller preventivo y si ha habido un cambio en la forma de intervenir...” (E2-P59)

4.4.- Contexto institucional.

En cuanto al contexto institucional, los entrevistados llevan a cabo su quehacer profesional en distintas instituciones, cuyos marcos de acción, misión y visión, tienen directa injerencia en la delimitación del rol que cada entrevistado desenvuelve, sin embargo, esto no quiere decir que las características personales, aspectos subjetivos y sociohistóricos no contribuyan en la configuración de la práctica, por ello emergen de igual forma, acciones diversas (lo cual será profundizado en el apartado de resultados relacionales).

Entre algunos elementos destacados, asociados al contexto institucional, se indica el tipo de intervención, principalmente prevalece en su mayoría, la de tipo individual, con una necesidad importante de abordaje en contextos significativos, como colegio y hogar, no obstante la alta demanda por atención en conjunto con la visión biomédica predominante a nivel institucional, genera un alto número de intervenciones, en un corto periodo de tiempo, priorizando el abordaje individual, por sobre el grupal, y más aún por sobre un abordaje en contexto cotidiano y/o

comunitario. A su vez, los recursos físicos y materiales serían escasos y no promueven el abordaje grupal.

Por otro lado, una de las participantes refiere una experiencia distinta, señalando que el contexto institucional en el cual participa, favorece la mirada integral de la problemática del niño/a, ya que se promueve un trabajo interdisciplinario, con enfoque en la familia, y con prácticas comunitarias, lo cual le es coherente con su mirada integral de la situación del niño/a.

“Yo creo que falta trabajar un poquito más de trabajo grupal. Por lo menos en el Hospital no se da muchos espacios para poder trabajar con, con... enfoque psicomotriz, por tema de contexto en realidad, de contexto hospitalario, los materiales como que faltan también y probablemente porque tampoco se ven como una necesidad...” (E1 – P24)

“Uno ve la ficha y dice, ahh viene este chico que es intenso y uno ya se crea el juicio previo, y así es como opera poh, encasillado y a la familia la regula... bajando la ansiedad y también traspasando un tema de culpa, entonces el problema es de ellos, entonces ahí siento donde está el problema de la intervención siento yo... Porque al final esta cuestión es bien sistémica... y... falta mucho de una intervención familiar y domiciliarias para ver como es la dinámica familiar de la familia con este niño... y la familia claro... delega la responsabilidad...” (E2 – P21)

“[...] mira, el marco institucional incluso es favorecedor, de hecho ahora en la tarde yo andaba, por eso me atrasé, donde fui a la comunidad, a hacer un taller de estimulación cognitiva para adultos mayores”. (E4 – P128)

RESULTADOS RELACIONALES

A continuación, se expone el análisis en torno a dos fenómenos en los cuales dialogan e interrelacionan los elementos expuestos en los resultados descriptivos. Cada fenómeno se encuentra graficado a través de un modelo explicativo. El primer modelo, denominado “*Sujeto Producido*”, apunta a los aspectos que han configurado a la persona de los terapeutas ocupacionales entrevistados. El segundo modelo explicativo denominado “*Sujeto Productor (producido): Pensar, Decir y Hacer*”, muestra el reflejo de lo producido, en las prácticas de los entrevistados.

1.- MODELO EXPLICATIVO: “SUJETO PRODUCIDO”.

En base al análisis descriptivo de los relatos de los entrevistados, se confecciona un primer modelo explicativo que apunta hacia develar los significados de las prácticas de los participantes de este estudio.

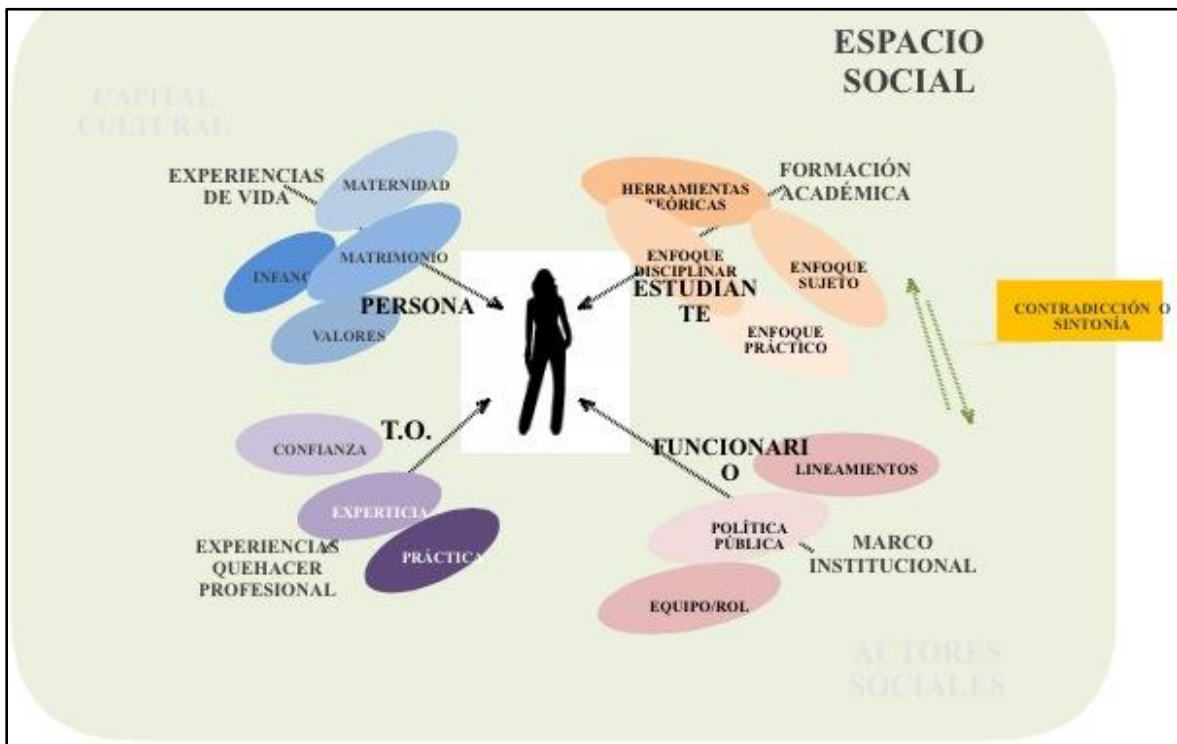


Figura n°1: Modelo Explicativo “Sujeto Producido”.

Como se puede apreciar en la figura n°1, la persona del TO se muestra como un sujeto configurado y relacionado en un espacio social, el cual está constituido por diversos actores sociales. Este espacio social no es estático, sino dinámico e histórico, ya que recoge las experiencias vitales vinculada al contexto familiar y a los roles que de allí emergen, como también recoge las vivencias adquiridas en su formación académica y profesional, las cuales pueden generar contradicción o sintonía con el constructo de significados adquiridos en su historia de vida.

El sujeto se identifica con 4 roles sociales; 1) el de persona configurada desde su historia de vida y las experiencias vitales que la constituyen, 2) como estudiante en un espacio universitario del cual obtiene formación disciplinar específica, 3) como TO una vez obtenido el título, y a partir del cual comienza a adquirir experiencia desde su quehacer profesional, y finalmente 4) como funcionario de una determinada institución, donde se ve enfrentado a un marco institucional que delimita su rol.

SIGNIFICADOS Y CONFIGURACIÓN DE ROLES SOCIALES.

1.- La persona del TO. Al hablar de la persona del TO, se apunta a aspectos vitales, experiencias de vida que han construido el sujeto de hoy. En ese sentido en los relatos de los entrevistados, emergen experiencias vitales, la adquisición de roles significativos como el rol de mamá, el rol de esposa, como también los recuerdos que tienen respecto a sus experiencias cuando niños en el contexto escolar, en la relación con el juego y en la expresión de sus emociones.

2.- El estudiante de TO. Los entrevistados hacen referencia a las herramientas teóricas y conceptuales que adquirieron durante su formación de pregrado, y cómo el enfoque de la Carrera que estudiaron les hizo sentido, y además de aprenderlo teóricamente, pudieron aplicarlo en su quehacer como terapeutas ocupacionales con niños y niñas.

3.- El profesional TO. Durante las entrevistas, los terapeutas no solo destacaron las herramientas adquiridas durante la formación académica, sino también las valiosas herramientas que emergen durante el ejercicio profesional. Destacaron cómo dicha experiencia en escenarios reales, les otorgó mayor conocimiento, confianza en las decisiones y acciones realizadas, y al mismo tiempo experticia, ya no la adquirida por libros, sino por las diversas situaciones que cada niño y cuidadores, llevan al “box” de TO. Es aquí, donde se genera sintonía o contradicción entre la realidad y el enfoque adquirido en pregrado.

En este rol también se puede evidenciar una relación directa con las experiencias vitales señaladas en el punto 1, ya que, al recordar la valoración por el juego, se incorpora como herramienta terapéutica significativa, como a su vez también al recordar experiencias de alto impacto emocional durante la infancia, tienen mayor certeza de la relevancia de facilitar la expresión de emociones de los niños, a la vez que se realiza contención. Por otro lado, al experimentar el rol de madre y esposa, pueden generar una empatía real con madres y padres, o con quienes lleven a cabo el rol de cuidador.

4.- El funcionario TO. Cuando hablamos de funcionaria, nos referimos a cómo el rol del TO se ve también configurado por el marco institucional en el cual el profesional se encuentra desarrollando su labor.

DIÁLOGO SUBJETIVIDAD-OBJETIVIDAD.

En este espacio social, vemos al TO en dos niveles, uno simbólico relacionado con las experiencias de vida, infancia, familia, etc., y las experiencias en su ejercicio profesional, muy diversas y filtradas a nivel subjetivo por sus propios constructos culturales, historias de vida, relaciones interpersonales históricas, referentes significativos, situación socioeconómica, etc. Y también vemos otro nivel, más concreto u objetivo, vinculado con los contenidos teóricos recibidos en su formación académica, y por otro lado los lineamientos institucionales que provienen de políticas públicas que delimitan su actuar como profesional.

En base a su configuración histórica, a la subjetividad, hay expresiones objetivas que materializan dicho espacio simbólico. Los TO replican acciones, y atribuyen significados, en base a lo que se ha ido configurando en sus respectivas realidades. No es fácil cambiar prácticas, ya que estamos hablando de realidades que son las propias personas, es decir, somos lo que hacemos y decimos, el negar lo que creemos, es negarnos a nosotros mismos. Se indaga al respecto en el Modelo Explicativo 2.

2.- MODELO EXPLICATIVO: “SUJETO PRODUCTOR (PRODUCIDO): PENSAR, DECIR Y HACER”.

En base al análisis descriptivo de los relatos de los entrevistados, se confecciona un segundo modelo explicativo que visibiliza y problematiza las prácticas de los participantes de este estudio, al tiempo que relaciona los significados que producen dichas prácticas.

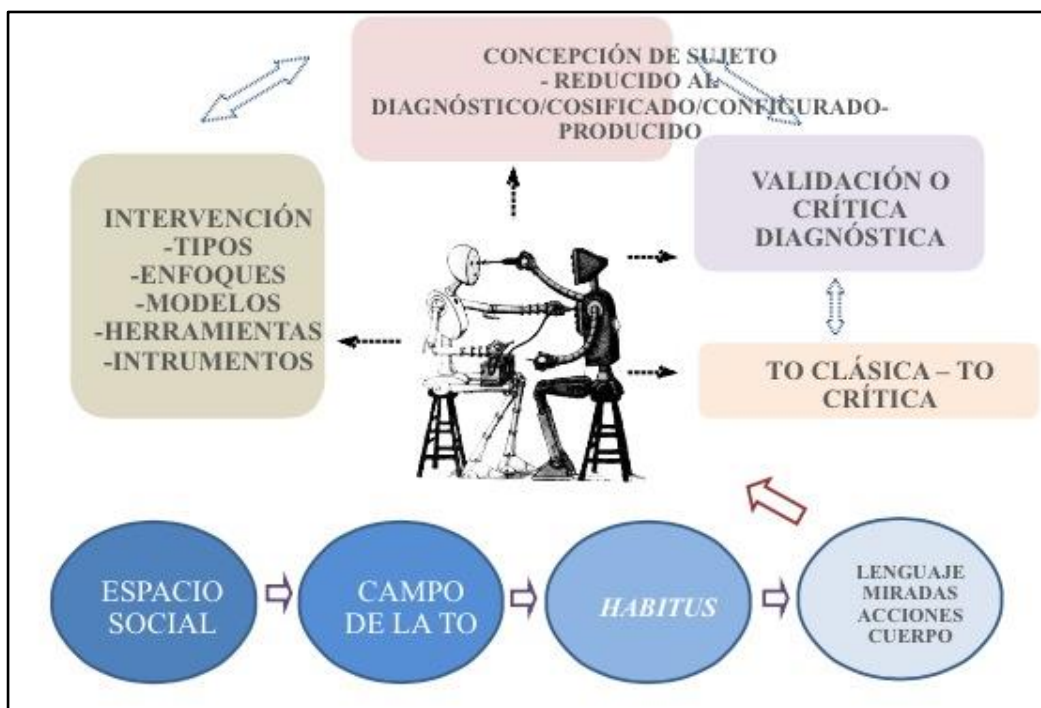


Figura n°2: Modelo Explicativo "Sujeto Productor (Producido): Pensar, Decir, Hacer".

El TO como sujeto, forma parte y es al mismo tiempo, producido por el espacio social de pertenencia. Como actor social, pertenece al campo de la TO, adquiriendo formas de hacer y pensar conforme a la disciplina. Lo anterior se refleja en enfoques particulares adquiridos, lenguaje técnico en respuesta a aquellos enfoques, que se manifestarán en intervenciones específicas, sustentados en modelos conceptuales, instrumentos de evaluación y herramientas de intervención, acordes con aquellas miradas. Estas formas de hacer reflejan concepciones de sujeto, concepción del propio TO, validación de la etiqueta diagnóstica o cuestionamiento de la misma, lo que finalmente sintoniza con una TO clásica o una TO crítica.

HABITUS DEL TO

Bourdieu señala que la sociedad o espacio social, está compuesta por un conjunto de campos que se relacionan entre si, los cuales a su vez están constituidos por actores sociales, ya sean estos individuos o instituciones, que luchan por el poder que emerge de la obtención del capital de dicho campo. En este sentido, y en relación con el modelo explicativo 1, podemos ver que el espacio social y la relación entre sus actores va configurando la mirada, el lenguaje y el actuar del/la TO, generando diferentes tipos de intervenciones, desde la preferencia de estrategias individuales, a otras colectivas, o la elección de modelos positivistas a otros de índole construccionistas, y con ellos la selección de instrumentos estandarizados a otros más bien cualitativos. No hay una forma correcta o incorrecta, sino diferentes de aproximarse a un sujeto, a un hacer, a visualizarse a si mismo en la relación e intercambio de experiencias y de capital cultural en un mismo campo.

EL DECIR Y PENSAR: SUJETO Y DIAGNÓSTICO.

El decir y pensar, se transforma en un hacer. Es así como vemos diferencias en la práctica de una disciplina, lo cual conlleva diferencias en la visión de sujeto, ya sea este cosificado y reducido a una etiqueta diagnóstica, o visto como un sujeto situado, que es configurado por su historia, en lo cual también una etiqueta diagnóstica debe ser expuesta al análisis desde una perspectiva crítica, para dar voz al entramado de experiencias y relaciones que la sustentan como realidad.

A continuación se expone en un cuadro comparativo las diferencias entre el campo de la TO clásica y la TO con perspectiva crítica:

Campo de la TO Clásica	Campo de la TO Crítica
Paradigma positivista	Socio-crítico
Validación del quehacer a través de modelos teóricos.	Cuestiona y tensiona el uso de modelos teóricos.
Relación saber-poder desigual entre TO y sujeto de intervención.	Relación “simétrica” del saber-poder.
Tendencia a la patologización y por ende a la medicalización. Valoración de la objetividad.	Concepción de lo patológico como construcción social.

Validación de etiquetas diagnósticas.	Valoración de la subjetividad. Cuestionamiento de etiquetas diagnósticas.
Tendencia a la estandarización de intervenciones, coherente con la concepción de sujeto estandarizado y cosificado.	Visualización de intervenciones situadas, basada en la concepción de sujeto construido sociohistóricamente.

CAPÍTULO V: Conclusión.

En la práctica como Terapeutas Ocupacionales, nos enfrentamos a un sujeto producido por su historia familiar, cultural, y social, y en permanente transformación en base a esta interacción, que a su vez impacta en sus diversos contextos también transformándolos.

Comprendemos al Terapeuta Ocupacional, como un sujeto producido por su contexto institucional y en constante transformación en cuanto a su forma de ver la realidad y como esta mirada determina su quehacer en la práctica. Creemos fundamental para los Terapeutas Ocupacionales tener conciencia desde donde estamos mirando al sujeto. En la medida que tomamos conciencia podemos darnos cuenta de los efectos que puede producir nuestra aproximación al otro (individual o colectivo), y como esta aproximación define nuestra praxis.

Al considerar al sujeto como productor y producido por su contexto social, estamos trascendiendo de un sujeto individual a un sujeto colectivo, con el sentido de alcanzar una comprensión de su constitución que trascienda lo patológico, ampliando la concepción de individuo enfermo, a sujeto producido, por ende, lo enfermo como constructo social.

Uno de los mecanismos de control social, son las instancias de aprendizaje, como jardines escolares, colegios, universidades, institutos, etc. En estos espacios, las relaciones de dominación se van asentando, y poco a poco constituyendo parte de este sujeto producido. En el aula de clases se va incorporando la idea de disciplina y obediencia. La educación en Chile está muy lejos de ser una educación que promueva la mirada crítica, la reflexión y problematización de aquello que se nos muestra del mundo, de aquello que vivenciamos día a día. Más bien se nos transmiten supuestas verdades únicas y universales, realidades no situadas, pero que deben ser incorporadas por el sujeto dominado, para formar parte del sistema, adquiriendo una identidad a partir de ello. De esta reflexión radica la importancia de instar espacios de discusión y problematización de nuestras prácticas en el ámbito del ejercicio de nuestra profesión, la visión de sujeto que incorporamos y vamos construyendo a partir de la formación universitaria, y con igual relevancia y priorización a reflexionar acerca de nosotros mismos como sujetos producidos, nuestra historia, nuestros valores, y creencias, cuestionar aquello que se ha impuesto como mandato, conocer si existe alguna coherencia con nuestra configuración como sujeto, persona y ser humano. Promover

un proceso de toma de conciencia respecto a cómo nuestra subjetividad se construye en sociedad, en interacción constante con el otro social, y cada vez que nos enfrentamos a otro sujeto, su concepción de mundo, sus propias problemáticas estarán teñidas también del sujeto producido que es el propio terapeuta.

Pretender estandarizar nuestras intervenciones, a través de pautas de evaluación, y modelos de intervención, rígidos en su aplicación y en su visión hacia la persona, es al mismo tiempo pretender categorizar y estandarizar al sujeto, desconociendo su naturaleza social, su cultura, su singularidad manifiesta en un contexto que construye y que al mismo tiempo lo produce como tal.

Por otro lado, al intencionar una mirada que valida al otro como ser social, y por ende con una historia que lo ha constituido, y lo mantiene en transformación, se está favoreciendo e intencionando a su vez, un hacer como Terapeutas Ocupacionales, con conciencia de estar frente a un sujeto con derechos y deberes, en una relación horizontal, de respeto y validación recíproca, en la cual cada sujeto, incluido la persona del terapeuta, manejan saberes que se entrelazan y se transforman en conjunto a través del proceso de cambio que experimentan en el marco de una intervención terapéutica tradicionalmente conocida.

La postura epistemológica de la investigación cualitativa me hace mucho sentido en el proceso de evaluación e intervención como Terapeuta Ocupacional, cuando me sitúo desde un paradigma construccionista, en el cual el encuentro con “el otro” genera un espacio de co-construcción y diálogo constantes en base a nuestras realidades y creencias (no siempre compartidas), donde tanto yo como terapeuta y el sujeto “de intervención” somos transformados.

La Terapia Ocupacional desde un enfoque social, surge como una práctica cuya dimensión política intenta ser visualizada y para ello se han generado diversos espacios de diálogo y reflexión respecto a nuestro hacer como terapeutas, con el objetivo de ver a los otros situados y al mismo tiempo a la persona del terapeuta también como un sujeto situado, cuya historia de vida, experiencias y construcción de valores lo han configurado en un sujeto que transformará, comprenderá y llevará a cabo una terapia ocupacional particular. Desde ahí surge la propuesta de “las terapias ocupacionales” (Guajardo A., 2010) en respuesta al discurso hegemónico que hace referencia a

una sola terapia ocupacional, a una sola forma de llevar a cabo la práctica disciplinar, aproximándose a un sujeto “objeto” ahistórico, cuya intervención estaría supeditada a una categoría diagnóstica, lo que conlleva intervenciones universales, en el sentido de intervenciones estandarizadas. En este escenario de práctica categorizada y estandarizada, el saber experto está por sobre el saber popular y al parecer el terapeuta ocupacional como “experto de la ocupación humana” sabría más de las ocupaciones de los sujetos con los que trabaja, que estos mismos quienes las llevan a cabo en su cotidianeidad.

Desde una vereda epistemológica distinta, se reconocen diversas prácticas situadas de la Terapia Ocupacional, que se pueden compartir y problematizar desde diversas culturas, mostrando la multiplicidad de necesidades, realidades y significados en función de las construcciones simbólicas de las comunidades con las que nos encontramos en los procesos de cambio, habitualmente denominados como terapéuticos. La intersubjetividad que emerge de las múltiples relaciones del contexto social, del cual el terapeuta ocupacional también es parte, genera que la subjetividad sea visualizada y valorada dentro de las investigaciones, análisis y sistematizaciones de nuestras prácticas.

La mirada reflexiva, la conciencia del “yo” en el encuentro con el otro, favorece el surgimiento de nuevas prácticas en las cuales la circularidad y crítica promueven la transformación y dinamismo acorde con la diversidad humana, su cultura y entramado social.

Como ya fue mencionado en el capítulo anterior, no es fácil cambiar prácticas, ya que estamos hablando de realidades que son las propias personas, es decir, somos lo que hacemos y decimos, el negar lo que creemos, es negarnos a nosotros mismos.

Sería interesante indagar en los aspectos sociopolíticos en su configuración como sujeto, para luego reflexionar en torno al TO que hoy es. Agregar elementos contextuales incluso vinculado a los distintos países, historias políticas, desarrollo disciplinar (énfasis en lo comunitario, crisis políticas, dictaduras, crisis económicas, entre otras).

BIBLIOGRAFÍA

Adamson, G. "Concepción de Subjetividad en Enrique Pichón Riviere". Recuperado de http://www.psicosocialdelsur.com.ar/pages/alumnos_textos_contenido198c.html?idtexto=5

Almonte C. y Etchepare T. Trastornos por Déficit Atencional e Hiperactividad. En *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (pp. 243-255). Editorial Mediterráneo. Año 2003. Chile.

American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Bourdieu P. Espacio social y espacio simbólico. Introducción a una lectura japonesa de la distinción. En *Capital Cultural, Escuela y Espacio Social* (pp. 23-37). Editorial siglo veintiuno, 2º edición, revisada, año 2008. Buenos Aires, Argentina.

Bourdieu P. La construcción del espacio social. En *Las Estrategias de la Reproducción Social* (pp. 23-37). Editorial siglo veintiuno, 1º edición, año 2011. Buenos Aires, Argentina.

Bourdieu P. Estructuras, habitus, prácticas. En *El Sentido Práctico* (pp. 85-105). Editorial siglo veintiuno, 2º edición, revisada, año 2008. Argentina.

Crepeau, E., Cohn S., Schell B. *Terapia Ocupacional Willard & Spackmann*. Madrid: Panamericana.

CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor

Condemarín M. et al., "Déficit Atencional. Estrategias para el diagnóstico y la intervención psicoeducativa", 5º Ed. 2004.

Da Rocha Medeiros M. *Terapia Ocupacional. Un enfoque epistemológico y social*. Ediciones Universidad Nacional del Litoral, año 2008. Santa Fe, Argentina.

De la Barra et al., 2004. ‘‘Metas 2011-2020. Elige Vivir Sano’’. Estrategia Nacional de Salud, para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020.

De la Barra et al., ‘‘Epidemiología de Trastornos Psiquiátricos en niños y adolescentes en Chile’’, 2010.

Domingo Sanz M. ‘‘Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad en Terapia Ocupacional’’. Revista electrónica TOG (A Coruña), España, 2008.

Gaínza A. La Entrevista en Profundidad Individual. *En Metodologías de la Investigación Social. Introducción a los Oficios* (pp. 219-263). Ediciones LOM, año 2006. Chile.

Goffman, E. en su libro ‘‘Estigma. La identidad deteriorada’’.

Guía Clínica. Atención Integral para niños/niñas y adolescentes con Trastorno Hiperactivo/Trastorno de la Atención (THA), 2008.

Kielhofner, G., ‘‘Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional’’, 3  Ed., año 2004.

Krause, M. La investigación Cualitativa: Un Campo de Posibilidades y Desafíos. Revista Temas de Educación N  7, año 1995, pp. 19-39. Chile.

Kronenberg, F., Simo S., Pollard N. Terapia Ocupacional Sin Fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivientes.

Minoletti A., Zaccaria A., ‘‘Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia’’, Revista Panamericana de Salud Pública, 2005.

MINSAL. (1998). *Normas técnicas para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos hiperkinéticos en la atención primaria*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, MINSAL.

MINSAL. (2009). *Orientaciones técnicas para la atención de adolescentes con problemas de salud mental*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, MINSAL.

MINSAL. (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, MINSAL.

Pérez C. *Sobre la Condición Social de la Psicología*. Ediciones LOM. Segunda Edición. Año 2009. Chile.

Prioridad programática: Niños, niñas y adolescentes con Trastorno Hipercinético/de la Atención (THA). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, año 2000. Ministerio de Salud. www.minsal.cl

Rodriguez G., Gil J., García E. *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Ediciones Aljibe. Segunda Edición 1999. Málaga, España.

Staruss A. y Corbin J. *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquía. Primera Edición en español, año 2002. Colombia.

Vicente et al., 2002. “Metas 2011-2020. Elige Vivir Sano”. Estrategia Nacional de Salud, para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020.

ANEXOS

Anexo 1

GUIÓN TEMÁTICO

DIMENSIONES	CATEGORÍAS	PREGUNTAS
Paradigma	Niño-niña	¿Cuál es tu concepción de niño y/o niña? ¿Cómo ha impactado tu experiencia de trabajo en esa concepción?
	Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad	¿Qué opinas del TDAH? ¿Cuál es desde tu experiencia, el impacto de este diagnóstico en la vida de los niños y niñas que has atendido? ¿Qué opinas del proceso que se lleva a cabo para diagnosticar e intervenir a los niños y niñas diagnosticados con TDAH?
	Terapia Ocupacional	Desde tu rol como Terapeuta Ocupacional ¿cuáles son las principales necesidades que has observado en el trabajo con niños y niñas con TDAH? ¿Cuál es tu visión, como Terapeuta Ocupacional, al momento de enfrentarte a un niño o niña con este diagnóstico?
	Estigma	Según tu experiencia ¿qué opinas del estigma asociado al TDAH? Según tu percepción ¿Qué aspectos de tu intervención favorecerían el estigma asociado a los niños y niñas diagnosticados con TDAH? ¿Por qué? Según tu percepción ¿Qué aspectos de tu intervención disminuirían el estigma asociado a los niños y niñas diagnosticados con TDAH? ¿Por qué?

<p>Práctica</p>	<p>Intervención de Terapia Ocupacional</p>	<p>¿Cuáles serían los aspectos a evaluar?</p> <p>¿A cuál/cuáles le das prioridad?</p> <p>¿Qué estrategias o formas de evaluación de Terapia Ocupacional empleas?</p> <p>¿Qué estrategias o formas de intervención de Terapia Ocupacional empleas?</p> <p>FINALMENTE:</p> <p>¿Deseas agregar algo más, a lo ya anteriormente dicho?</p>
-----------------	--	--

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Contexto de la Investigación

La presente investigación: “**Significados que Terapeutas Ocupacionales otorgan a sus prácticas con niños y niñas diagnosticados con TDAH, en el sistema público de atención**” desarrollada por la tesista Alejandra Garcés Maldonado.

2. Objetivo de la Investigación

El objetivo de esta investigación es conocer las experiencias de terapeutas ocupacionales, en relación a la intervención de niños y niñas diagnosticados con Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad y los significados que atribuyen a su práctica.

3. Participación en la entrevista

Usted participará en una entrevista que consiste en una serie de preguntas relativas al tema de investigación, en la cual puede expresarse con honestidad y libertad.

Su participación en esta entrevista durará una hora y media aproximadamente. Dado el tipo de actividad y las temáticas abordadas, esta no debiera representar riesgos personales para usted, excepto invertir tiempo y traslado en el caso que desee hacerlo en un lugar que le sea más adecuado.

Usted NO está obligado de ninguna manera a participar de esta entrevista ya que tiene un carácter voluntario y de colaboración en esta investigación, pudiendo retirarse en el momento que estime conveniente, no acarreándole ninguna responsabilidad posterior o consecuencia negativa.

En lo que respecta al manejo de la información obtenida luego de realizada la entrevista, el uso de ésta será estrictamente académico – investigativo.

4. Beneficios

Participar en esta entrevista no tiene ningún beneficio directo, sin embargo si usted quiere acceder a los resultados de esta investigación, podemos entregarle un informe ejecutivo al finalizarla.

5. Confidencialidad

Las entrevistas serán confidenciales con respecto a cualquier información obtenida en esta, garantizándose la omisión de su nombre y antecedentes relevantes que puedan identificarle, tanto en las transcripciones como en los informes o presentaciones que se realicen. La entrevista será grabada y transcrita con el único fin de permitir su posterior análisis.

6. Contacto

Si Ud. tiene alguna pregunta acerca de sus derechos como participante de esta investigación, puede contactarse directamente con la tesista Alejandra Garcés Maldonado, al correo al.garces.m@gmail.com, o en su defecto, a la Coordinadora del Programa de Magister de Terapia Ocupacional de la Universidad Andrés Bello, Mónica Palacios Tolvet, al correo mpalacios@unab.cl

7. Compromiso

Al aceptar participar en esta entrevista, usted autoriza el uso de la información recogida, en informes, publicaciones u otras. El/la entrevistado/a declara conocer los objetivos y alcances de su participación en la investigación, consciente de que toda la información que se obtenga a través de su entrevista será usada exclusivamente para los fines declarados en la presente investigación. En todas estas instancias se evitará incorporar datos que permitan su identificación.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ÉL.

Firma del participante

Fecha de la entrevista

Nombre de la participante

Firma del/la investigador/a

Fecha de la entrevista

Anexo 3

Transcripción Entrevista 2

Entrevistado: SV

Entrevistador: AG

1.- Primero SV, preguntarte... ¿cuál es tu comprensión de niño o niña? Más allá de preguntarte quizás por la etapa así como de la infancia... qué opinas sobre la infancia...es situarlo sobre el niño o niña...

¿A ver...para mí, un niño es...primero que nada es una persona, un individuo, un ser...que tiene muchos...bueno, hoy se habla mucho de los derechos del niño... que tiene el derecho de ser, primero, de existir...ya?... pero, sabes que nunca me había puesto a pensar así como me lo estas preguntando así, porque uno... siempre yo digo que los terapeutas estamos en el hacer... la epistemología y ver la raíz de donde viene... no... ¿Entonces me sorprendiste con la pregunta porque no lo había pensado... yo pienso que el niño...de hecho yo aquí trabajo con niños, cierto? Entonces para mí los niños son personas ¿ya?, que merecen todo nuestro respeto...ehmmm, yo siento que, que son tan... la concepción que tengo yo de los niños es que son tan vulnerables, tienen tanto que enseñarnos, tienen una sabiduría especial, pero los siento tan frágiles...

¿Y en función de qué, esa vulnerabilidad o fragilidad?

De la, de los adultos que vivimos en torno a ellos, de la sociedad... eh... pensando en que el niño es un ser que además no está acabado, es un ser en formación, entonces todas las experiencias de vida, las interrelaciones que va estableciendo lo van determinando, y lo van determinando para bien o para mal. Piensa tu que en la infancia se está formando la, se está asentando la base de la personalidad, más allá que uno traiga un temperamento que está en la genética y todo, pero las experiencias de la infancia son vitales para lo que tú vas a ser después en tu vida adulta. Entonces yo siempre digo, por ejemplo hablando de la educación, del profesor, esta es mi idea, yo siempre digo, un profesor te construye o te destruye. Entonces lo mismo pasa con la familia, nosotros que tenemos acá una concepción sistémica familiar, yo siempre digo, la familia o te construye o te destruye. Entonces por eso te digo que los niños son vulnerables, porque si nacen insertos en una familia disfuncional, puede ser un niño sano que tiene un tremendo potencial, y la familia, o su madre, la diada, puede que no sea toda la familia, lo va a enfermar... el sistema...o el profesor lo va a enfermar. Entonces... eh... claro, hay niños que son más resilientes que otros, cierto?, que puede que tenga un profesor terrible pero tiene un buen soporte en la familia y eso lo sostiene... pero, lamentablemente, como nosotros trabajamos acá con niños con problemas, nos toca ver más que nada la vulnerabilidad, y en ese sentido, siendo un ser que está en formación, que está en desarrollo de su personalidad, le van pasando cosas lamentables, muchas veces, que no hay un entorno eficaz, un entorno que le ayude a resignificar manera adecuada estas situaciones negativas, y termina con un daño, entonces en ese sentido vulnerables, porque si te pasa a ti como adulto, tú lo hablas, pateas, gritas, lloras, conversas, ¿pero un niño? ¿si ni siquiera entiende a veces lo que le sucede?

¿Y ahí qué pasa en función de sus derechos? Porque en algún momento, al principio hablaste que era un individuo, que tiene derechos...

Si... yo siento que hoy día hay una conciencia mayor y está en el inconsciente colectivo, está en nuestro vocabulario también decir "ah, los derechos del niño". Yo creo que hay mucha más

sensibilidad con respecto al tema, lo cual no quiere decir que se cumplan necesariamente, pero es como dicen muchos, generalmente ‘‘en eso estamos’’, estamos en que se pueda respetar y que uno mismo los respete, o sea yo creo que uno mismo como profesional...me pasa a diario, como por ejemplo si el niño no quiere hablar de ciertos temas, yo no puedo vulnerar esa...ese...ese, digamos, derecho del niño, a guardar silencio frente a algunas cosas porque no es su momento para hablar, porque se siente incómodo, entonces estamos todo trabajando en favor de eso. Y también, sobretodo nosotros que trabajamos, que yo trabajo aquí en un nivel de prevención, cuyo énfasis es la promoción y prevención de uno educar al padre y al entorno, porque nosotros trabajamos con la comunidad, dando charlas y toda la cuestión, de la importancia de los derechos del niño, aunque tú no vas a exponer el tema ‘‘derechos del niño’’, pero si vamos a hablar, por ejemplo, de las habilidades parentales, igual implícitamente tú vas a hablar de los derechos del niño.

2.- La siguiente pregunta va en función a cómo tu experiencia laboral, de trabajo práctico de terapeuta, ha influido en esta concepción que tienes de niño. Yo creo que ya lo adelantaste un poco con tu respuesta anterior, ¿quieres agregar algo más?

Mmm... mira, antiguamente, como yo soy de la vieja escuela, piensa tu que yo egresé en el año 84’, entonces muy de la vieja escuela, nosotros teníamos una formación, en esos años, que hoy día la entendemos más claramente como biopsicosocial, pero en esos años la concepción con que se formaban los profesionales en el área de la salud era eminentemente biomédica, entonces nosotros, los terapeutas de esos años éramos como diferentes en esta formación...ehhh...entonces teníamos ese plus, hoy día es distinto porque la nutricionista, los fonoaudiólogos, casi todos los profesionales ya le ponen el sello biopsicosocial. La misma atención primaria, antiguamente, antes de los años 80’, no había ni asistentes sociales en los consultorios, en la atención primaria, hoy día hay de todo, hay fonoaudiólogo, hay psicólogo, terapeuta ocupacional, asistente social, matrona, entonces aquí ya hay una visión biopsicosocial. Ahora, lo diferente que se ha agregado, sobre todo para los niveles en que yo trabajo, es este enfoque familiar y comunitario, ¿ya?, que uno no...tampoco se forma tanto, con tan...en esos años cuando yo me formé, con tantas fortalezas en el área de la comunidad, hoy día es diferente, ¿ya? o sea, tienen mucha formación en lo psicosocial, lo familiar, entonces hoy día estamos hablando de un terapeuta con formación mucho más integral de la que yo recibí, pero yo creo que esa visión también de ver al niño no solamente como un fenotipo, una cosa así niño, niña, de verlo así como un ser biopsicosocial, con una dimensión espiritual también, ¿cierto? Que es tan relevante...ehhh, inserto en una familia, inserto en una comunidad, ¿te das cuenta? Entonces yo siento que ahora, como es la Terapia Ocupacional, no la de mis días, si no la Terapia Ocupacional que uno va aprendiendo después con los diferentes cursos que uno se va especializando, y también con el mismo devenir de, de la vida, ¿cierto? Uno va entendiendo que somos carne, somos espíritu, somos mente, estamos, como te digo, insertos en una familia, una sociedad, entonces yo creo que hoy día al trabajar en atención primaria con un modelo de salud familiar, también no puede dejar de ser tan fácil mirar a este niño inserto en la familia, y eso no solo por mí, ser terapeuta, sino que la enfermera, la matrona, todos tienen esta mirada como mas familiar, que yo siento que eso, aún, a los terapeutas ocupacionales en formación no les han dado el énfasis...seguimos viendo al individuo... en algunas universidad si, se le da el énfasis a la comunidad, pero yo siento que...creo conocer...este año empecé a hacer clases a la Central, en la

Chile, hago clases en la Autónoma...claro, conozco cierta realidad...y yo creo que no noté como conciencia de que las universidades, y que están formando hoy en día a los terapeutas ocupacionales, le estén dando énfasis a la familia.

Perfecto. SV, y en función a lo que tu señalas ahora, haces referencia quizás a esta terapia ocupacional más tradicional o desde sus inicios en la formación acá en Chile, a la actual, ¿cierto? Eh... quizás en términos como...no sé si resumen, pero como concreto en algún concepto, en función de la concepción de niño desde esta mirada más biomédica de la formación, a esta, una mirada quizás más familiar, comunitaria ¿cuál sería como la diferencia entonces?

Mmm...yo creo que antes uno miraba como, uno decía ¡ah!, es un ser humano que está en una etapa del ciclo de vida, del individuo, del hombre, ¿ya? entonces uno dice ¡ah! es un niño que está en esa etapa, después será adolescente... y uno lo veía así como Erickson, cumpliendo tareas, con crisis ¿cierto? en las etapas... Hoy día uno sabe que es mucho más complejo que no solamente tiene que ver con el crecimiento, con la maduración, sino que tiene que ver con un desarrollo humano, ¿me entiendes? entonces, de una persona, de una persona que...cuando nosotros hablamos de ser humano, de persona, es como mucho más potente el concepto, no es solamente un ser vivo que está en una etapa de su ciclo vital individual, sino que está inmerso en una etapa de un ciclo vital familiar, está inmerso en una comunidad que tiene ciertas características, que no es otra comunidad ¿te das cuenta? Entonces, es mucho más amplio y complejo. Entonces yo creo que nosotros cuando nos formamos, cuando yo me formé, en la vieja escuela, no nos formamos con esa riqueza de esa mirada, que yo la adquirí después.

3.- SV, y ahora entrando al diagnóstico clínico, en donde estamos situando un poco la investigación ¿qué opinión te merece a ti el trastorno de déficit atencional con hiperactividad como diagnóstico clínico?

Bueno, uno trabaja con entidades psicopatológicas porque uno necesita como darle...para mí eso es como marco que te ayuda a estructurar la intervención en lo básico, para mí es eso, ¿ya? pero yo creo que nosotros no podemos quedarnos como en hacer el resumen de la vida de una persona un diagnóstico, porque si no, lo dejamos encasillado en eso, y creo que los seres humanos son personas más que diagnósticos ¿ya? entonces, yo siempre digo, un niño que es "portador" de un trastorno deficitario de la atención, que fue diagnosticado con esto, pero no es el todo del niño...ese niño tiene muchas áreas que no están afectadas por el trastorno, o que tiene otros dones, otras virtudes, otras habilidades, o sea...yo creo que antiguamente uno tendía a ver a las personas a través del diagnóstico, ¿ya? siendo que hay tantas otras problemáticas y tantas otras cosas buenas que no solamente tienen que ver con el diagnóstico.

Te iba a preguntar... hablaste de que se tiende a encasillar a este niño en un diagnóstico, ¿cierto? ¿Cuál sería el riesgo o los riesgos... de encasillarlo?

Que tú te dedicas solo a ver, lo que esperas ver de acuerdo al diagnóstico, o sea que, también lo hacemos, ¿me entiendes? Por ejemplo, el niño que estaba viendo antes que tú llegaras, él tiene un déficit atencional con hiperactividad, entonces la mamá recién se estaba quejando de que la doctora

le había subido los medicamentos, entonces estaba con medio metilfenidato en la mañana (él va en la escuela en la tarde) y uno en la tarde, entonces estábamos hablando del tema, entonces ¿uno a qué se dedica? se dedica a ver la inquietud motora, la impulsividad, la desatención, que son los signos centrales, pero ese niño, por ejemplo en el caso de él, pelea mucho con la hermana, está viviendo un proceso adaptativo porque nació una guagua, el papá está en la cárcel... entonces hay otras situaciones más... la mamá súper trabajadora, se esfuerza, hace completos los fines de semana, vende empanadas, sopaipillas, para poder sostener a la familia... entonces, uno ve mucho más allá, que... que es inquieto, que es desconcentrado, que es impulsivo... ¿me entiendes? Entonces... hay mucho que ver con él, de hecho estábamos viendo el tema de las peleas con la hermana, estábamos viendo algunas estrategias con la mamá, ver cómo manejar el tema de las peleas, ¿ya? porque ya trabajamos, por ejemplo, las habilidades parentales, entonces, en realidad, incluso, estoy pensando depende de cómo evolucione y que lo hago con otros pacientes, vamos a trabajar en la escuela, conversamos con los profesores, en fin, hacemos intervención en sala. Hemos hecho por ejemplo, trabajo con todos los profesores, por colegio, viendo específicamente el tema del déficit atencional, el manejo del niño en la sala, cómo ser más eficiente. Entonces preocupándonos de todos los ámbitos de la vida del niño. Viene la familia a veces completa de los niños acá, o nosotros hacemos visitas domiciliarias, vamos a las casas, psicoeducamos a la familia con respecto al tema de lo que es el déficit atencional, así con peras y manzanas, para que puedan como ellos en un lenguaje mucho más sencillo, entender por qué este niño es como es y que no lo dejen encasillado, que no vean solo que es desconcentrado, que es peleador, que esto... si no que vean, bueno... por ejemplo yo recuerdo una paciente que tuve hace muchos años atrás que tenía déficit atencional con hiperactividad, y ella era bastante inquieta, estaba en un colegio muy conservador que era de monjas y todo, entonces, la mamá que era muy atinada, le dije, oye pero busquemos alguna manera de canalizar esa excesiva inquietud... bueno, la pusieron a... en esos años recién estaba haciendo patinaje, a patinar... y al final que con el tiempo ella llegó a ser velocista, es velocista, ha ganado medallas ha estado en las olimpiadas ahora... la Margarita, y ella era una paciente de acá que yo la conozco de chiquitita que tenía déficit atencional con hiperactividad, pero que nos fuimos más allá y ahora es medallista, y todo lo demás, entonces de das cuenta que hay como que ampliar el horizonte, y no quedarse con...

Si, sí. Y dijiste algo que me llamó la atención, esto de acompañar a la familia, a la escuela que vean por qué el niño es como es, y al parecer, lo dices más allá del diagnóstico.

Claro, porque mira, la... sobre todo en la escuela lo tienden a ver como "ah mira el niño problema", pero ese niño problema, no es un niño problema sino que tiene un determinado trastorno como uno puede tener psoriasis, como puede tener depresión, como puede tener que se yo, colon irritable, cualquier trastorno, entonces de repente, sobre todo en los colegios, hacen del diagnóstico el niño... el niño con déficit atencional, ¡aaahhh! el niño problema, ¿ya? Entonces eso es lo que siempre tratamos de resignificarle a los profesores, que es un niño que tiene un trastorno pero que es un niño en otras áreas, comillas, normal y que si ellos cambian la mirada van a hacer mucho más saludable la relación, que si lo tratan y se relacionan con él a partir del trastorno. Pero

eso es un trabajo como lento, porque también tiene que ver con otras cosas más del ámbito de la educación, que los colegios actuales tienen muchos niños en aula, que los profesores están sobrepasados con planificaciones, o sea, es mucho más macro el problema ¿ya? entonces uno ve hasta donde, qué es lo que puede lograr con los profesores ¿ya? Yo he ido a hacer algunos trabajos con profesores como para que ellos se conecten desde la vivencia, desde ellos mismos. Hemos hecho mucho trabajo...me tocó hacer un trabajo, pero fui ahí a Coihueco... por otra, en un liceo especial, a trabajar con los profesores. Hicimos algo mucho más de la vivencia, recordar cómo ellos fueron en la infancia, qué proceso los marcó, cómo los marcó, más como desde la resiliencia, cómo ellos podrían ser agentes resilientadores de los niños, porque fui a trabajar a un colegio de alta vulnerabilidad, entonces como de la propia vivencia, rescatar para que ellos se conviertan en agentes resilientadores de los niños que tenían actualmente en aula. Pero ese es un trabajo como de hormiga, yo creo que hay que hacer muchos cambios pero tampoco así como que me deprimó pensando, "no es que esto nunca va a cambiar" digo, bueno, con que...si cambia uno, y yo puedo tener impacto sobre uno, ya es uno que...que puede ser mejor, que lo que sería si no se hubiese hecho nada, hay que partir haciendo algo.

Y como intentar o favorecer también que el profesor logre empatizar o ponerse en los zapatos del niño...

Exacto...

4.- Y no muchas veces hacer lo contrario. SV, y desde lo que tú has visto en tu experiencia ¿cuál es el impacto que tiene este diagnóstico en la familia por ejemplo?

Mira, yo diría que para la familia es como tranquilizador, ¿te digo por qué? Porque la familia no entiende por qué el niño es tan desobediente, por qué es tan peleador, por qué tiene tantas anotaciones, por qué se saca malas notas, entonces cuando tú le explicas que hay una base científica, que hay un factor hereditario, y se lo explicas con peras y manzanas como te decía antes, como que la familia dice "ahh, entonces por eso era así" entonces como que la familia aprende, ¿cierto? a mirar al niño, a comprender su conducta y a no decir "es que este cabro es malo, que es un desobediente, que es un porfiado" y todos los estigmas que le ponen, a decir "ah ya, entonces su conducta está relacionada con esto" pero siempre enfatizándole a la familia que eso no es el todo del niño, ¿ya? es como para ayudarlos a entender por qué se genera... por qué él es más impulsivo, por qué, digamos, no copia todas las materias, entonces eso ha sido como bastante clarificador, y además conectarlos con ellos mismos, eehhh...porque, por ejemplo nosotros hacemos talleres de habilidades sociales, donde asisten niños que vienen...que tienen déficit atencional y que tienen otros trastornos, los juntamos a todos por grupos atareos más o menos, entonces nos da risa ahí porque, por decirte algo, estamos trabajando ya hace como 2 años con la diada, tiene que venir la mamá con el niño o alguna figura significativa para el niño, entonces le hacemos mucho reflejo de estas situaciones, por ejemplo, hacer una carrera ¿ya? pero gana la carrera la tortuga, gana el que llega más lento, el que se demora más en llegar, entonces me da mucha risa, porque... ya, el niño empieza a avanzar lentamente porque mientras más lento...imagínate para un niño que es súper impulsivo tener que irse lento, ¿ya? porque va a ganar mientras más se demore en llegar, pero los papás así pero súper tensos, angustiados, porque así tú

los ves que ellos son los desestructurados, ellos son los inquietos, ellos son los impulsivos, ¿me entiendes? Entonces cuando le hacemos el reflejo de cómo nosotros los estamos observando a ellos y ellos mismos se ven en estas situaciones de competencia y todo... ohhh... así como que se dan cuenta y dicen... pucha, como le... o cuando hacemos las visitas domiciliarias, cómo le piden a su hijo orden o estructura en sus cuadernos si tú vas a ver la casa y está toda desordenada, toda desestructurada, entonces los papás necesitan como este reflejo, esta mirada que viene desde un otro y que los hace darse cuenta que mucho de sus hijos son el reflejo de ellos mismos poh... esta mamá que estaba acá me decía ‘no, si a mí no me preocupa lo pidullento’ decía ella, ‘porque yo soy así, mi esposo también es así’, para ella no era tema que fuera inquieto, o que no trajera las cosas copiadas, la cosas del déficit atencional no era tema para ella, sino que estaba preocupada de las peleas ¿ya? y estamos abocados al tema de las peleas.

5.- ¿Cuál sería entonces, SV, el impacto que tiene en el niño o niña que porta este diagnóstico?

Yo creo que depende mucho del entorno, ¿ya? porque a veces el entorno, como te digo, es estigmatizador, cuando no lo saben manejar dicen ‘ahh que’... muchos dicen ‘es que tu eres loco, ahh es que tu tomas pastillas’ ¿ya? No y muchos niños, se supone que cuando está mal manejado el tema, dicen ‘no, es que yo no quiero tomar pastillas porque dicen que soy loco’ o ‘porque yo vengo a terapia o vengo al psicólogo piensan que estoy loco’... entonces nuestro entorno sigue siendo estigmatizador. Antiguamente, la gente de más edad decía ‘no, yo no voy al psicólogo, porque eso es pa’ los locos’, ‘por eso no voy al terapeuta porque son pa’ los locos’. Entonces hoy día lentamente con el aumento de la prevalencia de la depresión en Chile como que... hay como... se ha sido soltando la gente y dice ‘no, estoy con depresión’ y no es como terrible, no es tan loco, entonces yo creo que lo mismo nos ha pasado con los niños, hoy día además como hay un sobre diagnóstico de déficit atencional como que los neurólogos infantiles son pero fanáticos pa’ dar metilfenidato y todas esas cuestiones de psicoestimulantes, entonces hoy en día es tan frecuente que en un curso hayan diez... en un curso de 30 o 40 hay como 15 que toman metilfenidato, entonces eh... es como parte de la vida, pero yo siento que igual, a veces se maneja mal y se tiende como a encasillar, como en lo que te decía denantes, el niño es el diagnóstico, entonces el niño dice ‘no, es que...’ y hay niños, que depende de las madurez y todo, son a veces bien especiales porque ‘no, si yo sé que tengo déficit atencional’ a parte que parte de la intervención que nosotros hacemos, depende de la edad del niño, y explicarles ¿ya? para que ellos sepan optimizar sus periodos de concentración, para que se sepan controlar la impulsividad, aprendan a procesar, a pensar antes de actuar, entonces parte de eso también le vas trasapando al niño ehh... información... ehh, pero siempre tratando de positivarlo, de que ehhh, él no es un diagnóstico, de que él es una persona ¿ya? y que así como hay gente que va por la vida con epilepsia, va por la vida con diabetes, con hipertensión... además que el déficit atencional, muchos de los síntomas te acompañan el resto de tu vida, entonces con mayor razón hay que psicoeducar al respecto para que vayan aprendiendo a manejar la sintomatología.

Porque...ehhmmm... debe ser difícil igual...ehhh, como... acompañar en ese proceso en niños, como...

Y... es que depende de la edad, como te digo, ¿ya? Ehhh... en un niño de siete años tú le puedes explicar y decir "mira, hay que pensar antes de actuar", en fin, y cuando son adolescentes con mayor razón poh, o sea niños de 10 años, 11 años, con mayor razón tu puedes hacer procesos interesantes con ellos ¿ya? a parte que como que disminuyen como los síntomas más disruptivos, más perturbadores que son básicamente la inquietud motora, la impulsividad, si lo que más les queda es la desatención, entonces cuando has trabajado con hábitos de estudio, con optimizar los periodos de concentración, ellos mismos ya saben, ellos mismos se dan periodos de descanso...ehhh... hacen sus tareas temprano, o sea manejan todo lo que tiene que ver con hábitos de estudio, eso cuando uno desde chicos los ha empezado como a llevar.

Oye SV, ehmm... en relación a eso que mencionas tú de, quizás no encasillarlos en este diagnóstico ¿cierto? Ehhh, quizás no favorecer el estigma del diagnóstico, pero en los colegios suele pasar que...que... trabajan como en función de eso...del diagnóstico como estigma, como constituyente del niño por esa misma problemática que decías tú, que es mucho más amplia, o sea, profesores que están sobrepasados ¿cierto?, muchos estudiantes por sala... Tu tratabas de manejarlo en base a la vivencia con algunos profesores o tratando de psicoeducar... ¿cómo se te ha hecho ese trabajo?

Aaaamm... mira el profesor acepta bien, pero yo creo que es muy distinto, o sea que tú los tengai' a 15, 20 profesores en una sala de consejo, y les demos una charla y le tratemos de satisfacer la inquietud, y después preguntas y respuestas y todo lo demás, a estar ahí en la sala con los 40 cabros chicos tratando de pasar un contenido y que ahora los niños no son como los niños, ni siquiera de tus tiempos, que eres mucho más joven que yo, porque a mí me impresiona cómo hoy día se da la dinámica en aula, por lo que me comentan, porque no he estado últimamente en aula, de que muchos de los niños hablan, y el profesor termina...hablan, se paran, conversan y todo lo demás, no teniendo déficit atencional...ehhmm...y el profesor, él pasa el contenido y el que está atento está atento y no se...no... no es como en los tiempos de nosotros que el profesor hablaba y no volaba una mosca poh, ¿ya? entonces había un respeto, hoy día no hay un respeto por el profesor, entonces.. en la enseñanza media se ve mucho eso, que los alumnos no pescan, entonces, es como tan complejo hoy día...

O sea el impacto a nivel como escolar debe ser...

Yo creo que... así... porque como yo te digo, escuchan bien y todo, te hacen preguntas, respuestas, y dicen "ya, entiendo" y bla, bla, bla, pero yo creo que otra cosa es estar ahí... en... con el niño en la sala.

6.-O sea el impacto que tiene a nivel escolar este diagnóstico sería principalmente las dificultades que va a tener el profesor para poder llevar su clase... o sea, quizás va a ser un factor más estresante...

Pero hay profesores, yo diría, que aman lo que hacen y se preocupan como de, documentos, se los mandamos, lo importante que se acerque a él, y que le entregue los contenidos utilizando los distintos canales sensoriales, que lo toque, en fin, no solamente que lo siente en primera fila, que los distractores... no...sino que, use colores, que, en fin... como te... use la kinestesia, que use otros medios para llegar a él, que lo refuerce, que le permita salir al baño, o sea porque, hay

profesores que dicen ‘no, no puede salir al baño porque’, que lo deje salir al baño un rato, porque... o algunos más trágicos que pasaba antes, cuando había más desinformación, o sea los dejaban castigados sin salir a recreo, o sea después tenían a un chuki adentro de la sala poh, si no lo habían dejado quemar energía... todavía se da ¿me entiendes? Pero yo creo que es una cuestión lenta, lenta. Yo siento que también a los profesores, que lo hemos conversado, no lo forman en este tipo de... de trastorno, o sea los forman para trabajar con niños sanos. No sé, no me queda claro cuando hablan de las modificaciones a las mallas curriculares cuando hablan de niños con necesidades especiales, si ahí estarán como dándole un barniz de trastornos de aprendizaje, o de síndrome de déficit atencional, si hoy día hay más sensibilización al respecto, no tengo claro porque no he visto las mallas últimamente de los alumnos que están formando como profesores.

7.- SV, ¿y qué opinas tu sobre el proceso que se lleva a cabo para diagnosticar a un niño con déficit atencional con hiperactividad?

Yo creo que depende del contexto en que se hace, ¿por qué? Porque por ejemplo yo tengo niños acá que vienen del extra sistema, nosotros al extra sistema le llamamos al sistema privado no público, entonces viene una mamá y dice ‘lo llevé al neurólogo, neurólogo infantil, le hizo... le midió algunos reflejos, me preguntó’, qué se yo, y me dio una receta, de ritalin, de aradix, de cualquier psicoestimulante y me dijo que volviera en un mes más y le enviará test de Connors, qué se yo, y al mes siguiente va la mamá con el test de Connors y el médico ni siquiera lo evalúa, ni le hace... sino que simplemente es un repetir recetas. Eso es lo que nosotros recibimos, por la regla, por norma, del extra sistema ¿ya? Entonces diferente... bueno yo también trabajé en el extra sistema con consulta privada, con neuróloga infantil, pero era una neuróloga infantil distinta, o sea es una neuróloga infantil bastante conocida que trabaja en la Clínica XX, la doctora Rosa, y ella nunca hizo un diagnóstico apresurado, o sea hacía bastante exámenes, pedía cuadernos, mandaba el test de Connors, o sea mandaba a tomar electroencefalograma, escanner si era necesario, y no era porque no supiera, si ella es una eminencia, ¿me entiendes? Pero, resulta que... y de ella yo aprendí hace muchos años atrás esta cuestión también, habían niños que claramente tenían por ejemplo trastornos generalizados del desarrollo, pero que uno los veía en una primera consulta que tenían TGD, pero ella nunca le daba el diagnóstico de TGD al tiro, aunque uno lo veía así como a la legua, no porque no lo supiera si no que, hay que ser muy responsable en lo profesional cuando tu das un diagnóstico, porque para muchos es una etiqueta que te va a marcar tu desarrollo, tu desarrollo de individuo, persona, que te hablaba al principio, te lo va a marcar para toda la vida, entonces la idea es eh... yo siento que por lo menos el aporte de nosotros como terapeutas ocupacionales acá en la atención primaria que se empezó a trabajar con el tema de los diagnósticos fue como hacer mucho más responsable esto, aunque llegara del colegio un niño con un test de Connors tremendamente alterado, nosotros nos dábamos el tiempo, aunque trajera 30 puntos, que es el máximo puntos, de puntaje, nosotros no decíamos ‘si, a médico al tiro para que le den fármacos’ no, si no que nosotros siempre lo citamos primero a evaluación de terapia ocupacional, y evaluamos funciones corticales superiores, y evaluamos todo lo que haya que evaluar antes de decir, porque muchos profesores llenan el test de Connors automáticamente y todo si, si, si como que mucho, mucho, mucho, y tú ves al niño y después resulta que no poh, que bien está con un

problema emocional, que el niño estaba pasando por un proceso adaptativo, y nunca fue un déficit atencional, ¿te das cuenta? Entonces yo siento que por lo menos, no sé todo el sistema de salud pública yo voy a hablar de la experiencia en este CESFAM, es como mucho más responsable, porque nosotros nos hemos preocupado de sistematizar una forma de evaluar al niño con probable diagnóstico de déficit atencional antes de decir ‘si, tiene déficit atencional’. Incluso cuando ehhh... ha entrado por otra vía, no por la vía de ingreso al programa de salud mental que tenemos nosotros, sino que ha venido directo por la receta del neurólogo, y ha pedido hora a médico y lo ha visto el médico, y como que le han dado al tiro los medicamentos avalados por el médico del neurólogo infantil del extra sistema, aun así nosotros igual le hacemos evaluaciones y todo lo demás y vamos observando y confirmando o desconfirmando.

SV y hablaste de esta etiqueta que va a marcar al niño o la niña para toda la vida, ¿de qué manera has visto tú esa influencia o ese impacto en el niño quizás? Obviamente no vas a seguir a un niño hasta que ya sea adulto quizás o hasta que ya tenga su familia, pero ¿cuáles son los riesgos quizás de esta etiqueta?

Yo creo que hay etiquetas que son... bueno nosotros estamos tomando el concepto de etiqueta como algo negativo ¿no es cierto? Pero yo creo que hay... yo creo que no tiene por qué tener una connotación del todo negativa. Aunque no lo creas yo he visto, como llevo más de 20 años trabajando, me ha tocado ver niños chicos que ellos me traen a sus hijos, que los he visto a lo largo de todo el ciclo vital y...mmm... me pasa que por ejemplo como yo veo a niños que yo he visto cuando chicos con déficit atencional que ahora me traen a sus hijos con déficit atencional, ¿ya? entonces me dicen ‘bueno, usted sabe por qué se lo traigo poh, si yo era igual cuando chico’ ¿ya? entonces yo me río y todo lo demás porque yo creo que hay una comprensión en el caso de estos usuarios, hay una comprensión del tema ¿ya? como un estar alerta, un... con sus propios hijos ser más tolerantes porque se ven un poco reflejados ellos y a buscar la ayuda cuando es necesario.

¿Y cuál sería la parte negativa quizás al ver esta etiqueta?

La etiqueta es cuando te dejan solo con la etiqueta y no hay acompañam... no hay una psicoeducación, no hay una mediación de lo que quiere decir el diagnóstico con tu experiencia de vida, con lo cotidiano... ehhh... de que no tiene por qué ser algo malo ¿ya? siempre tratando de positivar que hay tanta gente brillante, o que un diagnóstico no te impide ser feliz, hablando de la inteligencia múltiple, de la inteligencia emocional, o sea esto no tiene que ver con ser tonto, con no ser feliz, con no tener capacidades, con no poder desarrollarse y ser exitoso en otras áreas de tu vida, de hecho hay mucha gente prominente que tiene el diagnóstico de déficit atencional y es exitosa y es feliz y todo lo demás, entonces cuando tu rodeas la intervención de todos estos mensajes positivos, claro igual tiene la etiqueta porque tiene el diagnóstico, si igual no podemos decir ‘no, si es un diagnostico chiquitito o un diagnostico así como con borrador, así como más pálido’, no, tiene el trastorno, pero positivemos poh, como lo que yo te decía de la Margarita, que ella hace patinaje de velocidad, es medallista y todo lo demás, o sea ocupemos esa hiperactividad esa impulsividad en algo que...canalicemos en algo que pueda ser positivo.

Porque al parecer aún prevalece esta concepción más negativa del diagnóstico...

Ahh, sí. Por eso yo te digo, es un trabajo de hormiga pero que... tampoco podemos quedarnos como que, 'no, es que tiene que venir poco menos que desde arriba el cambio que declaren públicamente de que'...no, yo pienso que no, yo pienso que uno tiene que ir haciendo y en la medida que hace irá logrando cosas poh.

8.- Totalmente de acuerdo. SV ¿cuáles dices tú que son las principales necesidades que has observado en el trabajo con estos niños? Me has nombrado varias...

Bueno, yo creo que de todas maneras falta mucho trabajar en los colegios todavía, ¡mucho, mucho, mucho, mucho! Ese es el gran... el gran tema. Porque es más, ellos te piden un certificado ¿cierto? que diga que el niño tiene tal diagnóstico para efectos de subvención o para que acepten que el niño esté en programas a veces de apoyo diferencial, o que tenga la evaluación diferenciada, tiene que tener un certificado del profesional que diga "tiene déficit atencional". Entonces, peor todavía ara efectos de las etiquetas desde una mirada negativa... ehh...pero, siempre esto tu lo puedes positivar porque por último le permite al niño efectivamente sentirse exitoso porque lo van a evaluar ya no con una prueba de 3 hojas sino con una prueba de 1 hoja, con los contenidos esenciales y no con las leseras que a veces preguntan con tal de cumplir con una prueba de no sé cuántas preguntas, entonces el niño igual... ehh... va siendo reforzado en su autoestima, en el cumplimiento de tareas, de objetivos pedagógicos, entonces, como te digo, tiene sus pro y sus contra, pero yo creo que el gran pendiente ahí es el tema del colegio.

Porque el colegio es como que demanda por este diagnóstico, o que sea confirmado...porque también participa en estos procesos diagnósticos...

Claro...

No solamente el médico...

Exacto, claro porque ellos son los que llenan el test de Conners.

Claro...

Por lo menos, mira a nivel de CESFAM yo creo que en algún momento, antiguamente, porque como trabajo tantos años acá como te decía, uno trabaja principalmente con el niño y, ehhh...y después ya, con esa mirada más familiar trabajo con la familia y ahora con esta mirada más comunitaria estar trabajando con el colegio, pero es de esperar que podamos ponernos al día por esta deuda que tenemos con los colegios. Yo creo que también eso tiene que ver con cómo se manejan los programas de integración escolar, ¿ya? que ahora gracias a la reforma educacional, tampoco conozco tanto detalle, pero por lo menos hay programas de integración escolar y hay muchos niños con necesidades especiales que están escolarizados y que van ahí y que ya son más que una etiqueta, ¿te das cuenta?

9.- ¿Y qué pasa contigo, al momento que te derivan a un niño que ya tiene este diagnóstico, por ejemplo, ya está con esta etiqueta?, ¿Qué pasa con tus propios pensamientos, concepciones? porque sabes que viene un niño o una niña de X edad, pero viene con este diagnóstico.

Siempre me lo cuestiono, nunca pienso que tiene...jajaja... porque lo veo como una persona, como te decía, como un niño, entonces yo digo "es un niño" ¿ya? entonces no pienso que tiene déficit

atencional, o sea lo tomo como un referente, si, porque uno dice “tiene que partir de algo” así como cuando te derivan a un niño con un problema emocional, un problema de conducta...

¿Qué esperas del niño?

Bueno, uno espera la sintomatología, espera encontrar la sintomatología propia, pero uno siempre hace evaluaciones integrales ¿me entiendes? De manera de ver no solamente que tenga hiperactividad, etc., etc., si no que ver, bueno, ¿cómo está ese niño en lo emocional?, ¿cómo están sus habilidades sociales?, eh... ¿cómo está en relación con su familia?, ¿cuáles son los temas que a él le preocupan?, ¿cómo están sus hábitos de estudio?, ¿cómo están las habilidades sociales?, ¿me entiendes? Tal vez por eso nuestro enfoque de abordaje a los niños tiene... de hecho por esos niños creamos el taller de habilidades sociales, porque después hemos metido otros niños y todo lo demás, y entonces hemos... y por estos niños también partió el nexo con los colegios principalmente, para que fuera más coordinada la referencia y contra referencia, para empezar a tener nexos con ellos, con los profesores, con los que derivaban. Y estar preocupados de cómo está el niño allá y cómo qué es lo que vemos nosotros acá. Entonces, yo creo que eso es como lo más positivos que tenemos, no solo yo, sino los terapeutas que trabajamos acá, de ver al niño más allá del diagnóstico, verlo como una persona, un individuo y ver qué otra cosa más hay, y por supuesto que... o sea, es muy importante en estos niños tratar de descubrir las potencialidades que tiene, cosa que no se quede con la etiqueta, con lo malo sino que poder sacarle provecho a todo este... posibilidades. Yo tengo muchos niños que juegan jockey, que corren, hacen atletismo, eehmm... que hacen teatro, o cosas que puedan canalizar ellos este potencial.

10.- Oye SV, ha salido hartito el tema de etiquetas, de rotular al niños, del estigma y todo eso. Hay un proceso que se vive también en base al estigma que es el gatillar un prejuicio y que después pueda derivar en una discriminación. ¿Cómo lo has visto tú? Porque en función un poco de lo que tú me mencionas de cómo funciona acá el CESFAM, eeh... tratan de combatir eso, o por lo menos no lo integran quizás en su práctica o en su mirada. ¿Cómo lo has visto tú en estos niños, quizás en otros contextos?

Mira yo, yo siento que en general, eeh... los tienden a estigmatizar mucho, en general yo, lo que veo “ah no es que tiene déficit atencional, ah no es que es hiperactivo”.

¿En qué consiste el estigma entonces?

En decir “este niño no va a poder dar más, no le pidamos más porque él no puede dar más porque está enfermo”, ¿ya? A lo mejor no va a poder dar para una clase de 40 o 60 minutos concentrado mirando una pizarra, pero puede dar para otras cosas ¿te das cuenta? Entonces eso, eso yo creo que es como lograr lo más...pero, por eso te digo, un trabajo muy...

Y ahí va a estar el prejuicio, de que él no va a ser capaz, y la discriminación, ¿cuándo se ve?, o en qué situaciones te ha tocado a ti ver.

Mira, eeh, la discriminación la vemos cuando eh...nosotros manejamos al niño, porque nosotros lo vemos en otros contextos, de grupales y todo, y vemos que el niño es bastante funcional, entonces nosotros opinamos que no hay que subir dosis de fármacos, que hay que manejarlo... siempre el lema, ojalá sin fármacos o con las mínimas dosis posibles ¿ya? Entonces hay veces en que hay profesores que insisten en que hay que subir las dosis ¿ya? y ahí uno ve el

estigma. Pero eso pasa porque ellos no lo pueden manejar, pero no porque sean incompetentes o malas personas, sino que esto es lo que te decía yo, muchos alumnos, muchos hiperactivos, mucha sobredemanda, entonces es por eso también que uno entiende que pidan más fármacos.

11.- SV aquí te voy a hacer una...una no sé si doble pregunta, pero ¿qué aspectos de tu intervención, de evaluar o intervenir podrían favorecer el estigma asociado al diagnóstico clínico? Y por qué te digo doble pregunta, porque podría ser desde ti, o de la terapia ocupacional que tú conoces como más general, más macro. Y que abiertamente no lo hacemos, y me incluyo yo como terapeuta ocupacional...

Sí, claro, porque uno no hace cosas para estigmatizar más, pero yo creo que es una cosa que pasa por las mismas pruebas que hacemos, por ejemplo decir ehhh... ejercicio de control de impulsividad... “vamos a hacer una competencia, te tienes que quedar sentado, mirándote al espejo, con un libro en la cabeza, vamos a ver cuánto tiempo duras, qué se yo, entonces uno está evaluando y trabajando la sintomatología asociada al trastorno, a lo mejor implícitamente ¿cierto? tú lo estás estigmatizando porque ¿qué estamos trabajando? la impulsividad, la inquietud motora, estamos haciendo ehhh... rompecabezas, estamos haciendo juego memorice, ¿qué estamos trabajando? Memoria, atención, concentración. Entonces, no es que uno lo vaya a hacer en mala, así haciendo la pregunta, como para estigmatizarlo pero, ehhh... uno dirige las pruebas poh, así como va a hacer seguir trabajar a un niño con conflicto con la familia, va a usar títeres, ¿yo también podría decir “estoy estigmatizando”? no, no sé, son técnicas, recursos que uno utiliza para trabajar pero, no sé, pienso que a lo mejor el hecho de... Bueno, en ese mismo contexto por ejemplo nosotros hacemos talleres de habilidades sociales que en un principio nacieron pensando en los niños con déficit atencional, pero después incluimos niños con problemas emocionales, niños con problemas de conducta, como una mixtura, ehhh... como para normalizar el tema y que no quedaran puros niños con déficit atencional, y como para que los niños con déficit atencional tuvieran otras miradas, otros niños, con otras conductas, y no todos potenciados, todos enchufados, todos inquietos ahí poh, pero bueno...

Y por ejemplo qué otros aspectos de la intervención, con los otros contextos, familiar y escolar, podrían favorecer también este estigma.

Bueno, también el mismo hecho que uno va al colegio ahhh... yo creo que van en los planteamientos que uno hace, como los aborda, porque uno va al colegio a hablar de este niño que tiene un problema de déficit atencional y que tiene a veces asociado otros problemas, de conducta, de maltrato infantil, entonces yo creo que tiene que ver con eso, pero no lo había pensado así como directamente, no he pensado así como decir “oohh, ¿estaré haciendo algo como para estigmatizarlo más?” Tal vez, tal vez, estoy pensando en cuando uno hace la psicoeducación ¿ya? y le explica a los papás y les dice “este es el cerebro de un niño normal, este es el cerebro de un niño que tiene déficit atencional, mire los dos son iguales pero hay una diferencia porque aquí hay una sustancia que aquí no funciona, y que el psicoestimulante...” ¿me entiendes? Entonces ahí como que ya marca la diferencia, normal, niño con déficit atencional, o sea ¿no normal?, ¿te das cuenta? Entonces tú piensas... son cosas que no me había puesto a pensar, pero a raíz de esto uno

va pensando cómo desde no lo declarado abiertamente, no consciente pero está encasillando y poniendo al niño con déficit atencional como un niño ¿anormal entonces?

12.- Y ahora, la pregunta al revés, ¿qué aspectos hay de tú intervención que puedan favorecer que disminuya, perdón, no que favorezca, que disminuya este estigma?

Tal vez el hecho de que nosotros, ehhh, tratamos de que...esto mismo que te digo, tratamos de integrarlo a un taller donde hay niños que tienen otros diagnósticos. Siempre en la intervención tratamos de ver las habilidades, conocer las habilidades que tiene el niño, para qué es bueno, en qué se destaca, qué es lo que le gusta hacer...

Eso caracteriza tus intervenciones...

Si, como tratar de... ehhh, si es bueno para correr, ¿ya? le damos con eso ¿me entiendes? para, para la actividad física... Eehhmm, hay niños que recuerdo que habían estado con déficit atencional y que ahora estudian pedagogía en educación física, cosas así donde pudieron canalizar este potencial que ellos tenían. Yo creo que por ahí va el tema principalmente. Y con la familia hay que hacer un trabajo... esa es la otra fortaleza que hemos tenido, que hemos trabajado harto con la, con la familia. Como tratando que la familia sea vea así misma, ehhh, porque el niño por algo es así poh, yo le digo "a ver a quién se parece, quién era así cuando chico", entonces ahí ellos logran como mirarse, porque ellos siempre piensan que el niño es el problema que, lo ven como desde la queja que tiene el colegio ¿ya? pero cuando ellos se conectan con sus propias vivencias dicen "oye, pero si yo también era inquieto", "yo también me costaba concentrarme", "todavía me cuesta" dicen algunos, entonces, eso ayuda mucho como para trabajar la empatía con las familias.

Evalúas entonces distintos ámbitos, el lado individual, el niño, las potencialidades ¿cierto? y la sintomatología propia del diagnóstico clínico...

Claro, el funcionamiento familiar, ¿ya? porque hay veces que hay niños que han pasado por aquí como con déficit atencional, y resulta que uno ve que hay tal nivel de disfuncionalidad familiar y que esta hiperactividad y que esta irritabilidad o esta flojera de hacer tareas, es una respuesta a una crisis no normativa que está viviendo la familia y no tiene nada que ver con un déficit atencional, ¿me entiendes? entonces, en la medida que esto es capaz de hacerse consciente por parte de la familia y en lo posible, se mejora el funcionamiento, el niño volvió a hacer tareas, el niño ehhh... volvió a estar bien, a... disminuyó la inquietud motora, entonces hay muchos niños que no tienen déficit atencional, ¿entiendes? y que son reactivos, sobre todo a situaciones familiares, porque como la familia es el contexto que más influencia al niño, junto con el colegio, entonces esos son los aspectos que hay que regular ahí... Hay profesoras que son súper rígidas, añosas, que están todavía haciendo clases y que funcionan como pacos, y hoy día los niños no pueden ser así, son niños hiperestimulados. Bueno, de ahí es donde nos encontramos con más problemas, que no se puede...yo no puedo influir para que cambien al profesor.

13.- Eso te iba a preguntar también, ¿qué aspectos evaluabas del contexto escolar? Porque hiciste referencia principalmente a cómo intervienes en ese contexto, pero qué se evalúa de ahí... qué...

Claro, se ve al profesor también, las habilidades que yo... a través de, no es que aplique una pauta, sino a través de conversaciones, se ve cuánto es el número de alumnos que hay en la sala, el tipo de curriculum que usan, cuán flexibles son, cómo están distribuidos los alumnos en la sala, pero...ahí, como te digo, yo siento que ahí estamos como recién trabajando, como, como lo más en deuda que tenemos, pero yo siento que igual, antes yo me preocupaba más de eso, pero ahora, como la mayoría de los colegios están teniendo programas de integración...unas de las últimas visitas que fui a hacer a un colegio, me decían que igual la psicóloga del programa, el psicopedagogo, en algunos hay terapeutas ocupacionales también, han podido socializar esto del manejo del niño en sala, como que también ya algunos colegios se están como poniendo al día en eso, pero ya no desde lo que nosotros hagamos como CESFAM, sino producto de los mismos programas de integración, y eso ha sido como bueno.

14.-¿Qué estrategias, o formas de evaluación utilizas como terapeuta ocupacional?

Bueno, usamos hartito acá el juego, eh... el dibujo, y las instancias grupales, como te digo, hay niños que estamos seguros que no tienen déficit atencional, y que porque son...hacen todas las cuestiones, y tú los pones en grupo y ahí colapsan ¿ya? Ahí como que la sobre estimulación en instancias grupales, no la pueden manejar, entonces ahí si hemos llegado a decir, “oye si, necesita medicamentos y todo”, pero recién en grupos, o sea, nunca lo vimos así en otros contextos que son mucho más estructurados, entonces yo creo que el grup...y en algunos casos también, hacer las visitas domiciliarias ¿ya? conocer las...los, los dormitorios de los niños es como bien significativo, ¿ya? entonces...

Entonces, serían juego, dibujo, la...

Visitas domiciliarias, trabajos grupales, la observación clínica de todas maneras, la anamnesis, toda la entrevista clínica que uno hace, claro...

Bueno, principalmente a la familia...

A la familia, claro, uno entrevista a la mamá, también conversa con el niño dependiendo de la edad, pero bueno, usamos otros...ehhh... también está dentro del contexto lo que usamos, juegos proyectivos, por ejemplo se usa el trabajo con títeres, el test de Rosita y Roberto, que son test proyectivos, que también...

¿Alguna pauta estructurada que utilicen? O semiestructuradas.

No, no tenemos nada, a ver, usamos la...también como estos niños tienen la mayoría asociado trastornos de la integración sensorial, usamos algunas pautas de Roggen, hay otra pauta de integración que no está validada pero que nosotros usamos como un tamizaje grueso para tener alguna referencia de los sistemas sensoriales de inicio que están hipo o hiperestimulados.

¿Pero es una pauta que es algo formal, tienen nombre?

Es que es una pauta que hizo una colega en el área norte que, mira, llegó aquí, que nosotros somos...bueno, recibíamos alumnos en práctica, este año no hemos recibido, eh... llegó acá, una alumna la trajo y dijimos “oye, está buena, usémosla”, ¿me entiendes? y la hemos seguido usando pero ni sé quién la hizo ni nada, te la puedo mostrar después. Pero como te digo, eh... eso me había olvidado mencionar también, que trabajamos, también trabajamos con la teoría de la

integración sensorial, y hacemos algunos ejercicios, y entregamos cartillas de dietas sensoriales, con eso principalmente, sí.

15.- Esto va en función también a la otra pregunta, cuáles eran las estrategias o formas de intervención que tienes.

Claro, bueno, se usa... tenemos, también lo otro que aplicamos es el desarrollo psicomotor, si, aplicamos Tepsi y Picq y Vayer, si, dependiendo de la edad del niño. También evaluamos el desarrollo psicomotor en los casos que lo requiere, no en todos, ¿cierto? porque hay niños que, aparte de tener déficit atencional tienes tú, observas, que a través de las actividades que hacen, que son muy torpes en lo motor y eso les aplicamos que hay problemas de lateralidad aún, tienen problemas de esquema corporal, con eso le aplicamos el Picq y Vayer, para ser, dar... trabajamos mucho con... más que nosotros hacer la terapia aquí con los niños, trabajamos con mucha indicación para la casa, porque acá no tenemos ni el tiempo, ni toda la infraestructura que se requeriría para trabajar por ejemplo... en la sala... hay un container que está afuera, hay una terapeuta que trabaja ahí, ella hace circuitos motores para los niños, yo antes también estaba en una sala más grande y hacíamos circuitos motores, y cosas así, pero aquí no, no podemos, entonces trabajamos con indicaciones para la casa y ahí lo trabajan también los padres, y ahí uno ve el nivel de compromiso que tienen los padres para poder hacerlo.

Veía acá un poco que estas estrategias de evaluación, al mismo tiempo podrían funcionar también como estrategias de intervención.

Es así poh, usamos juegos, títeres, qué se yo, dibujos. Tenemos ejercicios, ene, para trabajar el control de la impulsividad, que también lo utilizamos para evaluar, como te digo de quedarse sentado frente al espejo con un juguete en la cabeza lo usamos como para ver cuánto el niño es capaz de autocontrolarse y después también seguir... se lo enseñamos a los papás lo sigan haciendo en su casa y puedan ver cuánto se demora que se le caiga el libro de la cabeza, o cuánto es capaz de mascar una galleta sin tragársela ¿me entiendes?, o estar mirando una vela o soplándola sin que la apague, o sosteniendo o equilibrando una pelota en una paleta. Por así decirlo estamos evaluando y a la vez estamos interviniendo con ellos logrando el control de la impulsividad con ellos.

16.- Entonces los efectos que tú esperas de tu intervención, pero en términos como macro, de todo lo que tú me has mencionado, ehh... va en función de qué, prioritariamente, de disminuir la sintomatología...

Que se pueda... a lo mejor disminuye, pero que se pueda, el niño pueda lograr un mejor, que el niño pueda lograr un conocimiento de estas dificultades que tiene, dentro de lo que su edad lo permita ¿cierto? y pueda lograr un mejor control, un mejor dominio y desarrollar otras habilidades a lo mejor en que puedan dar riendas sueltas a las potencialidades que tienen, o como estas mismas que pueden ser como malo que sea impulsivo, como esa impulsividad la podemos canalizar para que logre, desarrolle otras habilidades como el patinaje, lo que yo te decía, el correr, el que se pare, son buenos en otras cosas, el andar en bicicleta, ehmm... eso principalmente.

17.- Oye SV, y de qué manera crees tú que influye tu propia historia de vida en la manera particular en que tú haces la terapia ocupacional, o eres terapeuta ocupacional, la manera particular en que intervienes. Aquí como que cambiamos un poco el escenario.

Ayy, yo creo que, bueno a mí me gustan los niños en general. Yo creo que cuando uno es mamá también tiene otra, otra como aproximación, porque yo he sido terapeuta sin hijos y con hijos ¿me entiendes? Entonces yo antes como que no entendía mucho a los niños, me gustaban los niños pero no entendía mucho el desarrollo y todo, ya después tuve hijos, bueno ahora mis hijos son adultos, pero igual yo creo que el hecho de tener hijos te ayuda mucho, te ayuda mucho a entender como los padres se aporaleman, como en fin, después ehh... ayudar a resolver algunas cosas, irlos guiando, acompañando, mostrando. Mira, yo creo que, yo creo que el ser humano, de acuerdo a mi concepción, es media loca pero te la voy a decir igual, yo creo que el ser humano nació para estar ocupado, ocupado en el sentido de la ocupación que tenemos nosotros... Yo tengo una postura creacionista, entonces yo creo que Dios cuando creó al hombre lo puso en el huerto del Edén para que lo labrase, lo guardase, lo cuidase. Entonces Dios no creó al hombre para la nada, Dios lo creó para ocuparse y el hombre era feliz cuando estaba en el huerto del Edén, ocupado, poniéndoles nombres a los animales, plantando plantitas, regando el jardín, en fin. Entonces yo siempre he sido... yo creo que Dios fue el primer terapeuta ocupacional, porque yo creo que el hombre sin ocupación mmm no... pierde su esencia de ser vivo, de ser humano, no der ser vivo de ser humano. Entonces esa es la concepción que a mí me mueve, yo siento que... que el hombre necesita ehhh... estar ocupado, necesita la ocupación y la ocupación es la mejor terapia ¿ya?

¿Y esto cómo lo adquiriste en tu vida?

Bueno, yo profeso una religión, yo soy adventista del séptimo día ¿ya? entonces yo llegué a esa iglesia como a los 14 años, entonces eehhh... te fomenta mucho la parte altruista y todo lo demás. Yo siempre quise ser profesora cuando chica, pero después cuando, ya cuando conocí la terapia ocupacional dije ‘esto es lo que yo quiero ser’, ni médico ni otra cosa, terapeuta ocupacional. Y me gusta mucho dedicarme a lo que me dedico, que es la salud familiar en el fondo. Entonces yo creo que el vivir en el ámbito de la religión, de la iglesia, los principios cristianos y todo, te ayuda mucho... a mí personalmente me ha ayudado mucho a ver esto. Por ejemplo nosotros tenemos una visión de ver a Cristo en el otro ¿cierto? entonces tú dices ‘yo no puedo ver a una persona como alguien malo’, porque además que yo creo que Cristo murió por salvar a esa persona, entonces yo tengo que hacer todo lo que sea porque es mi prójimo, porque es alguien que Dios ama, que también murió para salvarle, entonces yo cómo no voy a hacer lo más que puedo por esa persona ¿te das cuenta? Entonces se cruza un poco con esto y con sentir también, que dentro de lo que yo... porque yo llevo más de 30, 40 años acá en esta iglesia, de sentir que yo no solamente me he formado por una cosa universitaria, ¿cierto? de hecho también tengo un magister, tengo nos diplomados, pero sino que también la palabra de Dios me ha formado, y siento que muchos de los recursos profesionales que yo manejo tienen que ver con la biblia, sintiendo de acuerdo a mis creencias, que la biblia es la palabra de Dios ¿ya? Entonces digo, pucha, Dios me enseña, directamente, Dios para mí es Dios, es soberano todopoderoso, entonces como te decía, no es que yo desmerezca lo que me pueda enseñar un hombre en ningún caso porque Dios le ha dado la sabiduría a los hombres para enseñar, pero digo yo tengo aquí la fuente primaria que es Dios ¿ya? entonces muchas cosas terapéuticas yo las saco de la biblia.

¿Cómo cuales por ejemplo?

Por ejemplo el manejo de pensamientos negativos. Salomón en Proverbios dice ‘‘como el hombre piensa en su corazón, así es él’’, ah entonces si yo quiero tener un hombre feliz tengo que lograr que piense distinto. El apóstol Pablo estuvo en la cárcel cuando escribió el libro Filipenses, y en el capítulo 4 estando en situación de cárcel, súper mal, tú lees el capítulo 4 de Filipenses y él dice ‘‘gozaos en el Señor siempre, entonces yo digo gozaos, hermanos si hay algo puro, algo bueno, algo dignos de alabanza, en esto pensad, todo lo puedo en Cristo que me fortalece’’, entonces tú dices ‘‘oye, un gallo que está en situación de cárcel y te está diciendo piensa positivo ¿te das cuenta? Entonces, cuando hablamos de los duelos, está todo lo que es la esperanza.

Por eso entonces también, se logra entender que en tú intervención como terapeuta ocupacional en niños y niñas diagnosticados con déficit atencional le des tanta importancia a los aspectos, ¿cómo las potencialidades de los niños, va en función de eso?

Si, va en función de eso... pero ahora que tú me lo dices lo pienso, porque yo creo que es algo que es parte mía ¿ah? El creer en el ser humano porque Dios nos... yo siempre digo, Dios nos creó para ser felices, yo creo que más allá de las tragedias que nos puedan pasar podemos ser felices y creo que la religión, independientemente de la religión que profese la persona, no te hablo de la adventista en particular porque yo soy adventista, sino que yo creo que, y por eso que destaco mucho el modelo Canadiense con esta visión de la espiritualidad pensando en que hay que usar la religión o la fe, más que la religión la fe como un agente resilientador ¿ya? Una persona que se siente que es rechazada y todo, o que ha sido abandonada por su padre, la biblia dice ‘‘yo soy tu padre, aunque tu madre y tu padre te dejaren yo no te dejaré’’ dice el Señor, o una mujer que se ha separado que dice ‘‘yo soy Jehová tu marido, yo soy tu marido tu hacedor’’ ¿ya? entonces ehhh... yo utilizo muchas cosas, como te digo, que me ha teñido esta formación cristiana, en cómo ayudar también a que mis pacientes, los que están por ejemplo, mucha depresión que se genera por los sentimientos de culpa, por sentimientos de rabia pegados en el corazón, entonces cuando tu vas a la fuente, te habla, en la biblia sale como tú puedes sanar tus miedos, como sanar tus ansiedades, están todos tus remedios ahí poh, entonces uno utiliza mucho de ese conocimiento sin caer en un proselitismo religioso, nada de eso, pero uno utiliza... porque la gente, la mayoría de la gente tiene fe ¿ya? Entonces yo siento que algo que me ha formado mucho a mí es la biblia, es las creencias religiosas que yo tengo, sí.

Ahí, enfocándonos entonces en tu experiencia de vida, destaca el rol de mamá que lo adquiriste...

Si, la fe, el rol de mamá, bueno y también mi matrimonio, tengo 28, 29 años de matrimonio ehmmmm... es difícil vivir en pareja, creo que muchas veces le he querido apretar el cogote a mi marido, entonces esas cosas te hacen humana. Yo trabajo mucho con las historias, las experiencias de las personas entonces con estas vivencias uno dice, cuando la señora está aquí deprimida yo le digo ‘‘oiga no se preocupe, si yo también le he querido apretar el cogote a mi marido’’, ¿me entiendes? desde la empatía. Bueno, y si tu... al hecho de ser mamá para trabajar con niños y entender que las mamás se enojan, que les dan ganas de pegarle, que pierden el control ¿cierto? esas cosas a mí también me sucedieron, si soy, puedo ser terapeuta, también mi hijo tuvo déficit atencional como todos, y me echaban tallas aquí, mal terapeuta de tener un hijo con déficit

atencional, entonces, esas cosas que tú crees que son obvias, que no lo son, en fin. Creo que sirve ser madre, para trabajar con niños sirve mucho, es distinto. Aquí hay una psicóloga que no es mamá y hace un taller de habilidades parentales y es muy distinto, es muy distinto, yo creo que para hacer un taller de habilidades parentales tienes que ser mamá, la teoría es una cosa pero estar ahí es otra.

18.- Obviamente que eso le imprime un estilo, una característica particular a tu forma de ser terapeuta, tu formación profesional también... fue lo primero que me mencionaste, pero al parecer esta formación profesional, como que te formaste de nuevo con la práctica.

Si, ¡y con los alumnos! Yo estoy muy agradecida de ser... de haber sido tantos años, desde el año 94' instructora de prácticas clínicas ¿ya? Hasta el año... ¿a ver? Hasta el año pasado recibimos alumnos, ¿ya? este año ya no, ¿o el año pasado? No, hasta el año pasado recibimos alumnos. Ehhh, uno se enriquece mucho porque ellos te traen el conocimiento fresco poh, de todas las teorías. Suponte, del Modelo de Ocupación Humana... yo... calcula que yo salí el año 84, el Modelo de Ocupación Humana es posterior, la teoría de la Integración Sensorial, el Modelo Canadiense... cuántas cuestiones más! La creatividad!!, yo no me formé en creatividad, después tuve que hacer un postgrado de creatividad. Y muchas otras cosas que te digo que van... se van dando... no, sin duda ahí, y la formación, si poh, o sea, yo creo que la práctica hace mucho, es muy enriquecedor trabajar con otros terapeutas, yo estoy agradecida del Cristian, de la Loreto, de todos los terapeutas porque uno se comparte conocimiento, se enriquece, los alumnos hacen presentaciones, uno les pregunta, yo he aprendido mucho con ellos, muchas cosas.

19.- También me mencionaste un poco cómo influye el marco institucional en tus prácticas, o sea...

Si, poh. Yo viví el proceso de ser consultorio... Yo llegué aquí cuando esto era consultorio ¿ya? Y yo venía con toda esa cosa más biopsicosocial, entonces a mí me empezaron a utilizar, como no sabían lo que hacían, para que yo les diera el enfoque más psicosocial a la intervención, y yo venía con esa formación, con ese training de trabajo cuando me trasladaron acá entonces, eehhh, ahí comenzamos a meternos en el tema de salud mental, aquí no se hacía nada de salud mental cuando yo llegué, entonces yo creé el programa de salud mental acá... Ehhmmm... y ya después yo fui subdirectora 12 años en este consultorio. Ehhh... y trabaje porque se transformara en Centro de Salud Familiar y de hecho cuando yo estaba de subdirectora nos acreditamos como CESFAM. Entonces si poh, uno va trabajando, fui a Canadá, me formé... estuve un año y medio haciendo una pasan... un año y medio, ojalá!! No, no tanto ojalá, porque habría dejado a mi familia mucho tiempo sola. Estuve un mes y medio formándome en lo que es Salud Familiar en Canadá, y aquí hice cursos también de salud familiar, hago clases en la universidad de familia y salud mental, entonces tengo esa mirada más como de la potencialidad que tiene el modelo de salud familiar.

Claro, y quizás que tu intervención como terapeuta no sea tan individualista.

Exacto, claro, y además que este modelo te invita a trabajar en los llamados equipos de cabecera, entonces estamos con un paciente, voy y hablo con el médico y él mismo me dice ¿??? Entonces voy con el médico, la matrona, con la enfermera. O la enfermera tenía en la mañana una paciente descompensada hipertensa, ya pásamela para acá la veo al tiro, ¿me entiendes? O sea estamos en

un... este trabajo multidisciplinario, interdisciplinario, transdisciplinario y además con toda esta mirada del modelo sistémico y todo lo demás.

¿Hay algo de ese marco institucional que pueda limitar tu intervención o no?

No, no. Yo creo que el marco... mira, el marco institucional incluso es favorecedor, de hecho ahora en la tarde yo andaba, por eso me atrasé, donde fui a la comunidad, a hacer un taller de estimulación cognitiva para adultos mayores. A veces un poco las cosas políticas, contingentes que... pero uno trata de no, de no engancharse tanto con esas cosas y seguir haciendo lo que se tiene que hacer.

Por ejemplo, en la institución está también cuánto tiempo tiene para hacer cada atención, quizás...

Sí, pero en ese sentido yo creo que nos dan harta como... por ejemplo, nosotros nos demoramos 45 minutos por paciente.

Ah, igual tienes 45 minutos.

Es un tiempo... y cuando nos quisieron rebajar a medio yo dije, no, yo sigo trabajando con 45 minutos, porque yo no me basta con media hora. Entonces suponte, las intervenciones grupales nosotros decidimos cuánto tiempo necesitamos, "no, necesitamos hacer un taller que dure 2 horas", y puedo bloquear las 2 horas ¿me entiendes? entonces no hay esa restricción que tenemos que cumplir con tal cosa de tal manera.

20.- ¿Y las políticas públicas? Porque también hay normas técnicas o guías clínicas.

No yo creo que son, mira, a veces por no aparecer... "otros profesionales", no aparecemos como estipulados, pero yo creo que por lo menos, tal vez puede ser porque llevo tantos años, porque igual estoy validada, gracias a Dios he tenido el respaldo para hacer las cosas que debo hacer, sin tanta como... sin restricciones. No recuerdo que me hayan puesto problemas, de pronto si como que se pusieron un poco pesados, con un cambio de jefes así como que "no, esto lo hace el psicólogo", ah ya ok, eso lo hace el psicólogo y yo hago otra cosa ¿me entiendes? pero después me dijeron "sigue haciéndolo tú", o sea, igual cuando no, la jefatura no entiende muy bien el rol del terapeuta y el rol del psicólogo, se pueden producir algunos devenires pero nada que no sea arreglable en el tiempo.

21.- Oye SV y una duda que me queda, ya es la última pregunta...y una duda de las primeras preguntas que te hice, en términos del tratamiento farmacológico, ¿por qué siempre evitar el tratamiento farmacológico?

Bueno, eso tal vez también tiene que ver con valores... no, no con valores personales, sino que hay un estigma frente al medicamento ¿ya? y como tratamos de que el niño no quede estigmatizado, y también pensando en que cada medicamento hace bien para una cosa y mal para otra ¿ya? entonces uno siempre trata de que ojalá funcione sin medicamento, pero si hay que usar medicamento ojalá las dosis mínimas, porque para que no se te dañen los riñones, no se te dañe el hígado, pensando que son medicamentos que vas a tomar por cualquier cantidad de años. Y que además a veces toman otros medicamentos porque también son asmáticos, porque son crónicos de no sé qué otra cuestión, entonces más encima le vas a agregar el metilfenidato y con todos los efectos secundarios que muchas veces tiene, que le duele la cabeza, que le duele la guata, que les

baja el apetito. Entonces por eso uno trata... incluso ahora está el programa alternativo, yo lo desconozco, igual estaba medio suspendido, estaban probando con Flores de Bach, ¿me entiendes? pero, yo no me he metido muy a caballo en el tema, pero yo lo que había que mandar lo mandaba a Flores de Bach a todos los niños. Si uno puede mejorar las dietas, no tome productos cafeinados, o sea uno hace todo el manejo medioambiental, dormir tantas horas, no ver tanta tele, las golosinas, o sea todo lo que uno conoce que afecta, que influye para que estos niños estén más inquietos que la media.

Si, y mencionabas este estigma que tiene el fármaco.

Además poh, porque el niño dice ‘es que yo tomo remedios porque estoy loco’, incluso había una mamá que decía, ‘no, yo le digo que es una vitamina’, imagínate! Para que no pensara que era un psicoestimulante. Además que la gente llega aquí muy prejuiciada con el fármaco, que dice que se va a hacer adicto, porque antes se daban anfetaminas, hace unos años atrás que se está usando metilfenidato, entonces peor porque tiene más estigma la anfetamina, ya y hay mucha creencia de que estos niños van, llegan a ser adictos por el uso de... y todavía...incluso hay estudios serios al respecto y todo, pero yo sigo pensando que el fármaco es algo necesario

Y muchas veces los colegios también asumen...

Los profesores mucho, tienen el estigma de que los va a hacer drogadictos y es parte del estigma de que nosotros trabajamos con ellos cuando vamos a hacer charlas a los colegios y todo lo demás, le explicamos que no... y todo lo que hay que explicar pero igual hay profesores que dicen ‘no, miren si el niño funciona bien’... le dicen a los papás, ‘yo prefiero que no tome remedios, yo lo puedo manejar’, y así pensamos en cosas naturales, pero es más que nada por eso, por el daño colateral que tiene la sobrecarga en los riñones, al hígado, entonces, pero, a veces se prefiere el mal menor.

22.-SV, nada más que si quieres agregar algo más a la entrevista, algún tema algo que creas que quizás te gustaría destacar.

No, fíate que yo siento que acá, nuestro programa que está relacionado con el Déficit Atencional es súper bueno, lo hemos construido junto con los alumnos, creo que tal vez si tú vas y conoces otras prácticas, en atención primaria, son mucho más básicas de lo que hacemos acá, ¿ya? Creo que nosotros hacemos hartoo, tenemos hartoo material, hemos ido desarrollando una experiencia larga en el tiempo, eh... y yo creo que lo mejor de todo es que lo hemos pasado bien en todos estos años ¿ah? Eso es lo mejor de todo que uno ejerza una profesión, en un trabajo en el área que sea, pero que sea feliz en lo que hace. Yo creo que soy plenamente feliz en lo que hago. Y uno tiene que transmitirle eso a los niños porque uno es un agente resilientador para ellos.

Anexo 4

Codificación Entrevista 2

Entrevistado: RB

Entrevistador: PS

CÓDIGO	ENUNCIADO	CATEGORÍAS Y ATRIBUTOS
1	¿Cuál es tu comprensión de niño o niña?	Categoría:
2	Cuál es mi comprensión de niño o niña, bueno siento que el contexto cultural es determinante en eso, ehh... siento que es un tema de género, finalmente de... Voy a comprender a un niño a niña por las características más bien física, porque así me han señalado y así me ha sido enseñado históricamente en el fondo, pero por su características más bien físicas, eso...	Comprensión niño o niña. Dimensión: 1. Contexto cultural determinante 2. Tema de género Atributos: 1.1- Comprensión de niño o niña desde sus características físicas, así ha sido enseñado históricamente. E2-P2
3	¿Y de niñez? ¿Cuál es tu concepto de niñez?	Categoría:
4	Yo siento que el concepto de niñez me acomoda mucho más que el concepto de infante o de menor. Yo creo que el concepto de niñez está encuadrado, dentro de mi modo de ver... de una etapa del ciclo vital puede ser, que permite un funcionamiento, un desarrollo, un desempeño, no sé, que va a estar asociado al juego por ejemplo, el niño ese es su modo de explorar, desde la niñez, desde el desempeño para poder explorar.. eso..	Comprensión de niñez Dimensión 1. Diferencia entre concepto de niñez v/s infante o menor 2. Concepto de niñez encuadrado en etapa de ciclo vital.
5	¿Qué es para ti ser un niño?	Atributo
6	Un niño es una persona que tiene una necesidad de querer explorar.	1.1. Concepto de niñez le acomoda más porque está encuadrado en una etapa del ciclo vital. E2-P4
7	Para mí ser un niño es como tratar de identificar figuras que se transformen en significativas, el niño está en búsqueda de querer armar un entramado social importante, estas figuras significativas puede ser la familia pueden ser amiguitos, ya... por lo tanto ser un niño para mí, bueno si bien es una etapa re-importante, ehh.. va a estar determinada también del contexto, no se poh, un niño que crece aquí en Chile va ser un niño totalmente diferente al niño que crece no se... en un país tremendamente vulnerado ya??, donde nosotros consideramos la vulneración de derecho no se poh... un país que está en guerra, para mí eso no es niñez, como yo lo entiendo, porque el niño no se está desarrollando como debiese desarrollarse.	2.1- Permite un desempeño, que se asocia al juego y esto a la exploración. E2-P4 Categoría Comprensión de ser niño Dimensión 1-Persona con necesidad de explorar 2- Determinada por contexto cultural Atributo 1- 1. Identificación de figuras significativas, intención de armar un entramado social. Ya sea amigos, familia. E2-P7
8	¿Cómo debiese desarrollarse?	2-1. Etapa importante, determinada desde contexto socio-culturales, diferencia entre ser niño en Chile versus países más vulnerable. E2-P7
9	Debiese desarrollarse, en un clima que le permita la exploración tranquila, que le permita, ehh un ehh... Donde tenga un espacio de confianza, donde tenga una figura de apego ya?... Donde se sienta protegido y contenido desde diferentes puntos de vista a nivel de salud a nivel emocional... etc.	***Nuevamente se aplica la visión situada y el concepto de cultura en cuanto a la configuración

		<p>de significados cuando se habla de lo que significa o concibe como "niñez". <i>"país que está en guerra, para mí eso no es niñez, como yo lo entiendo".</i></p> <p>Categoría Comprensión de niño y niña Dimensión 1.Contexto "ideal" para desarrollo de niño Atributo 1-1.Contexto que permita exploración tranquila. E2-P9 1-2- Contenga figuras de apego. E2-P9 1. 3- Contenido desde salud, emocional etc. E2-P9</p>
10	¿Tu trabajo, directamente ha impacto en tu concepción de niñez?	<p>Categoría Impacto de experiencia de trabajo en comprensión de niño y niña Dimensión 1- Contextualización de la comuna donde se inserta su trabajo. 2- Concepción del programa (JUNAEB) de niñez. Atributo 1- Comuna compleja en aspectos económicos y laborales, propicia espacio de vulneración de derechos que influye en el concepto ideal de niño. E2-P13 2- Desde el programa de JUNAEB, concepción de niño relacionado a la funcionalidad. E2-P14</p> <p>Categoría Impacto de experiencia de trabajo en comprensión de niño y niña Dimensión 2- Concepción del programa (JUNAEB) de niñez. 3- Ampliar concepción del programa desde los profesionales.</p> <p>Atributo **CATEGORÍA: CONFIGURACIÓN PRÁCTICA; MARCO INSTITUCIONAL</p>
11	Mm Si... Harto hartos...	
12	En qué sentido...	
13	A ver... Yo siento que ha impacto, porque el... bueno yo trabajo en Pudahuel, y que es una comuna tremendamente compleja, en términos económicos, es una comuna compleja en lo laboral, hay niños tremendamente dañados por el contextos social donde viven... que se crían solos, niños súper parentalizados también, cumpliendo roles que no les corresponden, y ahí hay un espacio de vulneración de derecho por ejemplo, y ha cambiado porque me he dado cuenta que este ideal de niño, que yo tenía identificado en algún momento, se entorpece el proceso. Al lado de mi casa, yo vivo en Lo Prado, el contexto físico y el contexto socioeconómico es bien parecido también... Eso	
14	Y también por la concepción del programa, yo creo el programa me ha permitido entender al niño de otra manera, lo ve de una manera súper funcionalista el programa, entonces nosotros como dentro de este programa habilidades, hacemos una crítica tremenda a como nos plantea la Junaeb esta concepción de niñez... Nosotros tratamos de ampliarla...	
15	¿Cómo se los plantea?	
16	A ver... Nos plantea que el niño debe cambiar ciertas conductas de riesgo... ya... Y tiene que ser funcional, lo que trata es de normalizar, nosotros tratamos de ampliar esa normalización... no se poh... tratamos de meter el juego por ejemplo, el juego no lo identifica la Junaeb como un área de exploración, el niño tiene que	

	funcionar bien en la escuela, pero no solamente tiene que funcionar bien en la escuela, tiene que tener un buen desempeño en el juego, en la casa, en el colegio... como en diferentes contextos y nosotros tratamos de incorporar eso en nuestras intervenciones... y ahí nosotros ampliamos el concepto de niñez y no está enfocado solamente a lo académico..	2- JUNAEB, plantea a un niño FUNCIONAL y enfocado principalmente a lo académico que debe NORMALIZAR. E2-P16 3- Ampliar el concepto de niñez, insertando áreas como el juego, contexto familiar, y no reduciéndolo sólo al contexto académico. E2-P16
17	¿Y respecto al TDAH... Qué opinión te merece el diagnóstico?	Categoría Opinión de TDAH
18	Qué opinión me merece el diagnóstico... A ver el déficit de atención como diagnóstico, me merece mucha crítica el diagnóstico, siento que el diagnóstico en este último periodo ha tenido un aumento tremendamente significativo porque estamos patologizando conductas normales de los niños siento yo... el niño que en los 70 a los 90 fue desordenado ahora es hiperactivo, ehh... hoy día el niño que no toma atención es desatento, el niño que tiene la capacidad de poder estar pensando en dos cosas diferentes, hoy día es desatento. Entonces se están castigando comportamientos naturales en los niños a partir de un diagnóstico...Ya?...Lo están categorizando, lo están encasillando y son cosas que a mi modo de ver, son tremendamente naturales y cuando dejan de ser normales entre comillas, no se detienen a observar que es porque hay un contexto social que lo está gatillando ese comportamiento, no es porque si que el niño se comporte de esa manera, la hiperactividad por algo es no es por nada, y si es por algo... es porque el niño quiere explorar en el fondo, el niño que no acepta mucho la autoridad porque será, es porque en la casa no tiene los patrones parentales por así decirlo, que sepan poner reglas más estructuradas, por lo tanto no va aceptar la autoridad de un profesor por ejemplo, por lo tanto siento que el contexto es determinante para definir el déficit de atención...	Dimensión 1- Crítica al Diagnóstico 2- Importancia del contexto en conductas de los niños Atributos 1.1- Patologización de conductas normales de los niños. E2- P18 1.2-Castigando conductas naturales de los niños, categorizándolas y encasillándolas. E2- P18 2-Existe una invisibilización del contexto como gatillante de comportamientos E2- P18
19	Según tu experiencia, ¿cuál es el impacto que genera el diagnóstico en la familia y en el niño mismo?	Categoría Impacto del Diagnóstico en la familia
20	Es que yo creo que eso va a ser depende de la edad del niño y depende del tipo de tratamiento que asuma el niño y que asuma la familia también, pero siento que el impacto que tienen el diagnóstico es para bajar en cierto modo... o sea es que la familia busca una respuesta, ¿te fijai? Ya sé cuál es el diagnóstico, probablemente la familia lo tenía visualizado desde antes, pero a la familia le están diciendo a partir de este comportamiento su hijo tiene Déficit de Atención... por ende voy a reducir mi	Dimensión 1.- Necesidad de respuesta de la familia. 2.-Traspaso de responsabilidades, concepto de culpa. Atributos 1.1- Conocer un diagnóstico en el niño, favorecería la disminución de ansiedad por

	ansiedad, entonces... ¿cuál es la forma de operar? el medicamento, o la terapia grupal o la terapia individual, ¿te fijai? es un modo de regulación de la familia...	parte del contexto familiar, al poder identificar una causa clara como gatillante del comportamiento del niño, y por ende existirá una intervención clara a seguir. E2- P20
21	Y en el niño... es una carga... que lo empiecen a visualizar como el chico desordenado como... empieza la estigmatización previa, con los compañeros, con los profesores, con el mismo equipo de trabajo... con los mismos equipos de profesionales... Uno ve la ficha y dice, ahh viene este chico que es intenso y uno ya se crea el juicio previo, y así es como opera poh, encasillado y a la familia la regula... bajando la ansiedad y también traspasando un tema de culpa, entonces el problema es de ellos, entonces ahí siento donde está el problema de la intervención siento yo... Porque al final esta cuestión es bien sistémica... y... falta mucho de una intervención familiar y domiciliarias para ver como es la dinámica familiar de la familia con este niño... y la familia claro... delega la responsabilidad...	<p>2.1- Se buscan formas de enfrentar la situación desde el contexto de salud, a través de medicamentos, terapias. etc. E2- P20</p> <p>22.- Se traspasa la responsabilidad al niño, ya que el problema estaría situado en ellos debido a que portan un diagnóstico. E2- P21</p> <p>Categoría Impacto del diagnóstico en el niño o niña</p> <p>Dimensión 1- Carga en el niño. 2- Proceso de estigmatización. 3.- Crítica al tipo de intervención.</p> <p>Atributos 1.1- En el niño es una carga que lo vean como el chico desordenado. E2- P21 2.1-Comienza el juicio previo, con compañeros, profesores, equipos de salud, comenzando a encasillar y estigmatizar. E2- P21</p> <p>3.1.- Ausencia de abordaje en contexto familiar, para visualizar la dinámica que se genera con el niño o niña que podrían estar contribuyendo a lo construido como diagnóstico único del niño. E2- P21 SE AGREGA EN MARCO INSTITUCIONAL</p>
22	¿Qué opinas tú del proceso que se lleva a cabo para diagnosticar?	Categoría Opinión de proceso diagnóstico del TDAH
23	Mira... Depende de quién genera el diagnóstico, ¿ya?... cuando los diagnósticos son integrales va estar determinado por una diversidad de profesionales, puede estar determinado por un T.O, va estar asociado a eso la opinión de un psicólogo y un psicopedagogo.	Dimensión 1.- Diferencias entre diagnóstico por equipo transdisciplinario v/s diagnóstico realizado sólo por médicos
24	Cuando dejas de tener un equipo integral la opción la hace un psiquiatra o neurólogo, entonces sabemos que la posibilidad de observar in situ a un niño con déficit de atención, más allá de la opinión que dé la profesora, que también está asociada al estigma, sabemos que viene con mucha carga la opinión de la profesora ehmm esa	Atributos 1.1- Diagnóstico por médicos se considera facilista. E2-P24 1.2-Diagnóstico por médicos reduce posibilidad de observar in situ y se reduce a

	opinión es la que extrae el psiquiatra o el neurólogo, entonces va a ser muy facilista poh... Ahh esto es lo que le pasa en el colegio entonces esto es lo que tiene, entonces no hay una profundización en el niño.	visión de profesora la cual se considera asociada a estigma. E2-P24 1.3- Diagnostico por equipo interdisciplinario favorece la mayor profundización en la evaluación. E2-P24
25	En el caso contrario, cuando tienes un equipo multidisciplinario interdisciplinario evaluando el comportamiento del niño, entonces a partir de estas tres visiones mas el correlato de la profesora, perfecto, esto pasa en dos contextos la familia también se siente impactada por esta situación, ya puede ser esto, pero cuando hacen el abordaje sólo psiquiatras y neurólogos es lo más fácil poder evaluar más que profundizar en algo más... Y que es lo que más se da y es algo casi mecánico...	
26	¿Desde tu rol como Terapeuta Ocupacional, cuáles son según tu las principales necesidades a intervenir que observas en estos niños?... ¿En el trabajo con esto niños?	Categoría Principales necesidades de intervención en niños diagnosticados con TDAH, desde rol de T.O
27	Yo creo que lo mencione anteriormente, yo creo que está asociado al trabajo familiar... Es un foco re-importante, que hay que profundizar nosotros como T.O, más que en el niño en si... tenemos que identificar las dinámicas familiares, que cómo está funcionando la familia que está generando que el niño se comporte de tal manera, yo creo ahí es donde tenemos que poner foco.	Dimensión 1- Familia 2- Niño 3.- Intervención en el Colegio
28	Y el niño también claro, pero el niño porque, por qué no se está concentrando para que le vaya bien en el colegio, o porque está siendo muy desordenado en la casa "ahí me estoy poniendo en un caso hipotético"... y la mamá eso le genera mucho ruido... No le gusta, ya pero eso tiene que ver con el patrón familiar... Pero yo creo que debemos abordar a la familia y después al niño...	Atributos 1.1- Identificación de dinámicas y funcionamiento familiar, como foco principal de intervención. E2-P27 1.2- Identificar cómo el funcionamiento familiar impacta en comportamiento del niño o niña. E2-P27 2.1- Se realiza intervención al niño por baja concentración, que influye directamente en desempeño académico, y/o hiperactividad que genere molestias en el hogar. E2-P28
29	¿Perfecto... y el colegio... lo dejas en algún ITEM?	3.1- Educar a profesores en cuanto a técnicas de manejo, con el objetivo de disminuir nivel de estrés. E2-P30
30	Si, de todas maneras... ehmm. A modo y también, ahí podemos dejar de lado al niño y educar a profesora o al profesor... Más que nada en relación a técnicas de manejo, para disminuir su nivel de estrés. Yo creo que trabajando en esos dos polos el comportamiento del niño debería andar perfecto...	
31	¿Cómo te enfrentas tu cuando te llega un niño con este diagnostico, qué es lo que tu esperarías?	Categoría Expectativas previas frente a un niño/a diagnosticado con TDAH.
32	Si bien yo no intervengo con niños que estén diagnosticados, yo más bien trabajo con niños que tienen algunos indicios de riesgo que pudieran provocar o indicar que pueden tener déficit de atención, estos indicadores son, que no acepta la figura de autoridad, que su nivel de actividad es alto, que su contacto social es malo podríamos decir, es medio agresivo o medio violento...	Dimensión 1.- Indicadores como índices de riesgo. Atributos 1.1.- Existirían algunos indicadores de comportamiento en los niños, los cuales se espera encontrar tales como: no aceptar figuras de autoridad, nivel elevado de actividad, y agresividad. E2-P32

33	¿A qué área se pone énfasis en la evaluación...?	Categoría
34	Yo creo que al desempeño académico, el diagnóstico se hace a muy temprana edad, se está haciendo en base a la observación que hace la familia probablemente, que hace la profesora, que está siendo muy disruptivo en sala de clases, por lo tanto como viene con esta identificación inicial, el foco está puesto ahí, a que el niño tenga un mejor desempeño en el contexto académico.	<p>Áreas que se le da mayor énfasis en la evaluación.</p> <p>Dimensión</p> <p>1.- Énfasis puesto en desempeño académico.</p> <p>2.- Proceso diagnóstico.</p> <p>Atributos</p> <p>1.1.- Se enfatiza en la evaluación del desempeño académico, debido a la identificación inicial de "problema" en base a lo referido en contexto escolar profesores. E2-P34 SUBCAT: INTERVENCIONES</p> <p>2.1.- Diagnóstico se realiza a temprana edad. E2-P34</p> <p>2.2.- Diagnóstico se elabora en base a observaciones referidas por contexto familiar. E2-P34</p> <p>2.3.- Diagnóstico se elabora en base a observaciones referidas por profesores. E2-P34</p> <p>CATEGORÍA PROCESO DIAGNOSTICO: 2.1, 2.2, 2.3</p>
35	¿Crees que hay un estigma asociado a este diagnóstico y cómo lo observas?	Categoría
36	Sí, claro... Por una cuestión de género en los niños... y cuando se da en niñas creo que se castiga más..	Opinión de Estigma asociado a diagnóstico
37	¿A qué te refieres con eso?	Dimensión
38	Porque no es tan común que sea en niñas, en términos estadísticos, y cuando aparece una niña que es tremendamente revoltosa o que genera o como que impacta en el desarrollo de una clase, ya esta niña es castigada... esta niña es castigada... Es como la niña que tiene problemas en la casa, es lo me dicen las profesoras, es la niña que tiene, es como que está el foco puesto en ella, en cambio en el niño lo tienden a normalizar más...	<p>1.- Diferenciación por género.</p> <p>Atributos</p> <p>1.1- Cuando se da en niña se castiga más, puesto que no es lo común. E2-P36</p> <p>1.2- Conductas se normalizan más a los niños, por mayor presencia en términos estadísticos. E2-P38</p>
39	¿De la intervención de nosotros como T.O., qué cosas que hacemos en la intervención provocan un aumento en el estigma asociado a este diagnóstico?	Categoría
40	Ehh... Yo siento que validar el tratamiento farmacológico para poder intervenir a veces aumenta el estigma.	Aspecto de la intervención del T.O que aumenten el estigma.
41	Ehh ayer pensaba... Te voy a contar una situación, ayer pensaba en un niño que tiene todas las características para, con déficit de atención para participar en un taller preventivo, y lo pensé mucho antes de tomar la decisión	<p>Dimensión</p> <p>1- Validar el tratamiento farmacológico E2-P40</p> <p>2- Funciona desde el diagnóstico.</p>

	y le dije a la mamá, “pero sabe, que no lo lleve con medicamentos, porque esa es la conducta cotidiana, y yo quiero verlo en ese estado” y vamos a ver qué podemos hacer para que él tienda a regular esta conducta y que permita un mejor desempeño en el grupo, que se aprenda a relacionar desde su... desde su ser sujeto en el fondo, no con la intervención farmacológica, no con este dopaje en el fondo y cuando uno como terapeuta valida la intervención farmacológica y desde ahí interviene, con el chico regulado pero químicamente, ahí creo que nosotros seguimos estigmatizando, porque el chico no tiene otra forma de funcionar si es que no es con el medicamento.	Atributos 1.1- Validar el uso de fármacos, para llevar a cabo una intervención en instancias grupales o individuales, mantiene el estigma sobre el niño/a, ya que este/a no tendría otra manera de desempeñarse, si no es con el medicamento., E2-P41 2.1- Se estigmatizaría cuando se trata al niño en base al diagnóstico, en vez de naturalizar su comportamiento más activo o desordenado como parte de él/ella como niño/a. E2-P42
42	El hecho de tratarlo como un niño que tiene déficit de atención, ahí también estas estigmatizando porque que no estás naturalizando que éste puede ser un chico más activo o más desordenado... en vez de naturalizar dentro del grupo de pares... Siento que esas pueden ser... Pueden haber otras pero estas son las que se me ocurren ahora...	
43	¿Y qué acciones que realizamos, crees tú que disminuyen este estigma asociado?	Categoría Acciones que realizan los T.O que disminuyen el estigma asociado.
44	Yo creo que... Uno tiende a educar mucho a la familia y los profesores o educadores, yo creo que son acciones concretas como trabajar en estos dos contextos... y desde esa manera va a disminuir el juicio y de esa manera impactamos positivamente en el desarrollo del chico... educando a disminuir el juicio definitivamente...	Dimensión 1.- Educar, a la familia y a los profesores Atributos 1.1.- Educar a la familia y a los profesores, para disminuir el juicio hacia los niños/as diagnóstico de TDAH, se traduce en una acción concreta que favorece la disminución del estigma relacionado con el diagnóstico. E2-P44
45	¿Frente al tema de estigma, sientes que hay algo que tu quieres agregar que no te pregunte?	Categoría Impacto del estigma, también influye en pares y compañeros
46	En relación al estigma... yo creo que hay mucho que abordar, pero son niños que... Siento que el juicio que se hace sobre esto los marca profundamente, porque se transmite también a los pares, el estigma también lo hacen los compañeros, el estigma no lo hacen tan sólo los grandes, también lo hacen los compañeros, porque influye en las relaciones, influye en el juego... cómo se relaciona en clases, y eso como que los va marcando en el futuro, va generando aislamiento, va generando rechazo en resto de los grupos...	Dimensión 1.- Estigma influye en relaciones, juego y como se relaciona en clases. Atributos 1.1.- Juicio relacionado con TDAH, marca significativamente a los niños/niñas diagnosticados, aislándose, debido a que estas ideas preconcebidas asociadas al TDAH se transmite a pares, generando la

		estigmatización y rechazo por parte de estos. E2-P46
47	Ahora... Hablando un poquito de tu intervención... ¿Qué crees tú que marca tus intervenciones, que caracteriza tu intervención?	Categoría Opinión respecto de lo que Caracteriza intervenciones del T.O
48	A ver... interesante esa pregunta porque el programa, como para contextualizarte, nosotros apelamos a una dinámica transdisciplinaria como profesionales de habilidades para la vida, y trabajamos psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, y todos trabajamos bajo la misma modalidad.	Dimensión 1- Referencia del carácter transdisciplinario del programa. 2-Aspecto lúdico del T.O., se señala como la principal diferencia.
49	Pero lo que hace diferente mi intervención con la del resto es lo lúdico de mi intervención... El poder ser un facilitador de normalizar conductas, a que me refiero, si los niños están gritando no les digo que paren, me pongo a gritar con ellos, si los niños... Si hay un niño que se estaba pegando ...me empiezo a pegar como él lo estaba haciendo y trato de resignificar lo que él estaba haciendo... y no es lo que hacen mis compañeros psicólogos y asistentes sociales que abordan a estos mismos chiquillos...	Atributos 1.1.- El equipo del programa habilidades para la vida, apelan a una dinámica transdisciplinaria de trabajo. E2-P48 MARCO INSTITUCIONAL 1.2.- El carácter lúdico de sus intervenciones, lo diferencian del resto del equipo de profesionales. E2-P49 1.3.- Resignifica comportamientos de los niños/as a través de instancias lúdicas. E2-P50 1.4.- Actúa como facilitador de normalización de comportamientos, a través de instancias lúdicas. E2-P49
50	Yo como T.O trato de resignificar conductas y trato de poner la actitud lúdica en ese espacio de juego, en ese espacio de intervención... que no era de juego inicialmente... Pero y ahí es donde ellos también se desarticulan, porque ahí ellos ven esa figura de autoridad que de repente cambia y ahí tienden a ceder ¿ya?... Si en algún momento trabajando en grupo... si en algún momento se descontrola toda la situación y nadie no sé, nadie pesca es el momento de juego, ahh chiquillos estábamos esperando este momento y jugamos... insertando el juego en este espacio terapéutico de intervención en el fondo y que es lo que caracteriza mi tipo de intervención a la del resto... donde nos enfocamos plenamente en los objetivos, que los objetivos de los chiquillos poh... Más que en ir midiendo el pulso del grupo... ¿Te fijas? Eso siento yo que como T.O, tengo la capacidad de ir modificándome y moldeándome en las sesiones...	
51	¿Y qué aspecto caracterizan tus evaluaciones?	Categoría
52	A ver, primero... Siento que puede ser un poquito redundante , pero tiene que ver con el, como la mirada familiar y sistémica de la situación, pensemos, si este niño es así, que está pasando en la casa que provoca que él tenga este tipo de conducta... o quizás en la casa él ande perfecto, no tenga ninguna dificultad, con su	Opinión del T.O respecto de lo que caracteriza sus evaluaciones. Dimensión 1.- La mirada del contexto, antes de la sintomatología Atributos

	mamá se lleva muy bien y aborda todas las tareas sin que se note el déficit de atención y quizás todo pasa a nivel escolar.	1.1.- Enfocarse en el contexto escolar y familiar, antes que en la sintomatología. E2-P53
53	Yo creo que tenemos que ver todo, como antes de enfocarnos en la sintomatología, por decirlo así, tenemos que enfocarnos en el contexto...	1.2.- Mirada familiar sistémica, como característica de sus intervenciones. E2-P52
54	¿Hay alguna estrategia o modelo de terapia ocupacional que estas utilizando?	Categoría Estrategias y o modelos de T.O que utiliza en intervenciones
55	Algún modelo particular no ocupo, si ocupo estrategias del enfoque psicomotriz, que tiene que ver con esta cosa lúdica también, de bajar, de no mostrar esta autoridad todo el tiempo en la intervención... Si hacer muchos rituales... Que los niños entiendan que el espacio de taller preventivo parte y finaliza bajo alguna actividad, por ejemplo ahora estamos haciendo el saludo al sol y el chao al sol, que son estrategias donde todos terminamos abrazados como grupo... Siento que esas estrategias más bien del enfoque psicomotriz, siento que esas son las estrategias son las que se pueden implementar en este tipo de espacios... Más que otras... Por la modalidad de intervención es grupal... Yo siento que ahí la T.O y los modelos de T.O, están más al debe, porque siempre nos enfocamos más en el sujeto individual, más que el sujeto colectivo...	Dimensión 1.- Estrategias de Modelo Psicomotriz. Atributos 1.1.- Aspecto lúdico que propone el modelo psicomotriz, apunta a no mostrar una autoridad todo el tiempo, frente a los niños. E2-P55 1.2.- Valoración en el modelo psicomotriz, del uso de rituales para dar inicio y cierre a una intervención. E2-P55 1.3.- Modelos conceptuales de la práctica se encuentran al debe con los niños/niñas, ya que se enfocan principalmente en el sujeto individual, que en el sujeto colectivo. E2-P55
56	Frente a lo mismo... ¿Qué opinión te merece el Modelo de Integración sensorial?, que sabemos que es un modelo, que actualmente se utiliza mucho con estos niños.	Categoría Opinión del Modelo de Integración Sensorial
57	Yo siento que... bueno... Claro ahí hay un diagnóstico diferenciado, un enfoque distinto, pero siento que en algunos niños es tremendamente funcional, tiene buenos resultados el modelo, pero lamentablemente no se puede utilizar en todos los lugares por un tema económico, requiere mucho material para poder implementarse. Nosotros en el programa hemos intentado incorporar algunas características del modelo, porque somos dos terapeutas los que trabajamos ahí... ¿Ya? pero resulta infructuoso, porque no tenemos el material para poder hacerlo... Y tampoco tenemos todas las capacitaciones, a nivel formativo, tampoco las tenemos todas, pero si me parece oportuno trabajar con algunos niños desde esa mirada, pero cuando se hace una evaluación acorde, específica por cada niño desde este modelo...	Dimensión 1- Modelo Funcional, Alta especificidad. 2- Alto costo para implementarlo Atributos 1.1.- Importante evaluación específica desde esta área para poder intervenir desde este modelo. 1.1.- T.O no se encuentran formados con cursos de especialización. 2.1.- No se puede implementar a pesar de interés de T.O del equipo por alto costo de implementar.
58	¿De qué manera crees tú que influye tu experiencia profesional en la intervención?	Categoría

59	Ehh... a ver, yo siento que esta actitud lúdica no es fácil incorporarla, bajar y ser uno más del grupo, ¿ya? Es difícil porque no sé poh... uno se posiciona como profesional ¿cachay?... Pero desde un enfoque psicomotriz te permite eso... y desde el año pasado donde era más rígido, donde sabía que tenía que ocupar esta estrategia me era mucho más compleja, pero en el fondo te vas dando cuenta, no se poh, este es mi noveno taller preventivo y si ha habido un cambio en la forma de intervenir...	Impacto de experiencia profesional en intervención Dimensión 1.- Menos rigidez en intervenciones Atributos 1.1.- Incorporación de aspecto lúdico al implementar el enfoque psicomotriz en la intervención. E2-P59
60	¿A que le das énfasis en tu intervención?	
61	A la familia...	
62	¿En qué sentido?	
63	Por ejemplo, desde el enfoque como lo estoy planteando ahora, y la intervención que he realizado con la familia, el programa me pide dos intervenciones una al principio y una al final, en ocasiones yo he intervenido 3 a cuatro veces con ellas, enviándoles material para que logren identificar conductas y mejoren algunos hábitos con los niños, que logren incorporar estrategias o maneras de resolución de conflicto de manera asertiva que no se trabaja sólo con las familias, se trabaja sólo con los niños, y yo bajo la información para que las familias, mamás y para que vayan a los talleres...	
64	¿Qué esperas tú de tus intervenciones?	Categoría Expectativas de sus intervenciones Dimensión 1.- Expectativas del T.O. 2.- Expectativas del programa. Atributos 1.1- Disminución de conductas de riesgo E2-P67 1.2.-Que en contexto grupal, los niños/as logren regularse entre ellos. E2-P67 1.3.- Lograr prescindir del medicamento E2-P67 2.1.- El programa tiene como objetivo que los niños/as disminuyan sus conductas de riesgo en general. E2-P69 MARCO INSTITUCIONAL
65	¿Mis objetivos o los del programa?	
66	Los dos...	
67	Lo que espero yo en el fondo, es que ciertas conductas de riesgo disminuyan, que logren regularse, que el grupo logre regular la conducta del otro, cuando esto sucede en la séptima o octava sesión... Perfecto... Cuando no... Bueno una lata...Pero... cuando logran esa sincronía entre los mismos chiquillos, cuando no es necesario un medicamento para regularte sino que ellos mismos logran la regulación... Ahí siento que el objetivo está cumplido...	
68	Y los objetivos del programa...	
69	No, es que disminuyan las conductas de riesgo en general...	
70	¿Crees tú que tu formación como profesional, hablando específicamente de la universidad impacta, en tu forma de intervenir?	Categoría Impacto de la Formación profesional, en intervención de T.O Dimensión 1.- Visualizar la temática de manera sistémica
71	Si, y bueno creo que he sido redundante con el tema, pero creo que visualizar la problemática de manera sistémica, está determinado por el enfoque de la escuela, como el contexto y como entendemos al sujeto como un	

	<p>sujeto psicosocial, que está metido dentro de un montón de problemáticas psicosociales, y eso ha permitido visualizarlo desde otro lugar la problemática de los niños, no se valida el diagnóstico por tener solamente un diagnóstico, y eso ha permitido tener otra mirada, otro enfoque, otra forma de intervenir también..</p>	<p>Atributos</p> <p>1.1.- Visualización de la problemática desde una perspectiva sistémica. E2-P71</p> <p>1.2.- Visualización del sujeto como sujeto psicosocial. E2-P71</p> <p>1.3.- No validar el diagnóstico por sí mismo. E2-P71</p>
72	<p>¿Cómo crees tú que el marco institucional impacta en tu intervención?</p>	<p>Categoría</p> <p>Impacto del Marco Institucional en intervenciones del T.O</p>
73	<p>A ver, en que limitan mi intervención, en que la intervención con los niños están dada en 10 sesiones, en que sean rígidos en eso, por un tema de tiempo, por un tema de presupuesto, eso va limitando, porque por ejemplo hay niños que en 10 sesiones tu puedes ver un cambio y otros niños que necesitan reparación, en el fondo ya no requieren un espacio preventivo como lo que estamos haciendo nosotros, porque en algunos niños el déficit de atención por ejemplo puede estar instalado como diagnóstico...</p>	<p>Dimensión</p> <p>1- Limite rígido de 10 sesiones</p> <p>2- Intervención desde 7 a 8 años</p> <p>Atributos</p> <p>1.1- Limite rígido de 10 sesiones, no permite flexibilizar según necesidades de grupo. E2-P73</p> <p>1.2.- Intervención en niños de 7 a 8 años de edad, no permite dar continuidad a intervenciones, obligándonos a derivar a la red de salud, afectando proceso vincular, generando a su vez la re victimización del niño/a quien relata su problemática en reiteradas ocasiones. E2-P75</p>
74	<p>Nosotros trabajamos con niños de segundo básico, ya son niños que tienen 7 a 8 años, se supone que el diagnóstico lo puedes determinar desde los 6 años, por lo tanto la problemática ya está instalada y no solamente la problemática del diagnóstico, sino toda las problemáticas sociales y psicosociales y la del sistema familia ya están saturadísimas y están influyendo al niño desde mucho rato y 10 sesiones a modo preventivo no impactan en nada, siento que esas limitancias para poder tener una continuidad y seguimientos con estos chicos ehmm influye...</p>	<p>2.1.- Problemáticas diagnósticas y psicosociales ya instaladas a la edad de 7 u 8 años, el programa no permite intervenir desde antes. E2-P74</p>
75	<p>Otra cosa que una vez que terminan las sesiones es posible derivarlos a la red de salud, pero qué pasa con el vínculo, son 10 sesiones en las que el niño te comenta muchas cosas, se abren muchas cosas, a partir del juego de dibujos, de muchas formas, se abren ehh y después se cierra, se hace un cierre de taller y después es derivado a otro espacio, donde tiene que reabrir, tiene que.. Bueno aparecen las re victimizaciones, narrar otra vez los hechos traumáticos, y ahí es donde ehh... nos vemos entrapados, porque el vínculo que abriste con él y luego abrirse con otra persona te genera dificultades también.</p>	
76	<p>¿Las políticas públicas que viene del MINSAL digamos, tú crees que están influyendo en tu trabajo actualmente y en qué sentido?</p>	<p>Categoría</p> <p>Impacto de Políticas públicas en intervención del T.O</p>

77	Bueno si, directamente el Junaeb es un programa que está enmarcado en el MINSAL, es el único programa psicosocial que interviene en las escuelas, los otros son como lo de salud, como lo de los dientes y esas cosas... y efectivamente si influye como en mi desempeño cotidiano... No sé si tan directamente, pero permite que un grupo de trabajadores transdisciplinario intervengan en las escuelas... porque venimos de esta institución...	Dimensión 1.- Programa enmarcado en red de salud Atributos 1.1.- JUNAEB es un programa psicosocial que está enmarcado en el MINSAL y que interviene directamente en las escuelas a través de un equipo transdisciplinario. E2-P77
78	¿Tu experiencia de vida, tu ser niño, en qué sentido esa visión que tú tienes de tu niñez, impacta ahora en lo que tú quieres entregar a estos niños?	Categoría Impacto de experiencia de vida en Intervención de T.O.
79	Muy profunda la pregunta en el fondo, a ver, yo siento que uno intenta reparar muchas veces, mi experiencia de vida y mi experiencia como terapeuta me ha permitido muchas veces también agradecer. A ver, te cuento, cuando yo fui chico estuve en Coaniquem, y cuando tuve que hacer practica elegí este lugar y trabaje con personas que a mí me atendieron y también estaba en Pudahuel el mismo contexto, y claro en ese espacio uno puede reparar, me repare a mí como sujeto y pude brindar el apoyo que me brindaron a mí a otros, lo mismo pasa con estos chicos... yo también naci en una comuna re parecida como te dije hace un rato, ehh y uno siente que de repente faltaron muchos apoyos, y esos apoyos yo trato ofrecerlos, trato de ser lo más empático y condescendiente con su historia de vida y desde ahí me pone en lugar que intento no se visualice, pero aparece, que es el paternalismo, trato de ser muy tío en muchas ocasiones... que es el rol del terapeuta, más el rol... es una cosa rara... no sé cómo describirla muy bien, aparece mas este lado paternalista que uno tiene, porque son niños en el fondo... y probablemente mucho de lo que ellos tienen pocos espacios de contención emocional y que se tratan de brindar en una hora y media..	Dimensión 1.- Reparar y agradecer. 2.- Empatía. Atributos 1.1.- Posibilidad de retribuir apoyo recibido en la infancia, en base a experiencia vivida de rehabilitación posterior a quemadura. E2-P79 2.1.- Empatía y valoración por la historia de vida de los niños y niñas, emerge desde sus propias experiencias y carencias situadas en su propia historia de vida.E2-P79 2.2.- Destaca la importancia de entregar contención emocional y desde allí lo relaciona con el paternalismo, que en este contexto no tendría la connotación negativa que se le suele dar. E2-P79
80	Entonces tú crees que hay mucho de la persona de R...	
81	Sí, hay mucho, hay mucho de mi historia ahí metido,..	
82	R, aparte de darte las gracias, ¿preguntarte si tu deseas agregar algo más a la entrevista?	
83	No se me ocurre...	

1. COMPRENSIÓN DE NIÑO/NIÑA.

1.1. Vulnerabilidad asociado al concepto de niño(a) (E1-P1,P2),(E4-P4,P5),(E2-P13)

1.2. Crítica a la concepción homogénea de niño(a) (E3-P5)

1.3. Crítica a la visión de niño(a) como sujeto funcional para el contexto académico (E2-P14,P16)

1.4. Visión de niño(a) como sujeto configurado dentro de un rango etario.

1.4.1.1. Pertenece a una etapa del ciclo vital particular (E3-P2),(E2-P4),(E2-P7),(E2-P9) (E4-P16)

1.4.1.2. Completo como sujeto, en sus características de niño(a) (E3-P3)

1.4.1.3. Niño(a) como sujeto de derechos (E4-P2,P7)

2. TDAH COMO DIAGNÓSTICO CLÍNICO, CONSTRUCTOR DE NIÑO/NIÑA.

2.1. Impacto del TDAH en el(la) niño(a) y su contexto.

2.1.1. En el contexto escolar.

2.1.1.1. Profesores(as) estigmatizan conducta de los niños(as) (E1-P30),(E3-P52)

2.1.2. En el contexto familiar.

2.1.2.1. Prejuicios frente al niño(a) diagnosticado (E1-P31), (E3-P16) (E3-P16)

2.1.2.2. Reduce ansiedad familiar, ya que se identifica el problema y el tratamiento a seguir (E2-P20) (E3-P17)(E4-P30)

2.1.2.3. Confusión. Buen comportamiento de hijos(as) en el hogar, reportes negativos del colegio (E3-P18)

2.1.3. En el(la) niño(a).

2.1.3.1. Permite acceso del niño(a) al sistema de salud (E1-P67).

2.1.3.2. Niños(as) sobrediagnosticados (E1-P65, P66)(E2-P18)(E3-P29)(E3-P36)(E4-P34)

2.1.3.3. Invisibilización del contexto como gatillante del diagnóstico (E2-P18) (E2-P21) (E2-P21)

2.1.3.4. Patologización de conductas “normales”. Niño(a) encasillado (E2-P18)(E1-P33) (E1-P34)

2.1.3.5. Niños(as) aislados(as) por rechazo de pares (E2-P46)

2.1.3.6. Impacto depende de la edad en que son diagnosticados (E3-P20)

2.1.3.7. Complicaciones del tratamiento farmacológico. Síntomas secundarios (E3-P83)

2.1.3.8. Niños(as) invisibilizados- Rechazo a la atención médica (E3-P92)

2.2. Proceso diagnóstico.

2.2.1. La relevancia del contexto escolar.

2.2.1.1. Los(as) profesores(as) adjudican el diagnóstico (E3-P10) (E3-P27,P28)

2.2.1.2. Características de la infancia no se relacionan con exigencias del contexto escolar (E3-P11)(E3-P14)(E3-P14)(E3-P14).

2.2.2. Tipos de procesos diagnósticos.

- 2.2.2.1. Integral, a cargo de equipo interdisciplinario (E2-P23, P25).
- 2.2.2.2. Reduccionista, a cargo de psiquiatras o neurólogos (E2-P24).
- 2.2.3. Consideraciones éticas.**
 - 2.2.3.1. No se debería diagnosticar antes de los 7 años de edad (E3-P24)(E2-P34)
 - 2.2.3.2. Se debería priorizar por intervenciones paliativas antes de tratamiento farmacológico (E3-P25).

3. INTERVENCIÓN DE TO EN NIÑOS/NIÑAS DIAGNÓSTICADOS CON TDAH.

3.1. Expectativas frente a un niño/niña diagnosticado con TDAH.

- 3.1.1.** Se intenta evitar prejuicios (E1-P19)
- 3.1.2.** Niño(a) no es el portador del diagnóstico. Influencia del contexto (E3-P44,P46)
- 3.1.3.** Niño(a) con comportamientos asociados a sintomatología (E2-P32)

3.2. Principales necesidades observadas desde la disciplina.

- 3.2.1.** En el contexto: familia y colegio.
 - 3.2.1.1. Soporte familiar en el proceso de aprendizaje social del(la) niño(a) (E3-P39,40)
 - 3.2.1.2. Identificación de dinámicas familiares como generadoras del síntoma (E2-P27, P28)
 - 3.2.1.3. Flexibilidad metodológica por parte de profesores(as) (E3-P39,41)
- 3.2.2.** En el niño(a)
 - 3.2.2.1. Mayor acuciosidad en el abordaje médico (E3-P41).

3.3. Tipos de intervención.

- 3.3.1.** Con el niño/niña.
 - 3.3.1.1.** Evaluación clínica y funcional (E3-P63)(E1-P21), (E1-P52),(E3-P73)(E3-P48)(E3-P49)
 - 3.3.1.2. Intervenciones grupales para estimular habilidades sociales (E3-P50)
- 3.3.2.** Con el contexto: familia y colegio.
 - 3.3.2.1.** Apoyo a padres, en áreas del desempeño afectadas en el(la) niño(a) (E1-P22), (E3-P77,P78)
 - 3.3.2.2.** Entrevista y apoyo a profesores(as)(E3-P69)(E1-P22), (E1-P50),(E3-P69)(E2-P30)

3.4. Influencia de la intervención de TO en el estigma asociado al diagnóstico.

- 3.4.1.** Intervención que aumenta el estigma.
 - 3.4.1.1.** Alto número de intervenciones, sumada a la de otros profesionales (E1-P36)
 - 3.4.1.2.** Contextos en los que el TO se desempeña (E3-P58)
 - 3.4.1.3.** Validar el diagnóstico en el trato con el(la) niño(a) (E2-P42)(E2-P41)
- 3.4.2.** Intervención que disminuye el estigma.
 - 3.4.2.1.** Trabajo con el(la) niño(a) orientado a la adquisición de habilidades sociales (E1-P39)
 - 3.4.2.2.** Coordinación con profesores(as) (E1-P40),(E3-P60),(E2-P44)
 - 3.4.2.3.** Trabajo con padres (E3-P60, 61),(E2-P44)

3.5. Características de la propia intervención.

- 3.5.1.** Abordaje integral de las áreas y contextos comprometidos (E1-P42), (E1-P43) (E2-P52-53) (E1-P15)
- 3.5.2.** El juego como herramienta de intervención (E3-P20), (E2-P49-P50)

- 3.5.3. Efectos esperados de la intervención.
 - 3.5.3.1. Aportar en la calidad de vida (E1-P69)(E2-P67)
 - 3.5.3.2. Efectos dependen de diversos factores.
 - 3.5.3.2.1. Validación de diagnóstico clínico (E3-P80)(E3-P81)(E3-P81)
 - 3.5.3.2.2. Objetivos del marco institucional (E2-P69)

4. EXPERIENCIAS QUE HAN PRODUCIDO LAS PRÁCTICAS DE LOS TTOO.

4.1. Experiencias de vida.

- 4.1.1. Proyección de vivencias de la infancia.
 - 4.1.1.1. Empatía frente a desmotivación en sala de clases (E3-P94)
 - 4.1.1.2. Relevancia de figura parental (E1-P73)(E2-79)
 - 4.1.1.3. Valoración del cuerpo en movimiento (E3-P95,P96)
- 4.1.2. Vivencias de la adultez.
 - 4.1.2.1. Rol de madre- esposa (E4-P108) (E4-P118) (E4-P119)
 - 4.1.2.2. Fe (E4-P109,111,112,114,116)

4.2. Formación profesional.

- 4.2.1. Fundamento teórico y conceptual (E3-P98)(E1-P54)(E1-P55) (E2-P71)(E2-P71)(E1-P84)(E2-P71)(E2-P55)(E1-P60), (E1-P63)(E1-P61)

4.3. Experiencia del quehacer profesional.

- 4.3.1. Adquisición de confianza en intervenciones realizadas:
 - 4.3.1.1. Aprender a estructurar cada intervención (E1-P87)
 - 4.3.1.2. Adquirir confianza en la intervención del contexto familiar (E1-P88).
 - 4.3.1.3. Disminuir rigidez, incorporando aspectos lúdicos (E2-P59)

4.4. La práctica desde el contexto institucional.

- 4.4.1. Tendencia a trabajo en habilidades parentales (E1-P9), (E1-P10), (E1-P12)
- 4.4.2. Falta de intervenciones grupales con niños/niñas (E1-P24)
- 4.4.3. Falta de trabajo en terreno; visitas domiciliarias, visitas escolares (E1-P25), (E1-P48),(E2-P21)
- 4.4.4. Evaluación enfocada en cuadro clínico (E1-P45)
- 4.4.5. Características del nivel secundario de atención limitan intervención psicosocial.
 - 4.4.5.1. Especialización es incompatible con enfoque psicosocial (E1-P81)
 - 4.4.5.2. Alta demanda obstaculiza trabajo en contexto comunitario (E1-P82)

4.5. Políticas públicas en sus prácticas.

- 4.5.1. Influyen en la intervención.
 - 4.5.1.1. Falta innovación en reforma educacional.
 - 4.5.1.1.1. Innovación en metodologías de enseñanza-aprendizaje (E3-P108).
 - 4.5.1.1.2. Intervenciones tempranas desde educación pre-básica (E3-P112,113)
 - 4.5.1.1.3. Apoyo formal a profesores(as) (E3-P109,112,113)
 - 4.5.1.2. JUNAEB intenta normalizar a los(as) niños(as) (E2-P16)
- 4.5.2. No influyen en la intervención.
 - 4.5.2.1. Bienestar del(la) niño(a) por sobre lineamientos técnicos (E1-P79)