



UNIVERSIDAD
ACADEMIA
DE HUMANISMO CRISTIANO

Escuela de Psicología

“Intervenciones psicológicas en Salud Pública, una mirada desde la subjetividad infantil”

Profesora Guía:

María Isabel Salas

Profesor Metodólogo:

Genoveva Echeverría

Profesor Informante:

Marianella Abarzúa

Alumna:

Macarena Merino Fariás

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología

Santiago, Junio 2009

Al final de este camino agradezco a:

A mis padres, Gustavo y Rebeca, que han luchado junto a mí para hacer realidad este proyecto y me han impulsado a seguir soñando...

... A Manolo mi querido hermano, simplemente por existir...

... A Juan que ha sabido ser un maravilloso compañero y me ha brindado su ternura y comprensión en aquellos momentos en que decaía...

...A Isabel por su excelente colaboración, por sus largas y entretenidas conversaciones, por la paciencia que despliega al hablar de su trabajo, por la calidad de persona que es y por confiar en mí...

...A Genoveva por su disponibilidad y aporte...

...A los niños del COSAM de Lo Prado que colaboraron con entusiasmo y energía, que reafirmaron mi pasión por el camino que escogí y que fueron la inspiración de este trabajo...

...Finalmente a todos aquellos que fueron parte de mi vida estos siete años, amigos, compañeros, profesores, colaboradores, porque hay algo de cada uno de ellos en este trabajo...

Introducción

La presente investigación constituye una aproximación a las intervenciones psicológicas en salud pública, a partir de la percepción de los niños que han sido receptores de dichas intervenciones y que son usuarios del programa infanto-juvenil del COSAM de la comuna de Lo Prado. Dentro de este acercamiento se abordaran aspectos como: el lugar del niño en el proceso clínico, percepción de la relación terapéutica, noción de infancia, entre otros.

Para alcanzar el objetivo principal del estudio, se utilizó una metodología cualitativa con un diseño exploratorio – descriptivo. Se realizaron grupos de discusión y entrevistas en profundidad, para el análisis de la información se utilizó el análisis cualitativo por categorías.

Los resultados y conclusiones de este estudio permitieron realizar un acercamiento a la percepción de los niños sobre el proceso de intervención psicológica la cual es percibida por ellos como una práctica orientada a la corrección y reeducación de aspectos negativos de la persona, situación que lo ubica en un lugar pasivo en la relación terapéutica. Así también los niños valoran el espacio terapéutico como el lugar donde son escuchados más que en cualquier otro espacio.

Índice

1.- Introducción

<u>1.1 Planteamiento del problema</u>	<u>6</u>
<u>1.2 Formulación del problema y pregunta de investigación</u>	<u>12</u>
<u>1.3 Aportes y relevancia de la investigación</u>	<u>16</u>
<u>1.4 Objetivos</u>	<u>18</u>
<u>1.4.1 Objetivo General</u>	<u>18</u>
<u>1.4.2 Objetivos Específicos</u>	<u>18</u>

2.- Marco Teórico

<u>2.1 Intervenciones psicológicas, una aproximación a sus intentos de validación</u>	<u>19</u>
<u>2.2 Un acercamiento a la noción de subjetividad</u>	<u>26</u>
<u>2.3 Historicidad y cambios en las conceptualizaciones de la infancia</u>	<u>33</u>
<u>2.4 Aproximaciones gubernamentales hacia la infancia</u>	<u>45</u>

3.- Marco Metodológico

<u>3.1 Enfoque metodológico</u>	<u>56</u>
<u>3.2 Tipo de estudio</u>	<u>57</u>
<u>3.3 Diseño de la investigación</u>	<u>58</u>
<u>3.4 Delimitación del campo a estudiar</u>	<u>59</u>
<u>3.4.1 Universo del estudio</u>	<u>59</u>
<u>3.4.2 Muestreo</u>	<u>59</u>
<u>3.4.3 Descripción de la muestra</u>	<u>60</u>
<u>3.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de información</u>	<u>65</u>
<u>3.5.1 Grupos de discusión</u>	<u>66</u>
<u>3.5.2 Entrevista en profundidad</u>	<u>69</u>
<u>3.6 Análisis de la información</u>	<u>71</u>

4.- Resultados y análisis	73
4.1 <i>Categorías</i>	74
4.1.1 <i>Categoría: Noción de Infancia</i>	74
4.1.2 <i>Categoría: Experiencias entorno a la intervención psicológica</i>	74
4.1.3 <i>Categoría: Percepción de la relación terapéutica</i>	75
4.1.4 <i>Categoría: Explicación y relación con el diagnóstico</i>	75
4.1.5 <i>Categoría: Herramientas terapéuticas</i>	76
4.1.6 <i>Categoría: Principales aportes de la intervención psicológica</i>	76
4.2 <i>Análisis descriptivo</i>	77
4.3 <i>Análisis interpretativo</i>	103
5.- Discusión y conclusiones	112
6.- Referencia Bibliograficas	127
7.- Anexos	132
7.1 <i>Grupos de Discusión</i>	134
7.1.1 <i>Grupo de Discusión 1</i>	134
7.1.2 <i>Grupo de Dilución 2</i>	145
7.1.3 <i>Grupo de Discusión 3</i>	156
7.2 <i>Entrevistas en Profundidad</i>	168
7.2.1 <i>Entrevista 1</i>	168
7.2.2 <i>Entrevista 2</i>	177
7.2.3 <i>Entrevista 3</i>	186
7.2.4 <i>Entrevista 4</i>	196
Material utilizado	204

1. 1 Planteamiento del problema

Los alcances de la problemática a investigar en el presente estudio de nivel clínico y subjetivo, pretenden explorar el discurso de los niños en torno a una intervención psicológica, siendo el principal interés de este estudio conocer el significado que le otorga un niño al quehacer clínico de la psicología, es decir, como éste percibe o significa un proceso de intervención psicológica. Temática que no ha sido comúnmente abordada ni reflexionada a nivel teórico e institucional.

La significación del concepto “niño” ha sufrido numerosas variaciones en el curso de la civilización occidental, la infancia no ha sido un hecho natural. “Esto quiere decir que la significación que tiene un niño en la sociedad ha ido cambiando con el decurso de la civilización y no ha sido exactamente igual a como actualmente representamos un niño” (Volnovich, 1999, p24).

En un marco político y económico de características feudales y patriarcales, al niño se le atribuía la categoría de juguete, un animalito diabólico que sólo era un impedimento para poder formarse y disciplinarse pronto, para ser finalmente un correcto adulto.

La bibliografía da cuenta que, hasta antes del siglo XVI no se hacía la distinción entre el niño y el adulto, ejemplo de ello es el tardío interés que la ciencia, incluyendo la psicología, tuvo frente a la infancia. Las disciplinas que se orientaban expresamente al niño, puericultura, pediatría, pedagogía de la primera infancia, son muy recientes, al igual que las teorías psicológicas que intentan acercarse a la noción de infancia.

Desde fines del siglo XIX, específicamente el siglo XX, surge la psicología del niño (Volnovich, 2003), produciéndose un viraje considerable: “la infancia y la niñez dejaron de ser un período anodino sin enigmas, en el que claros procesos de absoluta uniformidad natural se producen inexorablemente, y pasaron a convertirse en objeto de apasionado interés de muchas disciplinas y de todo tipo de especialistas.” (Tenorio y Sampson, 2000, s.p).

Como plantea Volnovich (2003), Piaget y Freud contribuyeron a la psicología del niño, al construir la ciencia que les “dictaron” los niños. Freud en sus estudios sobre la sexualidad infantil, derroco el mito de un paraíso basado en la inocencia de los niños, al igual que Piaget, al dedicar su investigación a las explicaciones que los niños se iban construyendo a lo largo de sus vidas para dar cuenta de los fenómenos de la naturaleza y de la cultura que atraían su interés, desmintiendo la visión de un niño ingenuo, incompleto y equivocado. (Volnovich, 2003). Freud al teorizar sobre la sexualidad infantil, le entrega al niño ya no un estatus de futuro adulto, sino la visión de que aun siendo niño, posee un saber sofisticado que se inscribe en el inconciente de los hombres. (Volnovich, 1999).

La ciencia actual le ha otorgado participación al sujeto, sujeto que había sido desterrado de aquella ciencia clásica, ya que impedía la tan ansiada objetividad “Estamos en un periodo en el que el retorno del conceptualizador en las ciencias físicas y del observador/constructor/actor en las ciencias humanas nos lleva al problema del sujeto. Dentro de la concepción clásica de la ciencia, la idea de sujeto perturba el conocimiento. Así para tener una visión objetiva fue necesario excluir-borrar-al sujeto” (Fried, 1994, p23). Como es posible observar, el sujeto fue excluido del mundo científico por ser considerado un obstáculo ante la pretensión de la certeza científica

que le entregaba la objetividad. En la actualidad, el sujeto y la subjetividad han pasado a ser parte sustancial de las ciencias humanas. Los nuevos paradigmas vienen a cuestionar un conjunto de premisas y nociones que dieron sustento a la ciencia clásica, otorgando lugar a la creación de nuevas reflexiones que dan cabida al sujeto y su subjetividad.

A pesar de los cambios de paradigma que se han ido desarrollando a lo largo de la historia y de la relevancia que en la actualidad se le otorga a la subjetividad, nos encontramos con que cada vez que se hace referencia a la infancia se tiende a señalar un anhelo protector, donde los adultos han sido su voz, anhelo que en ocasiones se podría catalogar de compasión y sin duda, mirar a la infancia desde la compasión es anular ciertamente sus derechos, es situarlos como seres indefensos, objetivados a través de la práctica compasiva, ¿Cómo no ayudar?, ¿Cómo no entregarse a una causa y no con-padecerse con niños y niñas?. Acaso, es necesario activar a nivel social el sentimiento de compasión, movilizado por la dramaticidad y por la exageración perversa de escenas que muestran casos límites de abuso y explotación de menores ¿Es necesario aproximarse de ese modo a la infancia para poder “detenerse a mirarla”? (Bustelo, 2007)

Este estudio pretende rescatar al sujeto niño, como un sujeto poseedor de demandas, un sujeto epistémico, situándolo en un lugar activo dentro de los procesos que vivencia, planteando la interrogante de cómo el niño se experimenta en la clínica psicológica, cómo significa ese lugar.

Para lograr un acercamiento a estas interrogantes, es necesario poder situarnos en un “escenario”, un contexto que permita encontrar criterios, lineamientos u orientaciones comunes, transversales a un “tipo” de clínica o modelo de intervención, para así poder orientar la recogida de la experiencia que la infancia tiene en la temática que dirige este estudio. El contexto o “escenario” donde se instalará el

estudio, será la clínica o modelo de intervención psicológica que se implementa en el actual sistema público de salud.

A este respecto, la preocupación que el Estado de Chile ha tenido por la infancia y la adolescencia ha estado fuertemente marcada por una visión netamente asistencial, es decir, que la mayoría de los programas que han sido orientados a la población infantil han respondido a atender “los problemas” o a “los niños con problemas”, lo que da cuenta de una lógica que responde a una visión de infancia como objeto de atención y protección.

A nivel nacional, las políticas públicas orientadas a la infancia y los programas que de ellas derivan, generalmente han dado respuestas a problemáticas específicas, ejemplo de ello es que, sólo un 5,4% de la oferta catastrada es de carácter universal, es decir, orientada a todos los niños, niñas y adolescentes chilenos y el 94% restante es dirigida a grupos de niños, niñas y adolescentes que presentan problemas específicos. De los programas, proyectos, servicios y beneficios estudiados, un 8,6% de ellos son asistencialistas, 24,7% corresponden a una oferta asistencial con componentes de inversión social, 26,9% corresponden a programas, proyectos, servicios o beneficios de inversión social con componentes asistenciales, y el 39,8% restante corresponde a una oferta propiamente de inversión social. (MIDEPLAN, 2001)

El Ministerio de Salud, revela que la prevalencia global de enfermedades mentales encontradas en Chile durante la década de 1990 es alta, fluctuando entre el 34 y 42% para alguna vez en la vida y entre el 23 y 28% para los últimos seis meses en mayores de 15 años. Los resultados de estudios sugieren que existiría un incremento en la prevalencia. La información relacionada con la población infantil se refiere a estudios en escolares, la cual muestra la alta prevalencia de problemas de salud. Se estima que el 24% de los niños de primero básico, de escuelas municipalizadas y con alto índice de

vulnerabilidad, presentan trastornos psiquiátricos; el 40% de ellos presenta conductas desadaptativas y cerca de un 25% sufren algún grado de maltrato. (MINSAL, 2001)

Al indagar en el actual Plan Nacional de Salud Mental, es posible encontrar que dentro de las áreas de mayor prioridad en salud mental, se hace referencia a la población infanto- juvenil, específicamente a la población SENAME, es decir, “niños, niñas y adolescentes, menores de 18 años, con altos índices de vulnerabilidad física, psicológica y social” (SENAME, 2007). Junto con esta prioridad también encontramos la población infantil diagnosticada con un trastorno Hiperkinético/de la Atención (THA), el cual se define como uno de los trastornos de mayor frecuencia en la población en edad escolar, cuya demanda está estimada en 12 cada 1.000 niños, entre 5 y 15 años. (MINSAL, 2001)

A pesar que la salud mental infantil es una de las prioridades programáticas del Plan Nacional de Salud Mental y uno de los objetivos sanitarios del Ministerio de Salud, el desarrollo de servicios de salud mental para niños y adolescentes “está aún muy lejos de alcanzar la cobertura mínima definida en el Plan, ya que el Ministerio de Hacienda no ha destinado los recursos solicitados para esta área” (Minoletti y Zaccaria, 2005, p 352).

A pesar de los intentos por dejar atrás el modo en que históricamente ha sido tratado el tema infancia, algunos autores como Barrientos y Corvalán (1996) (citado en Garrido, 2006), señalan que uno de los principales rasgos que ha representado el abordaje de la infancia es su fragmentalidad, abordando principalmente “su vulnerabilidad” situados como sujetos pasivos de políticas, indicando que aún se conservan ciertos resabios en la forma de mirar la infancia. En este contexto es que surge la interrogante por cómo estas concepciones y estas formas de abordar las temáticas de la infancia influyen en la práctica clínica de la psicología. Cómo esta

visión de “sujeto pasivo”, depositario de políticas, atraviesa explícita e implícitamente la práctica clínica.

1.2.- Formulación del problema y pregunta de investigación

El modelo de salud mental del actual sistema público será el lugar donde se instalará el presente estudio, con el propósito de contar con un modelo de acción en intervenciones psicológicas infantiles, para así lograr acotar el estudio y mirarlo desde un marco referencial.

Las políticas aprobadas por el Estado para la salud mental, han dado pie a que lentamente se haya integrado el modelo comunitario, basándose en que éste es el mejor modelo para las intervenciones en psiquiatría. El desarrollo de este modelo principalmente permite que los recursos asistenciales disponibles, se apliquen a los trastornos de salud mental. (Minoletti y Zaccaria, 2005)

Sin embargo, al indagar en los modelos que rigen las intervenciones dirigidas a la infancia, en el actual sistema público de salud, no fue posible encontrar un enmarque teórico o conceptual que diera cuenta de un modelo de acción en intervenciones psicológicas infantiles. La revisión del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, cuyo documento se plantea con la aspiración de ser el marco regulatorio, en las acciones de la salud mental durante el decenio 2000- 2010. (Abarzúa y González, 2007), ha destinado algunos objetivos sanitarios para la población infanto-juvenil, estos son: Desarrollar un programa de atención integral para niños y adolescentes con trastorno hiperactivo/ de atención, y un programa para la prevención del maltrato infantil (MINSAL, 2000). Como plantea Abarzúa y González (2007) frente a los objetivos planteados se establece más que un modelo de intervención una norma técnica, es decir, las acciones de los equipos de salud mental en aspectos relativos al diagnóstico, curso y pronóstico de la enfermedad, así como en lo referente a su tratamiento.

Frente a estos objetivos planteados se establece más que un modelo de intervención una norma técnica, es decir, “las acciones de los equipos de salud mental en aspectos relativos al diagnóstico, curso y pronóstico de la enfermedad, así como en lo referente a su tratamiento” (Abarzúa y González, 2007, p 88). Lo que es posible observar de estas orientaciones es que el marco que regula las acciones en salud mental no plantea modelos de intervención para la población infantil común que acude a consultar, sino más bien, a las que significan un problema de magnitud, su impacto social y su costo económico (Minoletti y Zaccaria. 2005)

Es posible observar algunos intentos por sustentar un modelo de acción que entregue las orientaciones necesarias para la intervención en salud mental infantil con demandas propias de una infancia en proceso. Este intento se refiere al programa Habilidades Para la Vida, el cual se basa en el concepto de competencia social, es decir, “la habilidad de una persona para enfrentarse exitosamente a las exigencias y desafíos de la vida diaria” (JUNAEB, 2006). El programa Habilidades Para la Vida (HPV), tiene como principal objetivo elevar el bienestar, competencias y habilidades personales, a fin de contribuir a un mejor desempeño académico y prevenir daños en salud mental que pudiesen causar problemáticas como deserción escolar, consumo perjudicial de drogas, embarazo adolescente, entre otros.

Los intentos de una propuesta de modelo de intervención clínica en infancia son reducidos, más bien, es posible encontrar que los modelos de atención se manifiestan como “protocolos” o flujogramas que distribuyen de cierta forma los recursos y las intervenciones orientadas a una población específica.

La presente investigación se situará en un Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM), institución que pertenece al nivel secundario de acción en salud pública, específicamente en el programa Infanto- juvenil, programa que entrega

prestaciones al 22% de la población en control en salud mental, mientras que el total de ingresos anuales se acerca al 20% de la población total, así mismo se observa que el número de abandonos de la población infantil corresponde al 24% de casos.

En este nivel de atención, las intervenciones generalmente se inician desde instancias de derivación como: consulta espontánea, consultorios, colegios, a través del Programa Habilidades Para la Vida (HPV), Centros de Referencia de Salud (CRS), entre otros, luego de consultar se procede a realizar la “acogida”, donde se ingresa el consultante al sistema por medio de una ficha clínica. Posterior a ello el consultante ingresa a la etapa de “selector”, lugar donde se indaga motivo de consulta, antecedentes y se realiza un primer acercamiento al posible diagnóstico del consultante, para posteriormente derivarlo a los diferentes programas: trastorno emocional, programa de adicciones, psiquiatría comunitaria y programa comunitario; ya estando en alguno de estos programas, las intervenciones que siguen son psicodiagnóstico, psicoterapia individual o grupal, controles psiquiátricos, visitas domiciliarias o derivaciones a talleres, según lo requiera el caso.

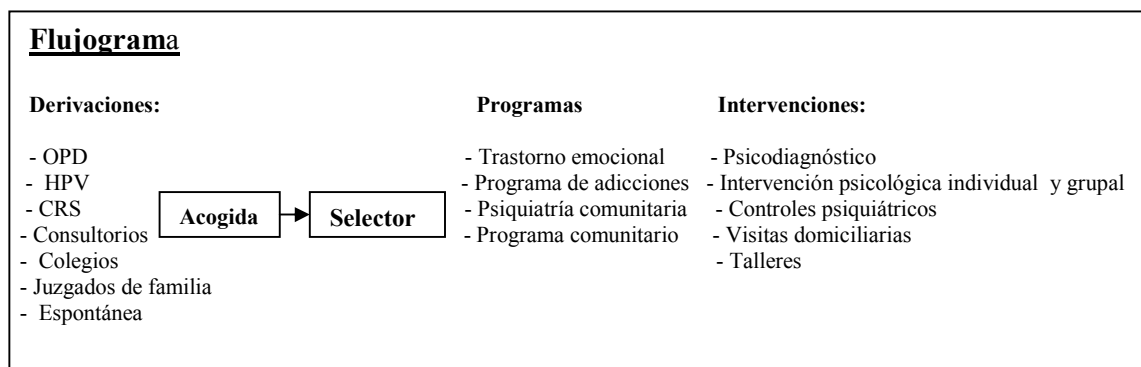


Figura 1: Flujograma de atención

Lo descrito en los párrafos anteriores nos sitúan en el lugar en que se instalará el presente estudio, éste será el contexto en donde se indagará en el objetivo principal de la

investigación, explorar la vivencia de un niño frente al quehacer de la psicología, con la necesidad de poder otorgarles un espacio de reflexión frente a los procesos que vivencia, situándolo en lugar activo frente a ellos. Desde esta perspectiva es que surge la propuesta por abordar la visión de la infancia sobre el quehacer de la clínica psicológica, permitiendo también observar la propia disciplina, a saber psicología, esta vez con una distinción serán ellos, los niños quienes nos mostrarán otra posible reflexión.

Resulta inquietante conocer y descubrir qué surge de la escucha de un niño en torno a su historial clínico, a las intervenciones de las cuales él ha sido parte. Se intentará condensar todas aquellas interrogantes en una, la que será la guía del presente estudio:

- *Pregunta de investigación:*

¿Cómo significa un niño un proceso de intervención psicológica, en salud pública?

1.3.- Aportes y relevancia de la investigación

Esta investigación pretende poner en discusión una temática emergente en materia de intervenciones psicológicas, la cual aportará principalmente nuevos conocimientos para el ámbito clínico e institucional, respecto del significado que dichas intervenciones generan en la subjetividad de los receptores de nuestro quehacer.

Este estudio intenta situarse en el marco del cambio de paradigma, así como en la relevancia que desde disciplinas como la psicología se le otorga hoy a la subjetividad. La reflexión entorno a estas dos variables se vuelve relevante en la actualidad, debido al valor que hoy en día se le otorga a las subjetividades.

La actualidad se torna cada vez más compleja, se nos plantean cada vez más desafíos y el quehacer psicológico no está exento de ellos, de ahí que la pretensión del presente estudio es plantear nuevas formas de reflexión teórica en el quehacer clínico de modo de aportar con nuevas herramientas a los equipos de salud mental que desarrollan un quehacer clínico con la infancia, para así proporcionar antecedentes que orienten el desarrollo de alternativas a las actuales formas de tratamiento en función de las demandas de la población infantil.

Tal vez es necesario plantearnos estos nuevos desafíos como una posibilidad de crear, de adquirir nuevas motivaciones entorno a nuestro quehacer como clínicos, la infancia viene a plantearnos un comienzo, el comienzo de la vida, de afrontarlo como un desafío, un desafío que nos trae el surgimiento de lo complejo.

Resulta relevante conocer las experiencias que una intervención psicológica provoca en un sujeto, ya que ese relato nos entregará una visión crítica de nuestro quehacer, junto con validar al otro en su discurso, entendiendo que el sentirse

participes y autores de una narrativa es una de las alternativas que los individuos y los grupos humanos disponen para lograr actuar como protagonistas de sus vidas, incluyendo la capacidad reflexiva de nuestra emergencia como sujetos, tal vez esto constituya un paso para contribuir desde la psicología a la constitución del niño sujeto que sea partícipe activo de los procesos que le afectan en su biografía.

De esta forma se podría contribuir al quehacer profesional entregando una reflexión desde una óptica distinta a la convencional a favor del ejercicio clínico y sus implicancias a nivel subjetivo. Contribuyendo así, a los estamentos que entregan los lineamientos que rigen las prácticas clínicas, logrando reforzar las intenciones de un modelo de intervención integral, modelo que integre al sujeto como eje central, entregándole participación activa de sus procesos de salud- enfermedad, haciéndose cargo de su condición de usuario de un servicio y agente activo de su biografía.

1.4.- Objetivos

1.4.1.- Objetivo General

- Conocer el significado que un niño le otorga a un proceso de intervención psicológica en salud pública.

1.4.2.- Objetivos Específicos

- Conocer las experiencias implicadas en un proceso de intervención psicológica.
- Explorar el lugar que el niño se atribuye en el proceso clínico.
- Explorar las percepciones que tiene un niño de la relación terapéutica.
- Indagar los principales aportes que el niño percibe y valora de una intervención psicológica
- Indagar en las concepciones que tienen los niños de la noción de infancia.

2.- Marco Teórico

2.1.- Intervenciones psicológicas, una aproximación a los indicadores de eficacia

Históricamente es posible encontrar reflexiones entorno a los efectos de la palabra y la utilización de rituales para curar trastornos del comportamiento, del pensamiento y de las emociones humanas, llegando a encontrar indicios de esta práctica hasta en sociedades primitivas, donde dichas prácticas eran asociadas a metáforas animistas y sobrenaturales. Otros indicios son los encontrados en la antigua Grecia, donde Aristóteles y Platón ya le atribuían al uso del lenguaje cualidades curativas. (Benito, 2008)

Hoy se denomina psicoterapia al proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude a consultar (paciente o cliente), que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en éste último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos. Sin embargo, existen numerosas formas de llevar a cabo este mismo objetivo, lo cual ha generado la importancia de poder indagar en la calidad de los efectos de estas múltiples formas de procesos psicoterapéuticos.

Es posible ubicar el punto de quiebre de la investigación en el campo de la psicología hacia fines de la década de 1940, mediados de la década de 1950 y posterior a la segunda Guerra Mundial. Como señala Benito (2008), la investigación en psicoterapia obtiene un impulso decisivo en esta época debido al surgimiento de

instituciones que debían responder a la demanda de los heridos militares y civiles producto de la guerra, para así velar por la salud mental de la población. “En este sentido, la psicoterapia adquirió una mayor relevancia para los Estados, debiendo integrar criterios poblacionales y de efectividad a sus procedimientos de investigación, en tanto que debía ser implementada en grandes cantidades de habitantes y producir resultados comprobables de recuperación en los pacientes” (Benito, 2008, s.p)

El psicólogo inglés Hans Eysenck, creador del clásico artículo: “Los efectos de la psicoterapia: una evaluación”, del año 1952, ha sido considerado como un hito de la investigación en psicoterapia, ya que causó una fuerte polémica por los resultados negativos que arrojaron las psicoterapias de la época orientadas a la neurosis. Afirmaba que entre el grupo de pacientes que habían sido sometidos a psicoterapia y el grupo de control, no se presentaban diferencias estadísticamente significativas. (Benito, 2008)

En el mismo periodo se realiza la primera conferencia norteamericana sobre la formación en psicología clínica. En esa conferencia, realizada en 1949 en Boulder, se discutió la formación de psicólogos en las facultades, la cual configuro un perfil evidentemente clínico para la formación de profesionales. (Benito, 2008). Es también en estos años en que la sexta edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en el año 1952, incluyo por primera vez un apartado que se dedicaba a los trastornos mentales, surge también la primera edición de Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I).

Este contexto fue el que favoreció la incorporación de parámetros estadísticos a la investigación en psicoterapias, con el objetivo de obtener datos de numerosas poblaciones, organizar recursos materiales, humanos y por otro lado, enfatizar la importancia de un entrenamiento adecuado para psicólogos y psiquiatras, para así optimizar la respuesta terapéutica.

Actualmente se ha observado una amplia gama de tratamientos psicológicos, se describen alrededor de 400 escuelas de psicoterapia para adultos y 200 para adolescentes (Castro, 2005). En estas diferentes escuelas no sólo es posible encontrar diferencias de técnicas, tiempos de duración de la intervención y forma de administrarla, “En la actualidad existe un creciente consenso acerca de la especificidad de los abordajes psicológicos en función no sólo del tipo de cuadro psicopatológico, sino de la relación con el curso del trastorno y en función del contexto en el que está inmersa la persona” (Castro, 2005, s.p).

Un proceso psicoterapéutico se inicia con una determinada demanda, ya sea motivo de consulta o pedido de asistencia psicológica, frente esto se plantea una serie de metas u objetivos para dicho proceso: reducir síntomas, reestructurar la personalidad, brindar apoyo, para lo cual se implementan un conjunto de acciones terapéuticas de las cuales se esperan ciertos resultados. Si los objetivos terapéuticos son logrados, es posible decir que las intervenciones han sido eficaces, por lo que el plan elaborado ha sido exitoso. En otros casos en que no se cumple con los objetivos establecidos en terapia, pero los resultados han sido beneficiosos de cierta manera para el paciente, la intervención no fue eficaz sino que efectiva.

A partir de distintas investigaciones, por parte de instituciones académicas y de salud, se ha llegado a determinar tres criterios para la evaluación del uso de las psicoterapias, uno de ellos se refiere a *la eficacia*, entendida como el logro de mejores resultados con mayor permanencia en el tiempo, de una terapia o técnica en un tratamiento específico; *la efectividad*, se vincula a la capacidad de una terapia de ser generalizada, de poder ajustarse a distintos escenarios clínicos reales, no sólo de investigación y *la eficiencia*, da cuenta del costo- beneficio de las terapias, es decir,

recursos humanos, financieros, entre otros. Estos tres niveles de evaluación son los que se han consolidado en la década de los noventa, como parámetros en la construcción de diseños de investigación.

Así se han desarrollado numerosos estudios dedicados a esclarecer el tema, entre estos los denominados: “psicoterapia basada en la evidencia”, que en los Estados Unidos han llevado a la formación de grupos de tarea para definir, identificar y propagar la información sobre las intervenciones psicológicas con apoyo empírico.

En 1995, el grupo de tarea sobre la Promoción y Diseminación de Procedimientos Psicológicos de la Asociación Psicológica Americana (APA), emitieron informes en los que se identifican varias intervenciones psicológicas como tratamientos empíricamente validados, los cuales fueron denominados tratamientos con apoyo empírico (TAE). Estos grupos de tarea fueron establecidos con el objetivo de considerar los problemas en la propagación de los tratamientos psicológicos de eficacia conocida. El interés por promover el uso y el conocimiento de TAE es parte de un movimiento más amplio que comienza en el Reino Unido, que fue inicialmente conocido como la medicina basada en la evidencia, cuyas premisas son: El cuidado del paciente puede mejorarse mediante la adquisición y uso de conocimiento empírico actualizado y es difícil para los profesionales clínicos mantenerse actualizados con la nueva información que aparece y es pertinente a su práctica, pero si ellos no lo hacen, su conocimiento y la actualización clínica se deteriorarán después de los años de su entrenamiento; por consiguiente los médicos necesitan resúmenes de evidencia proporcionados por revisiones del experto e instrucciones sobre cómo acceder a esta información durante su práctica rutinaria.

Una de las polémicas que existe frente a estos grupos de tarea, se enfocan a la petición que han hecho a la APA de comprometerse en un esfuerzo continuado para desarrollar y mantener una lista de TAE para la distribución de aquellas psicoterapias confirmadas como efectivas y que los programas de entrenamiento en psicología clínica incluyan algún entrenamiento práctico y didáctico sobre TAE. Junto con esto, las pretensiones de apoyar las prácticas psicológicas con apoyo empírico, provocan variadas preocupaciones, las que se orientan principalmente a preocupaciones económicas o gremiales: (A) serán mal empleados por las compañías que administran atención psicológica para dejar de dar apoyo económico a los psicólogos que emplean psicoterapias no designadas como TAE, (B) harán a esos psicólogos más vulnerables a juicios por mala praxis, o (C) restringirán la práctica a una cantidad limitada de tratamientos, impidiendo la flexibilidad y la innovación clínica.

Como se observa, uno de los debates en torno a estas prácticas, se orienta a la “rigidez” y estandarización que esta forma de validar la psicoterapia tendría, restándole movilidad y flexibilidad al quehacer clínico. Como señala Fried (1994), este tiempo también se considera como el tiempo abierto a la creatividad, a la generatividad, a la restauración de los elementos singulares, de lo local, de los dilemas de la apertura de nuevas potencialidades. Sin embargo, lo que se plantea con las terapias basadas en la evidencia, es una especie de molde que entregue los estándares que están científicamente comprobados y que serán efectivos en un proceso psicoterapéutico.

Por otra parte Bados (2002), argumenta que la eficacia de una intervención depende de la calidad de los datos empíricos que la sustentan, como: 1) han sido investigados mediante buenos diseños experimentales de grupo o de caso único, 2) han obtenido resultados superiores al no tratamiento, al placebo y a un tratamiento

alternativo y resultados equivalentes a un tratamiento ya establecido como eficaz, 3) los resultados deben haberse constatado al menos por dos grupos de investigación independientes.

No obstante, existen ciertas controversias frente a esta pretensión por comprobar empíricamente los procesos psicoterapéuticos, las cuales se orientan a:

- La eficacia de la terapia psicológica se basa fundamentalmente en medidas de tendencia central en vez de porcentajes de clientes clínicamente mejorados o recuperados.
- Las conclusiones sobre la eficacia de la terapia psicológica se basan generalmente en los pacientes que terminan el tratamiento; no se tiene en cuenta a los que no lo aceptan o abandonan.
- En la mayoría de los estudios no se controla adecuadamente si los pacientes reciben otros tipos de intervención (grupos de autoayuda, manuales de autoaplicación, fármacos, terapias paralelas, etc.) durante el tratamiento o el seguimiento.
- Se excluye de los estudios a los pacientes que presentan trastornos co- mórbidos severos.
- No hay acuerdo sobre las variables que deben utilizarse para evaluar la eficacia de la terapia psicológica ni sobre los criterios de éxito.

Los parámetros que se han establecido para evaluar la calidad de una intervención psicológica, se han aplicado a la población en general, por lo cual no es posible encontrar grandes distinciones y especificaciones en los elementos que evalúan la

clínica infantil, sin embargo se han establecido ciertas orientaciones terapéuticas asociadas a una mayor efectividad en el tratamiento de un trastorno específico en la clínica infantil, algunos de estos son:

<i>Trastorno</i>	<i>Tratamiento</i>
Ansiedad por separación, ansiedad social y generalizada	Terapia cognitivo conductual
Fobias	Modelo participante Práctica reforzada
Depresión	Terapia cognitivo conductual
Obesidad	Terapia cognitivo conductual
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	Entrenamiento de padres Modificación de conducta en clase
Enuresis y encopresis	Terapia conductual
Problemas de conducta	Manejo de contingencias

(Bados, 2002)

Como es posible observar, el dilema se basa generalmente en como comprobar y validar la disciplina de la psicología, de encontrar un sustento empírico que pueda otorgar certeza de los efectos que ésta tiene, que sea medible o cuantificable.

Sin embargo, la discusión de estos elementos se ha planteado reiteradamente desde lo externo, desde los expertos, anulando la evaluación o validación del sujeto que es el receptor de dicha intervención, desplazándolo a un lugar de pasividad ante los procesos que vivencia, dejando en manos de los expertos sus malestares y demandas .

Es así que resulta relevante indagar en el contexto actual, el lugar que hoy tiene el sujeto en la ciencia, el cambio de mirada que éste ha tenido y las implicancias que este giro epistemológico le ha entregado a las ciencias y a la psicología.

2.2.- Un acercamiento a la noción de subjetividad

Los argumentos entorno al sujeto y la subjetividad no han sido resultado de la modernidad, por el contrario, la modernidad le entregó a la psicología una visión que la llevo a sustituir al sujeto por una agrupación de variables y comportamientos posibles de ser observados y cuantificados, situación que caracterizó la incansable búsqueda que sostenía la ciencia clásica, la búsqueda orientada a la objetividad donde el sujeto perturbaba el conocimiento. Es así que para lograr una visión objetiva se procede a borrar el sujeto. Esta exclusión se hizo inevitable en la medida que era obedecido el paradigma cartesiano, donde el mundo de la ciencia estaba compuesto netamente por objetos, siendo el mundo de la subjetividad constituido por la reflexión y la filosofía. Aunque ambos territorios eran legitimados, éstos eran excluyentes uno del otro, el sujeto metafísico no tenía cabida dentro del territorio de la objetividad y ésta no era integrable en la concepción de sujeto.

Diversos campos, desde la psicología evolutiva a la psicoterapia, en esencial la terapia de familia, pasando por la historia social de las ciencias, los estudios orientados al género, la biología, las ciencias cognitivas, la epistemología experimental y la psicología social, se han orientado en la restitución de la relación sujeto- objeto.

Es posible dar cuenta que los nuevos paradigmas se orientan a cuestionar los fundamentos que dieron sustento a la ciencia clásica, a los paradigmas rígidos y excluyentes de todo aquello que les causara alguna “molestia”, hoy se cuestionan un conjunto de premisas y nociones que por épocas fueron el lugar desde donde se observaban los fenómenos, con lo cual se da espacio a reflexiones filosóficas sobre la acción social y sobre la subjetividad, es así que estos desarrollos permiten darle un₂₆

lugar y relevancia desde la ciencia a temas que tradicionalmente fueron relacionados con el arte, la singularidad y la generatividad. A partir de esto se recuperan y se integran la historia y el azar, se formulan nuevas relaciones entre procesos y se estudian científicamente procesos auto-referenciales. (Fried, 2002)

Como es posible observar el interés se desplaza como en la ciencia y la terapia hacia aquellas premisas y procesos de construcción/deconstrucción, donde el arte, la ciencia y la terapia tienden a converger y encuentran un lugar en la vida cotidiana, desarrollando una deconstrucción exploratoria de las premisas empleadas en las construcciones culturales, sociales, subjetivas y científicas. Surge así una búsqueda, una exploración que integra en su despliegue la consideración del proceso mismo de conocer, del sujeto cognoscente, de la red social en la cual este conocimiento se encuentra distribuido.

Estas nuevas formas de mirar la realidad, otorgan la posibilidad de preguntarse y reflexionar por conceptos a los cuales la ciencia les había otorgado cierta rigidez, tales como la realidad, la objetividad, la verdad, planteando la necesidad de una posición ética, fundada en la responsabilidad por nuestras construcciones de mundo y las acciones que la acompañan.

Como plantea Fried (1994), la cultura contemporánea en la que se entremezclan lenguaje, tiempos y proyecciones, tiene múltiples ejes problemáticos, tal vez, se podría hablar del fin de la visión histórica determinista, lineal y homogénea, y del surgimiento de la discontinuidad, la no linealidad y la apertura a nuevos diálogos que se orienten a la construcción de las realidades que vivimos y de las cuales co-construimos.

Como se observa, la noción de sujeto es una idea que provoca discusiones donde predomina la controversia; es que la noción de sujeto no resulta un concepto evidente. Es sabido que en muchas disciplinas filosóficas y metafísicas el sujeto tiende a

confundirse con el alma, con lo divino o con algo de orden superior, en cambio, si sujeto y alma son observados desde lo científico, éste es anulado por el determinismo.

“En la ciencia clásica la subjetividad aparece como contingencia, fuente de errores (el “noise” del lenguaje de la informática, el ruido que es absolutamente necesario eliminar). Por eso la ciencia clásica excluye siempre al observador de su observación y al pensador, el que constituye conceptos, de su concepción como si fuera prácticamente inexistente o se encontrara en la sede de la verdad suprema y absoluta” (Morin. 1994, p68)

Así pareciera que la afectividad ha sido lo único que se concibe como constituyente del sujeto, ya que comúnmente cuando aludimos a lo subjetivo hacemos referencia a lo emocional y los sentimientos. Sin embargo, existe un aspecto propio del sujeto, realmente propio, éste está ligado al lenguaje y a la cultura, el sujeto puede tomar conciencia de sí mismo a través del instrumento de objetivación que es el lenguaje.

La noción de sujeto se observó ausente en la psicología, la cual fue consecuencia entre otras cosas, de una psicología de marcada orientación empírica, que orientó su quehacer y preocupación a la estandarización y cuantificación de lo estudiado, aboliendo la complejidad que implica la noción de un sujeto.

Junto con esto, surgieron intentos teóricos de un sujeto universal que implicaba principios fundadores que se orientaban a un hermetismo epistemológico que se presentaba más como un sistema cerrado de creencia que como concepciones teóricas que requieren movimiento y flexibilidad, orientados al diálogo y la reflexión.

La concepción de sujeto pasa por una construcción social e histórica y a la vez personal, así el proceso de subjetivación está comprometido de forma simultánea con los distintos espacios sociales en que se mueve que son parte de su lenguaje y se subjetivizan de distintas formas en los diferentes contextos de su acción, como con sus configuraciones subjetivas personales que sintetizan en cada uno de los momentos actuales de su expresión, la historia irrepetible de su vida organizada en una dimensión subjetiva.

Recuperar la noción de sujeto implica apartarnos de todas las clasificaciones que despersonalizan y que tienden a dominar el lenguaje de algunas disciplinas, incluyendo a la psicología. Como afirma Gergen (1993) las terminologías diagnósticas tienen un efecto, ubica el problema en el cliente, haciéndolo dependiente al tiempo que el terapeuta se convierte en experto. Y aún más, bloquea los relatos alternativos; así se propone rescatar el discurso subjetivo que quedó empañado por la etiqueta del discurso científicista.

El niño que aprende en su condición de sujeto resiste a todo intento reduccionista de superdotado, deficiente, agresivo, hiperactivo o con trastorno de conducta. Es necesario a nivel de disciplina trascender las etiquetas que reducen el sujeto a meras estadísticas y normas que niegan la condición de sujeto, la alienan y luego la miden.

La emergencia del actual rescate de lo subjetivo viene sin duda a plantear la necesidad de un nuevo paradigma, la necesidad de un pensamiento evocado a la complejidad, un paradigma que se dilucide progresivamente, el cual sin duda se enfrentará con límites, insuficiencias y carencias que han predominado bajo el alero del pensamiento simplificante. Un paradigma que articule los quebrantamientos del pensamiento disgregador que aísla y separa, generando un pensamiento

multidimensional.

Como se planteo anteriormente, el ideal del conocimiento científico clásico fue descubrir tras el velo de la complejidad aparente de los fenómenos un orden perfecto, destruyendo los conjuntos, aislando a todos los objetos de sus ambientes y desintegrando las realidades. En la actualidad estas concepciones resultan insuficientes frente a la complejidad de las problemáticas teóricas y prácticas que se plantean.

Las implicancias que este cambio paradigmático ha tenido en el rescate de lo subjetivo, sin duda traen consigo modificaciones en la persona del terapeuta y en la clínica. Como señala Elkaïm (2002), Maturana hace referencia al hecho de que lo que vemos no existe como tal fuera de nosotros, sino que es una intersección entre lo que llega a nuestra retina y nuestro sistema nervioso, "... hay un observador que emerge en el sistema del cual participa, y no podemos operar como si un observador no fuera miembro del sistema que observa" (Elkaïm, 2002, p319).

Estas nuevas concepciones han generado cambios en las nociones que se configuran en el ejercicio clínico, desde aquí la terapia sufre modificaciones, el terapeuta se despoja de su rol neutro situado en un lugar autoritario de saber, éste pasa a ser parte del sistema que está observando donde su rol es generar cambios a través de perturbaciones, por medio de un proceso de co- construcción, en donde se construye en conjunto la problemática, desde la experiencia del sistema y del terapeuta. Como señala Elkaïm (2002) la clínica se había olvidado del terapeuta, se examinaban a las familias, los sujetos y sus reglas, haciendo la pregunta sobre que era posible hacer para que estos cambiasen sin indagar en el rol que la persona del terapeuta cumplía en el sistema. Desde aquí se propone trabajar en clínica no descuidando el núcleo mismo de la autoreferencia, aportándonos que lo que siente el terapeuta remite no solamente a su

historia personal, sino al sistema en el que este sentimiento emerge. (Glasserman, 2007).

Elkaïm (2002) propone dos términos de gran relevancia en la clínica actual: resonancia y ensamblaje. “La resonancia se manifiesta en una situación donde una misma regla se aplica, a la vez, a la familia del paciente, a la familia de origen del terapeuta y a la institución en que el paciente es recibido” (Glasserman, 2007). El autor, reconoce en este concepto una faceta reduccionista, frente a la limitación del término, es que acuña otro concepto, assamblage- ensamblaje- término que lo asemeja a un collage artístico, es decir, poseedor de una cualidad nueva que no puede resumirse a la suma de sus partes que lo componen. Elkaïm (2002), señala una serie de ejes, que han llamado su interés, los cuales se consideran atingentes para el escenario actual en el cual se desenvuelven los procesos clínicos. “El énfasis en las singularidades que no pueden ser reducidas a elementos comunes, El valor de la resonancia como una singularidad de los sistemas en interrelación, en los cuales diferentes elementos tienen un tema común pero una historia distinta; la importancia de la ética. Participamos en la creación de las realidades que experimentamos y, por consiguiente, somos responsables de ella” (Elkaïm, 2004, p 324). En este sentido, se genera una dinámica en donde se invita al paciente o la familia al cambio, considerando la plena libertad de aceptar o rechazar, a encontrar un lugar que le “acomode” y que le entregue mayor libertad.

En el recorrido teórico realizado, en torno a la noción de subjetividad es posible dar cuenta del reposicionamiento del sujeto en la ciencia y en la cultura. Este reposicionamiento ha traído consigo numerosas implicancias, una de ellas es la validación de la subjetividad del niño y la valoración de éste en la clínica psicológica.

Como señala Volnovich (2000), el propio concepto de infancia, la manera en como son entendidos los niños ha ido cambiando. El niño ya no sólo es considerado

para buscar una verdad basada en la observación precisa, rigurosa y directa que de cuenta de cómo será el futuro adulto. Actualmente interesa saber cuales son las teorías que tiene el niño sobre las leyes que rigen el mundo que les rodea, sobre su propia producción, sobre él como sujeto cognoscente. El contexto actual ha estimulado la apertura a entender la particularidad inherente en la producción infantil, lo singular, aun en los niños de la misma edad. El niño como un “bloc maravilloso”, pero no como tábula rasa, ya que lejos de ser objeto y producto inerme del ambiente, el niño crea, ejerce su poder, se apropia del texto y lo protagoniza. (Volnovich, 2000)

Sin embargo, este hecho no ha sido natural al igual que el reconocimiento del sujeto, el concepto de infancia ha atravesado por numerosos pasajes, algunos de ellos se intentarán esbozar en el siguiente recorrido que pretende dar cuenta de la evolución que el concepto ha tenido y como se ha instalado como sujeto de interés para la psicología.

2.3.- Historicidad y cambios en las conceptualizaciones de la Infancia.

La noción que un grupo cultural tiene acerca de un sujeto determina la manera en que la sociedad interactúa con dicho sujeto, el diseño de sus ambientes y las expectativas que se tendrán de él. En el caso de la infancia, para entender mejor sus experiencias y comportamientos es preciso conocer el concepto que se tiene y ha tenido en torno a ésta. A continuación se describirán algunas de las concepciones que se han tenido en torno a los niños, a través de los distintos momentos históricos.

Tanto Platón como Aristóteles escribieron sobre la infancia, Platón sostenía que los niños nacen ya dotados de habilidades específicas que la educación puede y debe potenciar. Por su parte Aristóteles propuso métodos de observación del comportamiento infantil que han sido precursores de lo que hoy aplican los investigadores.

En el siglo XV, fue tomado como base lo postulado por San Pablo que mencionaba en la Biblia que el pecado original de Adán y Eva era heredado por todos, lo que situaba al niño como poseedor de una maldad innata y lo único que podía ser capaz de rescatarlo de ello era la fiel devoción religiosa. El entender a los niños como entidades malvadas los hacía blanco de malos tratos, cuya pretensión era poder dominarlos y en otros casos eran entregados a terceros o bien abandonarlos a su suerte.

Lo que siguió fue la idea de entender al niño como un adulto pequeño, es decir, un infante capaz de adoptar la misma conducta que los adultos, ya que la edad no hacía más que otorgar mayor tamaño físico y dar a la persona mayor experiencia. Durante el siglo XVI en Inglaterra y en Francia, por ejemplo, los niños participaban en las mismas cosas, jugaban lo mismo y llevaban la misma ropa que los adultos. Junto con ello, la realidad social y económica de la época generaba la opinión de que el niño era una propiedad o un recurso económico. Entre las familias campesinas de la Inglaterra del

siglo XVI los niños de seis y siete años debían trabajar en los quehaceres domésticos, al acercarse a los diez años se les animaba u obligaba a que dejaran la familia y se fueran a trabajar. Otra forma de entender al niño como una propiedad era la esclavitud, en el sistema esclavista de Norteamérica los niños nacidos de padres esclavos podían ser comercializados y la responsabilidad de educarlos, vestirlos, y alimentarlos sólo dependía del criterio de sus dueños. (Newman, 1983)

Ya en el siglo XVII, John Locke (1693) postulo la concepción del niño como “tabula rasa”, es decir, como un pizarrón donde aún no había nada escrito, él sostenía que el conocimiento era adquirido por las experiencias sensoriales y que éste era reflejo de tales experiencias. Postulaba que la educación debía formar al niño para ser una persona educada, siendo el ideal la imagen del gentelman inglés, por ello la educación orientada a la moralidad tenía mayor relevancia que la que entregaba conocimientos y habilidades. Visión que reflejaba que era el adulto quien decidía lo que el niño debía hacer. (Newman, 1983)

Posteriormente, Jean Jacques Rousseau (1762) plantea la noción de niñez como un estado de bondad, en donde los impulsos naturales de los niños se deben aceptar como son, según él la naturaleza del niño era básicamente buena, por lo cual, la educación debía satisfacer las necesidades del niño y mejorar sus predisposiciones e intereses naturales. Esta noción sacudió las técnicas de disciplinas rigurosas con lecciones estructuradas, ya que Rousseau planteaba que las instituciones formales debían ser postergadas para el niño hasta la adolescencia, antes debía dedicarse al disfrute de actividades lúdicas, fantasías y experiencias inmediatas.

Estos dichos generaron gran controversia, ya que la concepción de Rousseau se basaba en la problemática que implicaba aceptar su idea de infancia, ya que ésta equivalía a decir, a nivel social, que el individuo estaba por encima del Estado y que

tenía derecho a un ambiente donde fueran satisfechas sus necesidades personales.

Por otra parte, Edmund Burke (1790) plantea que la naturaleza humana es mala y anárquica, por lo que son necesarias restricciones e instituciones sociales para instruir a la gente en la ética y garantizar así la conducta responsable. La idea de maldad intrínseca de los niños llevo a mal entender los impulsos de éstos y se creó una estructura educativa la cual se orientaba a enseñar ética y decencia, en lugar de proporcionar conocimientos.

Se les exigía a los niños muy tempranamente que controlaran sus impulsos y se comportaran moralmente, si el adulto consideraba al niño como malvado ponía especial énfasis en disciplinar e inhibir las conductas del pequeño, se intentaba crear un ambiente educativo para los niños, educativo en relación a las reglas sociales y la ética idolatrada por la sociedad de ese momento.

En el siglo XIX Charles Darwin en su teoría de la evolución, plantea a la infancia como etapa de desarrollo con características únicas, este planteamiento teórico dio un fuerte impulso al examen científico del desarrollo infantil. Darwin hizo hincapié en el instinto de supervivencia de las distintas especies, lo que provocó el interés por la observación de los niños y por conocer los distintos modos de adaptación al entorno, como medio también para conocer el peso de la herencia en el comportamiento humano. A través de estos estudios se buscaban las características particulares de la especie humana y sus nexos con las demás especies vivientes, para Darwin el estudio de la niñez era indispensable para entender los orígenes y la naturaleza de los seres humanos. Los postulados de Darwin van a marcar la concepción del ser humano en general y en particular del niño y su desarrollo, un nuevo hito histórico y epistemológico donde el mundo evoluciona al igual que el ser humano como una de sus especies rompiendo la visión estática que había sido heredada de los griegos, en esta

perspectiva del niño como un organismo que se adapta y evoluciona. (Escobar, 2003)

La inquietud por el estudio del niño surge en este contexto, una infancia entendida como una posibilidad de entender el comportamiento del ser humano en general. Este interés por la infancia también tiene repercusiones en el ámbito de la psicología, observando igualmente una evolución en la forma de abordar la infancia en la práctica psicológica.

Como señala Collao (2003), es a finales del siglo XIX que surge una preocupación por lo psíquico en el niño. Freud introduce al niño en tanto sujeto, es decir, un ser sexuado y problematizado por ello. “La entrada de Freud en el ámbito científico social y educativo produjo esta diferencia en la concepción, le permitió al niño en la historia un pasaje de ser objeto a ser sujeto” (Collao, Munizaga y Valenzuela, 2003, p 14).

Freud al volcar su interés investigativo a teorizar sobre la sexualidad infantil, la cual era posible observar en el niño desde su nacimiento, lo saca de ese estatus en donde él era un adulto del futuro, situándolo en el que aún siendo niño poseía un saber sofisticado que se inscribe en el inconsciente de los hombres. “Efectivamente al terminar con el mito de la ingenuidad infantil, el psicoanálisis propone la idea de que un niño no es nunca un niño, es decir, que la imagen que tenemos de un niño es apenas una representación imaginaria del mismo” (Volnovich, 1999, p 24)

Como plantea Donzis (1998), es sin duda Freud quien abrió un nuevo horizonte en las conceptualizaciones del sujeto: “el descubrimiento del inconsciente trajo de su mano la chance de explorar regiones desconocidas del ser parlante. A partir de las enseñanzas de Freud consideramos que las experiencias de la vida infantil marcan de un modo indeleble, el destino del sujeto.” (Donzis, 1998, p11)

El psicoanálisis brindó una perspectiva que contribuyó a una significativa

transformación del lugar del niño en la cultura. Freud vio en la disciplina psicoanalítica la posibilidad de mitigar los padecimientos que los niños presentan y nunca dejó de revelar hasta su límite los recovecos del tiempo niño del sujeto. (Donzis, 1998).

Como señala Collao (2003) es con el advenimiento de la teoría psicoanalítica que aparece y se desarrolla la clínica infantil, lo cual ha permitido que el concepto de niño haya ido cambiando con el tiempo. Para Freud el niño era entendido como un perverso polimorfo, es decir, es un niño sexuado. Este niño que instala la concepción freudiana no es igual para Anna Freud, quien se preocupó por ese “yo” niño y sus mecanismos de defensa. Desde otra mirada psicoanalítica como es la obra de Melanie Klein, el niño es sujeto como resultante de la relación objetal con la madre, relación que lo estructurara según como ese objeto responda las demandas del niño. (Collao et al, 2003)

Juntos con las variaciones en el concepto de niño en la clínica psicoanalítica, también surgen elementos nuevos en la clínica infantil como la terapia de juego. Como señala M. Klein (1955) históricamente se considera a la Dra. Hermine von Hug-Hellmuth la primera psicoanalista de niños, ella utilizó el dibujo y ocasionalmente el juego como material, sin embargo no lo consolidó como una técnica específica. Melanie Klein teniendo en cuenta que los niños juegan tomó ese hecho como vía privilegiada de acceso para abordar los padecimientos y síntomas de los niños. (Dinerstein, 2000). Las principales hipótesis que sustentan esta posibilidad son básicamente dos: El juego sería el equivalente a la asociación libre y, consecuentemente sería posible de ser interpretado psicoanalíticamente. “Este enfoque corresponde a un principio fundamental del psicoanálisis, la libre asociación. Al interpretar no sólo las palabras del niño, sino también sus actividades en los juegos, aplique este principio básico a la mente del niño, cuyo juego y acciones – de hecho, toda su conducta- son medios de expresar lo que el adulto manifiesta predominantemente por la palabra” (Klein, 1955). Melanie Klein

empleó el juego como sustituto de la verbalización para poder comunicarse con los niños, es decir, el juego viene a ocupar el lugar del lenguaje donde el niño es capaz de expresar sus fantasías, deseos y experiencias simbólicamente por medio de juguetes y juegos.

La psicología del desarrollo es otra de las corrientes que ha dedicado su interés a la infancia, uno de sus mayores exponentes es Jean Piaget, quien comienza a interesarse por el trabajo con niños a medida que descubría en ellos un modo particular de organización del pensamiento. Piaget lograba hacer hablar a los niños y los escuchaba de un modo diferente, no imponía la autoridad en su interacción con ellos y se interesaba sencillamente en saber por qué ellos pensaban de la manera en que pensaban. (Jorge y Arencibia, 2003). “Escuchando a los niños, proponiéndoles situaciones que apelaran a su creatividad, con una observación atenta de los bebés y teorizando sin cesar, Piaget reinventó la Psicología del Desarrollo entendida como una génesis, donde en cada etapa se construían los elementos del conocimiento que hacían posible la etapa siguiente.” (Schmaker, 1996 citado en Jorge y Arencibia, 2003)

Las etapas de desarrollo descritas por Piaget no eran una seguidilla de nuevas adquisiciones, las etapas se sucedían entre conflictos, reorganizaciones y nuevos conflictos. El niño en cada etapa elaboraba teorías acerca del mundo circundante y no renunciaba a ellas al primer contra ejemplo que se le pudiera ofrecer.

El principal aporte de Piaget se basó en poner de manifiesto en qué consiste el pensamiento infantil. Piaget demostró que el niño no se limita a repetir lo que escucha decir a los otros ni a copiar internamente lo que sus ojos ven. Mostró al niño con claridad como otro, caracterizado por estructuras mentales diferentes a las de los adultos, comprobó que mucho antes de la llamada “edad de la razón”, cuando la escuela iniciaba su proceso de enseñanza, ya había inteligencia y pensamiento lógico en los

niños. (Jorge y Arencibia, 2003)

Su concepto de pensamiento infantil, en las primeras décadas del siglo XX, rompería todos los esquemas tradicionales dando un vuelco total a las ideas que predominaban sobre la infancia en las escuelas de estudios psicológicos. Sin embargo, la esencia de sus investigaciones sobre la psicología del niño, no era más que la base de su reflexión general sobre el ser humano, es decir, estudiaba a los niños para entender a los adultos. (Bozhovich, 1965, citado en Jorge y Arencibia, 2003)

La psicología del niño estuvo confundida con la psicología genética, en si misma reducida a pesar del sin número de aportes teóricos llevados a cabo mediante este método. La psicología genética había acaparado casi toda la reflexión sobre los niños, reduciendo abusivamente el estudio del niño o niña al estudio del desarrollo positivo de funciones. El niño en tanto sujeto estuvo detenido, se estudiaba a la infancia y sus funciones mentales, pero se ignoraba la función de singularidad. (Flores, 1997)

Piaget fue la excepción a estas concepciones, aunque él se encontraba como precursor de la psicología genética. Con Piaget la psicología genética va a proponer mecanismos de explicación cada vez más refinados dentro de la aceptación generalizada de que el niño, el adolescente y el adulto son pensadores lógicos, científicos naturales, procesadores de información, además de seres dotados de intersubjetividad que se acopla a lo social desde el momento en que nacen. Las significativas contribuciones de Piaget sacaron al niño de la categoría de ingenuo, incompleto y equivocado, concepción que marco a los niños por siglos. (Volnovich, 2003)

Así como la psicología del desarrollo ha contribuido al desarrollo en la clínica infantil, entregando nuevos conocimientos a la psicología del niño, es posible encontrar otras orientaciones teóricas que han prestado atención al mundo de los niños, como por ejemplo, la psicoterapia humanista la cual concibe al niño desde una perspectiva

optimista, es decir, cree en sus potencialidades y en su tendencia innata a la salud y al crecimiento (Ros, 2005).

El modelo de psicoterapia, como plantea Rogers (1951) parte de la idea de que toda persona posee una tendencia actualizante, una especie de impulso hacia el crecimiento, la salud y el ajuste. La terapia más que hacer algo al individuo, tratará de liberarlo para un crecimiento y desarrollo adecuado. (Rogers, 1951, citado en Ros, 2005)

Desde aquí el niño se entiende desde una visión holística, es decir, tiene en cuenta su parte sensorial, afectiva, intelectual, social y espiritual, la concepción holística del niño hace que el síntoma no sea el centro de la psicoterapia, ya que ésta no pretende sólo curar el síntoma, sino que trata de favorecer el desarrollo integral del niño, ya que entiende el síntoma como una manifestación de que algo ocurre, de que la tendencia al crecimiento sano está bloqueada, por tanto vamos a atender al niño como un todo, no va directamente contra el síntoma. “El humanismo enfatiza la visión del niño como un ser creativo en constante crecimiento y capaz de guiar conscientemente su comportamiento, desarrollando su máximo potencial para satisfacer sus necesidades como un ser único e irrepetible” (Ros, 2005)

Esta concepción teórica entiende como aspecto fundamental el respeto, el niño aquí es merecedor de respeto, entendiendo el respeto como tenerlo en cuenta, no invadir ni ridiculizar, no pasar por encima de él para hablar con los padres. En este modelo se destaca el valor de la responsabilidad “que el niño sea conciente de la parte de responsabilidad que tiene de su propia vida, siempre hay una parte que depende de él y esto significa que él tiene poder para modificar las cosas” (Ros, 2005, s.p)

Por otro lado, también es posible encontrarse con el surgimiento de las terapias

narrativas para niños, donde cabe la interrogante de cómo poder jugar, conservar el sentido del humor e incluso divertirse con los niños, y que al mismo tiempo sea posible abordar con eficacia situaciones angustiosas, alarmantes o peligrosas. (Freeman, 2001). Las terapias narrativas se basan en escuchar y contar o volver a contar historias sobre las personas y los problemas de su vida. Esta terapia emplea una práctica lingüística llamada exteriorización, la que separa a las personas de los problemas en lugar de definir el problema como inherente, el niño puede tener una relación con el problema exteriorizado.

Desde aquí se brinda la posibilidad de que los niños puedan aportar sus recursos para influir en los problemas y hacer sus propias y exclusivas intervenciones en su proceso clínico, dándole ribetes lúdicos a la terapia.”Si pueden escoger, la mayoría de los niños prefiere interactuar de forma divertida. La conversación seria y la resolución metódica de los problemas puede dificultar la comunicación de los niños, acallar su voz, inhibir sus habilidades especiales, sus conocimientos y recursos creativos” (Freeman, 2001, p 23).

Volnovich (2000), da cuenta de como el concepto de infancia fue cambiando luego de protagonizar numerosas investigaciones, sociológicas, genéticas, psicológicas. Este concepto también se encargó de separar a aquellos que pretendieron (o pretenden) encontrar la verdad en la observación precisa, rigurosa y directa de la conducta de los niños desde su nacimiento a lo largo de su evolución hasta la vida adulta y aquellos que teorizaron sobre las estructuras psíquicas, sin embargo, ambos polos descuidaron la relevancia de la relación directa con aquellos que supuestamente fundaron sus investigaciones. (Volnovich, 2000)

“... de la proximidad con los chicos no sale una teoría del psiquismo como

no sale de la observación de una manzana que cae la ley de gravedad; o, dicho de otra manera: la práctica con los niños no garantiza la pertinencia de la teoría...un abismo separa los textos de quienes hablan de los niños sin haber tenido la experiencia cotidiana de tratar con ellos y la otra de quienes privilegiaron la experiencia de transitar por los códigos lúdicos, gestuales, figurales, lingüísticos, para relacionarse con ellos” (Volnovich, 2000, p 8)

La concepción actual de la infancia no ha sido natural, ni dada. Como sucede con otras elaboraciones de la cultura, la infancia actual es el resultado de un extenso proceso histórico que la ha configurado.

La clínica infantil ha sufrido variaciones al igual que las conceptualizaciones de infancia, el interés que surge en la actualidad es el rescate del sujeto niño, el rescate y la validación de sus propias teorías acerca de lo que ocurre a su alrededor, sobre su propia producción y sobre su propio sufrimiento. Como plantea Volnovich (2000), al dejar de lado el desarrollo cognitivo del niño en la clínica, al suponer que es igual al de los adultos, creer que el mundo adulto y el del niño comparten los mismos códigos sólo por que usamos las mismas palabras, es situarnos en una visión adultomórfica, faltarle el respeto a la manera que tienen los niños y las niñas de pensar, de sentir y de darle sentido al mundo que los rodea. (Volnovich, 2000).

Como es posible observar las concepciones actuales se orientan a centrar la clínica en el niño, respetando su forma de comunicarse, rescatando sus propios recursos para enfrentar sus malestares. Las ciencias han dado un vuelco, han pretendido ir más allá de las concepciones universales han intentado mirar más allá de un ciclo vital o etapas del desarrollo, teorías que sin duda contribuyen a los inicios del descubrimiento de una

niñez antes inexistente para los ojos de la ciencia.

Como señala Garrido (2006) pareciera ser que la infancia que surge con la modernidad pone en tensión una idea romántica de ésta en tanto lugar de inocencia y resguardo, versus un espacio social que viene cargado de expresiones. Esta tensión expresa brevemente en la imagen de niño como un objeto de cuidado y carente de protagonismo, contrasta con el develamiento de la imagen de niño como ser creativo, capaz de dar cuenta de los procesos que atraviesa. (Garrido, 2006)

Sin embargo, aún se muestran vestigios de un pasado que se niega a morir, donde aún pareciera existir una tendencia a objetivar la complejidad, al respecto Volnovich (1999), señala que la ciencia ha contribuido a una denominación de la infancia, fundamentalmente a través de la práctica del diagnóstico individual “El diagnóstico ha sido, es justo decirlo, una victoria de la ciencia sobre el irracionalismo. En efecto este diagnóstico psicológico-social- individual forma parte de las conquistas para aquellos niños considerados perturbados o degenerados “naturales” en el siglo pasado” (Volnovich, 1999, p36). La misma violencia de los aparatos represivos de la infancia que fueron característicos de los siglos anteriores y actualmente han sido sustituidos por una parafernalia de saberes técnicos, educativos, psiquiátricos, que han intentado readaptar al niño a la sociedad (Volnovich, 1999). Se plantean ciertas paradojas desde las actuales orientaciones teóricas que vienen a validar y posicionar al niño como sujeto, como responsable de los procesos que vivencia, frente a vestigios del pensamiento cientificista que reduce lo que no alcanza su comprensión.

Volnovich (1999) reconoce en la disciplina de la clínica infantil, la responsabilidad de inventar lo imposible, señala que actualmente aún nos encontramos cautivos de saberes tecnocráticos, el autor señala que es tarea de los profesionales de la salud mental infantil desarrollar una práctica que desmitifique la infancia de concepciones

“bondadosas” o “la beatitud contra la maldad”, para encontrar en las inmanencias de las prácticas institucionales y comunitarias la raíz de una creatividad singular y diferente.

En este contexto, el interés de este estudio hace necesario conocer las aproximaciones que el Estado chileno ha tenido sobre él, como es que el principal agente regulador de las prácticas públicas visualiza y sitúa al niño socialmente. Situación que se vuelve imprescindible, ya que, como agente regulador y orientador, su visión y conceptualización en torno a una población o un sujeto, en este caso el niño, determinara significativamente la visión que sus agentes institucionales tendrán de él.

Abarzúa y González (2007) señalan que pensar en el lugar que las políticas del Estado le otorgan a la infancia se vuelve una tarea necesaria, ya que el trabajo profesional en salud mental inserto en el sector público y privado está atravesado explícita e implícitamente por la noción de infancia que el Estado promueve. (Abarzúa y González, 2007).

2.4.- Aproximaciones gubernamentales hacia la infancia

Se considera pertinente iniciar esta reflexión dándole una vista panorámica al contexto histórico del surgimiento de las políticas públicas que Chile ha orientado a los niños. Este escenario histórico, según plantea Garrido (2006), se caracteriza por al menos cinco elementos.

Inicialmente en el siglo XX, se da origen a un sistema de ayudas sociales que fueron producto de la organización de los grupos más carentes económicamente. Otro aspecto da cuenta que los beneficiarios de ese entonces se distribuían respondiendo al objetivo de cubrir necesidades básicas, como alimentación, educación y apoyo a la viudez. El tercer elemento se orienta a la institucionalización de las políticas sociales por parte del Estado, se produce inicialmente por la presión de los movimientos sociales, cuyas demandas consistían en el reconocimiento de éstos como ciudadanos. Posterior a esto, se generan protagonismos tanto por parte del Estado como de las organizaciones sociales de la sociedad civil, finalmente las políticas asumen tanto el carácter defensivo como integrador de un determinado orden el primero con rasgos coactivos y el segundo con características legitimadoras del orden social. (Garrido, 2006)

Como señala Garrido (2006), el desarrollo histórico de las políticas públicas en sus inicios responde a iniciativas de carácter privado que se enfocan principalmente al tema de la supervivencia o bien el de la “peligrosidad” que se le otorgaba a aquellos niños en situación “irregular” que representaban la degradación social. (Garrido, 2006). Así el Estado paulatinamente comienza a hacerse cargo de las acciones a favor de la infancia, dándole especial énfasis al desarrollo de acciones específicas hacia el grupo objetivo, las que se delimitan en una ideología médico- sanitaria y jurídica.

En 1920, el gobierno legitima un discurso protector a favor de los sistemas populares, planteando la caridad pública como una doctrina colaboradora de los servicios que otorga el Estado. En materia de infancia se experimenta un cambio en la forma de abordar el tema, el paradigma médico comienza a articularse con aspectos educativos generando un debate sobre los abordajes que debiera alcanzar una política pública. (Garrido, 2006)

Un hito de relevancia es en 1929, donde el Estado promulga la ley de protección de la infancia mostrando la voluntad por comenzar a hacerse cargo de la situación de la infancia. “Así, comienza a predominar la idea de un Estado protector, el cual generó la proliferación de instituciones sociales, aumentó los gastos gubernamentales y de personal. Se propone la integración de las acciones hacia la infancia, articulando tres instancias: educación, justicia y salubridad”. (Garrido, 2006, s.p)

Sin embargo, pese a la insistencia del Estado por lograr la superación de los aspectos regresivos de la situación social la asistencialidad a los menores mostraba una realidad escasamente satisfactoria. (Morales, 1994, citado en Garrido, 2006). Muchas de las acciones orientadas a la infancia “desvalida” se enmarcaban en el área judicial, acciones que pretendían resolver la condición de la infancia en situación irregular y desarrollar iniciativas en beneficio de los menores. Objetivo que no fue cumplido, ya que se dedicó principalmente a distribuir aportes a instituciones privadas, enfocando la preocupación en la cantidad por sobre la calidad.

Será a partir de 1972 que emerge con fuerza la idea de definir una política social de carácter global, orientada a remediar y prevenir la irregularidad social de los menores. Según lo anterior, se puede señalar que el Estado Benefactor se fue transformando en política pública, aun cuando a partir de 1973, se experimente un quiebre en la continuidad histórica que habían tenido las políticas sociales en Chile

desde principios de siglo, período de cerca de siete décadas que tuvieron como denominador común el principio de la expansión y perfeccionamiento de las políticas sociales, como también la incorporación de sectores sociales que hasta entonces se encontraban excluidos de ellas.(Garrido, 2006)

A mediados del 1973 se produce la irrupción de autoritarismo que provoca una severa revisión del papel histórico desempeñado por las políticas sociales. Según señala Garrido (2006) al Estado se le asigna la función de asistencia de los sectores de extrema pobreza, éste se transforma en subsidiario y administrador de la justicia otorgándole más responsabilidad en la implementación de políticas a favor de los “desvalidos”. “Si en las décadas pasadas las políticas sociales representaron formas redistributivas que atenuaban los efectos concentradores del orden económico, durante el autoritarismo tal papel se ve disminuido dado el alto grado de exclusión social económico y político de los sectores populares” (Morales, 1994, citado en Garrido, 2006)

Hablar de la infancia aún seguía siendo un tema jurídico sin lograr mayores avances, pues los niños eran parte del imaginario de la indefensión, mundo que era asistido, mediante la política dirigida a los desvalidos de la sociedad.

El régimen militar en su intento por abordar el tema de la infancia, crea en 1979, el Servicio Nacional de Menores (SENAME), responsabilizándose por atender a los menores enviados por Tribunales y cumpliendo la medida que éste demandara. Este servicio estaba bajo el alero del Ministerio de Justicia. El SENAME es el responsable de asignar recursos a las instituciones que abordan las problemáticas de la infancia, lo que convirtió a la institución básicamente en una caja pagadora de las instituciones (Garrido, 2006)

Con el retorno a la democracia en 1990, se genera la necesidad de realizar reformas en las concepciones existentes, es así, que el discurso del Estado se fundamenta en la integralidad de sus políticas, esta concepción tiene la pretensión de superar la asistencialidad de sus intervenciones, así su accionar incorpora dimensiones culturales que permiten el mejoramiento de la calidad de vida de la población. “El Estado chileno constituye una nueva relación con el tema de la infancia, estructurando una política social en esta materia, cuyo germen se genera a partir de la firma de la Convención de los Derechos del Niño en el año 1990” (Garrido, 2006, s.p)

El Ministerio de Planificación y Cooperación, como señala Abarzúa y González (2007), publica la Política Nacional y Plan de acción Integrado a Favor de la Infancia y la Adolescencia, documento que se plantea con la pretensión de constituirse en el marco ético, valórico y programático dentro del cual debían inscribirse las iniciativas públicas y privadas dirigidas a los niños y adolescentes durante el periodo 2001- 2010. Según Garrido (2006), esta nueva política pone énfasis en considerar a los niños y niñas desde un nuevo paradigma, dejando atrás la política asistencial que existió en el país, que entendía a los niños como objeto de protección. Este cambio se da gracias a la doctrina de protección integral en que se fundamenta la Política a Favor de la Infancia y la Adolescencia, donde niños, niñas y adolescentes son vistos como sujetos de derechos. “Desde el momento en que el Estado de Chile ratifica la Convención sobre los Derechos del Niño (1990), se torna una exigencia asumir el principio de integralidad de estos derechos, esto es, la necesidad que la aplicación de las políticas públicas se dé de manera coordinada, flexible y considerando la diversidad de necesidades de los niños y sus familias” (Abarzúa y González, 2007, p 80)

Desde este documento la infancia es entendida como la base fundamental del capital humano del país y principalmente el niño es entendido como sujeto de

derecho, lo que plantea que estos niños ya no serán vistos, ni definidos desde sus carencias para centrarse en sus capacidades.

Sin embargo, una de las entidades que sigue ocupándose del tema de la infancia es el Servicio Nacional de Menores (SENAME), institución que tiene como prioridad, el cuidado, protección e integración familiar y social de niños, niñas y adolescentes, con altos índices de vulnerabilidad física, psicológica y social. (SENAME, 2007)

“Pareciera ser que aún se conservan ciertos resabios en la forma de mirar la infancia y que tiene que ver con el modo en como se han ido desarrollando nuestras sociedades, al respecto Ana Vergara (2003) señala que “nos encontraríamos en un periodo de coexistencia y tensión de la Doctrina de situación irregular y la Doctrina de protección integral”, lo anterior se debería a que los cambios en la representación social acerca de la infancia resultan aún insuficientes” (Garrido, 2006, s.p)

La autora señala al respecto, que las políticas dirigidas a la infancia, muestran la incapacidad de superar los enfoques “salvacionistas” que han caracterizado las políticas sociales, no sólo en Chile sino que en America Latina, lo que daría cuenta de que el Estado ha asumido una especie de patriarcado frente a los niños a partir del hecho que los documentos estatales orientados a ellos sean recogidos de las intenciones de los adultos sensibilizados por el tema, desde aquí quedan de cierta forma invisibilizados los agentes principales de estas orientaciones, “en el diseño de estas no se incorporó en forma relevante al actor principal de la política, y aún persiste una visión de objeto depositario, pasivo frente a las políticas que se dicten en forma central y verticalmente.” (Garrido, 2006, s.p)

Actualmente existen algunas iniciativas para reformar el tratamiento de la infancia y la adolescencia como señala Abarzúa y González (2007), en el año 2006 se elabora una propuesta de políticas y programas que coordinan y orientan los esfuerzos

públicos y privados, con el objetivo de asegurar a todos los niños de Chile un desarrollo pleno y equilibrado durante sus primeros años de vida, lo cual toma cuerpo en el programa Chile Crece Contigo, programa protector de la infancia desde su gestación y hasta el ingreso al sistema escolar. Este programa se enmarca en las prioridades que enfatiza el discurso gubernamental frente a la gestación de igualdad de recursos y oportunidades que faciliten el desarrollo de las potencialidades de niños y niñas. (Abarzúa y González, 2007)

El programa pone especial énfasis en la infancia temprana, ya que considera esta etapa del desarrollo, desde la biología y las ciencias cognitivas, como el periodo más significativo en la formación del individuo, es por esto que el programa Chile Crece Contigo apunta a entregar las condiciones básicas en el entorno psico-emocional y físico en el que se desenvuelven los niños, para favorecer un desarrollo armónico e integral que se encuentre acorde a lo esperado en su ciclo vital. (MIDEPLAN, 2006) Junto con esto, el programa pretende la detección temprana de “rezagos” en el desarrollo y de los factores de riesgo tanto biológicos, psicológicos y sociales, para así apoyarlos en sus necesidades y hacer que desarrollen al máximo sus potencialidades. A la familia también se le considera crucial en esta etapa del desarrollo, dándole la cualidad de influir positiva o negativamente en el desarrollo de sus niños, por ello la familia también será beneficiaria de mejores oportunidades y de la protección necesaria para ella, “dado lo estratégica que es toda inversión que se realice en primera infancia, los desafíos que enfrenta la instalación del sistema de protección integral de la primera infancia son de gran envergadura e importancia para el desarrollo del país” (MIDEPLAN, 2006).

En lo que respecta a salud en infancia, los problemas de salud de ésta se han considerado de gran importancia, asignándoles la primera prioridad en los programas de intervención. Así también durante la última década se han registrado modificaciones sustantivas en los diversos sectores que comprenden las políticas públicas dirigidas a la infancia y la adolescencia, en el área de salud la entrada de la ley 19.966 conocida como Ley AUGE, ha incluido 10 patologías infantiles a las garantías explícitas, junto con ello, se da cuenta de los exitosos indicadores en materia de mortalidad infantil, neonatal y materna. (Abarzúa y González, 2007).

Chile se encuentra actualmente en la post transición epidemiológica y nutricional, como resultado de una significativa reducción en la mortalidad infantil, en la prevalencia de desnutrición infantil y paralelamente una mejoría en las condiciones socioeconómicas del país. Esto ha traído como consecuencia un mayor acceso a los alimentos, cambios en el patrón alimentarios y un considerable aumento en el sedentarismo. A raíz de esta situación se ha producido un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y de obesidad infantil. Como respuesta a esta situación, se puso en marcha a partir de 1998 el Plan Nacional de Promoción de Salud con metas al 2000 y al 2010. Donde las prioridades referidas a la infancia se enfocan en disminuir la prevalencia de obesidad en pre- escolares y en escolares de 1° básico, disminuir la prevalencia de tabaquismo en escolares de 8° básico, recuperar lugares públicos para la vida saludable a nivel comunal y acreditar establecimientos de educación como promotores de la salud. (MINSAL, 1998)

Las nuevas condiciones de la vida moderna, los cambios demográficos, el deterioro del medio ambiente, la efectividad y cobertura de los sistemas de salud, son algunos de los factores asociados al hecho de que las enfermedades mentales hayan llegado a ser uno de los principales desafíos sanitarios para las próximas décadas.

(MINSAL, 2000), ya que desde aquí las enfermedades mentales son vistas como una inmensa carga para la sociedad, siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida (MINSAL, 2000)

Desde aquí es que se ha definido como objetivo de la política nacional de salud mental: “Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.” (MINSAL, 2000)

El concepto de salud mental que desde aquí se promueve, no sólo depende de factores biológicos inherentes sólo a las personas y grupos sino también a las condiciones en la que ellos viven, por ello las acciones que favorecen la salud mental son todas aquellas que promueven mejorar las condiciones psicosociales a largo de la vida, es decir, las acciones que favorecen el bienestar y minimizan la discapacidad y marginación social, creando espacios de integración para personas con enfermedades mentales. (MINSAL, 2000)

Como señala Abarzúa y González (2007), el trabajo desarrollado en el área de la salud mental pública ha sido sistematizado en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, documento cuyo propósito fue convertirse en el marco regulatorio para las entidades públicas como las privadas, de las acciones en el área de la salud mental durante el decenio 2000 – 2010. (Abarzúa y González, 2007)

Como fue señalado, los lineamientos que establece el Plan Nacional de Salud Mental, propone prioridades sanitarias las cuales han sido definidas basándose en algunos indicadores epidemiológicos como: “la prevalencia, el impacto social, los

tratamientos y las intervenciones más eficaces en función del costo, y la disponibilidad de recursos humanos capacitados en salud mental y psiquiatría”. (Minoletti y Zaccaria, 2005, p 349)

Las prioridades definidas por el Plan son:

- Promoción y prevención en salud mental.
- Trastornos de salud mental asociados a la violencia: maltrato infantil, violencia intrafamiliar y represión política (1973-1990).
- Trastornos de hiperactividad/atención en niños y adolescentes en edad escolar.
- Depresión.
- Trastornos psiquiátricos severos/esquizofrenia.
- Alzheimer y otras demencias.
- Abuso y dependencia de alcohol y drogas.

Es posible observar, que las prioridades del programa de la política estatal se orientan principalmente a sujetos: “fármaco- dependientes, “dementes”, depresivos, hiperactivos, violentados. Entre todas estas prioridades, el niño y el adolescente aparecen vinculados a trastornos asociados a la violencia (maltrato infantil, abuso sexual), trastornos hiperkinéticos y de atención y el abuso y dependencia de alcohol y drogas”. (Abarzúa y González, 2007, p 84)

Al realizar un recorrido por las diferentes políticas, planes y programas que rigen y entregan los lineamientos para la acción en materia de salud mental en Chile, no es posible encontrar un modelo o enmarque teórico de acción en intervenciones infantiles. Sin embargo, el Plan Nacional de Salud Mental, ha presentado como prioridad

sanitaria algunos aspectos referidos a la infancia. Para esta prioridad, en lugar de un modelo de intervención, se establecen normas técnicas las cuales entregan las orientaciones a los equipos de salud mental en aspectos relativos al diagnóstico, curso y pronóstico de la enfermedad, así como lo referente a su tratamiento (Abarzúa y González, 2007) encontramos que una de ellas está dirigida a los niños y adolescentes con trastornos de la atención e hiperactivos, prioridad que el Ministerio de Salud define como “el principal motivo de consulta en los servicios de neurología, psiquiatría y salud mental infantil, así como también es el motivo de consulta de salud mental más frecuente en los establecimientos de atención primaria para la población menor de 15 años” (MINSAL, 2000).

Para esta prioridad programática se han establecido acciones, la principal de ellas es a la que hace referencia Abarzúa y González (2007), el tratamiento se basa principalmente en disminuir sintomatología, es decir, hiperactividad e impulsividad, las cuales perturbarían la adaptación y el rendimiento académico. Las medidas que el Ministerio de Salud propone pretenden prevenir el desajuste, los comportamientos disociales, el deterioro de la autoestima, el fracaso académico y la ansiedad secundaria en el niño y su familia. (Abarzúa y González, 2007).

Desde las políticas y las orientaciones que se plantean en salud mental, los niños no aparecen problematizados en su cotidianidad, si no más bien en los niños “con problemas”, pareciera ser que los lineamientos dirigidos a los niños no han logrado visualizarse como una posibilidad real de construir espacios de sociabilidad de niños y niñas, o más que eso, como señala Couso (citado en Garrido, 2006) no tenemos un instrumento institucional que impulse a remover los obstáculos, sino que tenemos instrumentos institucionales especiales, para niños especiales con carencias o con “anormalidades”.

A pesar de los intentos por la promoción que se han formulado en materia de salud, aún existe una visión parcelada de salud, concentrada en las poblaciones que presentan problemáticas específicas. La Salud implica un concepto muy amplio que debería sacar de la “estrechez” en que se ha bordado el tema, en lugar de centrarse en pequeñas “parcelas” que presentan problemas muy sesgados.

3.- Marco Metodológico

3.1.-Enfoque Metodológico

La metodología a utilizar en la presente investigación, corresponde a un estudio de carácter cualitativo basado en el estudio y análisis discursivo emanado de nuestro sujeto de interés, a saber, niños que actualmente reciben prestación psicológica en el programa infanto –juvenil del COSAM de Lo Prado.

En este sentido, esta metodología ha permitido la comprensión de la problemática emergente en el ámbito clínico, la cual ha sido vagamente abordada desde la psicología. Esto con el propósito de acceder a nuevos conocimientos respecto de las prácticas clínicas entorno a la infancia. Se considera atinente la utilización de este enfoque metodológico, ya que logra enmarcar esta investigación orientando su principal pretensión hacia la exploración de nuevas concepciones en el ámbito clínico infantil, desde del discurso que los sujetos nos entregaran respecto al tema de investigación.

Así bien, el diseño cualitativo es abierto al incierto recorrido que hace la subjetividad cuando se expresa y es flexible a las modificaciones que deben tener estas estrategias metodologicas si desean contribuir a un clima de desinhibición y de espontaneidad, lo cual favorece la “expresión” de los sujetos, aspecto que surge como una útil herramienta al momento de trabajar en el ámbito de las subjetividades que requieren sin duda de esta flexibilidad y apretura.

3.2.- Tipo de Estudio

La presente investigación es de tipo exploratorio- descriptivo, en la cual se describen situaciones y eventos en un contexto específico, al que se accede a través de la significación particular que cada sujeto posee en función de la temática a investigar. (Hernández, Fernández, Baptista, 2004)

Este tipo de estudio permitirá describir la realidad en la que se inserta el sujeto de interés a estudiar, a saber, niños que son parte de un proceso de intervención psicológica en la institución de salud pública, más específicamente en el COSAM de la comuna de Lo Prado, lugar escogido por ser representativo del escenario de salud pública y por su accesibilidad para realizar el proceso investigativo.

El carácter exploratorio del estudio, hace referencia a que el tema ha sido poco estudiado en el campo de la psicología, a saber, el discurso de la infancia entorno a las prácticas psicológicas. “Los estudios exploratorios sirven para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información más completa sobre un contexto particular, investigar problemas de comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones y postulados.” (Hernández et al, 2004, p 116)

3.3.- Diseño de Investigación

El diseño de la presente investigación es de carácter no- experimental, en donde las variables no son manipuladas por el investigador, sino observadas donde se están suscitando en su ambiente natural, “la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables, es decir, se trata de investigar donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no-experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlo” (Hernández et al, 2004, p 267)

“La investigación no- experimental es una investigación sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa y dichas relaciones se observan tal y como se han dado en su contexto natural” (Hernández et al, 2004, p 267)

3.4.- Delimitación del campo a estudiar

3.4.1.- Universo de estudio

El universo de estudio de esta investigación está compuesto por los usuarios o pacientes del programa infanto- juvenil del COSAM de la comuna de Lo Prado. Este programa actualmente acoge a una población activa de 672 usuarios anuales, usuarios de ambos sexos y con edades que fluctúan entre los 5 y 19 años de edad.

Esta población se instala en la comuna de Lo Prado, la cual cuenta con una población total de 96.165 habitantes, donde el 26,7% de ésta son niños.

La población de Lo Prado corresponde a una población urbana, afincada en la periferia del gran Santiago de características mayoritariamente populares, cuya condición de estrato socio- económico se corresponde principalmente al tramo C.

3.4.2.- Muestreo

El tipo de muestreo es de carácter no- probabilístico, debido a que se utilizó un proceso de selección intencionada, por tanto, la selección de los sujetos de la muestra no depende de la probabilidad, ni del azar. “La selección de la muestra es no-probabilística, donde la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de encuestadores.” (Hernández et al, 2004, p 328)

Junto con ser una muestra no- probabilística, la muestra está comprendida por sujetos tipo “esta muestra se utiliza en estudios exploratorios y en investigaciones de₅₉

tipo cualitativo, donde el objeto es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización” (Hernández et al, 2004, p 328).

3.4.3.- Descripción de la muestra

Es relevante señalar que en función de la metodología cualitativa utilizada, resulta adecuado establecer una muestra pequeña, ya que el interés se configura en la profundización de los discursos y así en el análisis cualitativo del que emergen las variables que se pretenden explorar en la presente investigación.

La muestra para el presente estudio ha sido definida a través de dos momentos, definiéndose dos números muestrales. El primer momento de muestreo hace referencia a una instancia grupal, donde el principal objetivo ha sido indagar en el discurso colectivo de los usuarios. A partir de lo obtenido en esta primera etapa de muestreo, se realizó un segundo muestreo que tuvo como objetivo profundizar la información recogida en la instancia grupal.

1° Muestreo (Muestra grupal)

Se estimó una muestra de 24 sujetos número que sería subdividido en 3 grupos de 8 participantes cada uno. Sin embargo, este número fue modificado debido a las circunstancias de la convocatoria. Finalmente la muestra grupal quedó constituida por 18 sujetos.

Los criterios de selección de la muestra fueron los siguientes:

- **Que se encuentren en un periodo etéreo de 8 a 11 años:** Este rango etéreo ha sido definido de acuerdo a los rasgos etéreos que dan cuenta del periodo de niñez. Junto con esto, este rango de edad es el que presenta mayor frecuencia en atención psicológica en el programa Infanto –juvenil del COSAM de Lo Prado, llegando a representar el 56 % de la población total. (F. Arancibia, comunicación personal, Junio 2008)

- **Que se encuentren actualmente en un proceso** de intervención psicológica en el COSAM de Lo Prado.

- **Tiempo de pertenencia al programa Infanto- Juvenil,** como mínimo 6 meses, ya que los tiempos de protocolo de ingreso duran aproximadamente cuatro meses, y un criterio de relevancia es que los sujetos ya se encuentren un proceso de intervención psicológica, es decir, que ya hayan pasado las etapas de ingreso: acogida, selector y psicodiagnóstico.

- **Ambos géneros:** Lo que principalmente podrá ampliar, la posibilidad de encontrar los sujetos tipo en el universo a estudiar y diversificar el discurso entorno al tema de interés.

Posterior a la selección de la primera muestra, ésta fue subdividida en tres grupos agrupados por sexo y edad. La agrupación por edad responde a la necesaria homogeneidad grupal, por ello el rango de edad de 8 a 11 años ha sido desglosado en tres subgrupos: 8 a 9 años; 9 a 10 años y 10 a 11 años.

Posterior a la realización de los grupos se elaboro un perfil que corresponde a características como la edad, el sexo y su historial clínico.

- G.1.: Niñas, de 8- 9 años

El grupo da cuenta de un alto nivel de homogeneidad y se encuentra en un rango de edad de 8 a 9 años, de sexo femenino, con características clínicas en común. Donde predomina el trastorno Hiperkinético como principal diagnóstico, derivado desde el ámbito escolar, uso de fármacos y con una continua adherencia al tratamiento.

Niño	Sexo	Edad	diagnostico	Derivación	Adherencia proceso	Uso de fármacos
1	F	8	Hiperkinético	Colegio	Continuo	Si
2	F	9	Hiperkinético	Colegio	Continua	Si
3	F	9	Hiperkinético	Colegio	Continua	Si
4	F	9	Hiperkinético	Colegio	Irregular	Si

Fig. 2: Perfil Grupo 1

- G.D.2.: Niños, de 9 – 10 años

El grupo da cuenta de un alto nivel de homogeneidad, se encuentra en un rango de edad de 9 a 10 años, con un predominio de los 9 años de edad, de sexo masculino, con características clínicas en común. Donde predomina el trastorno conductual como principal diagnóstico, derivados desde el ámbito escolar, uso de fármacos y con una continua adherencia al tratamiento.

Niño	Sexo	Edad	Diagnóstico	Derivación	Adherencia proceso	Uso de fármacos
1	M	10	Conductual	Colegio	Continua	No
2	M	9	Conductual	Colegio	Continua	Si
3	M	9	Hiperkinético	Colegio	Continua	Si
4	M	10	Conductual	Colegio	Continua	Si
5	M	9	Hiperkinético	Colegio	Continua	Si

Fig.3: Perfil Grupo 2

- **G.D.3.: Niños y niñas, de 10 – 11 años**

Este grupo presenta menor grado de homogeneidad, se encuentra en un rango de edad de 10 a 11 años, con predominio del sexo masculino. Las características del historial clínico de este grupo dan cuenta que el trastorno emocional es el principal diagnóstico, en su mayoría su procedencia es espontánea (entendiendo espontánea, por el surgimiento del motivo de consulta desde la familia), la mayoría no consume fármacos y presentan una continua adherencia al proceso.

Niño	Sexo	Edad	Diagnóstico	Derivación	Adherencia proceso	Uso de fármacos
1	M	11	Emocional	Colegio	Continuo	Si
2	M	10	Emocional	Espontánea	Continua	Si
3	F	11	Emocional	Espontánea	Continua	No
4	M	11	Emocional	Espontánea	Continua	No
5	F	11	Adaptativo	Espontánea	Continuo	No
6	M	10	Hipercinético	Colegio	Continuo	Si
7	M	10	Adaptativo	Colegio	Continuo	No
8	F	11	Emocional	Espontánea	irregular	No
9	M	11	Adaptativo	Espontánea	irregular	No

Fig. 4: Perfil Grupo 3

2° muestreo (Muestra individual)

Además de la muestra grupal, se procedió a seleccionar otra muestra que permitiera profundizar en la información recolectada en la instancia grupal. Esta muestra fue establecida no- probabilísticamente con el objetivo de seleccionar un sujeto representativo de cada grupo. Se seleccionaron las características de mayor heterogeneidad de los sujetos que fueron representativos de cada grupo, características que se asocian a: edad, sexo e historial clínico. Finalmente el segundo número

muestral quedo constituido por 4 sujetos los cuales tienen las siguientes características:

Niño	Sexo	Edad	Diagnóstico	Derivación	Adherencia Proceso	Uso de fármacos
1	F	9	T. Hiperactivo	Colegio	Continuo	Si
2	M	10	T. Conductual	Colegio	Irregular	Si
3	M	11	T. Emocional	Espontánea	Continuo	No
4	F	11	T. Emocional	Colegio	Continuo	Si

Fig. 4: Criterios de selección

3.5.- Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Información

Las técnicas elegidas se enmarcan en la metodología cualitativa, estas permiten conocer y dar cuenta del fenómeno estudiado logrando explorar a través del relato de los sujetos. “Lo que busca es obtener información de sujetos, comunidades, contextos, variables o situaciones en profundidad en las propias “palabras”, “definiciones” o “términos” de los sujetos en su contexto” (Hernández et al, 2004, p 450).

Una de las técnicas escogidas para la recolección de la información es el grupo de discusión, donde las hablas interactúan entregándole al estudio un discurso grupal frente al tema de interés. “Los grupos de discusión realizados con menores ayudan a descubrir como los chicos construyen su espacio social y una interpretación del mismo, no exenta de complejidad intersubjetiva” (Rodríguez, 2005).

Junto con los grupos de discusión se utilizó la entrevista en profundidad, ambas técnicas de investigación social que trabajan con el habla. La entrevista en profundidad permite un intercambio libre de información sin ninguna presión externa que condicione la información entregada, obteniendo la información desde la propia palabra del sujeto, “[...] ésta supone una situación conversacional cara a cara y personal” (Delgado, 1999, p 295)

Estas técnicas cualitativas permiten al investigador no intencionar la percepción frente al fenómeno a investigar, “... se trata de que éste no interfiera en la recolección de datos, y obtener los datos de los sujetos, tal y como ellos los relevan” (Hernández et al, 2004, p 450). Por lo anteriormente señalado, han sido utilizados estos métodos o técnicas de recolección de información para su posterior análisis y desarrollo.

4.5.1.- Grupos de Discusión

Grupos de discusión se les denomina a la reunión de un grupo de individuos seleccionados por un investigador para discutir y elaborar desde la experiencia personal, una temática que es objeto de investigación.

Los grupos de discusión, como señala Delgado (1999), indagan en el habla de los saberes que dan cuenta del mismo habla de los sujetos, es decir, se articula los modos de subjetividad los cuales dicen de un orden social. En la situación discursiva que el grupo de discusión crea, las hablas individuales tratan de acoplarse entre sí al sentido social. Es tan sólo tomándolo de este modo como cabe hablar que el grupo opera en el terreno del consenso. Consenso que por cuanto el sentido es el lugar mismo de la convergencia de los individuos particulares en una topología imaginaria de carácter colectivo. (Delgado, 1999)

Frente a los objetivos que dirigen la presente investigación, se vuelve pertinente trabajar con esta modalidad de instrumento la que permite evocar de aquella situación discursiva un análisis, buscando un acercamiento al discurso de los sujetos en torno al tema de interés. Como señala Delgado (1999), el discurso social, la ideología, no habita, como un todo, en ningún lugar social en particular. Aparece diseminado en lo social, tampoco es interior al individuo, sino exterior. “la ideología social no se origina en alguna región interior (en las “almas” de los individuos en proceso de comunicación), sino que se manifiesta globalmente en el exterior: en la palabra, en el gesto, en la acción. En ella no hay nada que fuese interior y no expreso: todo esta en el exterior, en el intercambio, en el material y, ante todo, en el material verbal” (Delgado y Gutiérrez, 1999, p 290)

En la situación discursiva que el grupo de discusión crea, las hablas tratan de acoplarse entre ellas, si lo tomamos de este modo es posible concebir el producto o texto que surge del grupo como un consenso, en donde convergen los individuos particulares en una topología de carácter colectivo, “lo que el investigador recupera mediante la técnica, no es aquí, por tanto, un dato, sino- en terminología de Ibáñez-, una *capta*. No viene dado, hay que reproducirlo” (Delgado y Gutiérrez, 1999, p 291)

Esta técnica como espacio de opinión grupal se orienta al principal objetivo del estudio: rescatar el discurso del niño, rescatar la subjetividad de los sujetos niños en torno a las prácticas psicológicas en salud pública.

Las temáticas a trabajar en la entrevista se orientaron a los siguientes tópicos, que guardan relación con los objetivos que han guiado el presente estudio.

Temáticas para el grupo de discusión

- Noción de Infancia: *Qué es niño, que lo define, que lo diferencia.*
- Experiencias generadas de la prestación psicológica: *Descripción de experiencias en torno a una intervención, temores, ansiedades, interrogantes, información.*
- Principales aportes de una intervención psicológica. *Cuáles son las experiencias en psicoterapia que el niño valora como aportes relevantes.*
- Percepción de la relación terapéutica: *Qué lugar le otorga el niño a la persona del terapeuta, como entiende esta relación, en que lugar se sitúa él.*

Se realizaron 3 grupos de discusión, número que permitió una combinación homogénea y heterogénea a la vez, así la distribución de los 3 grupos será la siguiente:

- G.D.1.: Niñas, de 8- 9 años.
- G.D.2.: Niños, de 9- 10 años.
- G.D.3.: Niñas y niños, de 10- 11 años.

Los grupos de discusión fueron constituidos por un número pequeño de participantes, de aproximadamente 8 niños cada uno, número que se enmarca en un promedio entre el mínimo 5 y el máximo 10 de participantes. (Delgado, 1999). Junto con esto, se recomienda un grupo pequeño, ya que el interés es en la profundidad y riqueza de la información que los sujetos puedan entregar, serán separados por edades para aumentar la comodidad del grupo, ya que realizar un grupo con edades muy distantes podría entorpecer la recolección de la información. La muestra fue dividida en tres grupos, ya que se pretendió reunir edades similares para la mejor entrega de la información y la comodidad de los participantes.

Las discusiones fueron combinadas con dinámicas grupales que permitieron entregar mayor confianza y dinamismo al grupo, permitiendo a los sujetos expresarse con mayor comodidad. En las dinámicas se incluyeron actividades de presentación (ejemplo: Presentación cruzada), juegos de imágenes (collage) que estimularon la apertura a las temáticas a discutir (ejemplo: Noción de infancia, se mostró un juego de imágenes con niños en diferentes actividades), a modo de lograr la atención e interés de los participantes.

Como se señalo anteriormente el grupo de discusión instauro un espacio de “opinión grupal”, aquí el grupo se constituye como la autoridad que verifica las opiniones pertinentes, adecuadas, verdaderas o validas, junto con esto los participantes hacen uso y derecho al habla, en este caso el habla del niño, interés fundamental del estudio.

3.5.2.- Entrevista en Profundidad

Como segunda técnica de recolección de información se sitúo la entrevista en profundidad, debido a que ésta permitió la profundización de las temáticas abordadas en los grupos de discusión. Las entrevistas cualitativas o entrevistas en profundidad, se caracterizan por ser más flexibles y abiertas, éstas se definen como una conversación entre una persona (entrevistado) y otra (entrevistador), con algunas pautas que permitan darle la utilidad de instrumento recolector de información.

“El propósito de las entrevistas es obtener respuestas sobre el tema, problema o tópico de interés en los términos, el lenguaje y la perspectiva del entrevistado (“en sus propias palabras”). El experto es el entrevistado, por lo que el entrevistador debe escucharlo con atención y cuidado. Nos interesa el contenido y la narrativa de cada respuesta” (Hernández et al, 2004, p 456)

Lo relevante que aporta la entrevista en profundidad es la posibilidad de establecer un acercamiento de iguales y no un intercambio de preguntas y respuestas, generando así un escenario que beneficie un diálogo en confianza y flexibilidad, lo cual se adecua a las características del sujeto de interés en este estudio, a saber, niños que formen parte del programa infanto- juvenil del COSAM de Lo Prado, de modo que los sujetos no se sientan en una situación evaluativa que pudiese entorpecer su

disposición a la entrevista.

En esta técnica el entrevistado es situado en el lugar de portador de una perspectiva, el investigador puede provocar el habla con sus preguntas, pero también puede intervenir en el habla mediante reformulaciones (Delgado, 1999). Con las herramientas que otorga esta técnica se da la posibilidad de precisar aún más la información que es posible provocar e intervenir en el diálogo del entrevistado.

Junto con esto, esta técnica permite ser un complemento a los grupos de discusión, ya que como se planteó con anterioridad estos contribuyen con la construcción del sentido social, frente al tema de interés, ya contando con esto fue necesario utilizar la entrevistas en profundidad, ya que ésta permite adentrarse más específicamente en los diversos aspectos del proceso de intervención psicológica. Como señala Delgado (1999), “la entrevista en profundidad, es por tanto, pertinente cuando la investigación no pretende reconstruir el sentido social de un asunto determinado...lo es cuando necesitamos conocer los diversos aspectos de un proceso, y siempre que conozcamos ya su sentido” (Delgado, 1999, p 296)

La aplicación de esta técnica de recolección de información permite una aproximación a las construcciones subjetivas de significación de los sujetos, con respecto a las prácticas psicológicas orientadas a la infancia en salud pública.

Las temáticas de las entrevistas en profundidad se derivaron de las nociones que emergieron de los grupos de discusión. Todos los tópicos que fueron abordados se adecuaron a un lenguaje cercano a los niños entrevistados, generando un espacio cómodo y confiable permitiendo el óptimo desarrollo de los objetivos de la entrevista.

3.6.- Análisis de la Información

La técnica escogida para hacer visible la información que ha sido recabada de la muestra elegida en el proceso de recolección de sus discursos, fue el análisis de contenido. “El análisis de contenido en un sentido amplio, que es como lo vamos a entender en este trabajo, es una técnica de interpretación de textos, ya sean escritos, grabados, pintados, filmados, u otra forma diferente donde puedan existir toda clase de registros de datos, transcripción de entrevistas, discursos, protocolos de observación, documentos, videos,... el denominador común de todos estos materiales es su capacidad para albergar un contenido que leído e interpretado adecuadamente nos abre las puertas al conocimientos de diversos aspectos y fenómenos de la vida social.” (Andréu, 2000, p2).

El análisis de contenido se basa en la lectura como instrumento de recogida de información, sin embargo no es una lectura común, ya que éste debe seguir un método científico. Lo que caracteriza al análisis de contenido es que combina la observación, la producción de los datos, y la interpretación o análisis de los datos. (Andréu, 2000).

Las características que vuelven relevante esta técnica de análisis, para este estudio, es que todo el contenido del texto o una imagen pueda ser interpretada directa o manifiestamente o de su sentido oculto y latente, es decir, podemos rescatar de un texto su contenido obvio, directo, manifiesto que es la representación y la expresión del sentido que el autor quiere comunicar. Además es posible acceder a un texto latente, indirecto que utiliza el texto manifiesto como un instrumento para expresar el sentido oculto que el autor pretende transmitir. (Andréu, 2000).

Dada las características de esta técnica se considero pertinente utilizar el análisis de contenido para el análisis de la información recavada en este estudio.

- *Plan de análisis de la información:*
 - Transcripción de grupos de discusión.
 - Elaboración del perfil de los grupos, para la selección del 2º número muestral para las entrevistas en profundidad
 - Transcripción de entrevistas en profundidad.
 - Segmentación de información en frases y párrafos para realizar una categoría y asignarle un código, que de cuenta de lo expresado por el entrevistado.
 - Codificación de cada una de las transcripciones realizadas a partir de la información evocada de los sujetos de estudio.
 - Elaboración de un listado de las categorías.
 - Articulación de las distintas categorías, elaboración de meta-categorías (dimensiones): Esto consiste en agrupar las categorías en torno a la o las variables identificadas, conforme a los datos generales encontrados, la pregunta de investigación y lo propuesto en los objetivos del estudio.
 - Diseño cualitativo de resultados y conclusiones.

4.- Resultados y Análisis

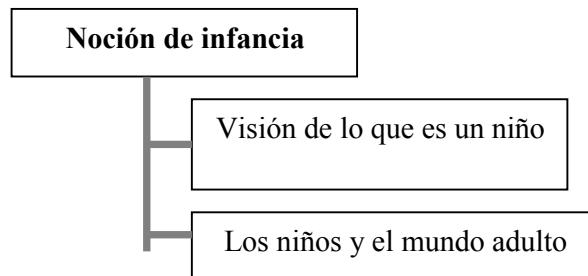
El análisis que a continuación se realizará responde a las dos formas de medición que han sido utilizadas en el presente estudio: Los Grupos de Discusión y Las Entrevistas en Profundidad. Ambos instrumentos utilizados responden a la necesidad de profundizar en la información obtenida que en un primer momento se recoge de los grupos de discusión donde fue posible recabar un nivel de información con elementos generales en torno a la temática de interés. En cuanto a las entrevistas en profundidad, fueron utilizadas con el propósito de indagar en un mayor nivel de profundización en cuanto al proceso personal que experimenta un niño.

Esta información ha sido recolectada gracias a la participación de dieciocho niños, quienes eran usuarios activos del programa infanto- juvenil del COSAM de la comuna de Lo Prado y que se encontraban en un proceso de intervención psicológica por un tiempo mayor a seis meses. Los dieciocho niños fueron participantes de los grupos de discusión, posterior a ello, se seleccionaron los sujetos representativos del perfil de cada grupo, lo que arrojó un número de cuatro entrevistas en profundidad.

El análisis de la información se realizó a través del análisis por categorías, con el objetivo de deconstruir y aproximarse a un análisis del contenido encontrado. Análisis cualitativo que se orienta principalmente a la aproximación del significado que le da un niño a una intervención psicológica en salud pública. La información recogida se analizó a través de categorías, las que se establecieron de la siguiente forma:

4.1.- Categorías y Sub- categorías

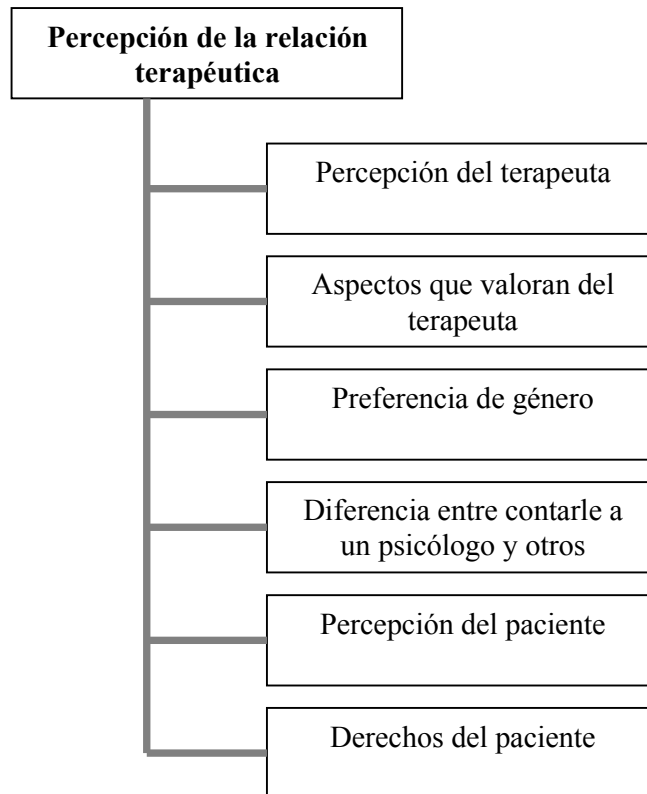
1.- Noción de infancia: Esta categoría permite conocer como el niño se autodefine en relación con los otros.



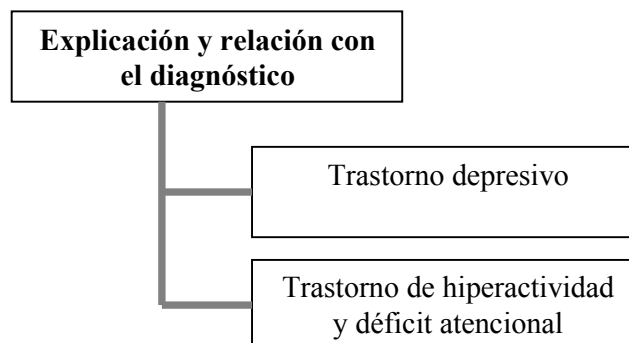
2.- Experiencias entorno a la intervención psicológica: Esta categoría permite conocer todas las experiencias, que conlleva un proceso de intervención psicológica, vividas por un niño.



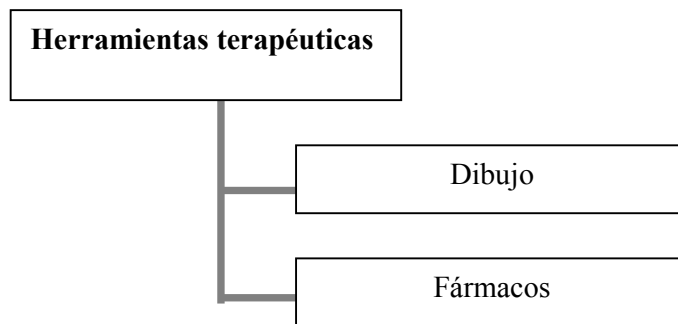
3.- Percepción de la relación terapéutica: Implica la apreciación que tienen los niños de la relación terapéutica, el lugar que le atribuyen al terapeuta y a sí mismos en el proceso de intervención psicológica.



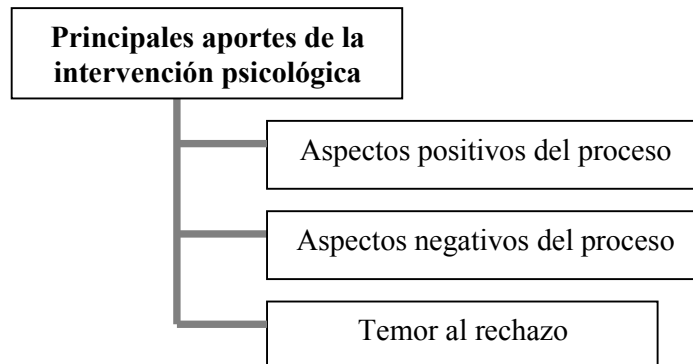
4.- Explicación y relación con el diagnóstico: Esta categoría implica la información que los niños tienen respecto del trastorno con el que han sido diagnosticados y la explicación que ellos elaboran de estas categorías diagnósticas.



5.- Herramientas terapéuticas: Esta categoría será entendida como los elementos que el terapeuta utilice para complementar la intervención psicológica.



6.- Principales aportes de la intervención psicológica: Esta categoría permite conocer la percepción de los aportes que el niño valora como positivos o negativos del proceso de intervención psicológica.



4.2.- Análisis descriptivo

1.- Noción de Infancia

1.1.- *Visión de lo que es un niño*

A partir de los datos obtenidos en los grupos y entrevistas realizadas a algunos niños, ha sido posible encontrar la existencia de una visión elaborada por ellos mismos sobre el ser niño.

“[...]Es que los niños pueden ser como más (...) tienen como un poco más de alegría y esa alegría se junta con sentimiento, la libertad y el amor” (N.G.3)

*“Ah (...) que los niños son más felices que las demás personas”
(N.G3)*

Este primer tipo de visión, de un mundo de felicidad, alegría y aspectos positivos, se contrasta con la visión que los niños más pequeños tienen de ellos mismos, ya que estos relacionan la niñez con aspectos mayormente negativos como prohibiciones, malas conductas entre otras.

“Que algunas cosas no las podemos hacer” (N.G1)

1.2.- Los niños y el mundo adulto

Para los niños el mundo adulto está principalmente asociado a mayor permisividad, sin embargo, no a mayor libertad, ya que ellos atribuyen a los niños una especial cualidad, la libertad de permitirse mayores placeres que los adultos, ya que estos si bien gozan de mayor permisividad están cargados de responsabilidades y quehaceres que no les permiten disfrutar de otras cosas.

“Ellos salen por la noche, así como a juntarse con los amigos y nosotros tenemos que estar durmiendo, porque somos chicos y los que se acuestan más tarde esas se creen grandes” (N.G1)

“Nosotros podemos jugar y los adultos tienen que trabajar” (N.G1)

“Los adultos tienen muchas responsabilidades y nosotros no tenemos muchos problemas” (N.G1)

“Es tener un poco más de libertad que los adultos, los niños no tienen que hacer tanto trabajo como los adultos, lo único que tienen que hacer es estudiar, los adultos tienen que trabajar, ganar plata y mantener a la familia” (N.G3)

2.- Experiencias en torno a la intervención psicológica

2.1.- Percepción de acudir al psicólogo

Para los niños el acudir al psicólogo generalmente está vinculado a aspectos correctivos, a corregir aspectos negativos de las personas como las malas conductas, las malas notas, el descontrol. Estas relaciones principalmente las realizan los niños más pequeños.

“Yo vengo al psicólogo para que me hagan controlarme, porque me dan unos remedios y me porto bien con eso” (N.G.1)

“A decir lo que uno hace en la casa, las malas conductas y las buenas conductas” (N.G2)

“A quedarse quieto” (N.G1)

Por otra parte, también vinculan la ida al psicólogo con problemáticas de la vida de las personas y como un espacio diferente para poder ser acogidos, escuchados y ayudados a resolver conflictos.

“También para resolver sus casos y para que ellos puedan llevar una vida tranquila” (N.G.1)

“Para contar todo lo que a uno le pasa, cuando uno está enfermo, así como que tiene que hablar con alguien y ellos nos ayudan a conversar con alguien” (N.G.3)

“Venir al psicólogo yo creo que es una forma de venir a descargarse de algunos sentimientos que uno no puede transmitir a los demás” (N.G.3)

Es posible observar en los niños mayores y aquellos en los que su motivo de consulta se vincula a un trastorno o problemática de índole emocional, tienen una relación distinta con la intervención psicológica, es decir, estos niños presentan una percepción de la ida al psicólogo como una ayuda, al igual que los demás, sin embargo ellos también atribuyen cierto nivel de responsabilidad propia, del paciente, en el proceso del que son parte.

“ Para que la enfermedad que tengan, depresión muchas veces u otros problemas familiares o algo así, que lo cuenten al psicólogo y que el psicólogo los pueda ayudar en algo en una parte y la otra parte tienen que poner de su parte” (N.3)

“Uno tiene que poner de su parte, yo por ejemplo, ir al colegio, hacer las tareas” (N.4)

2.2. Derivación

Generalmente el motivo de consulta no es traído por el niño, sino más bien, por los adultos que los rodean. Por lo general los niños entrevistados atribuyen su venida al psicólogo al ámbito escolar, es el profesor quien instala el motivo de consulta, siendo este motivo de consulta relacionado principalmente con lo académico y los problemas conductuales.

“yo estoy aquí porque yo antes era bien malo,[...] ahí me mando el profesor porque me encontraba como hiperactivo, él encontraba que yo era como muy loco y me mando para acá” (N.G3)

“La profesora, porque yo era muy desordenado en ese tiempo” (N.2)

Por otra parte, también es posible dar cuenta que aquellos niños en que su problemática se vincula a un trastorno emocional, el motivo de consulta es traído por la familia.

“Mi mamá y no lo tome como una obligación, sino que me gusto después” (N.3)

“A mí también me dijo mi mamá, yo no pensaba que era tanto” (N.G3)

2.3.-Percepción de enfermedad

Frente a esta temática, los niños refieren haber estado concientes de la necesidad de acudir al psicólogo y junto con ello la conciencia de presentar alguna problemática, en algunos casos el motivo de consulta o la problemática por la cual fueron derivados no se presentaba como un conflicto para ellos, sino más bien para quienes los rodean.

“yo quería venir, porque yo sabía que era distraída, me paraba a cada rato en clases (eso era problema para ti) no pero a mí mamá la llamaban, le decían que yo me portaba mal” (N.1)

Así también, es posible observar que los niños mayores en cierta medida, logran vincular a ellos la problemática por la que son derivados, es decir, a algo que los conflictua a ellos mismos.

“Yo sabía que tenía algo raro, yo sabía que era muy loco” (N.2)

“sí, yo igual quería venir, porque no me gustaba el colegio tenía flojera de todo” (N.4)

2.4.- Información previa al iniciar el proceso

Generalmente los niños dan cuenta de no poseer mucha información sobre que es una consulta psicológica antes de acudir a ella.

“Yo no sabía ni siquiera que era” (N.G2)

“Antes de venir al psicólogo yo pensaba que era una cosa mala para mí, pero como supe ahora es una cosa buena” (N.1)

Propio de esta desinformación son las fantasías que se generan entorno a una situación desconocida, en este caso, las fantasías generadas se asocian principalmente con aspectos amenazantes como castigos y temores frente al concepto de locura.

“Creía que yo estaba loco porque yo veía en la tele, yo pensaba que los psicólogos eran esos que estaban en los maniáticos, tenía terror, porque pensé (...) voy ha ser loco!!!”
(N.G.2)

“[...]pensé que me iban a encerrar, yo les decía que no quería ir”
(N.G.2)

“que es un médico que opera a las personas y les arreglaba el cerebro, que les sacaba el cerebro y le colocaba uno más inteligente” (N.G.2)

“ Yo creía que el psicólogo era así como una cárcel, que iba a estar viniendo a cada rato, quedándose adentro y que no iba a poder salir a ninguna parte” (N.2)

“Sentía miedo, no se, ha que me amarraran y me contaran cosas, no se, se me vino a la mente” (N.3)

2.5.- Primera experiencia del proceso

La mayoría de los entrevistados refiere ciertos grados de dificultad al inicio del proceso, dificultad que principalmente se asocia a la “confianza” que aún no se establece con el otro que será receptor de sus conflictos

“al principio me costo [...] lo que más me costo fue contarle el problema que tenía” (N.2)

“[...] al principio una vez, pero al principio, al principio totalmente, ahí me empezó a dar cosas decirle las cosas personales a alguien, pero ahora somos como amigos (N.3)

Las primeras experiencias se asocian a muchos temores, lo que da cuenta de una situación desagradable para los niños en los inicios del proceso provocando sensaciones como nerviosismo y vergüenza.

“Sí, me costo, no porque me daba nervios” (N.4)

“[...] las primeras veces no me gustaba entrar sola, porque me daba vergüenza, no podía hablar, me ponía a llorar” (N.4)

Sin embargo, los niños relatan que a medida que las sesiones avanzaban, el vínculo terapéutico comenzaba a consolidarse, lo cual les permitía ir ganando mayor confianza en el espacio terapéutico

“con él ya hablaba de todo lo que me pasa, entonces a mí me dio más confianza” (N.4)

2.6.- Personas significativas en el proceso

Los niños entrevistados refieren que la figura significativa que más a participado en el proceso y de la cual han recibido mayor apoyo es la madre, ya que ésta ha estado más presente, es quien los acompaña a las sesiones, quien negocia los horarios y también quien conoce el proceso en el que están, con lo cual pueden apoyarlos.

“Eh, mi mamá, porque me ha ayudado harto [...] cuando me acompaña no me siento tan solo, a veces vengo con mi abuela, pero ella no puede venir tanto porque igual ya está viejita, con este calor que hace ya, mi mamá me decía que me tranquilizara que no iba a pasar nada” (N.2)

“Mí mamá, porque ella me ha exigido más [...] me ha apoyado en todo, si me saco una mala nota, que siga que yo puedo superar esa nota” (N.4)

Otros también consideran un apoyo en su proceso al equipo de trabajo de la institución.

“La psicopedagoga y todos acá que se hicieron amigos de mi mamá y yo me hice amigo de ellos, la que es como al secretaria de allá, entonces mi mamá tiene que ir a la casa a buscar algo y yo me quedo sentado ahí, entonces me cuidan y todo” (N.3)

3.- Percepción de la relación terapéutica

3.1.- Percepción del terapeuta

Las apreciaciones que se hacen frente a la persona del terapeuta, se orientan principalmente a un personaje no común, descrito como persona especial e interesante, esta percepción se encuentra mayormente en los niños más pequeños, teniendo una imagen más idealizada de terapeuta que los demás.

“[...]es interesante que se interesen en eso” (N.G1)

“[...] las psicólogas son unas personas especiales, ellas nos ayuden a nosotras” (N.1)

Junto con ello, otra de las imágenes imperantes en los niños entrevistados, frente al terapeuta, plantea una persona “caritativa” orientada a la ayuda de los otros y con cualidades específicas que les dan el “poder” de otorgar ayuda a personas que tienen problemáticas y que requieren ayuda.

“quiere saber cual es tu problema y que es lo que le molesta” (N.G1)

“los psicólogos ellos fueron a una escuela para estudiar esto y ayudar a personas que están mal, como nosotras que estamos acá” (N.G1)

“ayudar a entender sus problemas, porque a veces uno no entiende lo que le pasa, también tienen que entender que es lo que le pasa para que lo ayuden” (N.G2)

“El psicólogo es una ayuda para los niños, los adultos, para todos” (N.1)

Así también, es posible encontrar la percepción de los niños más pequeños los cuales en su mayoría se encuentran diagnosticados con un trastorno de déficit atencional o hiperactividad. Ellos principalmente le otorgan al psicólogo la facultad de corregir conductas negativas y entregar la forma que les permita corregir esas conductas, por ende, desde esta visión el terapeuta es más bien un ente normativo.

“él nos habla de cómo nos portamos en el colegio y nos habla de que los niños nos tenemos que portar bien” (N.G1)

“[...] es interesante que se interesen en eso y ayuden a las personas diciéndoles como se porten” (N.G1)

Para los niños mayores el psicólogo se encuentra más vinculado a una persona en la cual puedes confiar, entregándole el lugar de un amigo y confidente.

“Es como ser un amigo de una persona, porque tienen más confianza” (N.4)

3.2.- Aspectos que valoran del terapeuta

Una de las valoraciones que los niños hacen del psicólogo son las características que lo definen como cariñosos y amables, estos rasgos son destacados principalmente por los niños de menor edad. El rasgo de amabilidad que ellos destacan se fundamenta principalmente en que ellos noten que el terapeuta se preocupa por cómo está y que se interese por ellos.

“Ella es cariñosa, porque por ejemplo, yo tengo un problema con el Cristian, mi papá y yo me pongo a llorar y ella me dice por qué me pongo a llorar y esas cosas” (N.G.1)

“es amable y siempre me dice que pase y me pregunta que cómo me ha ido en el colegio” (N.G.1)

“Lo que más me gusta de la psicóloga es que es cariñosa[...] ella me preguntaba como estaba yo” (N.1)

Así mismo, es posible dar cuenta que otro aspecto que los niños valoran a la hora de referirse a su terapeuta es lo divertido y simpáticos que ellos son, aspectos que ellos definen como que sea capaz de ser lúdico y utilizar esa característica en pro de un mejor entendimiento por ellos, por ejemplo, que pueda ser capaz de simplificar o darle un lenguaje comprensible para los niños.

“es divertido, a veces hace chistes” (N.G.1)

“[...]es divertido porque trata de hablar para que entendamos nosotros” (N.G.2)

“[...] él es simpático me gusta su risa y su humor” (N.3)

Otros atribuyen cualidades de generosidad al hecho que los terapeutas sean capaces de escucharlos, situación que ellos advierten no ocurre con todas las personas. Esta situación les permite depositar mucha confianza en ellos, llegando a atribuirles la categoría de amigos o en algunos casos lo sitúan en el lugar de su padre.

“Que es súper bueno, ¿entiende?, que escucha y todo eso, hay otros que no escucharían” (N.2)

“Su confianza, su paciencia, la amistad” (N.3)

“es que es simpático [...] mi papá no me escucha lo que yo le digo, ¿entiende? En cambio él escucha, aunque él igual a veces se aburre, pero igual me escucha [...] mi papá no, se aburre y se va” (N.2)

Finalmente, se puede encontrar que otros de los aspectos que los niños valoran de su terapeuta, tiene que ver con las herramientas que este tiene para resolver conflictos y las herramientas terapéuticas que el puede brindar a la resolución de su problemática

“Que el psicólogo me ha dado cosas como para controlarme, me dijo que dibujara cuando yo tengo mucha agresividad, que tenía que contar, que pensara otras cosa o que me alejara de ahí” (N.2)

3.3.- Preferencia de género

Algunos niños plantean la preferencia de ser atendidos por terapeutas de su mismo género, argumentando que la comprensión y lo mejores resultados se dan si se trabaja con alguien de su mismo género, ya que es más fácil comprender ciertas actitudes, vivencias y sentimientos propias de cada sexualidad.

“Sí lo que pasa es que el psicólogo sabe más de los sentimientos que tiene el hombre y si es una mujer no va a entender un hombre que no entiende los sentimientos de mujer[...] los hombres esconden sentimientos y a veces no se nota tanto los sentimientos que tienen[...] por eso que a un hombre no le va a gustar estar con una psicóloga, si no entiende los sentimientos que tiene un hombre” (N.2)

Esta visión se contrapone a la de los niños que consideran que el tema del género no tiene mayor relevancia a la hora de acudir a una consulta psicológica, ya que₉₀

ambos trabajan por el mismo objetivo, ayudar a los otros.

“Es lo mismo porque los dos nos ponen atención, los dos nos van ayudar”

(N.4)

“Sí, ósea yo creo que es lo mismo, es que yo tengo ósea no es psicóloga es psicopedagoga y es mujer entonces igual es simpática, es lo mismo con los dos va a estar bien (...) no al racismo” **(N.3)**

3.4.- Diferencia entre contarle al psicólogo y otros

La principal diferencia que la mayoría de los niños entrevistados encuentran entre acudir al psicólogo y confidenciar sus conflictos o aspectos de su intimidad, radica en que el psicólogo posee cualidades que permiten brindar ayuda a los otros, no sólo escuchar, sino que ayudar a resolver dichos conflictos. Esta cualidad de poder ayudar a los otros, a las personas con problemas, han sido adquiridas mediante estudios que permiten poder facilitar una solución ante los conflictos de las personas

“[...] el amigo no me ayuda, el psicólogo si me ayuda, porque algunos amigos no son buenos, los dos me ayudan, pero lo que más me sirve es la psicóloga, porque ellos aprendieron a ayudar a las personas” **(N.1)**

“[...] nos ayudan, nos hacen que cambie, el amigo no (...) sólo nos va a escuchar” **(N.4)**

“[...] ellos nos dan la solución justa, no como los amigos que nos dan muchas soluciones y uno no sabe cual elegir, como que nos confunden”

(N.4)

Junto con esto, los niños conciben que acudir a una consulta psicológica se diferencia de confidenciar sus conflictos a los otros, ya que el espacio psicoterapéutico tiene un valor adicional, la confidencialidad, elemento que ellos consideran como clave a la hora de poder depositar su confianza en otro. Esta confidencialidad, según ellos no se la entregan otras personas más que el espacio psicoterapéutico.

“Que el amigo puede decir las cosas, así al tiro, el psicólogo no, él primero las escribe y después las guarda y no se las dice a nadie, es como más secreto” **(N.3)**

“no porque los amigos le pueden contar a alguien y acá es secreto” **(N.4)**

3.5.- Percepción del paciente

Una de las ideas que los niños entrevistados tienen de ser un paciente, es la de una persona que viene en busca de un lugar distinto en donde puede ser escuchado y ser comprendido

“es una persona que también viene a control, pero viene a explicar las cosas que no puede explicarlo con los demás” **(N.G.1)**

“[...]yo sería el paciente que escucha lo que dice el psicólogo y le cuenta las cosas que le pasan” (N.G.1)

Otra idea es la de una persona con problemas de diversas índoles, que acude a consulta para requerir ayuda, ayuda que principalmente tiene que ver con enseñarle a como resolver su conflicto.

“Un paciente es la persona que van a ayudar, a la persona que van a enseñarle, a la persona que tiene problemas, problemas de su padre, de su madre, que llora por todo” (N.1)

También existe otra concepción de paciente que se condice con la noción de “paciente”, es decir, un sujeto que va a escuchar lo que el otro puede decir de su problema, situándolo en un lugar de mayor pasividad que el resto de las concepciones.

“el paciente tiene que ponerle atención al psicólogo, lo que le dice” (N.3)

“Que uno también tiene que escuchar lo que dice el psicólogo” (N.4)

3.6.- Derechos del paciente

Al indagar en los derechos que ellos creen tener como usuarios de un servicio, lo que principalmente refieren, como principal derecho a ser escuchado en su malestar.

“tiene derecho ha hablar con su psicólogo sobre lo que el tiene que hablar” (N.G.2)

“A que el psicólogo también lo escuche y no fuera igual como que Juanito fuera el psicólogo, o sea, él sea el que hable, que el psicólogo este viendo el computador y no lo este escuchando” (N.3)

“No se (...) contar lo que le pasa” (N.4)

No obstante, hay otros que también creen no tener que exigir nada, ya que al ser un espacio de ayuda no sería adecuado exigir algo a aquel o aquellos que los están ayudando

“Nada (...) no debería exigir nada, a mí me da lo mismo exigir una porque aquí me ayudan, no tengo que exigir nada” (N.1)

“(Y tú no preguntas cuando se demoran tanto) No porque si tienen conflictos para que los voy ha hacer pasar rabias (y tu rabia) me desquito con un peluche que tengo” (N.2)

4.- Explicación y relación con el diagnóstico

Los niños elaboran una explicación respecto de los diagnósticos que ellos tienen o los que consideran más frecuentes, su elaboración se realiza por la información entregada y por la vivencia que ellos mismos han experimentado.

4.1.- Trastorno Depresivo

Frente a la depresión ellos manifiestan que principalmente se refiere a los sentimientos, a un estado de tristeza y agotamiento.

“es cuando uno esta sentimental y cuando estas agresivo, cuando se juntan esos dos, ya se forma algo muy fuerte” (N.2)

“Algo triste, que se produce en el corazón y dentro del corazón” (N.3)

“Me dijeron que tenía depresión porque no me gustaba hacer nada, me sentaba y no escribía, (que es la depresión) es cuando uno se siente mal (...) se levanta, no le dan ganas de hacer nada” (N.4)

4.2.- Trastorno de hiperactividad y déficit atencional

El trastorno de hiperactividad se relaciona principalmente con no cumplir con lo esperado para su edad y se vincula con lo negativo de ser un “niño chico”.

“Hiperactivo, es ser como un niño que se comporta como si fuera un bebé, porque los bebés andan por todos lados, como mi hermano que tiene 5 años, juega, salta, corre, rompe cuestiones, entonces como yo tengo 10 años me comporto como un niño chico, eso es ser hiperactivo y eso a veces es malo” (N.2)

“Déficit atencional, es como que alguien te habla y algunas veces estas mirando a otros lados, o estas jugando con las manos [...] y no ponen atención a lo que está diciendo el otro” (N.3)

“Déficit atencional me dijeron que era no poner mucha atención a lo que uno le habla o hacer algo y dejarlo a medio camino” (N.3)

5.- Herramientas terapéuticas

5.1.- El dibujo

Frente a herramientas terapéuticas como la utilización de dibujos, ellos valoran el hecho de contar con estos recursos que faciliten la expresión de sus sentimientos, considerando la dificultad que esto en ocasiones trae. Esta valoración la hacen principalmente las niñas entrevistadas.

Ellas entienden el dibujo como recurso terapéutico utilizado para la expresión de elementos inconcientes, como “cosas que no pueden decir”, así también, conciben que en los dibujos que ellas realizan aparecen sus principales conflictos.

“siempre como que las psicólogas dibujan harto, dicen lo que sientes”
(N.G.1)

“Porque así expresamos lo que sentimos adentro y no lo podemos decir”
(N.G.1)

“Como que no lo podemos decir, pero lo podemos dibujar, ahí lo decimos pero en dibujarlo, no en palabras” (N.G.1)

“Cuando lloro, porque cuando lloro no me expreso bien, entonces ahí yo dibujo y la tía me pregunta que dibujaste o a veces me dice hace un dibujo libre (...) ahí yo hago un dibujo libre pero siempre, siempre tiene que ver de mi familia” (N.1)

5.2.- Uso de Fármacos

El uso de fármacos como elemento que contribuye a un tratamiento psicológico es vivenciado desde dos perspectivas. La primera guarda relación directa con los niños más pequeños y con aquellos que han sido diagnosticados con un trastorno de déficit atencional o de hiperactividad. La vivencia de los fármacos desde los entrevistados con estas características, tiene que ver con una idealización significativa de al uso de fármacos, atribuyéndole cualidad de resolver todo los conflictos.

“a mí antes me iba mal y ahora me dan unas pastillas que tengo que tomar y ahora me va bien en colegio, el promedio ahora es de 6,7” (N.G.1)

“yo vengo al psicólogo para que me hagan controlarme, porque dan unos remedios y me porto bien con eso” (N.G.1)

“[...] nos habla de que los niños nos tenemos que portar bien y nos dan pastillas para que nosotros nos portemos bien” (N.G.1)

“[...] yo sabía que iba ha aprender más, que no me iba a distraer, que iba a pasar de curso porque un año en que deje de tomar y me fue más o menos porque me distraía mucho sin las pastillas y ahí el segundo año las empecé a tomar y al fin pase de curso” (N.1)

La otra visión que los niños plantean del uso de fármacos, principalmente los niños más grandes, es una idea no muy agradable de ella, sino mas bien, esta vinculada a experiencias negativas como la disminución radical de sus energías.

“[...] pero cuando me dieron unas pastillas que fueron las primeras, yo no quería tomármelas (¿Por qué?) porque yo he visto hartas cosas, que cuando uno toma esas pastillas le pasan cosas (cosas cómo qué) es más agresivo a veces, como a veces se duerme y en el colegio no me puedo quedar dormido, entonces eso era lo que me pasaba” (N.2)

“mi mamá se dio cuenta, porque la profesora le dijo, porque me quedaba tanto dormido en la sala y mi mamá le dijo que era por las pastillas [...] se notaba mucho, hasta los profesores me decían que, qué me había pasado y yo les decía que estoy yendo al psicólogo y ahí me puedo mejorar” (N.2)

“[...] las empecé a tomar pero como a la hora de las 12:00 am, me empezaba a decaer y como que me daba sueño, no me daban ganas y yo las deje de tomar y le dijimos a (...) que me daban sueño y que era peor” (N.4)

6.- Principales aportes de la intervención psicológica

6.1.- Aspectos positivos del proceso

Uno de los principales aportes que los niños valoran como positivos se relaciona principalmente con la capacidad de la intervención para poder darle solución a su problema, en muchos casos se valora significativamente el hecho de haber contribuido a mejorar sus conductas negativas y haber aprendido a portarse bien.

“a mí me ha cambiado la vida (...) la mente” (N.G.1)

“a mí me a ayudado a portarme mejor en el colegio” (N.G.1)

“me ha ayudado harto, en cambiar, en portarme bien, en hacer todas las tareas en clases, en no conversar tanto, en no distraerme” (N.G.1)

“A aprender a no distraerme para que a mí me vaya bien, a no pararme a cada rato (...) yo converso mucho y si pasa por ejemplo , ya (...) pasa una mosca y yo la sigo a ella, como que ahí me distraigo” (N.1)

Otro aspecto que valoran especialmente los niños de mayor edad y aquellos que están diagnosticados con un trastorno de carácter emocional, se vincula

“[...]a expresar nuestros sentimientos” (N.G.2)

“Uno ha cambiado (...) unoh a cambiado cosas que uno antes hacia antes de venir, uno viene acá como mal y llega aquí y habla uno se siente como más aliviado, como que le dices todo al psicólogo porque después te sientes súper bien[...]” (N.G.3)

“mejorar mucho, mejorar en todo, todo (...) mejorar mis sentimientos” (N.2)

“A liberar mis tensiones y liberar las malas vibras” (N.3)

6.2.- Aspectos negativos de la intervención psicológica

Según los niños entrevistados el principal aspecto negativo tiene que ver con sacarlos de su cotidianidad como el colegio, los juegos, actividades que ellos consideran de mayor relevancia que asistir al psicólogo.

“[...]es más fome, porque no tengo tiempo para ir a jugar” (N.G.2)

“no nos queda tiempo para cosas mucho más importantes” (N.G.2)

“A veces te sacan de clases por venir al psicólogo y a veces tienen algo importante”
(N.G.3)

“Me interrumpen cuando estoy jugando para venir al psicólogo” (N.G.3)

Por otra parte, manifiestan gran descontento frente a los tiempos de espera, manifestando aburrimiento.

“Las negativas, es que hay que estar mucho tiempo ahí esperando, a veces uno se aburre hay veces en que he estado mucho tiempo” (N.1)

“que hay que esperar como media hora pa’ que lo llamen y uno se aburre, una vez me tuvieron mucho rato y me quede dormido” (N.G.3)

6.3.- Temor al rechazo

La mayoría de los niños entrevistados refiere resguardar mucho el hecho de acudir a una consulta psicológica, ya que consideran que los demás, generalmente sus pares, vinculan este hecho como algo ajeno, distinto, lo cual debido a la desinformación es motivo de burlas.

“yo pensaba que las compañeras me iban a molestar si les decía y todo eso” (N.G.1)

“Dicen (...) ¡¿Vay al psicólogo?!” (N.G.2)

“a mí no me gusta contar (...) creen que uno viene a algo diferente” (N.G.3)

*“[...] ah, si me han preguntado, pero nunca he tenido el valor de decirle a los demás”
(N.3)*

Otro de los temores que los niños manifiestan se vincula a las fantasías que ellos mismos tenían antes de conocer una intervención psicológica, ellos manifiestan que los demás relacionan la ida al psicólogo con la locura, la enfermedad, elementos que socialmente tiene una connotación peyorativa y estigmatizante.

“mis compañeros siempre dicen que es pa’ los locos” (N.G.3)

“También porque dicen que uno es enfermo” (N.G.3)

“creen que estamos locos (...) donde ven las noticias” (N.G.2)

“Por que me daba cosa de que se rieran, porque piensan que es para los locos y no es así, la gente loca va a otro lado, tiene otro nombre” (N.4)

4.3.- Análisis interpretativo

Los niños entrevistados elaboraron una perspectiva de lo que es su mundo infantil, dando cuenta de una percepción bastante positiva de lo que es ser un niño, positivo en el sentido de relacionar a los niños con la diversión, la felicidad, la ausencia de problemáticas severas y poseedores de una cualidad especial, la libertad. Esto es posible interpretarlo desde dos lugares, los niños de hoy están disfrutando mucho más de ser niños y rescatando el momento que viven. Por otro lado, estos niños han elaborado una visión del mundo adulto muy distante a la de ellos, junto con ser desagradable y aburrido, los adultos para estos niños se muestran llenos de responsabilidades las cuales no permiten que ellos se den tiempo para disfrutar de otras cosas, situación que refleja lo acelerado que es el ritmo de vida que los adultos están viviendo, ritmo que les ha quitado la posibilidad de hacer vida en familia y de dedicar tiempo al ocio.

Al iniciar el proceso no son los niños quienes demandan la intervención, al menos no explícitamente, sino que son sus figuras significativas que solicitan atención psicológica para el pequeño, son los adultos quienes identifican algún tipo de sintomatología que escapa de lo cotidiano. En la mayoría de los casos el motivo de consulta surge desde el ámbito escolar, son los profesores que solicitan a los padres o cuidadores acudir a una consulta psicológica, es posible observar que el hecho de que el motivo de consulta provenga generalmente desde la escuela, se vincula a que este motivo se relacione en la mayoría de los casos a problemáticas de orden conductual como: conductas disruptivas, problemas de atención, hiperactividad, entre otras. Del

mismo modo, el hecho que el motivo de consulta provenga desde al ámbito escolar podría vincularse a que los niños pasan la mayor parte del día en este espacio, situación que entrega los profesores la posibilidad conocerlos, percibir o experimentar algún tipo de problemática en el niño.

Frente a esto, es posible inferir que la percepción que los niños tienen sobre acudir a una consulta psicológica generalmente se encuentra vinculada a aspectos correctivos, a corregir lo negativo de las personas como: las malas conductas, las malas notas y el descontrol. Esta percepción se encuentra principalmente relacionada a los niños más pequeños los cuales en su mayoría presentaban problemáticas de orden conductual. Se observó que los niños que son derivados desde la escuela, sitúan la intervención psicológica como parte de ésta, van al psicólogo a corregir sus conductas y mejorar sus notas, *“Yo vengo al psicólogo para que me hagan controlarme, me dan unos remedios y me porto bien con eso”*, del mismo modo interpretan que ir al psicólogo es ir a aprender a portarse bien, alguien les va a enseñar que es lo correcto. Por otro lado, los niños mayores que en este estudio se relacionaron principalmente con problemáticas de carácter emocional, generalmente acuden a consultar llevados por la familia, de lo cual es posible pensar que es el núcleo familiar quien reconoce la sintomatología ligada a lo emocional del niño.

Estos niños vinculan el acudir a una consulta psicológica con problemáticas de la vida de las personas, problemas familiares, problemas en el colegio, de pareja, entre otros. Junto con esto, le otorgan a la consulta psicológica el lugar de un espacio diferente donde serán acogidos y escuchados *“venir al psicólogo, yo creo que es una forma de venir a descargarse de algunos sentimientos que uno no puede transmitir a los demás”*. Es posible dar cuenta que estos niños tienen una relación distinta con la intervención psicológica, ya que en la consulta encuentran un espacio de contención y

un clima de confianza, lo consideran como una ayuda al igual que los niños pequeños, sin embargo, los niños mayores se atribuyen un grado de responsabilidad en el proceso. Es posible pensar que es la edad y el desarrollo cognitivo que a su edad tienen, lo que posiblemente influye en que el terapeuta le otorgue mayor grado de responsabilidad y compromiso en el proceso.

Cuando llegan a consultar, tienen cierta percepción de enfermedad o más bien, saben que presentan alguna problemática, sin embargo, no resulta en la mayoría de los casos algo que los afecte a ellos, es más bien a quienes les rodean que la situación les resulta problemática. Por su parte, ellos no catalogan esta situación como problemática, más bien le atribuyen elementos lúdicos, es decir, algunos niños refieren saber que “tienen algo raro”, “saben que son un poco locos”, pero se observa que esto resulta algo interesante de su personalidad, relatando sus conductas como anécdotas divertidas *“yo estoy aquí porque antes yo era bien malo, yo era malo porque le echaba pintura en la cabeza a mis compañeros [...] tiraba cáscaras de plátano [...] es que yo lo tomaba de otra manera, así como feliz porque yo salía a la pizarra a cantar y después me dijo el profesor y le dijo a mi mamá”*

Junto con llegar a la consulta, sin tener muy claro el por qué, los niños entrevistados reconocen no poseer mucha información respecto de una intervención psicológica, muchos refieren no saber lo que era, por ende esta situación les generaba muchas fantasías al respecto todas ellas negativas, como sentir miedo de ser encerrados, de ser catalogados de loco, de ser amarrados. Como vemos la mayoría de sus fantasías se relaciona a castigos y sanciones. Es posible pensar aquí, que el tipo de fantasías que ellos elaboran, se relacionan a que generalmente su ida al psicólogo se vincula a que “ellos se porten mal” y que el acudir al psicólogo sea entendido como consecuencia de ello.

En relación a la primera experiencia del proceso, los niños señalan dificultades al inicio de éste, dificultad que vinculan principalmente a sentir nervios y vergüenza al momento de contar sus problemáticas a otro que hasta ese momento es desconocido. Sin embargo, al correr del tiempo ellos logran consolidar el vínculo terapéutico gracias a que el terapeuta ha sabido ganar su confianza según ellos refieren. *“Con él yo hablaba de todo lo que me pasa, entonces a mí me dio más confianza”*

Los niños tienen una visión bastante idealizada de la persona del terapeuta, le otorgan cualidades especiales, los consideran interesantes y caritativos, ya que su trabajo está dedicado a resolver los problemas de las personas. Ésta es una cualidad que ellos destacan constantemente, la facultad de los psicólogos de “resolver” problemas, de lo cual podríamos deducir que estos niños aún no han internalizado la intervención psicológica como un proceso en el que ellos son la pieza principal, por el contrario, es posible deducir que el proceso se deja en manos del otro, del poseedor del saber, del que tiene la justa solución, así el niño va al psicólogo a que le resuelvan sus problemas, a que el otro se haga cargo. Así también, los más pequeños perciben al terapeuta como un agente corrector de conductas negativas y quien les entregara las herramientas para poder corregir estas conductas.

La amabilidad y el interés que los niños observen en sus terapeutas es una de las características que mayor valor positivo le otorgan, interés y amabilidad que se la atribuyen a que los terapeutas se preocupen por cómo están, por cómo les ha ido en el colegio y en sus vidas. Otro aspecto no menos relevante, es que los niños destaquen fuertemente el hecho que su terapeuta tenga la capacidad de ser lúdico, reírse y hacer chistes y lograr utilizar estas características en pro de un mejor entendimiento para ellos, es decir, que sea capaz de simplificar el lenguaje de modo que ellos puedan comprenderlo a cabalidad *“[...] es divertido porque trata de hablar para que*

entendamos nosotros”

Un aspecto que llama la atención es el hecho de que los niños consideren una característica de gran valor el hecho que el terapeuta sea capaz de escucharlos y prestarles atención, dándole la categoría de “generoso” por brindarles este espacio de escucha, situación que ellos perciben como especial, ya que esta escucha interesada no se da en otros espacios, según relatan. Debido a esto, es que algunos atribuyen a su psicólogo la categoría de un amigo y hasta en ocasiones lo comparan con una relación entre padre e hijo. Lo que llama la atención, es la idea que tienen de los otros, de los que los rodean y que están a diario con ellos, un entorno que no está prestando atención a sus niños y que no está oyendo sus voces.

El vínculo que se establece con el terapeuta genera un espacio que ellos valoran como confidencial, característica que ellos describen como la principal diferencia entre confidenciar sus conflictos con amigos o familiares, esta confidencialidad es vital para que ellos puedan sentirse seguros al expresar sus sentimientos, emociones e ideas. Junto con esto, el hecho de que los psicólogos sean profesionales en la materia les otorga la posibilidad de ayudarlos en sus conflictos a diferencia de las demás personas que sólo escucharían y luego podrían divulgar dicha confidencia, *“que el amigo puede decir las cosas así al tiro, el psicólogo no, primero las escribe y después las guarda y no se las dice a nadie, es como más secreto”*, éste es uno de los elementos que ellos más destacan y que les ha permitido ir ganando mayor confianza con el espacio terapéutico.

El lugar que ellos se atribuyen, es principalmente el de una persona en busca de ayuda y en busca de un lugar distinto, donde sea posible ser escuchados y comprendidos. Sin embargo, este concepto de “persona en busca de ayuda” es posible verlo desde una postura de “paciente”, en el sentido de pasividad, situado en un lugar donde sólo será receptor de las intervenciones que han sido consideradas pertinentes

para él o ella. A ellos los llevan en busca de ayuda a su problema a un lugar donde habrán otros que les enseñaran a resolver sus conflictos, que van a escuchar lo que el otro puede decir de su problema. *”Un paciente es la persona que van a ayudar, a la persona que van a enseñarle, la persona que tiene problemas”*.

Otra situación que llama la atención es que los niños como usuarios de un servicio entienden como principal derecho el ser escuchados en su malestar frente a otros que creen que al ser un espacio de ayuda no pueden exigir nada, les resulta “insultante” exigirle a alguien que los está ayudando, *“Nada (...) no debería exigir nada, a mí me da lo mismo exigir, una porque aquí me ayudan, no tengo que exigir nada”*

La mayoría de los niños entrevistados valora significativamente la utilización de dibujos, entendiendo estos como un recurso que facilita la expresión de sus emociones, valoración que principalmente la hacen las niñas, ellas entienden el dibujo como un recurso terapéutico utilizado para la expresión de elementos inconcientes como “cosas que no pueden decir”, junto con esto, se podría entender que los niños valoran el dibujo como un elemento más cercano a ellos y que les permite encontrar ciertos códigos del mundo infantil en un espacio terapéutico que mayormente es ocupado por adultos.

En muchos casos paralelamente a las intervenciones psicológicas los niños están siendo tratados con medicamentos que se complementan a la terapia individual y de los cuales ellos tienen distintas opiniones. Algunos niños sienten que los fármacos ayudan a solucionar completamente sus problemas, esta perspectiva la tienen principalmente los niños más pequeños, el uso de fármacos para estos niños está bastante idealizado, atribuyéndole la cualidad de poder resolver todos sus conflictos, vinculando el uso del fármaco a tener mayor autocontrol, elevar sus calificaciones académicas y mejorar sus conductas. El tomar estos fármacos les da una sensación casi “mágica” de la solución de sus problemas.

Para otros niños, el uso de fármacos no tienen una valoración muy positiva, pues se relaciona a experiencias negativas como la disminución radical de sus energías, llegando a solicitar a sus familiares que disminuyeran la dosis o simplemente pudieran abandonarlas, ya que el efecto que estos provocaban en ellos era muy fuerte y notorio para ellos y su entorno, calificados por algunos como “para peor”, “[...] *las empecé a tomar, pero como a las 12:00, me empezaba a decaer y como que me daba sueño, no me daban ganas y yo las deje de tomar y le dijimos al (...) que me daban sueño y que era peor*”

Los principales aportes que los niños valoran como positivos están relacionados esencialmente con la capacidad que la intervención ha tenido de darle solución a su problema, en varios casos se valora significativamente el hecho de haber mejorado sus conductas negativas y aprendido a portarse bien. Por otro lado, es posible hipotetizar que los niños mayores son los que aprecian como positiva la posibilidad de encontrar ahí un espacio que facilite la expresión de sus sentimientos y pensamientos, situación que los hace sentir aliviados y liberados.

Por el contrario los elementos negativos que fue posible encontrar en el relato de los niños, se vinculan a no considerar la intervención psicológica como un proceso que en ese momento está siendo parte de su vida. Es decir, ellos consideran que lo negativo de asistir al psicólogo es que los separa y los saca de su rutina diaria, como jugar, el ámbito escolar y actividades que ellos consideran de mucha mayor relevancia.

Llama la atención que la mayoría de los niños entrevistados refiera resguardar mucho el hecho de asistir al psicólogo, ya que consideran que los demás, principalmente sus pares, relacionan esta situación con algo ajeno y distinto debido a la desinformación esto es motivo de burlas. Junto con que socialmente el psicólogo se relaciona con locura, enfermedad mental, elementos que socialmente tienen una connotación

negativa y estigmatizante. Situación que luego de estar un tiempo se revierte, ya que consideran que el psicólogo no es sólo para “locos”, sino que para gente que tiene problemas y que necesita ayuda.

Es posible interpretar cierta ambivalencia en el discurso de los niños entrevistados resulta contradictorio que manifiesten una valoración muy positiva del espacio terapéutico, catalogándolo de gran ayuda para sus vidas, como un espacio lúdico, con profesionales que les dan la solución exacta a su problema. Mientras por otro lado, consideren que este proceso que ha sido “tan beneficioso” para ellos tenga consecuencias tan desagradables como separarlos de su entorno, no dejarlos jugar, estudiar, hacer cosas importantes, además de ser fuertemente estigmatizados. La ambivalencia que se deja entrever da cuenta una relación contradictoria con la intervención terapéutica, por una parte ellos consideran que ha sido una excelente experiencia, ésta ha sido vivida aisladamente, es decir, este proceso que les “ha entregado herramientas” para la vida también los ha excluido de ella.

Tal vez la relación ambivalente que los niños tienen con la intervención psicológica, de cuenta que este proceso aún no se vivencia de forma natural, como un “proceso de salud natural” en el cual ellos han necesitado cierto “apoyo”. Esto podría estar relacionado con como culturalmente se vivencia el proceso de salud- enfermedad, conceptos que dan cuenta de una dualidad, lo sano y no sano, donde todo lo que se escape de lo sano, sería enfermo. Desde aquí todo proceso de intervención, ya sea psicológico o de otra índole, es visto como interviniendo la “anormalidad” y no como una instancia para desarrollar los potenciales personales y ocuparnos de nuestra calidad de vida.

El estigma social que tiene la enfermedad mental podría relacionarse con lo anterior, si bien, esta concepción a evolucionado con el tiempo, aún existen ideas

peyorativas en torno a la noción, situación que para los niños se observa bastante complicada, ya que temen ser rechazados y excluidos por la desinformación existente, según sus propias palabras.

Al indagar en las personas que han contribuido en este proceso, es principalmente la madre que es considerada relevante a la hora de sentirse acompañados y disminuir la ansiedad que en un momento les provoco asistir, junto con apoyarlos y ayudarlos a cumplir los compromisos que se les plantean. Se puede inferir que el padre no está muy presente en este proceso, al menos presencialmente, posiblemente porque la mayoría de los padres trabajan fuera de casa con horarios extensos, sin embargo muchas madres también trabajan y deben lograr abrir espacios para poder asistir y acompañar a sus hijos. Del mismo modo es posible pensar a raíz de lo expuesto, que aún socialmente las mujeres, las madres son las que se encargan de los asuntos relacionados con los hijos.

5.- Discusión y Conclusiones

El presente estudio se ha instalado desde el cambio de paradigma que en la actualidad ha brindado un lugar al sujeto y su subjetividad, sin embargo, la inclusión del sujeto ha traído consigo desafíos cada vez más complejos, que sin duda no han dejado exento al campo de la clínica psicológica y han venido a proponer una reflexión sobre el quehacer clínico.

En este contexto es que se orienta la presente discusión basada en los resultados obtenidos del proceso investigativo. Discusión que pretende generar un espacio de reflexión que pueda brindar nuevas herramientas, o el posible inicio de ellas, para los equipos de salud mental, proporcionando alternativas a las actuales formas de abordar los tratamientos orientados a las demandas de la población infantil.

La discusión de los resultados obtenidos ha sido abordada en el marco de los objetivos propuestos para el estudio, entregándole el sentido y la organización a la presente discusión.

“La cultura contemporánea en la que se entremezclan lenguaje, tiempos y proyecciones, tiene múltiples ejes problemáticos, tal vez se podría hablar del fin de la visión determinista, lineal y homogénea, y del surgimiento de la discontinuidad, la no linealidad y la apertura a nuevos diálogos que se orienten a la construcción de las realidades que vivimos y de las cuales co- construimos” (Fried, 1994)

En un ámbito tan amplio y diverso como el de las intervenciones psicoterapéuticas se viene apreciando en los últimos años la tendencia hacia una práctica clínica que se

quiere desprendida y liberada del yugo de toda rigidez cientificista. Es así, que se ha vuelto necesaria la creación de nuevas alternativas terapéuticas orientadas a la valoración de la subjetividad de los sujetos.

En el ámbito de la clínica infantil, como plantea Donzis (1998) fue principalmente el psicoanálisis que aportó con una nueva perspectiva, que contribuyó a una significativa transformación del lugar del niño en la cultura, el advenimiento de la teoría psicoanalítica desarrolla la clínica infantil en sus inicios. Con Freud se instala la preocupación por lo psíquico del niño situándolo en el lugar de sujeto, es decir, un ser sexuado y problematizado por ello.

Instalando la reflexión desde el lugar de sujeto que le otorga la clínica al niño, es posible dar cuenta que la experiencia de la intervención psicológica se sitúa como una práctica pasiva, contenedora y catártica. Pasiva en el sentido que el niño percibe la intervención como un lugar para corregir sus conductas, significa el proceso como adaptativo a un orden que le sistema le está demandando, no como un proceso que contribuya a potenciarse como sujeto. Al respecto, Astunizaga y Unzueta (2008), señalan que la teoría psicoanalítica ha utilizado técnicas como el juego para entregarle al analista la posibilidad de avalar la estructura subjetiva a la cual pertenece el niño, separándolo del discurso parental para acogerlo como un sujeto analizante de pleno derecho, en esta dirección el psicoanálisis plantea como principal eje en la psicoterapia infantil que el niño trabaje produciendo un saber particular sobre sí mismo (Azturizaga y Unzueta, 2008).

Como se mencionó, la experiencia de la intervención también es percibida como catártica y contenedora, ambos aspectos que dan cuenta del primer momento de un proceso terapéutico, como señala Freud (1910), la noción de catarsis se instala bajo la suposición de hacer desaparecer el afecto de algo reprimido mediante el uso de la

palabra, en este lugar podría situarse el espacio de contención que los niños señalan, pero surge una inquietud, el hacer catarsis y encontrar un espacio de contención hacen referencia a un primer momento en la intervención clínica, que hay más allá de esta etapa. Si seguimos a Azturizaga y Unzueta (2008) en este momento de catarsis y contención resultaría apresurado que el niño pudiera construir un conocimiento sobre sí mismo.

Al situarnos desde este planteamiento de construcción de conocimiento de sí mismo, surge el debate por quién trae el motivo de consulta, no resulta extraño encontrar que inicialmente la demanda no es traída por el niño, sino más bien, es traída por otro, desde aquí el niño ya es instalado en un lugar de pasividad frente al proceso, una demanda que surge desde otros y que posteriormente es puesta en otro. Elkaïm (2002) hace referencia a los cambios que las nuevas concepciones han instalado, los cuales han configurado el ejercicio clínico donde el terapeuta se despoja de su rol de experto y el sistema de su pasividad en el proceso, surgiendo el concepto de co-construcción, es decir, la construcción en conjunto de la problemática, desde la experiencia del sistema y la del terapeuta. Frente a esta vivencia de co-construcción, que nos plantea Elkaïm (2002), se encuentra que los niños al iniciar su proceso de intervención psicológica aún no han problematizado sobre el por qué de estar ahí, nada hasta ese momento los involucra directamente, desde lo planteado por el autor, al situar al sujeto que consulta como parte de un proceso creativo, el sujeto es valorado e invitado a ser parte de esta construcción.

Por otro lado, desde la terapia humanista Rogers (1951) señala que este modelo se fundamenta en la idea que toda persona posee una tendencia actualizante, una especie de impulso hacia el crecimiento, la salud y el ajuste. La terapia más que hacer algo al individuo trata de liberarlo para su crecimiento y desarrollo adecuado (Rogers, 1951).

Al analizarlo desde otra perspectiva teórica surgen similitudes al momento de validar la experiencia y la vivencia del sujeto a favor del proceso psicoterapéutico. En psicoterapia infantil humanista, se considera fundamental el respeto por el niño, es decir, que el niño sea conciente de la parte de responsabilidad que tiene en su propia vida, “Siempre hay una parte que depende de él y esto significa que él tiene el poder de modificar las cosas” (Ros, 2005, s.p)

La revisión de estos enfoques da cuenta que un proceso psicoterapéutico se plantea más allá de un momento catártico, de vaciamiento y descarga de energías, más allá de un momento contenedor. Lo psicoterapéutico se plantea desde diferentes orientaciones teóricas, como un proceso en que el objetivo es potenciar al sujeto, valorar y avalar la subjetividad del consultante, de “confiar” en sus propios recursos para edificar un proceso de cambio o acomodación. Elkaïm (2002) señala el proceso terapéutico como la generación de una dinámica en donde se invita al paciente o la familia al cambio, considerando la plena libertad de aceptar o rechazar, para encontrar un lugar que le acomode y le entregue mayor libertad.

Tal vez sea un tema a debatir, pedirle a un niño de ocho años una reflexión abstracta sobre internalizar el proceso psicoterapéutico, ya que a esta edad según plantea Piaget (1997) se encuentran en el pensamiento de operaciones concretas, tal vez el niño no podrá internalizarlo de manera abstracta, sin embargo las orientaciones teóricas señalan que es posible construir una experiencia significativa, como plantea Asturizaga y Unzueta (2008) avalando la estructura subjetiva del niño. En este sentido, como plantea Hornstein (2006) “El sujeto, como el historiador, tiene que hacer la historia”...”La historicidad supone un sujeto capaz de pensar (y crear) su presente, su pasado y su futuro.” (Hornstein, 2006, citado en Glasserman. 2007, s.p)

Otro aspecto de los resultados que da cuenta de esta vivencia y del lugar que ocupa el niño en esta experiencia psicoterapéutica, es el discurso marcado fuertemente por las categorías diagnósticas, las cuales se posicionaban con gran fuerza en el relato de los niños. Gergen (1993) cuestiona el lugar en que se ubica el sujeto desde las terminologías diagnósticas, el autor señala que éstas tienen un efecto, ubica el problema en el cliente haciéndolo dependiente, junto con esto bloquea los relatos alternativos. El autor propone trascender las etiquetas que reducen al sujeto a meras estadísticas, normas y criterios. Glasserman (2007) se refiere a las categorías diagnósticas como cargadas de una ideología dominante que viene a anular la singularidad de los casos.

Resulta inquietante observar lo que surge de la relación con el diagnóstico que los niños han recibido, este diagnóstico pasa a formar parte de sus características, ellos se definen desde esa terminología diagnóstica, Glasserman (2007), el rotulo diagnóstico puede bloquear la curiosidad, ya que cae en la ilusión de que nombrar algo es conocerlo y desde allí poder manejarlo. Que se espera de un sujeto que ha sido categorizado por un experto, que se espera de un sujeto que se “rotula” con un diagnóstico, si eres algo, si eres un hiperactivo, que queda, dejar en manos del experto la solución del “problema”.

Gergen (1993) hace una salvedad, plantea que un niño que aprende en su condición de sujeto resiste a todo intento reduccionista de superdotado, deficiente, agresivo, hiperactivo o con trastorno de conducta, el autor señala que a nivel disciplinar es necesario trascender las etiquetas que sólo reducen al sujeto a meras estadísticas y normas que niegan su condición de sujeto, la alienan y luego la miden. (Gergen, 1993)

Como fue señalado anteriormente Elkaïm (2002) sitúa como parte esencial del proceso psicoterapéutico el que el paciente encuentre un lugar que el acomode, que le

entregue mayor libertad, sin duda, los criterios diagnósticos vienen a cumplir un rol bastante diferente a entregar mayor libertad, como señala Gergen (1993), éstos anulan la posibilidad de relatos alternativos frente al conflicto, anulando el discurso subjetivo.

El niño instala la intervención psicológica como la solución a sus conflictos, aunque esta no se haya instalado en un lugar que para él no ha sido significativo, ellos no han participado de la construcción de un proceso propio, no lo han vivenciado como una experiencia que contribuya a su bienestar. Así también se podría inferir que el terapeuta tampoco ha logrado generar la instancia para que el niño pueda “empoderarse” y situarse como agente activo de su proceso.

Siguiendo a Gergen (1993), es posible inferir que el niño sólo se ha quedado en la dependencia que le atribuye el diagnóstico entregado, dependiente del experto que solucionara el problema. En contradicción con lo que el autor postula como un proceso terapeutico, “Los intercambios verbales entre el terapeuta y el paciente no reflejan una cierta verdad, no se trata de verificar o aplicar una teoría preconcebida, sino de comprometerse en un diálogo potencialmente productivo” (Gergen, citado en Elkaïm 1994, s.p)

Es posible apreciar que la intervención psicológica hace ocupar un lugar al niño, un lugar pasivo, algo impide que el niño pueda expresar su subjetividad, algo impide que sea el autor de su propia historia, como diría Hornstein (2006, citado en Glasserman. 2007), esto que ocurre tiene que ver con que el niño ocupa un lugar que no dice de él, sino de su “enfermedad” (Collao et al, 2003)

El discurso desde el experto obstaculiza la expresión de la subjetividad, sin embargo, es posible dar cuenta de como el niño busca la manera de ser escuchado y tener su lugar, esto se pudo observar en la actitud que los niños tomaban frente a un otro que lo escuchaba y recibía su discurso como un saber propio, único e irrepetible. Ros (2005) desde la

terapia humanista da cuenta de la importancia del “contacto”, en el sentido de contactarse con algo o alguien significa sentirse y situarse frente a otra persona a la que también se le reconoce su existencia, Ros (2005) enfatiza en la importancia y la dificultad que el contacto implica, argumentando que al niño no se le engaña con el lenguaje, él sabe cuando el otro está ahí para él, “El niño necesita ser reconocido por otro para poder llegar a ser él mismo” (Ros, 2005, s.p)

La ciencia clásica como señala Morin (1994) se dedicó a separar al sujeto del objeto, no concebía el lazo inseparable entre el observador y la cosa observada. Los problemas humanos se encontraban bajo el oscurantismo científico que producía especialistas y expertos, sin embargo, Fried (1994) postula que la cultura contemporánea en la que se entremezclan un sin número de nuevos elementos que generan múltiples ejes problemáticos, la autora plantea una apertura a nuevos diálogos que se orientan a la construcción de las realidades que vivimos y de las cuales co-construimos. (Fried, 1994).

En este escenario se instalara el debate sobre la percepción de la relación terapéutica que los niños perciben, la cual principalmente da cuenta de una relación donde el terapeuta es idealizado. Desde el inicio del proceso el niño acude con un motivo de consulta que aún no ha significado, es de otro y va a depositar este motivo a otro, va a que le resuelvan sus conflictos, situación que como ya fue señalado lo sitúa a él en un lugar pasivo, donde él se dispone a ser intervenido.

El terapeuta es instalado en un lugar de saber, es él quien tiene la solución precisa para el problema, esta percepción contrasta con lo que Elkaïm (2002) plantea sobre el ejercicio del terapeuta, donde éste se despoja de su rol neutro situado en un lugar autoritario de saber, donde su rol es generar cambios en un proceso de co-construcción, en esta concepción el sujeto retoma participación en los procesos que

experimenta, mientras que el terapeuta se despoja del lugar de saber absoluto liberándolo de la carga que esto conlleva.

Desde estas concepciones, Elkaim (1996) plantea que para que una psicoterapia se considere exitosa no implica que el terapeuta haya tenido la razón, sino de la construcción que él y el paciente o el sistema han edificado, así la intervención del terapeuta en lugar de apuntar a hacer surgir una “verdad”, tiende más bien a aumentar el campo de las posibilidades. (Elkaim, 1996).

Surge entonces la interrogante frente a la “aparente” necesidad del terapeuta por situarse en un lugar autoritario, un lugar de saber, sería posible entender que esta necesidad surge frente a la incertidumbre que provoca lo desconocido, lo que escapa de lo “manejable”. Como plantea Bergès (1990) pareciera ser que ante la falta de sentido de la conducta del niño, es el mundo adulto el que se ve obligado a tomar la palabra, por ejemplo en el niño hipercinético ¿Cuál es su déficit?, ya que este niño es híper, se podría creer que hay demasiado. Su déficit estaría en no poder hablar, no poder decir. Así el adulto experto traduce al niño hiperkinético, sin embargo, le impide hablar. (Bergès, 1990, citado en Abarzúa y González, 2007). Podría plantearse aquí e intentar una lectura del autor, este impedimento del habla del niño se relacionara con lo que plantea Gergen (1993) al instalar la terminología diagnóstica ya no hay más que decir, se eliminan las posibilidades de relatos alternativos a su vez que sitúa al terapeuta como el poseedor de la experticia y dueño del saber que dará solución al conflicto. “El diagnóstico individual ha sido, es justo decirlo, una victoria del siglo de la ciencia sobre el irracionalismo” (Volnovich, 1999, p36)

Frente a la vivencia de la relación terapéutica surgen otros elementos a considerar, los niños han definido esta relación como caritativa y compasiva, al respecto Bustelo (2007) problematiza la frecuencia con que el tema de los niños es abordado desde la

compasión, él postula que en la práctica compasiva los niños son objetivados como sostén de sentimientos y de programas, mientras que la compasión movilizadora por la dramática anula los fundamentos de un sujeto de derecho.

Los niños han percibido en la relación terapéutica una persona caritativa que los ayuda resolver sus problemas, el terapeuta no es visualizado como parte de una relación de trabajo mutuo en el proceso de “sanación”. Para Bustelo (2007) al igual que la compasión, la práctica caritativa supone un “benefactor” al que se le atribuye la característica de solidario, mientras que hay otro que acepta pasivamente esta virtuosa “generosidad”. Asimismo, esta relación de generosidad adquiere una suerte de paternalismo que reproduce una relación que se pretende protectora. El que protege es dueño de la voluntad del desprotegido, ésta es una relación que no provoca el proceso de autonomía creciente como fuente de expansión de una subjetividad responsable. (Bustelo, 2007)

Nuevamente surge la interrogante por lo terapéutico, es terapéutica una relación basada en la protección y en la caridad, es terapéutico que el sujeto se vivencie como receptor de la caridad de un experto. Una relación que supone un experto dice de una relación asimétrica. La terapia humanista por su parte, se refiere a la relación terapéutica Vázquez (2004) señala la importancia del “contacto”, como ya fue señalado significa estar en “contacto con”, es decir, en contacto con el propio “self”, con el propio cuerpo, con la propia respiración, con las actitudes corporales e incluso con las contracciones musculares, esta concepción humaniza a la persona del terapeuta, es un ser humano ante todo que se vivencia en conjunto con el consultante en el espacio terapéutico. (Vázquez, 2004). Para la clínica psicoanalítica con niños, Astunizaga y Unzueta (2008), señalan que el analista está ahí para avalar la subjetividad del niño, separándolo del discurso exterior haciendo valer la construcción del propio

conocimiento, el psicoanálisis ha enfatizado en la búsqueda de herramientas terapéuticas que permitan compartir los mismos códigos eliminando la visión adultomórfica, así el terapeuta se pone a disposición del propio saber del sujeto.

Glasserman (2007), la relación terapéutica se fundamenta en los significados co-generados por el paciente y el terapeuta en el contexto terapéutico, desde esta concepción no existe más una voz única, sino varias e incumbe entonces al terapeuta, partir del lenguaje terapéutico, el terapeuta facilita el surgimiento de otras voces en el paciente que le permitan orientarse hacia otras formas de “conversación”.

Retomando la experiencia que el niño vivencia en la intervención psicológica, ésta es percibida como estigmatizante, elemento necesario de ser abordado en el contexto cultural donde se vivencian los conceptos de salud y enfermedad.

El concepto clásico de salud se concebía principalmente como ausencia de enfermedad y de invalidez, definición que logró evolucionar a través de la historia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) instala una nueva definición entendiendo como salud “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, esta concepción generó un vuelco en las concepciones de salud, ya que se incluye el aspecto subjetivo de bienestar y se pasa a entender al ser humano como un ser biopsicosocial. El concepto aún se torna insuficiente y complejo, ya que pensar la salud como “el completo bienestar” resulta un tanto pretencioso de alcanzar.

Un intento posible por problematizar esta definición podría basarse en que esta concepción de salud aún sigue dando cuenta de dos polaridades, lo sano y lo enfermo, el definir la salud como “el completo bienestar” deja el espacio para que todo lo que no esté en este completo bienestar sea visto como no- sano o “enfermo”, desde aquí el acudir a una intervención psicológica da cuenta de una enfermedad y no de iniciar un

proceso que contribuya al desarrollo de nuevas alternativas, como diría Elkaïm (2002) a encontrar un lugar que le acomode y que le entregue mayor libertad.

Las polaridades de las que se hablo anteriormente y la ambivalencia que presenta la relación salud- enfermedad, también es posible observarla en el discurso de los niños, en la vivencia que éstos tienen del proceso de intervención psicológica. Los niños vivencian el proceso como favorable para sus vidas denominándolo como de gran ayuda, un espacio de mucha confianza, lúdico. Sin embargo, este proceso lo saca de su cotidianidad, lo aburre y lo estigmatiza. Al parecer el niño vive una relación de amor-odio con su propio proceso, situación que no resulta extraña si pensamos en como se vivencian culturalmente los procesos de salud- enfermedad, como ya fue señalado el entender la salud como “el completo bienestar” sitúa a todo lo que no esté en este completo bienestar sea visto como enfermo, entonces una intervención psicológica da cuenta de una enfermedad y no de un proceso natural de salud.

Si bien es innegable la histórica tendencia protectora y benefactora de las políticas públicas que se han orientado a la comunidad, es posible observar los intentos por dar respuesta a los complejos cambios que la actualidad ha planteado. La oferta pública ha volcado su interés a mejorar sustancialmente sus respuestas, el MIDEPLAN (2000) da cuenta de los avances que se ha tenido en lo relacionado con el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Uno de estos intentos del Estado por re- orientar las políticas públicas, como señala Abarzúa y González (2007) es que desde que se establece como una de las prioridades sanitarias para el decenio 2000- 2010 la salud mental, el Estado ha asumido la tarea de incorporar permanentemente y crecientemente profesionales psicólogos a los distintos establecimientos de la red de salud. Las autoras señalan al respecto, que en tanto profesional autorizado por la normativa ministerial para desarrollar diversas

intervenciones a la población consultante, el psicólogo se ve constantemente demandado por la normativa que ha posibilitado su incorporación al sistema de salud. Tomando lo anterior, es posible introducir la responsabilidad que se les demanda a los profesionales psicólogos de introducir paulatinamente modificaciones en sus espacios clínicos. (Abarzúa y González, 2007)

Es necesario inquietarse, poner constantemente en discusión el ejercicio clínico, es posible quedarse exentos de la responsabilidad de generar cambios, que nos atañe como disciplina. Resulta necesario detenerse a reflexionar, inquietarse frente a fenómenos recurrentes en las intervenciones psicológicas, fenómenos como las constantes deserciones, los frecuentes reingresos de niños que vuelven con una problemática similar a la de origen, consignados por otro y otro terapeuta en la ficha clínica, niños que tras un largo periodo de intervenciones, varios talleres, es decir, niños “sobre intervenidos” vuelven a consultar con el mismo malestar convirtiéndose en pacientes “históricos” con un extenso historial clínico. Existen datos significativos, por ejemplo en COSAM de Lo Prado las cifras indican que en un semestre, el porcentaje de casos que son dados de alta clínica es aproximadamente el 4,5 % del total, mientras que el porcentaje de casos que abandonan el proceso se aproxima al 30 % del total. (DEIS, 2008). Sin embargo, éstos son sólo datos estadísticos que por si solos no poseen mucha relevancia, no sólo se requieren datos, también hacen falta interrogantes, cuestionar nuestra práctica clínica. Algo nos involucra en estos fenómenos, no son sólo “los pocos recursos” que tiene el usuario o paciente, para seguir y comprometerse con un proceso psicoterapéutico, el estado acrítico sólo estanca los procesos de construcción de nuevas alternativas.

Como señala Cerda y Belmar (2007) la reforma que han tenido las políticas publicas sanitarias en el ámbito de la salud mental, ha traído como consecuencia un

cambio en la percepción sobre la condición de vulnerabilidad frente a las problemáticas psicosociales, dando ingreso a la posibilidad de dar nuevas lecturas a los procesos de salud, modificando la concepción de sujetos demandantes, transformando a éstos de beneficiarios a usuarios de las políticas públicas (Cerdeja y Belmar, 2007). Bastará con que sólo se modifiquen los conceptos, al igual que las cifras estadísticas, los lineamientos gubernamentales necesitan tomar cuerpo en profesionales, somos nosotros quienes debemos generar las transformaciones. La modificación del concepto beneficiario a usuario, sin duda que genera una nueva visión en la forma de abordar un proceso, ya no es un beneficiario receptor pasivo de políticas, sino que un cliente que utiliza un servicio. Las autoras hacen referencia a los niveles de deserción y reingresos en los procesos terapéuticos, señalan que cuando se establece una relación de carácter instrumental (por ejemplo: una solicitud de informe psicológico del colegio), no es posible elaborar un vínculo terapéutico que pueda sustentar la adherencia al proceso terapéutico, relegando las “necesidades terapéuticas” de los pacientes, en función de cumplir con las demandas de diagnóstico y evaluación solicitadas por las instituciones educativas o judiciales.

Cerdeja y Belmar (2007), señalan que al recibir la demanda externa, sin lograr hacerla significativa para el sujeto, lo posiciona en un lugar pasivo y la institución a través de los terapeutas en el lugar de saber, son por tanto los expertos quienes conocen las necesidades de los pacientes y sabe como “mejorarlo”, en este sentido el discurso de los expertos posicionan a los pacientes, en este caso niños, niñas y adolescentes en el lugar del desconocimientos, sin realizar mayor cuestionamiento sobre sus propias vivencias. (Cerdeja y Belmar, 2007)

Los resultados de este estudio han dado cuenta de que el saber de un experto anula los procesos de subjetivación, obstaculiza el discurso alternativo. Sin embargo

es necesario hacer referencia a la insistencia de los niños por tomar un lugar, aspecto que da cuenta de una subjetividad emergente que quiere y necesita ser escuchada. Lo cual fue visualizado en la forma en que hoy estos niños se definen, valorando su mundo infantil con cualidades positivas que le entregan una vivencia del mundo particular y única. Volnovich (1999) señala al respecto, dejar hablar y jugar a los niños de hoy permite pues, reflejar en forma luminosa las esperanzas y las tragedias de la vida cotidiana en esta sociedad moderna.

Desde este escenario se nos interpela constantemente la necesidad de una permanente evaluación del ejercicio clínico como terapeutas, no como “expertos”, ya que al desprenderse de este rótulo, es que se da pie a la reflexión constante por nuestro quehacer, Bóscolo (1996) advierte que algunos terapeutas atribuyen el fracaso de algunos casos a la resistencia del paciente, más que a sí mismos o a la teoría adoptada. “Pero las teorías son como las redes del pescador: ninguna red es adecuada para atrapar toda clase de peces” (Bóscolo, 1996, citado en Glasserman, 2007, s.p).

En el caso de los clínicos infantiles la reflexión se torna fundamental, ya que como plantea Abarzúa y González (2007) niños y adolescentes se encuentran realizando un importante trabajo en la construcción de su psiquismo, frente a esto Volnovich (1999) refiere, la clínica en ciertos aspectos tiene la responsabilidad en la producción de subjetividades libres, el reconocimiento del niño como sujeto activo de la construcción o de la de- deconstrucción de sus vivencias. Para acercarse a los niños como sujetos es necesario despojarse del saber tecnocrático que ha definido a los especialistas, Volnovich (1999) enfatiza en el análisis de nuestra implicación como agentes de reproducción como “expertos” y como miembros de una disciplina creativa.

Como profesionales y agentes de salud mental infantil surge la necesidad del desarrollo de una práctica que desmitifique la infancia de un sistema de

trascendencias naturales tipo “la bondad”, “caridad”, “lo bueno o lo malo”, construido según Volnovich (1999) para la dominación y explotación de la subjetividad, o anulación de ésta.

Es necesario dejar salir la esencia de las prácticas institucionales y comunitarias, que éstas se fundamenten en la creatividad singular y diferente. En este contexto sin duda se gestaran nuevos planteamientos, nuevas estrategias, de pensar y re-pensar, de construir y de- construir a cada momento el proceso creativo de espacio clínico.

6.- Referencias bibliográficas

- Abarzúa, M y González. M (2007). *Salud mental infanto juvenil- como problemática pública*. Extraído el 18 de junio del 2008 desde:
www.csociales.udechile.cl/publicaciones/psicologia/docs/2007/Marianella_abarzua.pdf
- Andréu, J. (2000). Las técnicas de análisis de contenido; una revisión actualizada.
Extraído el 03 de noviembre 2008 desde:
<http://pblic.centrodeestudiosandaluces.es/>
- Asturizaga, E y Unzueta, C. (2008). El estatuto del juego en la clínica psicoanalítica con niños. Extraído el 18 de enero del 2009 desde:
- Bados, A. (2002) Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. Extraído el 2 de junio del 2008 desde:
aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-52.pdf
- Benito, E. (2008). Historia reciente de la investigación en psicoterapia. Extraído el 03 de Agosto del 2008 desde:
www.psiencia.org
- Bustelo, E. (2007). *El recreo de la infancia, Argumentos para otro comienzo*. Buenos Aires: Ed. siglo veintiuno.
- Castro, A. (2001). *¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas?* Extraído el 11 junio 2008 desde:
-

- Cerda, C y Belmar, Y (2007). *Los alcances clínicos del fenómeno de la institucionalización, de niños/as y sus familias vinculadas a Centros Comunitarios de Atención en Salud mental*. Tesis de pre- grado, Academia de Humanismo Cristiano, Universidad de Santiago.
- Collao, S. (2003). *Estudio exploratorio y descriptivo de la significación de la experiencia de hospitalización en niños internados en el hospital Luis Calvo Mackenna*. Tesis de pre grado no publicada, Academia de Humanismo Cristiano, Universidad de Santiago.
- Delgado, J. (1999). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Dianne, L. (2001). *Intervenciones psicológicas con apoyo empírico: controversias y evidencia* .Extraído el 10 de junio desde:

www.comportamental.com
- Dinerstein, A. (2002). *El juego en el psicoanálisis de niños*. *Revista de psicoanálisis con niños, Fort- da*. Extraído el 02 de Enero 2009 desde: www.fort-da.org
- Donzis, L. (1998). *Jugar, dibujar, escribir; Psicoanálisis con niños*. Rosario: Ed. Homo Sapiens.
- Elkaïm, M.(1996).*Ecología de las ideas. Construcciónismo, constructivismo social y narraciones ¿En los límites de la sistémica?*.Extraído el 06 de enero del 2009 desde:

www.redsistemica.com.ar
- Fernández, E. (2002). *De los malos tratos en la niñez y otras crueldades*. Buenos Aires: Ed. Lumen

- Flores, C. (1997). *La infancia como emblema paradigmático*. Extraído el 01 de Enero del 2009 desde: <http://reflexiones.fcs.ucr.ac.cr/edanteriores13.php>
- Freeman, J. (2001). *Terapia narrativa para niños; aproximaciones a los conflictos familiares a través del juego*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Fried, D. (1994). *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Argentina: Ed. Paidós.
- Gergen, K. (s.f) *La terapia como una construcción social dimensiones, deliberaciones, y divergencias*. Extraído el 02 de Julio 2008 desde:
<http://www.swarthmore.edu/SocSci/kgergen1/web/page.phtml?id=manu18>
- Glasserman, M. (2007). *Propuestas terapéuticas contemporáneas*. Extraído el 28 de Octubre desde:
www.fundep.info/pdfs/jornada20-10/ponencia-glasserman.pdf
- Garrido, C. (2006). *Reflexiones acerca de la construcción de infancia de niños y niñas en situación de vulneración de derechos: Puntos de encuentro y desencuentro con la Política Nacional a Favor de la Infancia y Adolescencia*. Extraído el 05 de Diciembre 2008 desde:
http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2007/garrido_c/html/index-frames.html
- Hernández, R. (2004). *Metodología de la investigación*. México: Ed. Mc Graw-Hill
- Ibáñez, T. (1996). Construccinismo y psicología. A. Gordo, *Psicología, discursos y poder (PDP)* (pp. 319 - 366). Madrid: Ed. Visor.
- Jorge, M y Arencibia, R. (2003). *El pensamiento psicológico y pedagógico de Jean Piaget*. Extraído el 10 de Abril del 2009 desde:
www.revistacubanadepsicologia.com

- Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB). (2008). *Programa Habilidades Para la Vida*. Extraído desde:
www.juaneb.cl
- Klein, M. (1955). *La técnica psicoanalítica del juego su historia y significado*. Extraído el 05 de diciembre de 2008 desde: www.psicolibro.com
- Kohnstamm, R. (1991). *Psicología práctica del niño, edad escolar*. Barcelona: Ed. Herder.
- Llobell, J. (2004). *Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia*. Extraído el 20 de Octubre del 2008 desde:
www.papelesdepsicologo.es
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2001). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.
- Minoletti, A. (2005). *Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia*. Extraído el 31 de octubre 2008 desde: www.eutimia.com/ops/Plan-de-salud-Mental-en-Chile.pdf
- Ministerio de Planificación (MIDEPLAN). (2006). *Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia: Chile Crece Contigo*
- Ministerio de Planificación (MIDEPLAN). (2000). *Política Nacional a Favor de la Infancia y la Adolescencia. 2001- 2010*.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (1998). *Plan Nacional de Promoción de Salud*.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2000). *Objetivos Sanitarios Para Chile 2000- 2010*
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2008). *Departamento de Estadísticas e Información en Salud*
- Morin, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Ed. Gedisa.

- Newman, B.(1993). *Desarrollo del niño*. México: Ed. LIMUSA
- Ochoa, J. (s.f). *La niñez: Un concepto que discrimina*. Santiago: Ed. Cide
- Piaget, J. (1997). *Psicología del niño*. Madrid: Ed. Morata
- Rodríguez, I. (2005). *Redefiniendo el trabajo metodológico cualitativo con niños: el uso de la entrevista de grupo aplica al estudio de la tecnología*.
- Ros, Raquel. (2005). *la psicoterapia infantil Gestáltica*. Extraído el 15 de diciembre 2008, desde: www.itgestalt.com
- Tenorio, M. *Psicología, culturas y valores morales*. Extraído el 26 de octubre 2008 desde:

<http://cognitiva.univalle.edu.co/grupo20cultura/MCT/Ponencias/Psicologia20ccultura20y20valoresmoralesMCT20y20AS.pdf>
- Vasquez, C. (2004). *Psicoterapia de Gestalt*. Extraída el 12 de enero 2009 desde: www.espaciologopedico.com
- Volnovich, J. (1999). *Los cómplices del silencio: Infancia, subjetividad y prácticas institucionales*. Buenos Aires: Ed. Lumen/ Hvmánitas
- Volnovich, J. (2000). *Claves de infancia; Ética y género en la clínica psicoanalítica con niños*. Rosario: Ed. Homo Sapiens.
- Volnovich, J. (2003). *El porvenir de la infancia*. Extraído el 13 de octubre 2008 desde: <http://www.elsigma.com/site/detalle.aspcontenido=3537>

ANEXOS

- **Procesamiento de datos**

Se procede a transcribir en forma textual para su posterior análisis. Para la transcripción se utilizó la siguiente terminología, propia del método de etnografía:

(“”) Cita de párrafos textuales

(...) Significa una pausa realizada durante la conversación

() Anuncia un comentario personal en relación a la conducta de los sujetos

[...] Significa la omisión de parte del texto para facilitar la lectura de una idea, de tal forma que no intervenga en la lógica del mismo

Presentación de imágenes

Niños: - Hay niños y hay niñas

- Niños
- Hay niños de revistas

Moderador: *¿Quién podría definir lo que es un niño?*

N: - Un hombre

- Una mujer cuando es mujer
- Un niño que es distinto a las mujeres, por que los niños tienen el pelo corto y las niñas no tienen el pelo corto

M: *¿Y qué caracteriza a los niños y las niñas?*

N: - Juegan

- Juegan a la pelota
- Y las mujeres a saltar y a la escondida

M: *¿Qué diferencia a los niños y niñas de los adultos?*

N: Que ellos son mayores que nosotros y los tenemos que respetar

- Si que ellos son mas grandes que nosotros
- Que los hombres son más fuertes que las mujeres
- Que algunas mujeres igual son más fuertes que algunos hombres
- Los niños son mas chicos que los adultos y los chicos tienen que respetar a los adultos
- Los chicos peleamos y los grandes trabajan, igual que los chicos estamos peleando y

ellos están trabajando

- Ellos salen en la noche así como a juntarse con los amigos y nosotros tenemos que estar durmiendo, por que nosotros somos chicos y los que se acuestan más tarde esas se creen como grandes
- Si yo a veces no me acuesto hasta la noche
- Y yo me acuesto después de las noticias
- Es que los adultos son mayores que los niños
- Que los adultos son más grandes que los niños
- A los adultos hay que respetarlos

M: ¿Y a los niños y las niñas?

N: Nosotros tenemos que hacer caso a los grandes

- Noooo, porque son más chicos
- Siii (.....)
- Hay que respetar a los niños porque ellos igual tienen derechos
- No hay que retarlos tanto
- Si porque por ejemplo a ellos se les cae la bebida y los papas son muy malos y los retan por todo, se le cae la bebida y lo reta, a veces se le cae la botella vacía y lo reta. A los chicos igual hay que respetarlos, porque ellos deberían entender que nosotros somos chicos.
- Si porque nuestro cuerpo es débil y hay que cuidarlo
- Mi profesora siempre dice que nuestro cuerpo hay que cuidarlo y también el de los demás

M: ¿Qué más creen que los diferencia como niños?

N: En que hay algunos que juegan tanto, tanto, tanto que no hacen las tareas y no dejan estudiar a las demás

- Nosotros podemos jugar y los adultos tienen que trabajar
- Cuando son jóvenes los niños se encierran mucho en la pieza después cuando son más grandes también son enojones

(Presentación de las segundas imágenes)

N: Si a mí sí, éste lo fue a revisar a ver que tiene

- Quiere saber cuál es el problema y qué es lo que le molesta
- Están todos en el psicólogo

M: ¿Y a qué creen que la gente va al psicólogo?

N: A resolver sus casos que tienen

- A quedarse quietos
- O cuando alguien se le aparece y después no se los pueden cambiar, entonces va al psicólogo, hay gente que se le aparece algo y entonces tienen que ir al psicólogo
- Porque hay gente (.....) y los psicólogos nos ayudan a estar mejor
- Igual que también nos ayudan para que nos vaya bien en el colegio igual que como a mí, a mí antes me iba mal y ahora me dan unas pastillas que tengo que tomar y ahora me va bien en el colegio, el promedio ahora es de 6,7.
- Para que nos vaya bien, porque antes a mí también me iba mal
- También para resolver sus casos y para que ellos puedan llevar una vida tranquila

M: Cómo es eso de resolver sus casos, ¿Puedes explicarlo un poco?

N: Por ejemplo si usted tiene un problema que tuvo hace años y que todavía no puede resolver, tiene que venir al psicólogo a ver si la puede ayudar

M: ¿Qué tipo de problemas?

N: Si en el colegio te portas mal

- Si porque portarse mal es un problema porque hay algunos niños, compañeros que se portan mal (...) tienen que ir al psicólogo y tienen que estar así y acá el psicólogo lo ayuda

- Yo por ejemplo tuve problemas con mi papá, con mi ex papá

- Son problemas de las emociones

- Yo vengo al psicólogo para que me hagan controlarme, por que me dan unos remedios y me porto bien con eso

M: ¿Y quién les dijo que debían ir al psicólogo?

N: A mí la profesora porque yo no podía hacer las tareas porque se me aparecía algo y yo no sabía que era, yo pensaba que tenía que ir porque ahí esto me sacaría de quicio, ya no me entraría eso que a mí se me parece

- A mí la profesora

- Cuando mi mamá me llevo al médico (...) yo nací enferma del riñón y el doctor le dijo a mí mamá que tenía que viniera al psicólogo, yo pensé que me iba a dar miedo,

porque era la primera vez que vine y estaba nerviosa, yo estaba asustada porque era la primera vez que venía al psicólogo

- Yo cuando conocí a las tías, yo pensaba que eran como malas
- Yo pensaba que las compañeras me iban a molestar si les decía y todo eso...
- Es que ahí tení que decirle po'!!
- A mí también en el colegio
- ¡A todas les dijeron en el colegio!
- Tía hay algo que quiero decir, que cuando uno hace mucho daño, a esas cuestiones de la marihuana, a veces vienen aquí para resolver eso
- Sí las drogas también los hace así, la droga hace que ellos estén enfermos
- Para no maltratar a las mamás, que hay un cartel ahí (haciendo referencia a un afiche para la no violencia a la mujer)

M: ¿Qué pensaban ustedes antes de venir al psicólogo?

N: Eh, eh, yo no pensaba nada, porque yo sabía que ésto era para resolverlo, porque mi hermano también venía, porque antes a él también le pasaba lo mismo

- A no, de mi ningún hermano vino, porque no tengo, soy hija única
- Yo vine porque me portaba mal en el colegio (.....)
- Y yo sabía porque me habían dicho que era para conversar
- A todas no nos dan pastillas
- A mí el año pasado me hacían bien las pastillas, ahora me las cambiaron por una y media, porque ahora tengo jornada completa de la 1 de la tar (...) ah va, de las 8 de la mañana hasta las 3 de la tarde
- A mí me dan un remedio que es tranquilizante

M: Ahora que ya han estado un tiempo en el psicólogo ¿Qué piensan?

N: Me ha cambiado la vida para estudiar

- A mí me ha cambiado la vida... la mente
- A mí me a ha ayudado a portarme mejor en el colegio
- El nos habla de cómo nos portamos en el colegio y nos habla de que los niños nos tenemos que portar bien y nos dan pastillas para que nosotros (...)
- No, no a todos les dan pastillas
- A casi todos pero a los que no le dan pastillas

M: ¿Cuáles serían los problemas de los niños?

N: Un niño que se llama Jesús de mi colegio se hace pipi por miedo porque no le gusta venir al psicólogo, porque dice que son malos con él

- Mentira
- Es que igual depende de que psicólogo sea, por que algunos son pesaos con los niños y algunos son más buenos con los niños
- A una compañera también le paso que iba a un psicólogo malo, que no podía verlo bien y ahí ella (...)
- Yo creo que los adultos desde chicos van al psicólogo y a nadie le quieren contar
- A mi mamá le da vergüenza venir al psicólogo

M: ¿A alguna le da vergüenza?

N: A mí sí, como que me tiemblan los pies a mí, por nervios

- Es que a uno le da nervio por que uno no lo conoce y esas cosas.

N: Y da nervios contarles las cosas a alguien que uno no conoce

N: A mí me da miedo porque en las noticias salieron que a una niñita chica de ocho años y diez años, como ella y como nosotras, se la llevaron a su casa y le querían regalar un perrito y la mataron

M: Les pregunto si les da temor venir donde el psicólogo a una persona que ustedes no conocen y contarle las cosas

N: No, a mí no

- Es súper malo por que después los acecinan

- No, no por eso, es que nosotros tenemos que tenerles confianza a ellos por que ellos están tratando de ayudarnos a nosotras

- Pero de forma brusca po' (...) es que algunas personas son muy malas con los niños porque no tuvieron la misma vida que nosotros

M: Pero si hablamos de los psicólogos

N: Los psicólogos, ellos fueron a un a escuela para estudiar (...) los psicólogos fueron a una escuela para estudiar esto y ayudar a personas que están mal, como nosotras que estamos acá

M: ¿Y cuales serían las diferencias entre contarles las cosas a un psicólogo y la mamá o un amigo?

N: Que los psicólogos pueden ayudar y los amigos igual, pero el psicólogo, nos dice que hacer para que nosotros nos portemos bien y todo.

- Los psicólogos nos ayudan a nosotros cuando le tenemos confianza

M: ¿Y a qué los ayuda?

N: Me han ayudado a portarme mejor, es que me dicen que le hiciera caso a la profesora

- Que ayudan a las personas, a mí me han ayudado mucho

M: ¿Cómo?

N: Diciéndome cosas (...) que es interesante que se interesen en eso y ayuden a las personas diciéndoles como se porten

- Me ha ayudado mucho en cambiar en portarme bien, en hacer todas mis tareas en clases, en no conversar tanto, en no distraerme

- A mí me gusta que las tías que hacen los talleres nos den premios al que se porta bien, ahí aprendimos a que cuando uno habla a levantar la mano

- Igual que hay que respetar a sus compañeras, ya por ejemplo, cuando ella estaba hablando, yo no podía hablar y tenía que levantar la mano para respetar a su compañera o su profesora si esta hablando

- Yo quiero decir, que algunas no saben las cosas

M: Chicas y algo no les ha gustado de venir a l psicólogo

N: flojera

- Ay!! la tía está tratando de decir que al alguien no le guste venir por que las tías son malas, por eso está diciendo la tía

- Nada

- A mí me gusta venir con los tíos, yo dibujo con el tío

- Yo me llevo bien con la tía del psicólogo, la que hacia yoga, ella (...) es buena, es amable, siembre me hace dibujar lo que nosotros sentimos y esas cosas y ella es amable y lo que yo he sentido de ella, es que es súper amable.

M: En que se muestra esto de ser amable

N: Es que es cariñosa porque por ejemplo, yo tengo un problema con el Cristian, mio papá y yo me pongo a llorar y ella me dice por qué me pongo a llorar y esas cosas

- Yo me llevo bien con mi psicólogo

- Es amistoso, no es amistoso, es amable, no es amable, es peleador, es enojón no es enojón

- Es feo es lindo...

(risas)

- Que es amable, que siempre me dice que pase y me pregunta que cómo me ha ido en el colegio

- A mí me dicen lo mismo

- A igual

- El es malo contigo, es amable, es enojón o no, esas cosas (...)
- Es bueno (...) mmm.... dibujamos, hacemos barquitos
- Todos dibujan
- Yo me llevo bien con mi psicólogo, es que dibujamos mucho
- Siempre como que todas las psicólogas dibujan harto le dicen lo que siente (...) ¿con que psicóloga te toca?

M: ¿Y por qué creen que las hacen dibujar tanto?

N: Porque somos artistas

- No, no es por eso, o sea igual es por eso (...)
- No, porque expresamos lo que sentimos adentro y no lo podemos decir
- Como que no lo podemos decir, pero lo podemos dibujar ahí lo decimos pero en dibujarlo no en palabras
- Un día a mi mamá le explico todo lo que yo dibujaba y a veces yo dibujo otras cosas y nadie me entiende, entonces y yo puedo tratar de explicar algo en los dibujos
- A mí no me hacen dibujar sólo cuando era más chica
- Mi psicóloga es buena conmigo es súper amable y me gusta que dibujemos

M: Si ven la imagen ven al psicólogo y su paciente, en que lugar se pondrían ustedes

N: En el paciente

M: ¿Y qué es el paciente?

N: Una persona que viene a control

- Es una persona que también viene a control, pero vienen a explicar las cosas que no pueden explicarlo con los demás
- El psicólogo lo está ayudando le está diciendo las cosas que sólo le puede explicar a él porque él lo puede ayudar
- Hay un psicólogo un paciente, yo sería el paciente que escucha lo que dice el psicólogo y le cuenta las cosas que le pasa
- El paciente es la persona que tiene problemas, para decirles a las otras personas y le dice al psicólogo
- Como mí (...) como mí compañero que es muy inquieto y no puede dejar de parar (...) si porque a veces quiere expresar las cosas y a veces me las dice a mí (...) porque yo ayudo a todos mis compañeros
- Ah yo igual
- Es que hay que ser buena con los demás

Grupo 2: Niños de 9 a 10 años

Presentación de las imágenes

N: Niños

- Niños y niñas

M: *¿Ustedes se identifican con algo de ahí?*

N: Que están alegres

- Que es niños
- Que están compartiendo

M: *¿Qué definiría un niño?*

- Una persona masculina (...) de cuerpo original (risas)
- Oye estoy diciendo chistes y se graba todo
- Que se puede enamorar de una mujer
- No conocen las experiencias de los adultos
- Que somos más desorganizados que las mujeres
- Que los adultos son más grandes y los niños son más chicos
- Hay que respetar (...) a los niños si son chicos y yo soy más grande hay que respetarlos

- Entre nosotros
- Para que no nos molesten
- Los adultos también nos tienen que respetar a nosotros
- Nuestros derechos

M: ¿Y cuáles serían esos derechos?

N: Jugar todo el rato

- Jugar play
- Decir nuestras cosas cuando lo queremos

M: ¿Qué más creen que es un niño o una niña?

N: Un ser humano

- Que algunas cosas no las podemos hacer
- La otra vez mi mamá me dijo (risas) no enciendas esto (...) y como yo quería ver que me pasaba (muestra una lesión en su dedo)
- Somos curiosos (...) lo queremos saber todo
- Lo que ocultan nuestros padres

M: ¿Qué sería lo positivo de ser niño?

N: Estudiar

- Que no entendemos las cosas de los adultos
- Que no vamos a tener muchos problemas aún
- Sí, porque cuando somos grandes tenemos muchas responsabilidades

- También tenemos la responsabilidad de comer
- Los adultos pasan ocupados
- Ir a la escuela estudiar, copiar todo
- Lo que yo ya había dicho (...) que no entendemos las cosas de los adultos
- Que no nos mandan a la cárcel
- Que nos den pase escolar
- Yo conozco a alguien de 11 o 12 años que lo llevaron a la cárcel, pero por un día no más

M: ¿Y los niños tendrán problemas como los adultos?

N: Sí, si

- A veces cuando hay problemas con los adultos son los niños (...) nosotros nos metemos
- Y eso no está bien
- Porque no se perjudica al niño
- Porque (...)
- En su pensamiento (...) lo perjudica en su forma de ser
- Hay gente adulta que a veces abusa de los niños (...) para echarles la culpa los hacen hacer cosas que no quieren hacer
- La desobediencia también
- La mayoría son desobedientes
- La gran mayoría
- Yo en primero (...) decía cualquier garabato, decía un garabato bien feo, le pegaba a todos mis compañeros y hasta le echaba una llave a todos los que me molestaban

M: ¿Qué más podrían decir de los niños?

N: Que molestamos

- A las niñas
- Yo las tengo a todas enamoras
- Lo malo de las niñas es que uno no les puede decir nada se aprovechan

M: ¿Y ustedes qué prefieren ser?

N: Niños, para que las mamás hagan hacer todas las cosas

- Porque los adultos tienen muchas responsabilidades y nosotros no tenemos muchos problemas
- Además mi mamá no duerme porque yo estoy enfermo
- Aunque los niños después también tenemos problemas cuando somos adolescentes
- A mí me gusta que mi mamá me despierte todos los días
- Lo malo de ser adulto es que teni que levantarte temprano para ir a trabajar
- Ah, pero nosotros también po

- (Muestra de las segundas imágenes)

N: Son puras cosas que yo ya se

- Las repetimos como cinco veces
- Un psiquiatra
- Un psicólogo

- Él le dice lo que piensa a él y él lo escribe todo
- Y le resuelve sus problemas

M: ¿Para qué creen que vienen al psicólogo?

N: Para que le ayuden

- Para que le ayuden en sus problemas (todos al mismo tiempo)
- Para que nos ayuden a resolver nuestros problemas
- Los de la casa, compañeros de colegio (...) lo que sea
- Por ejemplo a mí me da miedo hablar delante de las demás personas
- Como que no habla con él de los problemas que uno tiene
- También por la ansiedad
- También por la depresión (...) yo tenía problemas con una profesora, por que yo antes estaba en el Dagoberto Godoy y ahora estoy en el poeta
- Sirve para ayudarnos
- A controlarnos

M: ¿A controlarse de qué?

N: no se (...)

M: ¿Quién les dijo a ustedes que tenían que venir al psicólogo?

N: El doctor

- Mi mamá
- Mi abuela, mi mamá
- Mi profesor
- Mi profesor

M: Y qué les paso a ustedes cuando les dijeron que tenían que ir al psicólogo?

N: Toy loco

- Yo no sabía ni siquiera que era (risas)

- A mí también

- Y después vine (...) me daban nervios (...) de no saber lo que era

- A mí me dijo mi abuela (...) me gusta mucho venir al psicólogo, desde primero que vengo al psicólogo, con don Francisco, es más divertido

- A mí me dijo mi mamá, no sabía lo que era venir al psicólogo, me dio miedo, es que no sabía lo que era, no me lo podía imaginar

- A mí me dijo mi mamá, mi profesora (¿Qué sentiste tú?) que yo estaba loco porque yo veía en la tele yo pensaba que los psicólogos eran esos que estaban en los maníacos tenía terror porque yo pensé (...) voy a ser loco!!!!

- A mí me dijo mi profesor, pensé que me iban a encerrar (risas), yo les decía que no quería ir.

M: ¿Y cuándo llegaron al psicólogo, quién les explico para qué venían?

N: Mi abuelita, el psicólogo, la psicóloga, si la psicóloga, a mí igual la psicóloga

- A mí me ayudado

- Nos ha hecho bien (¿Por qué?) no se po' porque me han ayudado a controlar, así como que tenía que respirar (realiza el gesto de inhalar y exhalar), (¿Y qué crees que hiciste tú para que eso pasara, o él psicólogo hizo las cosas solo?), ja, ja, ja, nooo (...) hago eso cuando me pongo nervioso, cuando hay una prueba, una disertación frente a todos

mis compañeros.

- Tía , tía, es que yo le tenía miedo a que se rieran de mí(...) porque, no tiene nada de malo que se rían porque todos se equivocan alguna vez

- Lo positivo es que nos ha ayudado (...) ehhh no se

- Eh (...) tía quiero preguntar algo, ¿todos entraron con la mamá y el papá el primer día?

- Yo sí

- Yo escuche algo como, porque tenía el dulce en la boca, de si venía con la mamá y el papá un día no se (...)

- El primer día

- Con el papá y la mamá acá

M: ¿Y eso les ayudo?

N: Si (...) a expresar nuestros pensamientos

- Sentí nervios el primer día, si nervios

M: Volvamos a las experiencias que han tenido en el Psicólogo

N: A mí me está ayudando a enfrentar (¿Tú crees que ha sido sólo parte del psicólogo?) ha sido el tratamiento y mucho esfuerzo también

- Uno aprende más y tiene más experiencia para aprender, aprendo a compartir

- Ah dar besos (risas)

- Ahh mí me escuchan aquí

M: Él dijo algo, aquí me escuchan, que habría de diferente en que te escuche un amigo o tu mamá y el psicólogo

N: Por ejemplo, en un partido de football el más grande siempre tiene que mandar y los más chiquititos no pueden decir sus pensamientos

- Lo que pasa es que el amigo no lo conserva, lo dice pa' todos lados

Nos sapea

- Es que tenemos un problema nosotros y nos ayudan a resolverlos (un amigo no puede ayudarte) si pero el psicólogo es pa' callao

M: Sólo hay experiencias buenas

N: Siii,

- Sí, es más fome porque no tengo tiempo para ir a jugar

- Sí nos queda tiempo para jugar

- No nos queda tiempo para cosas mucho más importantes

- Y para estudiar las puegas que son más importantes, yo tenía que hacer una prueba

M: Se recuerdan esta imagen (se les muestra imagen del psicólogo y su paciente)

N: Si, el niño le está explicando lo que quiere decir a él

- Tía es que él tiene que ver al paciente

- El tiene que escuchar a él

- De los problemas

- Le va ha explicar sus problemas
- Le expresa lo que el quiere, que lo hace con su compañeros, pero lo hace primero con el psicólogo

M: ¿Y creen que el paciente tiene derechos?

N: Tiene derecho ha hablar con su psicólogo sobre lo que el tiene que hablar y el psicólogo tiene que ayudarlo

- Escucharlo
- Ayudar a entender sus problemas, porque a veces uno no entiende lo que le pasa
- También tiene que entender que es lo que le pasa para que lo ayuden

M: ¿Cómo es su psicólogo?

N: Divertido

- Entretenido
- Me gusta porque tiene computador
- Es simpático, buena onda (en que se nota) en su forma de hablar
- Es divertido, a veces hace chistes
- A mí no se, es divertido, porque trata de hablar para que entendamos nosotros
- Que es divertido
- Es divertida y que (...) jugamos

M: ¿Todos saben que viene al psicólogo?

N: Nooo

- Sólo mi prima
- Porque pueden decir que estamos locos
- Mi prima le dijo a mi mamá y su mamá me dijo a mí
- Algunos discriminan, como que está loco
- Molestan
- Dicen, ¡¿vay al psicólogo?!

M: ¿Y por qué creen que pasa eso?

N: Porque creen que estamos locos

- Creen que nosotros estamos locos (...) donde ven las noticias
- La gente que tiene problemas va al psicólogo
- Y es poca esa gente
- Nooo son muchos, muchos

M: ¿Y qué harían para que la gente conociera que es un psicólogo?

N: Que vinieran a conocer el psicólogo

- Hacer un tríptico, es que en lenguaje me están enseñando eso, (risas) y daría información (cual) pondría una foto el psicólogo sirve para ayudar y bla, bla, bla, (y que recalcarías) que el psicólogo sirve para ayudar a la gente con problemas, no a la

gente que no tiene problemas y que los pacientes no están locos (risas)

M: ¿Qué pensaban antes de venir al psicólogo?

N: Que es un científico loco (risas)

- Que es un médico que opera a la personas, que le habría aquí y les arreglaba el cerebro

- Que le sacaban el cerebro y le colocan uno más inteligente

- Yo pensaba que teníamos un tornillo aquí (muestra su cabeza) y por eso decían se le cayó un tornillo

- Yo pensé que era menso

- Yo pensaba que era como el dentista

- Mi mamá me decía tranquilízate porque no es nada malo y después yo fui

- Mi mamá me dice pórtate bien no hagas nada mal

- A mí me decían que estuviera tranquilo

- No te preocupi si te va a ir bien

- Yo pensaba que tenía que venir todos los días aquí

- Y era una vez al mes

Presentación de imágenes de niños

N: Niños, niños niños, niños y niñas

- Es más alegría que todo.

M: ¿Con qué se relacionan a un niño?

N: Es tener un poco más de libertad que los adultos, los niños no tienen que hacer tanto trabajo como los adultos, lo único que tienen que hacer es estudiar, los adultos tienen que trabajar, ganar plata y mantener a la familia.

- Bueno no es mucha igual, igual tenemos que ir al colegio.

- La alegría es también un poco de amistad?

- Es que hay distintos tipos de alegría y distintos tipos de amistad

M: ¿Eso qué tendría que ver con los niños?

N: Ah!!! Que los niños son más felices que las demás personas

- Los adultos tienen problemas

M: ¿Los niños no tienen problemas?

N: Si, si (todos)

- El colegio (risas)
- Que los niños son más porfiados, por ejemplo yo soy conversador
- Cuando uno es chico tiene que aprovechar los que te quieren, porque puede que cuando seas grande ya no los tengas.
- Los adultos tienen que pagar cuentas y tienen que alimentarnos, a los niños nos dan todo.
- Hasta la comida incluso
- Los niños tienen problemas menos graves que los de los adultos, por ejemplo: los adultos tienen que pagar multas y los niños no.
- Pero nunca tanto porque imagínate esos niños que no tienen ni papá, ni mamá que hacen, esos niños por ejemplo no tienen con quien desahogarse o decir las cosas que uno siente y eso también produce rabia y a veces uno se puede descontrolar.

M: Entonces que los adultos tengan problemas más graves que los niños ¿No es tan así?

N: O sea, ahí no mas po' nunca tanto.

M: ¿Tendrá alguna ventaja ser un niño?

N: Los adultos tienen más problemas

- Porque tienen que aguantar a nosotros

- Porque de repente somos porfiados
- No, no es que tengan tanta paciencia, tienen que saber tenerla o si no ya estarían casi todos los niños muertos
- Dicen que los que tienen más paciencia no son los papas, son los profesores, así por decir, los tíos porque los papas como ya nos conocen tanto, ya si no entendió a la primera vez, castigo y los profesores por decir, como nos ven cuatro horas al día pueden decir una cosa y nosotros no hacemos caso y seguimos y la profesora dice: ya no importa y la mamá te dice una pura vez, si no le haci caso te pega, los profesores no.
- Ahh otra ventaja es jugar, hacer todas las cosas que uno quiere
- Tener mas cosas positivas, como la alegría, responsabilidad de ir al colegio.
- Los adultos no son tan felices
- También tenemos más tiempo para jugar y ellos tienen que trabajar
- Los niños no pueden ver mucha tele y se tienen que levantar temprano para ir al colegio
- Hay reglas, las reglas de la casa
- Bueno a los papas también los mandan, porque también es empleado
- Pero a mí me castigan como dos semanas
- A mí me castigan y me quitan el play
- Por ejemplo si uno bota algo lo retan al tiro, pero si ellos lo hacen no tienen quien los rete.

M: ¿Quién más podría definir qué es un niño?

N: Ser desordenado, es entretenido hasta el momento en que te retan, los adultos tienen mas reglas, los adultos son más cerrados, en entretenido ser desordenado.

- Es entretenido en algunos aspectos, si uno es desordenado con tus cosas, así ponte tú si uno deja el desorden en su pieza, es divertido un ratito, pero cuando te mandan a ordenar es fome (risas)
- Yo soy desordenado, puedo hacer lo que quiero
- Uno se entretiene, pero después lo retan
- Es entretenido hasta el momento que dura.

M: ¿Podrían definir en una palabra que es ser un niño?

- Desordenado
- Yo me se la palabra, es que los niños pueden ser, como más, tiene como un poco más de alegría y en esa alegría se junta el sentimiento, la libertad y el amor.
- Jugar
- Ser alegre
- Desorden
- Ser porfiado
- Jugar y ser alegre
- Los niños yo creo que se caracterizan por ser alegres, desordenados y eee, y se meten en líos.
- Los niños tienen distintos pensamientos que los adultos, porque los niños tienen pensamiento de entretenerse, de jugar play y los adultos en el trabajo y todo eso.
- Son alegría.
- Son sentimiento y desordenados
- Tía el color tiene algo que ver con esto, por ejemplo que color le gusta a usted

M: Mejor asocia un color con los niños

N: Podría ser el rojo, porque significa, desordenado y como se llama, tener esa como la simpatía y alegría.

- Cuando eres niño estas más en grupo, cuando eres adulto están más tiempo solo, cuando uno es niño tiene que estar con hartos niños, para poder jugar y hacer cosas.

M: Ya que hemos hablado de los niños, ahora les voy a mostrar otra imagen, se las pueden ir pasando, las miran, y vallan mostrándosela a los otros.

- Estos es como algo profesional, que están varias horas adentro contando todo lo que les ha pasado.

M: ¿Algo les parece familiar?

N: Si, si

M: Qué se les ocurre con estas imágenes

N: En una decía cual es tu problema

- El psicólogo con su paciente

- Les hace preguntas

- Que cuando uno habla se descarga y dice todo lo que uno siente

M: ¿Qué es para ustedes ir al psicólogo?

N: A decir lo que hace en la casa, las malas conductas y las buenas conductas

- Hay unos compañeros que piensan que el psicólogo es para como se dice

- Pa' Los locos

- Pero uno cuando viene acá, saben que pa otra cosas, que no es pa los locos, uno va al psicólogo cuando tiene problemas familiares, por eso uno vienen acá , no es por decir que uno este loco.

- Acá uno pasa más tiempo conversando de los que nos pasa, como se siente uno.

- Tener considerancia con los adultos, vengo ahh, hay no se como expresarme, ahh a contar mis sentimientos y muchas cosas mas.

- Vengo a contar las cosas, las cosas que nos pasan

- Para desahogarse

- Para contar todo lodo lo que a uno le pasa, cuando uno esta enfermo o no enfermo así como que tiene que hablar con alguien y ellos nos ayudan a conversar con alguien

- Venir al psicólogo yo creo que es una forma de venir a descargarse de algunos sentimientos y pensamientos que uno no puede transmitir a los demás

- A los padres

- Hay cosas que uno no le puede contar a los papas de repente aquí uno lo puede contar por que es secreto entre el psicólogo y el paciente.

-Tía le puedo hacer una pregunta usted sabe cuando lleva aquí cada uno?

- M: pregúntales tú

N: ¿Cuánto tiempo has estado aquí adentro?

- Yo del año pasado

- Dos años
- Yo no se cuento
- Dos años y medio
- Yo en diciembre cumpla los dos años
- Yo les quiero hacer una pregunta a los que llevan más tiempo acá. ¿Qué han sentido en las últimas semanas, en las últimas cinco semanas que han sentido?

M: ¿ O qué han sentido este tiempo que han estado acá?

N: Uno ha cambiado, uno ha cambiado cosas que uno antes hacia antes de venir aquí

- Es que uno viene acá como mal y llega aquí y habla uno se siente como mas aliviado, como que le dices todo al psicólogo por eso que después te sientes súper bien, por eso que es bueno venir.

M: ¿Y qué les pasaba antes de venir al psicólogo, que pensaban antes, yo me imagino que en muchos casos los niños toman la decisión de venir, alguno de ustedes les dijo a sus padres que necesitaban venir al psicólogo?

N: No, no, no noooo (risas)

- Era diferente
- Mi mamá me trajo al psicólogo me dijo que tenía que venir al psicólogo porque me estaba portando muy mal, yo le dije que no quiero ir porque no me tinea mucho, porque yo pensaba que era fome así, yo creí que no serbia pa na' después cuando vine la primera vez salí y me sentí mejor, me sentí un poco más libre
- Yo cuando llegue acá yo tenía depresión, porque no quería ir al colegio y ahora este año han cambiado mucho las cosas. A mi me mandaron de la escuela, yo antes ya

había estado en el psicólogo, pero era así como más de juego para ver como me expresaba yo.

- A mí también me dijo mi mamá, yo no pensaba que era tanto, yo pensaba que me iban a hacer muchas preguntas y me ponía nerviosa.

- Yo los primeros días no hablaba nada porque me daba vergüenza, no me daban ganas de hablar.

- A mi mamá y mi papá, yo al principio no le tenía confianza a venir para acá era difícil contar las cosas que me pasaban, no tenía mucha confianza y como decían otras personas pensé que era para los locos.

- Mis compañeros dicen que es pal manicomio

- Yo estoy aquí porque antes yo era bien malo yo era malo porque le echaba pintura en la cabeza a mis compañeros y me retaban y tiraba cáscaras de plátano y todo eso, las tiraba para la sala y después me escondía no más, después estuve acá un tiempo y me tranquilice y después estuve en cuarto y ahí me mando el profesor porque me encontraba como hiperactivo, él encontraba que yo era como muy loco y me mando para acá y ahí y después él me dejó repitiendo y ahora estoy bien.

M: ¿Tú dices que el profesor te mando a ti porque decía que tú eras muy hiperactivo, muy loco como tú dices y tú creías que eras así, te traía problemas eso?

N: No

M: ¿Y qué sentiste cuando alguien te dice que tienes que ir al psicólogo por algo que tu no considerabas un problema?

N: Es que yo lo tomaba de otra manera, así como feliz, porque yo salía a la pizarra a cantar y después me dijo el profesor y le dijo a mi mamá.

- A mí me dijo el médico que tenía que venir.
- A mí tío, me dijo.
- A mí me paso lo mismo, mi profesora pensaba que tenía problemas de aprendizaje y por eso me mandaron y yo sabía que no po', porque yo igual entendía, lo que pasaba era que yo no ponía atención pero no era nada más que eso. Yo decía nada porque como tenía bajas notas igual pensaban que a mí me faltaba madures, a mí me daba pena.
- Yo lo único que quería era estar en el colegio
- Yo no pensaba que tenía que venir no me daba cuenta de los que hacía, según yo estaba viviendo la vida normal, después empecé a entender lo que... me pasaba y por que me mandaron.
- Yo pensaba que si, es que desde que me empezó a pasar, porque vine, ahí aprendió a que si porque ahora ya se me quito y por venir al psicólogo, sino quizás todavía no se me habría pasado.

M: ¿Cómo ven ustedes al psicólogo?, ¿ Quién se atiende con hombre y con mujeres?

N: Yo primero me atendía con psicóloga y después me cambiaron a psicólogo, entonces a mí me daba vergüenza, no vergüenza, me daba cosa, porque como estaba primero con un a psicóloga y después me cambiaron, no me gusto porque me gustaba ella, pero ella no podía estar aquí, yo no podía hacer nada

- El psicólogo es mucho más simpático

M: ¿Él hombre?

N: Si

- Le puedes contar todas tus cosas y él no va a decir nada.
- Es que si tu soy un niño te entendi más con un psicólogo y si tu eres niña te podi entender más con una psicóloga
- Nooo no creo, yo tengo psicólogo no psicóloga.
- Es que igual po si es psicóloga entiende más sobre las mujeres, si a mí me toca con una mujer no va ha entender mucho, lo que a veces por decir, ¿Por qué los hombres cuando a veces se muere alguien no lloran y tienen sus sentimientos escondidos y en vez las mujeres lloran y lloran?
- A mí me da lo mismo porque los dos te van a entender, los dos estudiaron para eso.
- Yo he tenido psicólogo y psicóloga y me sentía bien con los dos
- Nooo yo creo que cuando uno le tiene confianza a una persona ahí te ayuda
- Yo pienso lo mismo que dijo él.
- A mí igual me paso lo mismo yo estaba con una psicóloga y parece que se cambio.

M:¿Qué encuentran positivo de venir al psicólogo?

N: En que uno se puede descargar con las cosas que siente

M: ¿Cuál creen que es la diferencia de contarlos problemas a un amigo, a la mamá, al abuelo etc, y al psicólogo?

N: Es que lo que tu le cuentas al psicólogo queda entre el psicólogo y el niño en

cambio a la mamá lo puede contar en otro lado.

- El psicólogo no le cuenta a nadie, y cuando uno le cuenta a un amigo lo cuenta al tiro a otra persona

- Aunque uno le diga que no

- En el psicólogo puedes liberar tensión y uno puede tener la seguridad que no le van a decir a nadie

- Hacen preguntas distintas a las que hacen los demás

M: ¿Hay algo que no les guste de venir al psicólogo?

N: Que queda muy lejos,

- Que queda lejos

- Que hay que viajar en el Transantiago

- Que hay que esperar como media hora para que lo llamen y uno se aburre, una vez me tuvieron mucho rato y me quede dormido

- Que a veces te sacan de clases por venir al psicólogo y a veces tienes algo importante

- Que a veces hacen muchas preguntas y a mí no me gusta eso

- Me interrumpen cuando estoy jugando para venir al psicólogo

M: ¿Qué creen que piensa el resto de que ustedes vengán al psicólogo?

N: Yo nunca he contado que vengo al psicólogo

- Mis compañeros siempre dicen que es para los locos, como yo ya estoy hace un año y medio acá, ya se que no es solamente para los locos es para que alguien nos pueda escuchar

- A mí no me gusta contar que vengo, porque ellos piensan que uno vienen a algo diferente
- Algunos se ríen
- Yo tampoco les digo, los únicos que saben que vengo al psicólogo, son mi mamá y mi papá, me da lata contarlos por los molestosos, en todos lados hay niños o personas que molestan
- También porque dicen que uno es enfermo, pero algunas personas son como dicen ellos, pero otras personas no son tan así son distintos tipos de personas.

M: ¿Qué creen que se podría hacer para que la gente no piense eso?

N: Que ellos supieren lo que significa el psicólogo, que los profesores expliquen

- O que vengan y expliquen una experiencia
- Que vengan alguna vez y que vean como es o que un psicólogo valla a la sala a explicar lo que se hace
- Que no es un manicomio ni nada de esos
- Sí y que al final nos ayudan
- Y a lo mejor puede que vallan ellos mismos, y ellos mismos están asiendo burla para simular

Niño: N° 1

Edad: 9 años

Sexo: Femenino

Diagnostico: Trastorno hiperactivo

Uso de fármaco: Sí

Entrevistador: *¿Recuerdas hace cuanto tiempo vienes al psicólogo?*

Niña: (...) Eso deben saberlo mis papis

E: *¿Pero recuerdas si llevas harto tiempo, poco tiempo?*

N: Más o menos, estuve este año y el otro año también estuve

E: *¿Recuerdas cual fue la primera vez que viniste?*

N: La primera vez vine con mi mamá

E: *¿Quién te dijo que debías venir?*

N: (...) mi profesora

E: *¿Tú te acuerdas por qué te dijo que tenías que venir?*

N: No (...) ah ya me acorde, me trajeron porque soy muy distraída, yo tengo que tomar una pastilla para recordar, porque si no me acuerdo y no pongo atención.

E: *Entonces cuando tú estabas en el colegio, tu profesora te dijo eso, que tú no ponías atención*

N: No, mi mamá me trajo

E: *¿Y te acuerdas como fue la primera vez que viniste?*

N: Susto no tuve (...) porque sabía que el psicólogo me iba a ayudar

E: Y ayudar ¿A qué?

N: A aprender, a no distraerme, para que a mí me vaya bien en clases, a no pararme a cada rato (...) yo converso mucho, y si pasa por ejemplo, ya (...) pasa una mosca y yo sigo a ella, como que ahí me distraigo.

E: ¿Cual fue el cambio que notaste cuando empezaste a venir al psicólogo, o no notaste cambio?

N: Empecé ah, lo que cambio conmigo fue actitud, no pararme a cada rato en el colegio, a aprender más, a decir los sentimientos míos (...) eso.

E: Volvamos a la primera vez que viniste, ¿recuerdas si alguien te explico por qué te distraías tanto?

N: No; no me acuerdo

E: Nadie te explico eso

N: No

E: Cuénteme de tu psicóloga

N: Es la que hacia yoga, me gusta ella (...) es amable, es cariñosa con los niños

E: ¿En que se nota que alguien es cariñoso con un niño?

N: Diciéndole te quiero, cómo estas, yo bien y tú (...) así

E: ¿Que cosas te gusta que se hagan en el psicólogo?

N: Dibujar, hablar de las cosas para sacármelas de la cabeza (...) todo eso

E: Cuéntame de los dibujos (...) ¿Qué dibujan?

N: Ella me hace un dibujo para yo explicarle bien lo que siento, por ejemplo en mí cumpleaños yo casi siempre, siempre estoy viviendo un cumpleaños feliz, después de mueve el ombligo viene feliz cumpleaños (de la canción mueve el ombligo) si después de esa canción viene feliz cumpleaños y después viene una yo tengo un corazón chiquitito y esa a mí me hace llorar, porque el Cristian mi papá me dijo que el siempre cuando estuviera mal y de cumpleaños me iba a llamar y nunca me lo prometió, nunca me lo cumplió, y me dijo que siempre me iba a llamar, que me iba llamar que siempre iba a llamarme para mis cumpleaños, una vez no me llamo, me llamo su mamá, pero antes que hiciera la promesa, me llamo su mamá y me dijo: Pía sabi tu papá después te va a llamar porque esta ocupado, yo dije bueno (...) yo estaba feliz porque después de todo el día me iba ha llamar y no me llamo.

E: ¿Y esas son las cosas que de repente tú dibujas?

N: Siempre estoy en un espacio llorando, la otra vez mi mamá me buscaba y estaba detrás de la puerta de la pieza de mi tío Tabo.

E: Tú me decías que los dibujos eran para expresar cosas

N: Que yo no podía decir bien

E: ¿Cómo qué cosas?

N: Cuando lloro, por que cuando lloro no me expreso bien, entonces ahí yo dibujo y la tía me pregunta que dibujaste o algunas veces me dice hace un dibujo libre (...) y ahí yo hago un dibujo libre pero siempre, siempre tiene que ver de mi familia el dibujo que yo hago, por que yo hecho de menos a una prima que esta en Parral.

E: ¿Y a ti te gusta hacer dibujos?

N: Me gusta hacer dibujos y conversar, por que las dos cosas me ayudan

E: ¿Y en qué te ayudan las dos cosas?, por ejemplo conversar

N: Conversar me ayuda a saber que yo tengo que decir mis sentimientos y el dibujar me ayuda a sentir mis sentimientos en dibujo no hablándolos, en dibujo, lo que yo pienso por ejemplo.

E: ¿Y qué crees tú que son los sentimientos?

N: Los sentimientos son, ya por ejemplo, cuando usted echa de menos a alguien y le dice: ha es que yo te tengo un sentimiento te echo de menos, todo eso.

E: Y cuando la gente viene al psicólogo, ¿A que vendrá?

N: A aprender, a portarme bien, aprender que yo tengo que trabajar, que yo tengo que estudiar para que me vaya bien y todo eso

E: Tú me decías, hace un rato, que estabas tomando unas pastillas, ¿Sabes qué pastillas tomas?

N: Unas así chiquititas, blancas, unas ii (...) Ilatadina, no se bien

E: ¿Y te han explicado para qué es?

N: La pastilla sirve para no distraerme tanto, ni portarme tan mal en clases

E: ¿Y tú te acuerdas cuando comenzaste a tomar esa pastilla?

N: Si, sentí un cambio que yo sabía que iba aprender más, que no me iba a distraer,

que iba a pasar de curso, porque un año en que la deje de tomar y me fue mas o menos por que me distraía mucho sin las pastillas y ahí el segundo año las empecé a tomar y al fin pase de curso

E: *Tú me contabas que ahora que estas en jornada completa tomas más pastillas*

N: Si, es que no me hacia tanto efecto una, por que tampoco hacia todas las tareas bien así que me subieron las dosis por una y media

E: *¿Y por qué crees tú que la gente tomara pastillas?*

N: Yo creo que porque somos muy distraídos y tenemos que aprender más y la pastilla nos enseña (...) nos sirve para, como se llama esto, para aprender más, es como una ayuda para usted o para mí

E: *¿Y a ti te explicaron para que servia?*

N: Mi mamá me explico, yo le dije: ¿estas pastillas para que sirven? Ella me dijo: sirven para que tú no seas tan distraída, ah y aparte de las pastillas yo también puse esfuerzo mío, no pararme tanto en clases, no conversar en clases, no estar pidiendo cosas a cada rato, nada de eso

E: *¿Y qué crees que ha sido lo positivo de venir al psicólogo?*

N: Que me ayuda aprender, es divertido por que siempre tengo que dibujar, ayuda a las personas, a las niñas a los niños a cualquier persona, para que ellos digan lo que sienten si no lo pueden decir a cualquier persona, por que las psicólogas son unas personas especiales, para que ellas nos ayuden a nosotras

E: *¿Y qué cuentan las personas?*

N: Vienen a contarle a la psicóloga lo que le pasa, cosas como la mía, yo este problema lo tengo con el Cristian, que es mi verdadero papá, que es mi papá de sangre y (...) y lo que yo digo, que no es mi papá, no es mi papá, yo se que mi papá es mi papá Memo, que es él que está afuera, el me acompaña, él me tubo pero no me crío, él que me cría es mi padre, mi papá Memo no el Cristian.

E: ¿Y esto a ti te ha traído problemas?

N: Siempre, yo algunas veces me pongo a llorar, si hablo del Cristian me pongo a llorar, si la tía del psicólogo habla del Cristian me pongo a llorar

E: ¿Qué es el psicólogo para ti?, alguien te explico, tú sabías antes de venir

N: Él psicólogo es una ayuda para los niños, los adultos, para todos

E: ¿Una ayuda de qué?

N: Una ayuda, por ejemplo yo tengo un problema con el Cristian, una ayuda para que me protejan, para que ella me enseñe para olvidarme de la persona que a mí me tiene mal

E: Volvamos un poco adelante, cuándo me contaste que tu profesora te había dicho que tenías que venir, ¿tú creías que tenías que venir?

N: Yo quería venir por que yo sabía que era distraída, me paraba a cada rato en clases (eso era un problema para ti) no pero a mí mamá la llamaban le decían que yo me portaban mal, sólo esta reunión supe que la tía Paula le dijo que yo había cambiado tanto que ojala yo sea si como estoy y eso me pone feliz por que por primera vez aprendí a estar sentada, ha estar tranquila a no hablar tanto en clases, ha hacer todas mis tareas o si no paso de curso como mí compañera, al fin paso de curso por que quedo un año repitiendo, ella estaría en 5º y tiene 9 años, ella no va al psicólogo.

E: En el grupo algunos niños decían que les daba lata contar que venían al psicólogo

N: No porque sabía que me iba a ayudar, no conté por que con mis mejores compañeras me pelee, porque me pegaron un botezazos y todavía me duele el otro día mí mamá me peino y me dolió

E: ¿Y ellas sabían que venías al psicólogo?

N: No por que ese puede burlar, pueden decir que estoy loca

E: Y antes de venir al psicólogo, ¿tú sabías que era?

N: Antes de venir al psicólogo yo pensaba que era una cosa mala para mí, yo pensaba, pero como supe ahora es una cosa buena

E: ¿Cómo una cosa mala?

N: Por ejemplo yo decía, no me van a ayudar, pero mi mamá me dijo si me van ayudar y ahí yo aprendí que venía al psicólogo para que me ayudara

E: ¿Y cómo era para ti imaginar que tenías que contarle cosas a alguien que tú no conocías?

N: No porque yo sabía que ellos trabajaron para ayudar a las personas, yo no sentía nada, si le contaba a otras personas si sentía porque le podían contar a otras personas, a mi mamá no más, a mi familia pero no a mi compañeros, no a mis amigos, porque a lo mejor se podían burlar de mi

E: Y contarle los problemas a un amigo o a un psicólogo, ¿será lo mismo?

N: No porque el amigo no me ayuda, el psicólogo si me ayuda, porque algunos amigos no tan son buenos, los dos me ayudan, pero lo que más me sirve es la psicóloga porque ellos aprendieron a ayudar a las personas

E: Por ejemplo si tuvieras que decir algo que más te gusta de tu psicóloga ¿Qué sería?

N: Lo que más me gusta de la psicóloga es que es cariñosa, yo le preguntaba cómo estaba su hijito y ella me preguntaba cómo estaba yo

E: ¿Y algo que no te guste?

N: De ella nada

E: ¿Y de venir?

N: No nada, me gusta todo de aquí

E: Te acuerdas las imágenes de la otra vez, donde había un psicólogo con su paciente, como explicarías que es un paciente, como le explicarías a otro niño que es un paciente

N: Yo soy paciente, un paciente es a la persona que van a ayudar, a las personas que van a enseñarle, la persona que tiene problemas, problemas de su padre, de su madre, que

llora por todo

E: ¿Y los niños tienen problemas?

N: Sí, no sólo los adultos tienen problemas

E: Siempre se dice que los niños son felices, que no tiene problemas

N: Pero ellos no saben que en el colegio pelean, que la mamá trabaja todo el día y sin la madre los niños no son felices

E: ¿Y la gente viene también porque tiene enfermedades?

N: No, porque tiene problemas desde chicos o desde grandes, o desde chicos tenían problemas y nunca quisieron venir y a hora que son grandes dijeron ya tengo hace muchos años esto y vengo cuando grande, pero sirve mejor que vengan cuando chicos que cuando grandes, porque cuando grandes yo no creo que se acuerden todas las cosas que le paso antes y cuando viejitos menos

E: A parte de la ayuda que el psicólogo te da y tu esfuerzo, ¿Quién más ha sido importante?

N: Mi mamá porque ella, o mi papá porque ellos siempre vienen nunca me dejan sola, porque soy chica no me puedo venir sola, aparte la mamá y el papá la tía lo llama para ver la hora por que no podemos decir, también los papas son una ayuda para que cuando terminemos las clases hablen con la psicopedagoga, con la psicóloga

E: ¿Y qué hablan con ellos?

N: De la hora, de que me porte bien, eso

E: ¿Y para qué le cuentan esos a tus papas?

N: Para que sepan que estoy avanzando

E: Tú decías que estabas desde el año pasado, como ha sido este tiempo, largo corto, como a sido, como lo haz sentido

N: corto, porque me ayudan y no estoy tanto rato

E: ¿Tú sientes que te falta tiempo de estar acá o que ya no deberías venir?

N: Yo estoy casi bien, porque ya casi, ya estoy saliendo de lo del Cristian y todo eso, me falta que no me hablen más del Cristian no escuchar más esa palabra, sólo tengo que escuchar papá Memo y ayer justo él estaba de cumpleaños

E: ¿Cuáles crees que serían los derechos de un niño que viene al psicólogo, que deberían exigir?

N: Nada (...) no debería exigir nada, a mi me da lo mismo exigir, una porque aquí me ayudan, no tengo que exigir nada.

Entrevista N° 2

Niño: N° 2

Edad: 10 años

Sexo: Masculino

Diagnostico: Trastorno conductual

Uso de Fármacos: Sí

Entrevistador: *¿Desde cuándo vienes al psicólogo?*

Niño: Vengo hace como dos años

E: *¿Haz estado siempre con el mismo psicólogo?*

N: Sí, pero con la misma psicóloga no, me la cambiaron parece que se fue ella y me dejaron con otra

E: *¿Psicóloga o psiquiatra?*

N: Psiquiatra

E: *¿Quién te dijo que debías venir al psicólogo?*

N: La profesora, porque yo era muy desordenado en ese tiempo

E: *Desordenado, ¿Por qué?*

N: No se po, yo llevaba al grupo para que hiciéramos algo, me entiende (...) yo llevaba al grupo para que hiciéramos algo y siempre nos metíamos en problemas

E: *¿Qué tipo de problemas?*

N: Una que íbamos caminando y jugando y empezamos a tirarnos jugo y un compañero tiro un jugo y le llego a un extintor y exploto y quedo toda la sala llena de esa cuestión blanca

E: ¿Y tu profesora te dijo a ti que debías ir al psicólogo o primero hablo con tu mamá?

N: No hablo conmigo me dijo que yo tenía que ir al psicólogo, pero que entendiera que el psicólogo no era para los locos y todo eso, entonces me decía que tenía que ir porque mi comportamiento era algo raro que tenía, por eso tenía que ir, después al otro día llamo a mi mamá.

E: ¿Tú en algún momento preguntaste por qué era raro tu comportamiento?

N: Si, pero no me quiso responder, después llamo a mi mamá y ella tampoco me dijo nada, sólo me dijo que en dos semanas más íbamos a ir al psicólogo.

E: Y qué fue lo que sentiste, cuando nadie te explico que pasaba, te encontraban raro y no te explicaban por que

N: Yo creía que el psicólogo era así como la cárcel, que iba a estar viniendo a cada rato, quedándome adentro y que no iba a poder salir a ninguna parte

E: Ah tú pensabas que te iban a dejar aquí. Tú me contabas que tu profesora te decía que te estabas comportando raro, tú pensaste ¿Que tengo de raro o tú creías que eras raro?, ¿tú creías que tenías un problema?

N: Yo sabía que tenía algo raro, yo sabía que era muy loco (*¿Qué es ser loco para ti?*), que yo me tiraba del cuarto piso pa abajo y me tiraba con un skate, me tiraba por los fierros así.

E: ¿Y después te arrepentías de hacer esas cosas?

N: No a mí me gustaba, pero la profesora me decía que era muy extremo, pero a mí me gustaba ser extremo, pero después en la casa lo seguía haciendo, me subía arriba del techo caminaba, una vez habían cinco casas y puse una tabla y salte con la bici para abajo.

E: Aparte de tu profesora alguien más te decía que no lo hicieras

N: Mi mamá me decía que no lo hiciera porque me podía lastimar, pero yo no tenía miedo

E: Y en el colegio ¿Cual fue el hecho que hizo que tu profesora te mandara al psicólogo?

N: Fue un día lunes, eran las 15:00 hrs, íbamos a salir al recreo, yo había armado un skater, ahí fue cuando me tire por la escalera de caracol yo iba bajando se cruzo la profe y casi le pego y ahí fue cuando me dijeron al tiro que tenía que ir al psicólogo.

E: Me decías que tu profesora te había dicho que tenías algo raro y que le pidió a tu mamá que fuera para hablar y no te dijeron nada más hasta que tu mamá te dice vamos en dos semanas más al psicólogo

N: Yo no quería venir como todos supieron al otro día que tenía que venir, (quienes todo) mis compañeros, entonces todos me decían que el psicólogo te dejaba encerrado, y que me iba a quedar encerrado para siempre y más encima ellos saben que el miedo que más tengo es a la oscuridad, me dijeron que iba a estar encerrado toda la noche solo.

E: Nadie te dijo que te ayudaría

N: Un compañero me dijo, pero no le creí

E: ¿Y cuándo viniste el primer día, te acuerdas cómo fue?

N: Sí, estuve sentado ahí (risas) estuve sentado harto rato y me llamaron entre solo y él se presento, me dijo que era F... y que era el psicólogo y que él me iba a ayudar

E: ¿Y le preguntaste que era ser psicólogo?

N: Sí (...) me dijo que ayudaba a la gente y podía ayudar a que la gente fuera mejor, por eso que ahí tuvimos más confianza, le dije a mis compañeros que no era así

E: El día en que entraste con tu mamá te sentiste mejor

N: Mi mamá se puso a llorar y me echaron para afuera y hablo con mi mamá sola

E: ¿Y qué paso cuándo te echaron de la sala?

N: Nada, sentí que también había confianza ¿entiende? Porque demostrarle a alguien sus sentimientos no es fácil y eso era lo que había pasado

E: ¿Al principio te costo tener confianza?

N: Sí, al principio me contó

E: ¿Qué fue lo que más te costo?

N: Lo que más me costo, fue decirle el problema que tenía

E: ¿Y tú sabías el problema que tenías?

N: Sí po' es que mi mamá le dijo, pero él quería que lo escuchara de mí, la primera vez que vine yo mentí

E: ¿Y por qué mentiste?

N: Por miedo (*¿A qué?*) no se, a que me castigaran, después cuando vine la segunda vez le conté que era mentira lo que le dije y que lo que pasaba que yo era muy extremo y todo eso y que también a veces era muy agresivo, pero no con mi mamá con mis compañeros, ahí empecé a tenerle como si fuera mi papá, porque como a él siempre lo veía(...) entonces después me acostumbre y todo eso (...) y como siempre vengo pa acá yo le digo que él es mi papá , entiende

E: ¿Tú no vives con tu papá?

N: Si, pero mi papá esta separado con mi mamá, están enojados

E: ¿Estas viviendo con tu mamá?

N: O sea, igual mí papá va a veces, pero no se hablan

E: Entonces tú me dices que el F... ha ocupado el lugar de tu papá, que crees que encontraste en él

N: Es que es simpático, es bueno (*¿Por qué es bueno?*) por que como se llama mí papá no escucha lo que yo le digo, ¿entiende? en cambio el escucha aunque igual el a veces se aburre, pero igual me escucha, hasta que se queda ahí, eso es lo que el entiende, mi papá no, se aburre y se va.

E: ¿Y tu haz buscado conversar con tu papá?

N: Sí, pero yo le hablo así y se va

E: Si tú pudieras decirme una cosa que tú valoras del F... como psicólogo, ¿Cuál será?

N: Que ayuda a las personas

E: ¿Y algo qué tenga que ver contigo?

N: Que es súper bueno, ¿entiende? Que escucha y todo eso, hay otros que no escucharían

E: Tú me decías al principio que le habías contado a tu psicólogo por que venias, esto de ser extremo y algunas veces violentó, a ti algunas veces te dijeron tu tienes esto, esto te ocurre por esto y seguiremos estos paso, alguien te explico eso

N: No, no me dijeron nada, lo único que me acuerdo, es que como a la sexta (sesión) si sexta sesión me toco con una psicóloga, (la psiquiatra) si ella, entonces la psiquiatra me dijo que me iba a ver entonces , también ahí con ella sentí algo porque ella era amable y como se llama y como que mi mamá se sintió mejor con ella que con el Francisco, entonces esa igual es simpática, pero cuando me dieron unas pastillas que fueron las primeras, yo no quería tomármelas (*¿Por qué?*) porque yo he visto hartas cosas que cuando uno se toma las pastillas le pasan cosas (*¿Cosas cómo qué?*) es más agresivo a veces, como a veces se duerme, y en el colegio no me puedo quedar dormido, entonces eso era lo que me pasaba

E: ¿Y tú eso lo habías escuchado?

N: De la tele de las películas también de hartas cosas después cuando ya tome la primera

E: Antes que me cuentes eso, ¿Alguien te dijo que era la psiquiatra?

N: El F... me dijo que ella era la que daba los tratamientos, entonces ella también ve si tengo depresión, si tengo esas cosas y me hicieron una cuestión al cerebro y como se llama me salio bien, entonces no tengo depresión

E: ¿Qué crees tú que es la depresión?

N: Es cuando estoy sentimental y cuando estoy agresivo, cuando se juntan esos dos ya se forma algo muy fuerte

E: Volvamos a lo de la psiquiatra, cuándo te dijo que debías tomar pastillas ¿te explico para que eran?

N: Sí po' me dijeron que eran pa' calmar (¿Y tu te querías calmar?) no, y entonces ahora ya no puedo hacer nada

E: ¿Y tomaste al final pastillas?

N: Sí po' (¿Te sabes el nombre?) Clonazepán y unas gotas que no me acuerdo, me las dieron hace poco

E: Y el Clonazepan ¿Tu sabes para qué es?

N: Dice mi mamá que es para calmarme y sentirme mejor, pero yo había tenido otras más fuertes y esas eran las que yo me quedaba dormido y me las bajaron, me quedaba dormido en la sala

E: ¿Y antes de las pastillas cómo eras?

N: Era muy activo, me paraba a cada rato y ahora con las pastillas no me podía ni parar, porque cuando yo quería no podía, ahora que ya me las bajaron hay días que ando más activo

E: ¿Cuánto tiempo estuviste tomando esas pastillas?

N: Eh (...) dos meses

E: ¿Quién dijo que tenían que bajarle la dosis a las pastillas?

N: Mi mamá se dio cuenta, porque la profesora le dijo, que porque me quedaba tanto dormido en la sala y mi mamá le dijo que eran por las pastillas y si eran muy fuertes y todo eso, entonces vino a hablar con la psiquiatra y le contó que si eran muy fuertes y se les podía bajar un poco, se notaba mucho hasta los profesores me decían que, qué me había pasado y yo le decía que estoy yendo al psicólogo y que ahí me puedo mejorar

E: *¿Y de qué tenías que mejorar?*

N: De (...) lo loco que soy, y de lo agresivo

E: *¿Cual de esas cosas te ha traído más conflicto?*

N: Ser agresivo, me molestan la primera vez lo dejo, si es otra no aguanto, ahora ya casi ni peleo

E: *A parte de las pastillas ¿Qué más crees que te ha ayudado?*

N: Hablar (...) me hace como desahogarme de las cosas, hay cosas negativas y positivas, las negativas es que hay que estar mucho tiempo ahí , esperando, a veces uno se aburre, hay veces que estado mucho tiempo más

E: *¿Y tú, preguntas que pasa por qué se demoran tanto?*

N: No porque si tienen conflictos, para que los voy a hacer pasar rabias (*¿Y tu rabia?*) me desquito con un peluche que tengo me desquito con un peluche que tengo, las positivas son que tu podi desahogarte, a veces tu veni estresado del colegio veni aquí y lo cuentas y salí como recién hecho, como de fabrica

E: *¿Cuáles son las cosas que a ti te han ayudado?*

N: Que el psicólogo me ha dado cosas como para controlare, me dijo que dibujara, cuando ya tengo mucha agresividad que tenía que contar, que pensara otra cosas o que me alejara de ahí o si no iba atener más consecuencias y me dijo que si me quedaba ahí me iban a pegar

E: *¿Para qué dibujar?*

N: Porque me tranquilizo, no me aburro

E: *Tú la otra vez planteaste que tú como hombre preferías tener un psicólogo hombre*

N: Sí, lo que pasa es que el psicólogo sabe más los sentimientos que tienen el hombre y si es mujer no va a tener un hombre que no entiende los sentimientos de mujer, son muy diferentes el sexo masculino y el sexo femenino, también los hombres esconden sentimiento y a veces no se notan tanto los sentimientos que tienen, en cambio las

mujeres desahogan más sus sentimientos, por eso que como que a un hombre le va a gustar estar con una psicóloga, si no entiendo los sentimiento que tiene un hombre

E: *Y en el médico es lo mismo, ¿También prefieres un hombre?*

N: No, es que con el medico no hablas tanto, habla mi mamá entonces no se si a ella le gusta estar con un hombre o no, pero como se llama igual es mejor con un hombre por que el entiende mejor las cosas que uno tiene.

E: *Tú me decías que vienes hace como dos años, ¿Como haz sentido este tiempo largo corto?*

N: Es que dependiendo, usted si viene tres sesione al mes o a la semana se siente corto, porque viene más veces, pero si usted viene una vez a la semana se siente largo porque está como diciendo ahí el tiempo dicen que es más corto, pero cuando uno está aburrido el tiempo pasa muy lento, pero cuando uno se está divirtiendo mucho está súper entretenido pasa rápido, uno piensa que paso un minuto y se acabo todo y si está aburrido parece que pasa como un año, me entiende, esa es la diferencia

E: *¿Y aquí se te ha pasado rápido?*

N: Rápido, muy rápido

E: *¿Tú sientes que te falta por estar aquí?*

N: Si (*¿Qué falta?*) Mejorar la agresividad, todavía estoy agresivo

E: *Tú me decías que F... te había ayudado porque era una persona buena, esas son cosas que él ha hecho,¿Y qué haz hecho tú?*

N: Mejorar mucho, mejorar en todo, todo (...) mejorar mis sentimientos, uno no puedo decir ahora voy a llorar y pinto, a veces uno tiene que pensar, si veo a una compañera llorando no puedo ponerme a llorar, tengo que ayudarla primero, antes si veía a un compañero mal, yo seguía con mi agresividad, el me molesto me la paga

E: *¿Y cómo te sientes ahora?*

N: Me siento mejor, mucho mejor

E: Tú me decías que antes eras muy hiperactivo, ¿Qué es ser hiperactivo?

N: Hiperactivo es ser como un niño que se comporta como se fuera un bebé, porque los bebés andan por todos lados, como mi hermano que tiene 5 años juega salta, corre, rompe cuestionales, entonces yo como tengo 11 años me comporto como un niño chico, eso es ser hiperactivo y eso a veces es malo, porque si yo con la edad que tengo no puedo ser un niño chico y enseñarle las cosas que le enseñaba

E: ¿En qué más haz cambiado?

N: Mi conducta, porque cuando yo llegue acá mi conducta era muy mala, entonces (...) que es una mala conducta gritarle a los profesores, llegar tarde a la sala, eso, ahora no me retan me quedo callado, cuando termine su hora le digo lo que pasa, es que he cambiado muchas cosas, voy mejorando de a poco, por que si uno llega hasta arriba si llega muy rápido, se puede romper muchas cosas y volver a lo mismo, cada paso es construir algo, si se cae se rompe hay que volver a armarlo

E: Tú me dices que te falta mejorar lo agresivo ¿Qué más te puede ayudar para eso?

N: Hablar po' hablar con mi mamá, con mis compañeros y todo eso

E: ¿Tú me decías que F... ha sido un gran aporte en esto quién más te ha ayudado?

N: Eh, mi mamá, porque me ayudado mucho, a veces nosotros no tenemos nada y mi mamá saca de donde sea para que nos de ella puede recorrer todo el mundo hasta que lo encuentra, cuando me acompaña no me siento tan solo, a veces vengo con mi abuela, pero ella no puede venir tanto por que igual ya esta viejita con este calor que hace ya. Mi mamá me decía que me tranquilizara que no iba a pasar nada

E: Si tú pudieras resumir como ha sido este proceso de venir al psicólogo

N: Divertido

E: ¿Qué te gustaría que hubiera?

N: Nada, está todo bien

Niño: N° 3

Edad: 11 años

Sexo: Masculino

Diagnostico: Trastorno Emocional

Uso de fármacos: No

Entrevistador: *¿Tú recuerdas hace cuanto tiempo vienes al psicólogo?*

Niño: Ya hace como cuatro años, casi, dicen que voy a morir aquí (risas), pero creo que mañana me dan de alta, creo

E: *Tú recuerdas si haz sido constante o hay periodos en los que haz faltado al psicólogo y luego haz retomado*

N: Siempre he venido siempre, siempre, siempre

E: *¿Y haz tenido siempre el mismo psicólogo?*

N: Sí, siempre he tenido el mismo

E: *Tú te acuerdas cuándo fue la primera vez que viniste*

N: Tenía como 6 años y la primera vez que vine fue porque me dio una depresión, por un perrito que se me había muerto, en la cama se me había muerto no se porque, pero le dio un ataque y vine para acá, creo que a los 6 años y vine por la depresión y me toco con el doctor F...

E: *¿Y quién te dijo que vinieras?*

N: Mi mamá y no lo tome como una obligación, sino que me gusto después

E: *¿Y primero?*

N: Como primero

E: *Tú dices que te gusto después, que pasaba antes, detengámonos cuando tu mamá te dice que tenías que venir por esta depresión, tú sentías que tenías que venir, sentías que tenías una depresión*

N: Yo sentía tristeza por mi perrito y estaba así como cansado, estaba como pálido por dentro y eso

E: *Y tu mamá te dice ahí, que tú tienes que venir al psicólogo*

N: Y pensé que iba a ser como una escuela, que iban a haber como doctores y ahí me toco con el doctor F... y hablamos de todo, del perrito de la depresión

E: *¿Y qué es una depresión para ti?*

N: Algo triste que se produce en el corazón y dentro del corazón

E: *Entonces tú vienes y hablas con el psicólogo de tu depresión*

N: Sí y suelto todo, todo, todo lo que tenía diciéndolo y ya no tengo depresión, se me olvido el perrito, pero igual lo tengo en un peluche y en una foto

E: *Y todo este tiempo tu haz venido al psicólogo por esta depresión*

N: No después cambio, no se porque, pero cambio, porque en la escuela me iba mal después la fui cambiando y listo ahora no tengo ningún problema

E: *¿Qué pensabas tú antes de venir al psicólogo?*

N: Sentía miedo, no se, ha que me amarraran y me contaran cosas, no se, se me vino a la mente

E: *¿En qué crees que te ha ayudado venir al psicólogo?*

N: A liberar mis tensiones y liberar las malas vibras

E: ¿Y cómo?

N: Hablando, soltando todo al doctor F... le he dicho todo, ya no sabe que preguntarme, ahora hablamos como le he contado todo, hablamos de otras cosas, sobre juegos lo que sea, como ya le conté todo

E: ¿Y siempre te fue fácil contarle todo o al principio te costo?

N: No Nunca, al principio una vez, pero al principio, al principio totalmente ahí me empezó a dar cosas decirle las cosas personales a alguien, pero ahora somos como amigos

E: ¿Qué encontraste en él, para considerarlo un amigo?

N: Es que de todos los años que he estado aquí, ya se ha vuelto como un amigo como que nos hemos regalado cosas, el me regalo un autito y yo le regale un mapa mundi, él es simpático, me gusta su risa y su humor

E: Y a parte de que lo consideres tú amigo, el F... es psicólogo, ¿En qué te ha ayudado él como psicólogo?

N: Su confianza, su paciencia, la amistad

E: ¿Y por qué paciencia?

N: Para escucharme mis problemas, creo que todos los psicólogos son así o no, eso pienso, es buen amigo de todo tiene

E: ¿Y qué crees tú que hace la diferencia entre contarle las cosas a un psicólogo y un amigo?

N: Que el amigo puede decir las cosas, así al tiro, el psicólogo no, el primero las escribe y después las guarda y no se las dice a nadie, es como más secreto

E: ¿Y el amigo no podrá ayudarte igual que el psicólogo?

N: No, porque el psicólogo hace que yo le cuente mis cosas y hace que me sienta mejor, el amigo no, el sirve como para jugar, para divertirse

E: Un niño el otro día me decía que él creía que para un hombre era mejor tener un psicólogo hombre y para un a mujer, una mujer, ¿Tú qué crees?

N: Sí, o sea no creo que es lo mismo, es que yo tengo o sea no es psicóloga es psicopedagoga y es mujer entonces igual es simpática, es lo mismo con los dos va a estar bien (...) no al racismo

E: Y si tú tuvieran que decir algo que valoras mucho de tu psicólogo ¿Qué sería?

N: Que me ha apoyado mucho y que es mi mejor amigo, si se podría decir que si, uno de mis mejores amigos

E: Si tú pudieras contarme un poco, cómo ha sido todo este proceso

N: Bien, muy bueno, voy a empezar del medio hasta el final, al principio paso eso de tener miedo, pero después se me fue pasando y fui conociendo más a mí psicólogo, entonces comencé a tomarle mas confianza y comencé a decirle más cosas

E: ¿Y cómo él se gana tu confianza?

N: No se nada, creo que no se que hizo, ah fue simpático, muy simpático y es serio algunas veces, primero porque tiene que trabajar aquí y después cuando ya se va terminando el tiempo, es simpático cuando dice: bueno Pablo, estamos listos y cuando nos sobra un poco de tiempo, ahí hablamos de otras cosas, pero primero el trabajo es como un chiste que había en un chicle, que decía el jefe le dice al seños que está trabajando como aquí y le dice señor le doy el trabajo libre y porque su suegra a muerto entonces le dice, primero el trabajo después la diversión (risas)

Una vez yo le regale un mapamundi de los antiguos que eran de metal y con sacapuntas para su escritorio, se puede poner en el escritorio entonces lo doblaba siempre así (Gesto con la mano de hacer girar algo) y ahí gano más la confianza mía y ahí me regalo un autito de esos minis que a el le gustan mucho.

E: En este proceso, tú habrás conocido ya que es el psicólogo

N: Sí

E: ¿Tú para que crees que vienen las personas acá?

N: Para que la enfermedad que tengan, depresión muchas veces u otros problemas familiares o algo así, que lo cuenten al psicólogo y que el psicólogo los pueda ayudar en algo en una parte y la otra parte tienen que poner de su parte

E: ¿Y tú que pusiste de tu parte?

N: Primero el tiene que decir que tengo que hacer para que resuelva mi problema, por ejemplo a mí me dio una técnica para la escuela que tenía que concentrarme, primero no mires a tus compañeros, tenía que mirarlo igual, primero prueba con ponerte una venda aquí, o algo así y mira, concéntrate solamente en tu trabajo, como si hubieran paredes aquí y solamente di lo que tienen que decir y después que vengan los aplausos y todo, igual en las pruebas cuando me ponía o me pongo nervioso tenía que acordarme como de los dibujos que habían cuando estudiaste y tienen que repasar como tres veces la lectura y acordarte de los dibujos de la hoja y ahí me acordaba del dibujo y lo escribía

E: ¿Y qué pusiste tu de tu parte, porque esas son las técnicas que el te enseñó?

N: Practicarlas, así como ensayarlas para después ponerlas en práctica y cuando me funcionaban venía y cuando no, no, pero igual sigo intentando

E: ¿A qué más vendrá la gente al psicólogo?

N: A hacer talleres como acá, para alegrarse, liberarse, para estar en conjunto con otras personas que tengan el mismo problema que el, que no es el único

E: ¿Y eso, a qué los ayudará?

N: A que el no es el único y que no se tenga que sentir mal, por que ha muchos como el, como no se, algunos no son tontos, sino que les falla un poco el cerebro, pero igual piensan pueden hablar y todo, entonces se sienten mal porque piensan que es el único que es así con ese problema, entonces llaman a varios con ese problema y empiezas a hacer talleres, como grupos y se empiezan a conocer más, que ellos también tienen el mismo problema, lo pueden combatir de una forma u otra, tomando pastillas lo que sea y eso.

E: ¿Y tú también encontraste niños que tuvieran el mismo problema?

N: Sí, no como depresión, problemas por cualquier cosa en colegio como un niño que estaba al lado suyo, en el grupo y tenía problemas con una profesora yo no, pero en el colegio tengo un problema, entonces dije ah ya tiene el mismo problema que yo, no me tengo que sentir mal, es como yo

E: Y tu en este proceso, ¿Haz tenido otra persona que te ayude?

N: La psicopedagoga y todos acá que se hicieron amigos de mi mamá y yo me hice amigo de ellos, la que es como al secretaria de allá, entonces mi mamá tiene que ir a la casa a buscar algo y yo me quedo sentado ahí, entonces me cuidan y todo

E: ¿Y alguien de tu familia ha sido importante?

N: Sí el Carlos, es como mi papá segundo

E: Te acuerdas de las imágenes de la otra vez, de un psicólogo y su paciente ¿Cómo definirías tú a un psicólogo?

N: ¿Un psicólogo? A si me han preguntado, pero nunca he tenido el valor de decirle a los demás, eso ya también lo solucione ahora lo puedo decir, pero justo a final de año (risas)

E: ¿Y por que?, ¿antes te traía algún problema?

N: Me daba vergüenza (...) no se nervios

E: ¿Pensabas que los otros podían decir algo?

N: No se, no, no se, me daba cosa decirlo, me podían molestar

E: ¿Por qué?, ¿Con qué se asocia venir al psicólogo?

N: Se asocia, no se con las enfermedades de un paciente y el psicólogo le va preguntado cosas de su problema del mismo problema y entonces el psicólogo lo va a tener que resolver, o sea, no va a tener que resolver, va a tratar de resolver

E: ¿Y el paciente?

N: El paciente tiene que ponerle atención al psicólogo lo que le dice porque si no lo toma en serio algún día le va a servir al futuro tienes que obtener, no se más vocabulario para tus palabras y Juanito no le estaba poniendo atención y estaba jugando con las manos y no le estaba poniendo atención y al futuro lo necesitaba y no se acordaba como no estaba poniendo atención

E: ¿Y será lo mismo un paciente adulto a un paciente niño?

N: Sí, no hay diferencias tienen el mismo problema, tienen todo igual todo

E: ¿Y tú crees que el paciente niño tienen derechos, tiene que exigir algunas cosas cuando viene al psicólogo?

N: Exigir cosas si no se (...) ¿Cómo? ¿Exigirle al psicólogo?, que cosas le va a exigir, no porque no le exijo yo

E: Pero ¿Crees que tenga algún derecho?

N: A que el psicólogo también lo escuche y no sea igual que como que Juanito fuera el psicólogo, o sea, él sea él que hable, que el psicólogo esté viendo el computador y no lo esté escuchando y eso.

E: ¿Cuáles crees tú que son las cosas con la que te ayuda el psicólogo cómo te ayudara?

N: Con métodos y esos métodos son pa' la escuela, para el día a día no se como relajarme cerrar los ojos, suspirar un momento, irme al patio y después seguir, como por ejemplo una tarea, algo así como una técnica para que no se ponga uno tan nervioso o no se enfade, entonces para antes de enfadarse mejor hace eso y se va a sentir un poco mejor toma agua, toma aire un poco en el patio y después sigue terminándola

E: ¿Cuáles crees que son las cosas positivas de venir al psicólogo?

N: ¿Las cosas positivas? a ver, recuperar mis problemas o sea dejarlos atrás y (...) que no me pase nunca más y que sea normal, un niño como todos

E: Los niños que vienen al psicólogo ¿son anormales?

N: Tiene un problema, no es que sean anormales para siempre, tienen un problema y ahora lo tienen que resolver de una forma u otra, pero no es obligación, el que quiere, quiere

E: Y habrá algo que no te guste mucho, algo negativo

N: No nada, nada

E: Te acuerdas que la otra vez hablamos de que era ser un niño

N: Un niño es ser un humano, una persona que está viva y que tienen otros problemas en vez de los adultos que ellos tienen más problemas que los niños, algunas veces los niños creen que tienen más problemas que los adultos, pero no es así porque ellos tienen que trabajar, levantarse temprano estar a una hora en el trabajo, los niños tienen que preocuparse de sus tareas y eso nada más

E: ¿Qué es mejor?

N: Ser niños, porque no tenemos que tener tantos deberes, cuando vamos creciendo se nos van agregando más tareas que hacer en la casa

E: ¿Los niños tendrán problemas?

N: Sí tiene problemas para expresarse con los adultos, algunos niños le tienen miedo a los adultos, no se porque hay un amigo que es así le tiene miedo a su mamá no se porque y hay otros que no tienen miedo y pueden expresarse normalmente y hay otros que no, por ejemplo les da miedo decir las cosas mal no se por' tienen más problemas por eso. Como déficit atencional

E: ¿Y qué es el déficit atencional?

N: Es como que alguien te habla y algunas veces estás mirando a otros lados o estás jugando con las manos como lo que dije y no ponen atención a lo que está diciendo el otro eso

E: ¿Y quién te dijo que tenías eso?

N: Eh (...) el psicólogo cuando recién vine acá al psicólogo no, no recién a mitad de camino, me dijo señora, no se señora mamá de Pablo, no se como le dijo a mi mama, pero le dijo: su hijo tiene un problema de déficit atencional y eso se puede recuperar, ah que bueno, dijo mi mamá

E: ¿Quién te explico que significaba eso?

N: Déficit atencional me dijeron que era no poner mucha atención a lo que uno le habla, o hacer algo y dejarlo a medio camino, igual

E: ¿Y alguna profesora te había dijo?

N: No, no

E: Tú me contabas que no le querías decir a los otros niños porque te daba cosas ¿A ti te pasaba lo mismo?

N: Una vez tuve que ir a al psicólogo en vez de ir a clase, porque no viviste al colegio, porque lagunas veces salgo a al 13:00 y vine como a las 12:00 y termine a las 13:00 y yo le dije: por que tuve que ir al psicólogo y el me pregunto: ¿Qué es el psicólogo? es como ir a doctor y dijo a ya

E: ¿Y te gustaría que los niños conocieran más sobre lo que es venir al psicólogo?

N: Sí porque no es algo malo, es algo bueno

E: Y tú aparte de hablar en la sesión con tu psicólogo ¿Qué más utilizan para trabajar?

N: Dibujo y un día nos dijeron exprese en un dibujo que es para usted Dios y un niño, no se creo que era tonto o muy satánico, dibujo un diablo matando a Jesús, yo dibuje un paisaje con arbolitos y todo y la tía dijo que el único que estaba bien era el mío porque era la creación y todos lo demás hacían cualquier cosa, como un bicho o dibujaban y un hombre

E: ¿Y para qué crees que ocupan lo dibujos?

N: Para no hablar y expresar en dibujo, eso es lo que yo creo es más fácil que estar hablando ahí, un día me dijo que dibujara un casa con un hombre, un hombre cualquiera con un árbol, entonces dibuje un casa y un hombre adentro de la casa y me pregunto por que y le dije: por que si llueve estará seguro o si no puede venir una brisa y darle frió, pero dentro de la casa siempre va a estar seguro y listo y eso

E: ¿Y él te explicó alguna vez para qué era?

N: Pero yo ya sabia, porque una vez se lo hicieron a mi mamá para una entrevista de su primer trabajo, era un trabajo en una oficina entonces ella dibujo, no lo mismo que yo, era todo diferente y yo dibuje eso y me dijo hijo esta bien igual que el mío, entonces yo dibuje eso era mi opinión

E: Qué crees tú que se debería reforzar, porque tú me dices que no hay cosas malas, que crees que faltaría para ser mejor, con tu psicólogo o con venir al psicólogo, o la espera, cuantas veces vienes en la semana

N: Creo que una vez al mes, con doctor F... y no se cuando dio la hora la psicopedagoga

E: ¿Y tú sientes que esa vez al mes es suficiente?

N: No por que el me dice que tiene que pasar un mes para que cuando pase un mes, me digas todo lo que paso ese mes, para ir tomando todo lo que hice ese mes y contárselo todo al tiro, en ves de ir contándoselo así como de a una palabra y luego otra, mejor le cuento todo junto

E: ¿Y el tiempo de la sesión es harto poco?

N: Me sobra, si y me gusta que me sobre

E: ¿Cómo definirías haber estado aquí?

N: Que es bueno para otros niños que a futuro quieran venir como yo, que no es malo al principio, que es bueno y eso.

Entrevista N° 4

Niño N° 4

Edad: 11 años

Sexo: Femenino

Diagnostico: Trastorno emocional

Uso de Fármacos: Sí

Entrevistador: *¿Qué es ser un niño?*

Niño: Alegre que siempre andamos jugando

E: *Si tuvieras que definir en una palabra que es ser un niño*

N: Ser alegre

E: *¿Y lo parecido de los niños con los adultos?*

N: Que somos todos iguales pero los adultos también son alegres, pero no siempre,

E: *¿Y los niños los son siempre?*

N: Sí

E: *Es como más entretenido ser niños ¿Por qué los adultos no estarán siempre tan alegres?*

N: Porque de repente tienen problemas, de repente se enojan porque no hacen algo bien (...) por eso

E: *¿Tú te recuerdas cuanto tiempo estas viniendo a psicólogo?*

N: Hace como dos años

E: Te acuerdas si ese tiempo haz venido siempre o hay momentos que nos haz venido, o que haz perdido un tiempo

N: No, siempre he venido

E: ¿Y tu psicólogo ha sido siempre el mismo?

N: Sí

E: ¿Tú recuerdas cuándo fue la primera vez que viniste?

N: Fue como en Septiembre del año pasado

E: ¿Y te acuerdas por qué viniste?

N: Sí porque estaba con (...) estaba repitiendo y a mí no me gustaba ir al colegio

E: ¿Y quién te dijo a ti que debías venir?

N: La profesora

E: Y cuéntame un poquito ¿Cómo fue?, ¿Qué te dijo?

N: Le dijo a mi mamá que me trajera para que vieran si tenía algo, si tenía algún problema, si tenía problemas de aprendizaje, no se para que vieran porque yo no rendía en el colegio

E: Y a ti, tu profesora te lo dijo

N: Si la profesora siempre estaba ahí conmigo, yo varias veces había ido al psicólogo ella me había mandado también, ella sabía más o menos que yo tenía un problema de que no me podía concentrar

E: Entonces cuando tu profe te dice, ¿Qué sentiste tú sentías que tenías que venir?

N: Sí igual porque igual, era así como mas flojera lo que tenía, porque no me gustaba ir al colegio

E: ¿No sentías que era un problema?

N: Sí yo igual quería venir, porque no me gustaba el colegio tenía florera de todo

E: *¿Cuándo fue la primera vez que viniste, te acuerdas?*

N: Pasamos a la sala de espejo y ahí me hicieron preguntas

E: *¿Qué paso en la sala de espejo?*

N: Me dio cosa, porque me puse un poco nerviosa, me puse súper nerviosa

E: *¿Y con quién viniste?*

N: Con mi mamá

E: *Y ese momento cuando viniste, ¿Fue bueno que viniera tu mamá?*

N: No, con mi mamá la primeras veces no me gustaba entrar sola porque me daba vergüenza, no podía hablar me ponía a llorar

E: *¿Y las primeras veces te costo?*

N: Sí, me costo, no se porque me daba nervio

E: *¿Qué te daba nervio?*

N: De estar con alguien

E: *¿Y en algún momento cambio?*

N: Ya después empecé a entrar sola, me daba lo mismo si no entraban conmigo

E: *¿Qué crees que paso para que tú confiaras más?*

N: Que con él ya hablaba de todo, de todo lo que me pasa entonces a mí me dio más confianza

E: *¿Y qué viste tú en él que te dio más confianza?*

N: Qué el me apoyaba en todo, él pone harta atención a lo que uno habla

E: *¿Y eso no pasa siempre con la gente?*

N: No (...)

E: ¿Cuándo tú llegaste acá te explicaron alguna vez si tú tenías efectivamente un “problema”?

N: Me dijeron que yo tenía así como depresión, porque no me gustaba hacer nada, me sentaba no escribía

E: ¿Y qué crees tú que es la depresión?

N: Es cuando uno se siente mal (...) se levanta no le dan ganas de hacer nada

E: ¿Y por qué crees que pasa eso?

N: Yo me (...) yo todos los días ganas me levantada con ganas de hacer nada, no e daban ganas de ir al colegio, no siquiera de sentarme o llegar al colegio

E: ¿Y cuándo te dijeron que tenías depresión te explicaron o tú preguntaste?

N: Sí me explicaron

E: ¿Y tuviste que tomar pastillas?

N: Si, pero para la concentración, pero me daban sueño y las deje de tomar, la psiquiatra me dio las pastillas, porque el F... le dijo que yo la tenía mala la concentración, que no me concentraba y este año me dieron pastillas

E: ¿Te acuerdas el nombre?

N: Sabía pero no me acuerdo, las empecé a tomar pero como a la hora de las 12:00 am me empezaba a decaer y como que me daba sueño no me daban ganas y yo las deje de tomar y le dijimos a F... que me daban sueño y que era peor

E: ¿Y tú notaste mucho el cambio al comenzar a tomar pastillas?

N: Sí, pero igual como que me daban más ganas de ir porque quería superarme

E: ¿Y cómo haz sentido este periodo?

N: No, no lo he sentido

E: *¿A qué crees que viene la gente al psicólogo?*

N: A que conversar de los problemas, de los que les pasa en su casa

E: *¿Y los niños tienen los mismos problemas que los adultos?*

N: Los adultos de repente tienen discusiones con su pareja y los niños no solamente del colegio

E: *¿Y el psicólogo a que te ayudaría?*

N: A mí por lo menos me ha ayudado a que me dieran más ganas de ir al colegio

E: *¿Y qué hizo él?*

N: Es que nos pusimos en un éste que yo tenía que superarme para que pudiera hacerlo o sino nunca iba a poder hacerlo

E: *¿Y qué crees tú que hizo él para que tú pudieras superarte?*

N: Me ha ayudado a sentirme mejor, me dice cosas que me hacían sentir bien

E: *¿Y tú hiciste algo?*

N: Uno tiene que poner de su parte, yo por ejemplo ir al colegio, hacer las tareas

E: *¿Y qué sientes tú que ha sido lo positivo de venir?*

N: Que este año me supere con las notas, que pase de curso

E: *Y habían dos temas acá, el tema del colegio y el tema de tu depresión*

N: Con eso me ha ayudado a que ya no me siento tan mal

E: *¿Y sientes que te falta para estar acá todavía?*

N: Sí todavía me falta, superarme en algunas cosas del colegio

E: *Un niño dijo que él como hombre prefería tener un psicólogo hombre, ¿Qué opinas de eso?*

N: No, es lo mismo, por que los dos nos prestan atención, los dos nos van ayudar

E: Esto de contar las cosas, será lo mismo contarle a los amigos

N: No porque el amigo no es lo mismo, porque el amigo le puede contar a alguien y acá es secreto

E: ¿Hay alguien más que ha sido importante en este proceso?

N: Mi mamá porque ella me ha exigido más

E: ¿Y en el tema de la depresión?

N: Me ha apoyado en todo, si me saco una mala nota, que siga que yo puedo superar esa nota

E: ¿Y tu papá ha participado en el proceso?

N: Igual pero no tanto, es que mi mamá ha venido más veces conmigo

E: ¿Qué es lo que no te gusta mucho de venir al psicólogo?

N: No, hay nada malo

E: Otros niños me han dicho que algunos no cuentan que vienen por temor a que se burlen de ellos

N: Yo antes no lo contaba, pero ahora yo lo igual, si me preguntan de repente yo, venía en la mañana, entonces me preguntan, les digo además hay otros que han ido

E: Y cuando no contabas, ¿Por qué no lo hacías?

N: Porque me daba cosas de que se rieran, porque los piensan que es para los locos y no es así, la gente loca va a otro lado tiene otro nombre

E: ¿Qué pensabas tú que era el psicólogo antes de venir?

N: Es que yo había ido antes a otro, iba por las notas, era como que a mí me hablaban y yo no pescaba, no escuchaba

E: Tú la otra vez dijiste que tu profesora decía que tú tenías problemas de aprendizaje cosa que tú no estabas de acuerdo.

N: En verdad la profesora decía eso y a mí me mandaban a hacer, me mandaron con la psicóloga por eso y la psicóloga le explicó que yo no tenía nada que sólo era la falta de concentración, entonces la profesora hace poco me mando por lo mismo, el año pasado, pero con otra, es que cuando yo había ido primero era por otro colegio, entonces esta profesora no sabía mucho entonces ella me mando por eso, de acá igual le mandaron un papel, que yo no tenía nada, que sólo era un problema de concentración

E: ¿Y por qué te daba pena que pensar eso la profe?

N: Porque ella no sabía y nos decía a nosotras a mi mamá, a mí, yo le decía a mi mamá que yo no tenía problemas de aprendizaje

E: ¿Qué es lo que más valoras de venir al psicólogo?

N: Que me han ayudado mucho

E: ¿En qué?

N: En todo, en el colegio, que antes pasaba peleando con mi mamá, ahora ya no

E: ¿Tú haz dibujado acá alguna vez?

N: Porque los psicólogos quieren ver como nos expresamos

E: ¿Y cómo es?

N: Bueno

E: Te acuerdas de las imágenes de la otra vez, del paciente y el psicólogo ¿Cómo definirías un psicólogo?

N: Es como ser un amigo de una persona, porque tiene más confianza

E: ¿Y en qué se diferenciaría de un amigo?

N: Porque ellos nos pueden dar, nos ayudan nos hacer que cambie el amigo no sólo nos va a escuchar

E: Pero los amigos también dan consejos

N: Sí, pero que ellos nos dan como una solución justa, no como los amigos que nos dan muchas soluciones y uno no sabe cual elegir, como que nos confunden

E: ¿Y cómo definirías un paciente?

N: Que uno también tiene que escuchar lo que dice el psicólogo

E: ¿Y cuáles serán los derechos de un paciente?

N: No, sólo contar lo que le pasa

E: Si tuvieras que definir en una palabra cómo ha sido este proceso

N: Bueno

Material visual utilizado en los grupos

Imagen 1:



Imagen 2:



Imagen 3:



