

## **PROGRAMA DE EXTENSION**

### **TITULO:**

***Asesoramiento y Asistencia Psicológica en niños/as con  
dificultades especiales***

***Directora General y Asistencial: Prof. Dra. María Isabel Punta Rodulfo***

***Co Director Científico: Prof. Dr. Ricardo Rodulfo***

# Datos del Programa de Extensión

## 1. DENOMINACION Y SINTESIS DEL PROGRAMA

**Título: Asesoramiento y asistencia psicológica en niños/as con dificultades especiales.**

**Subtítulo: “Integrar a un niño a la educación, reconociendo y respetando sus diferencias individuales, es disminuir los factores de riesgo en la infancia”**

---

### **Síntesis**

El programa se propuesto para atender y en la medida de lo posible resolver las distintas situaciones en que una discapacidad parcial o global afecta la integración del niño/a a las instituciones de escolaridad común y a partir de allí a su entorno más amplio. Para ello prevé:

- Prestar asistencia psicoterapéutica a niños y jóvenes que por su discapacidad (parcial o global) y/o su problemática específica no sean admitidos en los distintos servicios de psicopatología que funcionan en los Centros Efectores o Centros de Salud, y que carezcan de recursos económicos que le permitan acceder a otro tipo de asistencia profesional.
- Prestar asesoramiento y supervisión a los profesionales de los Gabinetes Centrales dependientes de la Dirección del Area de Educación Especial del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, respecto a alumnos que acuden a la mencionada dependencia para su evaluación.
- Prestar su asesoramiento a unidades educativas que presenten situaciones vinculares que hagan necesaria su intervención.
- Desarrollar un plan de capacitación sistemática de los profesionales intervinientes a fin de mejorar la prestación y contribuir a futuras investigaciones en la materia.

## 2. JUSTIFICACION

### **Diagnóstico de situación**

Es ampliamente conocida por maestros, pedagogos, psicólogos y asistentes sociales, etc., la frecuencia con que dificultades o fracasos escolares vinculados a distintas problemáticas de discapacidad desembocan en una discriminación social negativa de los niños/as que las padecen, concurriendo asimismo a la conformación de respuestas patológicas en ellos y en sus familias, en una secuencia de crecientes complicaciones y círculos viciosos que provocan un grave aislamiento en el niño/a y un deterioro de sus capacidades potenciales. Dada la complejidad creciente del medio cultural en que vivimos y la tendencia también creciente a la exclusión de ciertos sectores que se hallan debajo de la línea de pobreza, esta situación tiende a agravarse y aumentar en cuanto a su frecuencia y propagación.

### **Fundamentación y pertinencia de la propuesta**

El proyecto tiene en cuenta en su punto de partida el hecho de que estos niños se ven privados de atención psicoterapéutica en los Servicios de Psicopatología de los Hospitales Generales y en los Centros de Salud Mental correspondientes al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en mérito, precisamente a su discapacidad física (retraso mental, deprivaciones sensoriales, parálisis cerebral, etc.) agregada a su patología psíquica específica.

El proyecto procura intervenir **en esta zona de carencia institucional**, de falta de respuesta a situaciones generadas por la situación descrita. Concomitantemente se propone intervenir en forma preventiva cuando ello es posible y a requerimiento de las distintas instancias escolares a fin de evitar que tanto una discapacidad física como cualquier otra problemática específica sea el punto de implantación de una discapacidad psicopatológica invalidante.

No contando el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires actualmente con infraestructura que permita la supervisión de los diagnósticos diferenciales ni tampoco con la asistencia de un equipo interdisciplinario para los niños/as y adolescentes con discapacidad (de origen genético, metabólico, neurológico, psicológico y/o social) este Proyecto viene a suplir esta carencia a la vez que a disminuir el riesgo al cual están expuestos los niños/as y adolescentes que por sus discapacidades tienen una historia de fracaso escolar.

### **3. MARCO CONCEPTUAL**

#### **El estado de las cosas**

Se trata de una temática que ingresa tardíamente al psicoanálisis. Hay que esperar a la década del 50 para que se produzca una incorporación teóricamente significativa del problema, particularmente en Francia, por parte de algunos psicoanalistas de pensamiento no convencional vinculados a Lacan, como Francisco Tosquelles, Maud Mannoni, o aún en el ámbito de la IPA (Roger Mises). En estos textos se introduce la problemática de la discapacidad referida fundamentalmente a la debilidad mental, pero a la vez dando lugar a reflexiones que van más allá de ella, permitiendo el paso al desarrollo teórico y clínico de un pensamiento sobre la discapacidad en términos más globales. Los suscriptores de este Proyecto se inscriben desde hace años en este movimiento.

Una primera discriminación importante (a la que entre nosotros aportó justamente otro pionero: Enrique Pichon-Riviere) llevara a diferenciar aquellos casos de genuina debilidad mental de los pseudo-débiles u oligotímicos. Sin embargo, con no ser desdeñable, el acento se desplaza luego a otro punto fundamental y más envolvente: la articulación, largamente evadida o largamente debatida, de lo orgánico con el fantasma. ¿Cómo se inscriben la deficiencia mental y/o discapacidad física en ese dispositivo de prácticas cotidianas, normas consuetudinarias, ideologemas encarnados, relatos históricos y/o legendarios, que recortamos como *discurso familiar*, o mejor aún *mito familiar*? ¿Y cómo se inscribe en el mismo sujeto a ella?

Para no incurrir en ese conocido pecado de redundancia nos bastará con un brevísimo flash a modo de alusión contextualizadora: esto para tener presente la condición de humanidad no realizada del recién nacido y todo lo que en el trabajo del psicoanálisis en torno al mito de Narciso viene a dar cuenta de cómo y con ayuda de qué funciones aquel se da un ser del que inicialmente carecía. Ahora bien, si para cualquier infans va a tratarse de un tiempo arduo, lo crítico de esta travesía ¿cuánto no se intensificará en el pequeño que soporta un déficit orgánico en lugar tan decisivo como el sistema nervioso central?

Aquí el rebote de lo constitucional biológico sobre el tejido fantasmático familiar suele agudizar en este no sus funciones estimulantes y facilitadoras, sino las de inhibición y bloqueo en lo que hace a la constitución del sujeto. Es lo que explica cómo dos niños pueden compartir el mismo coeficiente intelectual bajo, pero uno de ellos conducirse como el retrasado "bobo" o aún retrogradar hasta más acá de lo que un término como "humano" procura designar, y el otro, en cambio, aparecer como un retrasado capaz, a su manera, de cierta creatividad. De la misma manera en un caso determinada discapacidad sensorial por ejemplo tendrá efectos invalidantes y contrarios a una adecuada socialización del niño/a, mientras que en otros esta discapacidad podrá ser afrontada exitosamente. Desde los viejos tiempos del psicoanálisis, muchas cosas aparentemente cambiaron, pero hay un punto nodal que no ha hecho sino perfilarse más y más, impregnando incluso los niveles "cuánticos" de esa trans-subjetividad, el discurso inconsciente: es el relativo a la determinación de todo lo que, con mayor o menor fidelidad al modelo neurótico clásico, podemos llamar *síntoma*. El psicoanálisis no ha hecho sino seguir desplegando las consecuencias de que todo lo del orden del síntoma *habla*, sólo que ya no nos circunscribimos al habla del sujeto en cuestión o del sujeto en

sesión. El horizonte ha ido retrocediendo, y el habla tanto de la prehistoria como del medio en que vive (y aquí estamos de nuevo en el mito, pues para el psicoanálisis rige la ecuación medio = mito) interviene más y más en nuestro trabajo. El del niño retrasado es uno de los casos en donde se impone con más fuerza recordar lo que nos inclinamos a llamar *ley de Pankow*, que correlaciona zonas patógenas del discurso familiar con zonas patologizadas en el cuerpo del hijo.

¿Por qué, entonces, dadas estas condiciones que cualquier psicoanalista puede fácilmente detectar, esa insistencia en una salida terapéutica decorativa o decorosa: reeducar?

Parece tomarse la discapacidad en general de una manera que lo asimila a una categorización axial del sujeto. Como si lo único que le pudiera acontecer a un discapacitado fuera su propia discapacidad, y sólo ella. Capturado en el rigor de esta extraña tautología, el psicoanalista abdica de su posición como tal. En sustitución de lo acostumbrado, y que hace a una dimensión ética y no meramente “técnica”, que es inaugurar una función de escucha, aquí el psicoanalista deriva, empuja, más o menos suavemente, hacia una adaptación superficial reeducadora. No se trata de hostigar esta en sí misma cuanto de denunciar que en este uso deviene represiva; su efecto así no puede ser sino de silenciar el síntoma, silenciamiento presentado como éxito de un tratamiento. Más aún, una reeducación en condiciones y momento no propicio de hecho refuerza los aspectos más patológicos de la situación, pues al no apuntar a la producción de significantes en el niño y la familia que mínimamente dialecticen un campo plagado de círculos viciosos, estereotipos y prejuicios, lo que opera es una manipulación del discapacitado como Real no significativo (salvo como significativo de todo lo deficitario, de todo lo *caído* del nivel humano) para articularlo o atornillararlo adaptativamente de algún modo a una realidad cuya exigencia de standing es feroz para con la *diferencia*.

Interrogamos la resistencia del analista que le impide cuestionar cierto significativo del superyo según el cual va de suyo que, *allí donde la discapacidad “es”* (efecto de reificación o de medicalización), *el psicoanálisis no debe advenir*. Uno se siente inclinado a pensar en una travesura de la polisemia de un término como “discurso”, que lleve a confundirlo no sólo con “palabra”, como es tan frecuente que ocurra, sino peor aún, con palabra “inteligente” o “intelectual”, reaparición de una falicización imaginaria (la inteligencia, recordemos, es “brillante”, se dice) en el seno de una terminología supuestamente simbólica.

En definitiva, el psicoanalista que intenta remontar estos obstáculos encuentra en sí y fuera de sí la huella viviente de los poderes de una antigua operación humana: el racismo, que nunca dejó de incidir sobre aquellos que, en un momento u otro, el psicoanálisis declarara “inanalizables”, como cuando Freud descartaba cualquier modificación posible en mujeres después de los 30 años. Después de todo, y no sólo en tan remotas épocas, a veces los niños en su conjunto han sido declarados inanalizables.

El punto es que, como esta exclusión reduplica la que ya pesa sobre el discapacitado en el campo social y muy a menudo en el campo familiar, al

expulsar así de nuestro ámbito a este discapacitado que tanto y tan insoportablemente contrasta y tan radicalmente con el verosímil estabilizado de “niño en tratamiento psicoanalítico” (y aquí conviene insistir y marcar con fuerza que nuestra habitual evitación “fóbica” del campo y del tema no es pasiva como parece, es la contracara de una vigorosa operación de pujo), con tal procedimiento nosotros también aportamos a la producción de una *patología del retrasado* y del discapacitado en general cuya condición necesaria es la segregación.

*Producimos*, en concurrencia con otras intervenciones, discapacitados “enfermos” y/o discapacitados “bobificados” que no han desarrollado ninguna autonomía subjetiva respecto del otro. De ningún modo basta con leerlo como una negativa “fundamentada” a trabajar con el débil sin más consecuencias que las de la omisión; es hacer lo nuestro para, con esa materia prima: un débil, *fabricar* un “bobo” que no tenga con que sostenerse en el orden simbólico, para el cual no haya otro mito que el de la discapacidad, cerrado a toda metamorfosis. ¿Qué otra cosa que una catástrofe puede resultar de semejante y radical retiro de catexia libidinal?.

Si el psicoanalista acierta en cambio a mantenerse en una posición más consecuente como tal, uno de los primeros efectos de su no abdicación es que *no* se pronunciara a priori sobre el emplazamiento de cierto límite en lo que hace a un “aquí termina” lo fantasmático, la eficacia de lo fantasmático, “aquí empieza” la eficacia de lo orgánico en su forma más pura. Es sabido que una barrera tal históricamente se ha solido trazar de un modo reduccionista, ora psicologizante, ora biologizante. Nuestra función, pensamos debería ser más bien la de *problematizarla todo lo que sea posible*, y todo lo que sea posible, también, estar sensibilizados a aquellos fenómenos, susceptibles de *pasaje*, de tornarla porosa y no ineluctable, por pocos que parezcan, por ínfimos que sean. Cuando se está debatiendo de una manera tan radical la condición humana de alguien, cualquier brizna que pueda cruzar una frontera tan cruel es de un valor incalculable.

Otro ángulo para plantear esta intervención puede formularse así: nuestra función es *resistir al, hacer la crítica del cociente intelectual*, en tanto este se transforma abusivamente en una entidad, cobra status ontológico –bien que ontología de la burocracia- y al que entonces se le encomienda la distribución de los sujetos, por ejemplo en la escolaridad. No pocas veces debimos resistirnos y poner entre paréntesis una “demanda de cociente” que nos venían a formular porque cumplirla en ese momento con un niño psicótico, dado el caso, hubiese resultado una acción iatrogénica, en condiciones, en que el paciente no respondería sino en sentido favorable a su segregación, cerrando así el círculo de su detención psicótica. Y el enlace que en este texto acaba de darse entre debilidad, discapacidad y patología grave no es fortuito.

Desde luego que esta serie de *cauteladas* metódicas o metodológicas requiere también la de soslayar al analista lo que tenga que ver con fantasías terapéuticas de corte mesiánico. Es bien conocida la patología del deseo del psicoanalista que suele generarse en la atención de pacientes muy graves, discapacitados físicos o no, y que traza un eje cuyos polos son la omnipotencia y la desesperanza.

Precisamente esta última se enlaza muy particularmente al niño con algún tipo de

discapacidad. Es su sombra, y sombra del Otro que le cae encima, a la vez. Sólo sorteando esta oscilación puede la intervención analítica hacer algo para que el sujeto disminuído encuentre “un lugar para vivir”. En estas condiciones, dirá al fin de una sesión uno de estos niños: “Yo vivir aquí” (nótese; triunfo a pesar de todo de una subjetividad, como la frase se abre hacia una dimensión metafórica al mismo tiempo que la literal: momento en que este niño consigue *prenderse* al lenguaje *no* psicóticamente).

Las cuestiones concernientes al deseo del analista, a sus vicisitudes contratransferenciales en el tratamiento de discapacitados se emparentan bastante a las que se dan en la clínica de las psicosis, excepto en los discapacitados leves, donde la situación es más asimilable al campo clásico del psicoanálisis. Por otra parte nos movemos en un terreno de fronteras móviles y ambiguas entre discapacidad física y patología derivadas de la debilidad mental, con frecuentes cruces y superposiciones. Digamos que el lugar del psicoanalista es puesto a prueba de una manera muy dura. Cursos típicos: rechazo familiar a reconocer algo que aparezca en el niño como en alguna medida fruto del trabajo analítico, adjudicándolo todo a la propia familia y/o a intervenciones pedagógicas. Idealización del psicoanálisis que demanda de él el “milagro” : que refluyan e irreversiblemente, las aguas del déficit orgánico. El riesgo estriba aquí en que se genere del lado del analista un reflejo defensivo, ante el profundo y ambiguo malestar que produce la tentación de aceptar la invitación que una demanda tal formula. Entonces, por ejemplo, puede llegarse al *acting-out* de dar por terminado el análisis abruptamente, no aguantando la intensidad que se intuye de los fantasmas de destrucción subterráneos o consecuentes a esa esperanza imposible.

A nuestro entender, la interrupción del tratamiento se debe en la mayoría de los casos a resistencias del analista. Y resistencias de muy difícil elaboración. Por tradición y hábitos de formación los más de nosotros preferimos el trabajo en bordes del inconsciente lejanos a la muerte. Inconfesablemente abrumado por la presentificación de la muerte y la mutilación que el discapacitado encarna, el analista cede al impulso de declararlo muerto prematuramente, diciendo a los padres que los magros poderes del psicoanálisis ya han encontrado su límite infranqueable. No pocas veces, además, es justo lo que la familia desea escuchar, a título de “autorización” para desinvertir al niño/a o al adolescente. No es raro, entonces, encontrarnos ya no con que el psicoanálisis se abortó a sí mismo, sino con que ni siquiera llegó en rigor a comenzar, pues el trabajo se detuvo una vez consumado cierto “reajuste” del paciente, bastante antes de llegar a una “zona analítica” en la tarea.

A través de todo esto es como decir: *variaciones*, comentarios, de un punto nodal destacado por Maud Mannoni como inaugural para toda entrada posible en psicoanálisis de un retrasado y/o añadimos nosotros de la discapacidad en términos amplios: develamiento de los fantasmas de muerte y/o mutilación que lo impregnan; relación entre ellos y “cosas que le pasan”, como cuando el mismo paciente del que antes trajimos una frase capital pasa de un “yo morir” inicial, mediante el “pasaje al acto” de intentar arrojarse por la ventana al vacío;

imposibilidad de decir o hacer algo como sujeto deseante si no se levanta del embargo que aquellos fantasmas imponen, mediante el trabajo de la psicoterapia a “un yo vivir aquí”. Hay que señalar la extrema dificultad de articular todo esto en las sesiones, con un paciente que de tal modo y por tal “monstruosa injusticia cósmica” presentifica la negación o un retrato desfigurado o mutilado de lo humano. Pero para el acceso a una verdadera dimensión de sentido no es negociable el atravesamiento de esta trama de muerte que empapa al pequeño. *Hay* que llegar al punto de poder formularla, escribirla en el registro simbólico-imaginario, por muy rudimentaria que sea la sintaxis. De aquí la importancia que damos, convergiendo una vez más con aquella autora, a poder como analistas más y con mayor ferocidad que nunca silenciar en nosotros toda solicitud de “progresar”, aún mínima, dirigida al paciente, hasta radicalmente convertirnos en un muerto más muerto que el que él soporta, para que por ese agujero en que nos metamorfoseamos él pueda llegar a pasar. Quizás. Pero hay que apresurarse a subrayar, y todo lo posible resulta poco, la arista paradójica de una posición tal: *sólo el poder desear que el paciente viva* la hace posible y la hace eficaz. Si se extravía la paradoja como punto de referencia queda tan sólo una caricatura “técnica”.

Por otra parte, las resistencias del paciente aquí alcanzan su máximo coeficiente de inercia. Como lo señalara con tanta justeza Winnicott, la transformación de una posición o condición de objeto (o de falso self) a la de sujeto, y sujeto más renegante aquí que en otros destinos, *no* puede efectuarse sin un desencadenamiento de angustia persecutoria y aniquilatoria de magnitud tal que, siendo insoportable la exposición a ella, el que está naciendo a la subjetividad retrocede a una identidad menos crítica, refugiarse o asilarse en el estatuto pasivo del discapacitado, objeto de atención y de dispositivos que lo sumergen en la dependencia. Sin contar con las muchas veces en que la discapacidad viene “mezclada” con rasgos neuróticos graves o francamente psicóticos, lo cual no puede no implicar una función en el equilibrio narcisista familiar que se ve amenazado por la intervención psicoanalítica, lo cual nos devuelve a carriles más familiares en nuestra práctica ...

Nuevamente aquí, para eludir las complicaciones de una reacción “en cadena”, el analista puede salir del paso con un *acting*, apresurándose a declarar finalizado el tratamiento. Racionalizaciones teóricas, o usos defensivos de la teoría, no son lo que nos falta.

## **BIBLIOGRAFIA**

- . **Ajuliaguerra, J. de** Manual de Psiquiatría Infantil.  
Editorial Toray-Masson, S.A. - España 1979

- . Aulagnier, Piera** La violencia de la Interpretación.  
Editorial Amorrortu - Bs. As 1977  
Primera y Segunda Parte.  
El aprendiz de historiador y el maestro brujo.  
Edit. Amorrortu. Bs.As. 1986
- .Bettelheim, Bruno** La fortaleza vacía.  
Editorial Laila - España 1977  
Primera parte
- .Bleichmar, Silvia** Clínica psicoanalítica y neogénesis  
Edit. Amorrortu. Bs. As. 1999 (selección)
- .Cena y otros** Niños de difícil diagnóstico.  
Revista "Diarios Clínicos" N° 2, 1990.
- .Dolto, Françoise** Imagen inconsciente del cuerpo  
Ed. Paidós, 1986
- .Freud, Sigmund** Inhibición, síntoma y angustia  
Introducción al narcisismo  
La escisión del Yo en el proceso defensivo  
Duelo y Melancolía  
Obras completas. Ed. Amorrortu, Bs. As.
- . García Reinoso, Diego** El discurso familiar como escritura transindividual en el análisis de niños. Diarios Clínicos N° 5.  
Ediciones Diarios Clínicos - Bs. As, 1992.
- .Green André** El trabajo de lo negativo.  
Edit. Amorrortu. Bs. As. 1995.
- .Gutton, P.** Lo puberal  
Ed. Paidós. Bs.As. 1993
- . Hochman, Jaques** Devolver el gusto por pensar.  
Revista N° 15. Asociación Esc. Arg. de Psicoterapia para Graduados.
- .Jerusalinsky, A.** Psicoanálisis de los problemas del desarrollo  
Ed. Nueva Visión, Bs. As. 1988
- .Lebovici, S. ;** Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente.

- .Diatkine, R. y  
.Soulé, M.** Obras completas como libro de consulta.  
B. Nueva - España, 1990.
- .Mannoni, O.** 'El niño retrasado y su madre'  
Ed. Fox, 1971, España  
El niño, su enfermedad y los otros – Apéndice I.  
Ediciones Nueva Visión, 1967.
- .Mannoni,  
Winnicott y otros  
.Pelento Marilú** Psicosis Infantil.  
Ed. Nueva Visión, 1971  
Duelos de la infancia  
Diarios Clínicos 6 - Lugar Editorial - Bs. As., 1993.  
Cuerpo, historia e interpretación (comp. Luis Hornstein)  
Edit. Paidós . Bs. As. 1991.
- .Punta Rodulfo,  
Marisa** El niño del dibujo  
Ed. Paidós, Bs. As. 1992.  
Los modos de representación característicos de la patología  
autista: un estudio psicoanalítico en "Autismo Infantil: lejos  
de los dogmas"  
"La clínica del niño y su interior- un estudio en detalle. Ed.  
Paidós  
Coordinador Jaime Tallis. Edit. Miño" Dávila. Bs. As. 1997.  
Movimientos de apertura. Diarios Clínicos N° 1.  
Lugar Editorial - Bs. As. 1990.
- .Punta Rodulfo, M.  
y González, N. (comp.)** La problemática del síntoma  
Ed. Paidós - Bs. As., 1997.
- .Rodulfo, Ricardo** Dibujos fuera del papel (selección) Ed. Paidós. Bs.As. 1999  
Estudios Clínicos  
Edit. Paidós. Bs. As. 1992  
Trastornos narcisistas no psicóticos  
Ed. Paidós, 1995
- .Tosquelles, F.** El maternaje terapéutico con los deficientes mentales  
profundos  
Ed. Nova Terra, España 1973.

**.Tustin, F.**                    Barreras autistas en pacientes neuróticos.  
Edit. Amorrortu. Bs. As. 1989  
El cascarón protector en niños y adultos.  
Edit. Amorrortu. Bs. As. 1990

**.Winnicott, D.**                Exploraciones Psicoanalíticas I.  
Ed. Paidós - Bs. As., 1991.  
Naturaleza Humana. Edit. Paidos. 1999. (Selección)  
Escritos de pediatría.  
Edit. Paidos. Bs.As. 1999  
Los procesos de maduración y el ambiente facilitador.  
Edit. Paidos. Bs.As. 1993.

La Directora General y Asistencial del Proyecto (en su doble condición de Licenciada y Doctora en Psicología y Psicopedagoga) se halla trabajando en Educación Especial desde al año 1965, en forma ininterrumpida dirigiendo proyectos de extensión en asistencia a la discapacidad dentro del marco de organismos no gubernamentales. Esta larga experiencia le ha permitido publicar libros específicos y diversos artículos en publicaciones científicas con referato.

El Co- Director Científico del Proyecto (Licenciado y Doctor en Psicología, especialista en niños y adolescentes) viene desarrollando desde hace más de veinte años una larga investigación clínica sistemática en el juego en el niño sano y en diversas patologías y la relación de aquel con los procesos de aprendizaje. Lo cual lo ha llevado a interesarse específicamente en la diversidad de problemáticas que quedan designadas bajo el término de “Trastornos de aprendizaje” vinculados o no a discapacidades específicas. Otros aspectos del estado actual de la cuestión han sido considerados supra.

#### **4. POBLACION A LA QUE ESTA DIRIGIDO EL PROGRAMA**

##### **Características poblacionales**

Niños provenientes de familias de bajos recursos, en las que la patología social ejerce su influencia generando condiciones de vida que aumentan el riesgo de establecimiento de patología psíquica. Generalmente las dificultades económicas

hacen imposible el traslado a centros hospitalarios por lo cual la atención en el radio de la zona en la que asisten a la escuela facilita las posibilidades de sostener el espacio terapéutico.

En muchos casos la misma patología social, genera en los padres condiciones tales que, la derivación desde la escuela y la intervención de los gabinetes escolares en cuanto a la exigencia de tratamiento psicoterapéutico para mantener la matriculación en la escuela a la que cada niño asiste, funcionan como un elemento de sostén para que dicho tratamiento se lleve a cabo.

### **Situación epidemiológica**

Esta será determinada y procesada cualitativa y cuantitativamente durante el desarrollo del Proyecto.

### **Población beneficiaria**

- Las escuelas pertenecientes a la Dirección del Area de Educación Especial son un total de cuarenta y nueve. Reciben escolarización en las mismas diez mil trescientos alumnos contemplando todos los modos de la educación especial (escuelas de recuperación, escuelas de discapacitados motores, visuales, auditivos, e incluye también a los centros de estimulación temprana con una población de cero a cuatro años). Así como sus familias con las cuales se desarrollará un trabajo específico.
- Todos los niños/as y adolescentes entre 0 y 22 años (0 a 3 años se encuentran incorporados a estimulación temprana y de 4 a 22 años escolarizados) afectados por una discapacidad y en riesgo de fracaso escolar, que no sean admitidos en los distintos servicios de psicopatología, y otros Centros dependientes de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Bs. As.
- Los equipos de profesionales que actuen en las distintas sedes del Gabinete Central de la Secretaría de Educación Area de Educacion Especial del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Contención y formación de los distintos profesionales intervinientes.

## **5. OBJETIVOS**

### **Generales**

- a) Profundización en los agentes de salud y educación de la conceptualización de infancia en riesgo y de la importancia de la detección de los signos tempranos de dicho riesgo.
- b) Divulgación y concientización en la población del concepto de infancia en riesgo aportando elementos conceptuales para la detección de los signos tempranos de dicho riesgo.

### **Específicos**

- a) Prevención primaria secundaria y terciaria en salud mental para los niños/as y adolescentes cuya discapacidad (transitoria o permanente, parcial o global) los coloca en situación de riesgo.
- b) El programa contempla la asistencia a niños en riesgo cuya patología haya sido detectada por la institución escolar. Se intenta de esta manera, posibilitar intervenciones psicoterapéuticas que eviten el establecimiento de patologías más graves o menos reversibles.
- c) Posibilitar el diagnóstico adecuado y a través de este, el relevamiento de aquellas situaciones que requieren intervención inmediata.

## **6. RESULTADOS E IMPACTO ESPERADOS**

Se espera un mejoramiento en las condiciones en que se desenvuelven los procesos de aprendizaje y en el estado psíquico en general de los sujetos involucrados y sus familias.

Impacto: una mayor sensibilización de la comunidad y en general aquellos que tienen una relación directa con estos niños/ as y en especial tender a desarrollar políticas de atención temprana y asistencia.

Por otra parte contribuir a que el tan usado término de “integración” no se vuelva sólo un término en el plano declamativo y de las intenciones, sino que se concrete así sea de manera incipiente en prácticas sociales, institucionales, etc.

## **7. DURACION DEL PROGRAMA**

Trienal con posibilidad de renovación en el Area de Educación Especial, con la expectativa de que el mismo sea extendido a nivel nacional con las modificaciones pertinentes para su validación.

## **8. ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA**

### **Indole de las actividades**

- a) Supervisión del trabajo de diagnóstico diferencial que efectúan los profesionales de las distintas sedes del Gabinete Central de la Secretaría de Educación del Area de Educación Especial.
- b) Creación de equipos asistenciales interdisciplinarios para la atención de niños/as y adolescentes discapacitados carenciados económicamente. Los miembros de estos equipos ofrecerán asistencia individual a pacientes con una frecuencia de una o dos sesiones semanales por períodos equivalentes al año escolar, con posibilidades de recontractarse en caso de que la evolución del tratamiento así lo requiera y las condiciones generales lo permitan.
- c) Supervisión de los diagnósticos y tratamientos que lleven a cabo los miembros de los equipos asistenciales.

- d) Seminarios y cursos de capacitación a los distintos profesionales intervinientes.
- e) Divulgación en los medios masivos de comunicación del concepto de infancia en riesgo.
- f) Creación de redes con organismos gubernamentales y no gubernamentales.

### **Cronograma de las tareas ya realizadas y a realizar**

*1 de enero al 31 de diciembre de 2004:*

- a) Trabajo de supervisión de diagnósticos diferenciales y de atención a cargo de equipos asistenciales interdisciplinarios.
- b) Prestar asistencia psicoterapéutica a niños/as que sean derivados a los equipos asistenciales
- c) Relevamiento de la situación epidemiológica

*1 de enero a 31 de diciembre de 2005:*

- a) Idem
- b) Idem
- c) Trabajo en el procesamiento de datos
- d) Dictado de cursos, jornadas y seminarios para personal de educación.

*1 de enero a 31 de diciembre de 2006:*

- a) Idem
- b) Idem
- c) Idem
- d) Dictado de cursos, jornadas y seminarios para equipos interdisciplinarios
- e) Idem
- f) Idem

*1 de enero a 31 de diciembre de 2007:*

- a) Idem
- b) Idem
- c) Idem
- d) Dictado de cursos, jornadas y seminarios para equipos interdisciplinarios
- e) idem
- f) Idem

*1 de enero a 31 de diciembre de 2008:*

- a) Idem
- b) Idem
- c) Idem

- d) Dictado de cursos, jornadas y seminarios para equipos interdisciplinarios
- e) idem
- f) idem

*1 de enero a 31 de diciembre de 2009:*

- a) Idem
- b) Idem
- c) Idem
- d) Dictado de cursos, jornadas y seminarios para equipos interdisciplinarios
- e) idem
- f) idem

*1 de enero a 31 de diciembre de 2010:*

- a) Idem
- b) Idem
- c) Idem
- d) Dictado de cursos, jornadas y seminarios para equipos interdisciplinarios
- e) idem
- f) idem

*1 de enero a 31 de diciembre de 2011:*

- a) Idem
- b) Idem
- c) Idem
- d) Dictado de cursos, jornadas y seminarios para equipos interdisciplinarios
- e) idem
- f) idem

### **Correspondencia entre objetivos específicos, resultados esperados y actividades**

El proyecto prevé una red de correspondencias cruzadas, es decir, no sólo entre objetivos, logros y actividades, sino en el plano mismo de cada uno de estos rubros, lo que podríamos llamar correspondencias en “pliegue” para usar una expresión de Derrida. Por ejemplo, las actividades de capacitación profesional sostenidas a lo largo de el entran en correspondencia, y se espera una correlación positiva, con las actividades de asistencia a las que deben naturalmente favorecer. Los objetivos de difusión y concientización, a su vez, retroactúan sobre una mejoría en las condiciones de implantación de los procesos de aprendizaje de la población afectada a la que el Proyecto procura socorrer. Y así sucesivamente. Se

prevee una correspondencia mutuamente de doble vía, es decir, no unidireccional, particularmente entre las actividades de asistencia directa e indirecta (supervisiones, etc.) y la concreción de los objetivos más específicos en lo que hace a elevar el nivel de salud mental de los niños y adolescentes a quienes se prevee asistir. En base a la experiencia que ya se tiene hecha y acumulada en este orden de cosas podemos decir que esta correlación positiva es altamente previsible.

### **Lugar de desarrollo de las actividades**

El lugar de trabajo de los equipos interdisciplinarios se ubica en las distintas sedes del Gabinete Central del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

## **9. SUSTENTABILIDAD Y REPLICABILIDAD**

### **Sustentabilidad**

- Como punto de partida contamos con una triple demanda de la Dirección del Área de Educación Especial:
  - La solicitud de asistencia psicoterapéutica a niño/as y jóvenes.
  - Prestar asesoramiento y supervisión a los profesionales que brinden dicha asistencia terapéutica.
  - Prestar asesoramiento y supervisión a los profesionales de gabinetes centrales dependientes del área de educación especial.
  - Prestar asesoramiento a unidades educativas que presenten situaciones vinculares especiales.
- Contamos con sedes disponibles para realizar nuestro trabajo asistencial así como los distintos tipos de supervisiones, tareas de asesoramiento y todo tipo de tareas docentes.
- Contamos con un equipo de profesionales altamente capacitados y entrenados en la atención de niños caracterizados por la alianza entre “capacidades

especiales”, “psicopatología severa” y factores de alto grado social sobre agregado.

Este personal forma parte (en su casi totalidad) del equipo docente de ambas Cátedras en las cuales se radica el Proyecto. Algunos de ellos, profesores regulares, titular y asociada, otros, docentes concursados en categoría jefe de trabajos prácticos y de auxiliares de primera. Y finalmente docentes interinos, todos ellos de larga y probada trayectoria y con publicaciones propias al respecto.

- Libros colectivos sobre este tema producido en el seno de las Cátedras:
  - *Pagar de más* – estudio sobre la problemática del cuerpo en el niño y el adolescente - compilador Ricardo Rodulfo - Editorial Nueva Visión, Bs. As. 1986.
  - *Trastornos narcisistas no psicóticos* compilador R. Rodulfo, Ed. Paidós
  - *La problemática del síntoma* Com. Marisa Punta Rodulfo y Nora Gonzalez, Ed. Paidós, 1997.

### **Replicabilidad**

Pensamos que este Proyecto con variaciones y adaptaciones que requiere cada situación puede ser replicado en forma exitosa. Es más, espontáneamente, en el momento actual, equipos interdisciplinarios del área de educación especial pero en este caso ya de todo el país, agrupados en el Sindicato de CTERA, nos están solicitando a las Cátedras intervenciones puntuales en situaciones problemáticas que así lo requieran, lo cual podría ser el germen de un proyecto futuro de incidencia en todo el territorio nacional.

## **10. EVALUACION**

Se evaluarán los siguientes ítems en cada situación específica en la que intervenimos. La modalidad de la misma será longitudinal y se realizará en el último mes de clase correspondiente al período lectivo.

La misma se desarrollará en forma conjunta entre el equipo interviniente perteneciente al Proyecto y el Equipo Docente.

Se tendrán en cuenta para evaluar la niño/a los siguientes puntos:

- sostener la matrícula escolar (en escolaridad común)
- pasaje de escuela de recuperación a escuela común
- apertura de la posibilidad de ser sujeto del aprendizaje o aumento considerable de dicha posibilidad.
- modificaciones subjetivas para un funcionamiento más saludable en el aula y en la vida.

En lo que hace al Proyecto revisión crítica anual del mismo para tornarlo cada vez más efectivo y pertinente a los fines de lograr sus objetivos.

- A lo largo del desarrollo del Proyecto se cualificarán los indicadores de impacto del mismo en el niño/a, sus familias, equipos docentes, sistema educativo y jurídico.

## **11. RECURSO Y PRESUPUESTO**

### **Recursos materiales**

Contamos para el desarrollo del proyecto de las sedes escolares en que se hallan asentados los equipos del Gabinete Central descentralizado, así como distintas herramientas de trabajo. En algunas de dichas sedes se hallan funcionando espacios ad-hoc para la atención de este tipo de pacientes (Sede Chivilcoy).

### **Recursos humanos: equipo de trabajo**

*Cantidad y tipo de personal a ser afectado al Proyecto (indicar además necesidad de voluntarios):*

- Nombre: Prof. Dra. María Isabel Punta Rodolfo
- Directora General y Asistencial del Proyecto
- Correo electrónico [myrrodulfo@arnet.com.ar](mailto:myrrodulfo@arnet.com.ar)
  
- Nombre: Prof. Dr. Ricardo Rodolfo
- Director Científico del Proyecto
- Correo electrónico [myrrodulfo@arnet.com.ar](mailto:myrrodulfo@arnet.com.ar)

- Nombre: Lic. Juan Carlos Fernández  
Cargo que desempeña en la Institución: Coordinador General  
- Correo electrónico [juancafernandez@hotmail.com](mailto:juancafernandez@hotmail.com)

- Nombre: Lic. Silvia P. Macchiaverna  
Cargo que desempeña en la Institución: Coordinadora de Docencia y Técnica  
- Correo electrónico: [spmacchiaverna@yahoo.com.ar](mailto:spmacchiaverna@yahoo.com.ar)

#### DOCENTES:

Lic. Adriana Franco	<a href="mailto:adrifranco_2004@yahoo.com.ar">adrifranco_2004@yahoo.com.ar</a>
Lic. Graciela Manrique	<a href="mailto:gramanrique@yahoo.com">gramanrique@yahoo.com</a>
Lic. Fabiana Tomei	<a href="mailto:fabianatomei@arnet.com.ar">fabianatomei@arnet.com.ar</a>
Lic. Claudia Levin	<a href="mailto:claudialevin@fibertel.com.ar">claudialevin@fibertel.com.ar</a>

#### EQUIPO ASISTENCIAL:

Lic. Andrea E. Vargas Rosal	<a href="mailto:andrea.rosal@hotmail.com">andrea.rosal@hotmail.com</a>
Lic. Paula Lewinger	<a href="mailto:paulalewinger@hotmail.com">paulalewinger@hotmail.com</a>
Lic. Luciana Pugliese	<a href="mailto:puglieseluciana@yahoo.com.ar">puglieseluciana@yahoo.com.ar</a>
Lic. Estefania S. Panizza	<a href="mailto:estefi.pani@gmail.com">estefi.pani@gmail.com</a>
Lic. Diego J. González	<a href="mailto:psicohaolin49@yahoo.com.ar">psicohaolin49@yahoo.com.ar</a>
Lic. Nora B. Carlini	<a href="mailto:noracarlini@hotmail.com">noracarlini@hotmail.com</a>
Lic. Natalia Diaz (*)	<a href="mailto:natylis79@yahoo.com.ar">natylis79@yahoo.com.ar</a>
Lic. Nancy Peñaloza (*)	<a href="mailto:npenaloza@yahoo.com.ar">npenaloza@yahoo.com.ar</a>

### **Convenios necesarios para el desarrollo del Programa**

Contamos con los convenios necesarios que preveen la provisión y ejecución de proyectos de acción conjunta en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, específicamente Secretaría de Educación – Dirección del Area de Educación Especial.

---

(\*) Alumnas en rotación de la **Carrera Interdisciplinaria de Especialización en Prevención y Asistencia.**

### **Medios propuestos para acceder a fuentes alternativas de financiamiento**

- Industrias dedicadas a alimentos destinados al consumo infantil
- Laboratorios medicinales
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
- Organismos no gubernamentales

### **12. PARTICIPACIÓN PREVISTA DE LOS ESTUDIANTES EN EL PROGRAMA**

Desde la aprobación e implementación de este Proyecto y formando parte de los trabajos prácticos semanales que deben cumplimentar los alumnos de ambas materias, alrededor de 30 cursantes concurren a los espacios de atención en diagnóstico psicológico y psicoterapias, que los integrantes de las Cátedras realizan en la Secretaría de Educación – Area Educación Especial, junto a otras instituciones asistenciales.

Esta práctica, permite al alumno participar en entrevistas de admisión, supervisiones de pacientes en admisión, supervisiones de pacientes en tratamiento, incluyendo la observación del trabajo interdisciplinario, resultado una experiencia de trabajo protegida que va introduciendo al alumno en el campo de las problemáticas que exceden el marco de la consulta tradicional.

### **13. TRANSFERENCIA PREVISTA DE LA EXPERIENCIA**

#### **Transferencia al grado**

Ambas materias desarrollan desde sus inicios dos trabajos prácticos semanales:

- a) Trabajos prácticos en Facultad
- b) Trabajo práctico en instituciones asistenciales.

Estos últimos se llevan a cabo en Hospitales, Centros de Salud, Consultoría, (y, a partir de la aprobación de este Proyecto) en los espacios de atención en

diagnóstico psicológico y psicoterapias que los integrantes de las Cátedras realicen en la Secretaría de Educación - Area de Educación Especial.

El objetivo de la misma es posibilitar la realización de una experiencia de trabajo protegida, no exponiendo ni al alumno ni al paciente a una mera acumulación de contactos, sino, introducirlos en el campo de las problemáticas actuales que exceden el marco de la consulta tradicional.

### **Transferencia al posgrado**

El Programa de Actualización Interdisciplinario en Clínica Psicoanalítica con Niños y Adolescentes Director: Ricardo Rodulfo, cuenta con una práctica asistencial de cuarenta horas, a realizarse en el segundo cuatrimestre de cada grupo ingresante.

El objetivo es acercar al cursante a la elaboración y formulación del diagnóstico psicoanalítico presuntivo. Estrategias en patologías graves. Entrevistas de admisión, diferentes modos de intervención clínica. Reflexión conceptual acerca del trabajo interdisciplinario. Incidencia de la transferencia institucional.

Primeras entrevistas y diagnóstico diferencial. Participación en entrevistas de admisión, supervisiones de pacientes en admisión para lograr establecer dicho diagnóstico diferencial, así como de pacientes en tratamiento. Observación del trabajo interdisciplinario. Trabajo preventivo y detección precoz. Patología grave, distintos modelos teóricos y distintas formas de abordaje clínico, Dispositivos institucionales. Lugar de la interconsulta.

### **Transferencia a la investigación**

Como lo decíamos en nuestra fundamentación, este es un campo propicio no sólo para producir una transferencia a la investigación, sino que constituye en sí mismo el desafío de constituir una investigación dada nuestra íntima convicción de que las tareas docentes y asistenciales desvinculadas de la investigación no traen ningún beneficio ni al equipo actuante ni al estudiante.

En este espíritu y con esta convicción es que nos hemos abocado a través de la investigación en campo a la formación y capacitación científica de todos los niveles docentes de la cátedra con los que hemos producido textos en conjunto como lo mencionáramos supra.

En este mismo espíritu es que propondremos ante el Consejo Directivo en tiempo y forma una investigación ad-hoc al Proyecto.

### **Transferencia social**

La población a la que va dedicado el Proyecto corresponde a la de niños/as excluidos que se hallan bajo la línea de pobreza y que no tienen ninguna cobertura asistencial.

Pensamos que de continuar exitosamente el Proyecto, puede ser extendido a más amplios sectores del interior del país en los que se suman a sus condiciones de indigencia y exclusión social la “soledad” de hallarse habitando en sitios despoblados carentes de todo equipo asistencial.

A modo de ejemplo basta citar una serie de e-mails enviados por una docente de frontera cuyo título consistía: Asunto: Socorro soy una maestra solitaria de escuela de frontera y solicito ayuda.

### **Transferencia tecnológica**

Los resultados de nuestro trabajo y nuestro quehacer estarán expuestos en la página Web de las Cátedras y/o Secretaría de Extensión.

Se abrirá una dirección de correo electrónico donde equipos docentes de todo el país puedan solicitar nuestra ayuda ante situaciones difíciles de resolver y para las que no cuenten con los recursos adecuados.

### **Difusión prevista de los resultados**

- Se prevee realizar escritos científicos sobre el tema. Los mismos pueden ser publicados en la revista de la Dirección del Area de Educación Especial y en la Revista de Psicoanálisis de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- La creación de una página Web.
- La posibilidad de realizar un microprograma radial o televisivo (utilizando las vías de difusión radial y televisiva del Gobierno de la Ciudad de Bs. As. así como de la Universidad de Buenos Aires) para dialogar con padres, madres, docentes, pediatras, etc. de niños afectados por discapacidades.

#### **14. BREVE SÍNTESIS DE LO ACTUADO 2010**

Durante el año 2010 se brindó atención a niños y adolescentes que debido a su problemática específica no han sido admitidos en las distintas Instituciones Asistenciales. Niños y adolescentes que presentan dificultades o fracasos escolares, con creciente imposibilidad de poder ser alfabetizados, con severos problemas de conducta, ansiedad y agresividad. Niños con déficit en su desarrollo imaginario y déficit en los procesos de pensamiento.

Se sostuvieron las consultas vinculadas a distintas problemáticas de discapacidad en las que la alta incidencia de las crisis sociales, produce exclusión de ciertos sectores.

El Equipo Asistencial atendió a todos los niños y orientó a sus familias, contando con un dispositivo psico-terapéutico que contempla una modalidad de atención de dos sesiones semanales para cada paciente y entrevistas de orientación familiar. La actividad asistencial se desarrolla entre los meses de febrero y diciembre. Los integrantes del Equipo Asistencial cuentan con supervisiones semanales de una hora y media de duración, entre los meses de marzo y diciembre. Son más de ciento veinte horas dedicadas a supervisiones, las cuáles están a cargo de las Licenciadas Adriana Franco, Claudia Levin y Graciela Manrique; y más de cien las horas de atención psicológica brindadas mensualmente.

Se redactan informes semestrales del curso y evolución de los tratamientos que también implican interconsultas con otros profesionales: Neurólogos, Psiquiatras, Psicopedagogos, Fonoaudiólogos, otros. Se mantienen reuniones con docentes y directivos de las Instituciones escolares, cuando la situación de cada niño y adolescente así lo requiere.

Se han realizado consultas y derivaciones que se estimaron necesarias a otras Instituciones: Hospital Durant, Dr. Tallis, Departamento de Genética del Hospital Garrahan, Hospital Carolina Tobar García.

En el Equipo Asistencial, se han incorporado nuevos miembros, otros han tomado licencia, otros han completado su experiencia dentro del Equipo; quedando integrado por las licenciadas Andrea Vargas Rosal, Paula Lewinger, Nora Carlini, Luciana Pugliese, Estefania S. Panizza y Diego J. Gonzalez. Como rotantes de la Carrera de postgrado las Lic. Natalia Diaz y Nancy Peñaloza.

Con relación al espacio de trabajos prácticos en Instituciones asistenciales correspondiente al Trabajo de Grado, los alumnos de ambas cátedras - Psicopatología Infanto Juvenil y Clínica de Niños y Adolescentes - realizaron un pasaje por el espacio de supervisión del equipo asistencial, práctica creada para ser desarrollada durante siete semanas a lo largo del cuatrimestre, que se constituye como un espacio de re-trabajo de articulación Clínico-Teórico. Por este espacio han pasado más de treinta alumnos, de las dos materias, cuya práctica estuvo a cargo de las Lic. Claudia Levin y Natalia Olivero.

Tal como lo venimos desarrollando en años anteriores, se ha brindado asesoramiento y supervisión a los profesionales de los Gabinetes Centrales dependiente de la Dirección del Área de Educación Especial del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se prestó asesoramiento y orientación a todas las Unidades Educativas que lo requirieron. Dicho asesoramiento estuvo a cargo de la Prof. Dra. María Isabel Punta Rodulfo, del Prof. Dr. Ricardo Rodulfo y del Lic. Juan Carlos Fernández.

Continúa vigente el Modelo de Trabajo sugerido para la evaluación de niños afectados por Patología Autista o Trastornos Generalizados del Desarrollo, que permite realizar un diagnóstico diferencial tanto en lo estrictamente psicopatológico como áulico, es decir en las posibilidades de integración de los niños en la escuela común.

Este Proyecto de Extensión se vio ampliado en profundidad y asentó sus raíces en la Secretaría de Educación – Área de Educación común del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Todo lo vertido anteriormente pone de relieve el cumplimiento sostenido con los objetivos del Proyecto, así como la convocatoria cada vez más ampliada, nos habla de un impacto mayor tanto en la población comprendida como una ampliación a la vez de los agentes de educación y salud implicados en el Proyecto. Es de destacar, la labor del Equipo Asistencial como también el interés de los alumnos comprometidos en el trabajo.

**Prof. Dr. Ricardo Rodulfo**  
**Co Director Científico**

**Prof. Dra. María Isabel Punta Rodulfo**  
**Directora General y Asistencial**

