2021- "Año del bicentenario de la Universidad de Buenos Aires"
GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

MINISTERIO DE SALUD DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
Dr. Fernán González Bernaldo de Quirós

SUBSECRETARIO DE PLANIFICACIÓN SANITARIA
Dr. Daniel Carlos Ferrante

DIRECTORA GENERAL DE DOCENCIA INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL
Dr. Gabriel Alejo Gonzalez Villa Monte

COORDINADORA GENERAL RESIDENCIA Y CONCURRENCIA DE PSICOPEDAGOGÍA
Lic. Lorena Yonadi

DIRECTOR DEL HOSPITAL DE NIÑOS "RICARDO GUTIÉRREZ"
Dra. Cristina Galoppo

JEFE DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL
Dra. Sandra Novas

COORDINADORA EQUIPO DE PSICOPEDAGOGÍA
Lic. Marta Caballero

JEFA DE RESIDENTES
Lic. Maria Sol Carraro

ATENEO GENERAL DE LA RESIDENCIA

Niños pequeños: construyendo caminos hacia grandes pasos

Autores

Lic. Carraro, María Sol
Lic. de Anchorena, Ángeles
Lic. Díaz Velez, Camila
Lic. Fischer, Camila
Lic. Meana, Clara
Lic. Ravier, Lourdes
Lic. Santoleri, Emilia

Índice

Introducción 2

Conceptualizando la primera infancia 2

Evaluación En Niños Pequeños 7

Algunos dispositivos del área de niños pequeños. 7

Caso Ignacio 10

Dominios evaluados 11

Nuestras conclusiones 15

Diagnóstico psicopedagógico 17

Para finalizar... 19

Clinica con niños pequeños 21

Intervenciones en niños pequeños 24

Ampliando posibilidades. 26

Ampliando la mirada. 28

Reflexiones finales 33

Anexo 35

Referencias bibliográficas 37

Introducción

A partir de diferentes interrogantes que surgen en el interior del Equipo en relación al abordaje en niños pequeños, consideramos pertinente ahondar y reflexionar sobre nuestra práctica con ellos. Dado el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) en el marco de la pandemia por COVID-19, el funcionamiento de la Unidad de Salud Mental sufrió modificaciones en la forma de dar respuesta a la demanda y a las necesidades de cada paciente y su familia. Sin embargo, consideramos que la esencia y la forma de pensar continúa a pesar de las adversidades.

Para ahondar en esta temática, organizamos el escrito en tres partes. Comenzaremos describiendo algunos conceptos centrales en relación a la clínica con niños pequeños para comprender nuestra postura y desde donde pensamos la complejidad de la primera infancia. En un segundo momento, profundizaremos en aspectos que consideramos fundamentales a tener en cuenta al realizar una evaluación. Por último, abordaremos los modos de intervenir propios del Equipo de Psicopedagogía.

Conceptualizando la primera infancia

Por primera infancia entendemos aquel primer tiempo de la vida (desde bebés hasta niños de seis años) que se caracteriza por un crecimiento del sistema nervioso y por presentar gran plasticidad neuronal. Asimismo, es un momento de gran permeabilidad al orden simbólico. Ambos aspectos resultan necesarios para la constitución de un sujeto, permitiendo la construcción y el dominio de aprendizajes, del cuerpo y del lenguaje. Al hablar de primera infancia entendemos que dentro de la misma se incluye tanto al bebé como al niño pequeño y que el pasaje de un momento a otro no es una transición espontánea. Para que se produzca, más allá del crecimiento y la maduración que le es propia a cierta edad, es necesaria la demanda parental que dé lugar a un niño capaz de posicionarse como tal, generando un lugar a conquistar. Diferenciamos aquellos tiempos como bebé, donde la madre se pregunta ¿qué quiere mi bebé? y se responde ella misma ejerciendo su función materna, de la transformación que deberá sufrir esta pregunta, convirtiéndose en otra que espera una respuesta por parte del niño: decime qué querés. Así, es el Otro quien le supone ese lugar, y es a partir de él, que se facilitará la construcción del Yo, es decir, que comience a producir en nombre propio. De esta manera, aunque el niño no

hable, comienza a aparecer algo del orden de la palabra cuando intenta hacerse escuchar a partir del gesto, del cuerpo, del juego, etc. (Enright y Maciel, 2019). En contraposición a esta concepción, se encuentra el sujeto sospechado. En este caso, nada de lo que él realice sorprende a los cuidadores primordiales ”dado que se tiene respecto de este sujeto una prevención, una presunción” (Enright y Maciel, 2019, p 7).

Cuando hablamos de niños pequeños, existen tres conceptos que suelen confundirse o utilizarse de manera indistinta. Estos son: crecimiento, maduración y desarrollo.

El término *crecimiento* se refiere a los aspectos más cuantificables (por ejemplo el aumento de tamaño, de peso). Este concepto se diferencia del de *maduración* el cual se refiere al completamiento del desarrollo de ciertas estructuras biológicas, es decir, que la maduración no es igual entre los diferentes sistemas que conforman al sujeto (por ejemplo, el aparato respiratorio ya está maduro al nacer el niño, mientras que el sistema nervioso se encuentra en pleno proceso de maduración). Finalmente, al hablar de *desarrollo* nos referimos a un término más abarcativo ya que por ejemplo, en lo que respecta a los bebés, no es suficiente con que nazcan con todas sus estructuras maduras. Será necesario que haya alguien allí, cumpliendo la función materna, para que ese organismo pueda desarrollarse. Si esta presencia del Otro no sucede, pueden producirse serias perturbaciones e incluso generar la muerte (Baraldi, 2018). Al respecto, Filidoro (2002) agrega que el desarrollo es el efecto del encuentro entre la estructura biológica, u orgánica, y la estructura del lenguaje, o psíquica. Encuentro en el cual se hace posible el desarrollo de la función cognoscitiva: "como una amalgama de ambas estructuras" (p.110)

Las pautas del desarrollo pueden aparecer en un período variable y existen rangos de edad en los cuales es esperable que se manifiesten. El desarrollo de un niño puede seguir diferentes trayectorias:

- **Desarrollo típico**: La adquisición de las pautas ocurre con secuencia y ritmo similares en la mayoría de la población de la misma edad.
- **Retraso del desarrollo:** cuando hay demora en alcanzar hitos del desarrollo en una o más áreas, pero respetando la secuencia esperada. Puede comprometer un área específica, por ejemplo el retraso en el desarrollo del lenguaje; o más de un área, en cuyo caso hablamos de un retraso global del desarrollo. No necesariamente implica

patología, se trata de un término transitorio, pero cuando se acerca el niño a los 5 años este diagnóstico debería reemplazarse por uno más específico.

- **Regresión del desarrollo:** cuando un niño pierde habilidades que había alcanzado en una o más áreas.
- **Desviación del desarrollo:** se presenta cuando la secuencia en la adquisición de pautas del desarrollo no es la esperada, es decir, el niño logra una pauta avanzada sin haber adquirido una más precoz (Cacchiarelli et al., 2017, p.55).

Asimismo, consideramos relevante describir dos maneras de conceptualizar las dificultades en el desarrollo: como "trastorno del desarrollo" o como "problema de desarrollo". Con el primero se engloba a un conjunto de entidades crónicas, manifestadas en los primeros años de vida, como consecuencia de alteraciones funcionales y/o estructurales en el sistema nervioso central. En efecto, se advierte un impacto significativo en el desempeño de un niño producto de las dificultades generadas en la adquisición de hitos del lenguaje, sociales, motores o cognitivos. En contraposición, nos encontramos con el concepto de problema de desarrollo, un concepto interdisciplinario que hace referencia a una pregunta singular, a un obstáculo que se hace presente en el desarrollo de este niño. Mientras el trastorno es generalizable, e indica una categoría, el problema introduce la dimensión de aquello que aún no tiene algoritmo resolutivo, lo singular en el desarrollo de cada niño (Enright y Maciel, 2019).

Como consecuencia, pensamos que una intervención temprana es muy significativa en el desarrollo del niño, precisamente en la infancia, en donde los primeros vínculos, el contexto y las oportunidades de estimulación influyen en el curso del mismo. Entendemos como intervención temprana a aquellas acciones que se llevan a cabo con bebés y niños que presentan algún problema del desarrollo (Cacchiarelli et al., 2017).

Hasta aquí hemos desarrollado conceptos fundamentales a tener en cuenta en la primera infancia. A continuación, describiremos cómo se aborda esta clínica específica en la Unidad de Salud Mental del Hospital de Niños "Ricardo Gutierrez", y como se fue modificando a lo largo de los años, respondiendo a las necesidades de cada niño y su familia y contemplando el contexto social.

En sus inicios, la Unidad, se encontraba dividida por áreas terapéuticas. Se trabajaba con una modalidad de "screening", donde algunos profesionales de mayor experiencia

realizaban una primera selección de los pacientes que llegaban al Servicio. En función de las necesidades de estos, se los admitía en alguna de las siguientes áreas: psicoterapia individual, grupal, familiar, psicopedagogía, psicodiagnóstico, admisión e internación.

A finales de los años 80, la Unidad comienza a organizarse por áreas etarias, tal como las conocemos en la actualidad (0 a 5 años, 6 a 9 años y preadolescencia y adolescencia). Cada una de ellas está conformada por profesionales de diversas disciplinas, las cuales fueron variando con el correr del tiempo por diversos motivos. Uno de los beneficios de esta nueva organización era por sobre todas las cosas la posibilidad de poner la mirada en un momento particular del desarrollo.

A partir de la crisis socioeconómica de 2001, Se advirtió un aumento significativo de la patología severa en niños menores de 5 años: trastornos generalizados del desarrollo, retrasos madurativos, trastornos severos del lenguaje, violencia familiar y abuso sexual.

Para el desarrollo del bebe y el niño pequeño es necesario que haya Otro que funcione de sostén, que lo calme que lo contenga. En la crisis se observó que cuando las funciones de sostén básico del Estado no están garantizadas, se producen en las personas, al igual que en las vivencias de un bebé sin soporte familiar, sensaciones de desamparo, desolación, angustia excesiva, desestructuraciones de la personalidad y aumento de la violencia como expresión de la impotencia. A partir de 2001 aumentaron los niños con privaciones severas, y desamparo familiar y social, ya que el espacio protector de la infancia se había quebrado. El sistema de salud vigente no podía dar respuesta al incremento de esta demanda. Así surgió el Dispositivo para Niños Graves de hasta 5 años con trastornos severos del desarrollo, el cual funciona desde 2002. Se constituyó un equipo interdisciplinario integrado por psicólogos, musicoterapeutas, psicopedagogos, psicomotricistas, psiquiatras y artistas plásticas.

Dentro del área de niños pequeños (0 a 5 años), se realizaban admisiones multifamiliares varios días de la semana para poder cubrir la demanda. Las mismas eran llevadas a cabo por profesionales de distintas disciplinas, tenían por objetivo realizar un diagnóstico situacional del paciente y pensar las estrategias a seguir. Para ello, algunos profesionales realizaban una entrevista a los padres/cuidadores y simultáneamente, otros jugaban con los niños. Con el correr del tiempo, la demanda fue incrementando, las

admisiones comenzaron a ser muy numerosas resultando difícil prestar una escucha atenta a cada niño y familia. En consecuencia, las mismas, continuaron siendo multifamiliares pero comenzaron a hacerse con un máximo de 5 familias, y las multidisciplinarias se realizaron para los pacientes más complejos en relación a situaciones de vulnerabilidad social y fallas en la constitución subjetiva, integradas por una familia y varios profesionales.

A fines del año 2019, se retomó la modalidad de entrevistas individuales por cuestiones organizativas internas de la Unidad de Salud Mental y a partir de que los profesionales fueron marcando su imprenta.

¿Por qué se realizan las admisiones centradas en las familias y de forma interdisciplinaria? A través de los cuidados primordiales que van 'escribiendo' marcas simbólicas, de las cuales el niño se apropia, va construyendo su estructura psíquica. El niño se constituye con un Otro deseante, que lo espere y que vaya significando ese organismo biológico para devenir en cuerpo. Es decir, que "Lo que marca el ritmo del desarrollo es el deseo del Otro que opera sobre el niño a través de su discurso. Lo madurativo se mantendrá simplemente como límite, pero no como causa" (Jerusalinsky, 1988, p.32). Al mismo tiempo, este proceso está determinado por múltiples variables, y por ello la importancia de pensar a cada niño en equipo, desde la interdisciplina y una perspectiva integral.

Al reconocer la complejidad del sujeto en desarrollo, surge la necesidad de la interdisciplina. Participar de un equipo interdisciplinario implica, como dice Mirtha Lischetti (2017), renunciar a considerar el saber propio como suficiente para resolver un problema y dedicar tiempo a la discusión de casos como parte del trabajo (p. 248). Citando a la Lic. Daniela Kaplan, intervenir es un "tomar la posta" donde el otro no puede, donde hay un límite. Asimismo, agregando lo mencionado por Sara Szeinman (2017), se espera que los profesionales intervinientes tomen el desafío de escuchar, tener en cuenta otras lecturas, y dispongan de respuestas novedosas en función de la singularidad propia de cada individuo (p.153). Lo fundamental, según Nora Elichiry (2009) "es mantener la identidad y especificidad disciplinaria; sólo entonces se podrán establecer enlaces y relaciones" (p.4).

Nos atrevemos a decir que para que el trabajo interdisciplinario se dé, es necesario que los profesionales involucrados tengan previamente una mirada holística de la realidad.

Es por esto, que creemos necesario mencionar brevemente algunas ideas sobre el Paradigma de la Complejidad.

Muller (2000) señala que en la complejidad no se pueden descontextuar los diferentes componentes que constituyen un todo. Se debe considerar lo cultural, económico, pedagógico, político. Y a su vez, la interdependencia entre las partes y el todo. Por lo tanto, abordar la complejidad requiere una racionalidad multidimensional. Se favorece así, "una lectura compleja acerca de un problema multideterminado, en el que se entrecruzan factores neurológicos, antropológicos y pedagógicos, entre otros, que hacen necesario el intercambio entre distintos recortes en una articulación que evite análisis simples y reduccionistas que limiten su entendimiento." (Rego, 2015, p.25)

Evaluación En Niños Pequeños

En el presente apartado se intentará, en primer lugar, explicitar los diversos dispositivos correspondientes al Área de niños pequeños de Consultorios Externos. Las Entrevistas de Orientación y la Orientación Multidisciplinaria, son diversas formas por las cuales ingresan los pacientes a la Unidad de Salud Mental. Sin embargo, dichos dispositivos sufrieron modificaciones debido al Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO), en el marco de la Pandemia COVID- 19, a fin de garantizar el cuidado de los profesionales, de los pacientes y de sus familias. Por lo tanto, se reorganizó el modo de ingreso a la misma, respetando por sobre todas las cosas, la identidad y la forma de trabajo que caracteriza a nuestra Unidad, la interdisciplina y el trabajo en equipo sin perder de vista la identidad de cada disciplina.

En segundo lugar, se describirán los observables que se consideran durante las evaluaciones en dichos dispositivos ejemplificandolos a partir de un caso clínico.

En tercer y último lugar, se ahondará en el diagnóstico psicopedagógico propiamente dicho.

Algunos dispositivos del área de niños pequeños.

Para realizar un primer acercamiento a dichos dispositivos, se explicará brevemente la finalidad de las entrevistas, tomando la definición en relación a dicho concepto dada por

el marco normativo de Salud Pública: *"Entrevista que se realiza a todo paciente que ingresa al servicio por primera vez, la que se utiliza para registrar datos de filiación, motivo de consulta, y se elabora un diagnóstico presuntivo, a fin de establecer si corresponde: 1- su ingreso al servicio y posterior derivación al tratamiento adecuado; 2- su derivación a otros servicios hospitalarios; 3- no requiere tratamiento alguno". (Roma, 1993, p. 9)*

Se comenzará entonces describiendo el dispositivo de **Entrevistas de Orientación**. El mismo es la puerta de entrada a la Unidad de Salud Mental, durante el cual se reciben cuatro veces por semana, padres o referentes con demandas espontáneas, derivaciones de otros profesionales, instituciones o derivaciones internas.

En los casos en que la situación deba ser abordada por un hospital de tercer nivel de complejidad, o si el niño ya es paciente de otros servicios o unidades del hospital y si el contexto permitirá la continuidad del espacio, se invita al paciente con su cuidador a pasar a una entrevista más profunda.

Ésta es llevada a cabo por dos profesionales de distintas disciplinas (psicólogos, psiquiatras, musicoterapeutas o psicopedagogas). Durante la misma, se indaga acerca del motivo de consulta, la historia vital y escolar del niño. Paralelamente, se observa al niño mediante el juego, dibujo u otros recursos que el profesional considere pertinentes. Luego, los profesionales de las distintas disciplinas debaten acerca de la información obtenida y arriban a un diagnóstico situacional ubicando la urgencia, y considerando si ese paciente y su familia ingresarán a la Unidad de Salud Mental, o si se realizará alguna derivación por zona de residencia u obra social. En caso de requerir una evaluación más específica, ingresa al equipo correspondiente (psicología, psiquiatría, musicoterapia o psicopedagogía). A modo de conclusión de la Orientación, se realiza una devolución y se le comunica a la familia la decisión del equipo.

Si se observa complejidad social o en la estructuración subjetiva, se realiza una **Orientación Interdisciplinaria.** La misma, es una intervención a demanda específica, en la cual se piensa qué profesionales van a formar parte teniendo en cuenta la particularidad de cada paciente. A partir de dicha intervención y teniendo en cuenta cada caso, se piensa cómo continuar.

Por otra parte, y previo al ASPO, un dispositivo en el cual se insertaban las psicopedagogas para realizar una evaluación interdisciplinaria, era el **Consultorio interdisciplinario de Pediatría del Desarrollo**. Durante la misma, pediatras y psicopedagogas evaluaban niños con sospecha de presentar algún problema en su desarrollo o con problemática ya detectada.

A partir de una entrevista al cuidador, se indagaba acerca de la dinámica familiar, hitos escolares y vitales y los diferentes aspectos del desarrollo. Paralelamente, se realizaba con el niño una sesión de juego y la administración de diversas técnicas de evaluación (Inventario del Desarrollo Battelle, Escala del desarrollo Bayley, Test de Integración Visomotora Beery VMI, Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria WPPSI III, Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil TADI, entre otras) a fin de conocer su modo de acercamiento a los objetos, la capacidad creadora, los aspectos gráficos, pedagógicos y cognitivos. Luego de la evaluación, los profesionales ponían en común lo evaluado, pensaban estrategias a seguir, realizaban una devolución conjunta y se pautaba una nueva cita para control y seguimiento.

Actualmente, considerando la situación epidemiológica y los recursos edilicios, el dispositivo recientemente descrito, sufrió modificaciones. Cuando un pediatra del desarrollo observa la pertinencia de la evaluación psicopedagógica, nos convoca y se conversa acerca del motivo de consulta, el contexto, la posibilidad del niño y su familia de sostener un espacio de evaluación. En caso de que ambas profesionales así lo consideren, se lleva a cabo la misma. Más allá de no compartir el mismo espacio físicamente, se continúa pensando y construyendo de la misma manera que antes, manteniendo un diálogo fluido y conservando la mirada integral del niño.

Sin embargo, ni la intervención ni el ingreso de los pacientes se configura de manera predeterminada y lineal para todos, sino que se orienta según la necesidad del caso. Este tiempo implica una escucha atenta por parte de los profesionales intervinientes a fin de situarse en la singularidad de cada familia y planificar la intervención adecuada. Al asumir la complejidad de las problemáticas actuales de los niños y niñas que concurren al Hospital, se considera fundamental el trabajo interdisciplinario, el hecho de que profesionales con objetos de estudio diferentes tengan en cuenta un mismo objetivo: pensar en equipo la intervención más adecuada, abriendo así nuevas posibilidades para ese niño.

Caso Ignacio

A continuación, se presentará una viñeta, con el fin de pensar la intervención de los profesionales en estos espacios. Si bien la misma pertenece a una Orientación Multidisciplinaria, se cree que a fines prácticos refleja aquello realizado en todos los dispositivos previamente mencionados.

En una primera instancia, y luego de recibir y leer la orden de derivación en conjunto con los profesionales que integran la Orientación, uno de ellos se acerca a sala de espera a buscar a Ignacio y a su familia.

Se observa un niño muy delgado, jugando solo con un auto de juguete, arrastrándolo en diferentes direcciones.

Al convocarlos a ingresar al consultorio, Ignacio lo hace sin siquiera mirar a quienes se encontraban en el mismo. Es acompañado por su mamá, su abuelo paterno y uno de sus tíos. Es a ellos a quienes la psiquiatra dirige la entrevista para poder conocer algo más acerca del motivo de consulta, la estructura familiar, entre otros aspectos.

Durante los minutos iniciales todo transcurre tranquilamente, relatan cuestiones de la estructura y la historia familiar, puntualmente de la historia vital de Ignacio.

Al preguntarles acerca de los gustos del niño, el abuelo dice "En casa le gusta jugar con barro, arena, palitos y enchastrarse muchísimo las manos…" Parecía que iba a seguir hablando, pero la madre interrumpe bruscamente "Prefiere saltar en la cama y bailar con música." A medida que se van sintiendo cómodos en el espacio, el volumen de las voces, las interrupciones y contradicciones aumentan.

Y mientras esta dinámica familiar tiene lugar… Ignacio juega.

Al mismo tiempo que se lleva a cabo la entrevista, la musicoterapeuta y psicopedagoga invitan al niño a jugar con diferentes materiales. Se acerca rápidamente a la caja de juguetes que utilizan las psicopedagogas para la orientación. Saca algunos objetos pero no repara en ninguno de ellos.

De pronto, encuentra, fuera de la caja, unos tubos cortos de metal. Introduce dos de sus dedos, su índice y pulgar, cada uno en un tubito diferente. En éstos sí se detiene. Se asombra, los mira detenidamente y busca algunos más. Al dejarlos, toma una tiza que se encuentra en el suelo y realiza unas marcas en la pared de pizarrón.

Paralelamente, las profesionales intentan convocarlo a través de diferentes iniciativas. Una de ellas, empieza a tocar un instrumento, pero Ignacio parece no escucharlo. Al rato, otra, agarra unos juguetes (baldecitos muy chiquitos) e Ignacio se los saca de la mano, y empieza a golpearlos, produciendo algo así como "música", pero no incluye a la profesional en el juego. Se queda entonces en un juego repetitivo. Un tiempo después, cuando la psicopedagoga le esconde los juguetes, Ignacio empieza a hacer sonidos guturales, ya que, como no habla, es su manera de expresar la molestia al no encontrar lo que quería. Finalmente una de las profesionales hace el intento de sentar al niño en su falda, pero él la rechaza.

Mientras la escena lúdica transcurre... su mamá, abuelo y tío, elevan el volumen de la voz y la discusión se vuelve más tensa. Justo en ese momento, Ignacio sale del "ensimismamiento", se acerca a ellos y empieza a caminar más por el consultorio.

Luego de mantener el encuentro con el niño y concluida la entrevista con los familiares, se convoca a la familia y al niño a esperar fuera del consultorio. En paralelo, las profesionales intercambian acerca de lo observado, para luego, transmitirlo a la familia.

Dominios evaluados

En el siguiente apartado, se teorizarán diversas áreas del desarrollo de manera individual, más allá de encontrarse íntimamente relacionadas y de influir unas sobre otras. Es importante mencionar que no todos los niños cumplen una secuencia idéntica en la adquisición de las pautas de desarrollo, ni lo hacen a la misma edad, es decir existe una variación en la aparición de las mismas.

Entendemos al **desarrollo psicomotor** como la forma en que cada niño se apropia de su cuerpo en relación con el otro. Un Otro significativo, que el niño utiliza como sostén y acompañamiento. Es decir, que para la construcción del cuerpo, el equipamiento neurofisiológico es necesario pero no suficiente. Entendemos al mismo como una "construcción intersubjetiva, sus operaciones simbólicas, su capacidad de acción y sus modalidades de relación, y los métodos y procedimientos terapéuticos para su desarrollo y organización" (Universidad Tres de Febrero, 2009, p.128). Por ello durante la evaluación y las orientaciones observamos, escuchamos e intentamos comprender al cuerpo como uno en el que se articulan los aspectos madurativos y vinculares. Observamos la postura, la

coordinación, la gestualidad, y reflexionamos… ¿las acciones tienen sentido? ¿los gestos están orientados hacia un otro? ¿hay movimientos, sueltos, repetitivos y sin sentido?

Es fundamental poder observar el modo de **comunicación** de un niño, la misma abarca todos los recursos de comunicación lingüísticos y no lingüísticos que utilizan los seres humanos. Es de vital importancia observar todos los recursos que utilizan los niños como por ejemplo; expresiones faciales, gestos, sonidos orales, verbales (gritos o risas) tono y postura corporal. Asimismo, se deberá observar si hay contacto visual, intención comunicativa, atención conjunta, gestos, miradas compartidas. Desde temprana edad, se puede evaluar la comunicación de los niños poniendo el foco en la expresión de las emociones y el uso de la mirada. Compartir emociones y la atención conjunta son hitos críticos para el desarrollo del lenguaje. Cuando se hace referencia al lenguaje, se deberá tener en cuenta dos vertientes; lenguaje expresivo que se evalúa a través de las palabras y oraciones que enuncia el niño, y el lenguaje receptivo que demuestra la comprensión verbal del mismo. Observamos la función pragmática del lenguaje, aspectos fonològicos, sintàcticos, semánticos, fluencia y ritmo del habla, prosodia, entre otros.

Otro hito importante del desarrollo es la **socialización**. Es el modo en el que el niño interactúa con otros: cómo se vincula con sus padres, sus hermanos, con sus pares, adultos conocidos y desconocidos. Los aprendizajes motores están en función de su maduración neurológica y de sus capacidades de integración psíquica. A su vez, la alteración en la construcción de las manifestaciones corporales funciona como indicador de anomalías del desarrollo a futuro. El momento de ir a buscarlos a la sala de espera y la consulta propiamente dicha, son excelentes oportunidades para tener una aproximación a la conducta social del niño: si está jugando con otros niños, cómo se relaciona, si se separa fácilmente de sus padres. Al ingresar, se observa si mira al profesional o se esconde, si está atento a los pedidos o comentarios, si se mantiene atento a las acciones del adulto, etcétera. Asimismo, podemos observar la iniciativa personal, la respuesta al ser convocado por su nombre y el interés de compartir con el otro. Es importante también tener en cuenta la mirada de la escuela, para conocer su desempeño en otros ámbitos que no sea el familiar o el consultorio.

Siguiendo las palabras del Comité de Crecimiento y Desarrollo de la Sociedad Argentina de Pediatría (2016) “En el área de la **conducta** se deben considerar múltiples

aspectos que están interrelacionados, tales como el proceso de autorregulación, el temperamento, el procesamiento de estímulos sensoriales, el nivel de actividad, el desarrollo de funciones ejecutivas, entre otros" (p. 59). A su vez, debemos tener en cuenta la actitud del niño, presencia de berrinches o agresiones, poder identificar su intensidad, frecuencia y el grado de interferencia en la rutina familiar. Así mismo, poder pesquisar la tolerancia a la frustración, control de impulsos, capacidad de espera, entre otros.

Durante las orientaciones y la evaluación interdisciplinaria en el Consultorio de Pediatría del Desarrollo, observamos también los **procesos cognitivos** de los niños, es decir, su modo de pensar, razonar y de procesar información del entorno. Para ello, evaluamos sus producciones simbólicas (juego y dibujo) o llevamos a cabo la administración de técnicas.

En cuanto al **juego** específicamente, debemos observar el modo en que cada niño interactúa con los diferentes objetos, las características del mismo ¿es solitario, paralelo o compartido? ¿es juego si el niño apila, manipula o agrupa objetos? Coincidimos con Bourdieu Yurjo y Polledo (2016) cuando mencionan que, dentro del juego indagaremos con qué información y conocimientos cuenta el niño teniendo en cuenta su edad y su posición como sujeto aprendiente.

Piaget ha realizado una descripción de los principales tipos de juego que van apareciendo en la infancia. En los diferentes estadios evolutivos se puede observar una forma determinada y distinta de juego:

Juego funcional: presente en el estadio sensoriomotor. Destinado a la obtención de placer. Constituyen una conducta lúdica, sin estructura particular, comienzan a los pocos meses de edad y llegan a su apogeo entre el año y los dos años.

Juego simbólico: se da en el estadio preoperatorio. Es el juego del "como si", durante el cual agrega el símbolo y la ficción como elementos estructurales. Los niños representan con gestos una serie de realidades que no están presentes en el campo perceptivo. Este tipo de juego se espera que surja a partir del segundo año y continúa hasta los seis años. Presupone la representación de la imagen mental.

El juego reglado: aparece durante el estadio de las operaciones formales. "Este tipo de juegos son propios de la latencia y la pubertad, son una imitación de los de los adultos, tienen una tradición transmitida generacionalmente y constituyen verdaderas instituciones sociales" (Soifer R. 1983, p.60).

Los **dibujos** en el proceso diagnóstico nos permitirán entender, al considerar el contenido, algunos de los trabajos psíquicos que este niño está realizando y cómo está organizando su psiquismo, ya que el niño se proyecta en este espacio exterior, trazando su propia subjetividad (Rodulfo R., 1999). El niño se proyecta primero a través de marcas, luego estas pasan a ser trazos, y finalmente representaciones. Todas instancias que se entrecruzan y se sostienen.

Por otro lado, teniendo en cuenta ciertos aspectos formales. Lowenfeld articuló etapas o períodos en el desarrollo del dibujo espontáneo e infantil:

Etapa del garabato (hasta los 4 años): El niño realiza trazos compulsivos y sin control, líneas y rayas sin ningún significado. Lo hace por el solo placer de experimentar con los materiales. Le divierte la sensación de que algo queda plasmado luego de que realiza sus movimientos. Luego pasa a dibujar figuras cerradas, semejantes a círculos o cuadrados, para luego asignarles un nombre. A esta edad los dibujos son prácticamente incomprensibles para los adultos y es necesaria una explicación.

Etapa preesquemática (4 a 7 años): Los objetos dibujados hacen referencia a objetos observados por los niños, siendo posible para el adulto reconocerlos. Se acerca a la forma real del objeto, aunque los cuerpos humanos aún parecen monigotes o renacuajos.

Etapa Esquemática (7 a 9 años): Los dibujos representan el concepto que el objeto tiene para el niño. Aún así, algunos dibujos se asemejan más que otros a la realidad. Esto dependerá de su experiencia personal. Trata de representar el objeto tal cual es, incluidos los colores.

Etapa del Realismo (9 a 12 años): El dibujo es rico y adaptado a la realidad, es más natural.

Si bien tenemos en cuenta dichas etapas, sostenemos que es importante atender no sólo al producto resultante, sino también al proceso de realización. Considerando tanto el contenido, como los aspectos formales, podemos entonces conocer los recursos simbólicos con los que cuenta el niño.

Los dominios hasta acá presentados, consideramos que son indicadores relacionados al desarrollo y a los **precursores del aprendizaje.** ¿Por qué? Porque nos brindan una pauta de cómo el niño interactúa con adultos, pares, con los objetos de conocimiento, y cómo, en consecuencia, va construyendo su matriz de aprendizaje. Todas aquellas pautas que

observamos podrían ser condiciones básicas para la construcción cognitiva. Y por eso, la importancia de nuestra presencia en dichos espacios.

Entendemos a los precursores del aprendizaje como variables en el neurodesarrollo que condicionan el avance de uno o más aprendizajes. Cuando las mismas no se dan de manera apropiada, generalmente la dificultad en el aprendizaje se evidencia recién en la etapa de la escolarización. "Son variables biológicas, neuropsicológicas o sociales que se presentan en un niño tempranamente, y están íntimamente relacionadas con la adquisición de diferentes tipos de aprendizaje." (Testa, A. Salamanco, G. 2017, p. 256)

Una vez iniciada la etapa de la escolarización, observamos, desde nuestra especificidad, ciertos precursores más específicos. Los evaluamos para poder intervenir tempranamente si se observa alguna dificultad a fin de mejorar el pronóstico.

En cuanto a la lectura y la escritura, los precursores que observamos son el vocabulario del niño, la conciencia fonológica, el conocimiento alfabético y la velocidad de denominación. Con respecto a los de las habilidades matemáticas, podriamos mencionar los conocimientos matemáticos tempranos, destreza del conteo, adición mental de números de un dígito, discriminación de dedos y reconocimiento de los números.

Nuestras conclusiones

A continuación, articularemos lo observado durante el encuentro con Ignacio y su familia, con la teoría recientemente descrita. El objetivo es que nos permitan realizar inferencias para poder entender la forma en que se relacionan y complementan los conceptos en nuestra práctica con los niños.

¿Qué información recabaron los profesionales? ¿Qué observaron? ¿Qué es importante evaluar? ¿Qué lugar ocupa Ignacio en esta familia?

Durante el intercambio, se acuerda en la evidente violencia psicológica y verbal que circula dentro de la familia. Se observó a lo largo de la entrevista, cómo los integrantes se corregían y contradecían. Era una lucha de poderes constante, en la que aparentaba que cada uno buscaba tener la razón y desvalorizar los decires del otro. Aparecieron tanto manifestaciones defensivas, como agresivas.

En cuanto a Ignacio, durante el juego utiliza su propio cuerpo. Pero… ¿lo podemos considerar realmente un juego? ¿hay producción simbólica? Al observarlo en la sala de espera con su auto, podríamos pensar en un juego funcional, durante el cual, como se

mencionó anteriormente no hay una estructura presente. Sin embargo, una vez en el consultorio despliega ciertas acciones como la manipulación de los tubitos y el golpe de los baldes que no entrarían dentro del estatuto de juego, y corresponden más bien, a una actitud de tipo exploratoria y ambulatoria.

Por otro lado, su producción gráfica, sin duda es un garabato, que responde a una descarga de tipo compulsiva, sin control. Se encuentra en la primera instancia, realizando marcas.

A su vez, se pudo observar cierto automatismo, acciones sin sentido, movimientos sueltos, repetitivos y sin destino. Es así, como podríamos decir que Ignacio posee un organismo, que todavía no está organizado ni habilitado en un cuerpo. Lo mencionado permitiría inferir algunas problemáticas del funcionamiento psicomotor del niño.

Con respecto a lo conductual, pudimos observar un niño tranquilo, que si bien presentaba resistencia al contacto corporal, y deambulaba, no era disruptivo.

Teniendo en cuenta la comunicación, su lenguaje se vio afectado tanto desde lo expresivo como de lo comprensivo. Sus recursos consistían en jergas, sonidos guturales y golpes para pedir lo que deseaba. Asimismo, no se observaban signos de comunicación temprana, había poco contacto visual, no presentaba direccionalidad en la mirada, ni se mostraba receptivo a lo sonoro.

Haciendo referencia a la socialización, Ignacio permaneció solo en sala de espera, más allá de estar rodeado de niños. Por otro lado, no se observó registro de lo desconocido una vez que ingresó al espacio.

Se ve reflejado entonces, cómo el análisis del caso estudiado permite plantear la riqueza de los momentos de orientación y evaluación. Habrá que considerar, en cada uno de los niños, qué significaciones clínicas posee cada uno de dichos indicadores observados a través de los dominios ya descritos.

Este análisis al que arribamos, refleja también la riqueza de los espacios de intercambio y del encuentro entre distintas disciplinas. Dichas instancias nos permiten pensar juntos, con miradas complementarias, lo que le pasa a los niños entendiendo la complejidad de los problemas del desarrollo.

Diagnóstico psicopedagógico

A partir de la mirada del sujeto, construida en el área de niños pequeños a lo largo de los años, es que se desprende el modo de pensar adoptado por el Equipo de Psicopedagogía. Desarrollaremos ahora, la manera en que entendemos y llevamos a cabo el encuentro con niños pequeños durante el momento del diagnóstico psicopedagógico.

Tomando las palabras de Norma Filidoro (2002), entendemos el mismo como un proceso de investigación clínica, en el campo singular de cada sujeto durante el cual se producen conocimientos en relación al proceso de aprendizaje.

A partir de esta concepción surgen diferentes interrogantes… ¿Cómo llevar a cabo esta "investigación clínica"? ¿Qué observables podemos construir durante este proceso? ¿Qué lugar se les da a las técnicas dentro de un proceso diagnóstico?

Haciendo mención a los dichos de la psicopedagoga Maria Toccalino (2021), hay evaluaciones que cursan a través de horas de juego y hay otras, en las que se pueden incluir herramientas estandarizadas para indagar en el desarrollo del niño, recursos cognitivos y sus aprendizajes, siempre y cuando, pueda acomodarse a este tipo de demandas y sea de utilidad su aplicación.

Utilizar los test para la indagación diagnóstica nos permiten conocer los procesos cognitivos, obtener un perfil de fortalezas y debilidades del niño. Asimismo, favorecen la escucha y la mirada clínica ya que permiten la exploración, indagación y complementariedad del saber. La administración de una determinada técnica en un diagnóstico tiene sentido en tanto hay un profesional que en función de un posicionamiento, efectúa una elección (Grañana, N. 2017).

En base a esto, resulta fundamental para el equipo tener una mirada "ecológica" del diagnóstico y, por lo tanto, de la evaluación. Dicho posicionamiento no tiene en cuenta únicamente los resultados psicométricos, sino también variables que pueden intervenir; tales como personalidad, familia, cultura, educación, motivación, ansiedad, contexto, atención, adaptación, estilo cognitivo, etc. Tiene en cuenta por encima de cualquier variable, al propio niño y sus circunstancias (Portellano, 2018).

Según Esteban Rowensztein y José R. Kremenchuzky (2019) debemos "pensar a un niño como un sujeto único inmerso en una trama relacional, en un contexto social, económico, político y cultural determinado, considerando, que quien es en ese momento

resulta, entre otras cuestiones, de la compleja interacción de sus genes con ese ambiente en el que estuvo y está inmerso, así como de las experiencias que ha vivido y que va viviendo, permite que nos aproximemos a los problemas en su desarrollo desde otro lugar" (p.13).

Por otro lado, es importante destacar que los diagnósticos en la infancia son provisorios. Durante este periodo, "el sistema nervioso crece y se desarrolla como en ningún otro momento de la vida y presenta gran plasticidad neuronal. Resulta entonces, vulnerable a los factores externos nocivos, así como sensible a las intervenciones terapéuticas"(Cacchiarelli, N, et al., 2017, p.53). Por este motivo, es que la mirada está puesta en lo que observo y tengo en ese momento, no solo en el déficit, sino en los recursos que posee ese niño. A partir de allí, se piensa cómo intervenir partiendo de sus fortalezas para conocer su potencial de aprendizaje.

En relación a uno de los criterios de clasificación, las técnicas se pueden sintetizar en tres niveles:

-*Screening:* Es un método de pesquisa, que sirve para la detección de un cuadro. Es decir, para detectar en una población presuntamente sana, un sujeto en riesgo de sufrir alteraciones. En caso de que se detecte una alteración, se deriva a una evaluación más profunda que describiremos a continuación. En el Equipo de Psicopedagogía solemos utilizar el Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI) .

-*Nivel diagnóstico:* Consiste en una investigación más detallada de aquellos niños en los que se sospechan ciertas alteraciones en el desarrollo. Se realiza a través de pruebas que permiten el diagnóstico general; por ejemplo, la medición del cociente intelectual. En este caso, solemos utilizar la Escala Wechsler de Inteligencia para Preescolar y Primaria (WPPSI IV).

-*Nivel de diagnóstico específico:* permite evaluar por funciones o áreas y da un pronóstico a mediano y largo plazo.

A continuación, compartiremos algunas viñetas clínicas que dan cuenta del modo particular en que pensamos cada diagnóstico, considerando siempre nuestros interrogantes iniciales y las posibilidades de cada niño.

Francisco.

Francisco tiene 5 años, durante el primer encuentro, comenzamos a jugar con camiones y soldados. Al intentar las profesionales incorporar un personaje más a la escena, Francisco comienza a golpear el escritorio y tirar los muñecos contra la pared y hacia ellas.

Desbordes similares se repitieron durante los dos primeros encuentros. La agresividad del niño traspasaba el límite de lo simbólico y desencadenaba agresiones reales hacia los adultos presentes. Era difícil interactuar con él sin que culmine con conflictos.

Teniendo en cuenta las dificultades de Francisco de acomodarse a las propuestas, de sostener consignas estructuradas y su elevado nivel de desorganización, se decide realizar el diagnóstico mediante diferentes propuestas lúdicas.

Jacinta.

Jacinta, de 5 años, llega derivada al Equipo de Psicopedagogía por su pediatra, ya que observaba ciertas dificultades en relación al aprendizaje y le preocupa su pasaje a 1er grado. Tanto la madre, como su pediatra refieren que no reconoce ni escribe letras ni números.

Al conocerla, la niña logra establecer un buen vínculo con ambas profesionales, mostrándose alegre y afectuosa. En todo momento se mostró predispuesta y entusiasmada. En las primeras sesiones del diagnóstico psicopedagógico, se le ofertaron a la niña diversas propuestas lúdicas y gráficas en los que se observó buena capacidad de simbolizar. Al notar la buena predisposición de Jacinta, en una ocasión se le propuso el test Beery VMI (Test de Desarrollo de Integración Visomotora) con el objetivo de conocer sus habilidades en la coordinación visomotora. Las habilidades de copia se encuentran en estrecha relación con el rendimiento académico y son un predictor de la habilidad de lectura (identificación de letras). Asimismo, se evaluaron algunos aspectos pedagógicos por medio de la Evaluación Integrada de Pesquisa para Preescolares (EIPP).

Para finalizar...

Tras el recorrido realizado podríamos concluir que el proceso diagnóstico parte desde un punto de ignorancia y se encuentra en constante reconstrucción. Si bien, al finalizar el mismo es probable que podamos establecer ciertas hipótesis interpretativas, tomamos las palabras de Filidoro (2002), para recordar que “un diagnóstico no es jamás una afirmación concluyente acerca de lo que se sabe del niño y sus producciones y, mucho menos, una

confirmación de lo que se sabía antes de conocer al niño en cuestión" (p.119), particularmente con los niños pequeños, en quienes se observan cambios potenciales ante intervenciones oportunas y adecuadas.

Durante este proceso de reconstrucción iremos recortando los indicios singulares que creamos significativos. Por esto, es fundamental tener siempre presente el sentido de lo singular, lo que nos va a permitir la lectura clínica de cada paciente, ya sea en un espacio de orientación, evaluación o en un diagnóstico con su modalidad particular.

De este modo, las producciones del niño, ya sean desde el juego o desde una modalidad más estandarizada, y las entrevistas a los padres, nos permitirán conocer la forma en las que éste aprende teniendo en cuenta sus procesos cognitivos. Asimismo, nos brindarán información sobre cómo se desenvuelve en lo escolar, y así pensar estrategias y andamiajes para potenciarlo.

Hay ocasiones en las que nuestras intervenciones, tanto en una evaluación formal, como así también en entrevistas de orientación o de "pasillo" pueden generar múltiples movimientos en el niño y su familia. Dichos movimientos habilitan cambios en la dinámica familiar y de este modo el niño se ve enriquecido.

Al finalizar este proceso de investigación, durante el cual consideramos todos los aspectos mencionados a lo largo de dicho eje, es que tendremos entonces un conocimiento más profundo del paciente, lo podremos comprender en su totalidad, incluyendo sus fortalezas, debilidades, su contexto y realidad emocional. Pudiendo así darle un sentido a todo lo observado y pensar intervenciones específicas con cada uno de ellos… ¿Pero cuáles son estas posibles intervenciones?

Clinica con niños pequeños

"La infancia es tiempo de constitución de un sujeto de deseo, de construcción, de armado y de apropiación. Y es tiempo de juego."

Patricia Enright

Después de realizar un recorrido teórico acerca de los principales conceptos en relación al desarrollo durante la primera infancia, y habiendo explicado aspectos sobre su evaluación, nos proponemos a continuación pensar y reflexionar sobre algunas características de la clínica psicopedagógica con niños pequeños. Consideramos que la misma tiene por objeto de trabajo a los niños pequeños con problemas de desarrollo. Niños que empiezan a dejar de ser bebés y necesitan atrapar un mundo social (saliendo del entorno familiar), por medio de la conquista fundamental que consiste en la representación simbólica. Si esto no se construye, el niño sólo puede manejarse con lo que lo rodea, con el mundo perceptivo. En cambio, a partir de la representación simbólica, se abre la posibilidad de armar un mundo que está más allá de lo perceptible.

Según explica Enright (2015), ese movimiento hacia la apropiación del campo simbólico es lo que define la posición de aprendiz, es decir, la posibilidad de dominar los objetos. Al hablar de los objetos, no nos referimos a los objetos en sí mismos, sino que son aquello que se ofrece y en ese acto se lo llena de significación. De esta manera, se trata de objetos de conocimiento que son singulares y que se construyen en interacción con la realidad. Aprender implica entonces el dominio del objeto, y requiere que los niños logren identificarse a sí mismos en primera persona ("yo"). Si esto no sucede, es el niño el que queda ubicado en un lugar de objeto.

Así, como menciona Enright (2016), es que el niño pueda trasponer la distancia que lo separa del otro. Por ejemplo mediante la marcha, comenzando a enunciar y representando palabras propias que dejan de ser del otro. También, habitando un cuerpo que pueda controlar aquello que para el otro se torna incontrolable, como al lograr el control de esfínteres. Todas estas resultan conquistas fundamentales para el niño pequeño. *"Más aún, cuando en estos tiempos de la infancia algunos de estos aprendizajes están en cuestión, lo está el niño en su posición de aprendiz." (p. 50).*

Que un niño tome “posición de jugar” remite a la posibilidad de ser capaz de transformarse él y de transformar los objetos, sin perderse o perderlos. Es por esto que pensamos que en la intervención con niños pequeños el juego cobra un rol fundamental, resultando el escenario donde los objetos son dominados por ellos. Si se quiere que tomen posición de aprendiz, consideramos que el lugar donde esto tiene la posibilidad de ser tomado, es en el juego. Tomamos las palabras de la Lic. Claudia Santoalla en una capacitación realizada al Equipo de Psicopedagogía durante el corriente año, quien refiere que “en los primeros momentos de intervención, debemos asegurarnos que estamos en el estado mental del juego para poder jugar, ya que el niño nos demanda disponibilidad hacia el juego”. Como psicopedagogas, debemos tener la mirada del juego, ya que el mismo es fundante al traer una experiencia subjetiva (trae la presencia y la ausencia, produce ordenamientos temporoespaciales, corporales, de la voz y de la mirada).

Entendemos al aprendizaje como un proceso selectivo y complejo, en el cual no sólo interviene la disponibilidad de recursos cognitivos para relacionarse con los objetos de conocimiento, sino que a su vez requiere de la puesta en marcha de deseos, elecciones y preferencias ligados a la singularidad de cada sujeto (Bó, 2009).

Desde esta mirada, resulta importante abordar el concepto de producción simbólica, en tanto vincula aspectos secundarios, como el lenguaje, con aspectos primarios, fantasmáticos, pulsionales. Es decir, se trata de aquellos procesos que involucran a la imaginación y la reflexión como condición indispensable para la creación de sentido en articulación con las significaciones sociales (Yapura, 2019). Cuando nos encontramos frente a producciones pobres, estereotipadas o repetitivas, las mismas dan cuenta de que esta integración no ha sido lograda. Es por ello que la clínica psicopedagógica tiene por objetivo la complejización de la producción simbólica a partir de la producción discursiva (narrativa o asociativa), la producción gráfica y la producción escrita (Bó, 2009). El tratamiento psicopedagógico tiene como centro al sujeto, promueve situaciones de apertura y procesos reflexivos, a partir de lo disruptivo y diferente, deconstruyendo y generando transformaciones desde el eje narrativo. El objetivo es crear modos de representación que rompan con la presentación habitual, y liberen nuevos ejes de sentido (Rego, 2006).

Los tiempos de aprendizaje son tiempos de construcción, de apropiación, de interacción con los objetos y con los otros (pares y adultos). En la clínica con niños pequeños solemos ser parte del inicio de los tiempos escolares. Los mismos inauguran el encuentro

con otros, la aparición de nuevas legalidades, la construcción de una nueva posición (la del alumno) y la identificación dentro de un grupo de pares. En consecuencia, nos resulta importante profundizar acerca de cómo introducimos a los niños en el mundo de los contenidos escolares. Nos valemos de las palabras de Hohman (citado en Monfort, 1987), quien dice que "para el desarrollo del lenguaje descriptivo es esencial proporcionar a los niños cosas interesantes… Explorarán, manipularán, usarán, harán experimentos y en consecuencia hablarán de las cosas, sucesos y lugares que los intrigan, que los desafían, que no han visto nunca antes" (p.96).

Si el objetivo es acercar al niño al lenguaje escrito, incluso antes de aprender cuáles son las reglas de codificación y descodificación, es importante que comiencen a entender la finalidad y las ventajas de este sistema. Acordamos con Monfort (1987) al afirmar que "cuando los niños hablan sobre algo que hicieron, vieron o elaboraron, y alguien lo pone por escrito exactamente como lo dijeron y se los lee, están atestiguando la escritura y la lectura de sus propias ideas"(p.97). Por lo tanto, inducir a los niños a que dicten palabras o frases, y señalar con claridad dónde queda escrito, pretende ir despertando poco a poco en ellos las ganas de aprender y de imitar.

Lo expuesto anteriormente, nos hace pensar y reflexionar acerca de *Franco, un niño de cinco años, derivado al Equipo de Psicopedagogía por una psicóloga del Hospital, ya que presentaba un desfasaje en el lenguaje y estaba próximo a comenzar primer grado. En la evaluación psicopedagógica, el niño ha establecido rápidamente un vínculo con la terapeuta, entrando sin dificultades al consultorio y mostrándose afectuoso y sonriente. Respecto al juego, se observó que el mismo era repetitivo y estereotipado. Sus procesos de simbolización reflejaban fallas, quedando atado a lo concreto y requiriendo del ordenamiento de un otro para mejorarlos. Debido a las dificultades observadas en la adquisición de los precursores de la lectoescritura, como la dificultad en el reconocimiento visual de su nombre, y al desempeño homogéneamente descendido en las diferentes áreas del desarrollo, se decidió que el niño inicie tratamiento psicopedagógico.*

Para acercar al niño al lenguaje, tomamos las palabras de Patricia Enright, quien a lo largo de la supervisión del presente caso, propone encuadrar la sesión, organizar al niño y sostenerlo mediante la palabra, palabra que permitiría acercarlo al mundo simbólico y de esta manera facilitar su apropiación. Asimismo, las palabras ponen el límite y funcionan como organizadoras, por lo tanto es necesario que exista coherencia entre la palabra y la

acción, especialmente en este caso donde el mundo simbólico no se encuentra armado. Algunas estrategias para facilitar este acercamiento podrían ser mediante la anticipación de las actividades a realizar ("ahora esto, después lo otro").

Por otro lado, para aproximar el lenguaje escrito, la profesional sugirió implementar dos posibles estrategias: utilizar letras móviles y que la psicopedagoga pueda anotar en una hoja lo que realizaron ese día e ideas para el próximo encuentro. De esta manera, se busca fomentar la función y significación sociocultural de la escritura.

Intervenciones en niños pequeños

Nos proponemos a continuación profundizar sobre algunos modos de abordaje e intervención, que se llevan a cabo desde el Equipo de Psicopedagogía y la Unidad de Salud Mental. Para esto quisiéramos definir en primer lugar qué entendemos por intervención. Coincidimos con Suliansky (en Coriat et al., 2018) cuando explica que "intervenir implica oficiosidad: "oficiamos" de voceros, de intérpretes, de transmisores, negociadores, colaboradores, mediadores… entre el decir del niño y el de su maestra, entre los padres y la escuela, entre el niño y sus conocimientos, entre el niño y su dificultad" (p. 104).

Como cita Filidoro a Carballeda (2012), intervenir es venir a interponerse, y esta interposición tiene siempre dos vertientes. Por un lado, como **intromisión**, la cual se justifica por la existencia de una demanda, es decir, que "alguien nos mande" a saber algo acerca de. Por otro lado, como **mediación** entre los niños y las niñas, las escuelas, las familias, las políticas públicas de educación y de salud, los medios de comunicación y el sentido común. Ambas vertientes están siempre presentes, provocando una tensión que es inherente a toda intervención. Como profesionales entonces nos encontramos expuestas "a una serie de demandas cruzadas que operan en nosotras, a veces sin que lo sepamos" (Filidoro, 2018, p.44). Resultará importante realizar una lectura de las mismas, y advertir a quién estamos respondiendo, para orientar de esta manera la intervención.

Resulta importante destacar también, que desde nuestra concepción no se interviene únicamente después de realizado un proceso diagnóstico, sino que, comenzamos a intervenir desde el inicio del mismo e incluso desde la entrevista de orientación.

Recordamos a Matias, de 2 años 9 meses, quien concurrió a la entrevista de orientación acompañado por sus padres, quienes manifestaban estar preocupados debido a que su hijo "hablaba muy poco". Contaban además que no jugaba con sus primos de edades similares, sino que prefería estar "pegado" a alguno de sus padres. Las terapeutas que estaban a cargo de jugar con el niño en la admisión notaron que Matías, en un principio no quería separarse de las piernas de su madre. Sin embargo, a medida que una de las profesionales comenzó a buscarlo y a dirigirle la palabra, el niño empezó a soltar a su mamá y alejarse lentamente de ella. En el juego apareció en principio una pelota y luego animales que se movían y hablaban, y de a poquito surgieron algunas palabras y risas.

A partir de la entrevista con los padres, los mismos señalaron sorprendidos que nunca habían visto a su hijo jugar y divertirse con otro adulto. Agregaron que Matías aún no estaba escolarizado y que pasaba todo el día con alguno de ellos.

Posterior a la conversación entre los terapeutas, se indicó a los padres inscribir a su hijo en el jardín para el año siguiente. Al estar en el mes de septiembre, se sugirió anotarlo en una juegoteca para comenzar a vincularse con otros niños y adultos, e ir apostando a la exogamia. Sin embargo, se les indicó volver a consultar en caso de que persistan las dificultades una vez iniciado el jardín.

En cada encuentro con un niño, como terapeutas, tomamos una posición basada en nuestros modelos conceptuales, modelos que guían nuestra práctica y dan sentido a aquello que se presenta. El desafío consiste en dar cuenta de la singularidad de cada niño a partir de su propia historia, su complejidad y los interrogantes que se nos generen en cada encuentro. Las intervenciones que se llevarán a cabo serán distintas en cada caso, atendiendo a las necesidades y a la trama particular de cada uno. Además, se deberán tener en cuenta los recursos disponibles en cada lugar, las creencias de cada familia, de su entorno social y de su comunidad. Consideramos importante también conocer las redes de apoyo con las que cuentan (familiares, amigos, comunidad) y en caso de no contar con ellas, colaborar en la construcción de las mismas.

Como ya habíamos aludido, las intervenciones psicopedagógicas con niños pequeños resultan de gran importancia para la detección e intervención temprana en niños y niñas que presentan riesgos o alteraciones en el curso de su desarrollo. Estas prácticas no se desprenden necesariamente de un conjunto de axiomas, sino de esquemas prácticos,

sujetos a variar según la lógica de la situación y los puntos de vista diferentes de cada uno de los actores que operan. Entonces, como mencionamos anteriormente, los principios teóricos nos ayudan a orientar nuestras prácticas pero no se aplican de manera lineal. Coincidimos con Norma Filidoro (2018) cuando enuncia que “no tenemos un manual al cual acudir para decidir qué vamos a hacer, cuándo, dónde, en qué momento.“ y al no poder anticipar dicho encuentro, tampoco podemos anticipar la significación de la intervención, la cual se produce en esa interacción. En conclusión, la misma emerge de una trama compleja, “trama en la que hay siempre, por principio, un lugar vacío: el lugar de lo imposible, de lo incalculable, el lugar del acontecimiento, el lugar de la singularidad” (pp. 44-45).

Nos posicionamos entonces desde el paradigma de la complejidad, el cual necesariamente implica pensar en un trabajo interdisciplinario.

Ampliando posibilidades.

Como mencionamos anteriormente, consideramos que el tratamiento no es la única forma de intervenir, sino que conlleva distintas acciones por parte del terapeuta. Creemos que es fundamental pensar la intervención psicopedagógica en todas sus posibilidades, que no empiezan, terminan, ni se agotan en el tratamiento psicopedagógico, sino que contemplan la intervención en la escuela y el acompañamiento a los padres, las entrevistas de seguimiento, las orientaciones escolares, interconsultas entre profesionales, entre otras (Filidoro, 2009).

Realizar interconsultas entre los profesionales resulta un recurso importante teniendo en cuenta la complejidad de los niños pequeños. En la Unidad, contamos con un diálogo fluido con psicólogos, psiquiatras, musicoterapeutas y trabajadores sociales, lo que permite que algunas de las interconsultas se resuelvan entre los profesionales, a veces sin la necesidad de citar al paciente. Durante el ASPO, realizamos seguimientos telefónicos, en los cuales surgieron situaciones que ameritaban realizar una interconsulta. Por ejemplo, nos encontramos con situaciones de violencia familiar o dificultades en el vínculo madre-hija, en las cuales advertimos un límite en la propia disciplina. Frente a esto, fue necesario conversar con psicólogos y/o trabajadores sociales, que nos brinden un espacio de escucha y herramientas para poder abordar estas situaciones, sin la necesidad de que sean ellos quienes se comuniquen con la familia.

Otra de nuestras intervenciones es mediante el dispositivo de seguimiento, a partir del cual se mantienen entrevistas con los niños, padres y/o con la escuela, espaciadas en el tiempo en función de cada caso particular.

Previamente hicimos alusión al "Dispositivo de niños graves" que se encuentra dentro del área de niños pequeños. Como describe Baraldi (2018) son "niños que aparecen como no jugando, con falta de bordes en su cuerpito que deciden que anden como sin rumbo, urgencia por objetos que calman, eterna repetición de lo idéntico, jerga y mucho silencio". Asimismo, nos encontramos con niños cuya inhibición, dificultad o rigidez los inhabilita a jugar, y por lo tanto, a relacionarse con otros, a apropiarse del lenguaje verbal o no verbal, a aprender, y aún otras veces, a constituirse como seres subjetivos, a "tener" y "usar" su cuerpo, su "ser" y sus "límites".

Previo a la pandemia, y la necesidad de mantener la distancia social, en la Unidad de Salud Mental se llevaba a cabo el "Taller de Juego", coordinado por el Equipo de Psicopedagogía. Al mismo asistían niños con problemas en el desarrollo y en la constitución subjetiva, que concurrían además a una o más terapias dentro de la Unidad de Salud Mental. Antes de incluirse en este espacio, se realizaba una entrevista individual de admisión con cada familia, en la cual se conversaba respecto al lenguaje, la comunicación, el juego, el desarrollo social, los hábitos, entre otros aspectos. El "Taller de juego" era dirigido por profesionales de distintas disciplinas como psicopedagogas, psicólogos y psicomotricistas. En paralelo al mismo, los padres asistían a un "grupo de padres" coordinado por psicólogos de la Unidad.

En el taller se buscaba sostener y facilitar la posibilidad de jugar en los niños, entendiendo la misma como una construcción, y no como algo ya dado. Si bien los encuentros contaban de una propuesta libre, tenían una organización fija que favorecía las anticipaciones, para que lentamente algunos sucesos pudieran ir tornándose predecibles. Antes del ingreso de los niños, se armaban distintos rincones determinados por telas en los cuales se incluían juguetes de animales, distintos muñecos, almohadones, elementos con distintas texturas, lápices, cuentos, una pequeña carpa, entre otros. La elección de los objetos que se les ofrecían estaba pensada teniendo en cuenta a cada niño con sus particularidades y lo sucedido en los encuentros previos. Para cerrar cada taller, se realizaba una ronda, tomados de la mano y se cantaba una canción, buscando un momento de encuentro, de grupalidad. Para finalizar, las terapeutas que habían participado del taller,

escribían de manera conjunta las observaciones del día y aquello que les había quedado resonando.

En conclusión, existen múltiples posibilidades de intervención, que serán pensadas según la singularidad de cada niño, de manera conjunta entre los profesionales intervinientes. (Filidoro, 2009). Un ejemplo de esto lo podemos observar en Sergio, cuya trayectoria por el hospital se armó artesanalmente de acuerdo a las particularidades del momento y a las necesidades del niño. Se decidió oportuno que asista a diversos dispositivos previo a realizar el tratamiento psicopedagógico.

Sergio fue derivado al Equipo de Psicopedagogía por su fonoaudióloga, de este mismo Hospital, quien solicitó una evaluación psicopedagógica ya que el niño presentaba diagnóstico de trastorno mixto del lenguaje y se encontraba próximo a comenzar primer grado. Se decidió que su entrada en el Equipo de Psicopedagogía comience en el Taller de Juego y Aprendizaje que se dictaba durante el mes de febrero con frecuencia semanal. En el mismo se trabajaba de manera grupal con los niños y sus padres en forma paralela y se abordaban temáticas y contenidos vinculados al pasaje a primer grado. Al finalizar el mismo, Sergio inició una evaluación psicopedagógica. Debido a las dificultades observadas en precursores de la lectura y escritura, se indicó el inicio de tratamiento psicopedagógico. Se sugirió la incorporación del niño a un grupo de tratamiento en pos de lograr una mayor iniciativa en la expresión y en la comunicación con pares. Pasado un año en este espacio y debido a cuestiones de organización institucional, el niño continuó en un espacio de tratamiento individual, en el cual se encuentra hoy en día.

Ampliando la mirada.

Luego de haber ahondado en los modos en que podemos llevar a cabo las intervenciones cuando trabajamos con los niños, consideramos relevante destacar la importancia del abordaje que solemos realizar con la familia de los mismos. Un niño no se constituye sin un Otro, “Otro a quien este niño le importe y mucho, no el del cuidado automático, en tanto ´service´, sino en tanto niño esperado, soñado” (Manavella en Dueñas, 2011). Es por esto que creemos que no es posible el tratamiento con niños pequeños sin la inclusión del trabajo con sus padres o adultos responsables.

Tomamos las palabras de la Lic. Silvia Morici (2011), quien refiere que *"(...)El hecho de que no nos corresponda a los analistas medir bondades o maldades de la crianza no nos exime de la responsabilidad de analizar cómo estos modos de posicionamiento parental intercederán o interceptarán el devenir del sujeto en proceso de subjetivación*" (p. 44). En algunos casos consideramos que resulta más inmediato las entrevistas con los padres, para abordar el posicionamiento parental y las pautas de crianza, que los encuentros individuales con los niños. Es importante también tener en cuenta la realidad psíquica de estos padres, para poder generar junto a ellos nuevas lecturas, que permitan abrir nuevas perspectivas en el trabajo con el niño. A la vez, resulta fundamental instaurar la demanda parental la cual habilitará el pasaje de bebé a niño pequeño. Entendemos entonces, que tanto el niño como los adultos responsables son sujetos activos en la construcción de caminos que habilitarán nuevas oportunidades en el desarrollo de niños y niñas (Untoiglich, 2013).

Consideramos de suma importancia "la práctica centrada en la familia", pudiendo dar autoridad y conocimientos a las familias para que puedan actuar de forma efectiva en sus contextos ambientales. Estas prácticas se centran en las fortalezas y recursos que la familia tiene y que puede usar para lograr sus propios objetivos (Leal, 1999). Son los adultos cuidadores quienes se mantendrán constantes a lo largo de la vida de ese niño, brindando los apoyos necesarios. Asimismo, son la vía más eficaz para la inclusión de ese niño/a en la comunidad, siempre y cuando el mismo haya sido incluido en el seno familiar.

En las familias podemos encontrar tanto factores protectores como de riesgo que deberemos tener en cuenta. Entre los primeros podríamos agrupar características como una adecuada comunicación, la adaptabilidad a los cambios, presencia de reglas y normas claras, establecimiento de redes de apoyo, afectividad entre los miembros, entre otras. Dentro de los factores de riesgo, se desprenden aspectos como un vínculo conyugal adverso, la llegada del niño en un momento inadecuado, crisis en el núcleo familiar a partir de las dificultades que se empiezan a observar en su hijo, aspectos socioambientales como violencia o falta de recursos debido a la presencia de pobreza.

A partir de nuestras intervenciones con los niños intentamos propiciar en ellos experiencias autónomas para que puedan lograr la confianza en sí mismos y sean conscientes de sus posibilidades. Sin embargo, no podemos pensar estas intervenciones de manera aislada sin tener en cuenta a su familia y el contexto.

En algunas ocasiones, el trabajo con los padres se desarrolla desde los primeros encuentros de evaluación. *Este fue el caso de Iván, un niño que concurre a la Unidad de Salud Mental a los 3 años 10 meses derivado por una pediatra, quien solicitaba una evaluación cognitiva. Marcela, la madre, refería como motivo de consulta dificultades en la conducta del niño, como por ejemplo, que "se golpea en la casa y se escapa en la calle".*

Respecto a su historia vital, comentó que Iván nació con fisura del paladar y labio leporino y que fue operado en el año 2017. La madre refirió que por momentos aún "le sale comida por la nariz" y no ha hecho consulta médica en relación a esto. En la entrevista, Marcela, no podía dar cuenta de los diferentes turnos médicos del niño, había perdido varios de ellos. Ivan no contaba con pediatra de cabecera ni controles médicos regulares. Además, el niño no dejaba revisarse cuando concurría a una consulta.

Durante la evaluación se observó en relación al lenguaje, que el niño permanecía en silencio la mayor parte del tiempo y solo emitía algún sonido a modo de queja frente a alguna situación que no era de su agrado. Con respecto al juego, el niño no presentaba juego simbólico, sino que realizaba un juego funcional. En un principio mostró un juego más solitario manteniendo interacciones con las profesionales muy breves. En esos momentos, se observaba contacto visual y pedía ayuda mediante gestos cuando necesitaba algo. En otras ocasiones, realizaba un uso instrumental de las profesionales. Luego, a lo largo de los diferentes encuentros, se observó que el niño convocaba a las profesionales para jugar con él, las incluía en su juego, tomaba las diferentes propuestas que se le ofertaban y sostenía la mirada por períodos más prolongados.

Durante los diferentes encuentros de evaluación, se observaron dificultades en el vínculo madre-hijo y en la puesta de límites donde no mediaba el uso de la palabra. Se decidió que durante los siguientes encuentros primero ingrese el niño y luego su madre con el objetivo de ayudarla a organizarse con los turnos médicos, con la inscripción al jardín y trabajar en el vínculo con su hijo y aspectos referidos a la crianza. Se pensó este momento también para que la madre pueda ver otras maneras de vincularse con su hijo en las que medie fundamentalmente el juego y la palabra. Al poco tiempo se observaron cambios tanto en Iván como en su madre. Al niño solía resultarle difícil terminar las sesiones y siempre quería llevarse todos los juguetes. En un principio la madre intentaba tomarlo del brazo para sacárselos. Después de algunos encuentros, decidió traer de su casa juguetes del niño y

ofrecérselos al finalizar la sesión, logrando de esta manera, que Iván pueda devolver los juguetes e irse contento y tranquilo.

Debido a la falta de controles médicos regulares, y a la problemática asociada a la fisura de paladar, se orientó sobre la importancia de contar con un pediatra de cabecera y realizar una consulta en un Hospital de Odontología Infantil. Actualmente, Iván realiza seguimiento periódico en dicho Hospital en diferentes especialidades tales como pediatría, odontología y, donde además, comenzó tratamiento fonoaudiológico. A su vez, se interconsultó con el equipo de psicología, en donde comenzó una evaluación.

Otro espacio en el que se trabajaba con los padres (previo a la pandemia), era en el taller de juego y aprendizaje, mencionado anteriormente, donde se los incluía en un espacio grupal. En el mismo, se realizaban diferentes propuestas en función de la singularidad del grupo. Por ejemplo, se presentaban viñetas o se realizaba una lluvia de ideas que permitía a los padres contrastar sus creencias, angustias, temores o reflexionar sobre diversas situaciones relacionadas a la escena escolar y familiar.

Como mencionamos previamente, a partir del ASPO y con la atención presencial suspendida, se comenzaron a realizar seguimientos telefónicos. De esta manera se intentaba estar presente a pesar de las limitaciones que la pandemia impuso. Se buscó habilitar la escucha y la palabra como mediadora, conservar el vínculo con los pacientes, mantener el proceso que se estaba transitando, acompañar e incluso formar escenas lúdicas. Así como en los encuentros presenciales el trabajo no es sin las familias/cuidadores, durante el transcurso de los encuentros telefónicos se dispuso un espacio en el que se pudiera dialogar con los adultos referentes. Esto resultó en una oportunidad para poder escucharlos, sostenerlos y abrir un nuevo espacio en el cual pudiera brindarse los apoyos necesarios para que sean ellos quienes sostengan al niño/a.

En algunas ocasiones, ya sea porque el trabajo con la familia se ve obstaculizado o porque se considera pertinente, buscamos ampliar las redes de apoyo con las escuelas y docentes, Equipos de Orientación de las mismas, defensorías y otros profesionales intervinientes. Al ser un hospital de alta complejidad y no poseer un área programática, es decir que no contamos con un área geográfica-poblacional de responsabilidad específica, estos encuentros solían resultar complejos debido a la lejanía de las zonas de residencia de nuestros pacientes. Nos comunicábamos, generalmente, de manera telefónica con un solo

integrante a la vez. A partir del ASPO, estos encuentros se vieron favorecidos ya que pasaron a ser de modalidad virtual, posibilitando la comunicación fluida entre varios equipos en simultáneo, lo que permitió forjar redes en pos de ayudar entre todos al niño/a y su familia.

Para finalizar, desde el Equipo de Psicopedagogía entendemos que la manera de abordar a niños pequeños es siempre desde una mirada interdisciplinaria y que atienda a la complejidad. Así, en función de la singularidad de cada niño, se adoptarán distintas estrategias de intervención no solo con él mismo, sino contemplando simultáneamente su situación familiar, escolar, contextual y social.

Reflexiones finales

"Quiero tiempo pero tiempo no apurado,
tiempo de jugar que es el mejor,
por favor me lo da suelto y no enjaulado
adentro de un despertador"
M. Elena Walsh, Marcha de Osías

A lo largo del ateneo y durante el proceso de construcción del mismo, buscamos reflexionar acerca de nuestro trabajo en la clínica de niños pequeños. Mediante las capacitaciones y la reflexión en equipo profundizamos acerca de los desafíos que implica el trabajo en primera infancia. Pensamos en el desarrollo desde sus múltiples aristas, dando cuenta de la complejidad que conlleva y entendiendo así que su abordaje requiere de la interdisciplina. Tomamos las palabras de Norma Filidoro quien menciona que:

> (…) Sostener la necesidad de la interdisciplina como posición implica una disposición a soportar la ausencia de respuestas absolutas y nos previene de la tentación de reducir la complejidad de la trama a alguno de los elementos que la conforman: o sea, nos salva tanto del reduccionismo como del determinismo. El equipo interdisciplinario, la interconsulta, la derivación, son todos dispositivos que se constituyen sobre una falta en saber que no suponen un saber sobre la falta y permite considerar la existencia de un límite a las intervenciones, tanto a lo que se responde como demanda como a la temporalidad de un tratamiento (Filidoro,2009).

El Hospital nos brinda un espacio privilegiado para formar equipos de trabajo y así articular estrategias para responder a la demanda de manera integral y lo más tempranamente posible. Destacamos la importancia de las intervenciones oportunas y tempranas, como menciona la Sociedad Argentina de Pediatría (2017) "Se sabe que el abordaje precoz de los problemas del desarrollo mejora el pronóstico de gran parte de los niños con trastornos en el desarrollo".

Profundizamos sobre el proceso diagnóstico en niños pequeños y destacamos que todos los diagnósticos en primera infancia son provisorios, que deben tener en cuenta la singularidad, el contexto de cada paciente y la multidimensionalidad que abarcan, donde sabemos que incluiremos siempre tanto al niño como sus otros significativos. Asimismo,

tomar la instancia diagnóstica como un proceso abierto y continuo, pero sobre todo como un lugar para abrir puertas, como oportunidad que nos permita pensar intervenciones a partir de cada niño, de cada familia. Será entonces, en el caso a caso que se pensara la estrategia y/o dispositivo más adecuado esperando a los niños desde el lugar de posibilidad como punto de partida. Esperar a cada uno, desde los aprendizajes posibles, proponiendo y favoreciendo desde allí la construcción de recursos, la apropiación de nuevos objetos de conocimiento necesarios para su desarrollo.

Trabajar durante la pandemia en la temática de este Ateneo nos permitió historizar, continuar tejiendo la trama, adentrándonos en los modos de pensar la clínica y las intervenciones, desde la complejidad, entre lo ideal y lo posible, en el “entre varios”.

Anexo

Evaluación Integrada de Pesquisa para Preescolares (EIPP) Evaluación de pesquisa original dirigida a aquellos niños que se encuentran finalizando el Nivel Inicial (5-6 años). Permite detectar precozmente factores que podrían obstaculizar el proceso de aprendizaje de la lectura, la escritura y el cálculo. A su vez, pretende obtener conocimientos acerca del proceso de construcción de la lectura, la escritura y el cálculo de los niños previo al inicio de la escolaridad primaria.

La escala de conducta adaptativa (VINELAND II) Es una escala que evalúa la conducta adaptativa que abarca desde el nacimiento hasta los 90 años. Evaluar la conducta adaptativa implica conocer la información sobre las características del niño y del contexto en donde se desarrolla en forma simultánea. Intervenir sobre ella implica intervenir sobre la red de relaciones recíprocas entre el niño y el medio. Dominios: comunicación receptiva y expresiva, predictores de lectura y escritura, destrezas de la vida diaria, socialización y motricidad.

El test de aprendizaje y desarrollo infantil (TADI) Es una escala estandarizada que permite evaluar el desarrollo y el aprendizaje de niños entre 3 meses y 6 años de edad. Está integrada por 4 dimensiones: cognición, motricidad, lenguaje y socioemocionalidad, cada una de las cuales constituye una escala independiente, donde los ítems están ordenados por dificultad creciente. Por tanto, el TADI, permite evaluar el desarrollo y el aprendizaje de manera global, abarcando las cuatro dimensiones o cada dimensión separadamente.

La escala de evaluación de desarrollo psicomotor (Rodriguez) mide el rendimiento del niño frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor. Se han distinguido dentro del proceso del desarrollo psicomotor cuatro áreas de funcionamiento relativamente específicas e independientes: motora, lenguaje, social y coordinación.

La escala de inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria IV (WPPSI IV) es un instrumento clínico de aplicación individual diseñado para evaluar la inteligencia de los niños de 2 años y 6 meses a 7 años y 7 meses. Esta herramienta ofrece puntuaciones de los índices primarios que reflejan el funcionamiento intelectual en determinadas áreas cognitivas (índice de comprensión verbal, índice visoespacial, índice memoria de trabajo, índice de razonamiento fluido e índice de velocidad de procesamiento), una puntuación compuesta

que representa la aptitud intelectual general; y puntuaciones de los índices secundarios, que reflejan otros aspectos de la aptitud cognitiva.

Batería Neuropsicológica Infantil (Nepsy II) constituye una excelente elección para la valoración exhaustiva del funcionamiento neuropsicológico de niños, niños y adolescentes (a partir de los 3 años hasta los 16- 11 meses)a través de 6 dominios funcionales: Atención y función ejecutiva, Lenguaje, Memoria y aprendizaje, Percepción social, Procesamiento visoespacial y Sensoriomotor. La evaluación aporta información útil para realizar el diagnóstico de múltiples trastornos infantiles y ayuda a planificar la intervención.

Beery (Evaluación de la Percepción Visual) tiene como objetivo evaluar la coordinación visomotora y la percepción visual. Consta de 24 figuras geométricas de complejidad progresiva que se presentan al niño para que las copie. Se administra a partir de los dos años.

Escala Bayley de desarrollo infantil III (BAYLEY III) Es un test diseñado para evaluar la capacidad de cada individuo puede integrar sus habilidades visuales y motoras desde los 2 a 100 años de edad. Tanto la versión abreviada como la completa presentan dibujos de formas geométricas para copiar (en orden de dificultad ascendente). Asimismo provee una evaluación suplementaria de Percepción Visual y Coordinación Motora en caso de que se necesite una evaluación más profunda. Permite identificar dificultades significativas en la integracion visomotora y a aquellos niños que necesitan abordajes específicos. La forma completa cuenta con 30 ítems para ser administrado grupal o individualmente. La forma abreviada consiste en 21 ítems, y está destinada a niños entre 2 y 7 años.

Referencias bibliográficas

Alí, Y., Bourdieu, L., Dillon, M., Greco, M., Levit, V., Mariño, M.,... Zampini, A. (2014). *Primera Infancia: La especificidad de la intervención psicopedagógica.* Ateneo Residencial de Psicopedagogía. Hospital de Niños "Ricardo Gutierrez".

Baraldi, C. (2018). *Jugar es cosa seria*. Buenos Aires: Letra viva.

Bó, T. (2009). Intervenciones prevalentes en el tratamiento psicopedagógico. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVI Jornada de Investigación. Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. (pp.28,29)

Bordieu Yrujo, L; Polledo, C (2016) ''Intervenciones psicopedagógicas en el dispositivo interdisciplinario de Admisión del área de 0 a 5 años''. Buenos Aires

Cacchiarelli, N., Crea, V., Enseñat, V., Gutson, K., Grosskopf, B., Lejarraga, C.,... Videla, V.(2017). *Guía para el seguimiento del desarrollo infantil en la práctica pediátrica.* Arch Argent Pediatr; 115 Supl 3:s53-s62.

Coriat, E., Taratuto, N., Sykuler, C., Maidagan, D., Enright, P., Giuliani, N., Brukman, S., Filidoro, N., Tafetani, S., Suliansky, A., Neiman, P. y Jerusalinsky, A. (2018). *La infancia en juego.* Buenos Aires: Letra Viva.

Dueñas, G. (comp.) (2011). La patologización de la infancia ¿Niños o síndromes?. Buenos Aires: Noveduc.

Elichiry, N. (2009). *Escuela y aprendizajes*. Trabajos de Psicología Educacional. Buenos Aires: Manantial.

Enright, P. (2015). Reflexiones en torno al "problema de desarrollo" en la primera infancia: "aprender" o "no aprender" en niños pequeños. *¿De qué se trata el tratamiento psicopedagógico? Acerca de las intervenciones en la clínica con niños.* Hospital Carlos D. Durand, Buenos Aires.

Enright, P., Maciel, F. (2019). La Atención Temprana y la especificidad de la clínica en niños pequeños. *Desenvolupa.*

Filidoro, N. (2002). *Psicopedagogía: conceptos y problemas. La especificidad de la intervención clínica.* (3ª ed.). Buenos Aires: Biblios.

Filidoro, N. (2008). *Diagnóstico psicopedagógico: los contenidos escolares. La lectura.* (2ª ed.). Buenos Aires: Biblios.

Filidoro, N. (2009). Psicopedagogía para pediatras. En Kremenchusky, J.R. *El desarrollo del cachorro humano. TGD y otros problemas. Pediatría e interdisciplina* (pp. 197-216). Buenos Aires: Noveduc.

Filidoro, N., Enright, P. y Volante, L. (2016). *Prácticas psicopedagógicas. Interrogantes y reflexiones desde/hacia la complejidad.* Buenos Aires: Biblios.

Filidoro, N. (2018). Prácticas psicopedagógicas, conceptualizaciones teóricas, posición profesional. *Pilquen, 15*(1), 42-50. Recuperado de: http://revele.uncoma.edu.ar/htdoc/revele/index.php/psico/article/view/1916/pdf

Grañana, N., Fejerman, N. (2017). *Neuropsicología Infantil*. Buenos Aires: Paidós.

Leal, L. (1999). *Un enfoque de la discapacidad intelectual centrado en la familia.* Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD), Madrid.

Lischetti, M. (2017). La interdisciplina. En Filidoro, N.,Dubrovsky, S., Rusler, V., Lanza, C., Mantegazza, S., Pereyra, B. y Serra, C. (comp), Pensar las prácticas 30 educativas y psicopedagógicas. I Jornada de Educación y Psicopedagogía (pp. 245-252). Buenos Aires: FILO:UBA.

Monfort, M. y Juárez Sanchez, A. (1987). *El niño que habla. El lenguaje oral en el preescolar*. Madrid: CEPE.

Piaget, J., Inhelder, B. (1920) *Psicología del niño.* Madrid: Morata.

Rego, M. (2015). *Transformaciones en niños con problemas de aprendizaje*. Buenos Aires: Editorial Entreideas.

Rodulfo, R. (2004). *El psicoanálisis de nuevo. Elementos para la deconstrucción del psicoanálisis tradicional.* Bs. As., Eudeba.

Roma, V. (1993). *Una cuestión de conceptos en torno a la admisión*. Buenos Aires: Revista Psicoanálisis y el Hospital n°2.

Rowensztein, E., Kremenchuzky, J.R. (Ed.). (2019). *Pediatría, desarrollo infantil e interdisciplina. Una mirada desde la complejidad*. Buenos Aires: Noveduc.

Salamanco, G., Testa, A. (2017). Precursores de trastorno de aprendizaje. *Revista Hospital de Niños " Ricardo Gutierrez" , 59(267):255-261.*

Untoiglich, G. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación.* Buenos Aires: Noveduc.

Yapura, C.V. (2019). Intervenciones subjetivantes en el trabajo con una niña en el tratamiento psicopedagógico. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.