

UNIVERSIDAD POLITECNICA SALESIANA

SEDE: QUITO

CARRERA DE PSICOLOGIA

Tesis previa a la obtención del Título de:

PSICOLOGO

TEMA:

“IMPORTANCIA DEL LENGUAJE NO VERBAL EN LA
PSICOTERAPIA PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 10 AÑOS
CON PROBLEMAS EN LA COMUNICACIÓN VERBAL A
CAUSA DE PROBLEMAS NEUROLÓGICOS.
UN ESTUDIO REALIZADO EN EL CENTRO RAPHA DE LA
CIUDAD DE QUITO.”

AUTOR

PEDRO CELESTINO ÁLVAREZ VERA

DIRECTORA DE TESIS

PSCL. LORENA TENORIO

QUITO, JUNIO 2011

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD

Los conceptos desarrollados, análisis realizados y las conclusiones del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad de Pedro Celestino Álvarez Vera.

Quito, Junio del 2011

AGRADECIMIENTO

*¡Podremos alzarnos sobre nuestra ignorancia,
podremos descubrirnos como criaturas de perfección,
inteligencia y habilidad.*

Podremos ser libres.

Podremos aprender a volar.!

(Richard Bach)

Este trabajo, si bien ha requerido de esfuerzo y mucha dedicación por parte del Autor y su Directora de tesis, no hubiese sido posible su finalización sin la Cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que a continuación citaré y muchas de las cuales han sido un soporte muy fuerte en los momentos más interesantes de mi vida.

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de formación .

Agradezco hoy y siempre a Aldeas Infantiles que ha sido mi familia y ha contribuido desde mi niñez hasta la actualidad con mi desarrollo, educación e independencia.

A Lorenita Calderón que ha sido mi apoyo en los momentos más difíciles y por ser la mujer que me ha permitido asumir nuevos retos en lo cotidiano de mi dificultad.

A Mauricio que ha observado muy de cerca mi entrega a la atención infantil y por apoyarme con amistad y dedicación en todo momento en el cumplimiento de mi trabajo. A mis familiares y amigos que siempre han deseado mi superación y aun a la distancia han estado pendientes de mis logros y aprietos.

INDICE

1. CAPITULO I

INTRODUCCIÓN	3
1.1. Planteamiento de problema.....	7
1.2. Justificación.....	13
1.5. Objetivos de la investigación.....	16

2. CAP. II MARCO TEÓRICO

2. Ante El Lenguaje Y La Palabra	17
2.1. La Palabra	17
2.2 El Lenguaje.....	24
2.3. Niños Y Niñas Organizados Desde Los Lenguajes	25
2.4. Lenguajes Sin	
 Palabra.....	30
2.5. Trastornos Del Lenguaje	
 	38
 2.5.1. Ante Los Problemas Neurológicos.....	38
 2.5.2 Problemas Asociados A La Parálisis Cerebral	39
 2.5.3 Síndrome De Say Barber	40
 2.5.4 Mielo Meningocele	42
 2.5.5 Microcefalia	45
 2.5.6 Apraxias Ideomotora	48
 2.5.7 Ataxias Cerebelosas	51
2.6. Dolor Y Sufrimiento	54
2.7. Sintomas Sin Lectura Del Otro	65

3. CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1. Metodología.....	69
 3.1.1. Diseño de investigación.....	69
3.2. Cronograma.....	71
3.3. Población y muestra.....	72

4. CAP. IV. ANÁLISIS

4.1. Técnicas De Trabajo Terapéutico Con Niños Y Niñas Con Problemas Neurológicos.....	74
4.1.1. El Dibujo Como Medio De Comunicación En La Entrevista Inicial Con Niños Con Trastornos Neurológicos.....	77
4.1.2. El Tacto Como Medio De Expresión Y Lenguaje De Niños Con Trastornos Neurológicos.....	83
4.1.3 Técnica Del Modelado Con Plastilina Como Medio De Expresión Y Lenguaje De Niños Con Trastornos Neurológicos.....	84
4.1.4 Técnica Del Garabateo Como Medio De Expresión Y Lenguaje De Niños Con Trastornos Neurológicos.....	88
4.2. Análisis De Casos.....	91
4.2.1. Caso 1.....	93
4.2.2. Caso 2.....	94
4.2.3. Caso 3.....	95
4.2.4. Caso 4.....	97
4.2.5. Caso 5.....	99
4.2.6. Caso 6.....	101
4.2.7. Caso 7.....	102
4.2.8. Caso 8.....	104
4.2.9. Caso 9.....	105
4.2.10. Caso 10.....	107

5. CAPITULO V

5.1. Conclusiones.....	109
5.2. Recomendaciones.....	111
5.3 Bibliografía.....	112
5.4 Anexos.....	115

INTRODUCCIÓN

Pensar en un lenguaje sin palabras ha sido uno de los ejes centrales de este trabajo de tesis, que ha tomado en cuenta la importancia del lenguaje no verbal expresado de diversas formas, enfocando nuevas miradas en la población infantil que presenta problemas de comunicación causados por trastornos neurológicos.

En el Centro Rapha que da atención a niños y niñas que padecen diversos trastornos neurológicos se identificó la necesidad de abordar un trabajo de atención psicológica a estos pacientes por la dificultad que presentaban en la comunicación.

Padres y familiares de los niños y niñas han participado en algunos talleres con visión terapéutica con la finalidad de tramitar y asimilar las dificultades que para ellos implica tener un familiar con discapacidad, sin embargo los cambios en las relaciones de niños y niñas que padecen el trastorno no presentaban mejoría en sus diferentes espacios sociales.

Surgió entonces la necesidad de abrir un espacio de atención psicológica directa hacia los niños y niñas, revalorizando su forma de lenguaje no verbal expresado de diversas formas, desde las miradas, el uso de técnicas plásticas, el dibujo libre, el tacto.

La población a la que fue dirigido este trabajo de investigación fue 5 niños y 5 niñas del Centro Rapha ubicado Al Sur de Quito, aquellos que presentaban mayor dificultad para comunicarse y que habían sido evaluados solo en su área física.

El objetivo de este trabajo investigativo es dar importancia al lenguaje no verbal en el espacio terapéutico al atender pacientes que padecen trastornos neurológicos a los cuales no les es posible comunicarse verbalmente por padecer malestar psicológico causado por la limitación presente en la comunicación.

Revalorizar el lenguaje no verbal como una forma de comunicación que permita a niños y niñas con diferentes trastornos neurológicos acceder a un espacio terapéutico.

Hacer un llamado a aquellos profesionales que cotidianamente trabajan en el área de la salud mental para que generen nuevos espacios de atención a este tipo de pacientes. Tomando en cuenta que los espacio terapéuticos que ofrece actualmente nuestra sociedad para el trabajo con niños y niñas que no presentan un déficit en la comunicación ha ofertado medios , técnicas tales como el juego, la pintura entre otros, se ha reconocido la complicación cuando la condición física de los pacientes se ve afectada por problemas neurológicos que no facilita el trabajo convencional, por tanto toda la problemática que implica tener dificultad de comunicación causados por trastornos psicológicos y neurológicos implican pensar en la importancia que tiene la atención para niños y niñas con problemas de lenguaje y dificultad de comunicación verbal cuando esta es su gran alternativa de comunicación con el otro.

La metodología usada se ha establecido desde un análisis mediante los postulados psicoanalíticos y autores contemporáneos que ha permitido acceder a una comprensión de la funcionalidad de la palabra, el lenguaje y la relación mediática que se construye a partir de la comunicación con los otros.

La acción que contempla el trabajo directo con los pacientes se ha centrado en el análisis y valoración de los sentidos del cuerpo, movimiento, lloros , gritos que no son más que otras expresiones de lenguaje que niños y niñas con problemas neurológicos han encontrado en el espacio terapéutico alternativas de poner en manifiesto sus representaciones propias, así como de su entorno y cotidianidad.

La atención de los casos se establecieron a través de técnicas del análisis de la mirada, técnicas plásticas : el modelado , la pintura, la plastilina. El dibujo libre , el garabateo en aquellos pacientes que presentaron mayor dificultad motriz, técnicas usadas en la atención de casos que permiten interpretar comprender los deseos, fantasías, faltas, goces en los sujetos que no se comunican verbalmente.

Se ha hecho énfasis en la comprensión de la función y campo de la palabra, las particularidades que presenta el lenguaje , cómo a través de sus diferentes manifestaciones niños y niñas son organizados en la sociedad desde los diferentes discursos que de ellos se hablan y dentro de los cuales la historia de cada uno de ellos adquiere un sentido de acuerdo al discurso en que son inmersos.

Se ha dado una explicación sobre como concebir un lenguaje sin palabras tomando como ejemplo discursos como la sexualidad , el uso de la comunicación a través de los chats claros ejemplos para comprender como el cuerpo comunica cuando ya no es posible hacer uso de la palabra. Tomando al cuerpo también como medio de vinculación social y subjetiva, lugar de comunicación donde se colocan deseos, placeres, dolores y sufrimientos.

Se han abordado los diferentes trastornos neurológicos que afectan a los diferentes pacientes, como se manifiesta la patología en el área física , la sintomatología que ha sido transcrita directamente de libros de Pediatría y medicina , por tratarse de terminología medica estandarizada , otro factor que ha implicado la transcripción directa de los trastornos neurológicos ha sido mi dificultad para tipiar porque presento dificultad motriz.

El abordaje de los trastornos neurológicos también contempla las dificultades y retos que el sujeto que lo padece enfrenta a nivel familiar y social, como se adapta su sistema familiar y como en muchos casos el trastorno que padece deteriora en gran parte la vida del paciente por el malestar psicológico y físico que en ellos se manifiesta.

Se menciona el dolor y sufrimiento que padece el sujeto, los sentidos que asigna a su malestar, la responsabilidad ante su dolor . Porqué el sujeto adopta al sufrimiento como una forma de existir en el mundo . se da una explicación sobre el sufrimiento presente en los niños que padecen trastornos neurológicos, como la familia de estos niños sufren y tramitan la culpa al sentirse responsables del dolor presente en sus hijos.

Desde la teoría psicoanalítica Lacaniana y los postulados Freudianos se expone sobre cómo se estructura el síntoma a través del cuerpo, como resultado de una construcción metafórica que esconde tras de sí otros sentidos sobre los padeceres de los sujetos. Se valora la función del síntoma como un lenguaje que comunica y que en muchas ocasiones no hay otro que haga lectura de aquellos síntomas . También se contempla al sujeto como objeto de deseo y la anulación del otro, ambos ejes que

permitieron una mayor comprensión y explicación de los procesos de exclusión cuando la comunicación no es posible a través de las palabras.

Finalmente se hace una exposición de los casos atendidos y como el abordaje de diversas técnicas permitió comprender la problemática presente en los niños y niñas con dificultad en la comunicación.

Cómo el trastorno que padecen afecta su vida y las causas del malestar psicológico, y la importancia de tramitar el sufrimiento que implica no poder responder a las diversas exigencias de la sociedad y la familia.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todo sujeto presenta malestares psíquico causados por diferentes factores tanto sociales como familiares, frente a estos malestares psicológicos la sociedad tiene recursos técnicas de atención psicológica tanto individual como grupal y familiar que permiten aliviar y tramitar el malestar psíquico.

“En el Ecuador, cada vez son más frecuentes los niños y niñas con problemas de lenguaje generados por diferentes factores. Entre ellos algunos responden básicamente a problemáticas de tipo neurológicos y otros son el resultado de conflictos psicológicos.”¹

Esto se evidencia sobre todo en el ámbito escolar donde se ve como los problemas de lenguaje se presentan en la cotidianidad generando con ello dolor y sufrimiento a niños y niñas convirtiéndolos en presa fácil de la violencia.

Esta parte de la población presenta malestar psíquico y por su dificultad de comunicación verbal no pueden acceder a los espacios terapéuticos para iniciar un tratamiento psicológico, se genera una problemática de carácter social el hecho de que personas con dificultades de comunicación verbal no tengan acceso a estos espacios de atención psicológica. Sin desmerecer la importancia que tiene el trabajo familiar en este tipo de pacientes se ha descuidado la intervención directamente con ellos que es muy necesario para dar una mejor intervención terapéutica.

El sistema educativo pese a que ha creado políticas de inclusión para estudiantes con necesidades educativas especiales no ha generado los recursos científicos, tecnológicos y económicos para proporcionar la asistencia pedagógica y terapéutica adecuada que no excluya a estos niños.

¹ Información tomada del centro Rapha. “Historial de Atención a niños con diversos trastornos de lenguaje. 2005 al 2010.

“El no poder acceder como todo niño a una escuela les priva de sus derechos , de poder tener una educación con los recursos adecuados que les permita crecer académicamente y tener espacios de socialización.”²

Los trastornos de lenguaje en el mejor de los casos no son problemas de comunicación, los niños hablan en proporción de lo que son hablados, es decir de lo que expresan sus referentes, sus padres, ya que también pueden hacer de los gestos un lenguaje.

“La sociedad Ecuatoriana no ha generado los recursos adecuados para que la población de estos niños puedan acceder a espacios sociales y el no proveer de recursos a esta población hace que esto se convierta en un problema social , Ya que estos niños son violentados a todo nivel, son niños sin derechos, sin protección social, el mismo hecho de ser catalogados como deficientes deja fuera de los derechos propios de todo niño o niña, sin derecho a una educación con mecanismos que les permita rendir de acuerdo a la dificultad que presenta, a una integración social y recreación.”³

Es común que niños y niñas con trastornos de lenguaje relacionados con causas orgánicas sean atendidos en el ámbito físico para mejorar tan solo su condición de salud, pero queda fuera de sus dolores y sufrimientos que no pasan tan solo por lo físico, sino también por todo aquello que conlleva al dolor existencial agravado por su dificultad.

² Harf , Ruth . “Raíces, tradiciones y mitos en el Nivel Inicial.” Editorial Centro de Publicaciones educativas y Material Didáctico. México 2008. Pág. 69.

³ Samaniego Santillán, Pilar. “Breve análisis situacional del Acceso a Servicios Educativos de Jóvenes con Discapacidad en el Ecuador” Quito : Banco Mundial, 2005. Pág. 34.

Toda la comunicación establecida esta direccionada a suplir necesidades básicas y en muchos casos existe dificultad en la comprensión de dichas necesidades. Sin dar mayor importancia a su dimensión humana, no se toma en cuenta su sufrimiento y dolor psíquico

Para quien no domina el lenguaje verbal, o los códigos que maneja la cultura a la que pertenece siente enajenación, y si intenta de una u otra manera comunicarse y no es comprendido con facilidad por otro, esquivando toda posibilidad de enfrentarse a semejante condición de vida, no quedará más para quien lo sufre que ahogarse en frustración.

“Los pocos recursos que usa para intentar comunicarse son rechazados o anulados por el medio en el que se desenvuelve, sus gestos su mirada no significa un lenguaje dejándolos silenciados en su ser.”⁴

Cuando el problema de comunicación es causado por una causa orgánica la situación es más complicada, porque por más que intente adaptarse al lenguaje de su cultura no lo conseguirá con facilidad.

Hay quienes pueden evidenciar problemas de verbalización que con el tiempo y un adecuado tratamiento mejoran como en el caso de aquellas personas que tienen labio leporino, dislalia funcional. Sin embargo, hay quienes padecen trastornos más complicados a nivel neurológico y el daño que causa la dificultad en el lenguaje verbal es irreversible.

Con los daños que presentan no pueden adaptarse al lenguaje común de su medio social, esto genera conflictos en otras áreas del sujeto, como en el área emocional se ve afectado al no ser comprendido, codificado, descodificado por los otros. La sociedad se muestra deficiente al no generar los recursos adecuados para que

⁴ AGUADO, Gerardo. “Trastorno específico del lenguaje. Retraso de lenguaje y disfasia.” Editorial Aljibe. Granada, 2004. Pág. 84.

aquellas personas que presentan dificultades de comunicación causada por daños neurológicos puedan expresarse adecuadamente, ser escuchados y mirados.

“Si un sujeto siente malestar psíquico, como podría expresarlo en esas condiciones, si ese otro no puede hacer una adecuada interpretación del malestar psíquico que padece.

*Las nuevas dificultades que presentan al no acceder a una adecuada comunicación o sufrir algún problema de discapacidad se evidencian en el área familiar, puesto que al no poseer un mecanismo adecuado para comunicarse se irrita, entra en estado de depresión sin que los padres identifiquen las causas de los diferentes malestares que surgen en sus hijos que presentan dificultad en la comunicación”.*⁵

Es bastante común la no aceptación de un miembro familiar con discapacidad, muchos padres han asistido al centro Rapha al que envían a sus hijos para adquirir herramientas de carácter formativo, pero no han terminado o no han asimilado adecuadamente dichos aportes.

Los familiares tíos, primos etc., no interactúan con el sujeto discapacitado que presenta dificultades por causa de su condición física, esto genera malestar psicológico en los padres de los niños y dificulta los procesos de asimilación del problema que presenta el niño.

Desde esta área social familiar se evidencia alienación en los niños que presentan dicha discapacidad, la alineación produce malestar psíquico, deja al individuo fuera de la cultura, le deja sin herramientas para expresar su sufrimiento.

Son muchos los casos de padres y madres de familia que ante la frustración de una sociedad y de un gobierno que no asegura el bienestar con igualdad han preferido encerrar a sus hijos entre cuatro paredes para evitarles sufrimiento, o quizás para acallar su desgracia personal. Por suerte, hay otros quienes han decidido enfrentar sus conflictos desde otros espacios donde priorizan la salud mental y bienestar

⁵ Alessandri, María Laura. “Trastornos Del Lenguaje. Detección Y Tratamiento En El Aula.” Editorial Lesa. Colombia, 2005. Pág. 124.

buscando centros especializados que ayuden y brinden espacios de reconocimiento a las capacidades diferentes.

Desde lo social no hay un trabajo psicológico directo con los sujetos que presentan estas dificultades, el trabajo se realiza directamente con los padres y familiares. De todas maneras, se sigue fomentado un desconocimiento del malestar psíquico que presenta cada uno de ellos, no tan solo por sus dolencias física ,surge fuertemente en ellos la necesidad de comunicar su malestar, de usar los recursos que tienen para comunicarse y que otro interactúe y le permita tramitar adecuadamente aquellos procesos de exclusión presentes en todas sus áreas sociales.

“El lenguaje corporal, la mirada, el silencio, son elementos importantes a evaluar y trabajar en un proceso terapéutico con pacientes que presentan dificultad en la comunicación verbal, ya que actualmente el trabajo que se realiza con estos chicos esta solo direccionado a evaluar parámetros de normalidad y anormalidad, descuidando la subjetividad, susceptibilidad y dolor psíquico que causa en estas personas el no poder comunicarse con un lenguaje común en su entorno.”⁶

En el espacio terapéutico para el trabajo con niños y niñas ha ofertado medios y técnicas tales como el juego, la pintura entre otros, pero todo esto se complica cuando la condición física de los pacientes se ve afectada por problemas neurológicos que no facilita el trabajo convencional, por tanto toda la problemática que implica tener dificultad de comunicación causados por trastornos psicológicos y neurológicos implican y nos direccionan a pensar ¿qué importancia tiene el análisis del lenguaje corporal en la psicoterapia para niños y niñas con problemas de lenguaje y dificultad de comunicación verbal ? cuando esta es su gran alternativa de comunicación con el otro.

⁶. Melgar Jorge F. Lenguaje Pensamiento y la Psicología del sordo.
http://www.culturasorda.eu/resources/Melgar_Lenguaje_Pensamiento_y_Psicologia_del_Sordo_2010.pdf. 6/06/2010: 9:00 AM.

En los espacios terapéuticos las herramientas están a la orden del día, en muchos casos de sujetos con problemas neurológicos este tipo de estrategias de intervención, dependerá de las condiciones físicas e intelectuales, es decir, ante un estudiante que presente una mejor condición la pintura, la plastilina, canasta de juegos sigue siendo la alternativa de intervención terapéutica, sin embargo, en otros pacientes que las limitaciones son más evidentes, el cuerpo será un recurso idóneo para su tratamiento.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Es importante realizar este aporte investigativo y de intervención porque en nuestro medio el espacio terapéutico es reducido para los niños y niñas con problemas neurológicos que afectan su lenguaje. Solo se da relevancia a su evaluación física, no se inicia un trabajo y ayuda terapéutica que evalúe su vida psicológica, su malestar psicológico como se lo hace con las personas comunes.

Porque en el Ecuador por lo general se crean proyectos para identificar los procesos de exclusión pero no se da importancia a un tratamiento psicológico directo con las personas que tienen dificultad para comunicarse.

“No es común encontrar sujetos profesionales que atiendan este tipo de casos, trabajan con los padres para que asimilen de forma más adecuada el conflicto de sus hijos/as. Con seguridad debe ser complicado atender y vivir con un “hijo especial”, no se desmerece la necesidad de crear espacios terapéuticos dirigidos a padres y madres de hijos diferentes, sin embargo, no con ello los hijos e hijas con problemas físicos deben quedar excluidos a las miradas de los profesionales de la salud, menos aún de la psicología.”⁷

Dado que el Centro Rapha atiende niños a través de apoyo en terapia física, y a otros que presentan dificultad de comunicación verbal. Comúnmente, los problemas de comunicación se genera por diversas causas, como labio leporino, retraso mental y parálisis cerebral, es necesario el espacio terapéutico debido a que cada individuo tiene un aparato psíquico que le permite adaptarse a la cultura, a las demandas de la sociedad, de igual manera el individuo sufre angustia y malestar frente a las adversidades y demandas de la sociedad a la que pertenece, al enfrentarse ante aquella angustia siempre tiene la necesidad de comunicar su malestar.

⁷ <http://www.oei.es/quipu/ecuador/ecu11.pdf> . “Documento de Consultoría. El Programa de Integración y Apoyo Psicopedagógico de los Niños con Dificultades de Aprendizaje y Deficiencias Leves.” Quito, 1990. Mayo. 2: Pm. 2010.

Los trabajos terapéuticos que se han realizado en el centro RAPHA han sido realizados con los familiares de los chicos mejorando y generando herramientas en el ambiente en que se desenvuelven pero no se ha realizado un trabajo directo con ellos, motivo por el cual es necesario dar importancia a la intervención directa con los niños.

Los padres que tienen hijos con problemas neurológicos que afectan su lenguaje se han enfrentado a un sistema de exclusión social, debido a que nuestra sociedad no cuenta con los recursos adecuados para dar educación e integración escolar a personas con estas dificultades de comunicación causada por discapacidad. No hay duda alguna que para quienes se ven enfrentados al cuidado diario de niños, niñas que presentan discapacidades, el trabajo diario debe ser agotador y quizás en algunos casos frustrante o quizás en otros gratificante.

*"Crear o encontrar espacios para hablar de lo depositado en la tarea, es un acto legítimo. El trabajo terapéutico en muchos casos debe ser integral. Mientras exista salud en quienes están a cargo de estos niños, ellos serán también beneficiarios."*⁸

Es necesario crear un trabajo integral que permita reconocer que toda discapacidad esta atravesada por los dolores y sufrimientos resultado de un mundo que trae dicha por fragmentos y preocupaciones y dolores en grandes cargas no deja fuera a aquellos que no son parte de la norma de salud.

La condición normal de ser sujeto y estar en el mundo hace que no deje por fuera a los de capacidades diferentes.

⁸ Quintanar Rojas Luis Y Solovieva Yulia . “ Análisis Neuropsicológico De Los Problemas En El Aprendizaje Escolar.” Editorial TEA. España , 2002. Pág- 95.

Por ello, la necesidad de analizar los sentidos del lenguaje no verbal, movimiento, lloros y gritos que no son más que otras expresiones de lenguaje. Muchos de los niños y niñas del centro Rapha se encuentran en condiciones de realizar el trabajo terapéutico convencional, es decir, utilizar la pintura, plastilina, rompecabezas, y en otros casos respondiendo a sus limitaciones al garabateo, pero no se puede desconocer que allí están colocados sus deseos, fantasías, faltas, goces.

Analizar aquello que se escenifique en el espacio terapéutico permitirá crear espacios de dialogo familiar y escolar que será beneficioso para los niños/as, familiares, institución, y sociedad.

Además es necesario reconocer a los sujetos con discapacidades como sujetos sufrientes, en falta y de deseo solamente así hablaremos de derechos igualitarios para todos los niños, niñas, adolescentes varones y mujeres independientemente de su condición social, económica, o su condición de salud.

Generar espacios terapéuticos que aborden estos casos con recursos adecuados garantiza a la sociedad el no caer en el error de acudir a centros o lugares que no contribuyen al desarrollo de estos niños.

La importancia de hacer una intervención desde los aportes académicos y científicos radica en que se puede establecer comunicación y comprender el malestar psicológico en estos pacientes desde el lenguaje corporal, se puede hacer un abordaje sistémico con la familia de los pacientes creando así nuevos recursos para tratar este problema social.

Sin la ejecución de este aporte se seguirán creando políticas que trabajen sobre la exclusión de esta población, sin reconocer que no hay recursos sociales que hagan cumplir dichas políticas, y seguirán manifestándose malestares psicológicos que no surgen por presentar trastornos de lenguaje sino por la falta de recursos que permita integrar a dicha población en los espacios sociales con derechos a una educación, atención psicológica integral.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Revalorizar el lenguaje no verbal como alternativa de comunicación de los niños y niñas que presentan dificultad en la comunicación verbal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Analizar otras alternativas de lenguaje colocada en el cuerpo en niños y niñas con dificultad de comunicación verbal a causa de problemas neurológicos.
2. Analizar el valor de los lenguajes en la vinculación del sujeto a la cultura.
3. Aplicar técnicas terapéuticas mediante el uso del lenguaje no verbal.

2. CAPITULO II

2. ANTE EL LENGUAJE Y LA PALABRA

*Que el lenguaje fuera una cadena
porque el tiempo lo es
nos hizo dudar del tiempo
hecho de instantes
sustantivos que la memoria adverbial
como un torno en busca de la tierra
en un punto cualquiera del planeta
o el bailarían la danza
girando sobre si
Dijimos el tiempo por los instantes
el lenguaje por las palabras
para aliviarnos del lento trance
de cada instante
de cada palabra*

NONI BENEGAS

2.1 LA PALABRA

*“La palabra es un parasito. La palabra es un recubrimiento (placaje) .La palabra es la forma de cáncer que afecta al ser humano .Por qué un hombre llamado normal no se da cuenta? Hay algunos que llegan incluso a sentirlo. ”*⁹

La palabra esboza, guarda, revela, confiesa lo quiera o no el ser que la expresa. Rompe el silencio en que se halla sumergida, antes de la aparición del ser sobre la tierra, la naturaleza entera. El silencio significó antes que nada, la abstención de hablar. Solo el hombre es un ser de silencios, y el silencio de un sujeto ante otro no es un factor de tranquilidad, sino por el contrario algo temible y peligroso. La palabra hace referencia a un significado, denota, señala un referente pero además por encima de todo expresa. La palabra es un llamado al otro para que reconozca al sujeto, su estructura es la que el emisor recibe del receptor su propio mensaje en forma invertida, porque el sujeto primero reconoce para ser reconocido, mediante los otros se da cuenta de su propia existencia, transmite un mensaje pero no se trata solo de lo que se dice, es la constancia del mensaje que consiste en el reconocimiento del sujeto como un ser de lenguaje pero ante todo permite la construcción del ser por el hecho de que las palabras fundadoras que envuelven al sujeto, son todo aquello que lo han constituido, sus padres, sus vecinos, toda la estructura de la comunidad, que lo ha constituido no solo como símbolo, sino en su ser.

*“A través de la palabra el ser se significa porque hay un otro que puede escuchar y resignificar, en esa escucha el sujeto da existencia a otro, desde este planteamiento la palabra cumple varias funciones la de significar y dar existencia al sujeto a través de un otro.”*¹⁰

Desde la lectura y escucha que hace ese otro, el individuo se construye, mediante la palabra como principal recurso a través del cual, se comunica o rompe la comunicación. La palabra, permite simbolizar la realidad inentendible y codificarla

⁹ Jaques Lacan, seminario del 17 de febrero de 1976.

¹⁰ Lacan J. “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis.” Ed. Paidós. Buenos Aires, 1990. Pág .34.

en una cadena de significantes que puedan ser comprendidos por la cultura en la que nace. Porque desde el nacimiento es atravesado y dividido por la cadena de significantes, en ese proceso la palabra y sus diversos discursos culturales se instauran en el sujeto como ley y permiten existir si ingresa al mundo de lo simbólico o es excluido y silenciado al no poder entrar en esta cadena de significantes.

Desde la implantación de la palabra, el individuo pasa a ser sujeto, sujeto de un nombre, un lugar en su comunidad, cada significante nuevo construye su psiquismo su existencia atravesada por la cultura que desde tiempos remotos ha sido un espacio ideológico cuya función es la de establecer una colectividad en la conciencia de quienes la conforman.

A través de la palabra surgen especificaciones firmes que permiten a una cultura diferenciarse de otras culturas creando procesos de identidad a través de las memorias sociales que han servido de referencias y continuidad en los sujetos. No ha surgido como una idea abstracta, son las manifestaciones concretas las que le han permitido existir, entre ellas el lenguaje y sus diversas prácticas discursivas y un conjunto de instituciones con funciones sociales. La palabra ha sido implantada como realidad primera a todo sujeto permitiendo que se manifieste una instancia de discurso ocupada por el surgimiento de una subjetividad, un sujeto colectivo y un proceso de sumisión ideológica.

En la práctica discursiva el sujeto adquiere sentidos a través de la palabra, nuevos referentes, en los diversos discursos es interpretado por un otro y la funcionalidad de la palabra es asumida como un bien colectivo.

En el reconocimiento de un bien colectivo los sujetos hicieron uso de la comunicación que fue posible a través del lenguaje en sus múltiples formas, desde los sonidos, los gráficos hasta llegar al símbolo y la conquista de la palabra, se establecieron sistemas de representación que permitieron compartir un solo criterio para enunciar a los objetos, sin que estos estén presentes, se asignaron propiedades con la finalidad de definir un solo orden y significado sobre las cosas.

Haciendo uso de la palabra, los sujetos han convertido a la cultura en un bien común, sin que las representaciones individuales al relacionarse con los objetos se pierda, debido a que las significaciones son propias de cada sujeto, es decir, ante eventos, los sujetos tienen capacidad de crear sus propios sentidos que hacen veces de saberes y verdades. Sin duda, en los diferentes significados que se atribuyen a las experiencias lo real del evento se pierde al ser atravesado por las palabras

Como lo expresa Lacan “Gracias a la palabra que es una presencia hecha de ausencia es la ausencia misma, que se nombra, al nombrar un objeto dicho objeto se desvanece, se menciona tan solo la presencia de algo pero ese algo escapa a la significación de la palabra, por lo tanto solo se menciona su ausencia.”¹¹

La palabra, aunque tiene la propiedad de representar; no logra llenar toda la necesidad que el ser tiene de comunicarse con el otro, en esa falta y limitante la comunicación adopta nuevas formas mediante el uso del lenguaje. con el uso de la palabra. Cada sujeto es insertado en el mundo de las representaciones.

Antes de nacer, el sujeto es inscrito en el mundo de los significantes a través de un nombre que le destina un lugar en la cultura, todo aquello que de su ser es apalabrado formará parte de su subjetividad, al crecer podrá asignar nuevos sentidos y retomará el uso de su lenguaje particular para comunicarse con sus propias representaciones debido a que la realidad no tiene la misma significación para los sujetos, una situación de riesgo o una imagen puede causar diversas reacciones y eso se debe a las particularidades del lenguaje que manifiesta cada ser.

El lenguaje como tal, no nace tan solo con las construcciones lingüísticas que pasan por los sonidos de las palabras, también es todo aquello que la madre construye con su hijo recién nacido, la capacidad de descodificar los llantos que no son otra cosa más que un llamado al otro a ser sacado en primer término a su necesidad del primer encuentro con lo placentero. Madre e hijo, han logrado crear un sistema de comunicación donde pretende afianzar los afectos y las ternuras que se depositan a través de miradas, gestos y caricias que comunican afectos propios que serán

¹¹ Dor Joel , “Introducción A La Lectura De Lacan” Editorial Gedisa, España. 1994. , Pág. 45.

depositados en el otro. Hay quienes consideran, que niños y niñas tendrían la capacidad de grabar sus primeras representaciones a partir de las primeras horas luego del nacimiento.

Tener representaciones del mundo mediante una cadena de significantes permite al sujeto existir en la medida en que es hablado, en las diversas prácticas discursivas asimila e interioriza en mayor o menor grado su propia cultura, se construye desde los discursos de los demás, es atravesado por la palabra que lo llena de sentidos. En la interpretación que hace del mundo se encuentra con la dificultad de no poder emitir acción alguna, sus deseos son deseos de otros. Siendo que la cultura se ha convertido en un bien simbólico que existe precisamente porque es compartido colectivamente el sujeto no puede alterar ese bien simbólico, no individualmente, puesto que a través de la palabra es ingresado a una gran red discursiva que forma su subjetividad, la gran red discursiva habla por él y el sujeto solo puede retroalimentar nueva información.

La palabra cubre de sentidos al sujeto, le permite existir en las prácticas discursivas que forman un yo colectivo, le da un lugar dentro de las redes discursivas que hablan por él. En la interacción discursiva la palabra se muestra como un conjunto de signos vacíos que no dan referencia de la realidad, dichos signos están siempre disponibles y son llenados cuando un locutor los asume en cada instancia de su discurso en donde se da un proceso de sustitución, Lacan propone que la naturaleza del sujeto es transformada radicalmente.

El sujeto es tachado por la presencia de la palabra, al expresar su lenguaje no sabe lo que dice, ya que las significaciones o la red de signos hablan por él, se encuentra escindido en la medida en que esa red de signos hablan por el, dicha división obliga al sujeto a adoptar el lenguaje como una actividad subjetiva por medio de la cual se dice algo distinto de lo que se cree, usa su propio lenguaje, se comunica consigo mismo, forma su subjetividad.

Tan solo el inconsciente del sujeto no es atravesado por la palabra, escapa a la simbolización, porque las palabras solo simbolizan al sujeto pero dejan de lado su verdadera naturaleza. Lo divide a pesar de que habla desde niño sin saber lo que enuncia, solo repite lo que escucha, es insertado en los discursos construyéndose inicialmente desde los deseos de los otros. Detrás de ese yo que ha sido constituido hay un sujeto que se oculta, un sujeto que desea, que se desvanece para siempre en el mismo momento en que emerge. No decidió nada para sí mismo, la voz que se manifiesta en esa red de signos no le pertenece.

El ser que se desvanece para siempre es el inconsciente del sujeto el cuál no puede ser simbolizado ni representado por la palabra, lo que no puede ser hablado, lo único que le diferencia de los otros porque no pertenece a la red de los discursos, sin embargo, es hablado en el discurso tanto como el sujeto del deseo aunque cada uno de ellos escoja un camino diferente, el sujeto del deseo aquel que significa a través de la palabra y sujeto del no consciente que habla a través del síntoma, a través del cuerpo, y de cada acción que el yo del sujeto no logra advertir.

El signo convoca a la realidad y la realidad se desvanece. En el signo, en beneficio de su representación, aquello que siente, que desea expresar cambia al darse la representación, la autenticidad de su ser y el símbolo que lo representa hacen ver a un sujeto escindido, atrapado en su propio discurso, porque la representación de su verdad implica un desvanecimiento de aquel sujeto inconsciente. La imposibilidad de expresar la autenticidad de su deseo ocultada por la palabra denota un desvanecimiento de aquello que se deseaba expresar al no ser más que un significante.

“El sujeto no habla, es hablado en su discurso sin que él lo sepa; permanece oculto en el discurso del habla del sujeto hablante: “al sujeto pues no se le habla, Ello habla de él y en ello es donde se le aprehende.”¹²

La palabra no solo permite la comunicación también es alienante, los significantes nos encierran en diferentes discursos, ya no podemos cambiar lo establecido, la alienación surge en el sujeto cuando se siente incapaz de crear algo o cuando manifiesta su forma particular de comprender una situación que no es admitida por los demás, no es correspondido por otro, se siente fuera de aquellos discursos. Cada objeto que expresa debe ajustarse a un sentido de realidad compartido por los demás, ya que de no darse será inentendible y será tomado como expresiones que no tienen ningún sentido.

En la medida en que el sujeto es alienado y escindido construye su sentido de realidad y aunque esté dentro de la gran red discursiva crea una subjetividad llena de falta que escapa a la funcionalidad de la palabra. Busca incesantemente nuevas formas de representación, ingresa a la gran cadena de significantes que lo alejan de lo real. Sin ese mecanismo de escisión sería un objeto más en todo el sentido de la palabra, no surgirían nuevas formas de nombrar cada objeto, la alienación le permite buscar formas de expresar su deseo en un mundo que ya está formado, nombrado, el sujeto crea su propia representación. Aunque cada objeto tenga su propio significado encuentra nuevos lenguajes que trasgreden ese orden.

Muchas veces las realidades y los discursos caducan cuando no pertenecen al orden significativo instaurado por el sujeto, de esa manera se pueden observar costumbres en diferentes sociedades y para aquel sujeto que está fuera de dicho grupo social una costumbre, un acto no podrá ser simbolizado por su yo instaurado, muchas veces la otra sociedad le resultará amenazante. En esas situaciones los procesos de la red discursiva desde la palabra ya no tienen sentido para el sujeto.

¹² Cros Edmond, “El Sujeto Cultural, Sociocritica Ny Psicoanálisis” Editorial Fondo Universidad Eafit. Colombia, 2002. Pág. 19.

2.2 EL LENGUAJE

El lenguaje es un sistema que se estructura a través de reglas bien definidas , permite al sujeto expresarse, hacer representaciones y comunicarse. Su uso demanda una modalidad específica de comportamiento, se compone de unidades cuya estructura u organización puede ser analizada.

“La adquisición y el uso del lenguaje nos permite interactuar con el medio y por ello entrar en procesos de comunicación. Es un proceso de socialización.

Se constituye en una capacidad esencial del ser humano, la cual se caracteriza por poseer un doble valor: uno, subjetivo, y otro, social, resultante

De asumir al ser humano desde una doble perspectiva: la individual y la social.”¹³

Para el sujeto tiene un valor subjetivo, en tanto se constituye en un recurso cognitivo que le permite abstraer la realidad, en el sentido de que le brinda la posibilidad de diferenciar los objetos entre sí, así como también especificar diferencias frente a estos y a los otros individuos que lo rodean. Desde su propia subjetividad busca la posibilidad de afirmarse como persona, constituirse en ser individual definido por una serie de características que lo hacen distinto de los demás. También le permite conocer la realidad socio-cultural a la que pertenece y participar en la transformación y construcción de ella.

El medio lingüístico interviene también en la formación de otros procesos, entre ellos, el que el sujeto sea consciente de las propias acciones que ejerce en la cultura. El hecho de que el sujeto a través del lenguaje sea capaz de tomar consciencia de sus actos , también logra planificar y ejecuta acciones según los objetivos que desea alcanzar.

¹³ <http://www.psb.ua.es> . “Lenguaje Y Comunicación. Licenciatura De Humanidades Universidad De Alicante Psicología Básica.” Departamento De Psicología De La Salud. 2007. Pag. 26 Sep. 211. 10: Am.

“Además de este valor subjetivo, el lenguaje posee una valía social para el sujeto, en la perspectiva de ser social, en la medida en que le permite establecer y mantener las relaciones sociales con sus semejantes, esto es, le posibilita compartir expectativas, deseos, creencias, valores, conocimientos y construir espacios conjuntos para su difusión y permanente transformación.”¹⁴

Para Lacan, la comunicación se genera mediante una estructura lingüística, que incluye también a el lenguaje no verbal. El lenguaje constituye un acto de reemplazo en donde la “realidad” es sustituida por otra cosa, además, el sujeto del lenguaje se muestra distante en relación a lo experimentado y vivido, generándose un inter-juego sobre la presencia y ausencia de los objetos.

2.3 NIÑOS Y NIÑAS ORGANIZADOS DESDE LOS LENGUAJES

En la sociedad los niños y niñas al nacer pertenecen a un orden, al ingresar a la cultura responden a un nombre, acuden a tal escuela y el apellido de sus padres les da un espacio un reconocimiento en su comunidad. Estar inmerso en la sociedad implica pertenecer a diferentes discursos, la escuela, los amigos, la familia, el juego, la educación, son insertados en esos discursos y roles que comienzan a desempeñar, son organizados desde diferentes lenguajes que son ajustados según necesidades de cada sujeto.

La característica múltiple que tiene el lenguaje, permite organizar a niños y niñas que desde pequeños desempeñan roles aunque no tengan una clara finalidad de los discursos en los que son inmersos. Son hablados, y en la medida que son apalabrados deben responder a dichos discursos, tomando como ejemplo; en el ambiente escolar. A los niños y niñas les gusta hacer uso de ese espacio para diversas actividades, puesto que siendo pequeños sujetos les gusta jugar gritar, pelearse con otros, pero el rol que se les asigna es el de estudiantes, deben cumplir una norma, desde su forma

¹⁴ Schmidt Mariana. “Estándares Básicos De Competencias Del Lenguaje.” Editorial Edita y Escribe, México 2006. PAG. 19.

de vestir, hablar y comportarse, asume ese rol de estudiante, no puede actuar como en casa, porque ello representa un problema a aquello que ya está estructurado.

“El lenguaje para Lacan es un orden simbólico que justifica la cultura y sólo con la adquisición de aquel se ingresa en el reino de la cultura, la adquisición del lenguaje , sin embargo se ve afectada por cuestiones de género (masculino o femenino) condiciona nuestra inscripción como seres sexuados.”¹⁵

Desde que nace el niño o niña usa su cuerpo para comunicarse, se maravillan ante cada cosa nueva que aprenden, aún no logran expresar con palabras sus necesidades, se descubre así mismo haciendo uso del cuerpo. Se tocan, exploran y buscan iniciar procesos de identificaciones, referentes que les defina como un ser sexuado, se autodefinen a través del encuentro con otros.

A través del autoconocimiento logra diferenciarse de los otros, este proceso ante la imposibilidad de evocar palabras pasa por el cuerpo, aún los deseos de los padres y toda aquella fantasía que estructuran sobre el futuro no es comprensible por el niño que constantemente a través de los gestos, de su lenguaje corporal comunica sus propios deseos y fantasías.

Descubre que su cuerpo puede llenarle de gozo que le permite ser más independiente, moverse, tocar los objetos, sentir su textura, a la vez mirar otros cuerpos hace que el suyo se convierta en su primer referente. Estos primeros referentes es lo que lo diferencia, conquista sus propios deseos, diferentes al que sus padres habían destinado para él.

¹⁵ Santa Emilla Ruiz José “Género Como Conflicto Discursivo: La Sexualización Del Lenguaje De Los Personajes Cómicos.” Editorial La Olivereta. España 1977. Pág. 99.

“La sexualidad es una construcción que se inicia con el nacimiento sobre la base de un cuerpo que, si bien nació con las marcas de una sexualidad anatómica que sería la base indispensable para todo proceso de identidad, requiere de todo el cúmulo de atenciones que la madre y los otros ofrecen para que en verdad consiga constituirse en cuerpo de mujer o de varón. Porque la feminidad y la virilidad se construyen mediante las palabras, los deseos, las atenciones, cuidados y miradas que la mamá y los otros brindan a la pequeña y al niño.”¹⁶

Es sobre el cuerpo del niño y la niña en donde se depositan los primeros cuidados, el niño es acariciado por sus padres, aceptado mediante palabras de afecto y amor. Son niños y niñas que no usan palabras pero sienten ese afecto o en otros casos penosamente rechazo, toda su construcción se ve afectada por las características de un lenguaje primario.

A través del descubrimiento de la sexualidad los infantes y en el misterio que para ellos es ese otro adulto los niños reafirman y se sienten aceptados, sus primeros juegos, s primeros momentos en soledad demuestra que es un sujeto que esta creando su propia construcción del mundo que le rodea, capaz de tramitar la carga cultural que le llena de restricciones.

En el caso de niños que no logran la conquista del lenguaje por defectos del nacimiento, el lugar de depósito de los deseos se ve reflejado en la culpa, ya no se menciona los sueños que aquel niño o niña podría conquistar, todo su proceso de identidad se ve afectado. De los chicos especiales, no se habla, no pasan por la palabra, no son apalabrados, son anulados y los referentes de los cuales construye su realidad son deficientes para que logre relacionarse con el entorno al que pertenece , ante este limitante hace uso de su cuerpo para demostrar estar alegre, triste, o manifiesta una conducta de alejamiento al sentir rechazo por otros..

¹⁶ Tenorio Rodrigo, “ El Libro De La Sexualidad De Hoy” Temas De Colección , Editorial El Diario Hoy. Pág. 37.

“A cada niña o niño la cultura le ofrece múltiples alternativas para la conformación de la identidad. Esta identidad, para que pueda ser aceptada, debe responder a los patrones impuestos por una cultura actual que es eminentemente erótica, erotizante y sensual. Los modelos sirven de mediadores entre lo que la tradición exige a través de la familia y lo que exige la cultura actual.”¹⁷

Niños y niñas que no pasan por la palabra presentan dificultades en la cultura porque sus procesos de identidad no son aceptados, la sociedad establece normas para relacionarse y los mismos sujetos al notar las diferencias establecidas por la dificultad del lenguaje rechazan el contacto, anulan el único recurso mediante el cual el sujeto en tales condiciones de dificultad podría comunicarse.

La escuela y aquellos espacios en donde crea su identidad son negados por la propia cultura que impone patrones de aceptación de comportamiento, de relaciones, y todo lo diferente se torna amenazante ante los demás, niños y niñas que no pasan por la palabra no solo son depositario del deseo de los otros, también son depositarios de los imaginarios que familia y sociedad manifiestan sobre ellos, sin embargo frente a todas restricciones e imaginarios el cuerpo sigue siendo aquello que les permite conocer, sentir que puede desear, el tocar a otro y ser tocado les permite sentirse aceptados, los límites se establecen a través del contacto con el otro, un niño que siente desconfianza e inseguridad evita el contacto, se aleja, muestra indiferencia que hace comprender que no desea relacionarse, y cuando desea relacionarse expresa a través de la mirada tranquila, gestos de agrado, sonrisas que indican aceptación.

La sexualidad de los niños no escapa al orden simbólico, la forma de expresión y comportamiento es condicionante del lenguaje para que la sexualidad sea interiorizada y manifestada en los niños y niñas, permite establecer diferencias que son organizadas en instauradas mediante el lenguaje, el hecho de vestirse diferente, expresarse disímil, usar tal objeto en el juego implica una organización, los padres les constituyen en esos lenguajes, lenguajes que en un inicio el niño no ha logrado comprender pero que a través de lo cotidiano logra asimilar y responder.

¹⁷ El libro de la sexualidad de hoy/ Tenorio Rodrigo/Temas de colección, Editorial El Diario Hoy., pág. 9.

Los niños y las niñas son organizados desde los lenguajes porque este tiene la propiedad de asignar características que el sujeto interioriza y construye algo nuevo en la formación de su subjetividad, los adultos constantemente organizan el mundo de los niños de la misma forma en que ellos fueron organizados y de acuerdo a la época les asignan un lugar en la cultura. Constantemente son guiados mediante diferentes lenguajes, el idioma que hablará, las propias referencias que recibirá de sus padres sobre las cosas y los cuestionamientos que de él harán permiten que el niño estructure en su psique una realidad de las cosas y de sí mismo. un niño que escucha a sus padres decir que es un buen chico y en la escuela su maestra dice que es excelente y a su vez sus amigos le asignan cualidades de ser el más listo hace que se estructure en ese lenguaje de la excelencia, de igual manera si que es catalogado como el peor de la clase, rechazado por sus padres y criticado por su comunidad se estructura desde lo negativo y hasta siente ser aquello que los demás están organizando en él.

Pese a que el lenguaje es organizador, para cada niño su experiencia con las cosas es única, porque le asigna nuevos sentidos a aquello que conoce, esto lo podemos evidenciar en algo tan sencillo como el juego, en esta instancia el niño tiene la noción desde la organización del lenguaje sobre cada objeto, pero rompe con esa organización al darle otras características durante la actividad del jugar, su psique logra romper con ese orden simbólico por breves momentos. En lo lúdico se evidencia que el lenguaje tienen una función organizadora temporal, a través de su experiencia diaria niños y niñas son organizados desde diferentes lenguajes, ya se ha mencionado la sexualidad, pero hay otros lenguajes desde los que se organizan, el deporte, la música y cada acción lúdica son lenguajes que organizan, al designar un lugar en donde practicar cada acción niños y niñas pueden acceder e insertarse en la sociedad, practican deporte acorde a su género, niños jugaran al futbol y niñas harán gimnasia.

Los diferentes discursos que organizan el mundo de los niños y niñas permiten al adulto implantar reglas, es un camino a seguir y se instauran de acuerdo a la edad de los chicos, debido a que a medida que adquieren nuevas experiencias son nuevamente organizados por el medio al que pertenecen. En un niño de 4 años y uno de 8 años, deben responder de forma diferente al medio, uno tendrá más responsabilidad que otro, el tan solo designarle responsabilidades de hermano mayor le organiza en un mundo diferente, le asigna características que el niño debe cumplir.

2.4 LENGUAJES SIN PALABRAS:

El “absurdo” y la “muerte” se entrelazan y se confunden en el “no” lenguaje, es el fin, muere la palabra, se destruye el lenguaje y, sin éste o aquélla, ya no somos.

Georges-Michel Darricades

A diferencia de la palabra, el lenguaje permite al sujeto diversas formas de relacionarse con el entorno, sea escrito, gesticulado o hablado. La comunicación se mediatiza de acuerdo a los niveles de comprensión entre emisor y receptor que hacen uso de un mismo código, cuando hacen uso de lenguajes diferentes se crean malas interpretaciones de lo que se deseaba comunicar.

“En primer lugar, y visto desde fuera, el lenguaje reviste un carácter material diversificado que intenta conocer los aspectos y las relaciones. El lenguaje es una cadena de sonidos articulados, pero también es una red de marcas escritas (una escritura), o bien un juego de gestos (una gestualidad) ¿Cuáles son las relaciones entre la voz, la escritura y el gesto? El lenguaje nos plantea problemas en cuanto indagamos en su forma de ser.”¹⁸

A su vez, aquello enunciado, escrito o gesticulado produce y comunica lo que llamamos un pensamiento que denota al lenguaje como la única realidad y realización de pensar. Algunas teorías han indagado la posible existencia de un lenguaje sin pensamiento y un pensamiento sin lenguaje, el mecanismo que implica pensar es en si una forma de lenguaje interno, el sujeto habla consigo mismo, sigue un orden que le hace comprender así mismo lo que piensa, sus pensamientos forman ideas las mismas que efectúan una acción. Se pueden observar e interpretar diferentes gestos que se articulan en los momentos en que el sujeto se encuentra en estado pensativo, los rostros evidencian concentración, divagación, pero lo que permite concebir al lenguaje es su lógica, estructura que sigue un orden específico, comunicar algo lleva a la acción de pensar mediante un tipo de lenguaje cualquiera que fuese este, escrito, oral, gestual, implica que lenguaje y pensamiento tienen una estrecha relación.

Aún en el discurso mudo el pensamiento hace uso de las particularidades del lenguaje y no podría darse una forma de pensar sin el uso de la red del lenguaje

Entre la práctica lingüística que permite la comunicación y los procesos de ensoñación inconsciente o preconscious se podría pensar que existe un lenguaje sin significaciones por parte de los otros, pero no es posible concebir un lenguaje sin que otro pueda interpretarlo o asignar sentidos. Tomando en consideración que no siempre se hace uso del lenguaje para comunicarse los otros pueden resignificar. Tomando el ejemplo de un sujeto que permanece en silencio con gestos de preocupación, tristeza, emoción, o simplemente relajado o en estado de ensoñación

¹⁸ Kristeva Julia “El Lenguaje, Ese Desconocido” Editorial Fundamentos. 1969. Pág. 13.

esta usando un lenguaje que es interpretado por los otros aunque dicha persona no dirija aquellos gestos a ese otro directamente.

Al especificar al lenguaje como el factor clave del pensamiento, termina siendo también el elemento básico de la comunicación social, puesto que cumple también con esa función de crear relaciones entre el sujeto y los otros, al construirse el ser desde las redes sociales posee una forma de comunicarse, de establecer relaciones sociales y el lenguaje desde la simbología establece primero un orden a través de sus diferentes reglas que permiten la comunicación ,un locutor, un receptor y un mensaje, siendo aquello que se comunica lo que lleva implícito una lógica, al construirse el ser en un sujeto social dependerá del uso de múltiples formas de lenguaje para poder relacionarse debido a que el pensamiento no queda en solo ideas, los pensamientos son llevados al acto, evolucionan, son compartidos mediante la comunicación.

Al expresar las diversas necesidades el sujeto hace uso múltiples formas de lenguaje. Cuando no hay comunicación surgen procesos de enajenación y los sujetos que tienen dificultades de comunicación por la complejidad de su lenguaje sufren esos procesos de enajenación, el lenguaje se reduce a gestos y no logra pasar por las palabras.

Todo lo que se produce en relación con el lenguaje sucede para ser comunicado en el intercambio social, un sujeto que esta inserto en una sociedad debe enfrentar en primera instancias los limites implantados por las reglas sociales, de ahí cada acción que realiza pasa por el campo del lenguaje , cada vez que desea comunicar sea cual fuese su forma de discurso lo hace a otro, en ese mecanismo llamado comunicación intercambia información con los demás.

Es necesario la existencia de un circulo social que de lectura de lo que se expresa, un sujeto solo que se comunica consigo mismo no es posible concebir, aún sus

pensamientos se crean mediante referentes de otros, y desde esos referentes crea nuevos sentidos que devuelve a su círculo social.

El sujeto hace uso de diferentes lenguajes, el gesto, el movimiento corporal, incluso el sonido sin que este sea articulado verbalmente, el tacto y las señas que no es lo mismo que el gesto, son lenguajes sin palabras. En personas que carecen de lenguaje verbal se evidencian estas formas de lenguaje, aquellos que hacen uso de gestos han logrado una codificación a través de señas mediante el uso de sus manos y miradas asociadas a aquellas señas, personas que carecen del sentido de la vista hacen uso de la comunicación mediante el método Braille que les permite dar lectura y acceder a la simbología que es más común en los sujetos.

En el espacio terapéutico se ha logrado observar a niños con trastornos neurológicos como atrofia cerebral, parálisis cerebral, ataxias, afasias, a los cuales no solo se les dificulta el poder comunicar verbalmente sino que además no pueden hacer usos de lenguajes mímicos lo cual obstaculiza en mayor grado la comunicación, estos niños hacen usos de gestos con sus miradas, expresan miedo, alegría, satisfacción, tristeza, enojo, logran entablar una comunicación desde lo especial de su lenguaje mediatizado por recursos como la pintura, el garabateo, el juego.

Se relacionan con los otros a través del tacto, el tocar significa para ellos una forma de lenguaje que demuestra aceptación o rechazo, explotan al máximo su lenguaje no verbal.

La característica principal que tienen estos tipos de lenguajes es que nace como una necesidad del sujeto de comunicarse consigo mismo, a través de estos lenguajes logra darse cuenta de algo que no ha sido atravesado por el mundo de la simbología, es decir por la palabra.

“El lenguaje es una función de diferenciación y significado, es decir es una función social y no biológica, que es factible sin embargo al funcionamiento biológico.

Es una función social sobre determinada por el proceso complejo de intercambio del trabajo social, producido por aquel e incomprensible sin aquel.

El lenguaje sólo será posible si cada locutor se plantea como sujeto, remitiéndose a sí mismo en tanto que yo de su discurso. Así pues, el yo plantea a otra personas, la cual, con todo lo exterior que es al yo digo tú, y que dice tú”¹⁹

Pensar en los lenguajes sin palabras daría cuenta que cada sujeto tiene una forma particular de comunicarse, y es esa forma lo que le permite diferenciarse de los otros sujetos. Como por ejemplo a través del cuerpo y las gesticulaciones, habla de esto, el cuerpo es lenguaje, fácilmente los sujetos son capaces de mostrar sus afectos sin necesidad de pasar por la palabra. El lenguaje es una combinación entre significantes y escenificaciones del cuerpo.

En nuestra sociedad cada ves nacen nuevas formas de comunicación un claro ejemplo son los chats, en los mensajes tanto emisor como receptor evidencian tan solo símbolos, en donde no se evidencian los gestos , son simplemente palabras que hacen que la comunicación en muchos casos sea mal interpretada.

Envían símbolos que designan tristeza, alegría pero no es posible evidenciar la verdadera expresión que hace comprensible el lenguaje. En tiempos anteriores las relaciones eran mediatizadas por la necesidad de hablar directamente con el otro, en la actualidad se creó la necesidad de hacer uso de el celular para mediar distancias, las relaciones cambiaron de acuerdo a las exigencias de la sociedad. Tomando como ejemplo muchas relaciones son rotas por malos entendidos, los seres se tornan extraños al hacer malas interpretaciones de mensajes con palabras mal codificadas da lugar a múltiples pensamientos y para esclarecer la comunicación se necesita hacer uso de muchas más palabras.

Actualmente nuestro medio social hace uso de este sistema de comunicación reduciendo incluso la palabra a simples signos como que en lugar de decir “qué” se sintetizan las frases y la comunicación ya no es comprensible por todos, tanto el emisor como receptor deben adoptar esa nueva de codificación que les permitirá

¹⁹ Kristeva Julia “El Lenguaje, Ese Desconocido” Editorial Fundamentos. Madrid 1988. Pág. 27

comunicarse pero al ser receptada por un tercero aquel mensaje se convierte en algo que incomunica. De hecho la comunicación produce malos entendidos, aún más donde los gestos no están presente, el que la palabra no pase por el cuerpo , por los demás sentidos nos deja una sensación de vacío, porque somos seres físicos y cada palabra conlleva una acción, la palabra cobra vida a través de nuestro cuerpo, resulta muy complejo comprender el estado de una persona que atraviesa una crisis y escribe en un mensaje escrito estar bien, no vemos sus gestos, no llega a nuestro alcance tener esa sensación de acercamiento a esa persona , se genera un mecanismo parecido al de leer un libro, en donde cada lector da una interpretación diferente y la interioriza de acuerdo a su experiencia e imaginarios, lo mismo ocurre con estos nuevos sistemas de comunicación, no son fáciles de comprender y generan malos entendidos.

En el caso de los niños que no tienen facilidad de pasar por la palabra oral y escrita surge la necesidad de pasar por el cuerpo, sucede todo lo contrario a lo expuesto anteriormente, estos niños solo pasan por el cuerpo, ese es su sistema de comunicación, en donde la palabra no es posible el cuerpo habla de múltiples formas, sea un gesto, una mirada aún el silencio y una vuelta de espalda comunica y expresa un deseo, una necesidad. Hay niños que hacen uso del tacto y ese es su lenguaje, se relacionan con solo tocar al otro, o expresan un desagrado o agrado al ser tocados, mueven sus cuerpos indicando tal o cual objeto, descargan sobre sus propios cuerpos expresiones de enojo , tomando por ejemplo a uno de los niños que observaba correr a sus amigos y en la dificultad que le implica hacerlo como ellos se desesperaba y agarraba fuerte a uno de sus amigos, lo sacudía fuertemente de un brazo y lleno de enojo se mordía su propio brazo como forma de comunicar su deseo de correr como los demás niños, otros rechazaban el material de análisis botando el material y dándose vuelta, expresando a mismo tiempo desinterés por la actividad.

El que el lenguaje pase solo por el cuerpo también tiene sus limitaciones, no todas las acciones que realizan estos niños son comprensibles por los demás, pueden ser interpretadas de diversas formas, implica conocer más detenidamente a estos niños lo cual significa que pese a que sea complejo su lenguaje corporal no deja de ser un sistema de comunicación que puede ser significado por los otros.

“Mucho antes de que la adquisición del lenguaje, los gestos y los movimientos y la libre expresión de los estados emocionales puedan ser experimentadas por el paciente como prohibidas .. El niño que está creciendo entiende que está prohibido pensar; los únicos pensamientos permitidos son los de la madre, de manera que el niño tiene que inventar finalmente su propia visión del mundo a fin de escapar del terror de verse atrapado en la mente de la madre.”²⁰

Los diferentes sistemas de comunicación permite establecer nuevos lenguajes que hacen que el sujeto se diferencie de los demás, desde los lenguajes gestuales, corporales el sujeto rompe con el orden significante, ya que si el lenguaje en función de lo simbólico es lo que organiza al sujeto desde que nace, los lenguajes sin palabras permitirían al sujeto tener su propio orden, organizar su propio mundo, algo parecido a la subjetividad, pero con la diferencia que estos lenguajes son los que construyen la subjetividad y al mismo tiempo permite que el sujeto se comunique consigo mismo.

Sin aquellas particularidades del lenguaje no sería posible resignificar el mundo, seríamos autómatas de una gran red discursiva, por ello el otro no tolera esa manera particular que el sujeto adopta para comunicarse cuando se enfrenta ante algo inesperado. Ante un mismo estímulo ; cada sujeto responde de diferente manera, para unos puede ser desagradable y responde con gestos de desaprobación, otros con risa, llanto, angustia e indiferencia. Todas aquellas particularidades permiten denotar la existencia de un lenguaje porque permite que se dé la relación con los otros. El sujeto interpreta mal dicha comunicación, no comprende la actitud y el lenguaje que expresa el ser mediante el cuerpo, no comprende que en un momento de angustia o de dolor otro exprese risa como mecanismo defensivo, ese gesto no es codificable y menos comprensible no pasa por la palabra . No poder decodificar implica no poder representar, simplemente porque son lenguajes propios de cada ser, y aunque le asignemos cualidades como triste alegre, agradable desagradable ignoramos lo que realmente el otro está comunicando.

²⁰ Minsky Rosalind “Psicoanálisis Y Cultura” Ed. Catedra S.A. , Madrid 2000. Pág 32

En los niños que aún no adoptan el uso del lenguaje verbal se puede evidenciar la dificultad de comprensión existente en los otros . El niño puede llorar por hambre, angustia, irritabilidad o sencillamente porque se enfermó, no hace uso de palabras , la madre al tener estrecha relación con el niño logra calmarlo pero no apunta a algo específico, el porqué del llanto, sencillamente alimenta al niño, le hace compañía y da por hecho que las necesidades por las cuales el niño lloraba fueron suplidas.

2.5 TRASTORNOS DE LENGUAJE

2.5.1 ANTE LOS TRASTORNOS NEUROLÓGICOS

Entre las alteraciones generales del desarrollo que pueden sufrir los niños que padecen trastornos neurológicos gran parte radica en la afectación del lenguaje que dificulta la comunicación y el desarrollo psicomotriz que no les permite adquirir patrones de independencia en los diferentes contextos en que nacen.

“Las alteraciones en la comunicación y el lenguaje afectan a un número importante de ellos: Chevie- Muller , Truscelli , los sitúan en alrededor de un 70- 80 % de los casos. Estas alteraciones en la comunicación, pueden referirse tanto a aspectos receptivos como expresivos, con un componente neuropsicológico importante, que viene marcado por el origen del trastorno a nivel de encéfalo y que en sus alteraciones lingüísticas se aprecian problemas de codificación, decodificación, percepción auditiva, atención.”²¹

El desarrollo del niño se da en tres esferas principales: motora, intelectual y social. A través de la maduración neurológica y el contacto con el medio ambiente, el niño logra desarrollar distintas capacidades tendientes al conocimiento del mundo, manejo de los objetos y situaciones, así como a la solución de problemas.

En estas actividades confluyen el movimiento del cuerpo, la formación de estructuras cognoscitivas y la interacción social, de tal manera que existe un intercambio del niño con el medio ambiente.

²¹ Puyuelo M. “Logopedia Y Parálisis Cerebral.” Editorial Masson; Mexico 1998. Pág.124.

2.5.2 Problemas Asociados a la Parálisis Cerebral

“Las complicaciones principales que acompañan a la parálisis cerebral son: epilepsia, Defectos Visuales: Pérdida de la Audición., el deficiente control de los músculos faciales y respiratorios, de la lengua o de los labios, producen defectos del lenguaje, que pueden ser desde leves defectos de articulación hasta la ausencia completa del habla, limitando su comunicación a formas no verbales.

Retraso mental: Está presente en alrededor de un 70 % de los casos con grados y manifestaciones muy diferentes.”²²

- Problemas comportamentales. Ansiedad, obsesión, inseguridad, hiperactividad, dificultades de adaptación.

- Alteraciones del lenguaje entre el 70% y el 80 % de los casos.

A pesar de todos estos trastornos, las características individuales pueden variar en el tiempo sí las diferentes rehabilitaciones aprovechan la plasticidad que ofrece un cerebro en desarrollo.

Entendiendo como plasticidad, la capacidad de reestructuración funcional y estructural del sistema nervioso central, tras una agresión.

“En el niño con P.C.I, tras lesiones en algunos casos puntuales y en otros muchos muy diversas, se comprueba la noción de plasticidad cerebral y como zonas del cerebro no afectadas, asumen parte de las funciones de las áreas lesionadas. De esta forma niños con lesiones corticales o bulbares importantes pueden llegar a caminar, escribir o tener un habla funcional.”²³

²² Alessandri, Ma. Laura. “Trastornos Del Lenguaje, Detección Y Tratamiento En El Aula”. Editorial Mason, España, 2004. PÁG. 134.

²³ Narbona, Juan. “El Lenguaje Del Niño. Desarrollo Normal, Evaluación Y Trastornos”. Editorial Masson. España , 1997. PÁG. 83.

Todos los niños con parálisis cerebral cumplen sus etapas más tarde de lo normal, sin importar su inteligencia y grado de desenvolvimiento, y tarde o temprano, según la severidad de cada caso en particular, a este retardo de la maduración se suma una desviación con respecto al desarrollo normal, que se manifiesta con actividades motoras anormales que se evidencian cuando el niño acrecienta su actividad, es decir, cuando intenta sentarse, usar sus brazos y sus manos, traccionar para sentarse o caminar venciendo sus dificultades físicas.

El niño trata de funcionar con un conjunto inadecuado de patrones motores, compensando con las partes de su cuerpo menos afectadas o intactas.

2.5.3 SÍNDROME DE SAY BARBER

Es Un síndrome muy raro caracterizado principalmente por los problemas del sistema inmunológico y una cabeza pequeña El síndrome de Say Barber Miller se caracteriza por la asociación de características faciales inusuales, microcefalia, retraso del desarrollo y retraso del crecimiento severo postnatal.. Otras características adicionales incluyen hipogonadismo, contracturas en flexión, rótulas hipoplásicas, escoliosis, eczema e infecciones recurrentes. Presentan una facies característica marcada por una frente inclinada, nariz aguileña, orejas grandes y salientes y micrognatia. Se detectaron niveles bajos de gammaglobulinas en suero así como quimiotaxis defectuosa en ambos niños durante su infancia. La hipogammaglobulinemia mejoró con la edad, sin embargo persistieron la quimiotaxis defectuosa y las infecciones recurrentes.

Este síndrome es caracterizado por osteocondrosis que afecta la parte superior de la epífisis tibial de los niños causando el arqueado progresivo de una o de las dos piernas en la infancia. En el tipo infantil, la malformación aparece usualmente antes de los 8 años y es bilateral. En el tipo adolescente, suele ser unilateral. Muchos casos son esporádicos, pero en muchos otros se ha detectado un carácter hereditario de tipo autosómico recesivo.

Procedimientos diagnósticos: En ausencia de algún afectado en la familia, el Diagnóstico ecográfico prenatal es prácticamente imposible, aunque la detección de los defectos de miembros y de algunos de los defectos faciales (micrognatia) es posible.

Estos pacientes acostumbran a presentar distress respiratorio y dificultades en la alimentación debido a la secuencia de Pierre-Robin (micrognatia, paladar hendido, glosoptosis). Las anomalías oculares pueden desencadenar infecciones. La cirugía puede ser útil en la reparación de las fisuras faciales, los defectos de miembros y las anomalías oculares. La esperanza de vida no está reducida.

“La alteración craneofacial (disostosis) presente en este síndrome es muy similar a la que presentan los síndromes de Treacher Collins y Nager. Se ha sugerido que parte de los defectos podrían derivarse de una anomalía en la cresta ectodérmica apical de los primordios de los miembros. Este síndrome, junto con otros síndromes y entidades polimalformativas, abundan en la idea de la existencia de una “zona” embrionaria acrofacial.”²⁴

La lista de los signos y síntomas mencionados en diversas fuentes -Barber-Miller, el síndrome de Di incluye síntomas que se enumeran a continuación:

Rasgos faciales inusuales Cabeza pequeña Retraso en el desarrollo crecimiento de un retraso mental grave Hipogonadismo Contracturas en flexión Subdesarrollados rodilla Escoliosis Eczema Infección recurrente Inclinado la frente Caries dental Bajo las orejas Prominentes puente de la nariz	Picuda nariz Las orejas grandes Orejas protuberantes Mandíbula pequeña sangre bajo nivel gammablobulin Paladar de arco alto El eritema nudoso paniculitis recurrente Retraso mental La baja estatura Anormal de cabello Escaso cejas Ancho-fijar los ojos
--	---

²⁴ Dra. Josefa Casas, Dr. Joaquín Salvador “Catálogo De Síndromes Polimalformativos Congénitos Con Anomalías Oculares , /Instituto Municipal De Salud Pública /Ajuntament De Barcelona” España. 2007.

2.5.4 MIELOMENINGOCELE

“Es un defecto de nacimiento en el que la columna vertebral y el conducto raquídeo no se cierran antes del nacimiento. Esta afección es un tipo de espina bífida, al nacer en la masa del mielomeningocele es evidente una placa neural que contiene tejido de médula espinal, la piel se encuentra abierta , casi siempre dejando fluir líquido cefalorraquídeo con riesgo de penetración de gérmenes , fuente de infección meníngea.

Las raíces nerviosas están malformadas o lesionadas y esto conduce a una parálisis flácida total o parcial por debajo del nivel de la lesión. La localización más frecuente del mielomeningocele es la región lumbosacra, aunque puede ocurrir a cualquier nivel del eje neural.”²⁵

Clasificación de los niveles de lesión medular

Torácico alto T6-T10

Torácico bajo T10-T12

Lumbar alto L1-L2

Lumbar medio L3

Lumbar bajo L4-L5

Alteraciones consecuentes a la lesión

Parálisis motora:

-dificultad o imposibilidad para la marcha.

-pobre circulación en los MMII . La piel es más frágil y los pies están pálidos y fríos.

-osteoporosis (por disminución del metabolismo del calcio que aumenta la frecuencia de fracturas óseas indoloras).

Parálisis Sensitiva:

²⁵ Osakidetza Servicio Vasco De Salud/Miguel Patricio, Mellado/Edit. Mad. S.L 1ra Edición ,Octubre Madrid. 2006. Pág.44

Agrava el déficit motor (por falta de sensibilidad propioceptiva)

Predispone a úlceras por presión (en orténesis, calzado, yesos..)

Posibles quemaduras por contacto.

Alteraciones del control

Urinario, disfunción vesical de origen neurogénico, vejiga neurógena.

Intestinal. Disfunción esfinteriana con mezcla de incontinencia y retención

ALTERACIONES ENDOCRINOLÓGICAS:

Obesidad

Pubertad precoz

Otras alteraciones:

Alteraciones en los patrones de maduración psicomotriz, áreas: motora, perceptivo, cognoscitiva y lenguaje.

Problemas asociados:

Asociadas al mielo meningocele puede haber otras anomalías congénitas , como luxación de cadera, pies equinovaros , hemivértebras con escoliosis resultante, cifosis local por anomalía vertebral, fisura labial, hendidura palatina, deformidad de Arnold –Chiari y anomalías de los sistemas cardiaco y urinario. Más del 80% de los niños con mielomeningocele tienen hidrocefalia asociada.

Hidrocefalia:

Es la complicación más importante del curso del mielo meningocele infantil, debido a que aumenta la mortalidad ya que empeora el pronóstico motor e intelectual, es decir, deteriora la calidad de vida.

Afectación del aprendizaje en niños con mieligomeningocele

La mayor parte de la investigación ha relacionado los aspectos médicos de la espina bífida y la hidrocefalia con puntajes académicos y de pruebas de inteligencia.

Los investigadores de diferentes continentes han descubierto tendencias comunes respecto de los aspectos físicos de la espina bífida.

1. Según la gravedad de la hidrocefalia, los puntajes académicos y de pruebas de inteligencia son más bajos.
2. Cuanto más alto es el nivel del defecto en la médula espinal, mayor es la posibilidad de que los puntajes académicos y de pruebas de inteligencias sean más bajos.
3. Los niños con espina bífida (con o sin) hidrocefalia suelen tener problemas de percepción y movimiento. Esto significa que las habilidades que requieren coordinación de los ojos y las manos suelen estar por debajo del promedio y pueden afectar la escritura y las actividades de auto-atención, tales como el cateterismo.
4. Los puntajes de las pruebas de inteligencia oral predicen mejor los puntajes de rendimiento que los de inteligencia no oral general sobre una medición como la de Weschler.
5. Además de la información psicológica, resulta claro que el funcionamiento neuropsicológico también se ve afectado. La evaluación neuropsicológica incluye la evaluación de áreas tales como la función de percepción y movimiento, la atención, la impulsividad, la hiperactividad, la memoria, el seguimiento de secuencias, la organización y el razonamiento. Varios estudios han reflejado problemas en estas áreas. Éstas pueden ser un problema incluso cuando la inteligencia general de un niño o adolescente se encuentra por encima del promedio.

2.1.5 MICROCEFALIA

“Microcefalia se refiere a un tamaño de cabeza significativamente menor que la media para la edad y el sexo del bebé, es decir que tenga más de tres desviaciones estándares por debajo de la media o menos de 42 cm de circunferencia al completar su crecimiento, por lo general, esto sucede cuando en cerebro no crece a un ritmo normal. La mayoría de los niños con este trastorno tienen un encéfalo pequeño y padecen retraso mental. Sin embargo, se debe tener en cuenta que algunos niños con cabezas tienen inteligencia normal.”²⁶

La microcefalia es un trastorno congénito en el cual la cabeza del bebé es mucho más pequeña en comparación con la de un bebé normal de la misma edad y sexo. "Micro" significa pequeño y "cefalea" se refiere a la cabeza. La mayoría de los niños con este trastorno también tienen un encéfalo pequeño y padecen retardo mental. Sin embargo, se debe tener en cuenta que algunos niños con cabezas pequeñas tienen inteligencia normal.

La microcefalia puede ser provocada por la exposición a sustancias nocivas durante el desarrollo fetal o quizás puede estar asociada con problemas o síndromes genéticos hereditarios.

Las teorías sugieren que los siguientes factores pueden predisponer al feto a padecer los problemas que afectan el desarrollo normal de la cabeza durante el embarazo:

- exposición a químicos o sustancias peligrosas
- exposición a la radiación
- falta de vitaminas y nutrientes adecuados en la alimentación
- infecciones
- consumo de alcohol o de medicamentos recetados o ilegales
- diabetes materna

²⁶ Osteopatía y Pediatría /Martínez Richard/Madrid: Editorial Médica Panamericana, Madrid 2005. Pág. 59.

La microcefalia puede presentarse como una única anomalía o en asociación con otros problemas de salud y puede ser la consecuencia de la herencia de un gen autosómico recesivo, o en muy raras ocasiones, un gen autosómico dominante. El trastorno puede producirse luego del nacimiento debido a diferentes lesiones cerebrales como por ejemplo, las provocadas por la falta de oxígeno o una infección.

Autosómico recesivo y autosómico dominante son dos patrones en los cuales los genes se heredan en una familia. Los genes determinan los rasgos como por ejemplo, el color de ojos y el grupo sanguíneo, y también pueden provocar una enfermedad. Autosómico significa que afecta a hombres y a mujeres por igual, mientras que recesivo significa que, para padecer la enfermedad (en este caso, la microcefalia), son necesarias dos copias del gen, una heredada de la madre y otra del padre. Luego de tener un hijo con microcefalia autosómica recesiva, los padres tienen un 25 por ciento de posibilidades (una en cuatro) de tener otro niño con el mismo trastorno.

Síntomas de la microcefalia

A continuación se enumeran los síntomas más comunes de la microcefalia. Sin embargo, cada niño puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- apariencia de la cabeza del bebé muy pequeña
- llanto agudo
- mala alimentación
- convulsiones
- mayor movimiento en los brazos o piernas (espasticidad)
- retardo del desarrollo
- retardo mental

Consideraciones de por vida para un niño con microcefalia:

Desafortunadamente, no existe un tratamiento para la microcefalia que normalice el tamaño o la forma de la cabeza del bebé. Dado que este trastorno es una enfermedad que dura toda la vida y que no se puede corregir, el tratamiento se centra en prevenir o minimizar las deformidades y en maximizar las capacidades del niño en casa y en la comunidad. La contención positiva lo estimulará a fortalecer su autoestima y fomentará su independencia tanto como sea posible.

Es posible que la magnitud de la enfermedad no se aprecie inmediatamente después del nacimiento, pero puede ponerse de manifiesto a medida que el niño crece y se desarrolla.

Los niños que nacen con este trastorno requieren exámenes y pruebas de diagnóstico frecuentes para monitorizar el desarrollo de la cabeza a medida que crecen. El equipo médico trabaja con mucha dedicación junto con la familia del niño y le brinda información y asesoramiento para mejorar el estado de salud y el bienestar del paciente.

2.5.6 APRAXIAS IDEOMOTORA.

“La apraxia hace referencia a la incapacidad para ejecutar y reconocer una secuencia de movimientos complejos aprendidos previamente en ausencia de factores motores o psíquicos; causados por alteraciones de una lesión cerebral. La apraxia se clasifica en; motora, oral no verbal y la del habla que suelen ser las más comunes en el área de logopedia. Las mismas que se definen como la alteración articulatoria que afecta a la capacidad de programar la posición de los músculos bucofonatorios importantes en la producción voluntaria de fonemas. Los estudios de esta patología radica en su baja incidencia, el grado de complejidad y comorbilidad con la afasia . Son varias las clasificaciones de las apraxias, en esta sección se expondrán las características de la apraxia de ideación motora.”²⁷

Es una alteración que puede tener su origen en las lesiones cerebrales focales o difusas de distinta etiología. Por lo general las alteraciones pràxicas suelen pasar desapercibidas, en aquellos pacientes que presentan lesiones cerebrovasculares puede predominar un síndrome piramidal o sensitivo que es un obstáculo para efectuar una adecuada valoración en el paciente.

Las alteraciones de este tipo de apraxias son: descoordinación de los gestos, predominantemente los transitivos, se evidencian afectaciones en el hemisferio izquierdo a nivel parietal o frontal y con menos frecuencia las vías callosas anteriores. una lesión en el área parietal a nivel de la circunvolución supra marginal produce una desconexión entre la recepción de las ordenes verbales y las áreas pre motoras que produce una apraxia ideo motora bilateral a la orden. Las dificultades pràxicas se observan no sólo a la orden sino también a la imitación porque las conexiones visuo motoras occitofrontales transitan colindantes con el fascículo arcuato.

²⁷ Información tomada de la web :
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/6apraxia.pdf>
Poveda Alón Jordi “concepto y Tipos de Apraxia” pág. 6-12. Nov. 15 /2010/4: pm

Las lesiones de las áreas pre motoras izquierdas pueden producir la ruptura de las conexiones con las áreas frontales derechas que afecta y condiciona a través de una apraxia a las extremidades izquierdas, también se presentan anomalías en las extremidades derechas caracterizadas por una paresia que dificulta la evaluación de las capacidades pràxicas.

La motricidad es altamente afectada y la manifestación pràxica limita el desarrollo adecuado en el niño. La psicomotricidad se aplica en diversos juegos que permiten el desarrollo de la coordinación, equilibrio y orientación del niño, mediante estos mecanismos los niños podrán desenvolverse en otras áreas, tener nociones claras espaciales y de lateralidad como arriba-abajo, derecha izquierda, delante atrás.

Podría concluirse que la psicomotricidad “considera al movimiento como medio de expresión, comunicación y de relación del ser humano con los demás, desempeña un papel importante en el desarrollo armónico de la personalidad, puesto que el niño no solo desarrolla sus habilidades motoras: la psicomotricidad le permite integrar las interacciones a nivel de pensamiento, emociones y su socialización.”²⁸

Síntomas de la apraxia

En los pacientes que presentan apraxias los síntomas son muy molestos y en la mayor parte de los casos, la persona es totalmente consciente de lo que le pasa, lo cual supone ser un gran daño psicológico. A continuación se enumeran varios de sus diferentes síntomas:

- Hay una gran dificultad a la hora de unir palabras en el orden apropiado.
- El duro y gran esfuerzo para encontrar la palabra adecuada.
- Las palabras más largas son las más difíciles de usar.
- En general, hablar o comunicarse a través de la escritura les es más fácil que la comunicación verbal u otra.

²⁸ Información tomada de la web : www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-psico-g.htm. Nov. 11 /2010/10: am

Los pacientes con apraxia ideomotora cometen errores principalmente en la producción espacial y temporal. Los errores espaciales pueden ser, posturales (o de configuración interna), de movimiento espacial y de orientación espacial. En cuanto a los errores posturales, cuando se pide al paciente que realice una acción puede utilizar una parte del cuerpo como herramienta (por ejemplo cepillarse los dientes con el dedo índice). Pacientes sanos pueden cometer estos errores, pero la diferencia es que un paciente sano al pedirle que no utilice una parte de su cuerpo como herramienta es capaz de corregir el error, pero el paciente con apraxia persiste en la acción.

En cuanto a la producción temporal de los gestos, puede haber un largo retraso antes de iniciar un movimiento y múltiples pausas breves. Cuando los sujetos sanos realizan un movimiento curvado, reducen la velocidad del movimiento y cuando se mueven en línea recta, aumentan la velocidad. Sin embargo, los pacientes con apraxia ideomotora no muestran una velocidad sinusoidal uniforme de la mano cuando realizan movimientos cíclicos, como cortar con un cuchillo.

En los individuos diestros, la apraxia ideomotora casi siempre se asocia con lesiones del hemisferio izquierdo, pero en personas zurdas habitualmente se asocia a lesiones del hemisferio derecho. Se puede producir por lesiones en distintas estructuras, como el cuerpo calloso, el lóbulo parietal inferior y el área motora suplementaria. También se ha descrito este tipo de apraxia en pacientes con lesiones subcorticales que afectan a los ganglios de la base y al tálamo (pulvinar),

Las diferentes técnicas de tratamiento para la rehabilitación de las dificultades que presenta el paciente con apraxia ideomotora son diferentes, pero de forma general se pueden clasificar en dos grandes grupos: estrategias adaptativas o funcionales y estrategias de recuperación o restauración. La aplicación de unas u otras, o de varias a la vez, dependerán en gran medida de la zona afectada, el grado de severidad de la lesión, las características del paciente y las características de la tarea y su entorno..

Los factores que determinan el tratamiento psicológico y que deben tomarse en cuenta son la capacidad cognitiva, el ajuste psicológico del paciente y el tratamiento del caso en equipo. El estado cognitivo es un factor primordial a evaluar en pacientes con trastornos neurológicos, entre ellas las deficiencias cognitivas específicas que pueden limitar el ajuste psicológico y funcional al trastorno, factores como la capacidad de entender, la motivación y la capacidad de aprendizaje y adquisición de habilidades.

2.5.7. ATAXIAS CEREBELOSAS

Las ataxias cerebelosas, son un grupo de trastornos crónicos del equilibrio que pueden originarse a nivel cerebeloso, o sensitivo que afecta las vías propioceptivas o bien una combinación de ambas. La mayoría de los casos se generan por causas de enfermedades hereditarias, aunque existen formas idiopáticas cuya etiología no está aclarada. La ataxia como signo clínico es la incoordinación de movimientos voluntarios y del equilibrio, sin alteración notoria de la potencia muscular. Puede ocasionar tres tipos de alteraciones del movimiento: a) la segmentación del movimiento o asinergia; b) la disimetría o trastorno en la dirección y lugar que ocupa un miembro durante la trayectoria hacia el objeto al que se dirige, dando hipometría o hipermetría; y c) adiadococinesia, que es la dificultad de realizar movimientos rápidos repetitivos, como aplaudir o tocar un instrumento musical. Finalmente, se obtiene movimientos con falta de precisión y armonía. También se generan alteraciones en el equilibrio y en la marcha.

“Entre las clasificaciones de las ataxias se encuentran las ataxias cerebelosas las cuales pertenecen a un grupo complejo de enfermedades hereditarias en su mayoría, de etiología muy diversa. Constituyen, junto con las paraparesias espásticas, el conjunto de trastornos reconocidos bajo el epígrafe de degeneraciones espinocerebelosas. Pueden tener un curso progresivo o un curso episódico. El tipo de herencia, la sintomatología acompañante, el inicio de la enfermedad y la evolución, son decisivas para el diagnóstico de estas enfermedades, que en ocasiones es complejo.”²⁹

El médico de familia puede contribuir desde el inicio cooperando con un enfoque adecuado, como: realización de un árbol genealógico lo más detallado y amplio posible, anamnesis y descripción del inicio de la enfermedad y síntomas acompañantes, exploraciones complementarias más pertinentes y decisorias, y finalmente la decisión del momento adecuado de derivación del paciente al especialista o al hospital.

La sospecha de la enfermedad se basa en el cuadro clínico y las exploraciones complementarias. El ECG muestra trastornos tempranos de la repolarización, siendo los cambios estructurales en la ecocardiografía un hallazgo más tardío. En la neuroimagen se observa una discreta atrofia cerebelosa y aumento del IV ventrículo en algunos pacientes; sin embargo, en la RMN se puede detectar un atrofia de la médula cervical en casi todos los enfermos. La práctica del EMG y electroneurograma es obligatoria puesto que la neuropatía sensitiva es un hallazgo casi universal.

Tratamiento

Los actuales datos sobre la fisiopatología mitocondrial de la ataxia de han sugerido varias aproximaciones terapéuticas. Se ha postulado el uso de quelantes del hierro, como la desferroxamina, o agentes antioxidantes, como el ácido ascórbico. Un estudio de 1999 en un pequeño grupo de pacientes con idebenona, un análogo de

²⁹ Información Tomada De La Web
<http://www.asemcv.org/Archivos/Jornadas/195/AtaxiasNeuropat%C3%ADasGenicas.pdf>
Palau Francesc Especialista En Pediatría “Ataxias Cerebrales” Nov. 23 /2010/18: pm.

quinona de cadena corta que actúa como un limpiador de radicales libres, mostró resultados esperanzadores para el control de la miocardiopatía hipertrófica. Sin embargo, aún son preliminares y no hay datos a largo plazo acerca de su efecto sobre la evolución del cuadro neurológico. En las series de enfermos tratados con idebenona estudiadas hasta ahora y tras un seguimiento por períodos cortos (alrededor de un año) se ha confirmado la mejoría de la función cardíaca en gran parte de los pacientes; sin embargo, no se ha encontrado mejoría neurológica.

2.6 DOLOR Y SUFRIMIENTO

Evitar la falta es la tarea que desde su existencia el ser ha emprendido y en la consecución del placer ha creído llenar su vacío. Ha comprendido que no es posible llegar a la plenitud de lo que anhela, reconociendo en primera instancia las limitaciones de su cuerpo y las experiencias agradables o desagradables que le permite experimentar, inevitablemente se enfrenta al dolor, es parte de su existencia y cotidianidad, sea por displacer al ambiente, padecer una enfermedad o la simple condición de tener un cuerpo lleno de necesidades y estímulos que suplir.

“Dolor y goce se sitúan en el tiempo de las proporciones infinito-finito: el dolor que nunca acaba pero que terminará, y de lo finito-infinito: el goce dice del cuerpo su existencia (el aguante), la redice; el dolor es una in-corporación. El goce dice del cuerpo su inexistencia (la renuncia), la desdice; el goce es una descorporación. Dolor y goce son afirmaciones de distanciamiento, son estadios del estar fuera de sí; son metafísica o metafórica: traslaciones de sentido.”³⁰

El dolor da al sujeto referencias del mundo de las sensaciones, habla del cuerpo, denuncia su presencia y lo refiere a él, como contingencia fundamental del vivir. El dolor, como sensación y sentimiento sensorial experimenta como una realidad presente, se siente localizado y cuando se generaliza no pierde su tono local. El sufrimiento hace referencia a la totalidad de la experiencia del sujeto, sufre en la intimidad personal, en todo el ser.

El sujeto no puede negar el dolor, lo siente, padece, vive como una presencia, dueño de su dolor, privado y no definido en forma satisfactoria, excepto en aquellas circunstancias en que cada sujeto lo enuncia de modo introspectivo para sí. La experiencia solitaria, hace que surja la metáfora como un intento de comunicación que adquiere nuevos matices del verdadero dolor, el ser asignan nuevos sentidos a su malestar, el dolor trasciende la esfera del cuerpo, toma nuevos caminos y se

³⁰ Vásquez Rodríguez Fernando, “La cultura como Texto” Edit. Mariluz Restrepo, 2da. Edición. México 2004. Pág. 164.

transforma en condición de vida para el sujeto. Se lo vive en soledad y como una crucifixión, el ser no abandona fácilmente su condición de sufrimiento.

Solo el sujeto resignifica y asigna sentidos al dolor, la forma esencial de tramitarlo es el sufrimiento. Al hacer consciente su dolencia se da cuenta de su propia naturaleza, existencial que no es estable sino dinámica. Por ser cambiante hace que enfrente rupturas e inicie una interminable tarea por cambiar su estado de padecimiento por uno placentero.

El sufrimiento pese a que tiene una estrecha relación con el dolor, abarca un concepto más amplio, implica el dar una explicación y significado a aquello que lo causa. A través del sufrimiento, el ser trasciende el orden natural que implica cambios donde hay desarmonía psicosomática, incertidumbre, carencia de libertad para actuar, atención reducida o enfocada en el presente con atención particular sobre el cuerpo, desconfianza de las facultades físicas que representa para el sujeto pérdida de integridad.

“El cuerpo propio es identificado bajo los afectos primarios del dolor y el placer, el dolor es la frustración del deseo el placer en cambio su consecución.”³¹

El sufrimiento, a pesar de permitir resignificar el dolor puede conducir a un conflicto con uno mismo por los sentimientos de abandono y desesperanzas que surgen según la historia personal del sujeto. Demasiada importancia atribuida al padecimiento hacen que no se encuentren nuevas salidas, el sufrir llega a convertirse en el único sentido de vida y quien lo padece se niega a abandonarlo. El dolor forma parte de la existencia, instaurándose como sentido de esperanza a un cambio, el ser no lo abandona por la estrecha relación que tiene con la muerte, debido a que este, y el sufrimiento les permite buscar nuevos sentidos a la falta.

³¹ Romero Solís Diego, “Variaciones sobre el cuerpo “. , Edit. Bosco Díaz Urmeneta., Madrid 1999. Pág. 20.

En la lucha cotidiana el dolor y los sentidos asignados lo distraen de su encuentro con la totalidad. El dolor no se abandona porque no es estático, cambia sus sentidos y significados, estos, están ligados a veces tan profundamente con la cultura histórica que puede parecer incomprensible para los otros.

El sujeto no abandona su dolor porque alrededor de él estructura criterios de verdades, la verdad de su propia existencia llena de falta, ante todo, se puede evidenciar puesto que desde la dimensión física se aloja sobre el cuerpo para hablar, el cuerpo es el lugar propio del sufrimiento, espacio de lectura para el otro, los demás sujetos pueden evidenciarlo.

A través del sufrimiento la pena se interioriza, se lo tramita a través de la soledad, aislamiento y se convierte en sentido de vida, en algo íntimo que guarda para sí y no es fácilmente traducible por los otros. El sufrimiento puede responder a un dolor que no es real por ello está lleno de sentidos y se tramita de forma muy particular, al trascender a lo físico sufrir implica el anhelo de bienestar, el deseo de mantener un equilibrio frente al desorden que el dolor genera.

La responsabilidad del ser en relación con la libertad es la voluntad de elegir, la actitud ante las circunstancias, su manera de afrontar con responsabilidad cualquier situación incluso las que resultan ser dolorosas y desbordantes.

El existencialismo considera a la libertad, la voluntad y la decisión, el sujeto puede decidir la manera en que desea relacionarse con necesidades como la muerte, la vejez, las limitaciones y el condicionamiento del medio. Pese a que las necesidades no dependen de su decisión, por ser situaciones que determinan su existencia, el hecho de plantearse cuestiones existenciales sobre como emplear energía en ellas, guiarse de una forma diferente a los otros, el hecho de plantearse la existencia expresa que se está experimentando alguna libertad, que se está tomando alguna decisión.

“Se trata de tomar una actitud positiva frente a la vida, y eso es posible por la libertad interior, por el espacio de tiempo que existe entre el estímulo y la respuesta que permite modificar las respuestas reactivas introduciendo en ese espacio una actitud positiva de crear y respetar, de poder elegir nuestra reacción y por tanto nuestra libertad.”³²

Todo ser esta sólo, abandonado y libre expresa Jean Paúl Sartre representante influyente de la filosofía existencialista, cada sujeto crea y recrea su esencia en cada circunstancia gracias a sus elecciones y acciones. La libertad es el espacio que permite una infinidad de proyectos posibles, sin embargo todos esos proyectos particulares son en función de un proceso fundamental, la expresión que se da de ellos, la forma que se elige de estar en el mundo. Se trata de un proyecto totalizador que permite, trascenderse así mismo y construirse mediante la consciencia de falta que él sufre y que se concreta en su libertad.

La decisión existencial no es una simple elección, no es un decidirse entre, sino un decidirse por, supone un salto cualitativo por la asunción de lo nuevo, de una nueva vida, emoción o responsabilidad, el sujeto se ve volcado inevitablemente ante la necesidad constante de tener que elegir y decidir.

“La responsabilidad absoluta no es, por lo demás, aceptación: es simple reivindicación0 Lógica de las consecuencias de nuestra libertad. Lo que me ocurre, es por mi, y no puedo ni dejarme afectar por ello, ni rebelarme, ni resignarme.”³³

El sujeto sufre por estar en el mundo, se encuentra solo, no en el sentido de estar fuera de él o de permanecer en un mundo hostil sin posibilidades, se encuentra solo en el sentido de ser responsable de su libertad, de su propia existencia. De no tener ayuda en la decisión de su responsabilidad, ya que lo es, hasta de su deseo de huir de su elección, es responsable con su libertad al mismo tiempo que le permite hallar nuevas posibilidades, le limita y le hace sufrir. No puede negarse así mismo, puesto

³² Zuzua Alberto “El Proyecto De Autorrealización, Cambio, Curación Y Desarrollo” Editorial Club Universitario. Pág. 218.

³³ Sarte Jean-Paul “ El Ser Y La Nada” Editorial Losada, S.A., Madrid 1984. , Pag.339.

que al hacerlo, le hace recordar que existe, no se puede negar a actuar sobre las cosas y sobre los otros.

Ante la nada el ser se angustia, tiene desconocimiento de si mismo, se anuncia a si mismo del otro lado del mundo, a partir de la existencia de los otros reconoce su propia existencia y retorna a interiorizarse hacia si mismo, a partir del horizonte: el sujeto es un ser de lejanías, toma constantemente distancia del mundo y vuelve a él, se replantea su existencia porque siente angustia de no saber que hacer. No se concibe así mismo como un ser completo, vive en constante falta, que es, la que le permite trascender, el sentir solo en el mundo y negar su existencia permite que de su percepción de la nada construya un mundo lleno de sentidos.

Ante las experiencias que el sujeto vive en la construcción de su mundo se enfrenta inevitablemente al sufrimiento, debe enfrentar un destino que no puede cambiar, en el caso de enfermedades incurables el se halla en la oportunidad de cumplir con su valor y sentido más profundo, que es el del sufrimiento, toma una actitud hacia el y aquella actitud es la de cargar con este, asignarle sentidos y hacerlo parte de su vida.

“El modo en que un hombre acepta su destino y todo el sufrimiento que éste conlleva, la forma en que carga con su cruz, le da muchas oportunidades incluso bajo las circunstancias más difíciles— para añadir a su vida un sentido más profundo. Puede conservar su valor, su dignidad, su generosidad. O bien, en la dura lucha por la supervivencia, puede olvidar su dignidad humana y ser poco más que un animal, tal como nos ha recordado la psicología del prisionero en un campo de concentración.”³⁴

EL sufrimiento como parte de la existencia es la elaboración del sentido del dolor, que permite hacer de él, una experiencia ética que da cuenta de lo simbólico, de algo que se remite pero que no es visible en el dolor, solo físicamente. Desde esta manera el dolor y el sufrimiento implican un aprendizaje, una forma de concebir el sufrir, un aprendizaje encaminado a la ampliación del sentido, como experiencia existencial asociada a uno corporal, que impone tanto a la medicina como a otras actividades especiales del sujeto plantearse una nueva sensibilidad y un nuevo paradigma.

³⁴ Frankl. Victor E. “ El Hombre En Busca De Sentido” Editorial Herder S.A. , Barcelona. 1979. , Pág. 74.

El ser que sufre, así, conoce mejor la vida y con más profundidad, porque la vive según la cara que, le es propia a la existencia, es decir, según el como logra enfrentarla.

Los pacientes con trastornos neurológicos viven su dolor desde las limitaciones que presentan, el no poder correr, el caer constantemente en el caso de tener afecciones motrices, el no poder evocar palabras les lleva a situaciones estresantes, estados de angustia e irritabilidad, el mismo cuerpo se presenta como una limitación que les da conciencia de las diferencias ante aquellos que no padecen ningún trastorno. El dolor es la máxima expresión en ellos, lo viven auto agrediendo, alejándose, realizando conductas encaminadas a lograr algún tipo de comunicación, padecen su malestar a través del grito, el llanto.

Niños y niñas que se niegan a responder a los sistemas instaurados por la familia, por la sociedad, como un llamado a ser reconocidos como sujetos en el mundo que sufren, que no escapan a la mirada de los otros. En su intento de comunicar de expresar sus ideas, de conquistar el mundo de los objetos sufren y se desesperan, se sienten vulnerables ante un sinnúmero de peligros de los cuales son conscientes de no poder enfrentar desde sus propias capacidades.

Siendo que padecen un malestar causado por trastornos que no pueden cambiar viven su dolor desde el retraimiento de su vida emocional, se deprimen, sienten desesperanza y viven soledad. Hallan sentidos en su mundo que se convierte en ajeno para quienes no logran comprender lo que intentan comunicar.

“El sufrimiento asociado con la enfermedad severa no se limita a la dimensión física de la vida, el trastorno altera los conceptos que ayudan al sujeto a dar sentido a la vida, hace que el trabajo significativo sea más difícil y cambia el sentido del quien lo padece. Enfoca la atención en el trastorno de la circunstancia ordinaria de quien sufre.”³⁵

El dolor que padecen niños con trastornos neurológicos se prolonga mas allá del daño neuronal, surgen factores como la preocupación, la ansiedad y el estrés, factores que incrementan el dolor físico y muchas veces hace que perdure. Las dimensiones psicológicas y emocionales, son evidentes tanto en la atención que comúnmente se presta, como en la distracción la cual puede liberarlo. Una de las causas que aumenta el dolor en niños y niñas que padecen trastornos neurológicos es el desconocimiento de lo que padecen, qué es su trastorno, qué propósito puede tener, en los niños la enfermedad, genera preguntas que no tienen respuesta, el sentido de libertad es muy limitado , y el factor más afectado en la vida de niños y niñas que padecen malestares neurológicos es el sistema de relaciones, su vida social, sus relacione con los otros muestran deficiencias, Las relaciones que entabla con los otros se basan intensamente en la impotencia que presenta, el depender de otros pero no poder tener una adecuada comunicación hacen que el niño o niña sufra una pérdida de poder libertad y voluntad.

De la forma en que hay un sujeto que sufre por desconocer la causa y sentido que tiene el padecimiento de un trastorno, también hay otro que sufre por tener pleno conocimiento y a la vez encontrar sentido al dolor de quién lo padece. Es el caso de familiares, padres y hermanos de los niños afectados por trastornos neurológicos, padres que sufren por sentirse culpables de tener un hijo lleno de limitaciones, presos de los imaginarios sociales y la mirada de los demás.

³⁵ Dranes James F. “ Sufrimiento y Depresión” , Editorial San Pablo, Bogotá –Colombia 2009. Pág. 19.

En los padres el sufrimiento tiene sentido, asumen su decisión de dar todo por sus hijos, generando sobreprotección sobre ellos, negando la existencia de la patología que el trastorno neurológico desencadena, el sufrimiento existencial es acompañado de mucha ansiedad, pensamientos superados y los de fatalidad y culpa, se centran en la búsqueda de substitutos, hermanos del niño afectado que cuiden de aquellos niños con menos posibilidades de desarrollar su propio proyecto vital. Otros padres callan y esconden sus emociones para evitar causar dolor a otros, surgen conflictos en la relación por los sentimiento de culpabilidad hasta que finalmente tienen un conocimiento adecuado de lo que el hijo padece. Con procesos de comprensión surge la resignación, y la aceptación, sufren por la situación del hijo, ya no solo por sentirse culpables, su sufrimiento se direcciona a compadecerse del hijo, a brindarle la mayores situaciones de seguridad y afectividad posible.

Freud plantea que para el organismo vivo la actividad de protegerse de los estímulos es casi más importante que recibir, esta protección evita que los estímulos desborden al sujeto porque aquello que causa displacer siempre tiene algo desconocido y algo de terror para el sujeto. Para referirse a aquello desconocido toma en cuenta lo traumático, aquello que es externo, evidenciado, vivido, al ser sorpresivo se presenta de forma amenazante y el estado placentero inicial al que podría llamarse estado de equilibrio psíquico, queda inhabilitado, el aparato psíquico queda alterado, lleno de gran cantidad de estímulos y no logra procesar el evento traumático porque algo en el sujeto se desbordó.

“La «pulsión» nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante {Repräsentant} psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal.”³⁶

Al quedar anulado, el principio de placer de una u otra forma es representado en el aparato psíquico y es a través de la pulsión que se logra representar ese evento externo. La pulsión actúa constantemente, el evento traumático al ser representado por, la pulsión ya no es solo lo externo se trata también de la actividad pasional, la pulsión es llamada desde afuera pero se localiza en los bordes del cuerpo, es decir no está ni adentro ni afuera, por eso el evento traumático es repetitivo, se sueña con la misma escena desde el plano de lo inconsciente o hay angustia frente a recuerdos o eventos parecidos desde lo consciente. Entonces la vivencia de un evento traumático y su representación a través de la pulsión permiten comprender que aquello que se designa como dolor tiene una formación subjetiva, una construcción propia y particular, esa representación del dolor es el sufrimiento.

³⁶ Freud Sigmund “Pulsión Y Destinos De Pulsión” Ed. Amorrortu 1914 Argentina 1915. Pág. 57.

A decir de Freud:

*“No hay duda de que la resistencia del yo consciente y preconsciente está al servicio del principio de placer. En efecto: quiere ahorrar el displacer que se excitaría por la liberación de lo reprimido, en tanto nosotros nos empeñamos en conseguir que ese displacer se tolere invocando el principio de realidad.”*³⁷

Sería el principio de realidad aquello que permite al sujeto asignar sentidos a su dolor, tramita esa pulsión fuerte que el ser siente al vivir su dolor y se da paso al sufrimiento como construcción particular. Sin referirnos a una actitud masoquista, el sujeto asigna sentidos nuevos a aquello que no puede cambiar, que se manifiesta constantemente porque tiene características de un evento traumático y al tener asignados significados diferentes se repite una y otra vez porque, padece malestar no logra librarse de aquello que le hace sufrir debido a que desconoce la causa y el objeto real de su dolor.

Hasta aquí se ha mencionado la diferencia entre dolor y sufrimiento, explicando que el principio de realidad es lo que permite al sujeto dar sentido al dolor que padece, y como el aparato psíquico para evitar desbordarse frente ese dolor se vale de la pulsión en busca de resolver un evento traumático, porque sufre o se empeña en sufrir, porque se repite en su ser la sensación de aquello que le causa angustia.

A través de este análisis surge un acercamiento a la estructuración del síntoma, ya que todo dolor tiene una representación y cada síntoma presente en el sujeto es una forma de sustituir, representar.

El dolor no tiene significado y eso es lo que extraña al sujeto, ni el mismo logra comprenderlo, una vez que el sujeto es tachado pierde algo que jamás podrá recuperar, a ese nivel el psicoanálisis Lacaniano plantea el dolor como algo que siempre escapa a la luz del significante, ese sujeto que sufre y que se encuentra fragmentado, que perdió su verdad para siempre.

³⁷ Freud Sigmund “Mas Alla Del Principio Del Placer” Ed. Amorrortu, Argentina 1979 Pág. 20.

La noción de sufrimiento viene dada por el desconocimiento de la verdad, de lo que no puede mencionar el dolor, el sujeto sufre en la medida que asigna significantes a su falta. Es la que aliena en un mundo vacío en donde constantemente debe reconstruir su existencia, el sufrimiento da noción de que algo falta, de un sujeto tachado. El lenguaje lo aísla cada vez más de lo real.

Para Lacán la pulsión es la voz del sufrimiento y está siempre presente en la intensa búsqueda, ya que al no haber presencia de una verdadera existencia el sujeto busca remplazar esa falta y en donde la falta no es suplida se genera el síntoma como representante legal de su malestar, de su no conocer.

2.7 SÍNTOMAS SIN LECTURA DEL OTRO

“Su enfermedad no debe ya parecerle despreciable,

Sino que debe devenir un enemigo

Merecedor de su coraje, una parte de

Su personalidad, que tiene sólidos fundamentos

Para su existencia, y de la cual

Deben derivarse cosas de valor para su

Vida futura”.

Freud. Recordar, repetir y elaborar, 1914.

Son grandes las diferencias en lo que concierne a la relación entre el síntoma y el sujeto en quién se manifiesta. Acarreador del síntoma para la medicina el sujeto es secundario con relación al mismo; siendo quién informa sobre las condiciones en que aparece y como se presenta, aquellas particularidades subjetivas, como lo registra, como lo padece y la forma en que lo expresa, todas estas particularidades no dejan de ser un obstáculo. Ante aquellas dificultades que manifiesta y sus síntomas no deja de existir otro que intenta objetivizar, describirlo, medirlo, representarlo, volverlo visible.

El psicoanálisis toma muy en cuenta la dimensión subjetiva, toma registro desde la palabra, como el síntoma se articula en el discurso, se hace hablar al sujeto, con el objetivo de liberar su palabra de toda meta explícita para recuperar en ella el verdadero sentido del síntoma.

Freud toma al síntoma como la formación resultante de la lucha pulsional, al darse un evento traumático en el sujeto se genera una respuesta que sustituye a ese evento penoso y represivo, explica como se genera la histeria, los procesos de la compulsión a la repetición, pone en evidencia a un sujeto que sufre y que a través de su sintomatología intenta reparar el daño causado. Los síntomas tienen un desconocimiento del mismo ser, y este desconocimiento hace que se repita una y otra

vez, no hay otro que haga lectura de su sintomatología, hay un sujeto que sufre y que en su situación penosa evade el peligro y la angustia generando síntomas que se expresan en el cuerpo como denuncia del malestar que padece y que pasan a formar sentidos de su vida.

Freud describe al síntoma como una formación del inconsciente, que posee una perdurabilidad y fijeza que le son propias, ambas características que conlleva al sufrimiento y un padecimiento donde lo que queda comprometido es el cuerpo que a través de sus diferentes representaciones pone en evidencia una inadaptación del sujeto consigo mismo, con su cuerpo, con su vida social. Freud nos remite a las parálisis histéricas para mostrarnos que el cuerpo histérico es el cuerpo enfermo de la verdad, que habla como si desconociera toda anatomía, constituido por jirones de discurso, es el cuerpo que se muestra despedazado, en el cual un órgano puede dejar de conducirse según su saber natural para ponerse al servicio de otra función, de una satisfacción sexual, quedando de este modo el órgano erotizado, sexualizado.

“La formación de síntoma tiene por lo tanto el efectivo resultado de cancelar la situación de peligro. Posee dos caras; una, que permanece oculta para nosotros, produce en el ello, aquella modificación por medio de la cual el yo se sustrae del peligro; la otra cara, vuelta hacia nosotros, nos muestra lo que ella ha creado en remplazo del proceso pulsional modificado: la formación sustitutiva.”³⁸

Freud plantea que el síntoma está formado de un sentido manifiesto y descifrable, pero también del sentido profundo “de lo que no tiene”, del sin sentido, que escapa a la significación y que es lo que da lugar a la persistencia del síntoma. Menciona los diferentes síntomas que se generan en el sujeto cuando sufre un proceso de neurosis, cuando debe enfrentarse ante realidades que su psique no tolera. Habla de síntomas de los cuales el mismo sujeto no tiene un conocimiento pleno, el porqué repite una misma conducta que le causa angustia, porqué tiene una fuerte compulsión a la repetición, define la inhibición como una limitación normal de la función del yo, entre esas funciones sujeta a inhibiciones menciona a la función sexual, la alimentación, la locomoción y el trabajo. La relación que guarda el síntoma es que

³⁸ Freud Sigmund/ Inhibición Síntoma Y Angustia/” Ed. Amorrortu , Argentina 1926. , Pág. 36.

surge como una manifestación de la modificación patológica de esas mismas funciones.

Expone que el síntoma puede o no tener una vinculación con una inhibición y es el sustituto de una satisfacción pulsional que no ha llegado a darse, no se ha consumado, agrega que el síntoma adopta formas de acuerdo al tipo de patología, conversión en la histeria, desplazamiento sobre un objeto externo en la fobia. Para explicar esa funcionalidad de la psique ante la angustia describe que el síntoma es un lugar de verdad que habla en los cuerpos habitados por el lenguaje, verdad que habla, que cambia, que toca el cuerpo y que trastoca la relación del cuerpo con el mundo como contacto con la verdad que genera sufrimiento.

Para Lacan el síntoma es una formación del inconsciente, es un lenguaje con estructura propia que puede ser descifrable, atribuye una cualidad positiva al síntoma, adjudicando que es aquello que da sentido a la falta del sujeto. El síntoma viene cargado de sentido, sin embargo no pertenece a ninguna norma, es aceptado por el, y se torna repetitivo, es el sentido que da a su sufrimiento.

El síntoma puede ser objeto de un desciframiento, de una lectura, debido a que está sostenido por una estructura que es idéntica a la estructura del lenguaje.

“El síntoma se instaura como el significante de un significado reprimido de la conciencia del sujeto, se escribe este síntoma como símbolo en el cuerpo, y se instaura como palabra plena que es captada en el discurso del otro, allí deposita todas sus inhibiciones, represiones y toda su angustia.

La palabra es expulsada del discurso concreto que ordena la conciencia del sujeto y encuentra un nuevo sostenimiento en las funciones naturales del sujeto. (Ira, llanto, agresión, autoagresión, decaimiento, aislamiento y en muchos casos la locura)”³⁹.

El síntoma es construcción metafórica desequilibra la armonía, genera malestar, pero también da pautas al sujeto para que encuentre nuevas formas de crear sentidos. Permite a la angustia hallar una salida. Se manifiesta como construcción metafórica a través del cuerpo, de esta forma la angustia existencial, sale del inconsciente, pero

³⁹ “Lacan Jacques” “Escritos Cuatro, Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis.” Editorial. Paidós., Buenos Aires, 1963. Pág. 86.

sufre una transformación, ese cambio es el síntoma, la angustia carece de objeto y de sentido y es el síntoma el medio por el cual la angustia sale a buscar sentidos.

El surgimiento del síntoma permite al sujeto traducir su dolor ya que emerge como un nuevo lenguaje y desde lo sintomático es como el da noción a otro, que es un sujeto que sufre.

“Lacan define al síntoma como algo curable, el análisis tiene un umbral de entrada la demanda de desembarazarse del síntoma, se trata sin duda de una demanda paradójica, ya que el neurótico quiere librarse de su padecimiento, pero no pagar el precio de su saber.

Junto al sufrimiento que Freud refirió a tres fuentes: el propio cuerpo, la relación con los otros y el mundo exterior; el síntoma presenta cierta satisfacción. El síntoma es lo que alivia la pulsión, ya que anteriormente se explico que la pulsión es lo más cercano al dolor y que pone en evidencia el sufrimiento, es el síntoma lo que permite que la pulsión tome una forma simbólica, y el sujeto al tener una forma simbólica tramita con su síntoma porque la realidad le horroriza, le causa sufrimiento”⁴⁰

Los síntomas son muy variados y responden a los sistemas de vida, a la cotidianidad del sujeto, cualquiera que sea. El síntoma no es ni malo, ni bueno, pero pone, propone en palabra su angustia, es un mecanismo de descarga. El sujeto necesita de su síntoma y no todos están dispuestos a abandonarlos. Como construcción metafórica el síntoma cambia y toma nuevas formas de presentarse, toma vida de acuerdo a cada cultura, desequilibra el estado de armonía, comienza a generar malestar, pero también permite que encuentre nuevos sentidos.

De igual manera el dolor y el sufrimiento son partes del sujeto que escapa constantemente de lo real, y al instaurarse el síntoma y significar al sufrimiento que se padece es descifrable, se puede hacer lectura, porque se aloja en las múltiples formas de lenguaje presentes en el, al ser leído el síntoma por un otro el análisis apunta a la cura del sufrimiento del ser, le permite reconocerse como ser en falta, que es lo que le lleva a sufrir, pero al mismo tiempo le hace reconocerse como sujeto de deseo que puede resignificar su dolencia.

⁴⁰ Tendlarz Silvia Elena, “Estudios Sobre El Síntoma” , Ed. Del Signo, Argentina 1996. , Pág. 11.

3. CAPITULO III MARCO METODOLOGICO

3.1. METODOLOGÍA

La investigación que realizada tiene un enfoque mixto cuantitativo cualitativo porque es de carácter explicativo , de observación e intervención, se realizó en un centro de reeducación especial y cuyo objetivo fue analizar las problemáticas en las relaciones sociales presentes en niños y niñas que padecen trastornos neurológicos , y describirlas desde la intervención del espacio terapéutico a través de la revalorización del lenguaje no verbal.

3.1.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Está diseñada a través de cortes metodológicos basados en principios teóricos como la hermenéutica y la interacción social.

A través de la exploración , la interpretación mediante la recolección de datos no cuantitativos abordó las problemáticas de las interrelaciones sociales de la población que sufre malestar psíquico debido a la dificultad de comunicación verbal.

Pretende explicar por qué el lenguaje no verbal tiene importancia en el abordaje psicoterapéutico a través de la aplicación de técnicas de entrevistas a los padres, familiares o cuidadores de los pacientes.

Por tratarse de pacientes en su mayoría con problemas de lenguaje asociados a trastornos neurológicos se trabajó en la primera entrevista con el niño y sus padres o cuidadores, para acceder a información básica que permitió abordar de manera más adecuada los procesos y análisis que se llevaron a cabo en el espacio terapéutico.

La información sobre la dinámica familiar es importante porque dió cuenta de la historia familiar , como evoluciono la dificultad de la comunicación a nivel familiar y social, de qué métodos hace uso la familia para comunicarse con el niño / niña afectado.

En cada sesión se trabajó desde la técnica del dibujo libre, en aquellos pacientes que tienen la facultad de poder realizar un dibujo estructurado. Con formas entendibles y analizables. Se aplicó la técnica del garabato en aquellos pacientes que no pueden crear un dibujo estructurado. En aquellos pacientes que presentan dificultad motriz se trabajó desde la pintura con acuarelas y el trabajo con plastilina.

Se entrevistaron a los padres de los pacientes y también a dos profesoras del centro para poder recopilar información acerca del desarrollo de los niños y niñas.

Mediante las técnicas de observación al atender los casos individualmente se revalorizó el lenguaje no verbal, con la aplicación de técnicas de pintura, dibujo libre, garabateo, el juego.

Desde la intervención familiar desde el enfoque sistémico se analizaron las problemáticas causadas por la comunicación deficiente y como esta afecta las relaciones del sujeto con su entorno social , como a través de esas problemática se estructuran los procesos de enajenación social.

3.2. CRONOGRAMA:

Septiembre 2010- Marzo 2011.

ACTIVIDADES	MES DE SEPTIEMBRE			MES DE OCTUBRE			MES DE NOVIEMBRE			MES DE DICIEMBRE			MES DE ENERO			MES DE FEBRERO			MES DE MARZO		
ENTREVISTAS A NIÑOS Y NIÑAS CON LOS QUE SE INICIARA EL PROYECTO	■	■	■																		
ENTREVISTAS A LOS PADRE DE FAMILIA DE NIÑOS Y NIÑAS				■	■	■															
REVISIÓN DE FICHAS MÉDICAS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS							■	■	■												
ENTREVISTAS A PROFESORES DEL CENTRO RAPHA										■	■	■									
TRABAJO Y ANÁLISIS DE CASOS										■	■	■	■	■	■						
EVALUACIÓN Y REVISIÓN DE LOS CASOS																■	■	■	■	■	
ANALISIS Y EVALUACIÓN DEL PROCESO TOTAL DEL PROYECTO																					■

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:

El Centro Rapha tiene 6 años de creación, funciona al sur de Quito, presta servicios de terapia física, educación especial y da apoyo en problemas de aprendizaje.

La misión que desempeña es la de dar reeducación especial a niños que por dificultades en retraso psicomotriz y problemas de trastornos de lenguaje no logran insertarse en el sistema educativo normativo.

Atiende a niños desde la edad de 3 hasta los 10 años y da apoyo a los padres para que adquieran conocimientos sobre la forma en que deben apoyar y reforzar las actividades que realizan sus hijos en el centro. .

La población general esta conformada por 20 niños y niñas con retraso mental leve, parálisis cerebral, trastornos de lenguaje causados por problemas neurológicos , afasia motora, afasia dinámica, afasia global o total, disartria ataxica, disfemia, Dislalia Orgánica.

Muestra :

De la población se tomaron como muestra para desarrollar la practica 10 casos , 5 niños y 5 niñas. La edad comprendida de estos niños y niñas es desde los 6 a los 10 años.

Se delimitó el trabajo con estos niños y niñas porque son los que presentan problemas de lenguaje relacionados con causas orgánicas entre esas causas están parálisis cerebral y dislalia orgánica, afasia total, que dificulta el área del lenguaje verbal, se escogió a través de la revisión de las historias clínicas en donde hay exámenes que diagnostican que existe daño orgánico, de estos pacientes que presentan daño orgánico se realizó un diagnóstico para identificar a aquellos niños que mayor dificultad presentan a nivel familiar, la muestra seleccionada corresponde a aquellos pacientes en los que los trastornos neurológicos ha afectado a más de sus funciones del habla, su equilibrio psíquico y emocional.

Otro factor es que los padres de los chicos presentan buena disposición para que se inicie el trabajo investigativo y terapéutico en sus hijos por las demandas que presentan como irritabilidad, estrés, depresión, problemas de comunicación con ellos.

Otro aspecto que tome en cuenta para escoger la muestra es la variabilidad de dificultad y afectación del lenguaje verbal de acuerdo al género y edad, variables muy importantes para el análisis porque se pueden abordar diferentes características que enriquecerían el trabajo investigativo y un mejor abordaje psicoterapéutico en los niños y niñas.

No se tomo en cuenta a aquellos niños que presentan trastornos de lenguaje causados por retraso psicomotriz y dislalias funcionales por tratarse de problemas del desarrollo que tienen un adecuado tratamiento y espacio de intervención y responden a otras causas no orgánicas como maltrato, abuso, y retraso por diversas causas psicológicas .

4. CAP. IV ANÁLISIS

4.1. Técnicas De Trabajo Terapéutico Con Niños Y Niñas Con Problemas Neurológicos

Trabajar con niños implica hacer uso de material lúdico como juguetes, elementos de modelamiento, acuarelas, que llamen su atención y les permitan expresar aquello que no pueden a través de las palabras. En pacientes con problemas de lenguaje verbal se han aplicado técnicas como el dibujo libre, el garabateo y el juego. Si bien en los espacios terapéuticos cuando se atiende a niños que no presentan dificultad de lenguaje oral se hace uso de estas técnicas porque expresan poco verbalmente, a través del juego la pintura, el moldeamiento con plastilina logran simbolizar las diferentes realidades que estructuran sus malestares psicológicos. De igual forma son aplicables en aquellos pacientes que presentan problemas neurológicos que dificultan su lenguaje oral causando la imposibilidad de expresión verbal.

En la población infantil se evidencia como los niños y niñas son capaces de establecer una comunicación comprensible, que va más allá de la interpretación que tiene lugar en el espacio terapéutico. A través de la técnica de modelado con la plastilina los niveles de estrés presentes en los momentos de asistir a las sesiones bajan considerablemente. Por ser pacientes muy temerosos que sienten vulnerabilidad por los diferentes cuidados especiales que reciben de sus familiares, tal cantidad de cuidados les ha limitado, en el caso de una paciente de 6 años, una niña que tenía altos niveles de estrés por la dificultad motriz debido a que padece de atrofia cerebral izquierdo, se mordía las manos al no poder correr como los demás niños. En el espacio terapéutico ella pudo trabajar con la plastilina, por su dificultad motriz se le permitió que trabajara con pinceles y acuarelas, y pudo responder adecuadamente a cada sesión que se trató con ella, pudo comenzar a pintar su mundo, a identificar su círculo familiar nombrando de cierta forma poca pero entendible a los miembros de su familia.

Otros pacientes a través de la técnica del dibujo libre lograron abandonar la forma de expresión estereotipada , debido a que repetían el mismo dibujo y se les dificultaba mucho estructurar una nueva figura , la forma en que intentaban expresarse verbalmente lo repetían al intentar dibujar, entre ellos un paciente que puede decir pocas palabras relacionadas a lo cotidiano como (hambre, mamá bien, los nombres de sus padres) , hablaba muy rápido y se angustiaba al hacerlo y no ser comprendido, al hacer uso de la técnica del dibujo libre se le indicó que debía esforzarse y tener paciencia. Poco a poco fue abandonando el lenguaje estereotipado comenzando a pronunciar de una forma más adecuada las palabras que ya conocía y logrando estructurar nuevas figuras.

Estas técnicas ya son conocidas en nuestro medio pero lo importante al aplicarlas a estos pacientes que presentan la dificultad en el lenguaje oral es que se puede evidenciar la expresión no verbal como lenguaje y recurso principal en ellos al momento de encontrar dificultades. A través de gestos o movimientos corporales manifiestan desagrado, tranquilidad, angustia. Algunos pacientes se irritaban al no poder hacer uso del material, miraban directamente a los ojos y buscaban una que otra manera de intentar manipular los materiales.

En dos pacientes que presentan problemas de parálisis cerebral se les dibujo figuras de una familia y se les indico figuras parentales y respondieron con desagrado, o con una sonrisa, intentando indicar al padre y a la madre.

Desde el espacio terapéutico y la aplicación de las diferentes técnicas como la pintura, el garabateo, el dibujo libre , la importancia del lenguaje no verbal frente a esa dificultad resulta ser una gran herramienta para poder comunicarse con estos pacientes que no pueden expresarse verbalmente; el enojo, el ponerse alegres, irritables, indiferentes o mostrando interés y confianza indican que son sujetos que desean comunicarse, manifestar su deseo.

La importancia del lenguaje no verbal no escapa a la lectura e interpretación que un terapeuta puede lograr en este tipo de pacientes, sin hacer referencia al lenguaje de señas porque este ya tiene una codificación y simbología, tomando en cuenta al

lenguaje no verbal, el tono, la postura , el espacio físico , es decir los gestos movimientos, el girarse dar la espalda, intentar conocer el mundo desde el tacto porque no les es posible poner en palabras lo que sienten.

En el espacio psicoterapéutico se identifican necesidades diferentes a las que se comprenden como necesidades básicas, como las biológicas que son fácilmente comprendidas por los familiares de pacientes que padecen un trastorno neurológico y de acuerdo a patrones de conductas establecidas en los niños y niñas son suplidas. Surgen necesidades de afecto, de ser escuchados, necesidades de seguridad, en algunos pacientes la oportunidad de poder hacer catarsis por la angustia y el estrés por las limitaciones a las que deben enfrentarse.

En la paciente que se mordía los brazos del enojo por la dificultad psicomotriz que le impedía correr y jugar como los demás niños, en el paciente que indicaba constantemente deseos de ir al baño como resistencia a estar en la sesión o aquel paciente que botaba los materiales de dibujo y prefería darse vuelta interesándose solo por los juguetes. Estos casos son un ejemplo claro de cómo se cómo comunican desde lo corporal , algo que en los diferentes espacios en los que se desenvuelve el niño o niña que padece problemas neurológicos pasan desapercibidos y si son repetitivos son interpretados como una mala conducta , quedando anulada la expresión y la necesidad del niño o niña.

A continuación se da una explicación de las diferentes técnicas aplicadas en el espacio terapéutico y su importancia en la valoración como lenguaje en aquellos sujetos que no logran conquistar el universo de las palabras.

4.1.1. EL DIBUJO COMO MEDIO DE COMUNICACIÓN EN LA ENTREVISTA INICIAL CON NIÑOS CON TRASTORNOS NEUROLÓGICOS

“si por primera vez consigue agarrar un lápiz ya no lo suelta. Se ha dado cuenta por primera vez, de que el lápiz puede prolongar su mano.

El papel que tiene delante electriza su mirada. El lápiz se posa sobre el papel y además se desliza sobre él. El niño siente la resistencia del lápiz sobre el papel, o la de la tiza sobre la piedra, y se divierte moviéndolos sobre este espacio limitado. Pero lo que más le sorprende es que su movimiento deja una huella. Se queda maravillado. Es aquí donde por primera vez su necesidad de expresarse encuentra la posibilidad de hacerlo.” (Golfari)

La técnica del dibujo libre aporta la riqueza del simbolismo expresado a través de los dibujos infantiles como medio por el cual llegar a la experiencia profunda que supone la enfermedad neurológica para el niño, su invasividad en la representación de su mundo interior, su estado de ánimo y sus recursos yoicos. El simbolismo del lenguaje, por lo directo que es, presenta también una amenaza para ellos. De ahí la necesidad de crear un espacio común entre la realidad y la fantasía donde a veces son difíciles las palabras, pero que favorezca una comunicación respetuosa de la resistencia y al tiempo creadora de un vínculo entre paciente y terapeuta en el cual poder ir dejando aparecer sus miedos y ansiedades a través de los trazos, formas, tamaños, colores, etc. Entendido de este modo, este lugar común nos evoca el bien conocido espacio transicional de Winnicott donde la comunicación a través del dibujo toma una funcionalidad similar al juego y la representación del niño expresa la situación de su espacio vital actual.

“El dibujo es entendido como un sistema significante, un sistema de símbolos, análogo al sistema de signos lingüísticos que constituye el lenguaje, pero principalmente formado por signos icónicos. Se trata pues de un lenguaje en imágenes que, al igual que la palabra, no sólo comporta una función comunicativa, sino también elaborativa, por cuanto le permite al niño simbolizar fantasmáticamente sus conflictos inconscientes y representarse a sí mismo sirviendo a la formación y sostén del yo y del narcisismo, en un movimiento que va de lo imaginario individual a lo simbólico colectivo, favoreciendo la inscripción del niño en el orden o estructura familiar y social.”⁴¹

En ese sentido, no entendemos el dibujo como un mecanismo gráfico independiente del lenguaje, sino que, al contrario, estaría complementando dicho sistema de signos lingüístico. El infante que, por su momento evolutivo, todavía no llega a la comprensión cognitiva de lo que supone esta enfermedad es capaz de percibir la amenaza, el miedo y la incertidumbre en su propio cuerpo y en quienes lo rodean, expresándolo de un modo distinto a las palabras que aún le faltan.

En la entrevista con el niño se busca verificar este deseo, además de explorar la disposición, necesidades y capacidades del infante para establecer un diálogo y su desarrollo previsible. En el caso de familias con escasa comunicación, donde el equilibrio familiar se sostiene a través de un estilo defensivo, las intervenciones y el afecto que promueve la relación terapéutica puede vivirse como una amenaza. Pero este diálogo también depende de la capacidad empática del terapeuta, de su acercamiento y respeto al modo en que los miembros de la familia están sobrellevando la situación en la que se encuentran.

⁴¹ Aramburo Uribe Nicolas , “ El Dibujo Y La Simbolización En Algunos Casos De Maltrato Infantil . Una Mirada Psicoanalítica/ Affectio Scietatis No../ Http://Antares.Udea.Edu.Co. 10/Junio 2010 17:pm

La tarea del terapeuta consistirá en ayudar al niño a buscar salidas a su aislamiento; en niños pequeños y en periodo de latencia la intervención requiere más recursos que sólo el verbal. El autor cita los criterios para la psicoterapia con niños aportados por Bürgin (1992), dependiendo del estado psico-físico del niño y de la severidad de la enfermedad:

Evaluación de las funciones del yo y de los mecanismos defensivos.

Modalidad de establecimiento del contacto del niño y factores que facilitan la comunicación: intereses, creatividad, humor, expresión y regulación emocional.

Representación del self: sentimiento de valía personal, vivencia de su yo corporal e integridad de su cuerpo.

Relaciones objetales, figuras significativas, arraigo en su entorno social e importancia del apoyo externo para el mantenimiento del equilibrio personal. Y el significado del dibujo de un niño en el proceso de evaluación.

En toda intervención terapéutica en la clínica infantil, el dibujo, al igual que el juego, es un medio de expresión que los niños emplean con frecuencia y que resulta muy útil en el tratamiento. De acuerdo con otro importante estudioso del grafismo infantil, Widlöcher (1971), descubrimos en cada etapa el deseo del niño de expresar la realidad que él experimenta y conoce, lo que a él le llama la atención, no necesariamente la representación que el adulto esperaba encontrar.

“El proceso terapéutico el dibujo también se ve influido por la relación del niño con el terapeuta además de expresar su estado actual y sus experiencias, por lo que adquiere un significado especial que sólo puede ser comprendido desde este contexto privilegiado, donde el dibujo cobra mayor relevancia comunicativa y expresiva.”⁴²

En ese sentido la importancia de la actitud del terapeuta en el encuentro interpersonal, la empatía y la invitación a la participación permiten en el niño el inicio del contacto y favorecen la comunicación, observando en todo momento las

⁴² Di Gallo Alain. “Journal Of Chil Psychotherapy, Edit. Médico-Técnica ,Agosto.2001. Vol 27 Pág. 197.

modalidades de relación que activa el infante. El dibujo libre nos permite conocer diferentes expresiones que se describen a continuación :

Función comunicativa: el dibujo es un espacio de expresión del mundo interno del niño al exterior, permitiendo así el contacto con el entorno que le rodea.

Función holística: el dibujo muestra la visión del niño de su mundo y de sus sentimientos en su totalidad, esta condensación creativa en los objetos que representa le proporciona confianza y satisfacción.

Función ilustrativa: muestra la etapa citada del realismo visual de Luquet donde el niño busca imitar la realidad que ve. Según Meili-Schneebeli “el dibujo se presenta por sí mismo y no tiene valor simbólico.

Función expresiva: todo cuanto el niño hace en el dibujo, su modo de dibujar, cómo emplea los materiales, lo que representa, expresa su estado mental y su estado de ánimo en el momento actual.

Para Di Gallo el dibujo es una aproximación a la personalidad del niño, la lectura del dibujo en su totalidad nos muestra su relación afectiva con su entorno, sus movimientos de acercamiento y retirada, su deseo o miedo, que caracteriza su relación con la gente y las cosas. El autor cita a Widlöcher para destacar los procesos de condensación y desplazamiento que, como en el sueño, aparecen en el dibujo y en el comentario espontáneo del niño: “Dibujar es un juego. De hecho tiene en común con el juego los elementos de seriedad y fantasía...y la paradoja revelada por la aparente antinomia entre seriedad e intencionalidad se resuelve con la hipótesis de la actividad psíquica inconsciente” (Di Gallo, p. 201). Sin embargo Di Gallo previene de la tentación por parte del terapeuta de buscar significados encubiertos más allá de lo que el niño desea expresar en el inicio de ese diálogo todavía incipiente. Antes de hacer inferencias sobre el dibujo es importante partir del relato del niño del contenido manifiesto y su propia interpretación

El dibujo resulta ser una técnica valiosa y útil en la evaluación diagnóstica y en el proceso terapéutico con niños que padecen trastornos neurológicos que junto con el

juego, el modelado, etc., se considera sin duda una herramienta indispensable por la gran mayoría de los autores a lo largo de la historia del psicoanálisis infantil. Cabe añadir su utilidad en aquellas circunstancias en las cuales el lenguaje se ve mermado y el grafismo abre una vía de comunicación y de creación tanto en niños como en adultos.

En el espacio terapéutico se pudo trabajar sobre los procesos de reeducación en aquellos niños que presentaban hostilidad a su ambiente familiar. Al momento de dibujar había poca coordinación en los movimientos y las figuras no presentaban una estructura analizable. Con la ayuda de mayor control postural los pacientes lograron expresarse mejor a través del dibujo.

El proceso de reeducación también permitió que aquellos elementos hostiles puedan ser tramitados. Ej. En la evaluación psicológica de una niña de 9 años que presentaba retraimiento social se trabajó desde el dibujo libre, en los primeros dibujos **fig. 1**. Se observan pequeñas figuras rayadas con colores, en la **fig. 2** se pueden apreciar figuras poco rayadas. Eran las expresiones de anular los elementos de su propio ambiente.

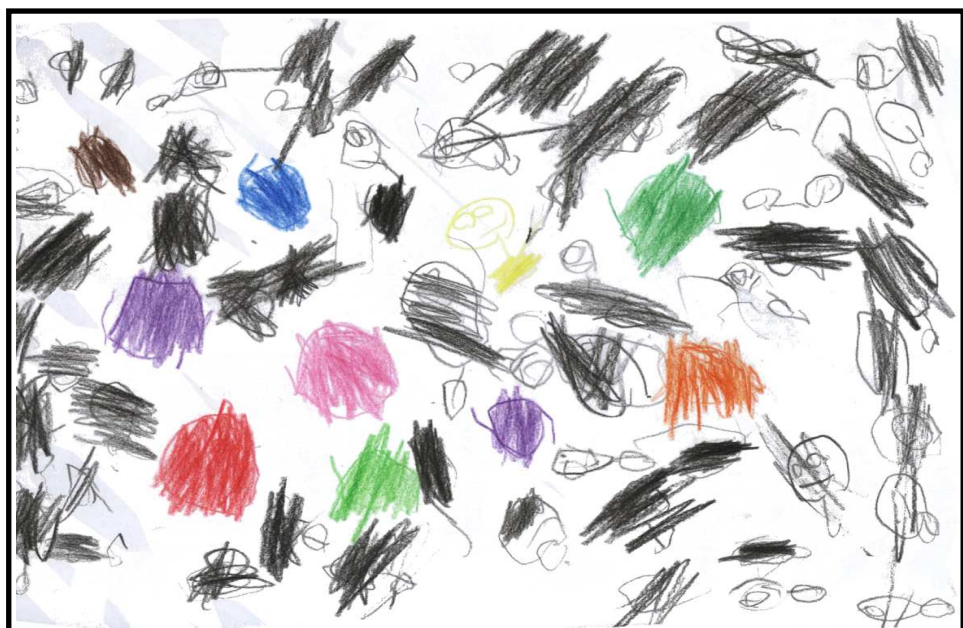


Fig. 1



Fig. 2

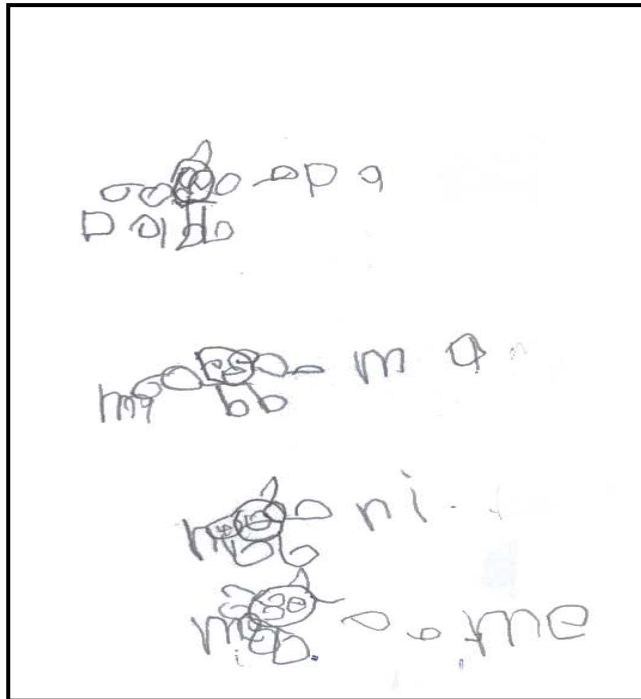


Fig. 3

4.1.2 EL TACTO COMO MEDIO DE EXPRESIÓN Y LENGUAJE DE NIÑOS CON TRASTORNOS NEUROLÓGICOS

El cuerpo, tal y como lo entendemos en la cultura occidental, es una construcción subjetiva en la que se integran aspectos individuales y colectivos. El cuerpo se construye en las experiencias y por las experiencias derivadas de la interacción de numerosas variables que pueden ser hereditarias, culturales, sociales y ambientales y resulta que el cuerpo es capaz de relatar un cúmulo de experiencias a través de diversas posturas, gestos, calidades de movimiento, formas de tacto y contacto, síntomas y enfermedades. Todos estos signos conforman un verdadero lenguaje que posee una sintaxis y una semántica propias.

“Los significados que asignamos al contacto táctil varían de acuerdo con la parte del cuerpo tocada, el tiempo que dura este contacto , la fuerza aplicada , la percepción del mensaje como intencional o no, la manera de tocar, con el puño cerrado o abierto y la frecuencia con que se hace.”⁴³

En aquellos pacientes que padecen trastornos neurológicos graves como la parálisis cerebral la motricidad se encuentra muy afectada y la comunicación presenta altos déficits, sin embargo mediante el tacto logran conocer y expresarse, en el tocar al otro expresan su lenguaje y necesidades de afecto.

La técnica del tacto está especialmente indicado para casos difíciles, más graves o menos graves, niños con parálisis cerebral, problemas neurológicos, síndromes extraños, problemas no localizados médicamente. Para todos aquellos niños o adultos que necesitan dar un empujón de mejoría.

⁴³ Calvo Román Norma. “ El Modelo Actancial Y Su Aplicación” Edit. Pax México. 2007.

“Los actos fallidos (equivocaciones o errores involuntarios) son otro tipo de lenguaje no verbal con el que los sujetos se comunican involuntaria e inconscientemente. Pueden parecer meras equivocaciones o errores sin importancia y causales. Pero también es cierto, especialmente a partir de los estudios hechos desde el psicoanálisis, que todos estos actos pueden tener una significación simbólica oculta, que quizás solo es significativa para quién los produce o actúa.”⁴⁴

Al observar el proceso de la comunicación verbal, únicamente se da atención a dos medios de expresión: el oral y el escrito, ambos realizados por medio de las palabras, Pero existen otras formas de comunicación que pueden realizarse de diversas maneras: como la comunicación a través del tacto, en donde se recurre a gestos de manos, de brazos, o de cuerpo.

4.1.3 TÉCNICA DEL MODELADO CON PLASTILINA COMO MEDIO DE EXPRESIÓN Y LENGUAJE DE NIÑOS CON TRASTORNOS NEUROLÓGICOS

La expresión plástica mediante la plastilina comunica no solamente con la figura o acción realizada, también manifiesta la huella psicológica sensible, creativa, intelectual y temperamental que expresa quien manipula el material. Es una forma de lenguaje visual por la capacidad de representar. En sus primeros años el niño comienza a conocer el mundo a través del contacto con los objetos, tocar, amasar, romper porque estas actividades le permiten experimentar, tiene menos distancia del mundo de los objetos y en mejor dinámica con él. En sus primeros contactos con el material logra hacer solo pedazos de círculos, cilindros enrollados y bolitas que pueden compararse al hojal, al remolino y al círculo, elementos primitivos de la actividad gráfica. Con la constante experimentación y movimientos rítmicos el niño logra construir casualmente formas y figuras a los cuales les atribuye significados.

⁴⁴ Pont Teresa, Pueyo Andrés “La Comunicación No Verbal” Edit. Uoc. Pág. 28.

La importancia del uso de la plastilina es el proceso de desarrollo psicomotor que se aplica para poder plasmar los contenidos y las formas de la realidad, el uso de ambas manos al manipular logra una precoz coordinación bilateral entre manos y dedos, esto permite disminuir las deficiencias motoras en niños que presentan discapacidad. El uso del material plástico es tomado como un lenguaje porque permite representar, expresar y a diferencia de otras actividades expresivas presenta la cualidad de ser un medio que obliga al niño a adaptar el material a sus propias exigencias y leyes físicas, poner en evidencia sus deseos y plasmarlos, además le permite diferenciar las dimensiones bidimensionales de las tridimensionales y el conocimiento de que aquello que crea permanece.

“La figura dibujada o pintada no puede ser modificada, a no ser que se borre, se destruya o se pinte otra figura sobre la original. Utilizando arcilla o plastilina se produce un continuo cambio, ya que el material responde a un mínimo toque o presión. Estos cambios no destruyen el material como ocurre si se rompe el papel. El arte gráfico es un medio bidimensional y la visión de la perspectiva no es más que una ilusión óptica.”⁴⁵

El material plástico presenta características tridimensionales que permite una fácil representación de los objetos reales, comparando las expresiones en dibujo, pintura etc. Solo se logran apreciar las figuras en un solo plano, es decir de frente y no los lados, el arte gráfico da paso a despreciar las leyes físicas entre ellas la ley de la gravedad pero las figuras creadas con plastilina están siempre sujetas a las leyes físicas y son modificables motivo por el cual el niño hace uso en gran medida de explotar su psicomotricidad.

Por la facultad de ser un material que favorece en gran medida los procesos proyectivos se emplea este tipo de material plástico en el espacio terapéutico. El niño al dar formas a la plastilina crea figuras que para él tienen un valor especial y afectivo, a través de esta actividad manifiesta su inquietud, angustia, fantasías y problemas.

⁴⁵ Piantoni Carlo “Expresión, Comunicación Y Discapacidad” Narea S.A Ediciones, Madrid 2001. Pag. 80-111

Es común hacer uso de este material en aquellos niños que presentan problemas de conducta repetitiva, agresiva, destructiva o constructiva que suelen formar parte del desarrollo normal y se manifiestan en sus esquemas de juego y verbalizaciones.

En el espacio terapéutico el uso del material plástico permite a los niños y niñas bajar niveles de estrés, mayor concentración al manipular el material. Los pacientes muestran mucho el interés por el material con el que trabajaban y las figuras que logran crear. En aquellos niños que se irritaban fácilmente permite mediar el estado de resistencia y ansiedad en el que se encontraba.

Aquellos pacientes que expresaban en el dibujo libre un lenguaje serializado y repetitivo dibujan solo círculos en donde no se evidencian figuras reconocibles, con la plastilina logran crear figuras con formas de objetos con los que se relacionan (figuras humanas, mesas, lápices) un claro ejemplo es el caso de un niño que presentaba mucha ansiedad y dibujaba muy rápido, otras veces mostraba resistencia, al finalizar la práctica con la plastilina pudo dibujar cosas nuevas en el dibujo libre y sus niveles de ansiedad y resistencia al material disminuyeron considerablemente.

En las **fig. 4** y **fig. 5** se observan figuras con contenidos repetitivos, el niño en cada sesión dibujaba solo círculos y su conducta era estereotipada y aquella conducta la proyectaba en sus dibujos.

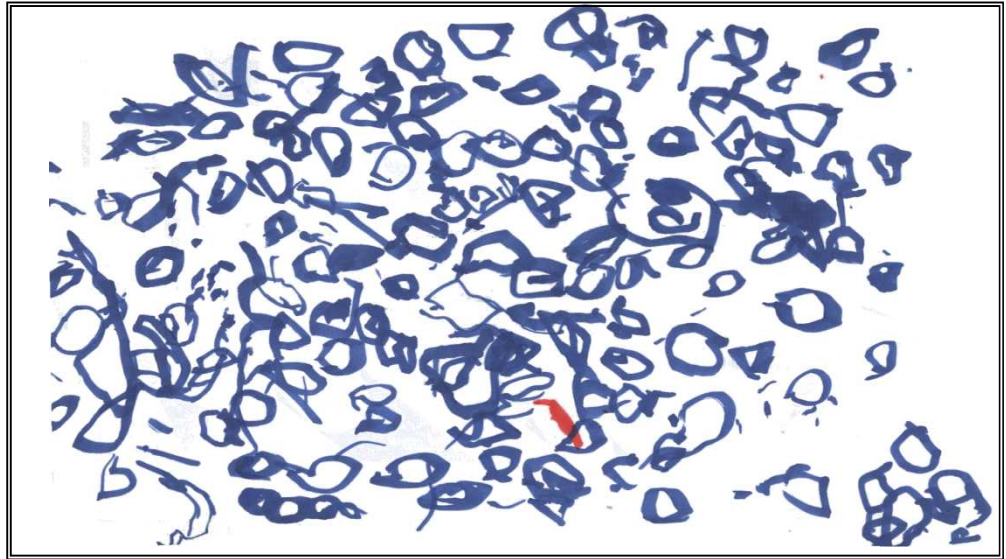


Fig. 4



Fig. 5

Al final del proceso de practicar con el material plástico con el niño se le pidió que dibuje a una persona y el paciente logró crear figuras reconocibles, una figura con partes del cuerpo (ojos, boca, cabeza, tronco). **Fig.6** Esto permitió al paciente continuar con el apoyo pedagógico que recibe, llenando su experiencia de nuevos referentes que puede plasmar mediante el lenguaje que el material lúdico y artístico le permite

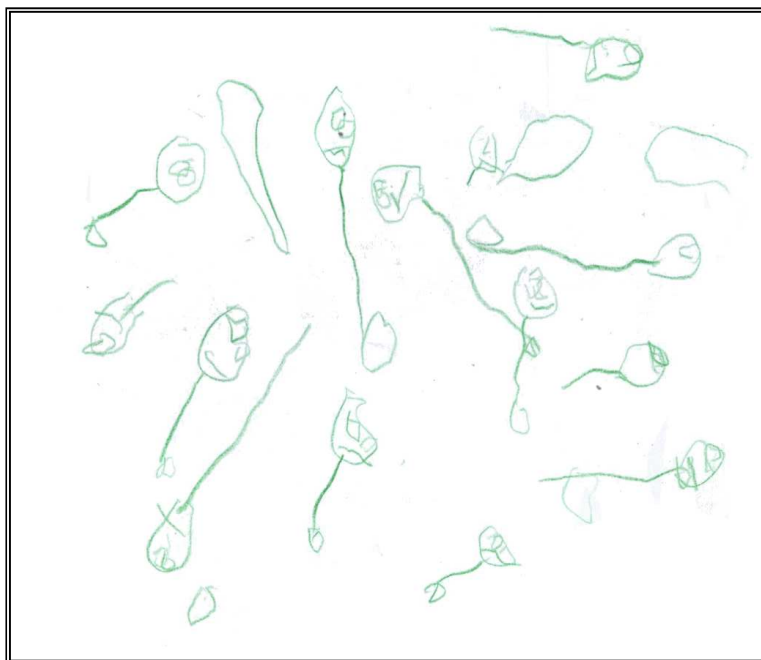


Fig. 6

Se recomendó a los padres continuar con esta actividad en casa en aquellos pacientes que presentan mayor dificultad de psicomotricidad, con la finalidad de dar mayores referentes de los objetos, explicándoles la importancia que tiene la expresión plástica y la función como lenguaje que permite al niño tener mayor facilidad para expresarse.

4.1.4 TÉCNICA DEL GARABATEO COMO MEDIO DE EXPRESIÓN Y LENGUAJE DE NIÑOS CON TRASTORNOS NEUROLÓGICOS

En esta técnica que ofrece el dibujo es fundamental estimular y valorar toda forma de manifestación gráfica. Sin dar importancia la cantidad de hojas con rayas y signos que parecen no tener ningún significado, la actividad de garabatear se convierte en una acción productiva por pertenecer a las perspectivas que el niño tiene del mundo y que se manifiesta según su desarrollo madurativo. Anteriormente las expresiones gráficas infantiles que no presentaban figuración eran consideradas como la expresión más clara de la incapacidad presente en los niños y eran indicadores de caos y desorden que debían superarse cuanto antes.

“No es más que un movimiento fluctuante, después rotatorio, determinado por un gesto de flexión que le marca una dirección centrípeta en sentido contrario a las agujas del reloj.”⁴⁶

Los estudios científicos han logrado insospechados valores expresivos en el garabato, llegando a comprobar que el niño entre los 18 y 20 meses logra la milagrosa experiencia del signo. El garabateo permite al niño tomar conciencia de su capacidad de expresión se da cuenta que puede comprender. En la práctica de garabatear observa que sus movimientos dejan una huella y que existe una relación entre causa y efecto, entre sus gestos y los signos que surgen del lápiz y o del pincel.

El descubrimiento de la relación entre las huellas y los gestos que expresa en ellas le hace esforzarse para que domine cada vez más sus propios movimientos. La actividad del garabateo no es una acción que no tenga objetivos claros, hace referencia a la adquisición de la conducta motriz indispensable para la conquista de la escritura.

En niños que presentan algún tipo de discapacidad en su motricidad es muy importante dejarles garabatear y observar la conducta frente a los materiales y el tiempo que emplea. Muchos niños tienen cierto asombro al entrar en contacto con los lápices y hojas de papel, otros demuestran poco interés y no poder estructurar una figura reconocible rompe el papel como respuesta a la frustración que sienten.

En las **Fig. 7** y **Fig. 8**. se observan formas del garabateo en un paciente con problemas de atrofia cerebral, hacía uso de muchos colores y el poder rayar era gratificante, se fijaba mucho en los colores... En el aula presentaba dificultades por el poco reconocimiento de reglas, desde la actividad de garabatear fue reconociendo límites y mayor coordinación de sus movimientos.

⁴⁶ PIANTONI CARLO “EXPRESIÓN, COMUNICACIÓN Y DISCAPACIDAD” NAREA S.A EDICIONES, MADRID 2001. PAG. 62.

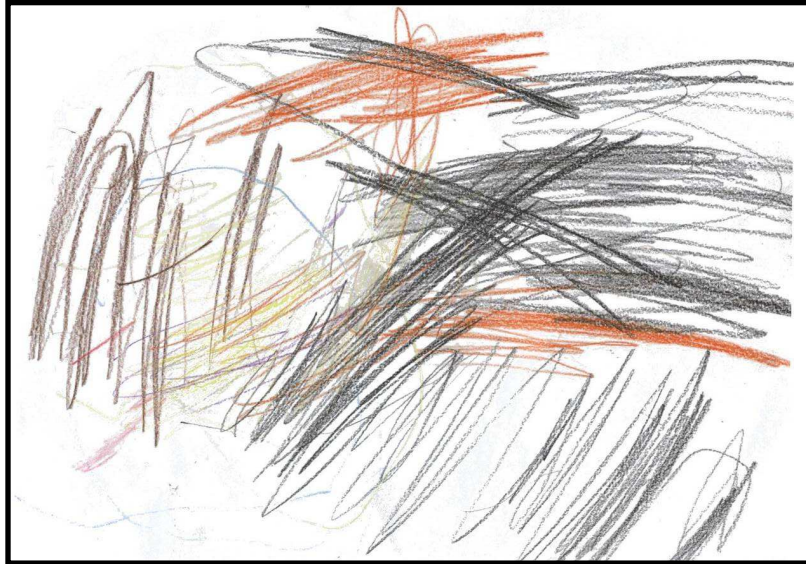


FIG. 7



FIG. 8.

En la 7ma sesión el paciente demostraba tener una mejor conducta y colaboraba durante la sesión, ya no lanzaba el material y su interés por los lápices de colores había aumentado, no solo mantenía un interés por lo que podía hacer, también estiraba la mano indicando lo que podía plasmar.

En su último dibujo pudo realizar un dibujo que podría analizarse como el intento de dibujar a una persona sentada en una silla de ruedas.

4.2. ANÁLISIS DE CASOS

Son diversas las causas por las cuales el sujeto padece malestar psicológico, entre ellas está el presentar una enfermedad o un trastorno que limita sus facultades más elementales como comunicarse, ejecutar una acción para suplir su necesidades.

El objetivo de este trabajo fue crear un espacio terapéutico que permitiese abordar el malestar psicológico de niños y niñas que padecen problemas neurológicos y que tienen dificultad en la evocación del lenguaje verbal.

Atender a estos pacientes ha significado un reto importante por la complejidad que implica comprender lo que intentan comunicar. Sin embargo se ha logrado revalorizar las formas que niños y niñas con dificultad de expresión verbal usan para relacionarse con su entorno, las dificultades que se manifiestan en los procesos de comunicación y el malestar que padecen ante las limitaciones que enfrentan al no ser comprendidos por los demás.

Actualmente las evaluaciones psicológicas que se practican en estos pacientes no trascienden el análisis psicométrico que evalúa las capacidades coeficiente intelectual presentes en ellos, sin tomar en cuenta el malestar psíquico causado por trastornos que limitan en gran medida los vínculos familiares y sociales de quién los padece.

A través del análisis de la mirada y el lenguaje corporal se ha logrado evidenciar los diferentes malestares psicológicos que presentan estos niños y niñas, sentimientos de frustración, depresión, ira, elevados niveles de estrés que afectan su área emocional. Tener serias complicaciones en el área de lenguaje y la conducta motriz limita en gran medida las relaciones familiares y sociales de estos pacientes.

El no ser comprendido por otro genera estados de soledad, aislamiento, factores que han podido ser tratados en el espacio terapéutico, no solo como factores de análisis sino también como factores de re-significación del malestar psíquico que padecen, ha permitido que los pacientes logren hacer catarsis y tramitar sus diferentes problemáticas. Haciendo uso del juego, del dibujo libre, de la pintura y

modelamiento con plastilina pude evidenciar como los pacientes logran comunicarse, sea rechazando el material, mostrando interés e intentando estructurar un dibujo del entorno social al que pertenecen. Todas estas conductas han implicado la valoración del lenguaje corporal, cada gesto en el que comunican agrado, desagrado. Pero más allá de los gestos aquella forma particular de comunicarse que han adoptado, pone en evidencia a un cuerpo que comunica. Pacientes que se auto agreden al no poder realizar actividades sencillas como correr, cantar, pacientes que se estresan al no ser comprendidos por los demás y otros que han desarrollado fuertes sentimientos de inferioridad y dependencia.

A través del análisis se ha podido canalizar la información a los familiares de estos niños, con la finalidad de tramitar el malestar psicológico, Síntomas como la depresión , el miedo, el aislamiento, la desesperanza, han sido elementos a tratar en el espacio terapéutico, en donde se evidenció y se corrobora un alto déficit en las relaciones sociales de aquellos niños y niñas que no tienen un espacio en casa para enriquecer su mundo infantil, padres llenos de imaginarios sociales que no les permiten conocer el mundo especial de sus hijos.

Han logrado integrarse aquellos niños que presentaban aislamiento, depresión, con el apoyo de las educadoras han adquirido mayor confianza ante limitaciones causadas por la sobreprotección familiar, en aquellos pacientes irritables un mayor control de la frustración que sienten.

Ese ha sido el objetivo de dar importancia al lenguaje corporal, generar espacios de re-significación. Permitiendo que niños y niñas con dificultad en el lenguaje verbal expresen desde sus recursos lo que sienten.

Sea rompiendo el material, mirando con diferentes expresiones, expresando una conducta de indiferencia o simplemente haciendo uso de sus manos para tocar otras y comunicarse.

El análisis y la valoración del lenguaje no verbal ha permitido comprender las limitaciones de estos pacientes, sentimientos de no pertenencia. Por la dificultad que presentan se han generado sentimientos de culpa en los padres de estos niños y niñas,

complejos por tener un hijo o hija que presenta un alto nivel de dependencia, mayor vulnerabilidad. Aquellos complejos y sentimientos de culpa han afectado las relaciones familiares entre padres e hijos reduciendo espacios para compartir y llenar de referentes a estos niños.

Desde el espacio de atención psicológica se ha logrado fortalecer la comunicación y las relaciones familiares de estos niños y niñas, identificando aquellos procesos de sobreprotección y comunicación establecida solo para suplir necesidades básicas que no permiten que los niños y niñas obtengan fortalezas y recursos para relacionarse adecuadamente en la sociedad.

4.2.1. CASO 1.

NIÑA VERÓNICA

EDAD: 10 AÑOS

DIAGNOSTICO CLÍNICO: ATAXIA CEREBRAL

La paciente ha presentado anteriormente un duelo por la partida del padre, esto afecto a todo el sistema familiar, surgieron conflictos entre la paciente como resultado de tramitar sentimientos de culpabilidad. Dificultad para integrarse al nuevo centro educativo, acompañado de aislamiento y síntomas de depresión.

Se trabajo desde la mirada psicoanalítica, la paciente se rehusaba a hablar y a usar materiales que permitiesen analizar su situación actual.

-se trabajo individualmente con la paciente desde las pocas frases, se incentivo a que adquiriera leves patrones de independencia.

-con apoyo de la educadora se logró iniciar el proceso de integración al centro, motivándole a participar en actividades que no demandaban mucho esfuerzo físico.

Se continuó trabajado con el hermano y la madre con la finalidad de que logren tramitar sentimientos de culpabilidad y de un apoyo más adecuado a la paciente.

SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE.

En la evaluación actual finalizado el proceso psicoterapéutico la paciente ha logrado un buen nivel de adaptación, comparte mayores espacios sociales y su relación con compañeros del centro es funcional y dinámica.

-sus relaciones familiares han mejorado, con la madre, esta mejor y ahora tiene relación con el padre

-En el área de lenguaje se evidencian avances que hacen más funcional la comunicación de la paciente.

-El área motriz presenta dificultades propias del daño neurológico que se manifiesta en la paciente.

4.2.2. CASO 2.

PANTOJA MELANY

3 EDAD: 10 AÑOS

DIAGNÓSTICO: MICROCEFALIA

Hace un año y medio comenzó a presentar una conducta de alejamiento y fuerte retraimiento, no compartía con los demás niños, mostraba enojo ante la presencia de nuevas personas, en su rendimiento académico presentó dificultades por la poca colaboración al momento de aprender, no terminaba la tarea asignada y rehusaba a continuar.

Se ha trabajado con la paciente durante siete sesiones, dando un espacio en donde pueda expresar de la forma en que puede su dificultad y forma de verse o no inmersa en la sociedad.

A través del dibujo libre se logro que pudiera realizar el Test de la familia con una estructura analizable.

En lo que respecta al apoyo terapéutico; se trabajo desde técnicas sistemáticas que ayuden a reducir automatismo en la paciente al realizar una tarea.

Su relación familiar ha mejorado, es más tolerante al conocer nuevas personas. Se muestra menos resistente al expresar situaciones de su entorno familiar, comparte más y muestra interés por las personas con quienes se relaciona.

-continúa asistiendo al centro de reeducación especial y se ha integrado nuevamente a las actividades con sus compañeros y a continuar con la terapia de lenguaje.

4.2.3. CASO 3.

MALDONADO FLORES ANGEL : EDAD 8 AÑOS

DIAGNOSTICO: ATROFIA CEREBELOSA

Niño Presenta dificultad en el lenguaje, desde el nacimiento, su motricidad se ve afectada levemente presentando serias dificultades en la motricidad fina.

Ha presentado dificultades para integrarse con los demás niños y con las reglas establecidas por sus educadores,

La poca aceptación por parte del padre y el sistema familiar que ha dado pocos referentes del mundo al paciente ha generado una conducta defensiva y la poca noción de las reglas, indiferencia ante los programas educativos que se imparten en el centro.

El problema de lenguaje verbal desencadena situaciones de estrés y angustia en el paciente y su retraso presente hace que su conducta corresponda a la de un niño menor a su edad.

El paciente presenta dificultad para terminar una tarea o actividad asignada, se intento trabajar desde las técnicas del dibujo libre y análisis de la mirada psicoanalítica.

Se trabajó desde el fortalecimiento de pronunciación de las necesidades que presentaba el paciente.

Se evidencio fuerte resistencia a trabajar con materiales como: lápices, hojas, pintura con acuarelas, siendo su prioridad jugar con algunos objetos.

Se intereso más por trabajar con los rompecabezas y material lúdico.

Se trabajó sobre los niveles de impaciencia que presenta el paciente, asignando tiempos como recompensa para que juegue con el material lúdico y tiempos asignados para el proceso analítico.

Paciente presenta dificultad en la asunción de cumplir reglas, poca tolerancia a la frustración, lo hace fácilmente cuando no puede comunicar adecuadamente lo que necesita.

Tiene la capacidad de comprender lo que uno le asigna, pero solo presta atención si una tarea asignada es de su interés, caso contrario presenta una negación muy fuerte.

Actualmente el paciente muestra interés por los materiales que los educadores emplean en las actividades escolares.

Reconoce límites y reglas asignadas.

Tiene un buen proceso de integración y se relaciona de una mejor manera con sus compañeros, jugando y respetando reglas del juego.

Se evidencia en el paciente pobre contacto con su ambiente social fuera del centro, no participa en actividades que impliquen adquisición de nuevas habilidades que le permitan ser más independiente.

No hay refuerzo en casa sobre los recursos que adquiere en el centro.

Ante dificultades se estresa menos y pide ayuda a sus educadores.

Su situación familiar presenta resistencia en tramitar los sentimientos de culpa que implica una discapacidad que afecta la comunicación, por este motivo no hubo apertura para trabajar en el espacio terapéutico con familiares del paciente

4.2.4. CASO 4

SANDOVAL MORQUECHO DOMENICA

DIAGNÓSTICO

Desde el nacimiento la paciente ha presentado atrofia cerebral a nivel cortical, esto dificultó en un alto grado el área del lenguaje de la paciente.

Se desencadenaron conductas estereotipadas que aun están presentes.

Los padres pensaron que eran problemas de audición pero con el respaldo de exámenes se descartaron esas apreciaciones, dando como resultado la posibilidad de que la paciente podría mejorar su lenguaje.

La niña presenta miedo y alejamiento por la dificultad de lenguaje existente, se esfuerza para hacerse entender y al no ser comprendida se frustra fácilmente, se estresa y rechaza el contacto con los demás por algunos minutos.

El no ser comprendido por los demás genera mecanismos de alejamiento, y desconfianza. Se intentó trabajar desde la técnica del garabateo pero no fue posible por los movimientos estereotipados que presenta la paciente.

Se trabajo desde la técnica del juego y dicha actividad se volvió a ejecutar en las horas de receso junto con otros niños.

La paciente logró interesarse por el juego de los demás niños y se integró, se intento nuevamente aplicar la técnica del garabateo pero el paciente mostro indiferencia ante el material haciendo uso de él para jugar.

Desde la mirada psicoanalítica se pudo evidenciar las diferentes respuestas ante estímulos estresantes como intentar hablar y no ser comprendida, intentó de control de sus movimientos estereotipados.

Rechazo al contacto físico.

Actualmente la paciente ha mejorado sus patrones de comportamiento ante el contacto físico con los demás niños del centro.

Presenta mayor control de sus manos al enfrentar situaciones como no tener acceso a los objetos y no ser comprendida por su dificultad al intentar hablar.

Ha logrado un buen proceso de integración en su área escolar, presenta mayor disposición para aprender.

En su área familiar tiene un mayor reconocimiento de reglas y límites. Ha logrado un buen proceso de integración en su área escolar, presenta mayor disposición para aprender.

4.2.5. CASO 5.

TORRES BECERRA XAVIER EDAD 9 AÑOS.

DIAGNÓSTICO: EPILEPSIA PARCIAL.

Desde el nacimiento el paciente ha presentado conductas de hiperactividad asociada a la epilepsia parcial que padece. Por la dificultad presente, los padres y en gran medida la madre ha adoptado una conducta sobreprotectora, motivo que ha dificultado el avance en los procesos de aprendizaje y reconocimiento adecuado de normas en el paciente.

La sobreprotección hacia al paciente no le ha permitido adquirir nuevas herramientas que le permitan mayor grados de independencia, y en el centro esto ha resultado un problema porque ha comenzado un proceso de retroceso.

Paciente que presenta dificultad de lenguaje; se tomo como principal demanda la dificultad que presenta al verbalizar palabras.

Paciente que presenta un alto nivel de angustia debido a la dificultad que presenta, respiración muy rápida y conducta motriz acelerada.

Se intento trabajar con el paciente desde la técnica del dibujo libre, y la plastilina, de igual forma se le orientó a intentar realizar el test de la familia.

El paciente realizo figuras que no tenían una estructura definida, figuras que correspondían a una serializad repetitiva como respuesta a su dificultad de lenguaje.

Se trabajo sobre sus niveles de angustia, su deficiencia para tolerar experiencias desagradables, se trabajo también sobre el establecimiento de límites, ya que a nivel familiar no hay una figura que ejerza el rol de autoridad en el paciente.

Se intento romper con la serialidad que presenta al dibujar, se logro que libremente realice nuevas figuras, y que su angustia al no poder comunicarse adecuadamente disminuya.

Paciente ha logrado tener más paciencia al momento de realizar actividades que implican mayor concentración.

Ha logrado estructurar nuevas figuras referentes a su ambiente, indicando patrones de cambio en la forma de crear figuras serializadas.

A nivel familiar presenta mayor colaboración para tener una conducta acorde a su edad.

Los síntomas de angustia han disminuido y se ha logrado realizar actividades que demandan más tiempo y colaboración del paciente.

- Se ha logrado mayor independencia trabajando en conjunto con la madre, sobre aquellos procesos de sobreprotección que han limitado al paciente.

4.2.6. CASO 6.

HARO TIPANTUÑA WILMA EDAD: 5 AÑOS

DIAGNÓSTICO: PARÁLISIS CEREBRAL

Paciente al momento de nacer fue diagnosticada con PCI parálisis cerebral infantil de tipo espástico, acompañada de hemiplejía, este trastorno del desarrollo comprometió seriamente el área motriz y el área de lenguaje de la paciente, presentándole una discapacidad física y limitaciones para iniciar un proceso educativo.

Tiene un alto nivel de dependencia y ha presentado varias caídas que han dificultado un eficaz avance en el desarrollo psicomotriz.

Ha presentado periódicamente convulsiones relacionadas al problema inicial que padece, después de estas convulsiones la paciente ha presentado indiferencia al ambiente que le rodea, mirada dispersa y síntomas de depresión.

Paciente ha presentado problemas de depresión relacionados con la frustración que se genera al no poder adquirir independencia.

Padres de la paciente han llevado a varios centros de rehabilitación y ha mejorado su conducta motriz, adquiriendo mayor equilibrio y cuidado de sí misma, también ha iniciado terapia de lenguaje ya que el problema de PCI no es degenerativo, le ha permitido mejorar y tener una forma de comunicación que solo la madre comprende.

El presentar problemas de motricidad, hemiplejía y las convulsiones han generado en la paciente sentimientos de frustración, ya que es consciente de su limitación, esto le ha provocado angustia, que enfrenta su problema desde una conducta irritable como forma de comunicar el problema que está atravesando. -por problemas de motricidad y control postural que presenta la paciente se trabajó desde el análisis de los gestos debido a la dificultad de evocación presente, se evidencio una mirada dispersa, se trabajó con la finalidad de focalizar la atención y bajar los niveles de estrés que ocasionaban la conducta irritable. -con apoyo de la educadora se trabajó sobre la identificación de las formas de comunicación existentes. Se logró mejorar la actitud ante aquellas limitaciones. Con apoyo de la educadora se adecuó material que permitió expresarse con mayor facilidad. El poder hacer nuevas actividades ha

generado en la paciente mayor participación en el área educativa e interacción con sus compañeros.

4.2.7. CASO 7.

Gallo Salazar Derick

EDAD: 5 AÑOS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: SINDROME BABER SAY

Su área de lenguaje no ha tenido mayor avance, emite sonidos pero no logra estructurar palabras ni silabas, no pude realizar una conducta motriz en miembros inferiores .

Sus padres han tenido problemas intrafamiliar por la discapacidad presente en el paciente, lo llevaron a un centro de estimulación temprana, ha logrado tener fortaleza en los miembros superiores y movilidad para desplazarse sentado en los miembros inferiores, su área de lenguaje verbal no ha presentado avances relevantes.

La conducta irritable del paciente no ha presentado cambios y el rechazo al contacto físico ha dificultado en gran parte el trabajo en el centro de estimulación temprana. Necesita ayuda para poder sentarse y trasladarse de un lugar a otro, no traslada objetos de un lado a otro, necesita de ayuda para alimentarse y para el aseo personal, no expresa ningún gesto o señal cuando desea algo. Se para solo arrimado a la pared.

Sigue los objetos que se le presentan, no identifica las tarjetas u objetos que se presentan.

Paciente presentaba fuerte rechazo al contacto físico, mirada evitativa, con dificultades para integrarse a actividades con los demás niños de su área educativa. Se intento trabajar desde la técnica del garabateo y el paciente rechazo el material.

-Por la curiosidad ante los objetos lúdicos se trabajo desde la técnica del juego, en el que sistemáticamente se tocaban sus manos, sus gestos comenzaron a variar a partir

de la sexta intervención, se trabajó la técnica del juego con la educadora y los niños de su área, inició procesos de integración y logro mostrar interés por una compañera que presenta también dificultades en el área del lenguaje, se pudo evidenciar nuevos gestos como sonrisa, intentos de moverse hacia la compañera, con refuerzo del juego el paciente sigue integrándose socialmente en el centro.

- Se entrevistó a los padres y se confirmó la actividad de jugar solo en casa sin referentes familiares, se recomendó identificar los patrones de comunicación existente, jugar con él, compartir más espacios sociales, continuar con el proceso de terapia física que recibe en el centro de reeducación especial.

Actualmente el paciente ha logrado un buen proceso de integración, no evita el contacto físico.

Se evidencian expresiones de sonrisa, enojo, direccionados a las personas con quienes se relaciona.

Participa en actividades lúdicas y escolares con los demás compañeros.

Los patrones de conducta irritable han variado y han disminuido en el paciente por la interacción que ha logrado. Se motiva por dirigirse a una compañera con quien ha podido relacionarse.

4.2.8. CASO 8.

SUAREZ VALENZUELA MARIA GRACIA EDAD: 6 AÑOS

Paciente al nacer presenta un problema en la médula espinal causado por una malformación cuyo diagnóstico fue Mielomenin Gocele. A este principal problema se asoció también un problema de hidrocefalia que afectó en un gran porcentaje el desarrollo psicomotriz de la paciente.

El área de lenguaje también ha sido afectada, con terapias de lenguaje se ha logrado que articule mejor las palabras, sin embargo el tono de voz es muy bajo y la comunicación con su entorno ha presentado serias dificultades.

Uno de los efectos del Mielomenin Gocele ha sido la osteoporosis que han provocado diversas fracturas y ha sido evidente el deterioro físico, así como se ha ido deteriorando el entorno social en la paciente por la dificultad de lenguaje que presenta.

Se trabajó con la paciente con la finalidad de análisis, desde el abordaje se pudo valorar la comunicación a través de los gestos que manifestó.

Paciente presentaba una fractura en su pierna izquierda y presentaba síntomas de depresión.

Se dio el espacio terapéutico para que la paciente manifieste su forma de sentirse, se trabajo en la creación de patrones que permitan tener más confianza, al momento de hacer ejercicios que permitan mejorar su equilibrio.

Paciente se encuentra actualmente estable, los síntomas de depresión han sido tramitados en el espacio terapéutico.

Se trabajó con la educadora para que la paciente participe en actividades que no dificulten su problema de fractura en la pierna.

Mantiene su forma de comunicación mediante gestos y miradas que le permite interactuar con los demás.

Asiste a un centro de reeducación especial y continúa recibiendo terapia de lenguaje, fisioterapia y apoyo pedagógico.

4.2.9. CASO 9.

CHANGO RIOFRIO. JESUS EDAD: 5 AÑOS

DIAGNÓSTICO: PARÁLISIS CEREBRAL ACOMPAÑADO DE MICROCEFALIA

Paciente ha presentado dificultad en el área motriz ya que no ha podido caminar, su área de lenguaje también ha sido afectada, se le diagnosticó parálisis cerebral acompañada de microcefalia, al momento de nacer presento hipoxia perinatal por prematuridad.

No ha logrado articular palabras, ha mantenido un sistema de comunicación que solo la madre comprende, ha presentado dificultades en el aprendizaje.

Ha acudido a diferentes centros de rehabilitación en donde se ha intentado que su problema de hemiplejia disminuya, ha recibido fisioterapia, terapia ocupacional y estimulación temprana, han sido poco los avances que ha presentado el paciente.

El presentar diversas limitaciones ha generado procesos de estrés que provocan en él una conducta irritable al no alcanzar sus objetivos.

El no presentar un nivel de comunicación comprensible hace que sufra procesos de frustración, que alteran su estado de ánimo y hace que se rinda fácilmente.

Se trabajó con el paciente desde la técnica del dibujo libre.

Se trabajó la impaciencia al realizar actividades que le resultan complejas, se evidenciaron sentimientos de frustración por la limitación que presenta, se trabajó conjuntamente con la educadora con la finalidad de identificar las formas de comunicación que tiene el paciente.

Por ser un paciente que tiene diversas limitaciones se dio apoyo para bajar niveles de estrés, a través del juego, manipulación de plastilina.

Paciente respondió adecuadamente al proceso terapéutico, a través de gestos se logró que la educadora tenga más conocimiento de sus necesidades, se logró una mejor respuesta en las actividades designadas al paciente dentro del aula.

Actualmente continua asistiendo a un centro de rehabilitación física, aún permanece su hemiplejía y dificultad en el lenguaje.

Paciente tiene mayor reconocimiento de reglas en el espacio pedagógico, mayor colaboración en las tareas designadas.

Ha disminuido los niveles de estrés ante aquellas actividades que le resultan complicadas de realizar.

Su conducta al relacionarse con los demás niños del centro ha mejorado, interactúa con ellos y participa en actividades lúdicas esforzándose por ser más independiente en actividades que demandan una conducta motriz.

4.2.10. CASO 10.

PASMIÑO SUAREZ SLENDY

DIAGNÓSTICO: APRAXIA MOTORA

Paciente presenta apraxia de realizaciones motoras.

Logró caminar a los 3 años, con dificultad y con ayuda porque sus movimientos eran descoordinados y al intentar sola sufrió varias caídas causándole lesiones como dislocamiento de brazos y lesiones leve en la piel.

Desde los 2 años ha asistido a terapia ocupacional y estimulación temprana, ha mejorado en un buen nivel su dificultad motora, ingreso a tener su educación en un centro de reeducación terapéutica y su lenguaje también ha mejorado, llegando a obtener una comunicación estable.

Hace 1 año comenzó a tener problemas serios de estrés, por la dificultad de moverse con mayor libertad en actividades lúdicas, en donde comenzó a auto agredirse mordiéndose las manos. Se inició un proceso de atención psicológica para que la paciente pueda mejorar su situación de estrés.

Niña presenta niveles de estrés causados por las exigencias de los tratamientos terapéuticos, hay un sobre-esfuerzo que no le permite compartir el tiempo necesario en actividades lúdicas, la limitación motora le causa momentos de enojo que no logra tramitar adecuadamente.

La falta de espacios para compartir socialmente podría estar limitada por el extremo cuidado de sus padres.

Paciente cuya demanda inicial fue la forma de auto agredirse cuando presentaba dificultad para expresar procesos de enojo.

Frente a la demanda inicial se trabajó con la niña desde la técnica de la mirada psicoanalítica, también se trabajó con plastilina, técnica del garabato.

Se evidenciaron altos niveles de estrés, motivo por el cual, se inició un proceso terapéutico que permitiera lograr en la paciente hacer catarsis.

Este proceso de catarsis se logro a través de la pintura con acuarela, material que más le agradó y que le permitió hacer catarsis y liberar situaciones de estrés reprimido.

La niña respondió adecuadamente al proceso terapéutico, habló muy poco durante las sesiones.

Se evidencio en la paciente fuerte carga de estrés relacionada con el nivel de exigencia que podría estar atravesando a nivel de aprendizaje o también con niveles de frustración por la dificultad que presenta.

Presenta un adecuado conocimiento de su estructura familiar, eje principal que se ha usado como recurso identificado para continuar con el proceso terapéutico.

Muchas veces los niveles de estrés en los niños aumentan por el nivel de exigencia que tiene, en cada paciente es importante buscar mecanismos adecuados y actividades en las que tenga mucho interés.

5. CAPITULO V

CONCLUSIONES:

- ✓ La palabra permite al sujeto adquirir sentidos y llenarse de nuevos referentes, en los diferentes discursos, la palabra cubre y les designa una historia llena de sentidos adjudicada por los otros. La palabra no solo permite la comunicación, también tiene la particularidad de ser alienante, los significantes encierran al sujeto en diferentes discursos que se instauran y quedan establecidos en lo cultural social y familiar.
- ✓ El lenguaje pese a ser un sistema de expresión y comunicación con reglas bien definidas y que puede ser analizada representa también una herramienta cognitiva que permite al sujeto tomar posesión de la realidad, conocer la realidad natural y socio-cultural a la que pertenece y participar en procesos de construcción y transformación de la misma.
- ✓ Los niños y las niñas son organizados desde los lenguajes porque este tiene la propiedad de asignar características que el sujeto interioriza y construye algo nuevo en la formación de su subjetividad, los adultos constantemente organizan el mundo de los niños de la misma forma en que ellos fueron organizados y de acuerdo a la época les asignan un lugar en la cultura... Niños y niñas que no pasan por la palabra presentan dificultades en sus procesos de identidad, terminan siendo depositarios de los imaginarios de los demás.
- ✓ La comunicación no está destinada solo por el uso de palabras, el sujeto tiene la capacidad de hacer uso de diferentes lenguajes como el gesto, el movimiento corporal, incluso el sonido sin que este sea articulado verbalmente, el tacto y las señas que no es lo mismo que el gesto, son lenguajes sin palabras. En personas que carecen de lenguaje verbal se evidencian estas formas de lenguaje, aquellos que hacen uso de gestos han logrado una codificación a través de señas mediante el uso de sus manos y miradas asociadas a aquellas señas.

- ✓ Los diferentes sistemas de comunicación permite establecer nuevos lenguajes que hacen que el sujeto se diferencie de los demás, desde los lenguajes gestuales, corporales el sujeto rompe con el orden signifiante, ya que si el lenguaje en función de lo simbólico es lo que organiza al sujeto desde que nace, los lenguajes sin palabras permitirían al sujeto tener su propio orden, organizar su propio mundo, algo parecido a la subjetividad, pero con la diferencia que estos lenguajes son los que construyen la subjetividad y al mismo tiempo permite que el sujeto se comunique consigo mismo.

- ✓ Los pacientes con trastornos neurológicos viven su dolor desde las limitaciones que presentan, el dolor es la máxima expresión en ellos, lo viven auto agrediendo, alejándose, realizando conductas encaminadas a lograr algún tipo de comunicación, padecen su malestar a través del grito, el llanto. El dolor que padecen se prolonga más allá del daño neuronal, factores como la preocupación, la ansiedad y el estrés, que incrementan el dolor neuronal y muchas veces hace que perdure. Las dimensiones psicológicas y emocionales, son evidentes tanto en la atención que comúnmente se presta, como en la distracción la cual puede liberarlo.

- ✓ La importancia del lenguaje no verbal no escapa a la lectura e interpretación que un terapeuta puede lograr en este tipo de pacientes, mediante el uso de técnicas como el modelado, el dibujo libre el garabateo y el análisis de los gestos y el tacto, aplicables a niños y niñas que padecen trastornos neurológicos se pueden valorar nuevas formas de lenguajes que establecen formas de comunicación que pueden ser analizables en el espacio terapéutico.

5.2. RECOMENDACIONES

Pensar en los lenguajes sin palabras daría cuenta que cada sujeto tiene una forma particular de comunicarse, y es esa forma lo que le permite diferenciarse de los otros sujetos.

Es necesaria la apertura de espacios terapéuticos que aborden este tipo de casos ya que el no ser comprendido por otro genera malestar psicológico, estados de soledad, aislamiento. Es importante desde el espacio de atención valorizar los diferentes tipos de lenguaje presentes en el paciente cuando el uso de la palabra no es posible, y que impiden que sujetos que padecen un daño neurológico fortalezca su comunicación y adquiera recursos para relacionarse adecuadamente en la sociedad.

Los conceptos de alteridad referentes a la discapacidad aun muestran deficiencias que deberían ser tomadas en cuenta, ya que no sólo basta la inclusión en una sociedad, implica también el valorar la diferencia y el como el sujeto que es privado del lenguaje es tolerado por los otros.

5.3. BIBLIOGRAFÍA:

- Alessandri, Ma. Laura. “Trastornos Del Lenguaje, Detección Y Tratamiento En El Aula”. Editorial Mason, España, 2004.
- Aramburo Uribe Nicolas, “El Dibujo Y La Simbolización En Algunos Casos De Maltrato Infantil. Una Mirada Psicoanalítica/ Affectio Scietatis No. 10/Junio 2010. /
- Calvo Román Norma. “El Modelo Actancial Y Su Aplicación” Edit. Pax México. 2007
- Casas, Josefa , Salvador Joaquín “Catálogo De Síndromes Polimalformativos Congénitos Con Anomalías Oculares , /Instituto Municipal De Salud Pública /Ajuntament De Barcelona”
- Cros Edmond “El Sujeto Cultural, Sociocritica Ny Psicoanálisis” Editorial Fondo Universidad Eafit. Colombia 2002.
- Di Gallo Alain. “Journal Of Chil Psychotheraphy, Edit. Médico-Técnica, Agosto.2001. Vol 27 Pág. 197
- Dranes James F. / Sufrimiento Y Depresión/ Editorial San Pablo, Bogotá – Colombia 2009. Pág. 19
- Dor Joel “Introducción A La Lectura De Lacan” Editorial Gedisa, 1994.
- El Libro De La Sexualidad De Hoy/ Tenorio Rodrigo/Temas De Colección, Editorial El Diario Hoy.
- Freud Sigmund “Pulsión Y Destinos De Pulsión” Ed. Amorrortu 1914
- Freud Sigmund “Mas Alla Del Principio Del Placer” Ed. Amorrortu, 1979
- Freud Sigmund/ Inhibición Sintoma Y Angustia/” Ed. Amorrortu 1926. Pág. 36.
- Frankl. Victor E. / El Hombre En Busca De Sentido/ Editorial Herder S.A., Provenza, Barcelona. 1979. Pág. 74.
- Lacan Jacques “Escritos Cuatro, Función Y Campo De La Palabra Y Del Lenguaje En Psicoanálisis.” Editorial. Paidós. Buenos Aires , 1963
- Lacan Jaques, Seminario Del 17 De Febrero De 1976.

- Lacan J. “Función Y Campo De La Palabra Y Del Lenguaje En Psicoanálisis.” Ed. Paidós. Buenos Aires, 1990.
- Lollar Donald J El Aprendizaje En Los Niños Con Espina Bífida /, Ed.D./Spina Bífida/Dc. 2007
- Kristeva Julia “El Lenguaje, Ese Desconocido” Editorial Fundamentos. 1969.
- Moctezuma George. “El Psicoanálisis Y Sus Intervenciones A Partir Del Lenguaje.” Editorial Araoz. Marzo 2001.
- Minsky Rosalind “Psicoanálisis Y Cultura” Ed. Catedra S.A., 2000. Pág 32
- Narbona, Juan. “El Lenguaje Del Niño. Desarrollo Normal, Evaluación Y Trastornos”. Editorial Masson. España , 1997
- Osteopatía Y Pediatría /Martínez Ricard/Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2005.
- Osakidetza Servicio Vasco De Salud/Miguel Patricio, Mellado/Edit. Mad. S.L 1ra Edición ,Octubre 2006
- Pont Teresa, Pueyo Andrés “La Comunicación No Verbal” Edit. Uoc.
- Piantoni Carlo “Expresión, Comunicación Y Discapacidad” Nerea S.A Ediciones, Madrid 2001. Pag. 80-111
- Puyuelo M. “Logopedia Y Parálisis Cerebral.” Editorial Masson; 1998.
- Schmidt Mariana. “Estándares Básicos De Competencias Del Lenguaje.” Editorial Edita Y Escribe. Mayo 2006.
- Salas José Luis “Didáctica De La Expresión Plástica. Pag 181-185.
- Sartre Jean-Paul/ El Ser Y La Nada/ Editorial Losada, S.A. Madrid 1984. Pag.339.
- Santa Emilla Ruiz José “Género Como Conflicto Discursivo: La Sexualización Del Lenguaje De Los Personajes Cómicos.” Editorial La Olivereta. España 1977.
- Tendlarz Silvia Elena “Estudios Sobre El Síntoma” Ed. Del Signo, Argentina 1996.
- Vázquez Rodríguez Fernando / La Cultura Como Texto /Edit. Mariluz Resrepo, 2da. Edición. Marzo Del 2004. Pág. 164.

- Variaciones Sobre El Cuerpo /J. Bosco Díaz-Urmeneta/Edit. Diego Romero Solis, Madrid 1999
- Zuazua Alberto /El Proyecto De Autorrealización, Cambio, Curación Y Desarrollo/Editorial Club Universitario. Pag 218.

Información Tomada De La Web

- [Http://Www.Psb.Ua.Es](http://Www.Psb.Ua.Es) . “Lenguaje Y Comunicación. Licenciatura De Humanidades Universidad De Alicante Psicología Básica.” Departamento De Psicología De La Salud. 2007.
- Gortázar Díaz María. Clasificación De Los Trastornos Del Lenguaje En El Niño.” [Http://Institutos.Juntaextremadura.Net](http://Institutos.Juntaextremadura.Net) 21/06/2010: 9:30 Am
- [Http://Www.Sld.Cu/Galerias/Pdf/Sitios/Rehabilitacion-Logo/6apraxia.Pdf](http://Www.Sld.Cu/Galerias/Pdf/Sitios/Rehabilitacion-Logo/6apraxia.Pdf)
Poveda Alom Jordi “Concepto Y Tipos De Apraxia” Pag. 3-6.
- Www.Cosasdelainfancia.Com/Biblioteca-Psico-G.Htm
- [Http://Www.Asemcv.Org/Archivos/Jornadas/195/Ataxiasneuropat%C3%Asgenicas.Pdf](http://Www.Asemcv.Org/Archivos/Jornadas/195/Ataxiasneuropat%C3%Asgenicas.Pdf)
Palau Francesc Especialista En Pediatría “Ataxias Cerebrales”
- [Http://Antares.Udea.Edu.Co](http://Antares.Udea.Edu.Co)

5.4 ANEXOS