

*Clínica psicopedagógica en discapacidad motriz**

María Rosa Vites

Esta comunicación intenta dar cuenta del trabajo que realizo desde hace varios años con niños, adolescentes y adultos jóvenes etiquetados como “diferentes”, “distintos”, “especiales”, “discapacitados”. A partir de aquí, me interesa explicitar dos términos implicados en mi formación y perfeccionamiento: por un lado, psicopedagogía. Por el otro, discapacidad.

Pienso a la Psicopedagogía como una disciplina que tiene por objeto de estudio al ser humano en situación de aprendizaje. Por lo tanto, los psicopedagogos nos ocupamos del aprendizaje: cómo se aprende, cómo ese aprendizaje cambia evolutivamente y cómo puede estar afectado o condicionado por diferentes causas. El aprendizaje abarca la totalidad de la vida del ser humano. Por lo tanto, los límites de la Psicopedagogía no quedan en el ámbito educacional, sino que lo abarcan y lo trascienden.

Si hablo de discapacidad, esta es una palabra que está fuera de lo esperado cuando, en realidad, todos tenemos capacidades diferentes y potencialidades a descubrir, incentivar y desarrollar. Por lo tanto: la discapacidad, sea sensorial, intelectual, psíquica o motriz no afecta al sujeto en su “totalidad”; lo que muchas veces “marca” es la mirada de “los otros”, que lo ubican como el diferente, el distinto, el que no puede, no sabe, no aprende.

Como dice Marta Schorn: “Sabemos que la discapacidad no es una enfermedad, aunque puede ser la secuela de ella. Es una marca real que va a acompañar a este niño, adolescente o adulto a lo largo de la vida. Solamente pensando al sujeto en su totalidad no lo discapacitaremos más ni nos discapacitaremos nosotros”¹. A todos nos cuesta hablar de discapacidad. Por eso, como afirma Cristina Scholand: “Muchas veces, se iguala el término a la persona, se circunscribe al niño con discapacidad a solo ese aspecto sobre todos los otros. El niño tiene una discapacidad, no es la discapacidad”.²

De allí que mi trabajo es descubrir las posibilidades de aprendizaje que tienen los pacientes, implementar estrategias para estimular dichos aprendizajes e integrar un equipo interdisciplinario, ya que este es un excelente modelo de abordaje para las diferentes discapacidades.

En coincidencia con Liliana González: “La interdisciplina no debe ser una

yuxtaposición de discursos, sino un espacio de intercambio donde cada profesional pueda ir más allá de su competencia específica para dar lugar a la emergencia de un sujeto”³. De esta manera, se puede crear un ámbito de encuentro entre profesionales, pacientes y familias. Además, se produce un intercambio entre las diferentes disciplinas y especialidades, donde el punto central está en el sujeto que presenta una discapacidad.

Es importante remarcar que el trabajo con este tipo de pacientes es tal como afirma Marta Schorn:

*Una vívida forma de conectarse con las propias carencias y limitaciones, con lo que ha quedado escindido de uno mismo, con la castración. Es decir, con lo que no se es, lo que no se será, lo que no se tiene ni se tendrá.*⁴

Por esto, la angustia se instala una y otra vez en nuestro ejercicio profesional. Por esto, solo integrando y elaborando esas carencias, se podrá trabajar maduramente en nuestra profesión.

A partir de aquí, me centraré en el diagnóstico y tratamiento psicopedagógico en niños, adolescentes y adultos jóvenes que presentan discapacidad motriz, una de cuyas formas es la parálisis cerebral. ¿Qué es esta discapacidad? Se designa con el nombre de parálisis cerebral:

A toda lesión del encéfalo (cerebro) que se caracteriza primordialmente por un trastorno persistente, pero no invariable del tono, postura y movimiento que se produce durante el embarazo, el parto, el período neonatal o durante los dos primeros años de vida. No es evolutiva ni hereditaria ni contagiosa, y pueden observarse o no trastornos intelectuales, sensoriales, del lenguaje y emocionales- conductuales.

Con respecto al diagnóstico psicopedagógico, se realiza en varias sesiones con el paciente y su familia. ¿Por qué? Porque, de acuerdo a cada paciente, se irán construyendo las estrategias que se utilizarán en el proceso diagnóstico. Además, se considera dicho diagnóstico como terapéutico, ya que el paciente se siente contenido y escuchado. Por lo tanto, el diagnóstico es un punto de partida, pero también una intervención. El objetivo es observar el grado de estructura y movilidad cognitiva, la capacidad lúdica, la posibilidad madurativa y comunicacional y los aspectos emocionales- conductuales. Es, por lo tanto, muy importante:

- Rescatar del paciente qué hace y cómo lo hace.
- No centrarse en lo que no hace o no puede hacer.
- Respetar su tiempo de aproximación a los objetos.

- Cambiar estructuras y concepciones con respecto a nuestra profesión.

De allí que hay que ser creativos, flexibles y abiertos. Hay que estar atentos a lo que muestra el paciente. No siempre se podrá realizar un diagnóstico tradicional ni tomar los test convencionales, y habrá que recurrir al juego y los juguetes como estrategias para que aparezcan en escena la forma especial de conectarse con lo nuevo y desconocido. Por lo tanto, se llega a hipótesis diagnósticas. Estas se irán confirmando o resignificando durante el tratamiento psicopedagógico.

Es fundamental, al finalizar el diagnóstico, realizar las entrevistas de devolución con los padres y el paciente para disminuir ansiedades, angustias y, también, clarificar dudas. Asimismo, como parte del trabajo interdisciplinario, se tienen reuniones de equipo en las cuales se resuelve qué tratamientos son prioritarios para cada paciente. Se piensa sobre las interconsultas y derivaciones. Y en el contacto con otras Instituciones, sean terapéuticas, educativas o recreativas.

Con respecto al tratamiento psicopedagógico, mi posición frente a los pacientes es de disponibilidad emocional y corporal, asumiendo un rol de escucha atenta y respetuosa del sujeto y su problemática. Intento comprender e ir más allá de lo que se ve y percibe.

En el tratamiento psicopedagógico, hay dos ejes fundamentales que están implicados uno en el otro:

- *Eje de estructuración de los sistemas cognitivos y madurativos.*
- *Eje del desarrollo afectivo y social.*

A partir de esto, se apunta a estimular y favorecer ambos ejes para que el paciente logre avances que le permitan desarrollar sus potencialidades. Se parte de establecer el vínculo con el paciente y su familia.

Se pueden pensar objetivos generales del tratamiento:

- Trabajar el vínculo con el aprendizaje, que es la matriz afectiva que le irá permitiendo aceptar sus limitaciones.*
- Desarrollar al máximo sus potencialidades.*
- Estimular sus estructuras cognitivas y madurativas.*
- Promover mejores períodos de atención y concentración.*
- Promover una mejor integración familiar, escolar y social para lograr una mejor calidad de vida.*

La modalidad de abordaje es el juego. ¿Por qué? Por su valor afectivo (que da un sentimiento de dominio, seguridad, confianza en sus propias posibilidades, como también, de expresión de sus fantasías, conflictos y angustias). Y porque es medio para el desarrollo cognitivo, es una función vital del pensamiento infantil, contribuye a desarrollarlo y consolidarlo. Como afirma Piaget: "En el juego simbólico, los niños asimilan el mundo a la medida de su yo, deformándolo para atender a sus deseos y fantasías".⁵ Jugar, por lo tanto, es una actividad creativa y enriquecedora, y apuntamos a que nuestros pacientes puedan desarrollarla.

Esto es importante, porque un niño que no juega no puede desarrollar su inteligencia, su capacidad creadora, su socialización. La modalidad, por lo tanto, es el juego y los elementos a utilizar son elegidos, según las características de los pacientes. Los juegos y juguetes se irán incluyendo para lograr cada vez mayores aprendizajes. Si un material se estereotipa en el juego, el profesional interviene para proponer alternativas. También, se realizan propuestas imitativas. Esto se efectúa para enriquecer sus esquemas de acción y movilizar su pensamiento.

Considero que el tratamiento psicopedagógico es doblemente terapéutico, ya que se atiende al proceso constructivo de los sistemas cognitivos y madurativos, pero es la persona total la que se modifica (aspectos emocionales). En función de cada paciente y de sus dificultades propias, se piensan objetivos específicos. Estos, permiten ver los pequeños cambios que se dan en ellos.

Muchas veces, se deben bajar las expectativas en cuanto a los logros esperables en los tratamientos, ya que los tiempos suelen ser más lentos, y un objetivo debe ser trabajado a través de distintos medios y, muchas veces, por un tiempo más prolongado. Por esto, es fundamental considerar los aspectos cualitativos, es decir, los procedimientos que utilizan los pacientes para acceder a determinadas nociones o conceptos, y no tanto cuándo lo logran. Además, el pensar en objetivos específicos permite también al profesional rever su propio trabajo, sobre el cual es muy importante que hagamos una autocrítica, ya que esto ayudará a plantear cambios en el tratamiento.

Es fundamental que, paralelamente con el tratamiento del paciente, se lleve a cabo el trabajo con la familia. ¿Por qué? Porque la parálisis cerebral genera angustias, ansiedades, negaciones, y es muy importante sostener a los padres en el camino que deben realizar. Como dice Marta Schorn: "Ningún padre está preparado para recibir a un niño con una "marca". Esta es una realidad que ellos no esperaban. La discapacidad marca. Pero marca no solamente con su marca al niño, sino a la familia toda."⁶

Se debe pensar que la llegada de un miembro de la familia con discapacidad va a provocar una crisis. ¿Por qué? Porque implica un cambio para el grupo familiar que tendrá que adaptarse a la nueva realidad: el hijo discapacitado es un golpe muy

duro para ellos. Muchas veces, trae cambios de roles y posiciones en la familia, tanto para los padres como los hermanos y abuelos.

Siguiendo a Marta Schorn: Un niño con problemas de desarrollo puede ser un niño sano o enfermo psíquicamente, como cualquier otro niño, pero eso dependerá de la estructura familiar que lo sostiene y de la trama mítica que lo envuelve.”⁷. De allí que es muy importante orientarlos hacia una consulta psicológica, ya que esto los ayudará a elaborar la herida narcisística provocada por esa realidad no esperada. En la medida en que los padres elaboren esta situación traumática podrán vincularse con ese niño como su hijo.

Otro hecho que genera angustia es cuando se debe pensar en la escolarización del niño. Esto provoca angustia, porque los padres deben enfrentarse con las posibilidades del niño de ingresar en la escolaridad común o concurrir a escuelas especiales. Nos tenemos que preguntar si todas las personas con parálisis cerebral pueden estar integradas. Para la elección escolar se deberán tener en cuenta las características individuales de cada uno, tanto desde sus posibilidades cognitivas y madurativas como desde los aspectos emocionales- conductuales.

Coincidiendo con Sandra Cedrón: “La integración de un niño o niña con necesidades educativas especiales solo es posible si se encara como una labor compartida con los profesionales que lo asisten, la comunidad educativa y, sobre todo, la familia”.⁸

Por lo tanto, la integración debe surgir de una profunda reflexión que lleve a considerar que es la decisión más adecuada para ese niño o adolescente. Que esa decisión lo enriquecerá, no solamente al niño, sino a sus compañeros, maestros y comunidad educativa en general. Esto es fundamental para no caer en una falsa integración, ya que la sola concurrencia a la escuela común no es integración. Puede ser una mera presencia. Si solamente es incluido desde lo afectivo o social, se realiza una pseudo integración.

Es verdad que la Ley Federal de Educación habla de integrar a todo niño a la escuela común. Pero lo importante es lograr el perfeccionamiento de los docentes actuales, mejorar la estructura edilicia de las escuelas, incorporar el material y mobiliario necesario para los alumnos con discapacidad motriz. Esto lleva a pensar: ¿quién acompaña al docente, lo escucha y lo asesora? El docente es el que está frente al grupo escolar, el verdadero efector del proceso educativo. Por lo tanto, ninguna resolución ministerial hará cambiar su manera de acercarse a lo desconocido. De allí, comparto lo dicho por Marta Schorn: “Es necesario prepararlo, enseñarle, hacerle partícipe de las tareas interdisciplinarias, participar de equipos profesionales, y su opinión debe ser tomada en consideración como algo en sí valioso.”⁹

Hay niños con discapacidad motriz integrados en la escuela común, cuyas posibilidades cognitivas, madurativas y emocionales le permiten cursar con el currículo que la escuela plasma en su proyecto curricular. Mientras que para otros niños serán necesarias adecuaciones curriculares. Se puede hablar de adecuaciones de dos tipos:

- *adecuaciones en los elementos de acceso al currículo (accesibilidad, materiales, mobiliario y comunicación);*
- *adecuaciones en los elementos básicos del currículo (cómo enseñar y evaluar) (qué y cuándo enseñar y evaluar);*

Dichas adecuaciones se realizarán pensando en cada niño integrado. Al decir de Graciela Ricci: "El objetivo es, pues, mantener un equilibrio entre la mayor participación posible en el currículo común, pero atendiendo siempre a la especificidad del alumno."¹⁰.

Es importante pensar también en la maestra integradora que participará activamente en las adecuaciones curriculares para que el niño integrado pueda aprender a partir de ellas. Para concluir, deseo transmitir que la clínica psicopedagógica en pacientes con discapacidad motriz es enriquecedora. Es una de las formas de acercarnos a la diversidad y a descubrir las posibilidades de aprendizaje que tienen estas personas.

Bibliografía

- BARALDI, Clemencia. *Jugar es cosa seria. Estimulación temprana. Antes que sea tarde*. Buenos Aires. Homo Sapiens Ediciones.2001.
- BAUTISTA, Rafael. *Necesidades Educativas especiales*. Ediciones Aljibe.1993.
- BIN, Liliana, DIEZ, Adriana y WAISBURG, Héctor. "Tratamiento Psicopedagógico". *Red interinstitucional en el ámbito de la salud*. Paidós. 2000.
- CEDRÓN, Sandra: "Necesidades especiales". Artículo *¿La excepción hace la regla?* Buenos Aires. Noveduc. 2004.
- DUBROVSKY, Silva [comp.]. *La integración escolar como problemática profesional*. Buenos Aires. Noveduc. 2005.
- GONZÁLEZ, Liliana. *¿Discapacidad? Una mirada psicopedagógica a "lo especial" en la escena familiar y educativa*. Córdoba. Ediciones del Boulevard. 1999.
- GONZÁLEZ CUBERES, M Teresa: *Chicos especiales e integración*. Buenos

- Aires. Editorial Lumen- Humanitas.1997.
- JERUSALINSKY, Alfredo, y colaboradores. *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil*. Buenos Aires. Nueva Visión. 2000.
 - NÚÑEZ, Blanca. *Familia y discapacidad (de la vida cotidiana a la teoría)*. Lugar Editorial. 2007.
 - PIAGET, Jean: *La formación del símbolo en el niño*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica. 1966.
 - RICCI, Graciela: "Desafíos para una escuela inclusiva" Artículo *Adaptaciones curriculares*. Buenos Aires. Noveduc.1998.
 - SOSA, Mercedes y TORMAKH, Enrique. *Parálisis Cerebral*. Fundación Obligado. 1993.
 - SCHOLAND, Cristina. *¿Alguna vez mi hijo podrá...?* Buenos Aires. Lumen. 2003.
 - SCHORN, Marta. *Discapacidad. Una mirada distinta, una escucha diferente*. Buenos Aires. Lugar Editorial.1999.
 - *La capacidad en la discapacidad*. Buenos Aires. Lugar Editorial. 2003.

* Este trabajo fue presentado en las Jornadas del Hospital Cutral-Co, Plaza Huinacul, Neuquen. *Familia y Discapacidad*. Noviembre 2007.

Notas

1. SCHORN, Marta. *Discapacidad. Una mirada distinta. Una escucha diferente*. Buenos Aires. Lugar Editorial.. Págs.10 y 11. 1999.
2. SCHOLAND, Cristina. "¿Alguna vez mi hijo podrá...?". En *Orientación para padres de niños con discapacidad física*. Pág. 158. Buenos Aires. Lumen. 2003.
3. GONZÁLEZ, Liliana: *¿Discapacidad?* Pág. 104. Córdoba. Ediciones del Boulevard. 2000.
4. SCHORN, Marta. Op. Citado. Págs. 23 y 24.
5. PIAGET, Jean. *La formación del símbolo en el niño*. Méjico. Fondo de Cultura Económica. 1966.
6. SCHORN, Marta. Op. Citado. Pág.12.
7. SCHORN, Marta. Op. citado. Págs. 15 y 16.
8. CEDRON, Sandra. "Necesidades Especiales". Artículo *La excepción hace la regla*. Pág. 30. Buenos Aires. Noveduc. 2004.
9. SCHORN, Marta. Op. citado. Pág. 140.
10. RICCI, Graciela. "Desafíos para una escuela inclusiva". Artículo *Adaptaciones curriculares*. Pág. 35. Buenos Aires. Noveduc. 1998.