



---

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

## Trabajo Final Integrador

### **Licenciatura en Psicología**

**“Intervenciones Psicológicas para el desarrollo emocional del niño con discapacidad y su familia”**

**Aotor:** Analía V. Alvarez

**Tutor:** Nora Gelasen

**Fecha de Entrega:** 07 de Marzo del 2013

## Índice

<b>Introducción</b>	4
<b>Objetivos</b>	5
<b>Marco Teórico</b>	5
<b>La Encefalopatía crónica no evolutiva</b>	5
<i>Definición</i>	5
<i>Causas</i>	6
<i>Clasificación</i>	7
<i>Alteraciones ligadas a la Parálisis Cerebral</i>	8
<b>El desarrollo emocional normal</b>	9
<b>La discapacidad y el sistema familiar</b>	11
<b>Implicancias de la discapacidad en el desarrollo emocional</b>	14
<b>La Terapia Cognitiva Comportamental</b>	17
<i>El tratamiento cognitivo en niños</i>	19
<i>El juego en la terapia cognitiva con niños</i>	19
<b>La educación emocional</b>	20
<b>La Intervención Psicológica Grupal</b>	21
<b>Proceso de Psicoeducación a padres</b>	23
<b>Metodología</b>	25
<b>Participantes</b>	25
<b>Instrumentos</b>	25
<b>Procedimiento</b>	26
<b>Desarrollo</b>	27
<b>La discapacidad y el desarrollo emocional</b>	27
<b>Intervención Psicológica Grupal</b>	29
<i>Primera Sesión Grupal</i>	30
<i>Segunda Sesión Grupal</i>	37
<i>Tercera Sesión Grupal</i>	41
<b>Psicoeducación a padres</b>	44
<i>La relación Padre – Hijo</i>	46
<i>La relación Madre – Hijo</i>	48

<i>La discapacidad y el cambio de grupo de pares.....</i>	<i>49</i>
<i>La adolescencia del niño con discapacidad.....</i>	<i>51</i>
<i>Cierre del proceso.....</i>	<i>52</i>
<b>Conclusión.....</b>	<b>53</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>57</b>

## Introducción

La Práctica de Rehabilitación Profesional fue realizada en una institución que se dedica a la educación y tratamiento de niños y adolescentes con trastornos neurológicos.

Al Centro Educativo Terapéutico (CET) asistían 203 niños y jóvenes con quienes se trabaja en un contexto grupal e interdisciplinario al servicio de potenciar sus habilidades y capacidades.

El CET estaba constituido por 4 áreas según las edades de los alumnos:

Grupo Terapéutico Inicial (GTI), Área Educativa, Área Joven y Área Jóvenes Adultos.

Cada uno de estos sectores se encontraba a su vez dividido en Salas de un máximo de 6 alumnos según las capacidades e intereses de los mismos.

El horario del CET se extendía de 9:00 a 17 horas, variando según el área de concurrencia.

Dentro de este horario los alumnos asistían además a terapias individuales con la frecuencia que fuera necesaria según el caso. Estas sesiones estaban comprendidas dentro de las especialidades terapéuticas tales como Kinesiología, fonoaudiología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional y Psicología.

A cargo de cada sala se encontraba una terapeuta profesional en algunas de las áreas anteriormente citadas y 2 asistentes.

La función durante la Práctica fue la de asistente en una sala curricular del CET de lunes a viernes durante el turno tarde. La carga horaria cumplida fue de 320 horas durante el periodo comprendido de Julio a Diciembre del año 2010.

Al comenzar la jornada, se le asistía al niño en el almuerzo, la higiene y posteriormente se llevaba a cabo una actividad educativa. Esta actividad curricular era de un nivel escolar de segundo grado en alguna de las áreas lengua, matemática o ciencias sociales.

La temática seleccionada para el Trabajo Final Integrador tiene como eje principal explorar modalidades de abordaje para facilitar y fomentar el desarrollo emocional la problemática que se plantea el niño con parálisis cerebral frente a sus impedimentos motores.

Esta cuestión cobra interés a partir de observar que es necesario con este tipo de población crear actividades y escenarios que le permitan a estos niños con ciertas

limitaciones de comunicación, expresarse y trabajar junto con sus pares sobre el reconocimiento, la expresión y la aceptación de sus emociones.

La necesidad de expresar y compartir las emociones pudo ser observada en la dinámica de la sala.

Además, esta problemática se encontraba consignada en los legajos de los niños, expresada por padres en reuniones y por los propios niños en sesiones de Psicología con el profesional.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Analizar 2 modos de intervención y abordaje psicológico que tienen como objetivo facilitar la educación y el desarrollo emocional de niños con Parálisis Cerebral.

### **Objetivos Específicos**

Describir las dificultades que presentan los niños en su desarrollo emocional y su relación con las limitaciones motoras e intelectuales que padecen.

Analizar un proceso de intervención psicológica grupal con niños con Parálisis Cerebral con el fin de promover su educación en el reconocimiento, expresión y regulación de sus emociones.

Describir un Proceso de Psicoeducación a padres de un niño con Parálisis Cerebral a fin de orientarlos sobre como promover y acompañar a su hijo en su desarrollo emocional.

## **Teoría**

### **Marco teórico**

#### **La Encefalopatía crónica no evolutiva**

##### **Definición**

Según Fernández (2008) la Encefalopatía crónica no evolutiva es un trastorno en el tono postural y del movimiento producido por una lesión en un cerebro inmaduro.

Según Bobath (2001) esta lesión interfiere en la maduración del Sistema Nervioso Central, por lo cual tiene consecuencias específicas en términos del tipo de Parálisis Cerebral que se desarrolla.

La parálisis cerebral es el tipo de discapacidad con mayor grado de incidencia. Se sitúa en alrededor del 2 por 1000 de nacidos vivos, con poca variación entre los países industrializados.

La lesión cerebral no es progresiva y causa deterioro variable en la coordinación de la acción muscular, con consecuencia en la incapacidad del niño para mantener posturas normales y realizar movimientos normales. Este impedimento motor central con frecuencia está asociado con la afectación del lenguaje, la visión y la audición, con diferentes tipos de alteraciones de la percepción, cierto grado de retardo mental y/o epilepsia.

##### **Causas**

En referencia a las causas de la Parálisis Cerebral Fernández (2008) refiere que este daño puede ocurrir dentro de los 3 primeros años de vida en el período prenatal, perinatal o postnatal.

Este autor afirma que muchos estudios han demostrado que un porcentaje elevado de casos de Parálisis se deben a *factores prenatales*. Dentro de este grupo, además de las causas genéticas, se encuentran factores de riesgo maternos como las infecciones intrauterinas, alteraciones de la coagulación, enfermedades autoinmunes, tóxicos, etc.

En cuanto a los factores de riesgo fetal, se pueden nombrar causas como la gestación múltiple y el retraso del crecimiento intrauterino, entre otros.

Entre los *factores perinatales* se encuentra la hipoxia y la asfixia perinatal siendo causa de muerte cerebral significativa o de secuelas neurológicas provocando Parálisis cerebral en el 20% de los casos. Sin embargo, este autor señala que los niños con asfixia en el parto que luego desarrollaron PC tenían con frecuencia otro factores de riesgo asociados como infección intrauterina o trastornos de la coagulación, lo que sugiere que, más que un factor aislado, lo que produce PC es una suma de factores.

Siguiendo a este autor entre los *factores posnatales* asociados, se encuentran las infecciones, sobre todo la meningitis o las sepsias tempranas, las intoxicaciones y los traumatismos que son las causas más frecuentes de Parálisis Cerebral.

### **Clasificación**

Las numerosas formas de parálisis cerebral pueden clasificarse por sus efectos funcionales y por la topografía.

De acuerdo a sus efectos funcionales, los cuadros clínicos más frecuentes son la espasticidad, la atetosis y la ataxia.

#### **Espasticidad**

Según afirma Rosa, Montero y García (1993) la espasticidad se produce como consecuencia de una lesión localizada en la corteza cerebral y en la vía piramidal. Consiste en un incremento marcado del tono muscular incluso en reposo, que aumenta como consecuencia de un esfuerzo o de una emoción, los músculos espásticos obedecen a la mínima excitación.

#### **Atetosis y Ataxia**

La atetosis y la ataxia son otras formas de Parálisis aunque menos frecuentes que la espasticidad.

La atetosis se produce como consecuencia de una lesión localizada en la vía extrapiramidal y consiste en una dificultad en el control y la coordinación de los movimientos voluntarios. Cuando un niño con atetosis inicia una acción, como intentar agarrar un objeto, se desencadenan una serie de movimientos incontrolables que interfieren en la misma.

En la ataxia se encuentra alterado el cerebelo o sus vías de conexión,

produciendo falta de coordinación de los movimientos, trastornos del equilibrio e hipotonía.

Por otro lado la clasificación topográfica que describe Cahuzac (1998) indica las extremidades afectadas por la patología. Dentro de esta forma de clasificación encontramos la Cuadriplejía, Diaplejía, Hemiplejía y Monoplejía.

### **Cuadriplejía**

Es la forma más grave de Parálisis cerebral, se produce la afectación de las extremidades superiores e inferiores, así como el control del tronco y, en los casos más graves, puede estar alterado el control cefálico.

### **Diplejía**

Presentan dificultades graves en las extremidades inferiores y una leve afectación de las extremidades superiores. En el movimiento de las extremidades superiores está comprometida básicamente la manipulación fina.

### **Hemiplejía**

Es la afectación de un solo lado del cuerpo. En la mayoría de los casos, la extremidad superior suele estar más afectada que la inferior.

### **Monoplejía**

Es una modalidad muy poco frecuente de Parálisis cerebral en la que solo está afectada una extremidad. Generalmente otra parte del cuerpo también está afectada aunque con poca gravedad.

### **Alteraciones ligadas a la Parálisis Cerebral**

El grado de afectación cerebral puede ser muy diverso, desde una grave e invalidante cuadriplejía, a la que se asocian crisis convulsivas, un retraso mental severo y la consiguiente falta de autonomía y expresión, hasta una lesión cerebral mínima con una ligera hiperkinesia, leve déficit de atención y un trastorno motor apenas perceptible, que no supone limitación ni retraso en el desarrollo psicomotor ni en la maduración emocional del niño. (García Prieto, 1999)



Como señala Carme y Soro Camats (2010) según el grado de la lesión cerebral, puede observarse además déficits en las funciones cognitivas: retraso cognitivo, alteraciones sensoriales auditivas y/o visuales de mayor o menor gravedad.

Asimismo en la mayoría de los casos se observa una discapacidad motriz que producirá trastornos en el desplazamiento autónomo y en la manipulación. El niño con discapacidad motriz al tener dificultades para producir efectos sobre el entorno físico encuentra limitaciones para manipular los objetos o desplazarse para alcanzarlos y para explorar así como para acercarse a las personas.

En cuanto a la comunicación, este área puede verse afectada ya sea como consecuencia del retraso mental severo así como también puede ser consecuencia de una alteración en los órganos buco-fonatorios, por lo que queda afectada la capacidad para emitir sonidos y, en consecuencia la producción del habla funcional.

Algunos niños con afectaciones neurológicas como la parálisis cerebral presentan una alteración del tono muscular y falta del control motor que ocasiona el mantener la boca abierta con una práctica de respiración bucal más que nasal, lo cual puede conllevar una mayor incidencia de resfriados y afecciones respiratorias que produce una disminución en el rendimiento y ausencias escolares. Asimismo la alteración del tono muscular y la movilidad del aparato bucal y de la deglución pueden provocar dificultades en la ingesta de alimentos cuando la masticación está comprometida por lo que deben comer alimentos blandos o triturados para favorecer la deglución y la correcta nutrición.

Es frecuente encontrar crisis epilépticas, convulsiones y ausencias como consecuencia de la lesión neurológica. La mayoría de las veces se produce pérdida del conocimiento.

Las intervenciones quirúrgicas pueden ser frecuentes en el caso de los niños con discapacidad motriz y algunas comportan un periodo prolongado de convalecencia.

Asimismo, debido al proceso de crecimiento, las malas posturas o afectaciones como las luxaciones de cadera, escoliosis grave, etc. puede aparecer dolor, con consecuencias como disminución del rendimiento, falta de motivación, irritabilidad, etc.

Todos estos aspectos relacionados con la salud, anteriormente descriptos, forman parte de la vida cotidiana de muchos niños con discapacidad motriz y hay que tenerlos en cuenta para minimizar sus consecuencias negativas que interfieran al mínimo en su desarrollo, su inclusión social y en definitiva en la calidad de vida.

## **El desarrollo emocional normal**

En la definición de emoción dada por Sroufe (2000) afirma que las mismas implican por lo general cambios fisiológicos, además de modificaciones faciales, posturales o conductuales. También suele definirse la emoción como una desviación fisiológica de la homeostasis, que se experimenta subjetivamente con sentimientos intensos y se manifiesta en cambios neuromusculares, respiratorios, cardiovasculares, hormonales y otros cambios corporales, preparatorios de actos patentes que pueden o no llevarse a cabo. También como una reacción subjetiva a un suceso sobresaliente, caracterizado por cambios de orden fisiológico, experiencial y patentemente conductual.

Citando a Harris (1992) los niños a los cuatro años ya conocen un repertorio limitado de emociones (tristeza, alegría, miedo, enfado), y a los seis años diferencian entre la expresión observable de las emociones y la experiencia encubierta de las mismas y saben que no siempre ambos aspectos se corresponden.

A partir de los 8 años hacen inferencias sobre su propia competencia en comparación con sus compañeros y adoptan una perspectiva subjetiva, es decir, saben ponerse en el lugar del otro, aspecto fundamental en el desarrollo psicoafectivo y moral.

Asimismo son capaces a la edad de 10 años de integrar dos emociones opuestas producidas por un mismo estímulo y también son capaces de utilizar estrategias mentalistas (de evitación conductual y cognitivas) para reconducir sus emociones negativas.

Es importante señalar el papel fundamental que las relaciones socioafectivas juegan en el desarrollo emocional. Las relaciones con un amigo permiten al niño explorar una amplia gama de sentimientos, emociones, sensaciones y experiencias. Aprende a ponerse en la perspectiva del otro, a negociar, a compartir objetos y a empatizar afectivamente con su igual.

En relación a la implicancia de las emociones en el desarrollo Goleman (1996) considera que tenemos dos mentes, una que piensa y la otra que siente. Estas dos mentes

forjan nuestro destino: lo racional y la emocional. Su premisa fundamental esta en afirmar que la Inteligencia emocional predice mejor el éxito en la vida real y en el plano académico que el cociente intelectual tradicional. Él describe las razones, porque algunas personas con un cociente intelectual medio tienen más éxito en la vida que los que tienen alto cociente intelectual.

Este autor define a la persona con un alto cociente de inteligencia emocional como un sujeto agradable, amable, cariñoso y muy amigable. Dentro de su teoría hace un marcado énfasis en las características personales, tales como la persistencia, perseverancia, carácter y maduración.

La mente que siente incluye cinco componentes que pueden categorizarse en cinco procesos:

1. *Concientización*: El conocimiento de las propias emociones. Es decir, el conocimiento de uno mismo, la capacidad de reconocer un mismo sentimiento n el mismo momento en que aparece.

2 *La autorregulación*: se refiere a la capacidad para controlar las emociones en forma apropiada, midiendo las consecuencias que pueden existir sino 10 hacemos antes de actuar. La conciencia de uno mismo es una habilidad básica que nos permite controlar nuestros sentimientos y adecuarlos al momento.

3. *Orientación motivacional*: La capacidad de motivarse a uno mismo para conseguir unos objetivos o logros. Los buenos resultados en nuestra vida dependen de cualidades como la perseverancia, la confianza en uno mismo y la capacidad de sobreponerse a los malos momentos y derrotas.

4. *La empatía o la capacidad de reconocer las emociones ajenas*, entender lo que otras personas sienten, así como comprender pensamientos y sentimientos que no se hayan expresado verbalmente.

5. *Socialización*: Las habilidades sociales o la capacidad de controlar las relaciones sociales manteniendo nuestra habilidad para crear y mantener relaciones, reconocer conflictos y solucionarlos, encontrar el tono adecuado en cada momento y percibir los estados de ánimo de los demás.

Para concluir Hein (2004) describe la inteligencia emocional como la habilidad mental con la que todos nacemos, que nos da una sensibilidad emocional y un potencial para aprender emocionalmente cómo controlar nuestras emociones, con el propósito de

maximizar y prolongar nuestra salud, felicidad y supervivencia. Lo más importante es, que nos permite utilizar la emoción en la solución de los problemas, ser creativo y manejar las situaciones sociales en las que nos encontramos.

### **La discapacidad y el sistema familiar**

Además de las características propias de la discapacidad que limitan la exploración y la interrelación del niño con el ambiente, existen otros aspectos que pueden dificultar aun más la adaptación del niño. La irrupción de la discapacidad producirá cambios en el funcionamiento del sistema familiar y en sus vínculos pudiendo provocar aun mayores obstáculos en el desarrollo del niño.

Como afirma Sholand (2003) cualquiera sea el momento en el que se produce el trastorno o acontece el diagnóstico de la discapacidad, producirá un impacto sobre la familia. Habrá influencias en el establecimiento del vínculo temprano madre-padre-hijo. Dificultades en las relaciones familiares, vínculos tempranos, hermanos, etc.

En cuanto al vínculo de la pareja parental, Urbano (2008) escribe que la irrupción de la discapacidad en un miembro de la familia provocara crisis que el sistema deberá sobrellevar. Esta situación reactivara crisis previas del sistema conyugal y también resaltara recursos y debilidades individuales de cada integrante del sistema conyugal. Muchos obstáculos y conflictos aparecen en la dinámica de afrontamiento familiar a la situación de discapacidad ponen de manifiesto las características personales de cada integrante iluminando u oscureciendo las posibilidades de sus propios recursos.

También hay que tener en cuenta como cada padre se ubica en función de su rol. Como afirma Urbano (2008) hay padres que manifiestan respuestas emocionales positivas respecto del ejercicio del rol materno/paterno de un hijo con discapacidad mientras otros no pueden salir de una actitud de frustración o pérdida. No existe relación directa entre déficit y respuesta emocional de los padres, esto depende entre otros factores del valor que le asignen al déficit. De cómo es significada la discapacidad dependerán los efectos emocionales que esta tenga sobre la pareja conyugal y su impacto desencadenara respuestas emocionales que tendrán una repercusión psicológica sobre todo el sistema familiar.

Este autor afirma que es importante que el padre no se autoexcluya o sea excluido de la escena familiar dado que muchas veces este queda situado en un rol de

índole colaborativo, como proveer dinero, hacer trámites, etc., desvinculándose de la función socio afectiva pertinente a la crianza de los hijos.

Por otro lado para Sholand (2003) la madre generalmente mantiene con este hijo una relación de sobreprotección e indulgencia excesiva que es necesaria reconocerla como obstaculizadora para el desarrollo y la independencia del niño. Esta forma de relación surge a raíz de que la madre considera que su hijo no debe sufrir por haber sido privado de muchas cosas por naturaleza y en consecuencia le brinda todo y hace todo por él.

Otro aspecto a tener en cuenta tiene que ver con las respuesta paternas frente a problemas de conducta y la puesta de límites de sus hijos, como explica Nuñez (2006) generalmente los padres de los niños con déficit responden con conductas ambivalentes que oscilan entre conductas de extrema tolerancia y otras de excesivo rigor.

Es importante tener en cuenta la actitud paterna ante las manifestaciones de negativismo e impulsividad de todo niño en la etapa de transición hacia la adolescencia. Una de las dificultades con las que tropieza una familia en este periodo evolutivo es cómo manejar las manifestaciones de la creciente autonomía del niño expresadas muchas veces como negativismo, berrinches, caprichos, etc.

Es así como según Nuñez (1991) la familia se muestra, muchas veces demasiado ocupada en atender solo la demanda orgánica en detrimento de otras necesidades e intereses del niño. Como consecuencia, las distintas funciones: la enseñanza del cuidado físico, las enseñanzas de las relaciones familiares y sociales, el estímulo del juego, etc., quedan sin ser encaradas suficientemente, son descuidadas. Esto hace que se den demoras serias en el logro de hábitos de independencia: control de esfínter, uso de mamadera; alteraciones severas en los hábitos del sueño; perturbaciones en los hábitos de alimentación, etc.

El niño con Parálisis Cerebral es sometido a diario a variados tratamientos de rehabilitación y consultas con médicos especialistas, estudios, etc. Esto tiene como consecuencia que al niño le quede poco tiempo para llevar a cabo actividades recreativas, encuentros con otros niños fuera del ámbito escolar/terapéutico y además limita en energía y tiempo la calidad de relación con su entorno familiar quedando limitado el efecto socializador de estos intercambios.

Con respecto a la inserción social de la familia, en muchos casos las mismas permanecen encerradas lo que dificulta mas la inserción social del niño, el pequeño

desconoce con que se enfrentara hasta que a la familia se le hace imposible mantenerlo resguardado. El niño depende de la familia únicamente y esto lo hace vulnerable, si se lo inserta socialmente desde temprano, la posibilidad de aprender a defenderse y el enriquecimiento que esto genera serán más provechosos para el que el encierro en una sola perspectiva de la visión de la vida. Esto permite que el niño pueda utilizar mecanismos de afrontamiento frente al rechazo o la discriminación.

Por consiguiente es importante subrayar que la independencia es mas abarcativa que el hecho de caminar o comer solo, incluye que el niño pueda expresarse, tener opinión propia, defenderse y, entre otras cosas poder cultivar amigos propios. El niño necesita de todas las fuentes que están a su alcance para hacer asociaciones temporales, espaciales, rutinas, demostraciones concretas de estar más grandes no solo porque la ropa les queda más chica.

### **Implicancias de la discapacidad en el desarrollo emocional**

En cuanto a las necesidades emocionales del niño con discapacidad (Martínez Zarandona s/f) plantea son las mismas que otro semejante sin esta peculiaridad: ambos requieren ser aceptados como son, y necesitan que esta aceptación y cariño se demuestre verbalmente y en el trato diario. Ambos requieren de cariño y caricias, y ambos sufren por el rechazo.

Estas necesidades, no obstante, pueden verse limitadas por diversas cuestiones. Citando a Carme y Soro Camats (2010) el niño con déficit puede verse incapacitado de experimentar situaciones en las que poder aprender y desarrollarse emocionalmente, los intercambios afectivos pueden verse coartados dado que el niño con discapacidad motriz esta probablemente limitado a interactuar con el ambiente .

La evolución del desarrollo normal se verá afectada ya que a diferencia de otros niños tendrá dificultades o imposibilidad para agarrar objetos, coordinar la prensión con la mirada, juntarlos, separarlos, lanzarlos, llevarlos a la boca, etc. las posteriores actividades de juego simbólico se verán también comprometidas. Los vínculos con las personas significativas, la comunicación así como la progresiva autonomía en las habilidades de la vida diaria también se verán afectadas.

Según Carme y Soro Camats (2010) otro aspecto afectivo que difiere de los niños sin discapacidad es la imposibilidad de acercarse y recuperar a voluntad a las

personas familiares. Esto es fundamental para el establecimiento de un apego seguro en los primeros años de vida y, posteriormente, poderse desplazar con eficacia permite salir con los compañeros a todas partes sin significar una carga para ellos. El objetivo en este caso es conseguir que estas limitaciones no impidan, en la medida de lo posible, la realización de tareas funcionales y la participación en actividades significativas, para lo cual, aparte de rehabilitar al máximo las capacidades manuales, el control de la posición, la bipedestación y la marcha, debemos habilitar, es decir, tomar las medidas compensatorias necesarias para que el niño pueda jugar, dibujar, leer, escribir y desplazarse con eficacia de forma alternativa, adaptando los espacios y las tareas y proporcionándoles las ayudas técnicas.

Como afirma Basil y Soro Camats (2006) las limitaciones físicas a parte de comprometer la manipulación de los objetos y el desplazamiento, puede limitar seriamente la posibilidad de producir efectos sobre las personas. Los niños con discapacidad motriz, a causa de su dificultad de hacer gestos y controlar la expresión facial, producen señales atípicas que a los demás les cuesta “leer” y, por lo tanto, reaccionar de forma contingente. Por la misma razón, a menudo resulta difícil interpretar sus afectos y emociones, lo que produce desazón en los demás y desajustes en la relación tanto con personas allegadas como con extraños, y tanto a edades tempranas como en cualquier etapa de la vida. Por otra parte, sus limitaciones en la manipulación suponen un obstáculo para implicarse en actividades significativas compartidas con otras personas, fundamentales tanto para el desarrollo cognitivo como de la comunicación y el lenguaje, y esenciales para fomentar la interacción social. Además, sus dificultades en la producción del habla reducen sus posibilidades de expresarse para pedir lo que desean e intercambiar pensamientos, ideas y opiniones.

Para los autores Carme y Soro Camats (2010) resulta importante subrayar la repercusión que tiene la afectación del niño en su posibilidad de expresarse verbal y gestualmente. Cuando existe un déficit comunicacional se ven afectadas las relaciones interpersonales del niño con su familia o pares así como a la hora de poner en palabras aquello que necesita o que siente.

Se hace necesario entrenar al niño con deficiencias en la expresión verbal y gestual y a sus relaciones tanto familiares como extra familiares en la utilización de formas alternativas de comunicación para facilitarle al niño su comunicación.

Como explican Ruiz Bedia y Arteaga Manjon (2006), pueden llegar a ser numerosos y significativos los factores susceptibles de determinar alteraciones en el desarrollo emocional de los afectados y en la aparición de problemas de conducta. Los diversos grados de afectación neuromotriz; las alteraciones sensoriales, cognitivas y del lenguaje; la situación de salud y el nivel de calidad de vida; las dificultades de control, (sobre el medio y sobre sí mismo); la limitación de los entornos experienciales; la actitud de la familia y de su entorno ante su situación, (ansiedad, sobreprotección, rechazo, negación); la medicación y las dificultades de aprendizaje; todos ellos, pueden actuar como condicionantes de alteraciones en este ámbito.

Asimismo Gulliford (1971) afirma que en investigaciones se ha constatado que los niños mas perturbados no son necesariamente quienes soportan mayor déficit. Lo que parecía ser de mayor importancia era lo favorable que era su ambiente. Esto se baso en sus antecedentes familiares, la actitud de los padres, y la posibilidad de educación. Cuanto más favorables eran las circunstancias ambientales del niño, más satisfactoria parecía su adaptación emocional. Esta o demuestra la importancia del ambiente para el desarrollo emocional de estos niños. Incluso un niño con déficit físico grave puede estar emocionalmente bien adaptado si su ambiente es favorable.

Como señala Lewis (1991) el niño muy pequeño con déficit físico es poco probable que muestre algún síntoma depresivo, aunque si sus cuidadores lo aceptan con dificultad, el niño puede mostrar alguno de los síntomas. Cuando se hace mayor llega gradualmente a darse cuenta de sus limitaciones, su dependencia de otros y en qué medida es diferente de los otros niños. El niño con déficit grave puede ser completamente dependiente de los servicios de otra persona durante toda su vida. Cuando se hace mayor, esto puede llegar a ser difícil para él. Puede haber aspectos en su déficit particularmente penosos, como la incontinencia. Mientras que otros aspectos de su déficit físico son visibles, la incontinencia no lo es y puede provocarle problemas sociales y emocionales.

Como señala Lozano (2006) el niño con discapacidad física comienza a desarrollar problemas emocionales cuando percibe que es diferente a los demás en un sentido negativo. En especial, tiende a manifestar sentimientos de inferioridad que se acentúan con la discriminación social e incluso familiar que suele padecer. En este contexto resulta difícil para el niño crear un buen concepto de sí mismo y aceptar sus diferencias. La autoestima constituye un aspecto básico en el desarrollo integral de



cualquier individuo, en particular en el aspecto emocional ya que, cuando existe una aceptación importante de sí mismo, se experimenta una mejor calidad de vida.

Según Lewis (1991) las limitaciones físicas provocan sentimientos de frustración e impotencia cuando el niño con discapacidad motriz severa tiene posibilidad de constatar aquello que tiene imposibilitado, al mirar a otras personas correr, agarrar cosas, etc. y al observar sus propias incapacidades o intentos limitados. Parece probable que las limitaciones físicas sean aun particularmente frustrantes para un niño con otras capacidades intactas y que es consciente de sus problemas. Esta autora afirma que los niños con déficit físicos experimentan mas depresión y ansiedad que los niños sin déficit. El aspecto físico es una preocupación que se observa a menudo en la pubertad o en la llegada de la adolescencia.

Según Nuñez (2006) cuando el niño con discapacidad durante la pubertad toma de conciencia de las funciones corporales que tiene o de las que carece: audición, visión, locomoción, etc. Es un periodo de descubrimiento de la discapacidad.

Durante esta etapa de desarrollo se observa que sumado a sus deficiencias se agrega la inexperiencia en el afuera dadas sus limitaciones motrices y de comunicación.

Esto último sucede ya que es común que no haya tenido mayores oportunidades previas para probarse, ya que el excesivo control y supervisión de los adultos que lo rodearon no se las han permitido.

Es así como surgen miedos al rechazo, a la mirada de los otros, a la crítica, la burla o las expresiones de lastima. En el adolescente con discapacidad se manifiesta un conflicto más intenso que en otro joven sin daño: el deseo de libertad e independencia de sus adultos sobreprotectores, y la necesidad de seguridad y dependencia.

Es durante este estadio cuando las diferencias del niño con relación a los otros que no presentan deficiencias se hacen más notorias y cuanto más evidentes sean la misma mayor suele ser la ansiedad de los padres, el dolor, la desilusión, la culpa, las preocupaciones, los temores, la vergüenza, etc.

A pesar de las cuestiones antes señaladas que pueden ser obstaculizadoras de un desarrollo normal es importante señalar lo que explica Carme y Soro Camats (2010) que en general se tiende a dar mucha importancia al trastorno en concreto y, en consecuencia, a presuponer que las capacidades de los niños con discapacidad en los distintos ámbitos de desarrollo están determinadas por dicho trastorno. Hay tendencia a aplicar descripciones estandarizadas a su forma de ser y a sus dificultades, sin fijarnos

en la persona y a menudo, cuando manifiestan comportamientos disfuncionales, se atribuyen a su discapacidad, renunciando a la capacidad de influencia educativa y subvalorando su capacidad de aprendizaje y adaptación.

Los niños con discapacidad motriz no han de ser considerados enfermos puesto que la discapacidad es una condición y no propiamente una enfermedad, pero puede tener mayor riesgo de padecer algunas anomalías de salud que afecten su calidad de vida, la asistencia escolar y el mismo proceso de aprendizaje.

### **La Terapia Cognitiva Comportamental**

Como afirma Keegan (2007) la terapia cognitiva es el nombre genérico que se da a un conjunto de terapias inspiradas genéricamente en paradigmas surgidos en la década de 1960. Estos paradigmas comenzaron a desarrollarse en varias disciplinas tales como la psicología básica, la neuropsicología, la inteligencia artificial y la psicopatología.

La teoría cognitiva sostiene que pensamiento, emoción y comportamiento son tres sistemas interdependientes; el cambio en uno de ellos determinara un cambio congruente en los otros dos.

Seguendo a este autor la teoría cognitiva sugiere que cualquier influencia sobre la cognición debería ser seguida de un cambio en el ánimo y en la conducta. La terapia cognitiva es un tratamiento que produce estos cambios centrándose particularmente en la modificación de la cognición. La teoría también sugiere que el cambio puede producirse incidiendo sobre la emoción o la conducta.

Los distintos modelos cognitivos, más allá de sus diferencias epistemológico teóricas, conciben al hombre como un constructor de significados.

Las interpretaciones patológicas de la realidad y las conductas asociadas a ellas son rígidas, no cambian con facilidad. Las interpretaciones patológicas de la realidad son idiosincrásicas, esto es, el resto de la gente no ve las cosas de ese modo. Por último, la cognición patológica es disfuncional porque le “juega en contra” a la persona que la sostiene, generándole malestar.

En la terapia cognitiva la regla es que no importan tanto las situaciones en sí sino el sentido que la persona les asigna.

El objetivo global de una terapia cognitiva es que el paciente revise los significados que le han generado problemas históricamente y pueda aprender a ver la realidad desde una perspectiva no necesariamente distinta, sino “mas flexible”.

Por añadidura se pretende debilitar la credibilidad de las ideas disfuncionales y aumentar la credibilidad de una forma alternativa de ver las cosas. Cuando un paciente cambia su manera de pensar, también cambia su conducta y su estado de ánimo.

Siguiendo esta premisa los autores O'Connor y Shaefer (1997) señalan que para la terapia cognitiva los síntomas se desarrollan debido a que el individuo ha aprendido procedimientos inapropiados para manejar las situaciones de la vida. Al ayudar al individuo a cambiar los estilos de enfrentamiento, el terapeuta funciona como un maestro, el cual imparte habilidades para el enfrentamiento positivo y conductas adaptativas. Un aspecto de esto es enseñarle al individuo a que aprenda de las experiencias, de manera que puedan aplicárselas habilidades de enfrentamiento sobre una base de lo que ya está en curso.

### **El tratamiento cognitivo en niños**

En la clínica psicoterapéutica con niños entendida desde el paradigma cognitivo conductual, los autores Bunge, Gomar y Mandil (2008) describen las principales formas de trabajo que se centran principalmente en el juego y el dibujo.

Cuando se trabaja con niños es preciso destacar las diferencias entre el pensamiento de estos y el de los adultos dado que los niños pequeños no suelen ser capaces de diferenciar entre pensamiento lógico e ilógico, ni aun señalándole los errores. De igual manera, en algunos casos tampoco son capaces de diferenciar las emociones de los pensamientos, ni clasificarlas. Es preferible considerar el pensamiento disfuncional en los niños como mal adaptativo, en vez de irracional. Esto es importante, ya que puede resultar problemático considerar como distorsiones cognitivas a las modalidades reprocesamiento que son normales ha determinado nivel de desarrollo evolutivo.

Como afirma O'Connor y Shaefer (1997) al igual que con los adultos, con niños es igualmente importante la orientación hacia los problemas. Cuando los niños se presentan con problemas aislados, los enfoques del tratamiento deben concentrarse en el

problema que está presente, si perder de vista una imagen más global de la situación del niño.

### **El juego en la terapia cognitiva con niños**

Como señala Keegan (2007) el juego es una conducta innata, con funciones evolutivas de adaptación y supervivencia. Tiene propiedades terapéuticas que favorecen cambios cognitivos y conductuales. Varios autores sostienen que el juego no es solamente un medio para aplicar otros procedimientos terapéuticos, si no que es terapéutico en sí mismo. En TCC con niños, se establece una relación positiva entre niños y terapeuta, se utilizan las actividades de juego para comunicarse con el niño y se concibe el ambiente terapéutico como un lugar seguro.

Como afirman Bunge, Gomar y Mandil (2010) desde los inicios de la práctica psicoterapéutica con niños el juego fue considerado un vehículo primario de evaluación e intervención.

En cuanto a los procesos afectivos, a partir del juego se desarrollan habilidades para expresar estados afectivos. Asimismo se ejercitan estrategias de regulación emocional u la integración cognitiva del afecto adquiere complejidad creciente en este proceso, paulatinamente construye habilidades para expresar imágenes y temáticas cargadas de afecto, se desarrollan procesos de etiquetado que permiten el reconocimiento paulatino de las emociones, a la vez que se circunscribe a determinados contextos y momentos en el juego. Además, a medida que se ejercitan destrezas para comunicar ideas y emociones, la capacidad para la empatía y las habilidades comunicacionales se desarrollan progresivamente.

El interés natural que los niños presentan en la actividad lúdica constituye un excelente medio para desarrollar el vínculo terapéutico, un lenguaje compartido entre el terapeuta y el paciente y la oportunidad para favorecer la evaluación diagnóstica y la asimilación de las intervenciones.

Según afirma O'Connor y Shaefer (1997) Uno de los atributos más importantes del uso del juego en la terapia cognitivo conductual es que proporción a estrategias para el desarrollo de pensamientos y conductas mas adaptativos para el enfrentamiento de las situaciones. Por ejemplo remplazar los pensamientos inadaptativos con autoafirmaciones positivas. El juego en la terapia no es solo una modalidad de

tratamiento, sino también el método de comunicación entre el terapeuta y el niño. El observar y escuchar el juego del niño proporciona una comprensión de los pensamientos, sentimientos y visión del mundo por parte de este los niños llevan al tratamiento sus conflictos y fantasías. Las implicaciones del juego en el niño son interminables: el juego es la ventana a través de la que los adultos miran como los niños se consideran a sí mismos y a los demás, cómo interactúan y como entienden el mundo a su alrededor.

### **La educación emocional**

El autor (M. Álvarez, 2001) señala que para afrontar las situaciones vitales se hace necesaria la educación emocional del niño.

En primer lugar, continuamente estamos recibiendo estímulos que nos producen tensión emocional: estresores del trabajo, interrupciones, imprevistos, conflictos, malas noticias, pérdidas, enfermedades, reveses económicos, etc.

Por otro lado, vivimos continuas contradicciones y tenemos conflictos entre lo que deseamos y lo que pensamos que deberíamos hacer.

En cuanto a la educación emocional Gallego (1999) afirma que es responsabilidad de los profesionales así como la de los padres procurar la adquisición y el desarrollo de las habilidades emocionales cuanto antes en los niños.

Este autor enumera los principales objetivos a los que debería apuntar la educación emocional en los niños. En primer lugar se debe procurar que el niño tome conciencia de sus emociones y de los procesos emocionales que acarrearán para poder actuar y reaccionar en consecuencia con ellas. Del mismo modo el niño debería poder controlar sus emociones para afrontar de modo eficaz los acontecimientos y situaciones. En segundo lugar es importante fomentar el autoestima y la capacidad de motivarse a sí mismo y superar los retos de la discapacidad. Por último es importante la educación de las habilidades sociales necesarias para que el niño construya y mantenga relaciones significativas.

### **La Intervención Psicológica Grupal**

Con el propósito de subrayar los beneficios que plantea abordaje terapéutico grupal citaremos al autor Rivera Gallego quien afirma que la situación grupal permite que cada uno de los integrantes sea a la vez paciente y agente terapéutico. El sentido de igualdad que impera en el grupo invita a todos a dar a la vez que a recibir ayuda, y por tanto a adoptar el papel de ayudador, o de apoyo en la desgracia, según otros miembros del grupo, a juicio de cada uno, lo va necesitando. De este modo, todos tienen la oportunidad de identificarse con figuras positivas de manera más real de lo que permitiría ninguna relación individual de ayuda. Consecuentemente el niño encuentra en el grupo la seguridad de pertenencia y la posibilidad de enriquecerse e identificarse con otros sujetos que enfrentan problemas similares a los de él.

Un aspecto importante a tener en cuenta con este tipo de población es la comunicación ya que según Zarandona el niño con discapacidad tiene al igual que cualquier otra necesidad de expresarse, saber y conocer qué le pasa, por qué y poder decir qué siente. Este aspecto resulta primordial en su desarrollo emocional abriendo canales de comunicación consigo mismo y con los otros. Poder comunicarse con todos incluso acerca de su propia discapacidad, es tal vez una de las necesidades emocionales más importantes que tienen estos niños. Ante lo expuesto resulta de suma importancia brindarle recursos al niño para que logre una mayor adaptabilidad comunicacional, que pueda utilizar los múltiples lenguajes que le sean posibles para exteriorizar sus afectos.

En relación a las relaciones socioafectivas con un par, Harris (1992) subraya que las mismas le permiten al niño explorar una amplia gama de sentimientos, emociones, sensaciones y experiencias. Asimismo aprende a ponerse en la perspectiva del otro, a negociar, a compartir objetos y a empatizar afectivamente con su igual.

Según Yalom (1985) existen factores curativos que se activan en los grupos terapéuticos. Este autor hace referencia a 3 principios que tienen factores curativos que sirven como basamento teórico en las intervenciones grupales. A continuación se explicaran estos aspectos que son considerados por este autor como determinantes en las intervenciones terapéuticas grupales:

#### Principio de semejanza

Los grupos integrados por sujetos que padecen la misma discapacidad o comparten una situación común funcionan de acuerdo al principio de semejanza, que

plantea la relación directamente proporcional entre semejanza de la problemática y posibilidad de eficacia terapéutica del grupo, y se basa en el desarrollo de identificaciones primarias y en la producción de un alto nivel de cohesión grupal. Existe un valor terapéutico en lo que es el pasaje del “a mí me pasa” al “a nosotros nos pasa”.

Algunos de los aspectos que pueden resultar provechosos de experimentar en el grupo son: dar y recibir apoyo; Intercambiar experiencias, emociones, temores, dudas, etc.; intercambiar informaciones; confrontar experiencias y dificultades comunes; buscar soluciones entre todos, entre otras.

### Principio de modelización

Yalom (1985) plantea que es importante que se comparta en el grupo información clara y que exista una propuesta de cambio conjunta. Explica que existe un valor terapéutico que se agrega al nosotros para ser “nosotros con este modelo que construimos”

La falta de información y la incertidumbre sostenida ayudan como factor ansiógeno. Es por esto que resulta importante que en el grupo se compartan nociones básicas acerca de la discapacidad, de diferentes modalidades de afrontamiento de las situaciones problemáticas familiares, etc.

Se procura que los integrantes del grupo desarrollen una visión global de la vida, de la enfermedad, de la salud, de la actitud ante las diferencias, etc.

### Principio de confrontación

Como define Yalom (1985) este aspecto representa la relación entre las condiciones que da un grupo para poder enfrentar realidades e intentar transformarlas, y su eficacia terapéutica. Hay un valor terapéutico cuando se constituye el “Nosotros con este modelo que construimos transformamos esta realidad que nos afecta”. Estos factores curativos tienen que ver con movilizaciones emocionales que fomentan el cambio.

El grupo brinda la posibilidad de expresar emociones fuertes manteniendo la cohesión. Además permite jerarquizar el cambio en relación con la expresión de emociones que corrijan experiencias anteriores del sujeto. Asimismo el grupo funciona

como soporte y campo en el aprendizaje interpersonal. El intercambio con otros integrantes del grupo es fuente inagotable de aprendizaje.

### **Proceso de Psicoeducación a padres**

Según expresa Paniagua (2001) la llegada de un niño con discapacidad lleva a un cambio importante en la dinámica de la discapacidad y en la perspectiva de futuro, implica aceptar que no solo hay que cuidarlo y educarlo, sino que también requerirá de asistencia especial el resto de su vida. Esto no coincide con lo planificado familiarmente y es necesaria una reformulación de lo proyectado, despertando ansiedades en los padres quienes a veces adoptan actitudes de rechazo o sobreprotección.

Por esta razón los autores Carne y soro Camats (2010) remarcen la importancia de prestar apoyo emocional a las familias, pero también ayudarlas a encontrar soluciones prácticas a sus problemas cotidianos, con relación al cuidado y a la interacción con sus hijos con discapacidad, y a la obtención de recursos y apoyos terapéuticos, económicos y sociales, puesto que todos estos aspectos se influyen mutuamente. También es importante de incluir en este complejo proceso de colaboración al propio niño, a sus hermanos y a sus compañeros de edad con y sin discapacidad.

Estos autores además, remarcen que muchas veces los padres necesitan palabras de apoyo en lugar de instrucciones de lo que deben hacer, ellos deben afrontar problemas de cuidados y educación derivados de la discapacidad que son muy perturbadores para la vida familiar. La mayoría de los padres están más que dispuestos a ayudar en el desarrollo de su hijo, si se los orienta en los momentos justos y teniendo en cuenta las condiciones siempre complejas del sistema familiar y social.

Del mismo modo Bunge (2008) señala que todo tratamiento con niños y adolescentes incluye el trabajo con las familias debido al rol determinante que cumplen los factores contextuales en todo motivo de consulta.

Los niños dependen de sus padres, tutores y allegados significativos. Sus esquemas cognitivos y estilos de afrontamiento están en formación y son particularmente permeables a sus influencias.



Los padres pueden modelar conductas adaptativas, transmitir otras formas de entender los problemas. La familia es importante en la resolución de conflictos y puede colaborar en la generalización de los aprendizajes.

Por otro lado este autor señala que la familia puede ser el inicio y mantenimiento de los conflictos y que los padres muchas veces pueden agudizar la problemática.

El terapeuta, atento al estilo atribución al interno, global y estable de la pareja, normaliza estas dificultades en la crianza, resalta sus recursos y los focaliza en las alternativas plausibles de ser generadas en el aquí y ahora para lograr cambios. Es necesario fomentar una orientación dirigida a la resolución de los problemas y no a la culpabilización así como también generar propuestas en lugar de quejas y acusaciones.

Cuando se incluye a las figuras significativas en la crianza del niño, se pretende potenciar y generalizar los resultados a los ambientes usuales donde los problemas se presentan. Acreditar a los padres como co-terapeutas tiende a transformar al hogar en un contexto terapéutico donde los aprendizajes conjuntos continúan.

Paralelamente al apoyo emocional del niño y de su familia se hace necesario destacar el papel fundamental de la educación sobre el manejo de la discapacidad. Al respecto, el autor Canevaro (1994) señala que la cantidad y calidad de las informaciones que se les facilitan a las familias sobre la deficiencia de su hijo o hija influye en evitar el aislamiento social y en el éxito de la acción terapéutica y educativa. Con frecuencia se observa como muchas familias y profesionales cambian de actitud cuando obtienen información y formación.

## **Metodología**

### **Tipo de estudio**

Descriptivo.

### **Participantes**

Los participantes de la muestra con la cual se llevo a cabo el trabajo es un grupo de 4 niños de una sala curricular del Centro Educativo terapéutico. Los niños poseen un diagnostico de Encefalopatía crónica no evolutiva y tenían entre 9 y 12 años de edad.

Todos los pacientes presentan algún grado de compromiso motor, en cuanto al área cognitiva su retraso mental es moderado y todos se encuentran alfabetizados.

Los participantes concurrían a la institución de lunes a viernes de 9 a 17 Hs.

A., R. e I. comparten la misma sala desde principios del 2009 y son miembros de la institución desde el Ciclo Inicial (GTI). F. ingreso a Centro Educativo Terapéutico a comienzos del año 2011.

A. posee una diplejía, sus extremidades inferiores son las más afectadas por la Parálisis cerebral. Su retraso mental es moderado. Presenta un déficit auditivo y visual que dificulta su participación en las actividades y dificulta su interacción social.

R. presenta una parálisis cerebral que afecta también sus miembros inferiores. Posee un retraso mental moderado y un déficit auditivo.

F. presenta una Parálisis cerebral que afecta severamente sus extremidades superiores e inferiores, con un nivel cognitivo es coincidente con su edad. A nivel comunicacional es el único de los niños que no posee lenguaje verbal, una carpeta con pictogramas y una lamina alfanumérica le permiten comunicarse con quien posea las competencias para manejar estos recursos.

I. presenta una Parálisis cerebral que afecta severamente sus extremidades inferiores y superiores, de tipo espástica y atetósica. Su nivel cognitivo corresponde a su edad. Solo este niño asistía a sesiones individuales de Psicología, durante el año 2010.

En cuanto a su comunicación posee lenguaje oral y es totalmente dependiente en sus actividades por sus limitaciones motoras, necesitando asistencia permanente de un adulto. Sus padres tuvieron varias entrevistas con la psicóloga por motivo del malestar que presentaba el niño frente a su compromiso motor.

En cuanto a la capacidad de desplazamiento de los participantes, dos de los niños, A. y R. se movilizan utilizando un andador mientras que F. e I., que tienen un mayor compromiso motor, utilizan silla de ruedas.

Los padres de I. serán los que participaron del proceso de orientación al que haremos referencia. Ellos están divorciados y tienen una hija más en común.

## **Instrumentos**

- ✓ Registro de entrevistas a padres de un proceso de Orientación consignado en legajo.

- ✓ Registro de sesiones individuales sobre la problemática consignadas en legajos.
- ✓ Entrevistas semidirigidas con el profesional psicólogo de la institución en relación a la ejecución de un proceso de Psi coeducación a padres.
- ✓ Observación participante de las sesiones grupales a cargo de la Psicóloga de la institución.
- ✓ Observación participante en sala.

### **Procedimiento**

Se observaron 3 sesiones grupales de aproximadamente 45 min. de duración 1 vez por mes. Estos encuentros fueron llevados a cabo en la sala.

En estas sesiones se utilizaron diferentes herramientas lúdicas que sirvieron de disparador para trabajar sobre las cuestiones emocionales, la importancia del reconocimiento y la expresión de sentimientos propios y ajenos y la exploración sobre las cuestiones generadoras de emociones.

Se realizaron 2 entrevistas con la psicóloga de la institución para conversar sobre los modos de orientación y psicoeducación a padres frente a esta temática.

Se tomo registro escrito de las historias clínicas de los datos que resulten relevantes para el presente trabajo. Características generales de los pacientes, proceso de orientación a padres, informes psicológicos que den cuenta de la necesidad de proveer recursos y acompañar el desarrollo emocional sus niños.

### **Desarrollo**

- ✓ *Describir las dificultades que presentan los niños en su desarrollo emocional y su relación con las limitaciones motoras e intelectuales que padecen.*

R.

R. es un niño muy sobreprotegido por su familia, lo tratan como si aun fuera un niño pequeño. El se comporta de manera muy infantil, no acorde a su edad lo cual obstaculiza su desarrollo.

Como afirma Vélez White (2006) el desarrollo emocional y social de una persona con discapacidad motora, se caracteriza por presentar experiencias limitadas, por lo que pierden la oportunidad de adquirir experiencia natural y conocimientos de base ya que permanecen la mayor parte del tiempo en entornos protegidos. Esto los priva de la exploración espontánea de su cuerpo, el entorno social y físico. Por lo general crecen en una condición vital distinta a la de los demás. Desde el comienzo de su vida se encuentran ya limitados en la exploración de su entorno, la comunicación y la interacción con la familia y los demás, y les es difícil desarrollar el sentido de la competencia y la confianza en sí mismos.

## L.

Este niño expresa sus emociones con el tono muscular, sus músculos se rigidizan cuando está nervioso o emocionado y lo llevan a la extensión de su cadera, tronco y manos.

Esta respuesta irrumpe en las situaciones e interfiere en el disfrute, el aprendizaje, en la vida cotidiana ya que se desorganiza de tal manera que debe ser reposicionado en la silla o incluso recostado. El poner en palabras, sus emociones, contar lo que le pasa, expresarlo, puede ser beneficioso en cuanto lo ayude a canalizar de manera diferente sus emociones evitando así reacciones extremas como las que experimenta cuando se siente emocionado.

## A.

A menudo esta niña se enoja y no puede comunicarlo por su dificultad para expresarse, le cuesta formar frases, se hace entender a través de gestos y palabras que resuman lo que quiere decir. Por otro lado en muchas oportunidades se frustra ya que no puede lograr que otros entiendan lo que quiere comunicar y se pone de mal humor. Otro punto que obstaculiza la comunicación es que sus interlocutores deben informarse que dado su déficit auditivo se debe hablar frente a ella (para que pueda ayudarse con la lectura de labios) y que se debe utilizar un nivel de voz alto.

Como señala Basil y Soro Camats (2006) Las personas con discapacidad motora pueden presentar problemas en la comunicación por dificultades en la articulación, en la percepción y/o en la comprensión. Los trastornos de la comunicación pueden ocasionar alteraciones en el desarrollo cognitivo, el social y el de la personalidad.

#### F.

Los padres de este niño están divorciados hace unos años y él se encuentra viviendo con su padre y la con la pareja actual quienes acaban de tener un bebe llamado F1.

Se sabe por dichos del padre que F. tiene sentimientos encontrados en relación a este nuevo integrante de la familia, mostrándose molesto y demandante cuando se le está brindando atención a su hermano. El niño siente temor de perder el cariño de su padre por la llegada de este bebe y compara las futuras capacidades que su hermano tendrá y de las que el carece.

Este niño tiene carpeta personal con pictogramas que le permiten comunicarse. El uso diario de este recurso es importante para que el niño pueda expresarse en su máxima capacidad y sobretodo que no olvide como usarlo correctamente.

Coincidentemente con lo que afirma Vélez White (2006) teniendo en cuenta la importancia de la expresión emocional en el desarrollo de la persona, la accesibilidad alude a la existencia de condiciones físicas, comunicativas y culturales que contribuyen a la eliminación de barreras y a la inclusión social de los individuos con discapacidad. Se implementan apoyos, ayudas técnicas y tecnológicas, de infraestructura, para mejorar la comunicación.

***✓ Analizar un proceso de intervención psicológica grupal con niños con Parálisis Cerebral con el fin de promover su educación en el reconocimiento, expresión y regulación de sus emociones.***

Las actividades que fueron observadas en la sala, de forma grupal y tienen como objetivo fomentar el desarrollo emocional y consecuentemente trabajar las problemáticas asociadas a la incapacidad física de estos niños.

La psicóloga intento a partir de las actividades lúdicas abrir el dialogo y fomentar el debate entre los integrantes del grupo dado que resulta terapéutico

compartir emociones, situaciones experimentadas con un par con características y procesos vivenciales similares.

Es importante señalar que a pesar de las discapacidades que estos niños presentaban, la forma de intervención y las actividades realizadas no diferían en gran medida con las trabajadas con niños sin dificultades. Esta línea de trabajo coincide con los autores Carme y soro Camats (2010), ellos plantean que a menudo se exagera la necesidad de cómo hay que tratar o enseñarles a los niños con discapacidad. En realidad son muchas las cosas que se parecen a otros niños (la necesidad de ser aceptados y reconocidos, de ser ayudados y estimulados, de sentirse bien, de crecer y aprender...) que las cosas que son diferentes (su proceso más lento de aprendizaje, su dificultad para comunicarse o caminar, etc.).

Valorando las similitudes sobre las diferencias podremos estimular la curiosidad del niño, el acercamiento sin prejuicios y la confianza en la propia capacidad de los profesionales para conocerlos y educarlos.

La utilización de recursos como juegos, cuentos, cortos animados, etc. permiten que el niño de manera lúdica pueda expresar y tramitar sus problemáticas.

Los objetivos principales que se intentaron trabajar en la terapia grupal coinciden con los planteados por los autores Ruiz Bedia y Arteaga Manjon (2006) en el *ámbito de la conducta y la personalidad* hay que prestar atención al desarrollo emocional de la persona afectada propiciando un entorno estable, rico en contactos y experiencias, fomentando su autonomía e interacción social no mediada por terceros en lo posible, entrenando habilidades de autonomía personal en todos los órdenes.

En el *ámbito cognitivo* se deben de estimular las capacidades que posee la persona afectada desechando los contenidos del currículo a los que no puede acceder, facilitando las situaciones experienciales, y programando las actividades en un grado de complejidad creciente de modo que no se produzcan situaciones sistemáticas de fracaso. Es así mismo necesario potenciar la optimización de las capacidades específicas para el procesamiento de la información (percepción, atención y memoria), así como estimular el ámbito sensorial para compensar las posibles deficiencias existentes.

### **Primera sesión Grupal**

Juego de mesa adaptado: “*Los buscadores del Quantum*”

La actividad se realizó con el objetivo principal de ayudar a los niños en el reconocimiento de las emociones, fomentando su expresión y su regulación. Esta actividad lúdica resultó efectiva para echar luz sobre dificultades y reflexionar sobre problemáticas latentes que luego podrán ser tomadas para trabajar en cada terapia individual. Al mismo tiempo este juego sirvió para ampliar el conocimiento del niño acerca de sus fortalezas y debilidades favoreciendo de esta manera su autoconfianza y autoestima.

Como así lo afirma Bunge (2008) En el contexto de un juego resulta más fácil hablar de cualquier cosa. El juego llega a ser solo una excusa, una actividad mientras se analizan los problemas y sus posibles soluciones.

El juego estructurado es una herramienta comúnmente utilizada en el trabajo con niños. Se caracteriza por sus reglas, normas, instrucciones y excepciones preestablecidas con claridad. Como en este caso, los juegos de mesa pueden ser diseñados o adaptados con fines terapéuticos y propósitos muy diversos como el desarrollo de las habilidades sociales, el control de la ira, etc.

El juego compartido en esta primera sesión grupal “Los Buscadores del Quantum” fue adaptado según las posibilidades motoras y cognitivas de los niños.

Esta actividad consistía en que la psicóloga vaya sacando tarjetas y preguntando en orden de ronda a cada uno de los niños. Estas tarjetas habían sido seleccionadas previamente para indagar sobre cuestiones específicas, dependiendo las dificultades emocionales, los conflictos de cada uno de los niños de la sala, etc.

Cada niño tenía la posibilidad de contestar a la pregunta que figuraba en la tarjeta, si se animaba a responder podía tirar un dado y avanzar por el tablero hasta la marca de llegada pudiendo así ganar la partida.

A continuación se describirá como el grupo compartió sus experiencias de manera terapéutica y las principales cuestiones que fueron abordadas con cada niño teniendo en cuenta sus necesidades de educación emocional, de expresión y el afrontamiento de las situaciones que resultan conflictivas a nivel personal y/o familiar.

## A.

Una de las cuestiones que fueron trabajadas con esta niña durante el juego es fomentar una mejor expresión verbal.

Como se transcribirá en el ejemplo a continuación, la niña responde a la mayoría de las preguntas utilizando palabras u oraciones simples. La psicóloga reformula en casi todas oportunidades las respuestas de la niña dándole una mayor complejidad a la estructura. Al mismo tiempo con su comportamiento la profesional entrena a sus compañeros que están observando cómo sería la forma óptima de comunicarse con ella.

**TARJETA:** Cuáles son las cosas que más me gustan?

**A.:** “Películas cine, tomar leche, Casi Ángeles”.

**PSICOLOGA:** “Vos quieres decir A. que las cosas que más te gustan son: Mirar películas en el cine, tomar la leche y mirar en la tele Casi Ángeles?”. Esto fue expresado mirando a la niña de frente y en un tono de voz alto para que pueda leer lo que se le está diciendo.

Con estas intervenciones la psicóloga buscaba tomar una actitud positiva de reforzamiento de la comunicación, pensándola como un aspecto crucial en desarrollo emocional y psicológico de todo niño.

Del mismo modo fueron reformuladas otras respuestas de la niña, la siguiente pregunta tenía que ver con las emociones.

**TARJETA:** Que me enoja?

**A:** “J.” (*la hermana*) “NO” (*expresado con gesto*) “compu”

**PSICOLOGA:** A. quiere decir: “Me enoja que mi hermana J. no me deje usar la computadora”

La profesional intervino para entrenar la niña y a sus compañeros en la forma más eficaz para comunicarse teniendo en cuenta que la comunicación es fundamental para lograr un buen desarrollo emocional. “Poner en palabras” sirve para tramitar las situaciones problemáticas además de ayudar a construir y mantener los vínculos interpersonales. Asimismo estos recursos comunicacionales aprendidos podrán ser usados tanto para la expresión emocional, de las necesidades como así también en el desarrollo de la personalidad.



Como afirman Carme y Soro Camats (2010) la escuela y la familia constituyen un entorno privilegiado para el desarrollo y uso del lenguaje en toda su complejidad. El alumnado con un trastorno motor puede presentar diversas dificultades en la comunicación y el lenguaje. Muchos niños incluso necesitan de la ayuda de especialistas en fonoaudiología.

Es importante para el desarrollo emocional que los niños y su entorno sean entrenados en formas alternativas de comunicación que suplan o apoyen la falta dificultad o falta de lenguaje verbal y gestual.

Del mismo modo los interlocutores pueden aprender las siguientes estrategias que ayudaran a la normalización de la comunicación a pesar de los aspectos fonéticos alterados:

- Mantener el contacto ocular y sostener una actitud de escucha continuada hasta que se termine el mensaje.
- Aceptar con naturalidad que lo hemos entendido.
- Solicitar que nos repita una palabra o frase.
- Promover la conversación a partir de afirmaciones, explicaciones o sugerencias más que con preguntas.
- Dejar espacios de tiempo para que pueda expresar sus ideas y, si es necesario ejercer de traductor con su consentimiento.

Es importante señalar los logros que se observaron luego de estas intervenciones. Tanto la niña como sus compañeros modificaban su forma de comunicación para que esta sea más comprensible y además se ayudaban unos a otros a mejorar su expresión. Asimismo, se observo que la niña pedía a los que no conocían su déficit auditivo que le hablen más fuerte para ella poder escucharlos mejor.

Otro punto importante que se trabajo con la niña son los signos de angustia que la niña presentaba cuando se le pregunta acerca de su madre, la misma ha tenido internaciones psiquiátricas por episodios depresivos e intentos de suicidio en los meses previos a esta actividad. La psicóloga busca que la niña exprese esta problemática grupalmente para que sus compañeros tomen conocimiento y puedan ayudarla a afrontar estas situaciones.

**TARJETA:** “Lo que más me gusta de mi mama es...”

**A:** “Cuando está contenta, cuando está en casa”

**PSICOLOGA:** Le contamos a tus compañeros que a veces tu mama está un poco triste y no puede estar con vos tanto como vos quisieras. Vos le dijiste a tu mama que te gusta verla contenta y que este con vos?

**A:** No.

**PSICOLOGA:** Yo creo que sería bueno que se lo contaras porque le va a hacer bien a las dos hablar un poco de esto.

Uno de los niños, I., comenta en este momento que a veces ve triste a su mama y el también se pone un poco triste pero que después se le pasa. Aquí se observa como entre los mismos miembros del grupo se comparten experiencias ayudando de esta manera a elaborarlas.

**I.**

La psicóloga intenta a través de este juego trabajar con I. la expresión y la regulación emocional.

I. muchas veces esta de mal humor y no pide las cosas por favor, ni agradece, por eso es que la psicóloga le hizo a él esta pregunta.

**TARJETA:** “Que te enoja?” Como te hace sentir?

**I:** “Que se burlen de mí, me da vergüenza. Me pongo así” *(Se observa mientras responde un aumento del tono muscular, extensión de su tronco y muecas faciales debido a la rigidez)*

**PSICOLOGA:** “Porque te burlan?”

**I:** “Los compañeros de mi hermana, porque no puedo hablar bien, porque no me muevo”

**PSICOLOGA:** “A mi y a tus amigos seguramente que también nos gustaría que pienses y no puedas contar que te gusta de vos”

Los autores Carme y soro Camats (2010) observaron que en general en los inicios escolares, los niños con discapacidad toman conciencia de su condición y pueden necesitar ayuda para manejarse con sus sentimientos y preocupaciones hacia la

diferencia, se les puede explicar lo que les pasa, que cosas pueden hacer y cuáles no, y se debe facilitar que puedan hablar de sus sentimientos y preocupaciones con relación a tener una discapacidad.

La clave para desarrollar la autoestima es promover actividades en las que el niño con discapacidad resulten exitosos y sientan que coparticipan en un proyecto en igualdad de condiciones.

La actividad planteada ayuda al niño ya que le permite empezar a reconocer la relación existente entre el pensamiento, la emoción y la conducta. Por eso se plantea la pregunta “que haces cuando piensas eso, como te sentís?”

Es importante que el paciente reconozca los nexos entre lo que pensó e interpreto respecto a las situaciones problemáticas y las correspondientes consecuencias afectivas y conductuales. (Bunge 2008)

Se puede notar cierta autoexigencia de I. y su frustración por los logros pero estos tienen que ver únicamente con su motricidad. Busca permanentemente la aprobación del adulto y la valoración de sus logros. La psicóloga intentó intervenir para que el niño valore todos los aspectos de su persona y no focalice su atención sobre lo que tiene incapacitado.

## **R.**

La psicóloga intenta que el reflexione acerca de su crecimiento y pueda correrse del lugar infantil que le impide continuar desarrollándose, asumiendo responsabilidades y construyendo su identidad.

Para trabajar este aspecto se le presento al niño durante el juego la siguiente pregunta:

**TARJETA:** “Que te gustaría seguir haciendo igual que cuando eras más chico?”

**R:** “Me gusta mirar tele en la habitación con mama y papa.”

**PSICOLOGA:** “Ahora ya miras la tele en tu cuarto con tus hermanos?”

**R:** “No, todavía sigo yendo a mirar tele (*se ríe*).”

La psicóloga interviene a continuación sabiendo el lugar de niño mimado que tiene en la familia y trata de ofrecerle otra visión.

**PSICOLOGA:** “Ya no sos un bebe para seguir mirando tele en la cama con mama y papa. “

**R.:** “Si, tengo de bebe el pañal y el babero.”

Cuando un niño tiene una discapacidad, la conquista de la propia identidad suele ser un camino más difícil y más complejo. (Nuñez, 2006)

Las respuestas del niño muestran como presenta dificultades para salir del lugar infantil que tiene en la familia. La respuesta familiar y del niño coincide con lo que expresan los autores. Carne y soro Camats (2010) quienes afirman que algunos prejuicios arraigados en la sociedad llevan a tratar a las personas con discapacidad de forma infantilizada, a negarles la capacidad de decidir y participar, a dárselo todo hecho sobreprotegiéndoles, y a formular comentarios inapropiados en su presencia, reflejando compasión o dudas sobre su competencia.

## **E.**

Con este niño se abordaron durante el juego grupal las problemáticas ligadas al contexto familiar.

Con motivo de los celos del niño por el nacimiento de su hermano psicóloga trata de utilizar las tarjetas del juego como disparador para que pueda hablar de este conflicto y tramitarlo.

Asimismo se busca que sus compañeros hablen de sus hermanos y de los celos para que en este compartir grupal el niño sienta que los celos no son un sentimiento “poco habitual” o “malicioso” si no que muchos de sus amigos lo sienten a menudo.

Además se busca que el niño vea los aspectos positivos, lo que si disfruta de estar en compañía de su hermano.

**TARJETA:** “Lo que me molesta en casa es...”

**F:** “F1!!!” (*Hermano recién nacido, celos, atención del padre*) vive con su padre y su pareja, visita a su madre periódicamente

**TARJETA:** “Que es lo que menos me gusta hacer en casa con la familia?”

**F:** “Quedarme en casa de papa, por F1.”

**TARJETA:** “Que cosas hace mi hermano que me pone contento?”

**F:** “Que lo lleven de visita de mi mama”

**TARJETA:** “Lo que más me gusta hacer es...”

**F:** “Jugar con los primos”

**TARJETA:** “Que cosas me gustan hacer con mis abuelos?”

**F:** Invitarlos a dormir a casa

A partir de estas últimas preguntas la profesional intenta que el niño identifique que también tiene un vínculo materno, para afianzar su relación. También se intenta que el niño saque de su centro de atención y de celos a su padre y ponga interés en los demás miembros de la familia que lo quieren y con quienes puede sentirse apreciado y compartir momentos.

Como afirma Nuñez (2004) las cuestiones de la llegada de otro hijo se trabajaran con el niño como la llegada de un hermano para cualquiera. Habrá celos en mayor o menor medida, habrá reclamos, escenas, caprichos. Dependerá de cómo los padres vayan manejando la situación y como se sienta el niño en relación a este nuevo miembro familiar que esto sea algo más o menos difícil de superar.

### **Segunda Sesión grupal**

Durante esta sesión grupal se trabajo con pensamientos que presentaban habitualmente en los niños con estas características. A partir de láminas con imágenes la psicóloga convoco a los niños a ponerse en el lugar del personaje completando lo que piensa.

**LAMINA 1:** La primer lamina mostraba a un niño con expresión de tristeza y pensando “me va a salir mal...”

**LAMINA 2:** En la segunda lamina presentada por la psicóloga se observaba a un niña que pensaba “Soy un desastre, ----- no me quiere porque...”

Fomentando que los niños den su propia visión d estas experiencias, esta actividad tiene como objetivo que el niño pueda registrar y expresar lo que piensa y siente haciéndose posible una futura modificación en el caso de sea necesario. Los

objetivos de estas intervenciones fueron planteadas por los autores O'Connor y Shaefer (1997) quienes afirman que es importante ayudar a los niños a cambiar sus creencias, generándoles explicaciones alternativas, ponerlas a prueba y modificar las creencias que no resulten funcionales. De esta manera las técnicas cognitivas pueden incorporarse al juego con el fin de ayudar al niño a obtener dominio sobre los acontecimientos de la vida.

Asimismo este trabajo tenía como objetivo que los niños observen como los pensamientos, las emociones y las acciones se afectan recíprocamente por lo cual es importante que sean conscientes de estos procesos para lograr una futura regulación y control de los mismos.

Para esto último, se comenzó a trabajar con la identificación de los denominados Pensamientos automáticos. Como afirma Bunge (2008), estos pensamientos que escapan a la voluntad de la persona, son extremadamente rápidos y poseen una estructura telegráfica. Es por esto que las personas usualmente no se detienen a cuestionarlos y los toman como certeros.

Estos pensamientos dan lugar a diversas interpretaciones que cada uno realiza de las situaciones que le toca vivir y, como dijimos anteriormente influyen en su estado de ánimo.

En todo tratamiento cognitivo, uno de los pasos iniciales consiste en orientar al paciente en la detección de los autodiálogos e imágenes disfuncionales que suscitan en las situaciones problemáticas.

Como veremos a continuación la Psicóloga intervenía a lo largo de la actividad elogiando acciones o pensamientos funcionales que los niños expresaban, asimismo, elogiaba aspectos positivos de su personalidad y subrayaba las capacidades muchas veces ignoradas frente a los múltiples déficits. Este tipo de factor es considerado un componente determinante en la terapia cognitiva conductual, como afirman los autores O'Connor y Shaefer (1997) ya que ayuda los niños a sentirse bien con respecto a sí mismos e incorporar percepciones positivas dentro de su autovaloración. El elogio también comunica al niño cuales conductas resultan apropiadas y cuáles no. Es importante recalcar estas intervenciones sobre todo en esta población donde el niño debe poder identificar sus capacidades sobre sus dificultades y déficits.

**LAMINA 1 - PENSAMIENTO:** “Me va a salir mal...”

**F:** “Seguro que me va a salir mal llevarme bien o estar bien con F1 como le piden los papas”. (*F1 es su medio hermano recién nacido*)

**I:** “Matemática porque no me gusta”

**PSICOLOGA:** “A pesar de tener estos pensamientos cuando estamos ante una tarea es importante que tengamos la voluntad y la perseverancia de intentarlo. Muchas veces podemos hacer cosas que nos parecían imposibles en algún momento.”

Asimismo como afirma Scholand (2003) es importante que las personas con discapacidad realicen todas aquellas cosas que pueden por sí mismos, vean sus logros y no sean auxiliados en todo momento. Cuando se le facilitan las tareas es probable que en realidad no se lo esté ayudando, el camino a la independencia se demora o se obstaculiza y genera efectos no deseados. Por ejemplo ya no volver a intentar realizar una tarea y pedir que la realicen por él como es el caso de I.

**R:** “Caminar solo sin andador, me da miedo. Quedarme parado sin andador por miedo a que no me salga.”

**PSICOLOGA:** “Le preguntaste sobre esto a mama?; Le preguntaste a las Kinesiólogas?” “Hay que aceptar que hay cosas que cuestan y que no vamos a poder hacer.”

Esto disparo en los niños los siguientes comentarios:

**I:** “Yo sé que no voy a poder comer solo nunca pero me gustaría caminar”

**F:** Le gustaría tener esposa e hijos. *Ver cuando se empiezan a ver cuestiones relacionadas al futuro.*

**PSICOLOGA:** “Es importante que esto lo puedan hablar con los papas y con los médicos. Además cada uno debe tratar de aceptarse como es y valorar lo que tiene”

**F:** “papa dice que F1 va a poder caminar”

**PSICOLOGA:** “Ustedes tienen que poner ganas y esforzarse en hacer todas las terapias para mejorar lo que puedan y consultar todas sus dudas con un medico. Uno siempre tiene que seguir trabajando con lo que quiere pero capas no se pueda lograr”

**F:** “Voy a poder caminar? Casarme?, Tener hijos?”

**PSICOLOGA:** “Yo no te puedo decir si vas a poder caminar porque no soy médico, se puede preguntar a la kinesióloga. Hay que valorar lo que tenemos e ir consultando todas las dudas que nos van surgiendo con la familia y los especialistas”

Las intervenciones realizadas por la profesional intentaban fomentar a los niños a que indagaran sobre su condición, que pudieran hablar acerca de su condición y aceptaran en lo posible las limitaciones reales. En este sentido, Nuñez (2006) afirma que el adolescente con discapacidad tiene que dejar el medio sobreprotector que caracterizo su infancia, para asomar su cabeza hacia el mundo externo, preparado para personas “normales”, en el cual tiene que abrirse lugar.

Asimismo expresa que las preguntas del niño acerca de su discapacidad deben ser consultadas con un especialista para que el mismo pueda sacarse las dudas en la medida que le surjan esos cuestionamientos.

La adolescencia es un periodo crítico con relación a la toma de conciencia de la diferencia. Muchas inquietudes se hacen presentes entonces porque soy así? ¿Porque soy diferente a mis hermanos? Porque soy diferente a mis hermanos? Qué paso? Siempre seré distinto, o algún día seré igual a todos? Se cura?

Los adultos (padres, docentes, terapeutas) no han hablado con el de estas verdades. Hay dificultades de poner palabras, tal vez por la fantasía de que si de eso no se habla, no existe; o porque se piensa que no hablando se evita hacer sufrir al niño; o porque hablar implica revivir el dolor y la angustia surgidos con el diagnostico; etc.

**LAMINA 2 - PENSAMIENTO:** “Soy un desastre, \_\_\_\_no me quiere porque...”

**R:** “Mi papa”



**F** “Mi papa cuando esta con F1”

**R:** “Yo me quiero casar con delfina pero ella no me quiere.” (Delfina es una compañera que concurre a otra sala de la Institución)

**I:** “Mi papa no me quiere porque me dejo solo y me dice inútil y vago” (*padres separados*)

Como afirman diversas perspectivas teóricas a partir del juego se puede favorecer la reestructuración de esquemas que definen la identidad y las relaciones interpersonales. Como señalan los autores O'Connor y Shaefer (1997) en numerosas circunstancias los niños no adjudican ningún significado en particular a los eventos problemáticos. También es posible que no expresen verbalmente sus creencias. Aunque en esa etapa del desarrollo no se pueden distinguir cogniciones disfuncionales, podría haber una ausencia de creencias adaptativas que facilitarían el afrontamiento de las dificultades. En este sentido podría ser necesario asistir al niño en la creación de creencias y autoverbalizaciones para organizar el afrontamiento.

En el caso de la respuesta de I se puede ver coincidentemente con la autora Nuñez (2003) como los “no logros” en las distintas áreas donde otros niños sin déficit van mostrando avances, pueden ser vividos como una ineficacia del hijo, o de los mismos padres en el ejercicio de su función parental. Es frecuente que los padres, movidos por la ansiedad de obtener los logros deseados, caigan en corregir reiteradamente las producciones erróneas de su hijo. Pocas veces lo alientan refuerzan en aquello que es capaz de realizar o ha logrado con mucho esfuerzo. Ello lleva a que el niño experimente sensaciones de fracaso, sentimientos de inseguridad personal y de autoestima baja e, incluso, a inhibiciones de muchas de sus iniciativas, fobia a la escuela, formas negativas de afrontar su propio déficit, etc. Conflictos que son habituales de consulta al psicólogo.

Como se observa en las respuestas a menudo estos niños expresan el rechazo de los demás y esto coincide con lo expresado por estos autores. Dado que a medida que el niño crece se intensifican sus temores a la discriminación e incompreensión del afuera.

Esta situación se ve agravada al encontrarse con situaciones reales de descalificación de mucha gente que encumbra el atractivo físico, valor estético fomentado por la sociedad.

Mediante el juego y el debate grupal que se armó a raíz de la presentación de las láminas se intentó favorecer la reestructuración de esquemas que definen la identidad y el autoestima. Además se fomentó la comunicación, la comprensión y la escucha entre los pares para que en el día a día puedan darse momentos de diálogo espontáneo sobre estas cuestiones que los niños transmiten y sea el grupo el agente terapéutico.

### **Tercer Sesión grupal**

La última Sesión grupal observada tuvo como objetivo que los niños aprendan a reconocer y expresar sus emociones como un paso previo a lograr un control sobre las mismas.

La actividad inició con la presentación de una serie de imágenes proyectadas en una computadora, rostros de niños con una expresión emocional en particular. La psicóloga convocaba a los niños a adivinar qué emoción estaban sintiendo las personas de las fotos y que imaginen qué situación les pudo haber provocado ese sentimiento. Como segunda etapa de la actividad, la Licenciada les hacía imitar la emoción mirándose a un espejo.

Los principales aspectos que se deseaban trabajar mediante esta actividad fueron:

- Reconocimiento a través de imágenes, fotos, pictogramas, vincular con las propias emociones y pensar situaciones que nos provocaron esa emoción. Uso de espejo, imitación de gestos.
- Expresión de las emociones mediante el habla
- Regulación emocional, recursos para afrontar las situaciones que provocan la emoción.

El uso de la computadora en el trabajo con niños constituye una herramienta atractiva y facilita la intervención, como afirman Bunge y Mandil (2010), tal como sucede con los juegos, metáforas e historietas, los recursos tecnológicos constituyen “envases atractivos” orientados a favorecer la asimilación de las intervenciones cognitivas. Estos medios seductores favorecen directamente la auto-observación, el

cuestionamiento y la reestructuración al mismo tiempo que fortalecen el vínculo, reorientan el foco atencional y optimizan la asimilación de la información novedosa provista en psicoterapia.

El juego que utilizo la psicóloga como herramienta resulta efectivo y coincide con lo que señalan Bunge y Mandil (2010), estos autores señalan que la participación en una actividad lúdica facilita la expresión y el etiquetado de emociones, la promoción de experiencias emocionales correctivas, la toma de conciencia, re-experimentación y reelaboración de situaciones traumáticas o complejas.

Al inicio de la actividad fueron presentadas fotografías que expresaban alegría y tristeza, estas dos emociones fueron adivinadas con facilidad por los niños.

Sin embargo, las dificultades comenzaron cuando las emociones presentadas eran menos comunes y representativas. Al mostrar en la pantalla la foto de un niño expresando sorpresa, los niños comenzaron a adivinar a que emoción correspondía esta expresión. En muchos casos los niños dijeron que el rostro de esta persona expresaba “miedo” o ni siquiera podían aproximar una respuesta. Fue necesario en ese momento que la psicóloga ayude a los niños a llegar a la respuesta correcta diciéndoles “Esta emoción la sentimos cuando alguien que no vemos hace mucho nos visita sin avisarnos o cuando abrimos un regalo”. Tras esta intervención los niños pudieron descubrir de que emoción se trataba.

Como afirman los autores O’Connor y Shaefer (1997) un terreno importante para la intervención terapéutica se halla en la motivación y en la facilitación del lenguaje del niño para la descripción de experiencias y emociones.

El vocabulario descriptivo del niño en cuanto a las emociones es limitado, muchos niños ni siquiera poseen las palabras más rudimentarias para expresar sus sentimientos (por ejemplo, alegría, enojo, tristeza). Al enseñar a los niños a entender que están molestos, porque lo están, que significa que lo estén y como expresarlo en palabras, en lugar de mediante la conducta, puede significar el comienzo para ayudarlos a manejar sus sentimientos.

En la terapia, el aprendizaje para el niño puede tener lugar de una manera muy experimental. Los niños pueden practicar diferentes expresiones faciales, tal como las modela el terapeuta, unos dibujos y títeres, y pueden aprender a asociar tales expresiones con las expresiones adecuadas. Algunos niños necesitan enfocar primero la expresión de una manera cognoscitiva. Hablar acerca de los distintos sentimientos,

hacer una lista de ellos o mediante la fotografía, los dibujos, etc. ayudan a que los niños lleguen a familiarizarse y estar cómodos con la idea de los sentimientos.

Como señala Bunge (2008) muchos niños no reconocen emociones como ser tristeza, aburrimiento o enojo. Por ello uno de los primeros pasos será poder diferenciar y nombrar estas emociones para luego ocuparse de otros aspectos. En cuanto al entrenamiento en el reconocimiento de las emociones el uso de caritas dibujadas con acertijos referidos al tipo de expresión y su motivación resulta común a estos fines.

En una segunda etapa de esta actividad se propuso a los niños que imitaran delante de un espejo cada una de las emociones observadas anteriormente en las fotos delante. La mayoría de los niños pudieron imitar las distintas emociones disfrutando de esta experiencia.

Resulta efectiva esta segunda propuesta ya que esta población posee limitaciones en su capacidad de expresión por lo cual es necesario fomentar y brindar recursos para que puedan reconocer las emociones, darles sentido y así trabajar en su autorregulación. Por otro lado es importante destacar resulto una actividad muy divertida y entretenida para los niños lo que favoreció su atención y participación en la misma. Asimismo esta actividad permitió a los niños conectarse también con las emociones y la forma de expresión de sus compañeros.

- ✓ **Describir un Proceso de Psicoeducación a padres de un niño con Parálisis Cerebral a fin de orientarlos sobre como promover y acompañar a su hijo en su desarrollo emocional.**

Los padres de I, frente a los cambios emocionales y corporales que observaban en su hijo decidieron comunicarse con el departamento de psicología con el fin de encontrar modos de afrontar y resolver esta crisis. El tono muscular del niño era muy inestable, sus conductas repetitivas de vómitos y su estado emocional distímico. La madre en varias oportunidades pedía hablar con la psicóloga o se comunicaba con las maestras mencionando su angustia al ver a I. desganado, sin ganas de comer y solo pidiendo dormir o permanecer acostado. Por estos últimos síntomas la psicóloga recomienda hacer una interconsulta con psiquiatría para evaluar una posible depresión.

Ante esta demanda y el comportamiento del niño observado por parte de los profesionales en la institución se iniciaron sesiones individuales de psicología con el niño que continuaron en forma regular en la segunda parte del año.

Al mismo tiempo se llevo a cabo un proceso de Psicoeducación al cual se cita a ambos padres pero solo concurre a estas reuniones la madre.

Durante estos encuentros se intenta brindar información a la madre para que pueda abordar las distintas problemáticas del niño y brindarle herramientas para que las mismas puedan superarse.

La psicóloga trabajo durante las entrevistas las cuestiones planteadas por la familia en relación a los síntomas emocionales manifestados por el niño. Del mismo modo se trataron los problemas inherentes a las crisis por las cuales ha pasado la familia en general, la pareja en su separación y su futuro en relación a la estabilidad de los vínculos afectivos del niño con la familia.

Como lo expresa Nuñez (2007) se hace necesario que los profesionales puedan sostener y acompañar a estas familias desde el momento del diagnostico y en otras situaciones de crisis que atraviesan a lo largo de su ciclo vital. Una intervención oportuna puede prevenir situaciones de conflicto psicológico a nivel vincular, o en algún miembro de la familia, que requerirían a posteriori intervenciones psicoterapéuticas más largas y costosas. Sostener a una familia con discapacidad mental es una tarea de todos, no solamente del especialista en salud mental, y es necesaria para que a su vez ella pueda apoyar y sostener el desarrollo de ese hijo con discapacidad.

Las disfunciones a nivel familiar no surgen como consecuencia directa de la discapacidad, sino en función de las posibilidades o no de la familia de implementar recursos para adaptarse a esta situación.

En la primera entrevista la madre relacionaba el estado de inestabilidad emocional del niño principalmente con el cambio de sala que había resuelto la Institución evaluando que esto sería mejor para la educación del niño. Esta inestabilidad emocional hace que se vean interferidas todas sus actividades de la rutina diaria y su vinculación con pares y adultos. Además se observa un alto monto de angustia en el niño en relación a sus limitaciones motoras y su falta de independencia.

Refiere la madre que el niño está muy desorganizado en casa también, en situaciones puntuales como cuando debe ir a la casa de su padre, cuando se le exige que realice la tarea o cuando se habla de su cambio de grupo de pares.

La psicóloga comienza a intervenir en función de las cuestiones que resultan disfuncionales en el sistema familiar y que afectan al niño en su estabilidad emocional. A partir de los dichos de la madre, las cuestiones expresadas por el niño en sus sesiones individuales de psicología y en el ámbito de la sala, resulta evidentemente necesario un cambio en las relaciones vinculares negativas del contexto familiar.

Además, el niño se encuentra en su desarrollo evolutivo transitando su entrada a la adolescencia y cuestionándose su situación frente a la discapacidad. La psicóloga plantea que, como padres, es importante que se informen para afrontar este paso que está atravesando I. para que la misma resulte lo menos traumática posible.

La psicóloga orienta a la mamá en cuanto estrategias del manejo del niño y le sugiere no involucrarlo en situaciones familiares que no le competan como discusiones con el papa, peleas entre ella y su actual pareja, comentarios fuera de lugar entre los demás integrantes de la familia, etc. Se deben evitar discusiones y comentarios sobre el niño y su discapacidad cuando él se encuentra presente ya que su capacidad de elaboración no es igual a la de un adulto.

### ***La relación Padre - Hijo***

Otro punto que intenta abordar la profesional es la problemática referida a la relación conflictiva entre el niño y su padre. Se intenta brindar información a la madre sobre la importancia de que el padre se relacione con el niño involucrándose y acompañándolo en su desarrollo.

El padre, desde el nacimiento de este hijo hasta el momento se muestra con poco tiempo para compartir con sus hijos y centra sus ocupaciones en el ámbito laboral.

La psicóloga intenta informar acerca de la importancia de lograr estabilidad en los vínculos familiares y más compromiso del padre en su rol paterno.

De forma coincidente con lo que expresa Urbano (2008) es común que uno de los padres enmascare detrás de su dedicación al trabajo, el deseo de salir fuera del ámbito doméstico donde se juega la discapacidad. En vez de esto despliega acciones públicas con el argumento de que tiene que obtener recursos materiales para ofrecer una mayor calidad de vida al entorno familiar. De esta manera, generalmente el hombre

evita las obligaciones terapéuticas y domésticas, el padre no se incorpora al sistema de cuidados, pues delega en el rol materno la función socioafectiva.

Como explica Sholand (2003) se debe velar porque el niño pase un tiempo con cada padre. Es sabido que la rehabilitación puede implicar periodos donde la unión o la dedicación sea más intensa, pero nunca hay que permitir que llegue a diluirse uno de los miembros, o la sofocación.

La madre cuenta que cuando el niño vuelve de la casa de su padre se lo observa angustiado y muy desorganizado a nivel motor. El niño refiere en el ámbito escolar y en las sesiones individuales que el padre lo trata de forma descalificadora y le exige demasiado en cuanto a sus logros. Lo cual puede verse relegado en el desgano y la inacción del niño frente a los desafíos y su sintomatología.

La psicóloga abordó la cuestión de los sentimientos encontrados que pueden surgir en los padres frente a la experiencia de discapacidad de un hijo. Aconsejo que estos sentimientos tienen que ser aceptados sin culpa ya que son parte del proceso ante la irrupción de la discapacidad. Del mismo modo aconsejo que cada uno debería darse un tiempo para analizar el origen de estos sentimientos que tal vez están encubriendo otros sentimientos o realidades.

Según cuenta su madre, el padre del niño manifiesta agresiones verbales hacia el hijo, sea con palabras desagradables, o a través de comentarios que tienden a desvalorizarlo o ridiculizarlo. I. refiere que su padre en muchas oportunidades lo llamo “vago” o “inútil”.

En relación a esto el autor Urbano (2008) afirma que puede ocurrir que predominen actitudes de rechazo hacia el hijo con discapacidad, ciertos sentimientos de vergüenza y la sensación de frustración culposa por no haber podido engendrado un hijo normal.

Así como también la autora Sholand (2003), señala que para el padre es más soportable pensar que el hijo tiene un problema de conducta o de capricho antes que pensar en la discapacidad. De este hecho deviene el sentimiento de bronca. Un niño que aparenta rebeldía o cuyo accionar es leído como rebeldía genera bronca. Además, muchas veces sucede que la exigencia hacia este hijo es tan grande, que el recurso que el pequeño encuentra es el de rechazar todo espacio que implique posibilidad de avance.

Cuanto más se le insiste, más resistencia y paradójicamente nace en los padres el sentimiento opuesto al deseado por el niño: bronca.

## ***La relación Madre - Hijo***

I. es un niño al que le cuesta entablar buenos vínculos, a menudo se muestra inseguro y tenso ante la presencia de personas desconocidas para él. Inseguridad en transferencias, vómitos, tono alto. Esto puede vincularse a las pocas posibilidades que tuvo de explorar y probar sus competencia frente al mundo y de afrontar las diferencias e intercambiar experiencias con el afuera.

Se hace evidente para la profesional en este punto del proceso que la relación madre-hijo es estrecha y que los límites entre ellos son difusos. Ha observado una actitud sobreprotectora de esta madre y que en parte por miedo no ha fomentado en el niño su independencia. Lo ha resguardado de las verdades sobre sus discapacidades diferentes y teme que su hijo enfrente el desafío del cambio de sala.

Como afirma Paniagua (2001) la madre culturalmente juega un papel clave en la adaptación de la familia, está centrada en la problemática de este hijo con el que mantiene relaciones de sobreprotección, indulgencia excesiva, etc. ella manifiesta mas ansiedad y peligro psicológico que el padre y/o el niño enfermo, su estado afectivo depende del estado de salud de su hijo, presenta problemas de sueño y apetito y se siente a gusto al tener que dedicarse al cuidado del niño.

Resultado importante entonces, como otro de los objetivos psicoeducativos trabajar con esta madre sobre la importancia fomentar la independencia de este hijo brindándole posibilidad de crecimiento y autonomía. Dado que para que el niño ya no reaccione a lo desconocido tiene que explorar el afuera, relacionarse con otros fuera de los límites de su entorno conocido.

La psicóloga insiste a la madre en delegar los cuidados del niño a otras personas, que es importante que ella también se haga un espacio para sí misma, no fusionarse. Además debe tenerse en cuenta los límites propios, todos tenemos límites. Reconocerlos es parte del amor hacia los seres que queremos y hacia nosotros mismos.

Como afirma Sholand (2003), cuando es solo una persona que se dedica a los cuidados del niño esto cierra un círculo muy estrecho que tarde o temprano asfixia. Se torna dañino para ambos. Surge el temor suyo de alejarse de él, como así también en el niño que percibe esta inseguridad en el cuidado de otro que no se usted. Sobre todo, si



no percibe que usted haya depositado en esta persona la confianza y le haya delegado autoridad sobre su hijo durante su ausencia.

La psicóloga aconseja sumar en la tarea a todos los integrantes de la familia, para que nadie cargue más de lo que necesario y que puedan sentirse igualmente libres todos. Sobre todo dado que el niño reacciona ante la presencia y la ayuda de personas desconocidas mostrando síntomas tales como vómitos, aumento de su tono muscular, etc. Es importante para que el niño no sienta que su vida está en riesgo cuando, en este caso su madre no este.

Como definen los autores Carme y soro Camats (2010) la sobreprotección impide que los niños y niñas con discapacidad desarrollen la noción de vida independiente tan necesaria en la vida adulta. Algunos autores han constatado que la adolescencia es un momento crítico para predecir las habilidades funcionales que tendrá como persona cuando sea adulto. Así, los adolescentes que tienen dificultades al hacer actividades independientes, que les cuesta separarse de las personas habituales, estar solos, hablar con desconocidos, entender ironías, etc., son jóvenes que necesitan apoyo, y hay que alentar a las familias y profesionales para que se les de el margen necesario para ser independientes. Evidentemente la transición a la vida adulta es una nueva etapa que preocupa enormemente a la familia que ve que el chico se hace mayor y que ellos ya no pueden ayudar como era habitual. Los mismos jóvenes con discapacidad que han seguido una escolarización especial se encuentran con una sociedad y un mundo laboral que debe mejorar considerablemente para que ellos tengan su espacio.

### ***La discapacidad y el cambio de grupo de pares***

En cuanto a los cuestionamientos que el niño muestra acerca de su discapacidad, la madre refiere que estos afectan significativamente su estado anímico. La madre comenta que el niño presenta episodios frecuentes de distonia (aumento del tono muscular, rigidez y por consiguiente mayor impedimento en el movimiento voluntario). Ante esto el niño realiza preguntas y comentarios tales como: “Que me pasa?”, “Por Que no puedo caminar?”, “Porque estoy duro?”: “Por que me duele?”, “Por que estoy tan cansado?”, etc. La mama dice que cuando el niño se frustra es cuando se desencadenan todos estos síntomas corporales.

I. es muy claro al expresar sus sentimientos y emociones y cuestiona las posibilidades motoras de sus pares en relación a el mismo comparándose permanentemente y generando esta situación estados de enojo y angustia que lo llevan a un aumento excesivo de su tono, desorganizándose a nivel motor y también conductual.

La mamá afirma que todos estos cuestionamientos planteados por I. surgen a partir de su cambio de sala y de compañeros a comienzo de año. Dado que en este grupo, al haber dos compañeros que pueden movilizarse con andador hace que su hijo se sienta mal respecto a sus posibilidades reducidas. La madre insiste en que solo quiere que el niño “sea feliz” no tiene interés en que su hijo aprenda nada que tenga que ver con lo curricular a costa de eso.

La psicóloga intenta transmitir que es positivo que el niño pueda afrontar esta adaptación. Posiblemente el cambio de sala implique para el niño un aprendizaje, le permita explorar, afirmar sus propias capacidades de afrontamiento, de vinculación y logre la aceptación de sus limitaciones.

Se debe acompañar y permitírsele al niño transitar este momento de crisis para que el pueda llegar a comprender, aceptar y disfrutar de su convivencia con niños con mayor capacidad motriz si sentirse frustrado y/o deprimido. Además la psicóloga intenta explicar como si se “protege” al niño de experimentar estas diferencias, los mismos planteos se le presentaran seguramente en un futuro, ya sea con los amigos de su hermana, en reuniones familiares donde concurren otros niños, etc.

Como intenta explicar la psicóloga en este proceso, también Sholand (2003) expresa que todos estos temores, ansiedades y dudas de la pareja parental pueden conducir, como respuesta, a un incremento de la sobreprotección viéndose coartadas así las iniciativas y las inquietudes del joven para explorar el ambiente y para experimentar situaciones de desprendimientos. Se suceden compulsivos cuidados, más allá de los que por su limitación el hijo requiere.

La profesional insiste en que debe que permitírsele al niño aprender y afrontar las diferencias para que pueda salir fortalecido. Se le pide la colaboración en la casa para que el niño tome conciencia de la importancia de relacionarse con otros como así también de aprender y estudiar pues tiene un potencial cognitivo.

Explicar a los padres que el niño debe aprender a autoregularse emocionalmente resaltando todas aquellas actividades que puede realizar por el mismo, valorando sus habilidades en relación a su grupo de pares. También es importante que se le brinden al

niño recursos para retomar el control en momentos de desorganización con estrategias de respiración y relajación. Del mismo modo no debe descuidarse la puesta de límites, ya que a veces el niño aprovecha su inestabilidad para evadir situaciones que no son de su agrado.

A medida que el niño aprenda a manejar estas respuestas desagradables mostrara una mayor autoestima y motivación para tomar nuevos desafíos, pudiendo disfrutar más de lo que hace y estar atento a sus intereses.

Asimismo en entrevistas posteriores se trabajo con la madre del niño sobre el valor de ayudarlo a encontrar actividad/es extra escolares que le permitan desenvolverse en otros contextos, encontrar nuevas motivaciones para que pueda valorar las capacidades posee y trabajar además su independencia. Se le informo a la madre sobre las implicancias negativas en el desarrollo del niño que tiene una desproporcionada atención y ocupación sobre el tratamiento de su patología. Es por esto que le aconsejo tomar conciencia de la importancia de que el niño encuentre espacios de disfrute. Como afirma Nuñez (2003) las exigencias de la rehabilitación, las intensas horas diarias dedicadas al cumplimiento estricto de ejercicios y tareas, la permanencia en grupos reducidos de alumnos con características endogámicas durante muchos años. El transporte a todos los lugares, la mirada siempre vigilante de los adultos sobre todos sus actos, etc. han funcionado como obstáculos para que el niño viviera experiencias de libertad y afirmación, que si tienen los niños sin discapacidad.

Esto aumenta sus temores y los de sus padres al desprendimiento y a la incursión en un mundo sentido como desconocido, hostil y peligroso.

### ***La adolescencia del niño con discapacidad***

Se trato durante las entrevistas de cómo los padres debían acompañar al niño en este momento evolutivo de crisis que estaba atravesando, la transición hacia la adolescencia.

La autonomía deambulatoria, los escasos recursos comunicacionales, la falta de interacción y otras limitaciones asociadas a la discapacidad pueden profundizar los conflictos de esta etapa provocando inestabilidad emocional e irritabilidad en el niño.

Como señala Nuñez (1991) en esta etapa de paso a la adolescencia, las discrepancias entre el desarrollo del niño y el de los niños sin trastorno del desarrollo

seguirán siendo evidentes, y esto puede aumentar la frustración, el dolor, la desilusión y el estigma social, con las consiguientes consecuencias emocionales para el niño y la familia.

La psicóloga expresa a los padres la importancia de generar espacios tanto en el ámbito familiar como en el profesional para que el niño pueda charlar acerca de sus problemáticas, indagar y tratar las verdades acerca de su futuro y de la discapacidad que afronta.

Los autores Carme y soro Camats (2010) se refieren a estos aspectos y afirman que fomentar que el niño participe en las actividades familiares, escuchar conversaciones positivas referidas a sus adelantos, dejarle participar en actividades de la vida cotidiana, hablar de su discapacidad y capacidades de manera natural y abierta son condiciones que le ayudan a aceptarse a sí mismo tal como es. Además señalan que este periodo, por el gran impacto afectivo que tiene a nivel familiar, requiere una especial atención de parte de los profesionales: Información, apoyo emocional, sostén y acompañamiento.

La psicóloga a lo largo del proceso recomendó algunos libros para leer en familia, además invito a que los padres se relacionen y compartan su experiencia con otros padres que estén atravesando la misma situación dentro de la institución.

### ***Cierre del proceso***

Como cierre del proceso la psicóloga destaca la importancia de asumir los roles materno y paterno, que estos no queden circunscriptos a cubrir las demandas de la rehabilitación. Es importante que por la exigencia médica no se descuide el lugar de padre en su función afectiva y vincular.

Como señala Nuñez (2006) hay un rol fundamental que los especialistas deberían asumir y que es habitualmente descalificado: ser sostenedores de la función paterna y materna. Sin embargo, debe cuidarse que los padres en lugar de asumir su función queden arrinconados por los profesionales a ser simples ejecutores de ejercicios, pautas e indicaciones que ellos les imparten.

A modo de conclusión, fueron necesarias varias entrevistas con su madre y con el equipo para poder elaborar estrategias que pudieran ayudar al niño en cuanto a sus conductas de vómitos, respuestas corporales de aumento de tono y conductas asociadas a un estado depresivo como ser pérdida total del apetito, falta de motivación, cansancio, necesidad de estar acostado, desinterés por lo que antes le agradaba.

La madre expresa que la familia se ha organizado para garantizar mayor armonía e independencia entre los miembros y que ahora disfrutan de los momentos de encuentro familiar. Asimismo refiere que el padre está más presente, notándose una mejora en el ánimo del niño y una disminución de sus respuestas disfuncionales.

A mediados de octubre se pudo lograr cierta estabilidad clínica en el I., acompañada de cambios importantes a nivel emocional, pudiendo recuperar sus deseos e intereses, mostrándose contento y dispuesto a las propuestas de los demás.

La mamá reconsideró la posibilidad planteada inicialmente del cambio de sala, expuso que veía que su hijo se mostraba adaptado y contento con su grupo actual de pares.

Actualmente I. ha podido realizar un significativo trabajo de elaboración de la situación pasada, pudiendo realizar relatos acordes a su vivencia y notándose una madurez importante en la manera de ver sus problemas y tratar de resolverlos.

El niño se ha mostrado muy interesado por el espacio de psicología pudiendo trabajar los cuestionamientos por los que el niño atravesaba en esta etapa, pudiendo elaborar situaciones conflictivas que antes le generaban mucha angustia.

Al momento de finalización del proceso de psicoeducación los síntomas que presentaba el niño habían disminuido considerablemente observándose una mejora en su estado anímico en general.

## **Conclusión**

Para concluir es necesario señalar que la Encefalopatía Crónica no evolutiva es una patología que puede dañar el cerebro en diferentes grados y afectando múltiples áreas del desarrollo normal del niño tanto a nivel cognitivo como motor. Por este motivo, dada las características heterogéneas de su discapacidad resulta ser un desafío trabajar de manera grupal como lo hace esta Institución Educativa Terapéutica.

Esta Institución diariamente se esfuerza en mantener una forma de trabajo interdisciplinario con cada uno de los niños. De esta manera los tratamientos siguen una misma línea de intervención, los profesionales de las distintas disciplinas trabajan de manera conjunta, comunicados en pos del beneficio de cada niño. Asimismo se tiene una visión de la persona y su familia como un sistema complejo donde la institución en general y cada profesional en particular deben aprender a acomodarse a ella y no al revés.

Resulta valorable resaltar la preocupación diaria de los profesionales de este Centro Educativo Terapéutico para que cada niño pudiera sacar provecho de las actividades y disfrutarlas. Esto era posible ya que se le brindaba a cada niño los apoyos y recursos disponibles para que pudieran realizar las tareas propuestas, expresarse, o simplemente disfrutar en bienestar de una jornada. En el trabajo diario grupal con niños con estas características algunas de estas cuestiones no son tenidas en consideración.

Este desafío no es menor dado que las alteraciones derivadas de la discapacidad interfieren en múltiples áreas limitando su participación en las actividades que se desarrollan. Algunos ejemplos de estos cuidados son un equipamiento correctamente colocado para que el niño pueda mantener un control cefálico y visualizar una actividad, utilizar recursos de comunicación aumentativa alternativa, utilizar objetos adaptados, modificaciones curriculares, etc.

Pese a la buena predisposición de los Licenciados lo cierto es que la institución no puede afrontar la demanda psicológica actual de los niños y las familias. La Institución solo cuenta con 2 Psicólogos dentro de su Plantel Profesional. Motivo por el cual muchos niños y familias quedan por fuera de las posibilidades de acceder a un tratamiento.

La profesional que realizaba las sesiones grupales solo conto con la disponibilidad horaria para asistir en 3 oportunidades a lo largo cuatrimestre. Se considera que no es efectivo para los fines del tratamiento que los periodos entre cada encuentro sean tan extensos ya que dificulta la continuidad de los temas abordados en la sesión anterior.

Además, el contacto esporádico de la profesional con el grupo hace que esta no recuerde las pautas comunicacionales con las que cada niño se expresa lo cual entorpece el desarrollo de las actividades, no se utilicen los pictogramas, las carpetas de comunicación, etc.

El espacio de psicología debería estar a disposición de los niños y de las familias que lo necesiten. En las edades donde los cuestionamientos por la discapacidad surgen con más frecuencia como en la pubertad, sería ideal que estuviera incluido dentro de las terapias semanales brindadas a los alumnos. Asimismo el trabajo con los padres es fundamental en el momento del diagnóstico. Las Instituciones educativas y de rehabilitación de patologías motoras como esta muchas veces parecen relegar el plano emocional de los pacientes y focalizan sus esfuerzos en las cuestiones clínicas.

Idealmente como mínimo la institución debería contar con 2 profesionales de la salud mental para cada uno de los grupos etarios del Centro Educativo Terapéutico. Es decir, los profesionales deberían estar especializados para atender las demandas y fomentar la salud emocional del niño y su familia en *determinado momento de su desarrollo* y contemplando sus posibles crisis. Asimismo, al menos un profesional Psicólogo tendría que estar al servicio de la crisis de la familia al momento del diagnóstico del hijo con discapacidad que generalmente coincide con el ingreso del niño afectado a los consultorios externos o al CET. Generalmente la familia se encuentra en esta instancia desbordada, en crisis, sin información ni apoyo. Garantizando una atención precoz, brindándole información y contención se podrían prevenir efectos derivados de esta situación.

Durante esta experiencia se observó que las sesiones fueron efectivas para abordar grupalmente las cuestiones relacionadas con la discapacidad, sin embargo durante esos meses no se observaron mejoras significativas de las conductas y pensamientos evaluados como disfuncionales. Esto podría deberse a las pocas actividades que fueron realizadas y el intervalo entre las mismas. En las oportunidades en las que los niños le preguntaron a la psicóloga acerca de sus posibilidades futuras de rehabilitación ella los motivó a que hablaran con los médicos y profesionales. Sabemos que es aconsejable que quizá estas respuestas deban darse en forma individual con cada niño y con el consentimiento de sus padres. Sin embargo consideramos que sería tarea del profesional de la salud mental dar apoyo o participar de los momentos en donde los niños toman conciencia de estas verdades sobre su discapacidad tan difíciles de afrontar y elaborar.

En cuanto a las actividades llevadas a cabo por la profesional, hubiera sido más provechoso acotar la problemática a tratar para que las sesiones resultaran más terapéuticas. Es decir, cuando cada encuentro grupal se planteaba como un juego de

desarrollo emocional, con disparador abierto para que los niños hablen de sus problemáticas terminaba diluido el aspecto terapéutico. Se agotaba el tiempo de la sesión cuando muchas veces los niños recién habían comenzado a hablar de sus problemáticas y la psicóloga apenas había intervenido.

Hubiera sido útil, por ejemplo, plantear una actividad con el objetivo de trabajar la aceptación de las limitaciones físicas vinculándolo con el autoestima, ya que por lo que se pudo observar en la experiencia para muchos niños tener una discapacidad implica ser “peor persona”. Para trabajar esto hay mucho material didáctico y literario, se puede trabajar con una creencia disfuncional en particular tratando de que los niños puedan sentirse identificados, reflexionar y debatir. De esta manera, tratando temas conflictivos que se saben recurrentes en este tipo de población, resultaría más beneficioso el escaso tiempo con el que cuenta el área de psicología para ayudar a los niños.

En cuanto al Proceso de psicoeducación a padres, este sí resulto muy efectivo, la familia pudo afrontar y ayudar al niño en su crisis y cambiar las pautas de vinculación del sistema familiar para el bienestar de todos los miembros. La profesional siempre transmitió confianza, reconociendo las aptitudes y fortalezas que la familia tenía como productores del cambio. Cabe destacar que durante los encuentros con la madre la psicóloga utilizo fotografías, dibujos y textos informativos como soporte de la información brindada para que esta resulte más entendible sin utilizar en exceso una jerga técnica.

Hubiera sido de mucho provecho que el espacio de Psicología pudiera brindarles a los padres un lugar de encuentro y reflexión común con otros padres para que puedan compartir sus experiencias y entablar vínculos que trasciendan la institución.

## **Bibliografía**

- Álvarez González, M (2001). Diseño y evaluación de programas de educación emocional. Barcelona: Wolters Kluwer Education.
- Bobath, K. (2001). Base Neurofisiológica para el Tratamiento de la Parálisis Cerebral. Argentina: Médica Panamericana.
- Bunge, E.; Gomar M. & Mandil, J. (2008). Terapia cognitiva niños y adolescentes. Buenos Aires : Akadia.



- Bunge, E.; Gomar, M. & Mandil, J. (2010). Manual de Terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. Buenos Aires: Polemos.
- Cabezas Gómez, D. (2005). La educación emocional y los alumnos con necesidades educativas especiales. Recuperado 20 de Julio de 2010 de [http://www.pasoapaso.com.ve/CMS/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1267&Itemid=387](http://www.pasoapaso.com.ve/CMS/index.php?option=com_content&task=view&id=1267&Itemid=387) EN EL TEXTO SE HACE REFERENCIA Cabezas Gomez (2005)
- Cahuzac, M. (1998). El niño con Trastornos Motores de Origen Cerebral. Buenos Aires: Panamericana.
- Canevaro, A. (1994). Cuando nace un niño deficiente. Citado en: Rosell, C., Soro-Camats E. y Basil, C.. Alumnado con discapacidad motriz. 2010. Barcelona: Graó.
- Fernández, E (2008). Neurología Pediátrica. Buenos Aires: Panamericana.
- Gallego Gil, D (1999). Implicaciones educativas de la inteligencia emocional. Madrid: UNED
- García Prieto, A. (1999). Niños y niñas con Parálisis Cerebral. Descripción, acción educativa e inserción social. Madrid: Narcea.
- Goleman, D. (1996). Inteligencia emocional. Madrid: Kairós.
- Gulliford, R. (1971), Special educational needs. Citado en Lewis, V. (1991). Desarrollo y déficit ceguera, sordera, déficit motor, Síndrome de Down, autismo. Temas de educación. Barcelona: Paidós.
- Harris, P. (1992). Los niños y las emociones. Madrid: Alianza.
- Hein, S. (2004). Emotional Intelligence. Recuperado el 02 de Enero de 2011, de <http://web.archive.org/web/20101215070403/http://eqi.org/eidefs.htm>
- Keegan, E. (2007). Introducción a la terapia cognitiva. Escritos de Psicoterapia Cognitiva. Buenos Aires: Eudeba.
- Maíz Lozano, B. & Güereca Lozano, A. (2006). Discapacidad y autoestima. Actividades para el desarrollo emocional de niños con discapacidad física. Distrito Federal: Trillas.

- Martínez Zarandona, I. (s/f). Aspectos emocionales del niño con discapacidad. Recuperado 20 de Julio de 2010 de [http://sepiensa.org.mx/contenidos/f\\_discemocional/discapacidad1.htm](http://sepiensa.org.mx/contenidos/f_discemocional/discapacidad1.htm)
- Nuñez, B. (2007). Familia y discapacidad. Buenos Aires: Lugar.
- Nuñez, B. (1991). El niño sordo y su familia. Buenos Aires: Troquel.
- Nuñez, B. y Rodríguez, L. (2004). Los hermanos de personas con discapacidad: una asignatura pendiente. Buenos Aires: Asociación Amar.
- Lewis, Vicky. Desarrollo y déficit ceguera, sordera, déficit motor, Síndrome de Down, autismo. Temas de educación. 1991. Barcelona: Paidós.
- O'Connor, Kevin J., Schaefer, C. (1994). Manual de Terapia de Juego. Avances e innovaciones. México: Manual Moderno.
- Paniagua, G. 2001. "Desarrollo psicológico y educación". Madrid: Alianza.
- Rivera Gallego, M. (s/f). Porque sana un grupo. Recuperado el 25 de Noviembre de 2010 de <http://www.biodanzacolombia.com/download/monografiamartaluzrivera.pdf>
- Ruiz Bedia, A.; Arteaga Manjon, R. (2006). Parálisis cerebral y discapacidad intelectual. Recuperado el 23 de Marzo de 2012 de [http://www.feaps.org/biblioteca/libros/coleccion\\_tex8.htm](http://www.feaps.org/biblioteca/libros/coleccion_tex8.htm)
- Rolland, J. (2000). Familias, enfermedad y discapacidad. Barcelona: Gedisa.
- Rosa, A.; Montero, I & Garcia, M.C. (1993). El niño con parálisis cerebral: enculturación, desarrollo e intervención. Madrid: Ministerio de educación y ciencia.
- Rosell, C., Soro-Camats E. y Basil, C.. Alumnado con discapacidad motriz. 2010. Barcelona: Graó.
- Scholand, C. (2003). Alguna vez mi hijo podrá?. México: Lumen.
- Soifer, R. (1971). "Psicología del embarazo, parto y puerperio". Buenos Aires: Kargieman.
- Soro Camats, E.; Basil, C. (2006). Desarrollo de la comunicación y el lenguaje en niños con discapacidad motriz y plurideficiencia. Citado en: Rosell, C., Soro-Camats E. y Basil, C.. Alumnado con discapacidad motriz. 2010. Graó. Barcelona

Sroufe, Alan. (2000). Desarrollo emocional. La organización de la vida emocional en los primeros años. México: Oxford.

Vélez White, M. (2006). Orientaciones pedagógicas para la atención educativa a estudiantes con discapacidad motora. Recuperado el 23 de Mayo de 2012 de [http://www.areandina.edu.co/bienestar/documentos/LINEAMIENTOS\\_DISCAPACIDAD\\_MOTORA.pdf](http://www.areandina.edu.co/bienestar/documentos/LINEAMIENTOS_DISCAPACIDAD_MOTORA.pdf)

Yalom, I. (1985). The theory and practice of group pyschoterapy. New York: Basic books.

Urbano, C. (2008). La discapacidad en la escena familiar. Córdoba: Encuentro.