

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN



**DISERTACIÓN DE TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO EN MÚSICA, LENGUAJE Y MOVIMIENTO**

**INTERVENCIÓN EN NIÑOS CON DIFERENTES DISCAPACIDADES, PARA
MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA A TRAVÉS DE LA OSTEODYNAMIE.**

Por

MARCOS LÓPEZ QUINTERO

Directora

Dra.: Elizabeth Crow

QUITO, 2016

DEDICATORIA

A mi familia que dejé, a la que tengo ahora y a la que formaré.

AGRADECIMIENTOS

A los niños y sus madres por el apoyo y la confianza en este proceso, por su entrega para descubrirse a sí mismo y al otro.

A Pascal y Paulina por haberme acompañado durante estos años de crecimiento, por la confianza infinita y por haberme dado un espacio y un sentido de vida.

A Elizabeth por haber confiado en mis dones como persona.

A Ana Estrella por haberme dado un sitio al comienzo de la carrera.

Y a todas las personas que de alguna manera han apoyado mi camino y han estado ahí.

RESUMEN

La presente disertación es el resultado de la intervención en niños con diferentes discapacidades, con el objetivo de mejorar su calidad de vida a nivel socioafectivo y psicomotor a través de la aplicación de la Osteodynamie. Ha sido concebido como proyecto educativo, dentro de los programas del Centro de Desarrollo de Investigación Pedagógica Integral de la Facultad de Ciencias de la Educación (CIPI) (2013-2015) donde se evidenció la necesidad de apoyar en procesos de crecimiento humano a los niños y a sus familias que asistían de manera regular, cambiando el discurso acerca de la discapacidad que promueven el paradigma asistencialista que impera en la sociedad actual.

Por lo tanto, tiene la finalidad de desencadenar una reflexión teórico-práctica en el campo educativo a partir de la vasta experiencia de trabajo de la *terapia manual globalista Osteodynamie*, que busca de manera consciente, más no invasiva, despertar en el individuo su memoria motora, propia de la especie, para vivir procesos de reestructuración interna a nivel psicoafectivo y cognitivo, mejorando la relación consigo mismo y con su entorno desde el empoderamiento de las posibilidades de cada individuo.

Además de establecer un vínculo resiliente que brinda herramientas de crecimiento personal a los niños, quienes pasan de ser un simple objeto de intervención a sujetos que indagan sobre el camino a seguir para sentirse realizados como personas en relación a su entorno, valorizando sus capacidades y dones; se brinda la posibilidad a los padres de vivir la metamorfosis de su dolor, la culpa y la vergüenza al no poder cumplir una paternidad “normal”, establecida socialmente, para asumir la responsabilidad de ser principal influencia para el desarrollo de sus hijos.

Con este trabajo compartido, los niños encontraron herramientas internas para ayudarse a sí mismos en su desarrollo y los padres comprendieron lo que significa realizarse como madre y padre de un hijo diferente, siendo el rol del educador/terapeuta, el de reflejar a

los pares y niños estos cambios, y al mismo tiempo el de acompañar a que estos sean duraderos, para que una vez terminado el proceso, ellos puedan empoderarse de estas herramientas y descubrir las propias.

ABSTRACT

The present dissertation is the result of an intervention made in children with several disabilities, with the aim of improving their quality of life in a socio-affective and psychomotor level through Osteodynamie application. It has been conceived as an educational project, within programs of Centro de Desarrollo de Investigación Pedagógica Integral de la Facultad de Ciencias de la Educación (CIPI) (2013-2015), where it was evident the need to support in processes of human growth to children and their families who attended regularly, by changing the discourse about disability that promote the welfare paradigm that prevails in today's society.

Therefore, it is intended to trigger a theoretical and practical reflection in the educational field from the vast work experience of the globalist manual therapy Osteodynamie, non-invasin, but consciously seeking for the awakening of the individual's motor memory, which is characteristic of the species, for living processes of internal restructuring at psycho-affective and cognitive level, improving the relationship with oneself and the environment from empowering possibilities of each individual.

In addition to establishing a resilient link that provides tools for personal growth to children, who go from being a mere object of intervention to being subjects inquiring about the way forward to go to feel fulfilled as persons in relation to their environment, valuing their abilities and gifts; the possibility is given to parents to live the metamorphosis of his pain, the guilt and shame for the inability to fulfill a "normal" paternity, that is socially established, to assume the responsibility of being the main influence for the development of their children.

With this shared work, the children found internal tools to help themselves in their development, and parents understood what it means to perform as mother and father of a different child, being the educator/therapist role to reflect parents and children these changes, and at the same time to accompany for these to be durable, so that once the process is complete, they can empower these tools and find their own.

INTRODUCCIÓN

Esta disertación es fruto del trabajo con 4 niños con necesidades especiales (N.N.E.), quienes asistían al Centro de investigación pedagógica Integral de la Facultad de Ciencias de la Educación de la PUCE (CIPI) durante los años 2013-2015, donde han recibido terapia de lenguaje y estimulación temprana. Para fines de esta investigación, se aplicó la terapia manual globalista Osteodynamie, desarrollada en Francia y difundida en Ecuador por Pascal de Neufville desde el año 1995, como apoyo a los niños en sus dificultades de desarrollo, con el propósito de mejorar su calidad de vida a nivel psicomotor y socioafectivo y por lo tanto, brindar un espacio de aprendizaje tanto a los niños como a sus padres.

Cabe aclarar que esta iniciativa de apoyo surge como resultado de un aprendizaje en el contexto de la carrera de “Música, Lenguaje y Movimiento” impartida en dicha facultad, a través de la cual, se dio una reflexión importante sobre el tema de la inclusión educativa. En efecto, el estado ecuatoriano, a través de las estructuras correspondientes como el MIES, ha implementado programas de ayuda para que los niños puedan acceder a una mejor educación. De la misma manera, se ha preocupado por brindar capacitación continua a los educadores que deben tratar con estos educandos. Sin embargo, al respecto ha surgido la pregunta de si existe un plan de apoyo terapéutico o psicológico a los profesores que tienen a cargo los niños con necesidades educativas especiales. Parecería que hasta el momento se adolece de herramientas de apoyo y que los educadores viven procesos de impotencia cuando se ven presionados por cumplir a cualquier costo, el llamado “currículum” sin contar en realidad con una orientación adecuada para tratar temas de discapacidad. De esta manera, suele suceder que los docentes dejan de creer en el valor de su trabajo, se crea en ellos un sentimiento de impotencia al no poder cumplir con las planificaciones y no ver resultados con el grupo de niños con necesidades especiales. Por eso, en esta disertación se vio la necesidad de

aclarar los términos empleados continuamente a lo largo del trabajo con los niños: el de terapeuta y el de educador.

Desde el momento en que nacieron las corrientes de la escuela nueva y activa, así como las tendencias de la neurociencia y la psicopedagogía, se han generado nuevas nociones en el campo de la enseñanza-aprendizaje, que han dado como resultado diversas formas de relacionarse con los niños o educandos. Por eso, se ha considerado importante partir de algunos conceptos innovadores, para crear una definición que se adapte a esta investigación, y dar un sentido pertinente a la aplicación de la terapia en Osteodynamie en el campo de la educación, a niños con necesidades educativas especiales.

Se optó por indagar algunas definiciones con la finalidad de apropiarse de un concepto de educación que conciba al educador como un ente activo. Según la Real Academia Española (1994, s.v.), 'educación' (del lat. *educatĭn*, *-ōnis*) es: f. Acción y efecto de educar. 2. Crianza, enseñanza y doctrina que se da a los niños y a los jóvenes. 3. Instrucción por medio de la acción docente. 4 Cortesía, urbanidad”.

Para Bórquez (2006)

Todo proceso educativo establece una relación directa entre educador y educando, cuyo fin es transmitir un contenido, también impulsa las capacidades y disposiciones que posee el alumno para captar, aprehender, incorporar y usar dichos contenidos. El estudiante debe descubrir, entender, incorporar y usar el valor que todo bien cultural encierra, pero además emplearlo críticamente. (pág. 91)

Para la educación activa, el término educador corresponde al rol del adulto

“... es guiar al niño y darle a conocer el ambiente en forma respetuosa y cariñosa. Ser un observador consciente y estar en continuo aprendizaje y desarrollo

personal. El verdadero educador está al servicio del educando y, por lo tanto, debe cultivar la humildad, para caminar junto al niño, aprender de él y juntos formar comunidad” (Hainstock, 1979, pág. 23)

Por otra parte, según la Real Academia Española (1994, s.v.) el término ‘terapia’ o ‘terapéutica’ es: f. Parte de la medicina, que enseña los preceptos y remedios para el tratamiento de las enfermedades. 2. Ese mismo tratamiento. Ocupación. Tratamiento empleado en diversas enfermedades somáticas y psíquicas, que tiene como finalidad readaptar al paciente haciéndole realizarlas acciones y movimientos de la vida cotidiana.

Se denomina terapeuta a aquel individuo que ostenta habilidades especiales logradas a través de la formación y de la experiencia, ya sea en una o más áreas de la asistencia sanitaria, y cuya labor preeminente es ofrecer apoyo; en tanto, el mencionado apoyo que brinda podrá ser de diferentes índoles, normalmente, se encuentra especializado en un área determinada o función y se enfocará, ya sea junto a su cliente o paciente, en la consecución de las metas establecidas. Así el terapeuta llevará a cabo la terapéutica planteada con la misión de mejorar la calidad de vida de aquel individuo que está asistiendo. (Definición ABC, 2016)

Según la definición de Philon de Alexandria terapeuta es, "quien sabe orar" por la salud de otro, es decir, invoca la presencia y la energía de la vida que por sí sola puede curar cualquier enfermedad y con la que "colabora". El terapeuta no sana, “cuida”, es la vida quien se preocupa y cura. El terapeuta tiene que poner al paciente en las mejores condiciones posibles para los actos de la vida y que la sanación suceda. (Leloup, 1993, pág. 20)

Aimé Haman (s.f.), teólogo y psicólogo jesuita, propone en su artículo *La psicología y la educación* lo siguiente:

(...) Aunque la psicoterapia y la educación no tengan exactamente el mismo proyecto, tienen lo suficiente en común como para que se pueda en ciertos

aspectos encerrarlos dentro de un mismo discurso (...) Tanto, terapeutas y pedagogos tienen que tomar el riesgo de su propio ser, a través de un caminar que nunca ha terminado, lo que les podría llevar progresivamente a:

- Deshacerse de toda técnica dentro de la relación.
- Buscar cada vez menos la eficiencia y el cambio en sí, en beneficio del ser.
- Abandonar cualquier dirección dada a priori a la vida.
- Aprender y a saber que la vida es una organización única para cada uno, y que no hay ningún modelo para seguir.
- Descubrir que toda vida humana es una organización que lleva en sí sentido y dirección.
- Vivir entonces el vínculo terapéutico y pedagógico como una búsqueda personal, una aventura de descubrimiento y una experiencia de ser sí mismo.

En esta disertación se consideró, por lo tanto, que el educador y el terapeuta hacen parte de una misma realidad cuando se trata de cuidar, acompañar y guiar en su desarrollo a niños con discapacidad o necesidades especiales de acuerdo a su condición sociocultural, se considera que primeramente son una persona o un ser humano que necesita desarrollarse como tal, en la medida de sus posibilidades y en consecuencia del entorno socioafectivo que les rodea.

La discapacidad ha sido tratada por diversos enfoques disciplinarios como “problema de una persona o individuo con limitaciones físicas y/o mentales” (Sarmiento, 2014, pág. 1) Sin embargo, como señalan Stanley Greenspan y Serena Wieder, las limitaciones o dificultades de un niño con necesidades especiales en realidad pueden ser tratadas como desafíos biológicos que aunque les impide funcionar en el mundo no niegan la inmensa posibilidad que tiene el organismo humano para seguir desarrollándose. (2006, pág. 17)

Aunque la discapacidad afecta a todos los miembros del grupo familiar, es importante detenerse en la calidad de vida de los niños que nacen con dificultades particulares en su desarrollo y reconocer que la mayoría de veces, las familias viven una situación difícil y dramática ante la falta de orientación y un apoyo que les permita aceptar, sus posibilidades de crecimiento y de aprendizaje desde su propia realidad.

Los niños si bien tienen algunas limitaciones físicas o mentales, desarrollan otro tipo de capacidades vinculadas a una gran sensibilidad a nivel sensorial, artístico y afectivo. Por lo que es justo hablar de la discapacidad como otra forma de ser que implica una relación de respeto al niño como persona, tal como lo afirma Pascal de Neufville (2015):

De esta manera, desde la aplicación de la Osteodynamie, el trabajo con los niños buscó desarrollar un proceso global en diferentes direcciones al mismo tiempo, a nivel de la coordinación motora, la capacidad cognitiva y sicosocial. Así, se dio un acercamiento respetuoso a la dificultad o deficiencia motora y psicoafectiva que presentaban los niños, a través de un tacto que genera bienestar y abre el camino a un posible cambio propio de la persona, y esto a su vez, generó una dimensión de aprendizaje tanto para el niño como para sus familiares en relación a su problemática.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
RESUMEN	IV
INTRODUCCIÓN	VII
1 Capítulo I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 TEMA:	1
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	1
1.3 OBJETIVOS	2
1.3.1 Objetivo General	2
1.3.2 Objetivos Específicos	2
1.4 JUSTIFICACIÓN	2
2 CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	5
2.1 EI NIÑO CON NECESIDADES ESPECIALES.	5
2.1.1 Categorías	6
2.2 VÍNCULO AFECTIVO	8
2.2.1 Antecedentes	8
2.3 RESILIENCIA. BORIS CYRULNINK (1937)	11
2.4 LA PEDAGOGÍA POR DESCUBRIMIENTO. Jerome Bruner	13
2.4.1 La importancia del juego	14
2.4.2 Beneficios del aprendizaje por descubrimiento	20
2.5 LA OSTEODYNAMIE (O.D.)	21
2.5.1 LA OSTEODYNAMIE EN ECUADOR. PASCAL DE NEUFVILLE (2000-2015)	24
2.5.2 LA COORDINACIÓN MOTORA: BASE CIENTÍFICA DE LA OSTEODYNAMIE	26
2.5.3 LA IMPORTANCIA DEL MOVIMIENTO	28
2.5.4 PEDAGOGÍA Y OSTEODINAMIE	30
3 CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	31
3.1 Tipo de investigación:	31
3.2 Tipo de estudio:	31
3.3 Pregunta de investigación:	31
3.4 Criterio de inclusión:	31
3.5 Tipo de intervención:	31
3.6 Instrumentos de recolección de información:	31
3.7 Método:	32
3.7.1 Los almohadones:	32
3.7.2 La mano de la Osteodynamie:	32

3.6.3	Las posiciones del cuerpo del educador: _____	33
3.8	Descripción de sujetos: _____	33
3.8.1	Niño 1: K _____	33
3.8.2	Niño 2 J _____	35
3.8.3	Niño 3: M _____	38
3.8.4	Niño 4: Mt _____	38
4	CAPÍTULO IV: TRABAJO DE CAMPO _____	41
4.1	Descripción del proceso de K _____	41
4.1.1	Antecedentes _____	41
4.1.2	Primera etapa _____	41
4.1.3	Análisis del proceso _____	41
4.1.4	La presencia del padre _____	45
4.1.5	La relación con su hermano menor _____	46
4.1.6	Resultados del proceso _____	46
4.1.7	La realización de K como persona. _____	49
4.1.8	Conclusiones _____	50
4.2	Descripción del proceso de M _____	51
4.2.1	Antecedentes: _____	51
4.2.2	Primera etapa _____	51
4.2.3	Análisis del proceso _____	53
4.2.4	Descripción de una sesión de Osteodynamie para M _____	55
4.2.5	Método _____	55
4.2.6	Movilizaciones y movimiento _____	57
4.2.7	Interacción socio afectiva _____	58
4.2.8	La presencia del padre _____	58
4.2.9	Resultados _____	59
4.2.10	Fin del proceso _____	62
4.2.11	Conclusión _____	62
4.3	Descripción del proceso de Mt _____	62
4.3.1	Antecedentes _____	62
4.3.2	Entrevista y primera observación _____	63
4.3.3	Análisis del proceso _____	64
4.3.4	La presencia del padre _____	66
4.3.5	Relación con su hermano _____	66
4.3.6	Resultados _____	66
4.3.7	Conclusión _____	67
4.4	Descripción del proceso de J _____	68
4.4.1	Antecedentes _____	68
4.4.2	Primera etapa _____	68
4.4.3	Análisis del proceso _____	70
4.4.4	Situación psicoafectiva de J _____	72
4.4.5	Resultados de esta etapa _____	74
4.4.6	La presencia del padre _____	77
4.4.7	La relación entre sus padres _____	78
4.4.8	Resultados del proceso _____	78
4.4.9	Conclusiones _____	81

4.5	Descripción de algunas sesiones que fueron significativas para cada niño de acuerdo a sus necesidades fundamentales	82
4.5.1	Necesidades de M	82
4.5.2	Necesidades de J:	85
4.5.3	Necesidades de K	88
5	Conclusiones	95
6	Recomendaciones	97
7	Bibliografía	98

1 Capítulo I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA:

Intervención en niños con diferentes discapacidades, para mejorar su calidad de vida a través de la Osteodynamie.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En Ecuador existen 1'653.000 personas con discapacidad registradas en el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS) para quienes se han implementado algunas Políticas Sociales, reconocido derechos y elaborado determinadas normativas. De esta cifra, el 20% es de población infantil. Si bien estas conquistas pretenden mejorar el nivel de vida de las personas con discapacidad, en términos reales, se ha observado que los niños reciben terapias que no necesariamente responden a sus necesidades particulares y que generan una situación de angustia y estrés en la familia que busca desesperadamente soluciones para sus hijos.

Así, se encuentran niños con diferentes tipos de dificultades de desarrollo que pueden ir desde una simple desviación de la columna, hasta una parálisis cerebral (problemas de estructura y funcionales), pasando por toda clase de trastornos sensorio-motrices. La mayoría de estas dificultades se detectan por la deficiencia o la imposibilidad de alcanzar, en una primera etapa del desarrollo psicomotor, el control cefálico y el control postural con todas las dificultades que se derivan de tal falta.

Al Centro de Investigación Psicopedagógica Integral (CIPI) de la PUCE asisten niños con un sinnúmero de deficiencias. Presentan dificultades en los siguientes campos: de la estructura (desequilibrio y deformación de la estructura ósea-muscular, desviación de los ejes del aparato locomotor y trastornos neurológicos); de la función (disminución de la movilidad, de la coordinación y afecciones psicosomáticas diversas); de lo sensorial (distorsiones de los cinco sentidos); y, de lo psicológico y relacional (depresión infantil).

En la primera entrevista con sus madres, a la pregunta de cómo fueron atendidos sus hijos en las casas de salud, ellas comentaban que los médicos se limitaban a hacer un diagnóstico y recetar medicamentos. Además, recomendaban terapias físicas, de lenguaje, ocupacionales, entre otras, dejando de lado la calidad en la relación, viéndolos como un número más y no como seres humanos llenos de potencialidades, dignos de recibir una atención holística e integradora.

Por ello, para que estos pacientes reciban una atención mejor, se ha constatado que la Osteodynamie (O.D.), que es una terapia manual globalista, puede mejorar la calidad de vida de los seres humanos en general y de estos niños en particular.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Demostrar que la *terapia manual globalista Osteodynamie* puede mejorar la calidad de vida de niños con diferentes discapacidades, reencontrando de una manera consciente y a través de su propia historia, la memoria de coordinación psicomotora propia de la especie.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Fundamentar la pertinencia del uso de la *terapia manual de Osteodynamie* en la intervención a niños con diferentes discapacidades.
- Diseñar un abanico de movilizaciones de la Osteodynamie para cada uno de los casos de estudio.
- Evaluar la situación socio-afectiva de cada niño que recibe Osteodynamie
- Describir el efecto al aplicación la terapia Osteodynamie en cada uno de los niños.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La educación de los niños con necesidades especiales comienza más temprano y es más exigente que la de niños regulares. Tanto los padres como los niños deben establecer

una relación de confianza total con todos los que los rodean, especialmente con sus educadores y terapeutas para comprender que, en muchos momentos, los tratamientos pueden llegar a ser dolorosos y, en consecuencia, causar temor y rechazo.

Por otra parte, si bien el cuidado y acompañamiento de un niño implica aprender destrezas y habilidades, estas son más específicas y particulares cuando se trata de niños diferentes, porque sus tiempos y ritmos son generalmente muy lentos, sus condiciones y necesidades muchas veces son frecuentes y cambiantes de acuerdo a los logros alcanzados en su desarrollo. Sus niveles de bienestar físico y emocional, por tanto, exigen mucha paciencia, constancia, proximidad y conocimientos que paulatinamente generan capacidades en las personas encargadas de su cuidado, que en la mayoría de veces son las madres.

La Osteodynamie tiene la particularidad de que sus movilizaciones son tan sutiles, que el dolor es bastante improbable, casi inexistente, puesto que respeta el ritmo del niño, su sensibilidad al tacto, al sonido y al ruido (a veces aumentada o disminuida), por lo que él disfruta del tratamiento y en lugar de lo que sucede en las terapias físicas, acude con gusto y voluntariamente a las sesiones. Además, establece un ambiente de confianza para cada niño, donde él se siente respetado y acogido en sus necesidades. Para esto cuenta con algunos elementos lúdicos que favorecen la creación de rutinas de autoconfianza, lo cual genera en el niño una apertura para recibir de mejor manera el tratamiento.

En las sesiones para cada niño, se evita la presencia de otros adultos, sobre todo si son extraños, sin embargo, se establece una relación de respeto y comprensión con los padres sobre la metodología de trabajo para que se abran a esta nueva propuesta formando parte del desarrollo de sus hijos. Por lo tanto, la aplicación de la terapia de Osteodynamie, a los niños que asisten al Centro de Investigación Pedagógica Integral de

la Universidad Católica del Ecuador, mejora su calidad de vida a nivel socio-afectivo, psicomotriz y, en consecuencia, cognitivo.

2 CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

Esta disertación aborda el apoyo a niños con necesidades especiales N.N.E., desde algunos ejes teóricos pertenecientes a dos campos de investigación que se complementan e interactúan: la educación y la terapia, dando lugar a un accionar comprometido en el proceso de enseñanza- aprendizaje, que considera que la responsabilidad primordial de un educador es el respeto a la persona humana. Estos ejes son los siguientes:

- 2.1 El niño con necesidades especiales: Stanley Greenspan y Serena Wieder.**
- 2.2 El vínculo afectivo: Konrad Lorenz.**
- 2.3 La Resiliencia de Boris Cyrulnik.**
- 2.4 La pedagogía del descubrimiento: Bruner.**
- 2.5 La Osteodynamie: Noëlle Alföldi (Francia) Pascal de Neufville (Ecuador).**

2.1 EI NIÑO CON NECESIDADES ESPECIALES.

El término necesidades especiales tiene dos acepciones según la Organización Mundial de la Salud. La primera definición es médica y describe a los niños que han sido diagnosticados con una discapacidad, tanto física, psicológica, o mental, ya sean leves o graves. La segunda es una definición legal que abarca a todo aquel niño que requiere de atención adicional para desenvolverse óptimamente en la sociedad, ya sea en su entorno familiar, en la escuela o en su comunidad.

La combinación de la definición médica y legal de "necesidades especiales" es amplia ya que abarca no sólo a los niños que padecen y han recibido un diagnóstico de alguna enfermedad, ya sea de retraso mental, enfermedades terminales, o que están impedidos físicamente, sino que también incluye a los niños que tienen trastornos en su proceso de

aprendizaje, padecen de alergias a ciertos alimentos, son asmáticos, tienen problemas psiquiátricos serios o leves, o sencillamente son disléxicos. Especial.

Debido la definición de "necesidades especiales" se la ha dividido en categorías, tales como las necesidades especiales en relacionadas a trastornos médicos, del comportamiento, del desarrollo, en el aprendizaje, y en la salud mental, tal como la clasifica en su definición la Organización Mundial de Salud (OMS).

2.1.1 Categorías

En esta disertación se tomaron en cuenta las investigaciones realizadas por Greenspan, Wieder y Simons (2006) quienes han estudiado en los últimos veinte años, cómo permitir a cada niño vivir su propio desarrollo. Para ellos, las categorías de las necesidades educativas son las siguientes:

- a. Necesidades especiales por razones médicas:** es posible que estos niños requieran una gran cantidad de exámenes, deban permanecer en el hospital de forma prolongada o permanente, requieran y dependan de equipo costoso para preservar su salud, y además, necesiten de hospedaje, lugares o sitios de aprendizaje aptos para personas con discapacidad para que ellos puedan funcionar. Algunas de las condiciones médicas graves que afectan a los niños incluyen el cáncer, la distrofia muscular, defectos en el corazón, fibrosis quística, así como condiciones crónicas, tales como el asma y la diabetes. Igualmente abarca condiciones congénitas tales como la parálisis cerebral, enanismo y otros padecimientos como la obesidad o alergias alimenticias entre otros.
- b. Necesidades especiales por el comportamiento:** Los niños con trastornos en el comportamiento requieren de estrategias especializadas que se adapten a sus habilidades. Entre las enfermedades más comunes que afectan el comportamiento de los niños se encuentra el Trastorno de Deficiencia de Atención e Hiperactividad, la Disfuncionalidad de Integración Sensorial.

- c. **Necesidades por el desarrollo:** Desde el retraso mental, hasta diagnósticos como el Síndrome de Down y el autismo.
- d. **Necesidades especiales por el aprendizaje:** Los trastornos de aprendizaje son problemas que afectan las funciones del cerebro de recibir, procesar, analizar y almacenar información. La mayoría de los niños afectados por dicho trastorno, normalmente les cuesta cumplir con las tareas escolares, a pesar a su capacidad intelectual. Estos niños necesitan estrategias de aprendizaje especializadas para lograr su máxima capacidad y evitar problemas de baja autoestima y problemas de conducta. Entre los trastornos de aprendizaje más comunes están: la dislexia, disfasia, trastorno de atención, trastornos auditivos, de la memoria entre otros.
- e. **Necesidades por trastornos psicológicos:** Enfermedades como la depresión y la ansiedad entre otras son habituales entre los niños. Cuando la depresión no desaparece y comienza a afectar el rendimiento escolar y la conducta del niño, es importante que se les pueda ofrecer la terapia necesaria para que se recupere y retome su cotidianidad. (pág. 59)

Las limitaciones o dificultades de un niño con necesidades especiales en realidad pueden ser tratadas como desafíos. “El desafío es ayudar a un niño que tiene diferencias significativas en el funcionamiento del sistema nervioso, en el relacionarse y en la comunicación, a participar completamente en estas experiencias interactivas vitales” (Grenspan, Wierden, & Simons, 2006, pág. 10)

Al respecto, los investigadores presentan una clasificación en términos de las dificultades de desarrollo:

- A integrar la información recibida del mundo a través de los sentidos de la visión, del tacto, el olfato, el gusto y la conciencia corporal; el niño puede ser hipo o hiperactivo.

- De procesamiento; el niño puede tener dificultad para comprender toda la información sensorial que recibe.
- Para crear o planear respuestas; el niño puede tener problemas para hacer que su cuerpo se mueva de la manera en que él lo desea.

Según esta clasificación, las dificultades corresponden a tres áreas en el desarrollo, que entorpecen la relación y comunicación con los padres y cuidadores y por lo tanto, podrían bloquear la habilidad del niño para aprender, responder y crecer. Para apoyarlos, es importante entender por lo mismo, cómo el niño funciona en cada una de estas áreas. Una vez descubiertas sus limitaciones, sería más probable diseñar un plan de tratamiento para estimular su desarrollo. De la misma manera, se vuelve esencial, ayudar a los padres y cuidadores a trabajar con estas limitaciones.

En este trabajo se analizaron las dificultades de desarrollo de cada niño pues el apoyo planteado exigía un acercamiento particular a su realidad. Por ello fue imprescindible comprender cómo cada niño se relaciona con el mundo y con las personas que lo rodean para crear y adaptar un tratamiento desde la Osteodynamie en función de sus necesidades individuales tomando en cuenta la calidad de relación que podían establecer sus padres.

2.2 VÍNCULO AFECTIVO

Según la Real Academia (1994, s.v.), 'vínculo' (del latín vincŭlum) es una unión, relación o atadura de una persona o cosa con otra.

2.2.1 Antecedentes

Konrad Lorenz, zoólogo austríaco (1903-1989), trabajó sobre el comportamiento animal y describió la impronta o fijación, como proceso fisiológico de sobrevivencia, generado el periodo del nacimiento, con el primer objeto móvil, con el cual el recién nacido toma como referencia materna, garantizándose buen lazo materno y filial entre madre y cría. En el ser humano según Lorenz es más fijación o impronta se da a partir de los 3 meses de

edad. Dada a las condiciones de seguridad que le proveen los adultos que lo rodean, lo que no pasa con los animales.

Este hallazgo se constituyó posteriormente en la teoría del apego o vínculo afectivo. Lorenz explica que en el comportamiento animal se observa que la impronta es un tipo de aprendizaje que se produce en torno al nacimiento y que fija sobre la base de determinados estímulos, el reconocimiento de los miembros de la misma especie y otros aspectos relacionados con conductas maduras.

Según Rice, (1997), Lorenz define en 1973 la impronta o troquelado de la manera siguiente: "...la capacidad biológicamente determinada para establecer apego en la primera exposición a un objeto o persona" (1997, pág. 47). Él mismo se convierte en la "madre" de una pata a la cual nombre Martina, por ser el primer objeto que el animal ve y por consiguiente lo seguirá a todas partes. Este proceso de impronta puede darse según Lorenz en una fase que varía de especie a otra especie. En muchos casos el período sensible a la impronta se sitúa en una fase del desarrollo en la que la pauta de la conducta ni siquiera se ha insinuado, sin embargo, allí están y en una etapa posterior de la vida, ciertos estímulos actuarán como desencadenantes.

La Osteodynamie considera que esta impronta es la *memoria del cuerpo* que la persona nunca pierde, aunque por determinadas circunstancias se detenga o desconecte e inclusive se trunque como en el caso de la discapacidad, cualquiera sea su causa, motora o mental.

A partir de las teorías de Lorenz, las investigaciones sucesivas demuestran que el ambiente junto con los cuidados recibidos en la primera infancia determina el desarrollo del niño y afectan a sus logros y oportunidades futuras. Se sabe hoy que la calidad de los vínculos que establezca el niño es de vital importancia y determinan sus interacciones futuras con sus iguales y otros adultos. Cuando el adulto proporciona respuestas

apropiadas, uniformes y sensibles, el niño a su vez aprende a responder al adulto, y de esta manera se establece un “diálogo” entre los dos.

En un informe para la OMS, el psicólogo inglés John Bowlby afirma: “Es esencial para la salud mental que el bebé y el niño pequeño tengan una relación íntima, cálida y continua con su madre en la que los dos encuentren alegría y satisfacción”. Esta relación íntima,... “propicia la humanización del niño” citado por (Sánchez, 2011)

Lorenz (1986) clasifica la impronta en el hombre de la siguiente manera:

- I. En los infantes humanos las respuestas sociales de todo tipo son provocadas, en un principio, por una vasta serie de estímulos y, posteriormente, por una serie mucho más reducidas que, al cabo de unos meses, se limita a los estímulos que surgen de uno o unos pocos individuos en particular.
- II. Existen pruebas de una tendencia marcada a responder socialmente ante determinados estímulos con referencias a otros.
- III. Cuanto mayor sea la experiencia de interacción social que posee el bebé con determinada persona, mayor será su apego hacia ella.
- IV. Por lo general, a los periodos de concentración y audición atenta sigue el aprendizaje de la discriminación de rostros distintos, por lo cual puede desempeñar cierto papel en el aprendizaje por contacto directo.
- V. En la mayoría de los niños la conducta de apego en relación con una figura preferida se desarrolla durante el primer año de vida. Probablemente durante ese año se registre un período sensible durante el cual se desarrolla con mayor rapidez esa conducta.
- VI. Es improbable que la fase sensitiva se inicie antes de las seis semanas de vida y puede comenzar varias semanas después.
- VII. Después de las seis meses, y en particular después de los ocho o nueve, los bebés suelen incurrir en respuestas de temor ante la aparición de figuras

extrañas; además, es más factible que esas respuestas sean más acentuadas que cuando eran más pequeños. Debido a la creciente frecuencia y mayor intensidad de esas respuestas, desde fines del primer año se torna cada vez más difícil el desarrollo de un vínculo de afecto con una figura de.

- VIII. Una vez que el niño se siente fuertemente apegado a una figura en la, suele referirla a todas las demás, y esas referencias tiende a resistir a pesar de la separación (págs. 248-249).

Tomando en cuenta los aportes de Konrad Lorenz sobre la impronta o fijación se puede decir que el ser humano tiene una impronta que es fijada por el medio y la cultura que lo rodea, tomando el caso del nacimiento de un hijo, cuando nace el niño sano es bien recibido por que concuerda con los parámetros de impronta establecida por el medio ambiente, pero cuando él bebe nace con una discapacidad, esta impronta no se cumple surgiendo así el rechazo y aborrecimiento de la criatura y los por no cumplir la regla. Cuando el medio tiene otra visión de estos niños defectuosos, los padres tendrán más posibilidades de troquelar su esquema de ser padres y buscaran el camino a la resiliencia y a un mejor vínculo afectivo.

2.3 RESILIENCIA. BORIS CYRULNINK (1937)

La *resiliencia* designa la capacidad humana de superar tramas y heridas. Las experiencias de huérfanos, niños maltratados o abandonados, víctimas de guerra o catástrofes naturales, han permitido constatar que las personas no quedan encadenadas a los traumas toda la vida, sino que encuentra con un antídoto: la resiliencia. No es una receta de felicidad, sino una actitud vital positiva que estimula a reparar daños sufridos, convirtiéndolos, a veces, hasta en obras de arte. Pero la residencia definitivamente puede brotar en la soledad. La confianza y la solidaridad de otros, ya sean amigos, maestros o tutores, es

una de las condiciones para que cualquier ser humano pueda recuperar la confianza en sí mismo y su capacidad de afecto. (Cyrulnik, 2009, pág. 2)

Cyrulnik pone así en valor el carácter social de cada ser humano, cuya individualidad se construye en el universo de tensiones afectivas estructurado a través del lenguaje. En términos de la resiliencia las posibilidades de reestructuración no terminan nunca. Para él, "no hay herida que no sea recuperable. Al final de la vida, uno de cada dos adultos habrá vivido un traumatismo, una violencia que lo habrá empujado al borde de la muerte. Pero aunque haya sido abandonado, martirizado, inválido o víctima del genocidio, el ser humano es capaz de tejer, desde los primeros días de su vida, su resiliencia, que lo ayudará a superar los shocks inhumanos. La resiliencia es el hecho de arrancar placer, a pesar de todo, de volverse incluso hermoso" (Cyrulnik, 2007, pág. 12); sin embargo, esto se da gracias al discurso que le da el medio ambiente o la cultura, sobre la vivencia de la víctima.

En el caso de los niños con necesidades especiales, Cyrulnik considera que el educador debe convertirse en un tutor de resiliencia, "(...) es una persona que a través de su calidad de relación y de trabajo provoca un renacer del desarrollo psicológico tras el trauma. Casi siempre se trata de un adulto que encuentra al niño y que asume para él el significado de un modelo de identidad, el viraje de su existencia (...) Muchos niños comienzan a aprender en el colegio una materia porque les agrada el profesor. Pero cuando, veinte años después, uno le pide al profesor que explique la causa del éxito de su alumno, el educador se subestima y no sospecha hasta qué punto fue importante para su alumno (Cyrulnik, 2010, pág. 65)

La resiliencia en los padres es también importante mencionar, ya que estos son los más sufren efectiva y psicológicamente con la noticia de saber que su hijo tan esperado no va a cumplir con las expectativas que el medio y ellos han construido. Cuando esto sucede generalmente los padres asumen la posición de negación o de indiferencia aún más

cuando el niño nace sano y por circunstancias ajenas a ellos hacen que esta realidad se rompa o cambie, o cuando la problemática viene de uno o los dos padres el sentido de culpabilidad tanto de ellos mismo y por sus familiares, influyendo negativamente de la relación con el niño. La resiliencia en los padres se dará igual que en lo niños mencionado anteriormente, dependiendo del contexto socioafectivo que los rodea.

2.4 LA PEDAGOGÍA POR DESCUBRIMIENTO. Jerome Bruner

Jerome Bruner, psicólogo y pedagogo estadounidense, desarrolló en la década de los 60 la teoría del aprendizaje por descubrimiento o aprendizaje heurístico. Dedicó toda su carrera a investigar los procesos de enseñanza y aprendizaje. El aprendizaje por descubrimiento es una de las principales implicaciones de su pedagogía. Es una metodología en la que el sujeto en vez de recibir los contenidos de forma pasiva, descubre los conceptos y sus relaciones y los reordena para adaptarlos a su esquema cognitivo. (1972, pág. 26)

Para Bruner (2001), el aprendizaje es un proceso activo de asociación y construcción. Por eso el instructor debe motivar a los estudiantes para que ellos mismos descubran relaciones entre conceptos y construyan proposiciones. Debe encargarse de que la información con la que el estudiante interactúa esté en un formato apropiado para su estructura. Debe diseñar notas, “pistas” en lugar de dar por hecho todo o sabido, debe permitir que el niño “descubra” el conocimiento a través de la acción.

Esta forma de entender la educación implica un cambio de paradigma respecto al enfoque tradicional pues los contenidos no se deben mostrar en su forma final, son “pistas” para que los niños puedan descubrir progresivamente. Bruner (2001) considera que los estudiantes deben aprender a través de un descubrimiento guiado que tiene lugar durante una exploración motivada por la curiosidad. Por lo tanto la labor del profesor es proporcionar el material adecuado para estimular a sus alumnos mediante varias

estrategias de trabajo: observación, comparación, análisis de semejanzas y diferencias, tomando en cuenta la etapa del desarrollo en la que se encuentren los niños y su interés innato por el aprendizaje.

En este sentido, el aprendizaje es concebido a partir del impulso del niño por descubrir su entorno y su cultura. Ellos son capaces de crear su propio conocimiento mediante la investigación empírica de las acciones y situaciones que se les presenta día a día en su medio ambiente. La posibilidad de aprendizaje se basa en sus inquietudes, motivaciones, curiosidades, etc. De este modo, los elementos innatos en el niño se vuelven fundamentales ya que posibilitarían una manera de acercarse al mundo y descubrirlo desde sí, desde su propia capacidad para acercarse al aprendizaje.

Esta forma de aprender exige muchísimo trabajo previo por parte del profesor. El hecho de que sea un aprendizaje natural no significa que haya que dejar a los niños hacer lo que les venga en gana. Bruner lo explica de la siguiente manera:

Debe ser un aprendizaje guiado, pero a la vez, percibido como un juego. Los alumnos deben tener la impresión de que en el aula exploran, investigan y “hacen cosas”. Para que el aprendizaje resulte efectivo y productivo, los profesores deben preparar muy bien el ambiente de sus clases. Es, por tanto, una metodología más compleja y elaborada de lo que puede parecer a simple vista (Bruner, 2001, pág. 65)

Al ser un tipo de aprendizaje global e integral, no existe una serie de pasos específicos para llevarlo a cabo pero Bruner insiste en que no se puede dejar la responsabilidad de la enseñanza, a la improvisación. Por otra parte, dada su propia naturaleza, es un proceso bastante lento, ya que cada niño aprende a su ritmo. “Descubrir cosas es positivo y da placer” dice Goleman (Goleman, 2010, pág. 34)

2.4.1 La importancia del juego

El juego es la actividad más seria que tienen los niños, es su manera de aprender el mundo y descubrir sus propias capacidades. La pedagogía por descubrimiento, lo

considera como la manera que tiene el niño para mostrarse a sí mismo y a los demás, de expresar sus sentimientos y emociones, de descubrir su entorno y de interactuar con su cuerpo y los objetos. Jugando a interpretar el mundo y a consolidar sus aprendizajes. Bruner presenta el juego en tres dimensiones y recoge las investigaciones de Piaget al respecto:

Juego sensoriomotriz (o de ejercicio), es el primero en aparecer (0 a 2 años).

Los juegos de ejercicios, propios del estadio sensoriomotor, y por tanto de los primeros dos años de vida, son aquellos que consisten en repetir una y otra vez una acción por el puro placer de obtener el resultado inmediato (Piaget & Inhelder, 2004)

Esas acciones pueden realizarse tanto con objetos como sin ellos:

- 1) arrastrarse, gatear, caminar, balancearse, son acciones que se consideran juegos de ejercicio con el propio cuerpo donde se denomina el espacio gracias a los movimientos.
- 2) morder, chupar, lanzar, golpear, agitar, son acciones que consideran juego de ejercicio con objetos, donde se manipulan y se exploran sensorialmente cualidades del objeto.
- 3) sonreír, tocar, esconderse, son acciones que consideran juego de ejercicio con personas, donde se favorecen las interacciones sociales.
- 4) Beneficio del juego funcional o de ejercicio

Desarrollo sensorial.

Coordinación de movimientos y desplazamiento.

Desarrollo del equilibrio.

- Comprensión del mundo que le rodea.
- Auto superación: mientras más se practica, mejores resultados se obtienen

- Interacción social con el adulto de referencia.
- Coordinación óculo-manual.

Juego simbólico (2 a 7 años) surge junto con el lenguaje y el niño empieza a representar estructuras y formas ausentes, lo que se denomina” permanencia del objeto”, es decir, la consciencia de que aunque no se vea a las personas o cosas, ellos existen. El niño transforma la realidad y le da vida a los objetos.

Beneficio del juego simbólico

- Comprender y asimilar el entorno que nos rodea.
- Aprender y practicar conocimientos sobre los roles establecidos en la sociedad adulta.
- Desarrollar el lenguaje, ya que los niños verbalizan continuamente mientras lo realizan, tanto si están solo o si están acompañados.
- Favorece también la imaginación y la creatividad

Evolución del juego simbólico

En esta franja de edad tan amplia, de 2 a 6/7años aproximadamente también se producen cambios sustanciales en este tipo de juego. De hecho, se consideran que ya existe un juego pre simbólico antes de los 2 años como se verá a continuación:

Etapa 1: juego presimbólica

Nivel 1: categoría presimbólica (12-17meses).

Empieza a identificar el uso funcional de los objetos de la vida diaria, de forma que realiza acciones o gestos asociados con esos objetos fuera del contexto real en que son usados. Por ejemplo: un vaso vacío, se tumba en un cojín

Nivel 2: acciones simbólicas sobre su propio cuerpo (16-18/19meses)

- Realiza las mismas acciones simbólicas anteriores, centradas en su propio cuerpo pero de una forma muy exagerada.
- Usa adecuadamente los objetos y juegos grandes más comunes.

Etapa 2: juego simbólico

Nivel 1: integración y descentración (18-19 meses)

- El juego simbólico comienza de forma simple y ahora se refiere a escenas vividas por el niño de forma cotidiana y, por tanto muy conocidas.
- Aplica acciones conocida a objetos pasivos. Por ejemplo; dar de comer a una muñeca
- Emplea acciones conocidas de otras personas, al inicio solo de sí mismo. ejemplo; el niño simula hablar por teléfono.

Nivel 2: combinación de actores y juguetes (20-22meses)

- Realiza actividades simuladas sobre más de una persona u objetos. ejemplo; la niña da de comer a su madre y luego a la muñeca.
- Comienza a combinar dos juegos en un juego simulado.

Nivel 3: inicio de secuencia y de acciones o esquema de acción (22-24 meses)

- Comienza a representar un rol, por ejemplo; juega a la mamá.
- Esas secuencias son a menudo ilógicas. ejemplo; peina a la muñeca, luego la pone a dormir y después la vuelve a peinar.
- Los objetos usados todavía son realistas y de tamaño grande, aunque empieza a usar miniaturas.
- Comienza a dar un papel activo a los muñecos, atribuyéndoles sentimientos.

- Comienza a sustituir objetos, pero deben tener una forma parecida a los objetos subyacentes.

Nivel 4: secuencia de acción y objetos sustituidos (30-36 meses)

- En este periodo se produce la inclusión de nuevos personajes de ficción en sus roles y disminuye el juego referido a acciones cotidianas realizadas en casa.
- Las secuencias se van produciendo sobre la marcha, no está planificada.
- Los objetos son sustituidos ejemplo una caja es una cama.
- Mejora la negociación con iguales. La colaboración tiene una duración corta.

Nivel 5: sustitución plena y planificación (desde los 4 años)

- Se produce un aumento progresivo de la complejidad de los temas y la relación con los iguales.
- Los niños son capaces de planificar el juego y de ir improvisando soluciones.
- Se realizan guiones enteros en los que el niño y la niña adoptan diferentes roles.
- Al final aparecerán escenarios complejos que se definirán mediante el lenguaje.
- La interacción con los iguales se convierte en un juego cooperativo en el que se integran acciones y roles.

Juego cognitivo (7 a 12 años), se establecen las relaciones sociales e inter-individuales. Promueve la relación con iguales y la cooperación. En el ámbito cognitivo, el niño de seis años entra en la etapa que Piaget ha denominado *operaciones concretas*. Esto significa que es capaz de utilizar el pensamiento para resolver problemas, puede usar la representación mental del hecho y no requiere operar sobre la realidad para resolverlo. Sin embargo las operaciones concretas

están estructuradas y organizadas en función de fenómenos concretos, sucesos que suelen darse en el presente inmediato; no se puede operar sobre enunciados verbales que no tengan su correlato en la realidad. La consideración de la potencialidad (la manera que los sucesos podrían darse) o la referencia a sucesos o situaciones futuros, son destrezas que el individuo logrará al llegar a la adolescencia, al tiempo de llegar a las operaciones formales.

Existen varios principios que van a caracterizar la forma en que los niños de esta edad piensan:

Identidad: Es la capacidad de darse cuenta de que un objeto sigue siendo el mismo aun cuando tenga otra forma.

Reversibilidad: Es la capacidad permanente de regresar al punto de partida de la operación. Puede realizarse la operación inversa y restablecerse la identidad,

Descentrado: Puede concentrarse en más de una dimensión importante. Esto se relaciona con una disminución del egocentrismo. Hasta los seis años el niño tiene un pensamiento egocéntrico, es decir, no considera la posibilidad de que exista un punto de vista diferente al de él. En el período escolar va a ser capaz de comprender que otras personas pueden ver la realidad de forma diferente a él. Esto se relaciona con una mayor movilidad cognitiva, con mayor reflexión y aplicación de principios lógicos.

En términos generales el niño en esta edad va a lograr realizar las siguientes operaciones intelectuales:

- Clasificar objetos en categorías (color, forma, etc.), cada vez más abstractas.
- Ordenar series de acuerdo a una dimensión particular (longitud, peso, etc.)
- Trabajar con números.
- Comprender los conceptos de tiempo y espacio.

- Distinguir entre la realidad y la fantasía.

Por otro lado, hay un perfeccionamiento de la memoria, tanto por que aumenta la capacidad de ella, como porque mejora la calidad del almacenamiento y la organización del material. Se enriquece el vocabulario, hay un desarrollo de la atención y la persistencia de ella, en la tarea. El lenguaje se vuelve más socializado y reemplaza a la acción.

En el trabajo con los niños fue imprescindible, tomar en cuenta estas nociones, para comprender en qué momento de su desarrollo se encontraba cada uno y poder transmitir a cada madre la importancia del juego espontáneo en el aprendizaje de su hijo y por lo tanto, el beneficio de preparar un ambiente en la casa para que pueda jugar de manera autónoma sin que el adulto le diga lo que tiene que hacer.

2.4.2 Beneficios del aprendizaje por descubrimiento

Bruner resalta algunos de los beneficios que se dan en el proceso de aprendizaje bajo el paradigma de la pedagogía por descubrimiento. Entre los más significativos se mencionan los siguientes:

- Estimula a los alumnos para pensar por sí mismos y plantear hipótesis y tratar de confirmarlas de una forma sistemática.
- Se aprende cómo aprender, es decir, se descubren los caminos y las estrategias para comprender un problema.
- Estimula la autoestima y la seguridad.
- Propiciar la solución creativa de los problemas (2001, pág. 106)

Cabe señalar que en el trabajo con los niños, la comprensión de estos principios pedagógicos permitió establecer una relación de confianza. El aprendizaje se dio desde la motivación y la necesidad propia del niño, en un ambiente relajado en el cual el acompañamiento con límites claros fue un elemento sustancial del proceso. Cuando el

niño llegaba al Centro, se establecía un primer contacto sin ninguna expectativa de parte del educador, el niño se sentía libre para actuar desde sus impulsos y para descubrir por sí mismo aquello que llamaba su atención. Estaba solo y al mismo tiempo acompañado con la presencia atenta y silenciosa del educador. Se estableció un vínculo que luego, permitió un acercamiento más profundo, a través del tacto respetuoso de la Osteodynamie, se llevaron a cabo las movilizaciones para cada niño. En cada encuentro surgían nuevas pautas para continuar el proceso.

Los beneficios señalados por Bruner pudieron evidenciarse en el trabajo, en diferente grado y en relación a las posibilidades de cada niño. Fue muy acertado brindarles un ambiente para que ellos se sientan libres y con derecho a descubrir desde sus propias motivaciones e impulsos, lo que les interesaba aprender. Esto ayudó que cada madre diera un voto de confianza al trabajo, pues los cambios en su comportamiento que ellas mismas evidenciaban, eran bastante inmediatos.

2.5 LA OSTEODYNAMIE (O.D.)

Es una terapia manual globalista pues considera al ser humano como un todo no fragmentado y no separado del resto de la humanidad y del mundo. Se la lleva a cabo a través de un tacto sutil y profundo y de múltiples movilizaciones óseas, que permiten restablecer las funciones del aparato locomotor. Además, este trabajo se difunde a otros sistemas del cuerpo (muscular, nervioso, circulatorio, linfático, respiratorio, digestivo) y estimula especialmente el sistema de autorregulación propio y el metabolismo del ser humano (homeostasis).

Fue creada en el años 1980 por Noëlle Alföldi, fisioterapeuta francesa, quien trabajó durante más de 8 años con un grupo de fisioterapeutas quienes investigaban sobre los aspectos mecánicos del movimiento del ser humano (de Neufville, 2015). Como resultado de esta indagación, se publicó en 1971 *La coordinación motora* de Suzanne Piret y M.

Madeleine Bézières, base teórica y conceptual de la Osteodynamie, que fue divulgada en diferentes centros médicos, convirtiéndose en un referente importante para el trabajo con niños pluri-discapacitados, desde recién nacidos hasta adolescentes, quienes fueron diagnosticados discapacitados motores o con inmadurez psicomotriz.

La Osteodynamie, tal como la desarrolló N. Alföldi, trabajaba de forma directa sobre los huesos movilizándolos conjuntamente toda la superficie que abarca la mano del practicante sobre la parte del cuerpo elegida. De esta manera y mediante la percepción consciente a través del tacto, se le restituye a la persona su programa, es decir, su memoria motora que tiene millones de años de evolución. Esto permite que la persona pueda integrar en su esquema un nuevo repertorio de movimientos y a futuro, logre servirse de ellos.

A nivel técnico se moviliza a través de tres componentes o acciones: presión, tracción y rotación que se asocian y se combinan entre sí, en un solo gesto (Alföldi, 1985, pág. 4) lo cual genera en la persona el bienestar. Para ilustrar esta noción, se puede citar el siguiente ejemplo vivenciado con una de las niñas con quien se trabajó en esta disertación:

Se apoya la mano derecha en la palma de la mano de la niña, sobre el meta del tercer dedo, la mano izquierda en la cabeza del húmero. Luego, se hace una pausa activa de escucha para sentir el movimiento interno de sus huesos (el cual se asemeja a un lemniscata este ocho ∞ se encuentra en todo el cuerpo pero cada articulación del cuerpo humano los mismo que tiene en su sentido distinto) Se percibe su pulsación, lo cual es una invitación a dar inicio a las llamadas movilizaciones. El movimiento que se efectúa no es algo ajeno a su motricidad, las movilizaciones activan la coordinación motora del cuerpo de la niña de una manera suave y profunda. Se restablecen a nivel neurológico los movimientos propios de dicha coordinación.

A través de la aplicación de la O.D., N. Alföldi cambia su concepción de curar a los pacientes y se dirige a la persona no solamente como enfermo, indispuesto, dañado o

discapacitado, sino como persona. Lo dice de la siguiente manera: “personas lindas, preservadas y prometedoras. Cualquier gesto es lindo cuando es justo, y cualquier gesto justo en sí estructura y repara”. (Alföldi, 1985, pág. 16).

Respecto al dolor, N. Alföldi desarrolla una reflexión importante a lo largo de los años de trabajo con la Osteodynamie. Ella descubre que se puede tocar y movilizar sin provocar dolor afinando y sensibilizando el tacto, convirtiéndolo en un talgo sutil y profundo al mismo tiempo. Es por eso que al trabajar con la técnica de O.D., se asocia bienestar y trabajo profundo permitiendo que el paciente, no sufra durante la sesión para sentirse luego aliviado: “Se siente bien durante la sesión misma y esta sensación de bienestar, o por lo menos de alivio inmediato, le permite acceder a su propia estructura y aceptar el cuestionamiento de esta (Alföldi, 1980, pág. 1).

En esta disertación se tomó en cuenta este principio. No se habla de enfermos, los niños no son casos médicos, sino sujetos con necesidades especiales a las que como educadores, debemos dar respuestas individualizadas. Se asume que en todos los casos, los profesores deben saber qué hacer para que estos niños puedan sentirse mejor. Esto puede darse si son reconocidos en sus necesidades más básicas como el hecho de poder moverse en los espacios a los que asisten.

En este trabajo, se tomó en cuenta fundamentalmente el hecho de que cada niño tiene una forma de movimiento que le es característica, aunque muchas veces sea equivocada y le produzca daño. La idea de la Osteodynamie no es corregir estos patrones adquiridos sino despertar y activar lo que se ha perdido u olvidado troquelando nuevos en el sistema nervioso y las áreas de movimiento, al tocar el cuerpo de manera sensible y muy precisa. Según muchos investigadores, al generar conexiones neurológicas se despierta aquello que no se ha desarrollado, por ejemplo en el caso de niños con problemas motores, como los que se han beneficiado de este trabajo.

En este sentido, Pascal de Neufville uno de los terapeutas formados por Noëlle Alföldi en 1980 en Francia afirma: “La Osteodynamie es una terapia de reestructuración profunda desde la vivencia del placer.

2.5.1 LA OSTEODYNAMIE EN ECUADOR. PASCAL DE NEUFVILLE (2000-2015)

Pascal de Neufville aplica la Osteodynamie en Ecuador desde 1995. Su labor es importante, no sólo por haber profundizado de manera sustancial el aspecto técnico y metodológico gracias a su práctica constante y a sus diversas investigaciones, sino porque se interesa en la Osteodynamie como herramienta de auto regulación y desarrollo humano.

Su práctica se convierte en una ciencia y un arte basados en una relación de escucha y respeto mutuo: “El otro, no es alguien a quien hay que curar, cambiar o mejorar, sino una persona con quien se establece un encuentro, en el cual él o ella conquistan su autonomía, asumiéndose, responsable de sí mismo, sea cual sea su edad, dándose así un proceso de crecimiento personal” (de Neufville, 2000).

De Neufville define la Osteodynamie de la siguiente manera:

Osteo: El sistema óseo representa el interlocutor privilegiado del diálogo que se establece entre el terapeuta y el paciente, porque sostiene y distribuye nuestros músculos, ligamentos y (sobre todo) aponeurosis. Generalmente vivido como el elemento pasivo e inerte de nuestro cuerpo, el esqueleto se hace, en la Osteodynamie, el motor vivo y activo de nuestra organización motora y de su funcionamiento (Alföldi, 1983). Esta técnica utiliza de manera prioritaria el sistema óseo pues al ubicar los huesos reajustando sus ejes, se solicita la alineación de todos los músculos que se insertan ahí, y ellos, a su vez, contribuyen a mantener los huesos en su lugar.

Dynamie: Desde la combinación de los tres movimientos ya mencionados; presión, tracción y rotación, nace la noción de ritmo que juega un papel esencial pues su restablecimiento genera bienestar. Por una parte favorece la toma de conciencia de las percepciones locales y por otra, asegura la difusión del movimiento. Por ejemplo, la acción impresa en el brazo se comunica a la nuca y al tórax e incluso llega hasta la pelvis según la persona. La sensación de que el movimiento se difunde por el cuerpo, es muy placentera, pues despierta la consciencia de tener un cuerpo conectado y armónico.

De esta manera, la O.D. es una terapia psicocorporal, global, manual, no-directiva, de reorganización y de auto-regulación de la persona a partir de movilizaciones profundas y sutiles aplicadas en toda su estructura ósea que es considerada como el canal de la memoria psicomotora de la especie humana (de Neufville, 1998, pág. 10). Además de mejorar con eficiencia los problemas estructurales y funcionales del aparato locomotor y otros sistemas del cuerpo, la Osteodynamie ayuda a recuperar en mayor o menor grado, los ejes óseos, mediante el seguimiento del ritmo o fluido óseo transmitido a través de la forma helicoidal del hueso.

En su práctica a través del contacto físico básico de presión, tracción y rotación, de Neufville, encuentra el llamado punto de escucha que juega un papel fundamental en la técnica de Osteodynamie pues asegura la difusión del movimiento y favorece para que la persona despierte la consciencia de sus percepciones.

Para de Neufville, el nivel más elaborado y la síntesis entre osteo y *dynamie* es lo que se denomina *leading*, “es una posición de equilibrio neurofisiológico que se logra sin ningún esfuerzo en la parte del cuerpo trabajada a través de las maniobras de presión, tracción y rotación, por una duración que varía según la persona” (de Neufville, 1998, pág. 17).

2.5.2 LA COORDINACIÓN MOTORA: BASE CIENTÍFICA DE LA OSTEODYNAMIE

Es importante mencionar los fundamentos científicos de la Osteodynamie pues de ellos se desprenden los principios que guiaron este trabajo en función de la situación particular de cada niño, sus limitaciones motoras y sus dificultades en el aprendizaje como lo mencionan las autoras de esta teoría “Todos los seres humanos hacen los mismos gestos, pero cada uno los hace a su propia manera. Escribir, asir el tenedor, caminar, subir la escalera, o simplemente mantenerse de pie, etc., corresponden tanto a las normas de la especie como al carácter personal. (Piret & Béziers, 1971, pág. 1)

En esta disertación se asume la coordinación motora, como la organización fundamental de los movimientos del cuerpo humano y además, es considerada como la memoria del comportamiento locomotor de la especie humana. En los años 60- 70, Suzanne Piret y Noëlle Alföldi, fisioterapeutas francesas, trabajaron sobre este concepto, junto a un grupo de médicos, neurólogos, pediatras, psicólogos, psicoanalistas, y kinesiterapeutas. De esta manera investigaron a través de la práctica cotidiana, seria y paciente del tratamiento de centenas de niños, niñas y adolescentes, y llegaron a la evidencia de un movimiento que consideran movimiento fundamental, “...éste existe independiente del psiquismo humano, funciona en relación y paralelamente a sí mismo y sintetiza la memoria dinámica del movimiento, desde la aparición de la vida dentro del agua” (Piret & Béziers, 1971, pág. 45)

A partir de sus investigaciones, S. Piret llega a la conclusión de que el movimiento fundamental de la especie humana despliega su motricidad en las unidades de coordinación de los miembros inferior (piernas- cadera) y superior (brazos-cintura escapular) que a su vez están en resonancia con las cúpulas de la pelvis y del cráneo dentro de una dinámica admirable alrededor del ritmo, flujo / reflujo, único y propio de cada ser. Este ritmo se denomina **lemniscata**, se da en forma de ocho y es captado por el terapeuta o practicante a través del tacto.

Según los estudios realizados por S. Piret, en los primeros hombres la motricidad estaba vinculada a la búsqueda de la comida, a la percepción de los peligros, a la necesidad de comunicarse con el otro, a la elaboración de las primeras herramientas y joyas artesanales o rituales. Para ella y otros estudiosos de la psicomotricidad como Marie-Madeleine Béziers, Iva Hunsinger y Elsa Gindaler, la coordinación motora se desarrolló muy progresivamente sobre millones de años, a través de la verticalización (bipedestación) de los miembros inferiores, el enderezamiento de la columna vertebral, el enrollamiento de la pelvis y del cráneo y sobre el descenso del hueso hioides y de la laringe que liberó el espacio de la faringe, facilitando la emisión de las vocales con sus armónicos correspondientes y la formación del lenguaje (Béziers, 1997)

Para M. Béziers, especialista en psicomotricidad del bebé, se puede observar la misma evolución en el bebé, no sobre millones de años sino sobre 2 años de su gestación, su nacimiento, su gateo, hasta que puede caminar y articular sus primeros sonidos y palabras en relación con el otro y con su entorno (Béziers, 1997, pág. 11). Es esencial que la motricidad se organice lo más correctamente posible pues determina e influencia todo el comportamiento del niño. “Desde el nacimiento del bebé, favorecemos el desarrollo de su motricidad, respetando, a través de nuestros gestos, la organización fundamental de sus movimientos” (Béziers, 1997, pág. 10).

Una función motora bien coordinada es fuente de equilibrio y de bien-estar. Es la estructura de base que permite a las demás funciones corporales desarrollarse bien y asegura una armonía. El bebé que se siente bien en su propio cuerpo descubre con placer el mundo exterior. En el niño, la motricidad es el soporte de la relación, se desarrolla de manera paralela a la personalidad. Cada gesto no es vivido de manera mecánica, el movimiento le aporta diferentes sensaciones motoras, orgánicas, sensoriales, afectivas.

El niño se acurruca sobre las rodillas, el adulto lo rodea con sus brazos, tomando su forma redondeada; es el medio básico de la relación. El niño minusválido que no sabe instalarse sobre las rodillas no sabe qué hacer para participar en un gesto común, para entrar en relación. (Piret & Béziers, 1971, pág. 173)

Los primeros movimientos son reflejos (de prensión, de marcha, de moro, de paracaídas, de nado, entre otros), ejecutados por músculos definidos que se encadenan unos a otros para describir un movimiento preciso que se organiza en esquemas motores y modelos de coordinación. De esta manera la coordinación motora estructura el cuerpo gracias a músculos conductores que propagan el movimiento de la cabeza a las manos, de la cabeza a la cadera y a los pies, uniendo así el cuerpo en un todo funcional. De hecho, es todo el cuerpo el que participa en un movimiento.

La mecánica de la coordinación está organizada en función de las tres dimensiones del espacio. El movimiento bien coordinado da al bebé una impronta de imágenes de líneas, de volúmenes, de distancias. Cada parte del cuerpo, cada articulación, juega un rol definido en la imagen del cuerpo. Por lo tanto, en su punto de partida, el niño posee una noción interior, motora, del espacio y del tiempo y desde allí va a explorar el espacio exterior. El niño que tiene una buena coordinación estará bien consigo mismo, en la relación con su madre y con el mundo exterior. Por ello, Piret y Béziers afirman que la coordinación motora es el lazo entre la psiquis y la motricidad (1997, pág. 12)

2.5.3 LA IMPORTANCIA DEL MOVIMIENTO

Para los autores antes mencionados, el hombre nace biológicamente inacabado, por lo que debe hacerse a sí mismo, desarrollarse y decidir su propia vida (Béziers, 1997, pág. 10) El niño se construye sólo aunque necesite para ello a las demás personas. "El movimiento es el medio esencial para llevar a cabo este proceso de maduración en los primeros años de la vida. Si al niño desde que nace le imposibilitáramos moverse por

completo y desarrollar sus propias experiencias sensoriales, su cuerpo, cerebro, psiquis y personalidad, no llegarían a formarse. Sus órganos sensoriales se atrofiarían, y sus funciones mentales no florecerían jamás” (LAPIERRE & AUCOUTURIER, 1985, pág. 45)

La estructura corporal humana está preparada genéticamente al nacer para poder desplazarse en la posición erguida, utilizar las manos como herramientas, hablar, ser inteligente y construir, pero esto es únicamente una posibilidad potencial que el movimiento convierte en realidad. Para llegar a convertirse en un ser humano íntegro, el niño, en compañía del adulto, investiga y desarrolla desde que nacen todas las posibilidades sensoriales y motrices.

Cada niño recorre varias etapas de desarrollo, que se asemejan a las que convirtieron al animal en hombre. Es decir, primero en el útero el niño ya vivió en un medio acuático, después del nacimiento aprenderá a mover y levantar su cabeza apoyándose en sus manos con el consiguiente fortalecimiento de la columna cervico-dorsal que rememora la liberación de la cabeza en los reptiles. Tras una etapa de movimientos impulsivos y descoordinados de brazos y piernas, aprenderá a darse la vuelta y se desplazará reptando. Este proceso es imprescindible para fortalecer su columna, brazos y piernas, e ir conformando su musculatura y su coordinación, que le posibilitará desplazarse a cuatro patas y sentarse. La sedentación verticaliza la columna y fortalece la musculatura profunda además de favorecer la utilización de las manos en una investigación exhaustiva del entorno próximo, que favorece el desarrollo de la coordinación óculo-manual. Agarrándose a los objetos conseguirá ponerse en pie y comenzará a desplazarse. Este es un proceso de adaptación a la gravedad, de afinamiento sensorial y motriz, de fortalecimiento y de coordinación en el cual se va definiendo la estructura corporal óseo-muscular-articular, adquiriendo las características propias y personales. Aunque el objetivo sea igual para todos: llegar a desplazarse; sin embargo, la forma y el resultado será distinto para cada uno y por lo tanto será también distinta la estructura corporal que resulte en cada individuo.

2.5.4 PEDAGOGÍA Y OSTEODINAMIE

La Osteodynamie procede de un campo terapéutico y más adelante se ubica en la intersección de diferentes caminos de investigación y búsqueda. Actualmente, por su práctica, es simultáneamente un acto terapéutico y un acto educativo. Es la decisión de cada educador orientarlo más hacia una u otra de estas tendencias según las necesidades de los niños y también según su camino personal.

La Osteodynamie puede responder tanto a la demanda de los pacientes que vienen porque sufren como a aquella de los bailarines, los deportistas, etc. que desean mejorar la calidad de sus gestos. Y también a personas sin etiquetas particulares que piensan sencillamente profundizar su autoconocimiento, andar bien y sentirse mejor (de Neufville, Nuevos enfoques de la Osteodynamie, 2015, pág. 23)

Se debe tomar en cuenta, que las personas vienen a “hacerse curar”, pero también aprenden a luchar por sí mismos contra lo que ya existe, a prevenir la aparición de otros daños, a hacerse cargo de su proceso, a tomar consciencia de lo que produce el problema. De esta manera, la Osteodynamie, favorece un proceso de enseñanza-aprendizaje desde la estructura interna del niño y por lo tanto, es fundamental que sus padres logren una comprensión de esta realidad. No se trata de curar, enderezar, obligar a mejorar, sino de despertar las conexiones neurológicas que le permitan al niño recuperar su capacidad de desarrollo psicomotor, cognitivo y psicoafectivo.

3 CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación:

Esta investigación es de tipo cuasi experimental cualitativo de orden práctico. Aplicará la terapia manual de Osteodynamie a un grupo de niños con diferentes discapacidades.

3.2 Tipo de estudio:

Estudio de caso de cuatro niños con necesidades especiales.

3.3 Pregunta de investigación:

¿Puede la Osteodynamie mejorar la calidad de vida socio-afectiva y psicomotora en niños con discapacidades diferentes?

3.4 Criterio de inclusión:

Niños con diferentes discapacidades quienes asistían al CIPI.

3.5 Tipo de intervención:

El programa comprendió una reunión inicial con cada madre para recoger datos sobre la historia personal de su hijo. Se llevaron a cabo 80 ciclos de diez sesiones de una hora para cada niño, una vez por semana y un encuentro mensual con los cuatro niños reunidos en la sala grande para realizar juegos motores en un ambiente relajado. Además, hubo una reunión con los padres y abuelos cuando lo ameritaba. En las sesiones individuales se aplicó las movilizaciones de la O.D., en base a las necesidades particulares de cada niño.

3.6 Instrumentos de recolección de información:

Videos y cuaderno anecdotario

3.7 Método:

En la Osteodynamie existen varios aspectos que se toman en cuenta al iniciar un proceso: la entrevista, el diagnóstico y la planificación de las movilizaciones. Los elementos fundamentales de la técnica son:

3.7.1 Los almohadones:

Su función es brindar comodidad y bienestar al cuerpo de la persona, además de absorber ciertas tensiones y crispaciones ya sea por su afección o por la posición en la que se encuentra, sea boca arriba-bajo, o acostado de lado, las mismas que desaparecen durante la sesión o bien no, pero se tornan conscientes integrándose al sistema psicomotor de la persona, predisponiéndola así con una actitud de apertura para recibir las movilizaciones. De igual manera los almohadones permiten al terapeuta tener una mejor maniobrabilidad del cuerpo de la persona sea en la camilla o en el piso, siendo estos dos elementos los únicos que usa la Osteodynamie para su trabajo.

3.7.2 La mano de la Osteodynamie:

No es una mano que agarra con el puño, es una mano que envuelve con la palma. El contacto de la mano del practicante de O.D debe ser cálida, flexible, firme, siendo estas cualidades las que proveen de una sutileza de percepción para captar el estado de los tejidos, además de estas cualidades, la práctica de la Osteodynamie añade otras dos: la mano adhiere y se desliza al mismo tiempo. Esto permite modular los puntos de presión de las manos con una firmeza extrema y considerable fuerza. Mediante estas dos acciones aparentemente contradictorias, pero en relación mutua, la una con la otra, se puede distribuir los dedos de las manos, como si fueran rayos de sol, la fuerza acumulada en la palma de las manos, se organiza en forma de "cúpula". De esta manera, la mano como continuidad de todo el cuerpo se vuelve a la vez receptora y emisora, percibiendo la energía bloqueada que esta inutilizada y liberándola, como un catalizador.

3.6.3 Las posiciones del cuerpo del educador:

El arte y la manera de utilizar su cuerpo: El cuerpo entero del educador se moviliza en el espacio, tomando uno o varios puntos de contacto (codo pies, cadera, muslos, rodillas, antebrazos y muñecas) con el cuerpo de la persona. Estos puntos varían de acuerdo a la posición que se encuentre el sujeto al momento de recibir las movilizaciones. El objeto de estos puntos de contacto según Alföldi (1985), es permitir una mejor receptividad y una mayor transmisión.

3.8 Descripción de sujetos:

Fuentes: secundarios-historias clínicas

Datos proporcionados por las madres y confirmados, en los casos posibles, por sus historias clínicas, teniendo en cuenta el contexto de confiabilidad de los mismos.

3.8.1 Niño 1: K

Datos de identificación: Nació en Quito-San Blas el 18 de octubre del 2003. Tiene 11 años de edad cronológica y 8 años de edad mental. Tiene un hermano de 3 años de diferente padre. Su madre M. A..., de 29 años de edad, tiene instrucción primaria y su ocupación es “empleada doméstica”. K está en 4to grado de educación básica en el “Instituto de Discapacidad Motriz INSFIDIM”, lugar al que ha asistido desde el inicio de su educación escolar.

El motivo de la consulta: K recibió estimulación temprana los dos primeros años. Le diagnosticaron microcefalia. Su madre buscó una orientación para apoyarlo pues no sabía realmente cómo debe tratarlo aunque acepta su discapacidad. Ella lo dice así: “Ya no pienso en que debo luchar para que él sea normal, pero quiero que sea independiente, que no dependa de nadie”. K volvió a terapia en la PUCE por problemas de columna, vista y mal rendimiento escolar.

Su condición de vida: Clase media baja. Vive una “media agua” propia con 3 habitaciones: un baño, una cocina, una sala-comedor. Cuenta con un espacio de recreación y está cerca de un parque. Tiene agua y luz.

Relación con los padres: Su madre vive en unión libre con el padre de su hermano menor de cinco años de edad y tiene una relación muy afectiva y atenta con los dos hijos. K tiene una relación buena con su hermanito quien acepta la limitación de K y lo cuida. “Siempre llora cuando K se pierde”. El padre adoptivo de K tiene una relación buena con él pero es un tanto lejano e indiferente ante su discapacidad. La madre dice su pareja no logra entender por qué tiene que llevar siempre a K al médico.

Desde el punto de vista de su desarrollo: M. A. tenía 18 años cuando nació K, no recuerda qué edad tenía el padre. Durante el embarazo tuvo controles médicos cada 2 meses.

Acerca de las enfermedades de la familia: No hay casos de epilepsia, alcoholismo, retardos mentales. Existen problemas de retardo mental en un tío no conocido. La madre presenta un cuadro de diabetes desde el embarazo de su segundo hijo.

Desarrollo

Período prenatal: durante el embarazo la madre no supo que estaba embarazada hasta los 5 meses. Tuvo hemorragias y varicela. No ingirió alcohol, no fumó, no se drogó. Tomó vitaminas. Su alimentación fue buena.

Periodo natal: El niño nació a las 34 semanas de gestación en el Hospital Pablo Arturo Suarez a los 8 meses de gestación por preclamsia de la madre. Tuvo que mentir que el embarazo estaba a término pues no lo querían recibir. Fue un parto normal.

Período post-natal: Al nacer pesó 3 libras y midió 45 cm y estaba rojo. No recuerda el perímetro cefálico ni torácico. Estuvo en incubadora durante 15 días por falta de maduración de los pulmones. Su madre no le dio de lactar pues él no sabía succionar.

Tomó leche de fórmula. Aceptó el alimento molido a los nueve meses. Tuvo neumonía con fiebres muy altas al año. No presentó problemas auditivos pero sí visuales. Tomó un medicamento para la migraña durante 2 años. Para la madre los primeros meses después del nacimiento fueron muy duros, sufrió depresión y angustia.

Desarrollo del niño

Motricidad: Sostuvo la cabeza al año. No se sentó por sí mismo hasta los 8 meses. Se paró y caminó a los 2 años. Hasta los cinco años, no se orientaba en el espacio.

Lenguaje: Comenzó a emitir sonidos a los 2 años y desarrolló el lenguaje con más seguridad a los 4 años.

Alimentación: Dejó el biberón al año y medio.

Cognoscitivo: Comenzó a garabatear a los 4 años.

Hábitos: K se come las uñas, nunca se ha chupado el dedo. Mete sus manos debajo de la camiseta. Duerme bien. No tiene temores nocturnos, sonambulismo ni insomnio. Actualmente duerme solo pero ha vuelto a orinarse en la noche.

Aseo: Controló esfínteres a los 3 años. Se lavó la cara y las manos a los 4 años. Se lavó los dientes a los 6 años. Se vistió y desvistió solo a los 6 años. Se bañó y se peinó solo a los 11 años. Comenzó la Osteodynamie a los 11 años.

Juegos preferidos: Le gusta mucho saltar y correr. Sus juguetes preferidos son los carros, muñecos, pelotas. Sí ordena los juguetes. No tiene muchos juegos representativos. Sus personajes preferidos son el policía y los ladrones y él le gusta ser policía. Le atraen las fiestas.

3.8.2 Niño 2 J

Datos de identificación: J tiene 3 años de edad cuando acude a la PUCE y comienza las sesiones de Osteodynamie a los 3 años.

Motivo de la consulta: La madre quiere saber cómo apoyar a su hijo pues tiene dificultad para caminar

Condición de vida

La condición económica es media. El tipo de vivienda donde habitan es casa propia con los servicios básicos y con un área de recreación.

Relaciones Familiares

Los padres viven juntos. La relación entre las dos familias no es muy buena, tienen diferentes criterios sobre la crianza del niño.

¿Cómo es la relación con el chico?

El padre vive constantemente preocupado por el hijo, siempre está comprando cosas para llenar vacíos y se enoja cuando la madre le pone límites. Con la madre la relación es más difícil que con el padre ya que ella pasa la mayoría de tiempo con él.

Desarrollo

Datos pre natales: la madre quedó embarazada a los 16 años. Fue un embarazo no planificado, y presentó problemas de infección urinaria durante la gestación por lo que tomó antibióticos de manera casi regular. El padre tenía 23 años al nacimiento del niño.

Periodo natal: La gestación fue prematura con 34 semanas, el niño pasó 8 días en termo cuna, con fototerapia por 8 días adicionales. Le prescribieron medicamentos para apoyar a la maduración de los pulmones.

Período posnatal: El niño pesó 2435 grs al nacer, la talla fue de 43cm. Tuvo la bilirrubina alta.

Desarrollo del niño

Motricidad: control cefálico: 3 meses, sedestación; 1 año, gateo al año 4 meses, dio sus primeros pasos al año 8 meses. Todavía no caminar de forma independiente.

Lenguaje: a los 2 años adquirió un vocabulario de 10 palabras aproximadamente. Actualmente su habilidad de expresión oral es limitada. Mira selectivamente imágenes y comprende los elementos que le señalan; nombra y señala dibujos sencillos.

Cognoscitivo: A los 3 años logra obedecer órdenes sencillas, mantiene atención en los juegos que elige por propia voluntad. Reconoce imágenes cotidianas. Construye torres, guarda los materiales que ha usado, realiza garabatos espontáneos, guarda bolitas en una botella, apila bloques.

Alimentación: Dejó de lactar al año 6 meses, tiene una dieta muy estricta en frutos secos y comidas naturales; tiene restringido los alimentos con conservantes.

Aseo: hasta los 3 años no controla esfínteres, usa pañal día y noche. Aprendió a lavarse manos y cara solo a los 5 años, al igual que los dientes. Por su condición física no puede bañarse solo, no le gusta peinarse y gracias a la visita de una persona del MIES, inició un proceso de vestirse y desvestirse solo.

Juegos: sus juegos preferidos son: armar rompecabezas, jugar con billetes didácticos, plastilina, y el rol de padre con sus peluches. Sus juguetes preferidos son los rompecabezas y los carritos. Prefiere jugar acompañado, es ordenado con sus juguetes, le gusta dramatizar en la escuela, su personaje preferido es el vaquero, no le gustan las fiestas.

Actividades: durante el tiempo libre: Juega con su padre y en las mañanas da de comer a los peces. Mira televisión.

Diagnóstico médico: Triparsia espástica derecha secundaria a leucomalacia periventricular, secundaria a Encefalopatía hipóxico isquémica del prematuro.

3.8.3 Niño 3: M

Datos de identificación: Nació en Maldonado (Carchi) en noviembre 2010. Hija de madre soltera a los 18 años de edad. Vivió con sus abuelos maternos en Montalvo-Maldonado hasta los 2 años. Aparentemente todo fue normal, a los 9 meses acude a estimulación temprana, porque no sostenía la cabeza. El neurólogo diagnostica parálisis cerebral. Actualmente conviven su padre y su madre, quienes evaden hablar entre sí, sobre el estado actual y futuro de M.

La niña tiene un tono muscular variable, con predominio de espasticidad. A los 3 años inicia sus sesiones de O.D. En una valoración que se hace en Fisioterapia de la PUCE, se concluye que el origen del problema fue una hiperbilirrubinemia (aumento muy grande de la bilirrubina).

Hasta el momento no hay control cefálico, ni sedestación. Inicialmente lloraba durante toda la sesión. Luego empezó a colaborar y en cierto modo “disfrutaba” de las movilizaciones.

3.8.4 Niño 4: Mt

Datos de identificación: M nació en Quito, el 19 de diciembre del 2006 a las 7:30 am. Tiene una edad cronológica de 11 años y mental, de 3 años.

Motivo de la consulta: Su madre busca apoyo pues la relación con su hijo es muy difícil para ella.

Condición de vida: La condición económica es media. El tipo de vivienda es una casa propia con los servicios básicos y con un área de recreación.

Relaciones Familiares: La madre es ingeniera química, el padre chofer de camión. Los gastos de Mt los solventa la madre, quien dejó de trabajar hace unos meses por los problemas del niño

El padre no pone límites, función al mismo nivel que sus hijos. El hermano mayor presenta problemas de conducta que en muchos casos son iguales de MT.

Desarrollo. A pesar del diagnóstico estubo dentro de lo normal excepto en lenguaje.

Motricidad: Es un niño muy activo, lanza las cosas con mucha fuerza, siempre está corriendo, no termina una actividad antes de comenzar otra. Su motricidad fina es precaria.

Lenguaje: es muy reducido a 10 palabras. No construye oraciones simples y generalmente habla con diminutivos, (agüita y mateito), grita cuando habla. Los familiares comprenden su comunicación, a pesar de recibir terapia de lenguaje desde los 18 meses.

Cognoscitivo: tiene una edad mental de un niño de tres años.

Alimentación: es normal como el de cualquier niño de su edad cronológica (11)

Aseo: necesitá ayuda para ciertas cosas todavía.

Juegos: le gusta correr, cuando juega no tiene el sentido del peligro, por lo cual hay que estar muy pendientes de él.

Mt tiene muchos problemas de conducta debido a sus dificultades de comunicación. Si nadie le puede entender, es lógico que se frustre y se enoje.

Diagnóstico médico: de acuerdo con los resultados de tres resonancias magnéticas, tiene el 90% de su cerebro calcificado desde los 6 meses de edad, posiblemente debido a una toxoplasmosis congénita y como consecuencia tiene una microcefalia.

4 CAPÍTULO IV: TRABAJO DE CAMPO

4.1 Descripción del proceso de K

4.1.1 Antecedentes

K tenía 9 años y medio de edad cuando empezó el proceso con la O.D. Los motivos de la consulta fueron varios: pérdida progresiva de su visión, intensos dolores de cabeza causados por la migraña lo que generó que golpeará su cráneo contra la pared o sobre el cuerpo de su hermano menor. Para su mamá, la situación más preocupante era su bajo rendimiento escolar.

4.1.2 Primera etapa

Entrevista y primera observación

En la primera entrevista se le explicó a la madre la forma de trabajar de la Osteodynamie y lo que se podría esperar en relación con la situación particular de su hijo. Ella mencionó algunos aspectos de la vida de K desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista. K escuchó en profundo silencio y sin moverse. Luego se pasó con él a la camilla para realizar la sesión de diagnóstico. El niño se quedó quieto durante los 30 minutos, recibiendo las movilizaciones. Se pudo observar que tenía pies planos, una pequeña escoliosis dorsal y tensión muscular en los brazos y cabeza. Aceptó muy bien las movilizaciones, cuando se le preguntaba si alguno de los movimientos le producía dolor, no respondía. La madre se fue muy contenta con la forma de trabajar de la Osteodynamie. En la siguiente sesión se pudo observar que K llegaba con mucho entusiasmo y curiosidad. Se le preguntó a la madre como había pasado su hijo durante el resto de la semana y ella manifestó que le había sentido más tranquilo.

4.1.3 Análisis del proceso

A lo largo del primer ciclo se pudo notar el estado de preocupación de la madre de K, respecto a su hijo, y al mismo tiempo desconfianza sobre este nuevo proceso.

Necesitaba absoluta seguridad de que los resultados serían positivos. Pese a su inseguridad, aceptó el reto, pues gran parte de su vida y la de su hijo era el probar nuevas terapias, con el anhelo de encontrar respuestas a su situación de vida, y de mejoras a su motricidad para evitar que K se degradara más a nivel físico y emocional. Este mismo sentir se pudo percibir en K, se entregó con obediencia. En cada sesión se daba la misma una rutina al llegar: su madre le retiraba los zapatos, luego se subía a la camilla y recibía las movilizaciones. Cuando se le preguntaba si sentía algún dolor o molestia, respondía que no, aunque en su cuerpo se veía lo contrario, sobre todo cuando se le tocaba la espalda, el cuello y los brazos, tenía una reacción inmediata; retiraba el contacto de las manos del educador con movimientos bruscos.

Se podría decir que K se comportaba como un “buen niño”, ya que aceptaba sin cuestionar la técnica aunque no fuera de su agrado. Se pudo observar entonces que se comportaba de manera pasiva, seguía órdenes y aceptaba los deseos de las demás personas, sobre todo de su madre. En este primer ciclo, no manifestaba en ningún momento de la sesión, aquello que él quisiera o lo que pudiera disgustarle. Por eso, lo fundamental fue que darle a K la posibilidad de ser un niño capaz de asumir las decisiones propias y las responsabilidades acordes a su edad. Se le comunicó a la madre este sentir sobre su hijo, para conocer cómo era su vivencia. Ella expresó que a K nunca se lo podía dejar solo. Cuando iban por la calle tenía que sujetarlo fuertemente de la mano para que no saliera corriendo y se perdiera. Esto ya había sucedido. Inclusive, saliendo de la escuela, no encontraba siempre el lugar donde estaba su transporte; otras veces, caminando con su madre y hermano, se adelantaba y de repente se sentía perdido, entraba en pánico y todos sufrían mucho, inclusive su hermano menor quien tendía a cuidarlo siempre y jugaba el rol de hermano mayor. Así mismo, como su visión iba deteriorándose, confundía mucho las cosas o las perdía, por eso la madre no le daba las llaves de la casa.

En el segundo ciclo de sesiones, el hermano menor que llegaba siempre con la madre pues ella no tenía donde dejarlo en ese horario, pidió que se le permitiera entrar al mismo tiempo que la madre a la sesión de K. El trabajo se tornó difícil pues el niño jugando generaba interferencia e interrumpía en repetidas ocasiones. Al poner un límite se les solicitó que dejaran la sala de trabajo. Esta nueva situación de encontrarse sólo fue para K muy conveniente, se relajó y se entregó con más agrado a la sesión. Se trabajó mucho con las movilizaciones básicas de los pies, las rodillas e intercostales. Además interactuó con más libertad con el educador. Se tornó evidente que sería muy necesario que su madre dejara de estar presente durante la sesión.

Al respecto se propuso un diálogo con la madre, para comunicar esta necesidad que se observaba en K. Para ella fue muy difícil aceptar esta propuesta pues sentía mucha inseguridad de dejar a su hijo solo en cualquier espacio. Fue muy valioso tocar este tema ya que ella pudo manifestar su miedo y su desconfianza que partía desde el mismo origen de la vida del niño pues su concepción tenía un punto de partida de violencia al haber sido abusada por su pareja.

En el siguiente encuentro se pudo notar a la madre resistente a la idea de dejar solo a su hijo, y a él nervioso por estar sin su madre. En esta ocasión, reaccionó de una manera diferente en relación al espacio: miraba todo a su alrededor, a la espera de que el adulto le invitara a jugar con los materiales. Sin embargo cuando se le preguntó si quería jugar o trabajar, respondía que trabajar. Pero esto lo hacía por disciplina, más no por decisión propia. Se trabajó nuevamente movilizaciones básicas, esta vez se intentó ver cómo podía tocar las zonas anteriormente mencionadas que le generaban tensión. Pero no se logró nada. Al mismo tiempo se pudo constatar que para K su forma de decir no era hacer un ademán de mordedura, o cuando le molestaba una movilización, se reía retraía su cuerpo o bien contraía la parte del cuerpo que se le tocaba. Este descubrimiento sirvió para encontrar una nueva forma de comunicación con él, se aprovechaban sus reacciones como juego y al mismo tiempo se le daba un significado verbal. Cuando quería morder,

se le reflejaba “me quieres morder” o si le dolía; “esto te duele”, pero negaba con su cabecita. Después de la este encuentro se le comunicó a la madre que su hijo había estado más libre en el movimiento y que continuar solo con él le ayudaría mucho. La madre no lo asumió de la mejor forma dada su historia de vida.

El ritual con K se lo construyó a través del juego: la rigidez de su cuerpo al acostarse no permitía que la pulsación se difundiera realmente, sino que se quedara en la zona que se le tocaba, al hacer las movilizaciones. Como no entendía el concepto de relajar la parte de su cuerpo que se le pedía, se optó por hacerlo a través del juego. Esto dio una relación de confianza y de apertura en el niño y, poco a poco, se consiguió mediante preguntas y respuestas que la comunicación se abriera. K no tenía una buena vocalización, lo que hacía difícil entenderle lo que verbalizaba. Esta realidad fue muy tomada en cuenta, y se llevó a cabo un trabajo muy importante a través de juegos de adivinanzas y de fraseo: él decía algo, como no se le comprendía, se expresaba otra cosa, lo cual él negaba con su cuerpo. El educador inventaba una historia que él no había dicho obligándole a K a desmentirla. K reía mucho de lo que el adulto había entendido, hacía valer su palabra y lo que mencionaba verbalmente: era el adulto el que estaba equivocado. Esto generó en los dos una complicidad muy grande y, gracias a este ambiente, las movilizaciones se daban con más serenidad y mayor alcance. Además, este contacto le permitía soltar la angustia de lo que para él habían significado las terapias, casi siempre momentos de estrés y de mucha insatisfacción.

Al encontrar esta manera adecuada de relacionarse con K se le sugirió a la madre algunas medidas que podrían ser adecuadas cuando se presentaran sus dolores de cabeza: acogerlo con su cuerpo, rodeándolo con sus brazos y verbalizando lo que vivía. Igualmente se le planteó la necesidad de poner un límite cuando K se golpeaba, es decir, impedirle que lo hiciera con la finalidad y la esperanza de que K encontrara otro camino para descargar la tensión y la violencia. A ella esto le pareció muy difícil ya que nunca se

había relacionado de esta manera con él. Pero lo intentó y pudo lograrlo, un buen día los dolores de cabeza desaparecieron para siempre.

Aunque pareciera que K no mejoraba en ningún aspecto, un día llegó muy contento a contar que había corrido en las *Olimpiada de la discapacidad* representando a su escuela a nivel provincial. Quedo en segundo lugar, triunfo que incremento la confianza en sí mismo, en sus actos, sus decisiones y en los posibles alcances que estos pudieran tener. Esta circunstancia permitió a su madre ver a su hijo con otros ojos. Fue el momento adecuado para sugerirle la importancia de que ella también emprendiera un trabajo personal para sí misma y para mejorar la calidad de vida con sus hijos y pareja. Ella aceptó con felicidad y entusiasmo. Gracias a su trabajo personal, pudo manifestar en detalle todas las dificultades de su historia, la vida difícil con su madre y el nivel extremo de pobreza y exigencia en el que había crecido. Además había sido víctima de varios abusos físicos y sexuales. La posibilidad de verbalizar toda esta realidad, le dio un espacio interno de mayor solvencia emocional, le ayudó a tener más consciencia de sus posibilidades como persona y como madre.

4.1.4 La presencia del padre

En el transcurso del primer ciclo, mientras se le hacía las movilizaciones para la columna, los trapecios y costillas, se pudo percibir la falta de una presencia paterna. En diálogos con la madre se conoció la historia de su concepción y nacimiento y se supo que K no había conocido a su padre quien desapareció sin conocer de su existencia. Además la relación con su padrastro no era muy buena, en varias ocasiones K le había preguntado si pudiera llamar papá. Él le respondía que sí con indiferencia. La confianza de la madre ante su pareja no era buena. Ella evita dejar a sus hijos con él, cuando debía salir algún lugar, porque según ella, no podía confiar en él y en algunos de sus comportamientos, como el que, en varias ocasiones, se hubiera acabado la comida de toda la familia, dejando a los pequeños sin almuerzo. En otros momentos se había llevado a su trabajo toda la comida que ella preparaba para ellos, dejándolos nuevamente sin alimentarse.

4.1.5 La relación con su hermano menor

Su hermanito S tenía 5 años. Al principio vivía preocupado de lo que le podría suceder a K, en las terapias pues su experiencia era que su hermano K, sufría mucho. Pero poco a poco fue constatando que cuando K venía al CIPI para recibir las sesiones de Osteodynamie se divertía y salía bien. Generó en él un estado de envidia y de celos, porque K se lo pasaba muy bien en sus sesiones. Una frase que siempre decía al llegar al espacio: “es que al K siempre le hacen jugar con los juguetes y a mí no, yo tengo que esperar”. Esta realidad se acentuó aún más cuando su madre empezó su proceso pues S se debía quedar esperando a su madre y a su hermano. Se tomó en cuenta esta situación y cada semana cuando S llegaba para la terapia de su hermano, se le brindaba también a él un espacio de juego preparado especialmente. Esto le permitió sentirse reconocido en sus necesidades como persona.

4.1.6 Resultados del proceso

A medida que avanzaba el proceso con K, se observaron cambios sustanciales en su comportamiento: pasó de ser un chico receloso, tímido e inseguro, a ser más seguro, operativo, comunicativo. Su rendimiento académico mejoraba significativamente así como su capacidad de comunicación. Cabe mencionar que su dificultad en la comunicación no se debía a que tuviera deficiencia de lenguaje hablar sino a su inseguridad para abrirse a contar sus miedos, sus dolores, sus preocupaciones, deseos y sus alegrías. Tenía miedo de las represalias, los castigos o consecuencias que estaban en su imaginario y no podía mencionar. En la vida de K era recurrente el bajo rendimiento escolar, o volver a orinarse en la cama por la noche, incluso la agresividad contra su hermano menor. Estas conductas autodestructivas tenían un trasfondo emocional importante para él. Uno de ellos fue el cambio de una profesora con quien tenía un vínculo muy especial. El no poder contar su dolor o tristeza que este cambio le producía, hizo que bajara el rendimiento académico. Las notas escolares era un tema importante para la madre quien se preocupaba mucho y se entristecía cuando no sacaba buenas notas, lo que no pasaba

cuando se empezaba a orinar en la cama. Otra situación similar se dio cuando su mejor amiga murió, dejándolo devastado y silencioso. En su escuela los llevaron al velorio y a despedirse, cuando llegó a la sesión su madre comunicó que otra vez se había empezado a orinar en la cama, pero no sabía por qué. Al notar que K estaba triste no se le preguntó nada al principio sobre lo que le pasaba, se le hizo las movilizaciones básicas. Cuando su cuerpo estuvo más relajado, se le reflejó su tristeza. En ese ambiente de silencio, él pudo comunicar que su mejor amiga había muerto. Acto seguido empezó a soltar varias lágrimas. Se le acompañó en silencio sin tratar de consolarlo o justificar el hecho en sí. El estar presente en ese instante ante su dolor le permitió asimilar la situación y su realidad, logrando comunicar todo lo que significaba la muerte de su mejor amiga. Asimismo ocurrió cuando le cambiaron el profesor. El que el adulto esté presente ante él sin ninguna intención de consolarlo o juzgar, permitió crear en K una referencia nueva, dejó de tener temor de ser juzgado y castigado por sus vivencias, emociones, limitaciones, temores, angustias, en otras palabras, sentir y manifestar sus sentimientos dejó de ser un peligro para él.

Cuando se le comunicaba a la madre acerca del proceso de su hijo se mostraba muy emocionada. Se le sugirió a la madre que tratara de estar presente y de comunicar lo que le pasaba a ella cuando lo veía sufriendo o lo que le causaba su bajo rendimiento. Como ella había tenido un proceso de apoyo, podía entender lo que se le estaba diciendo y tenía una actitud interna de recibirse y recibir en su realidad. Esta dinámica generó en los dos una confianza muy fuerte pues ella podía asumir su miedo ante el futuro de su hijo y él se abría cada vez más a vivir su propia vida, descubrir sus dones, conectar sus deseos y su fuerza, es decir, vivir un proceso de vida para realizarse como persona.

Con este proceso, al ver el progreso significativo en la escuela en el ámbito académico y relacional, amigos, hermano, madre, K deseó empezar una terapia de lenguaje con otra terapeuta, en el mismo espacio que recibía sus sesiones de Osteodynamie, con el objetivo de reforzar las falencias cognoscitivas. Esta situación creó al inicio en él una

confusión pues no lograba diferenciar su terapia de lenguaje y el trabajo que estaba dándose con el educador y la Osteodynamie, porque cuando llegaba quería jugar o hacer lo mismo que había hecho con la terapeuta de lenguaje. Esta circunstancia abrió una reflexión muy valiosa sobre lo que significa para un educador la relación afectiva con sus educandos, cuánto toca y atraviesa en cada educador lo que cada niño vive tanto en las dificultades como en los logros. De alguna manera se quiere ser el único gestor de sus logros. Sin embargo, en todo proceso educativo se da una interacción entre muchos actores responsables, sobre todo cuando se considera y se asume la educación como un acto holístico y sistémico. De esta manera, así como se le pidió a la madre reconocer lo que generaba en ella el fracaso de su hijo, el educador tuvo que hacer espacio interior para recibir la dificultad de no ser el único responsable de K y seguir relacionándose con K con respeto y límites.

Esto replanteó la dinámica de trabajo mantenida hasta ese momento para escuchar las propuestas o iniciativas que nacían de él mismo. Ya no era un niño al cual se ponía en la camilla para recibir sesiones por deseo de la madre. Él era el que pautaba el tipo de relación que quería entablar. Por decir, si había usado en la terapia de lenguaje un material que le había gustado lo volvía a usar en la sesión siguiente de Osteodynamie. Se le acompañaba por un periodo de tiempo a usar este material y luego de esta interacción, se realizaban las movilizaciones.

Conforme iba afirmándose esta rutina en él se le fue proponiendo otra forma de trabajar su cuerpo, mediante algunas propuestas de psicomotricidad espontánea con el uso de elementos como pelotas, palos y otros, para realizar secuencias de movimientos. Esta nueva forma de abordar su cuerpo en movimiento, le generó mucha alegría, sensación de libertad y de autonomía. En este periodo las movilizaciones de Osteodynamie fueron escasas se las realizó cuando el caso lo ameritaba.

4.1.7 La realización de K como persona.

K evolucionaba de una manera satisfactoria entre la libertad y los límites. Se le preguntó que qué quería ser de grande. Respondió que le gustaría ser jardinero, bombero o guardia. Estas tres actividades u ocupaciones le daban un sentido de “ser grande”. Grande en el sentido de ser un joven ya no un niño, y un joven “normal”, con sueños y expectativas de vida. Tan fuerte fue su sentir interno que un día comunicó lo siguiente: “ya no quiero continuar las terapias porque ya soy grande, y los grandes no hacen terapia”. Después de un tiempo k ya no quería recibir las sesiones de O.D. Contó que su madre ya no tenía dinero para pagarlas y para él era importante tomar en cuenta esta situación.

Casi al finalizar el proceso, K era más autónomo, tenía iniciativas propias, buscaba el conocimiento fuera de sí, su rendimiento escolar se estableció mucho más, su capacidad de relacionarse con sus iguales aumentó, logrando tener más amigos, los adultos de la escuela se sorprendían. La relación con su hermano por fin pudo llegar a su coherencia orgánica y afectiva. K asumió su rol de hijo y hermano mayor. Cuando llegaban los tres a la sesión del K acompañarle su hermanito quería entrar a su espacio de terapia. K se paraba en la puerta muy firme y no lo dejaban entrar, le decía que él tenía que esperar afuera. Estas cosas no las hacía antes su hermano menor era el que entraba al espacio jugaba con los juguetes que tenía a la vista y se le tenía que decir que saliera porque ya empezaba la sesión de K. El hermano menor salía, pero un poco molesto.

Siguiendo con K, una vez restablecido una buena coordinación motora y una estabilidad emocional, K pudo hacer un salto a nivel cognoscitivo, descubrió que le encantaba leer y que su necesidad por conocer nuevas letras y palabras era enorme, así como las cuentas. Algo importante fue su mejor vocalización, su habla se volvió más entendible, estaba más seguro de lo que quería hacer, realizaba cosas que antes no le interesaban o que no sospechaba que podía lograr. Este cambio despertó en su escuela mucha admiración en sus maestros. Un día comenzó a alinear las cosas una tras de otra, o de

acuerdo a su forma. Hizo lo mismo con pelotas, tratando de colocarlas una encima de la otra pero como eran redondas se le caían enseguida. El educador lo observó por mucho tiempo, era un cambio significativo, nunca antes había tomado la iniciativa de inventar un juego, se limitaba a obedecer deseos y órdenes. Se comunicó a la madre de esta nueva situación, era un despertar de su inteligencia que estuvo pasiva por mucho tiempo. Al despertarla, tenía que alcanzar etapas que antes no había logrado por su dificultades psicomotriz, motivo por el cual se reía de sus fracasos con una sonrisa amplia y cálida, que denotaba que se realizaba a sí mismo mediante esta experiencia.

Esta inquietud por el conocimiento le permitió tomar la decisión de no seguir haciendo Osteodynamie, tuvo la fuerza, de decir “ya estoy curado y ya no tengo por qué venir más”. Su sentir sobre su proceso era totalmente coherente, había terminado ya.

Eso no quería decir no volver más a los encuentros, sino lo contrario, pero de otra manera pues empezaba otro estadio de desarrollo, por lo cual se pactó con él y su madre, cerrar el proceso con un ciclo más. En realidad solo fueron necesarias 3 sesiones más.

4.1.8 Conclusiones

K pudo sentirse un niño normal, lleno de vitalidad y de sueños pese a sus limitaciones. Todo proceso educativo tiene la responsabilidad de guiar al niño hacia esa madurez y sentido de responsabilidad. Además, siento con claridad ahora en todo mi cuerpo, lo difícil que fue separarme de este niño, porque al acompañarlo durante todo su proceso que duró más de año y medio, fue acompañarme a mí mismo y conectar con mi soledad y mi carencia afectiva que existía en mi cuerpo, porque estuve muy solo desde muy pequeño. El encontrarme con K me ayudó a reparar de alguna forma estas carencias.

4.2 Descripción del proceso de M

4.2.1 Antecedentes:

M tenía tres años de edad cuando inició la Osteodynamie en el CIPI donde había recibido estimulación temprana con algunas estudiantes de la facultad de ciencias de la educación. Su diagnóstico médico indicaba PCI *parálisis cerebral infantil sin retardo mental*, causada por una bilirrubina alta. Sufría de convulsiones epilépticas por lo que debía tomar medicamento para controlarlas, pues podrían llegar a producir daños aún más graves. A causa de las convulsiones, la niña solía pasar de dos a tres días en el hospital. Además solía tener frecuentemente infecciones intestinales y resfriados. Esta situación preocupaba más que el diagnóstico médico en sí. Una convulsión fuerte podría agravar la situación de la niña y poner en riesgo la estabilidad emocional de su familia. Por eso, la madre la llevaba a muchas terapias: de lenguaje, ocupacional y física, sin olvidar los chequeos médicos con el neurólogo y el pediatra.

4.2.2 Primera etapa

Entrevista y primera observación

La niña estuvo sentada sobre el regazo de su madre mientras se daba la entrevista, lo cual permitió hacer algunas constataciones. Mantenía la cabeza flexionada hasta tocar el pecho con el mentón, impidiendo así toda posibilidad de tener un contacto directo con la persona que estaba al frente. También se pudo observar que parte del brazo de la madre que sostenía a la niña, limitaba la poca movilidad de su cuerpo. Cuando M quería algo que le llamaba la atención, levantaba su cabeza con esfuerzo por un instante y miraba de reojo. Ella había creado así, de esta forma, a través de los ojos, su medio de comunicación, el mismo que empleó más adelante para comunicarse con el educador durante las sesiones de Osteodynamie.

Se pudo constatar también que, pese al diagnóstico la niña era muy vital. De manera metafórica, se podría afirmar que ella devoraba los espacios con su vista aunque se

limitara a mirar de reojo, su interacción con el mundo y con los adultos que le acompañaban; era abierta, reía cuando se le hacía bromas, lloraba cuando algo no le gustaba. Reconocer en ella estas cualidades, permitió tener un acercamiento muy profundo durante el trabajo buscando en cada encuentro un contacto con la profundidad de su ser aunque sus limitaciones exigían al mismo tiempo desarrollar una gran calidad de escucha para tomar en cuenta sus señales, crear códigos de comunicación para acudir a sus necesidades desde una comprensión de su realidad, es decir, desplegar aquello que se consideró desde el inicio de este trabajo, como responsabilidad de todo educador.

La relación de la madre con su niña era buena, estaba siempre a la escucha de sus necesidades, incluyendo cuando requería su atención aunque estuviera cansada. Se pudo observar desde la primera entrevista, que la madre estaba dispuesta a probar todo lo que *podría hacerle bien* a su niña. Ella buscaba mejorar la calidad de relación con su hija a partir de la realidad de las dos. Este anhelo se convirtió en un objetivo fundamental en el trabajo, es decir, apoyar para que la madre logre valorar las herramientas y las estrategias de relación que iba construyendo a partir de su propia intuición. Cabe señalar que en la especie humana, la impronta de ser un padre y una madre, se desarrolla de manera instintiva desde el instante mismo de la concepción como dirían alguno. Se podría afirmar que corresponde precisamente a la necesidad de preservar la especie. En los padres de M se desarrolló de manera “normal” durante los 9 meses de gestación pues nunca imaginaron que su niña tuviera dificultades después del nacimiento. Ellos se prepararon para ser padres de una niña “normal”. Jamás pensaron que esta realidad pudiera troquelarse de manera súbita por un descuido médico y que ellos se enfrentaran a una experiencia totalmente inesperada, dolorosa y desesperante.

No hay discurso social todavía que permita vivir a los padres una pérdida tan grande como ésta; en ellos se genera casi siempre, culpabilidad y negación del dolor. Los padres de M pasaron por esta situación y fueron pocas las terapias que les permitió hacer el

duelo de la hija que esperaban para aceptar la realidad sin anclarse en un destino fatalista para siempre en el cual el hijo se convierte en una carga. A través de las sesiones de Osteodynamie, en el contexto del CIPI se intentó cambiar ese discurso determinista que impone la sociedad acerca del niño con NE, tal como fue mencionado en el primer capítulo se trabajó las posibilidades de desarrollo de los niños con NE. Aunque la condición de M se prestaba para que sus padres la sobreprotejan, en las sesiones se insistió en la necesidad de confiar en sus posibilidades de desarrollo y reconocer que, pese a la discapacidad, la persona y el ser de la niña, estaban intactos.

El entorno social de los padres requiere de muchos cambios internos para que puedan vivir un proceso de resiliencia, es decir de confianza y auto determinación. Quiere decir que la tarea de los educadores, es despertar la conciencia y la responsabilidad en los espacios sociales, institucionales y familiares que permita asumir la crianza y la educación desde el respeto de la autonomía para el desarrollo del niño (cap. 1, pág.11). Con la familia de M se generó un proceso para que acepten su realidad tal cual es sin negarla y paradójicamente construyan su presente con una calidad de vida más llevadera reconociendo las necesidades de la niña y de cada adulto.

4.2.3 Análisis del proceso

La madre de M estuvo muy interesada y expectante sobre la propuesta de trabajo que se le ofrecía a la niña. Esto abrió una nueva posibilidad de relación pese a que la realidad de M hiciera aparentemente casi imposible este anhelo. Después de darle las reglas de las sesiones e indicarle de qué se trataba la Osteodynamie fue necesario realizar una observación como diagnóstico para saber si sería realmente posible el trabajo de movilizaciones con la niña. En un inicio M aceptó el tacto de la terapia de Osteodynamie manteniéndose lo más cerca de su madre, pero lloraba cuando se la separaba por un instante de ella. Fue necesario establecer un vínculo especial con la niña para seguir adelante con el trabajo. Para que M sintiera confianza tanto en el educador como en la técnica (movilizaciones básicas de piernas rodillas y brazos referirse a (ref. pág. 81-87)

se practicó las movilizaciones en el regazo de su madre que se mantuvo sentada en una silla. Este proceder duró más de la mitad del primer ciclo de sesiones pues M siempre rechazaba los intentos de acostarla sola en la camilla. Para crear el vínculo se recurrió a un objeto conocido por ella, un cerdito de caucho que ya había sido su compañero de juegos en las terapias anteriores impartidas para ella en el centro.

Luego de ver que el trabajo en la silla con su madre no daba resultado y la importancia de cuidar el trabajo de movilizaciones, se vio la necesidad de cambiar de modalidad. Se propuso a la madre que se acostara en la camilla con su hija sobre el vientre. En esta condición se pudo hacer las movilizaciones a la niña durante unos 20 minutos (movilizaciones básicas en la cadera boca arriba: costillas cadera de los dos lados. Boca abajo: espalda, omoplatos, para detalles de las movilizaciones referirse a pág. 85) M pudo aceptar el tacto de una mejor manera ya que sentía su madre cerca. De hecho lloraba, pero ya no era un llanto incontrolable sino más bien de relajación y alivio probablemente se debía a sentir a su madre que estaba involucrada en su proceso. En esta etapa ella dejó de ser un simple sujeto que solo acompañaba y contemplaba a su hija, sino que aportaba ideas de cómo se podría dar una mejor relación con M ya que ella conocía muy bien a su hija, sabía qué le gustaba y aquello que no y cómo hacer para acceder a su confianza.

Se continuó trabajando con M en la camilla sin su madre. Ella se quedaba cerca. Antes de empezar el trabajo de O.D., se daba un pequeño acercamiento con la niña, preguntándole como estaba y cómo se sentía. Si ella expresaba malestar de estar en la camilla y se ponía a llorar, se le daba tiempo hasta que se calmara o vengara la madre y le consolara. Solo cuando ella estaba en apertura para recibir el tacto, se empezaba el trabajo.

4.2.4 Descripción de una sesión de Osteodynamie para M

Primeramente se comenzaba con movilizaciones en la cadera, luego en las piernas, pies y rodillas, para pasar inmediatamente a las costillas y los brazos. Estas últimas zonas eran muy sensibles al tacto, y no siempre se podía tocar. Cuando el llanto de M era fuerte, su madre, le hacía juegos distrayéndole de esa forma. Esta dinámica ayudada mucho al adulto a realizar su trabajo y la niña podían recibir más tiempo las movilizaciones; sin embargo, condicionaba los encuentros y no permitía que el educador pudiera concentrarse y entablar un vínculo propio pues éste se daba a través de *la madre y del juego* que ella establecía.

Esta situación llevó al educador a preguntar a la madre si era difícil escuchar el llanto de la niña. Ella respondió que en ese ambiente de confianza no lo era, pero recordaba que en las otras terapias resultaba muy difícil aceptarlo pues incomodaba y le solicitaban que la hiciera callar. Esta situación le provocaba dolor y rabia. Se sentía impotente e incapaz de poner un límite a los terapeutas que recibían a su hija, ellos no comprendían porqué M lloraba, no lograban percibir la importancia del llanto. Como lo explica R. Wild: “el llanto de desahogo en lo niños es un medio liberador de tensiones y le permite regularse a sí mismo” (1997, pág. 64). Se pudo constatar que la aceptación del llanto de su hija, liberaba en su propio cuerpo un gran peso, culpabilidad y vergüenza.

En las siguientes sesiones A se quedó sentada observando. Al sentir a su madre cerca la niña aceptaba de mejor manera el tacto. Se pudo constatar que con los estiramientos, el cuerpo de M, reaccionaba dando saltitos liberando la tensión acumulada y esto, por lo general, le provocaba llanto.

4.2.5 Método

Fue muy valioso en la relación con M verbalizar toda acción que se llevaba a cabo y reconocer que las movilizaciones podrían doler: “sé que lloras cuando te toco los brazos o la espalda, voy a tratar de hacerlo más suave”. El educador debe tener más en cuenta

la fuerza de sus manos y buscar otra forma de tocar la zona sensible, pues la niña no es un objeto pasivo que sólo recibe el tratamiento, sino un sujeto activo que participa en su proceso comunicando a su manera lo que le gusta y lo que no le gusta. Esta verbalización en voz alta ayuda también a la madre a tomar en cuenta el sentir interno de su hija. Si es posible describir toda acción en relación a ella. Por ejemplo: “ahora voy a cambiarte el saco, ¿cuál brazo quieres que te saque primero, el derecho o el izquierdo?”. Al tocar sus brazos, se debe esperar una posible respuesta de ella. Esta manera de entrar en relación con el niño permitirá tener una mejor comunicación y enriquecerá su esquema corporal y su autonomía. *Toma más tiempo ¡eso sí, pero vale la pena intentarlo!*

Después de analizar los videos se tomó en cuenta que aunque el vínculo con el educador, no se había establecido todavía de manera sólida, se debía trabajar solo con M y prescindir de la presencia de la madre. El hecho de que recibiera su terapia de esta manera fue un paso muy grande para los dos. Luego de comunicar cómo había pasado la niña durante la semana, se quedaba afuera esperando. M solía tener convulsiones durante la semana que la dejaban muy cansada, frágil y muy poco dispuesta a recibir una sesión. En ese estado eran muy difíciles para los dos empezar directamente las movilizaciones pues M vivía dos situaciones difíciles al mismo tiempo, el no estar con su madre y su salud delicada. Por lo cual se creó un tiempito para entrar en contacto el uno con el otro y poder acoger su estado, organizándole un ambiente de confianza y respeto. Cuando se le podía brindar esta calidad, las sesiones eran relajadas y no lloraba mucho e incluso aceptaba el juego con gusto. Pero cuando no se le podía dar este ambiente, la sesión se convertía en una experiencia difícil. Se llegó a la decisión de hacer sesiones cortas de sólo 30 minutos para que M pudiera vivirlas con mayor aceptación.

Como retroalimentación se puede mencionar que el trabajo con M despertó en el educador una dificultad muy grande para acoger el llanto permanente de la niña, pues despertó en él algo de su historia personal una enorme sensibilidad en relación al llanto y la dificultad de movimiento pues de muy pequeño había reprimido el llanto, el derecho a

expresar sus emociones y a moverse libremente. La relación con la niña despertó de aspectos muy sensibles de su historia, carencias afectivas y dolores aparentemente superados. El contacto con esta situación personal y la posibilidad de trabajarlo a su vez con otro profesional, como debe hacerse en todo proceso educativo y sicopedagógico, permitió mejorar enormemente la calidad de relación con la niña. La posibilidad de escuchar lo que quería comunicar a través de su llanto y acoger el hecho de que no siempre el educador logra encontrar un consuelo al dolor.

Ante esta dificultad, un objetivo fue buscar maneras o formas de comunicación, como la de verbalizar todo lo que se hacía: “ahora voy a ponerte de lado”. Al mismo tiempo se dio un espacio para que M pudiera sentir lo que le pasaba, aunque el llanto cada vez era más fuerte. Algo muy importante y de mucho apoyo en el proceso fue la respuesta de su madre pues ella estaba muy conectada con el llanto de su hija, lo acogía y entendía sin necesidad de palabras. Ella ayudó a crear un ambiente de confianza y seguridad para la niña, el llanto de M era una manera de relajar tantas tensiones que acumulaba durante el día y que pocas veces en sus diversas terapias tenía derecho a expresar libremente sin ser reprendida.

En el trabajo se pudo detectar códigos de comunicación, se vio que cuando quería algo lo miraba con los ojos y cuando se le daba lo que quería hacía una especie de quejido, y cuando se comprendía totalmente su deseo, daba una sonrisa, esto dio pautas de lo que podría ser para ella un SÍ o NO, lo que permitió ser más sutiles a la hora de hacer movilizaciones.

4.2.6 Movilizaciones y movimiento

M no tenía dificultad para recibir el tacto, por eso se profundizó el trabajo en la cadera, costillas y toda su cintura escapular. Sus sesiones de O.D duraban de 15 a 25 minutos dependiendo de su receptividad y lo que consentía. Se buscó siempre nuevos materiales u objetos que le ayudaran a generar movimientos. Uno de esos materiales fueron las

campanas tubulares que hay en el CIPI que le encantaba tocar. En este momento se aprovechaba para que ella pudiera desarrollar movimientos de fuerza de sus brazos y manos. No siempre podía sujetar la baqueta pero cuando lo lograba era muy satisfactorio para ella. Los sonidos de los tubos graves no le gustaban, solía llorar, pero le encantaban los agudos con los que se relajaba por un momento. Era lindo estar con ella en estos instantes porque cada vez iba descubriendo formas de mover su cuerpo para hacer sonar las campanas, aunque los movimientos no correspondían a su edad, la conquista de su autonomía era fundamental, por más pequeño que pareciera era una gran conquista pues en su relación cotidiana a M le daban haciendo todo y cuando no podía sostener algo se frustraba. No aceptaba pasar por esta frustración, esperaba que se le diera enseguida la solución, sin embargo se le puede dar nociones de movimientos que, poco a poco, fue integrando a su repertorio,

4.2.7 Interacción socio afectiva

En la reunión mensual con todos los niños que recibían la terapia de Osteodynamie, se pudo observar que M podía relacionarse con otros niños a su manera, y los otros niños la acogían como un igual, se acoplaban a su situación haciéndole partícipe de los juegos en los que la niña participaba y respondía. Su madre contó que M era aceptada de la misma manera en su ambiente familiar de parte de las dos familias. No había un reparo y un sufrimiento por la condición, contó que cuando se iba de vacaciones a Maldonado las primitas se las llevaban a jugar y que era muy feliz en ese ambiente. Como menciona Boris Cyrulnik es la sociedad y la cultura que determinan un discurso para que las personas que viven una dificultad puedan acceder más fácilmente a la resiliencia. En ese contexto la madre y el padre no se sentían culpables ante los hechos sino que los aceptaban en la medida de sus posibilidades, pero eso no quiere decir que no sufrían.

4.2.8 La presencia del padre

Durante varias sesiones, mientras se realizaban las movilizaciones a M se pudo percibir de una manera subjetiva la ausencia del padre. Por eso se pidió una reunión con los dos.

Se pudo constatar que la relación con el padre era más relajada que con la madre. El proponía darle más libertad a su hija y buscaba formas de hacerlo, por ejemplo: hacerla caminar, dejarla a solas por algunos instantes para que pueda bregar por sí misma en esa condición. También proponía que su esposa aprendiera a manejar para que dejara de llevar en brazos a la niña de un lado para el otro. Así mismo, comunicó que le parecía imprescindible que M pudiera dormir sola, dando a entender que dormía con todavía. En esta conversación se dejó en claro cuál era el rol del padre. También se pudo notar que la madre reaccionaba con incomodidad a cualquier petición de cambio que pudiera poner en riesgo la sobreprotección que daba a su hija.

4.2.9 Resultados

Primera etapa: Desde que comenzó la Osteodynamie fueron observándose paulatinamente pequeños adelantos cuando los patrones de movimiento o de comportamiento se veían modificados. Adquirió más amplitud de movimiento en sus brazos y manos, mejoró también en la coordinación mano-ojo y sostenía con más firmeza su cabecita durante más tiempo, sobre todo cuando le interesaba algo. Le suspendieron los medicamentos para la espasticidad totalmente porque su tono muscular fue adquiriendo su normalidad poco a poco. Aunque sus deformaciones óseas no mejoraron, tampoco se profundizaron. El llanto se regularizó, lloraba pero no de forma incontrolable. La relación con el adulto fue más estable llegando incluso a la risa y a la complicidad. Se descubrió que le encantaba que la filmen y cuando veía la videograbadora la buscaba con la mirada y su cuerpo. Al analizar los videos de las sesiones se pudo observar que M ya tenía una mirada más presente y más brillante, ya no era como en al principio perdida y sin brillo. Había también momentos de concientización sobre lo que le ocurría a su cuerpo cuando se hacían las movilizaciones, sobre todo en la espalda o cuando se hacía tacto presencia. Algo que no hay que olvidar es que su sensibilidad al tacto en la cintura escapular disminuyó significativamente, lo cual permitió que se realizara las movilizaciones correspondientes a esa zona (ref. pág. 86), dando como resultado lo que

se mencionó anteriormente, un alto control del cuello y menor salivación, gracias un mejor control de los musculatura de la boca.

Segunda etapa

- Lo más importante de este ciclo de sesiones fue alcanzar cierta autonomía en la movilidad de la niña para que a futuro pudiera hacer más fácil algunas acciones motoras cotidianas como el cambio de ropa, alimentarse, tomar objetos y otras, así como acciones más afectivas y emocionales como quedarse sola en la silla, dejar a su madre hacer actividades de la casa, dormir sola y otras. Se reforzó los músculos del cuello para que pueda tener un poco más de fuerza y para que pudiera sostener su cabeza erguida.
- Se manifestó claramente el miedo de su madre de que le pasara algo muy grave a su hija, como por ejemplo durante las convulsiones, y un fuerte sentimiento de culpa que le llevaba a sobreprotegerla todo el tiempo. Aclarar esto fue esencial para la madre pues se dio cuenta de que la niña sí podía avanzar en alguna medida en su desarrollo motor. Esto generó una enorme felicidad en las dos. Sin embargo al poco tiempo, solía suceder que luego de un progreso M enfermaba como si supiera que avanzar implicaba ser más autónoma y tener que valerse por sí misma. Dejaba de venir diez días seguidos y todos los logros desaparecían aparentemente. La toma de conciencia de esta problemática fue muy importante para que su madre asumiera la necesidad de confiar plenamente en las posibilidades de M y le diera esa autonomía que tanto necesitaba para crecer aunque fuera sumamente difícil asumir esta decisión, al menos estaba planteada.
- Esta etapa implicó mucha atención a la madre al mismo tiempo, por ello se vio la necesidad de que ella iniciara un trabajo de apoyo personal con otro educador. De este proceso emergió a su consciencia el sentimiento de culpa y el hecho de negarse a vivir el dolor que le había causado la noticia de la discapacidad. Por un lado el trabajo cada vez más profundo, le obligaba a aceptar que debía crear

condiciones de mayor autonomía para su hija y por otro, su preocupación por ella era auténtica y real pues en gran medida M sí dependía de su presencia. A pesar de estas circunstancias lo poco que se lograba permitía que los instantes de trabajo fueran profundos y significativos tanto para ella como para el educador. Con el tiempo, la madre fue aceptando el dolor. Tan fuerte era que la madre lo verbalizó diciendo “me negaba a mirar a otros niños normales jugar en los parques porque me generaba un dolor insoportable, muchísima ira y violencia contra los médicos que la atendieron después de su nacimiento”.

Tercera etapa: A partir de los cuatro últimos ciclos, los encuentros con M fueron intermitentes, uno al mes e incluso se daba una ausencia de dos meses, haciendo la relación cada vez más lejana. Al perder la rutina la niña empezó a sufrir los mismos problemas iniciales: desconfianza, inseguridad y llanto. Cabe señalar que esto sucedió después de que su madre en su trabajo personal tratara el tema de la sobre protección que tenía con su hija. Llegó a tomar consciencia de algunas situaciones de su infancia y adolescencia que marcaron su vida que no habían sido superadas, como la muerte de su hermana mayor a quien no había podido llorar, ni velar, ni enterrar. Al conectarse con ese profundo dolor, fue disminuyendo el miedo e inseguridad de dejar a su hija vivir de manera más autónoma. Se sentía lista para generar cambios en la vida cotidiana para que M tuviera momentos de soledad y el derecho a dormir sola. Además, logró aceptar que tenía sueños y deseos personales que no se atrevía a confesar, quería formarse, aprender y poder confiar en una tercera persona que le ayudara con su hija. M por su parte se reveló a su manera ante el hecho de que la relación con su madre dejara de ser lo que era antes de empezar sus encuentros. La niña no se dejó tocar más durante un tiempo y se enfermó más seguido. Además se reveló un comportamiento de M frente a su propio desarrollo; cuando estaba conquistando algo nuevo, ella enfermaba y retrocedía. Al comunicarle a su madre esta percepción sobre su hija ella dijo con una sonrisa, -que sí

se había dado cuenta de eso y que no sabía qué significaba- según el manual de trastornos DM5 define este comportamiento como

4.2.10 Fin del proceso

Al cabo de un año y medio de sesiones de Osteodynamie, se vio que el proceso de M había llegado a su fin y que ya no se le podía aportar más en su desarrollo personal. De alguna manera, el camino debían continuar los padres, confiando en lo que el trabajo les había aportado. Una decisión fundamental que tomaron fue precisamente encontrar un centro para el desarrollo de M. Su madre se sentía lista para confiarla a otros adultos. Por otra parte, el proceso de su madre continuó y era entonces M quien esperaba a que su madre termine su terapia en un espacio creado para ella con algunos juegos que podrían convenirle y la presencia del mismo adulto que había sido su terapeuta en Osteodynamie, quien estaba allí solo para acompañarle. Es decir, M fue tratada como una niña “normal”, con capacidad para esperar a su madre, jugar e interactuar con el adulto de manera libre durante 40 minutos. Este fue el proceso de cierre de una relación que duró casi dos años entre M y el educador y la Osteodynamie.

4.2.11 Conclusión

Se puede afirmar que el objetivo de mejorar la calidad de vida de la niña afectivamente se logró cumplir. Por otra parte, cuando un niño o adulto que ha recibido sesiones de Osteodynamie, termina sus ciclos pautados en común acuerdo con el terapeuta, no quiere decir que el proceso haya terminado para siempre. La persona puede volver en un futuro siempre que lo necesite.

4.3 Descripción del proceso de Mt

4.3.1 Antecedentes

Mt es el segundo de dos hermanos. Tenía 11 años cuando inició la terapia de Osteodynamie en el CIPI. No asistía a ninguna escuela regular sino a varios centros de la ciudad de Quito donde recibía terapias físicas y estimulación de lenguaje y

comportamiento. Su diagnóstico médico indicaba *microcefalia* causado por una calcificación de su cerebro en un 90% determinado por tres resonancias magnéticas. Tiene la edad mental de un niño de 3 años, su lenguaje es escaso y casi ininteligible. Es agresivo con su familia y con los niños de los centros a los que asiste por lo que su madre se ha visto obligada a retirarlo de algunos de ellos. Por ésta situación, sus padres han buscado ayuda en el CIPI de la PUCE.

4.3.2 Entrevista y primera observación

El trabajo con Mt comenzó mucho después que con los otros niños. En la entrevista con la madre ella comentó: “es un niño muy difícil de manejar, pasa todo el día de terapia en terapia, llegamos casi siempre a la casa tarde, a veces pega a su hermano mayor, a su papá e incluso a mí”. Por lo que ella expresa: “parece evidente que la vida con Mt es una realidad muy difícil de sostener para la familia ya que todos estamos saturados de lo que significa estar con él y sus demandas afectivas, emocionales y materiales”

Tomando en cuenta que lo más importante en la aplicación de la terapia en Osteodynamie, como proceso de aprendizaje, es que el niño esté de acuerdo y por tanto dé su consentimiento para ser tocado, se le informó a la madre todo lo referente al trabajo de la técnica a través de las movilizaciones óseas. En el caso de un niño como M, se vio la necesidad de activar su equilibrio homeostático para que su estado emocional pudiera auto regularse de alguna manera y así poder despertar su memoria motriz, cambiar su imagen corporal, despertar su autoestima y su deseo de comunicar con el mundo exterior de otra manera que a través de gestos desarticulados y agresivos. Estaba claro para su madre y el educador que el trabajo con Mt sería un desafío y que solo se podría intentar sin dar ninguna expectativa de resultados inmediatos.

Durante la entrevista, Mt no permitió mantener un diálogo adecuado con su madre, irrumpiendo constantemente para darle, pedirle o mostrarle algo, a lo que ella reaccionaba con verbalizaciones para “tranquilizar” a su hijo, tratando de no perder la paciencia. Ante esta situación y por ser el primer encuentro, se tomó la decisión de actuar

como testigo para no generar en la madre culpabilidad y malestar por el comportamiento de su niño. En otras terapias y clases ellos vivían un rechazo permanente de sus compañeros y adultos acompañantes. Después de este primer acercamiento con la madre, se le pidió que en lo posible durante las sesiones de Osteodynamie, si ella estaba presente, no interviniera en la relación entre el niño y el educador.

4.3.3 Análisis del proceso

Con el niño se dio un acercamiento limitado sobre todo a nivel del contacto físico. Se priorizó la observación de sus movimientos y su forma de relacionarse con su madre y con el espacio sin interferir de manera directa diciéndole lo que debe y no debe hacer. Esta forma de relacionarse parecía nueva para él, entablando una tríada de comunicación no verbal entre la madre el educador y él. El objetivo de este encuentro fue identificar posibles objetos que pudieran ayudar a formar un vínculo con el niño, constatando una hipersensibilidad al contacto físico con personas desconocidas un impedimento para realizar las movilizaciones de O.D., es por eso que tanto como terapeuta y como educador, el primer objetivo fue crear un ambiente de confianza para los padres, para que no sientan que están perdiendo el tiempo. Al niño se le dio la posibilidad de que se sintiera seguro de no ser obligado a hacer nada que fuera inadecuado para él. Como educador puse límites claros sobre lo que estaba permitido hacer en este espacio. Todo esto favoreció la calidad del trabajo y los resultados del mismo.

Durante las primeras sesiones, el trabajo con la O.D., fue muy escaso por no decir imposible. Esto se debía, por un lado a que la presencia de los padres, hacía que Mt estuviera disperso. Por otra parte, nuestra limitada capacidad de comunicación y comprensión con Mt hacía que solo los padres entendieran lo que quería decir, y lo más importante que se debía tomar en cuenta fue: su hipersensibilidad al tacto. Mt, no admitía estar en la camilla, se bajaba en cuanto sentía que no estaba en el piso, salvo que estuviera jugando en ese espacio. Viendo que era imposible trabajar en la camilla, se

optó por hacerlo de una manera indirecta, es decir mientras el niño jugaba, acercándose lentamente, con un tacto muy sutil, en ciertas partes de su cuerpo. Cabe mencionar que esta forma de contacto de la Osteodynamie, no invade sino que va de acuerdo con la pulsación de la persona y permite al niño, relajarse y crear paulatinamente una confianza en sí mismo y en el educador. Los dos asumen la responsabilidad de su proceso, el niño porque siente que es quien da las señales de lo que puede y no puede recibir y el educador, respeta sus límites y sugiere estrategias. Esta manera de juego y de trabajo dio libertad a Mt, no tenía que estar inmóvil para recibir las movilizaciones, lo cual abrió en él un estado particular de asombro al sentir que se le tocaba sin fuerza ni exigencia. Se creó un ambiente relajado para Mt de muchas maneras aprovechando el instante presente, con un contacto a través de una mirada profunda y receptora, silenciosa e inmóvil, pero también se dieron momentos de juegos aparentemente bruscos, de fuerza, de defensa entre dos “hombres”.

Mt, debido a su problema de comunicación era muy agresivo. En la tercera sesión quiso golpear al educador en el rostro. Fue muy importante para él recibir un límite muy claro, no solo verbal, sino también corporal, pues el educador se acercó al niño, se puso a su altura para comunicar mirándole a sus ojos y reflejando el acto: “tú me quieres golpear, pero yo no te dejo” o bien, “aquí no golpeamos”. El niño bajó su mano y no lo intentó de nuevo. Cuando tenía el impulso de repetir este acto, se limitaba a mirar al educador y no lo hacía.

Esta vivencia dio una luz a su comportamiento de agresividad, era posible que el niño buscara límites claros en la relación con sus padres y con su entorno, sin que sea imponiendo fuerza o recurriendo al chantaje como solían hacer sus padres, por ejemplo, solían decirle: “si tú no te calmas, no te compro el helado”. Por lo tanto, fue evidente que el proceso de aprendizaje, no se debía hacer solamente con el niño, sino en gran medida con los padres ¿Cómo podrían poner límites al niño de una manera firme y respetuosa? ¿Cómo podrían aceptar al niño y sus limitaciones respetando su autonomía? ¿Cómo descubrir su mundo interior, sus anhelos, sus deseos más profundos y escondidos?

¿Cómo aceptar su frustración al sentirse y reconocerse diferente a los demás niños?
¿Qué podría plantearse cada miembro de la familia en relación a Mt?

4.3.4 La presencia del padre

En la sesión en la que Mt fue acompañado por su padre se pudo observar que la relación entre ellos era más fluida que con la madre. También se constató que el padre tenía un cansancio acumulado pues se quedó dormido varias veces durante la hora de sesión.

4.3.5 Relación con su hermano

La relación con su hermano mayor no era muy buena. Él debía estar al cuidado de Mt aunque sólo tuviera 14 años. Esto alimentaba entre ellos un sentimiento de malestar y mucha rivalidad por la atención de los padres.

4.3.6 Resultados

En ciertos momentos durante las sesiones se dio una especie de ritual entre el niño y el educador pues cuando Mt se dejaba contener su cuerpo surgía un instante de paz que permitía tomar al niño en brazos y hacer movilizaciones muy suaves y sutiles que le permitía conectarse de otra manera con su cuerpo. Además él podía sentir efectivamente que el adulto estaba dispuesto a darle un contacto sin imponer su conocimiento y su fuerza, sino que podía reconocer sus necesidades en ese momento. Esto se daba luego de que el niño jugaba varias veces en la misma resbaladera de madera donde no había peligro, podía lanzarse libremente y a la vez sentía que el educador estaba presente sin impedirle como lo hacía siempre su madre, sino acompañando y poniendo límites si era necesario. Luego de jugar de esta manera, se quedaba acostado en el piso por unos instantes, su cuerpo se tranquilizaba totalmente, su mirada se perdía al interior, en su rostro se dibujaba una expresión de pesimismo, del cual salía solo y volvía a interiorizar el momento la felicidad y gozo que le producía estar en el piso.

Cabe señalar que esta dinámica preocupaba mucho a su madre, parecía que no se hacía nada, pues aparentemente nunca hacíamos las movilizaciones, sólo pasábamos de un

lado a otro jugando tratando de llegar a comunicarnos, buscando una relación con el gesto, sin palabras, porque cuando ella falta, el gesto se vuelve primordial en la comunicación con el otro. En base a esta experiencia, se propuso para Mt otra dinámica, para que pudiera activar su sistema regulatorio y logre sentir su cuerpo y sus necesidades las más elementales y primarias, por sí mismo. Se le invitó a Mt a la cancha de fútbol de la PUCE y con una pelota grande corría de un lado a otro, se arrojaba al suelo, y tenía contacto con la tierra, podía sentir su cansancio, su sed, sus deseos de descansar y poder parar al fin, el movimiento intermitente que le embargaba, aquello que se denomina *hiperactividad* y para lo cual en el sistema tradicional se prescriben pastillas de manera facilista.

Luego de algunos encuentros de este tipo, se llegó a la conclusión de que la Osteodynamie para Mt no podía aplicar, pero se podría crear un espacio de psicomotricidad libre para que pudiera relajarse y en esas condiciones vivir conexiones a nivel neurológico. Se le comunicó a la madre de esta decisión y las posibles modificaciones que esto significaría y además se le sugirió que ella recibiera la sesión de Osteodynamie para que pudiera vivir un proceso de autoaprendizaje y contar con herramientas sustanciales que le permitan mejorar la calidad de relación con su hijo. Sin embargo ella no comprendió el sentido de la propuesta. Se intentó también dar apoyo a los dos padres al mismo tiempo que al niño, pero ninguno de los dos accedió.

4.3.7 Conclusión

En el trabajo con Mt se evidenció que uno de los factores que puede ayudar a la recuperación de los niños con necesidades especiales, es el apoyo de sus padres. Esto puede darse cuando a su vez ellos hacen un trabajo personal para superar la culpabilidad y el dolor que les produce la discapacidad del hijo. De otra manera, es muy difícil que los adultos logren acompañar procesos tan especiales y diferentes sin caer en la sobreprotección o la sobre exigencia, condiciones que no respeta el desarrollo de un niño de acuerdo a sus posibilidades reales. Un hijo con NE se convierte en un desafío, los

padres deben recibir apoyo para descubrir el camino que les permita llegar a una relación sana, alegre y de mucha confianza en la vida y en sí mismos. De alguna manera, los padres se han acostumbrados a que los educadores, médicos y terapeutas sean quienes estén a cargo del proceso de recuperación de sus hijos. Es preciso que los padres asuman un trabajo personal paralelo al de sus hijos y que se empoderen de sus decisiones respecto a la calidad de vida que quieren brindarse y dar a sus hijos.

4.4 Descripción del proceso de J

4.4.1 Antecedentes

J tenía 4 años cuando inició el trabajo de Osteodynamie en el CIPI. Nació a los 8 meses de gestación, pues su madre tuvo preclamsia. A los 9 meses de nacido le diagnosticaron *leucodistrofia desmielinización* del cerebro. La noticia generó un estado de desesperación e incertidumbre en las dos familias del niño. Su madre se sentía constantemente atacada por la familia de su esposo quienes consideraban que ella no lo atendía ni lo cuidaba realmente, por lo que se dedicó a llevarlo a toda clase de terapias. J había llegado al CIPI con sus padres buscando terapia física cuando tenía 2 años, proceso que interrumpieron sin explicación. Más adelante, regresó al centro con su abuela quien tenía un vínculo muy estrecho con el niño y se ocupaba de sus cuidados, según ella, más que la madre.

4.4.2 Primera etapa

Entrevista y primera observación

La primera conversación sobre J fue con su madre. Se le dio a conocer las pautas del trabajo de la Osteodynamie. Ella mostró desconcierto y sorpresa de que no se le diera una “solución” inmediata a su problemática, sino más bien una propuesta de aprendizaje para mejorar la calidad de vida del niño apoyando su desarrollo motor, afectivo y cognitivo. Para que este proceso pudiera darse de manera satisfactoria, sus padres debían estar de acuerdo en no forzar a J a hacer algo que él no quisiera. Por más buena

voluntad que muestren los adultos en mejorar la situación del niño con necesidades especiales, el organismo tiene un tiempo interno para su desarrollo. El crecimiento no puede forzarse, pero sí se logra dar condiciones favorables a su realidad particular, evidentemente, se generan cambios y progresos inusitados, que la mayoría de veces el adulto no imagina que podrían darse.

Luego de conversar con la madre, se pasó a trabajar con J en el piso sobre un colchón, como con los otros niños. Este primer acercamiento permitió definir las necesidades específicas de intervención con el niño, además de conocer cómo reaccionaría al tacto de la O.D. Primeramente se observó en J una hipersensibilidad a los ruidos fuertes. Al respecto, la madre contó que *en la casa cuando ella prendía la licuadora, él pedía a gritos que apagara el ruido o se escondía en un lugar hasta que cesara*. Esta situación le daba mucha preocupación, siempre se había preguntado si era normal. Como consecuencia de su hipersensibilidad, podría decirse que sí lo era, pero la pregunta que el educador se hizo al respecto fue sobre los factores que habrían podido desencadenarla. Hay niños hipersensibles a ciertos sonidos pero la reacción de angustia y desesperación para reaccionar con gritos, parecía especial que merecía una atención particular y paulatina dentro de este proceso.

Se trabajó en el piso con las movilizaciones en las piernas y cadera (ref. pág. 82-83), con la finalidad de constatar cómo estaba la tonicidad de su musculatura. Al inicio, no le gustó quedarse quieto, no dejaba de moverse y le disgustaba que se le interrumpiera en sus acciones. Por ello, para las sesiones sucesivas, se buscó otra manera de acercarse a él mediante el juego, y se preparó un *ambiente que permitiera* establecer una rutina de confianza con el espacio y con el educador.

Al retirarle los zapatos se pudo notar que sus pies no estaban totalmente formados, los calcáneos no habían descendido por completo, impidiendo la posibilidad de adquirir la postura de bipedestación. A esto se sumaba la hipertensión de los músculos de las

piernas y además presentaba las rodillas en forma *genu valgum*, Por eso, era difícil para J a sus 4 años, caminar sólo, prefería gatear pero para su madre, se convirtió en algo “normal” trasladarlo en brazos. Se observó que salivaba de manera excesiva debido a la falta de control en la musculatura encargada de la deglución, así como de los músculos maseteros que permiten mantener la boca cerrada. Y finalmente, se constató que su madre establecía con J una relación de permanente amenaza: “si no haces tal cosa, te sucederá tal otra” o de manipulación; “si quieres helado, mejor te portas bien ahora” .No parecía que hubiera en ella la posibilidad de poner límites reales con el sentido de cuidar y preservar la vida, así como de apoyar en la madurez del niño.

Partiendo de esta condición y con el objetivo de que el niño poco a poco pudiera despertar el *movimiento fundamental* de la coordinación motora, propia a la especie humana en general y a la de su edad de manera particular, se estableció, un plan de trabajo global para J el cual buscó restablecer los ejes óseos, priorizando: pies, piernas, cadera y cráneo; el estiramiento de su musculatura de manera global y los enrollamientos básicos de su columna vertebral. (ref. pág. 82). De la misma manera, se tomó muy en cuenta la necesidad de preservar a J de la presión que ejercía la familia paterna, respecto a su curación que se reducía a los logros que debía alcanzar según ellos, en sus terapias y escuela que respondía a la suprema necesidad de que J fuera “normal”. Por este motivo, con la finalidad de que su madre mejorara la calidad de relación consigo mismo y con su hijo y pudiera relacionarse con él como persona, se le sugirió desde el inicio del trabajo, que iniciara un proceso personal en el programa de apoyo establecido para las madres.

4.4.3 Análisis del proceso

Los dos encuentros de la primera etapa

Primera sesión: J llegó en brazos de su abuela y acompañado de su tía. El niño parecía muy decaído, sin deseos de interactuar con el espacio y con el educador. Se les pidió a

los adultos que se quedaran sentadas a un lado de la sala para que su presencia no sea tan determinante. El educador lo tomó en brazos y se lo llevó a la camilla para realizar las movilizaciones, en rodilla y pie al mismo tiempo, columna lumbar y canal de Charpy. (ref. pág. 84) Al poco tiempo J solicitó terminar y expresó el deseo de bajar a suelo. El educador no lo ayudó y él encontró sus propios medios. Para lograrlo. Ya en el piso se puso a tocar la guitarra que a los largo del trabajo, se convirtió en cada encuentro su rutina, su ritual y su vínculo afectivo con el espacio y el educador.

Segunda sesión: J llegó con su madre a quien se le preguntó cómo había pasado el niño el resto de la semana. Respondió que bien. Al inicio del trabajo se observó al niño recogido en sí mismo pero conforme transcurría el tiempo iba cambiando su estado. En su aspecto físico, se veía sucio y manchado de restos de comida, puesto que almorzaba antes de venir al CIPI. Esa tarde decidió, tocar la guitarra primero, luego pidió jugar con el columpio, pero le tenía miedo al ruido que este producía al moverlo. Este hecho generó entre el niño y el educador un acercamiento pues él se animó a pedir ayuda manifestando que era por miedo. El educador reconoció plenamente su miedo reflejándolo verbalmente: “tú dices que tienes miedo al ruido del columpio, pero te gusta balancearlo” “tú dices que quieres que te acompañe” “Yo sí te puedo acompañar” “si te puedo sostener”. Esto se convirtió finalmente en una parte importante del ritual de la relación que permitió poco a poco que J ganara seguridad en el espacio y en la relación. Además, una vez que ya estaba en el columpio, el educador se las ingeniaba como con los demás niños para realizar las movilizaciones, en sus pies, priorizando el trabajo en los calcáneos que estaban siempre rígidos y con la musculatura acortada.

En cada sesión se estableció 20 minutos de rutina de juego y luego se le solicitaba ir a la camilla. Para él la rutina era un momento fundamental y por lo tanto solía pedir que durara más tiempo, sin embargo, el educador pudo sentir que los límites para J eran sumamente importantes y que a través de ellos, él construía en su cuerpo psíquico, una columna vertebral emocional que tanta falta le hacía. Por lo tanto, tal como propone la

pedagogía por descubrimiento, respecto al proceso de aprendizaje, nunca se le acordaba más tiempo de lo pactado, ni se le permitía hacer lo que le diera la gana. Cada momento de una sesión tenía un sentido que se lo mencionaba de manera explícita, incluso, aquellos de absoluta autonomía y libertad cuando interactuaba en el espacio y elegía juguetes, instrumentos u objetos a su gusto.

En base a la experiencia de los encuentros anteriores, en los siguientes, se le comunicaba 5 minutos antes de que terminara el tiempo de juego, (luego se le decía falta 4m, 3m, 2m etc.) para que él fuera interiorizando la idea de que había un tiempo para cada momento y por lo tanto, luego del juego, tocaba -camilla y movilizaciones- Se le acomodaba con los almohadones, se realizaba las movilizaciones básicas de piernas y cadera (Referirse a tal página). También se observó en esta sesión de manera más clara, la insensibilidad que presentaba J en sus piernas, por más fuerte que fuera la presión que se ejercía en su cuerpo, no sentía nada, ni bienestar, ni molestia, ni dolor alguno. Esta insensibilidad se sumaba a la falta de flexibilidad en sus piernas y abarcó mucho tiempo en el programa de trabajo. Para ello .las movilizaciones respecto al pie, rodillas y cadera, se repitieron a lo largo de todo dos ciclos de diez sesiones. (ref. pág. 83)

4.4.4 Situación psicoafectiva de J

El adulto que traía a J a los encuentros era intermitente, además de su madre, a veces era la abuela paterna o la tía y muy pocas veces su padre. Cada uno se relacionaba de manera distinta con el niño, así como con el educador. Ellos contaban una versión diferente de la vida de J. Para la abuela era un chico abandonado, no bien atendido en sus necesidades alimenticias especiales, además según ella, su madre, no lo tenía aseado. Para su madre su hijo estaba bien y no tenía ninguna problemática más que la que determinaba el diagnóstico. Con el tiempo se fue viendo más claramente estas visiones subjetivas sobre el niño y sus relaciones con los adultos que lo rodeaban. Para la familia paterna había que sobreprotegerlo, y para la materna, había que aceptar su condición tal cual pues J era una bendición de Dios. Para el educador estas reacciones

eran las dos caras de la misma moneda: la negación y la culpabilidad. Además, la discordia entre las dos familias reflejaba rivalidad social y la expresión de sus valores. Para la bisabuela materna, J no alcanzaría jamás los parámetros de un niño normal, opinión que generó en su madre adolescente, un profundo conflicto de culpabilidad que le llevó en sus primeros 2 años a no asumir su rol de madre. Además, la situación económica de la pareja, era muy precaria y por lo tanto, la alimentación especial que requería J era cubierta por su bisabuela y abuela paterna, lo que les daba el derecho de criticar a su madre y reclamar sus errores constantemente. A medida que avanzaba el trabajo, esta situación se fue revelando y se convirtió en verdadero impedimento para hacer un trabajo profundo y respetuoso. Sin embargo, el educador consideró que lo más importante era dar atención a la calidad de relación que sus padres establecían con J y con las dos familias, por lo que se llevaron a cabo algunas reuniones con los dos en las que se mencionaron obstáculos cruciales para el desarrollo de J que generaban estancamiento y retroceso. A continuación, se mencionan los más significativos:

- J empezó a faltar pasando una sesión, sin que su madre diera una excusa.
- La madre de J se mortificaba y enojaba por que su hijo no podía caminar y ella ya no soportaba su peso, en consecuencia lo maltrataba sacudiéndolo. Sin embargo, en el centro, asumía una actitud completamente distinta, llegando a negar cuando se le preguntaba. Se le solicitó mucha paciencia y respeto al ritmo de J para que se pudiera visibilizar los resultados de las movilizaciones y de todo el trabajo que se llevaba a cabo.
- El aseo del niño, había días en que llegaba a las sesiones orinado, con mal olor y el trabajo era muy difícil en esas condiciones. La madre explicó que el trayecto de la escuela al centro era largo y que J solía quedarse dormido. Sin embargo, se comprometió a darle más atención a este tema.

- La falta límites claros por parte de los familiares, quienes en ocasiones eran permisivos y en otras eran represivos. Esto dependía de las circunstancia y de la persona con la que se encontraba en ese momento J.
- Los comentarios mal sanos entre las dos familias, eran muy difícil de oír, siendo que cada familia tiene su verdad subjetiva de la realidad, como núcleo y como individuo como tal.

Se decidió una reunión con los padres y con la familia ampliada, abuelas y tías, con el objetivo dialogar con ellos acerca de todos estos aspectos. Para que cada uno pudiera sentirse libre y seguro de no ser juzgado o culpabilizado, se brindó un ambiente de respeto. Además de escucharlos, se les reflejó, las posibles consecuencias de sus actos en relación a J. Al principio de la reunión se podía sentir tensión en el ambiente. Primeramente se le comunicó el motivo de la reunión, luego se planteó las dudas, y se escuchó a todos.

4.4.5 Resultados de esta etapa

El encuentro fue muy positivo para ambas partes, porque cada persona asumió decisiones que podrían ayudar en el proceso de J. Sobre el primer punto se llegó a la conclusión de que la madre debía hacerse cargo de llevar a J sus sesiones. Esto permitió aclarar el rol de los padres quienes eran responsables únicos de tomar decisiones sobre el bienestar de su hijo. Y el rol de las abuelas era el apoyar a la madre cuando pudieran sin generar en ella ningún tipo de presión. La madre manifestó que J tenía otras terapias y ella misma, reuniones con la psicóloga de la escuela de su hijo. El padre trabajaba de taxista en las tardes, por lo que no podía acompañarlo y dada la situación con su suegra prefería no pedirle ayuda tan seguido. Se le solicitó nuevamente que avisara con anticipación a su hijo y al educador que no asistiría a su sesión y se le explicó que en el trabajo con J esto de avisar era muy importante porque les permitía a los 3 comprometerse con el proceso. En las casas de salud, donde la demanda de los pacientes por recibir un tratamiento es tan grande, cuando, los pacientes faltan, nadie lo

toma en cuenta, en cambio en un trabajo a través de la O.D., se prioriza una la calidad de relación personalizada con el niño y con su familia. Respecto al segundo punto sobre el maltrato se puso un límite a los padres, si se veía otro tipo de maltrato sea físico o verbal hacia su hijo, se suspendería inmediatamente la terapia. Sobre el aseo, se llegó a decidir que el niño debía estar mínimamente aseado, por el contrario no se lo atendería. Eso obligó a la madre a llevar siempre una muda de ropa limpia. Además se le explicó que esto ayudaría a mejorar la autoestima del niño en los espacios públicos. Sobre la falta de límites en la relación con J se mencionó las vivencias educativas de R. Wild (2006) descritas en su libro libertad y límites. Amor y respeto, donde ella dice lo siguiente:

Para nosotros -adultos que a menudo hemos sido educados y restringidos por los límites-no es fácil comprender que en realidad los límites pueden tener la función de definir un espacio en el cual se puede actuar con independencia y libertad y en el cual se puede dar un verdadero desarrollo humano. En la medida en que logramos hacer esta distinción, nos damos cuenta de que los límites no definen al ser del otro, sino -por el contrario-sirve para mantener el entorno relajado, de manera que todos -niños y adultos-se sientan cómodos en él, vivan nuevas experiencias gracias a la toma de decisiones personales y aprendan a diferenciar entre las necesidades auténticas y sustitutivas. (pág. 9)

Al respecto, se propuso seguir trabajando de acuerdo a las necesidades de los padres reflejando cuando había una situación no muy clara. Con la madre se seguiría trabajando esa problemática una vez por semana y con el padre, una vez al mes. Sobre el último punto no fue necesario llegar a una conclusión porque las partes implicadas al tratar la temática se dieron cuenta sobre esta actitud, haciéndose responsables de ella, sin implicar al niño.

Este diálogo y los compromisos asumidos de parte y parte, ayudó a mejorar el proceso de J. A partir de la siguiente sesión, aunque con dificultad, el niño entró caminando, ya no

en brazos de su madre. Esto dio a J la posibilidad de discernir y comprender, el por qué y el para qué llegaba al CIPI. Así mismo su hipersensibilidad hacia ciertos ruidos desapareció, ya podía subirse al columpio, sin miedo, por lo cual se aprovechó, para hacer un trabajo de desbloquear su cadera y sus piernas, mediante movilizaciones de piernas y creando situaciones en la que necesitaba mover la parte inferior del cuerpo de atrás hacia delante, siendo los pies, el punto de partida para generar el impulso que lo trasladara de un lugar a otro. En esta situación además se reforzó la autoestima de J. De alguna manera su cuerpo decía: -puedo hacerlo, pero necesito saber qué puedo mover en mi cuerpo y cómo lograrlo-

A partir de esto, las sesiones de O.D, se dieron de otra manera, su ritual vario consideradamente, ya no tocaba la guitarra o algún instrumento, sino que subía las gradas que llevaban hacia la resbaladera de madera que hay en el CIPI y se quedaba un largo rato intentando sentarse, sin ningún resultado, imposibilitado por la condición física de sus piernas. Pedía ayuda cuando se cansaba de intentarlo, pero el educador sabía que más importante que darle haciendo, era acompañarlo con una presencia total, reflejando sus deseos y sus frustraciones. El niño lo volvía a intentar una y otra vez: era conmovedor su esfuerzo y su trabajo. Generaba en el educador una mezcla de felicidad y dolor, él también quería ver cambios en J pero sabía que no se daría nada atropellando sus procesos, sino respetando sus limitaciones y brindando herramientas de toda clase para avanzar. J lograba asumir su responsabilidad e intentaba movimientos nuevos que había ya adquirido en la experiencia. El educador le hacía sentir con un tacto firme y respetuoso cómo podría usar sus piernas de una forma distinta a lo que lo estaba acostumbrado. Esto se lo hacía de una o tres veces, para que J pudiera estar presente al tacto, al mismo tiempo reflejaba lo que hacía señalando una parte de su cuerpo:” *creo que si doblas tu rodilla izquierda de esta manera y sueltas esta mano podrías sentarte*”. Este trabajo fue largo y lento pues J tenía la vivencia de su casa de que los adultos suplían su cuerpo y su esfuerzo y le daban haciendo: lo sentaban o lo cogían de la mano

para que camine, impidiendo así, que él pudiera desarrollar su autonomía de movimiento. Su impronta era: -tengo quien lo haga por mí por lo tanto, no es necesario intentarlo- Por eso le era difícil aceptar que en este espacio nadie le diera haciendo, y se vía en la obligación de lograr por sus propios medios. Un buen día, esta situación le empezó a producir risa, reía mucho y el educador con él. Desde entonces, J decidió intentar hacer toda clase de movimientos solo.

Con el movimiento fluido de sus piernas, el trabajo se centró en costillas, columna, brazos y cabeza), para tratar de corregir su lordosis dorsal y desbloquear su respiración y diafragma, mediante las movilizaciones correspondientes a este fin (ref. pág.). Paradójicamente, en este momento del proceso, fue muy difícil aplicar de manera estricta el plan de trabajo previsto porque J ya tenía más autonomía de movimiento y confianza, que le permitía moverse de un lado a otro, diciendo que no quería trabajar sino jugar. Sin embargo, la confianza del educador en los límites, ayudaba a continuar.

4.4.6 La presencia del padre

Al inicio, su padre se relacionaba a través de regalos, ofrecimientos, promesas y toda clase de mecanismos de manipulación. Pero esta situación fue cambiando gracias a los encuentros donde pudo manifestar de manera sincera que su hijo despertaba en él muchísimo dolor e impotencia. Le daba mucha angustia poner límites, por su propia historia con una madre sumamente represiva, el límite era sinónimo de castigo. Sin embargo, intentó lograr una coherencia con lo que J necesitaba para madurar: hacer respetar las reglas de la casa para una buena convivencia, no ayudarlo en aquello que él sí podría hacer solo, como caminar hasta el baño cuando quería orinar, ni bajar y subir su pantalón en su lugar en esas situaciones o en cualquier otra acción que él sí podría intentar por su esfuerzo. Esto implicaba estar atento a su proceso de crecimiento, a su desarrollo emocional.

4.4.7 La relación entre sus padres

Entre ellos hubo por largo tiempo en este proceso, una especie de confrontación que J guardaba dentro como estado de agresividad y de violencia. Él traía la misma a su terapia, no aceptaba ninguna sugerencia del educador, se quedaba inmóvil el momento de hacer las movilizaciones o inventaba una necesidad para bajar de la camilla. Estas situaciones se repetían continuamente, dando a entender que poseía una capacidad de manipular a los adultos. Por lo cual se requirió hablar con los padres nuevamente sobre esta circunstancia, constatando que entre ellos había una falta de comunicación que producía situaciones de disputas y malos entendidos. J no sabía cómo relacionarse claramente con ellos. Cuando la madre quería poner un límite, el padre la desautorizaba, sobreprotegiendo y creando dependencia, pues cuando J no quería hacer lo que ellos le pedían, le ofrecía cosas a cambio de que accediera. Para mejorar esta situación, se mantuvo algunos diálogos con los dos. Se les sugirió que mantuvieran firmeza en los límites y que fueran de mutuo acuerdo entre madre y padre. Si la actitud de J daba para reprimirlo, no contradecirse el uno al otro y si no estaban de acuerdo que llevaran una conversación sin que J estuviera presente. Luego de esta entrevista la actitud de J se modificó un tiempo, y para poder estar quieto en la camilla se armó él mismo de una estrategia jugando con carros pequeños le permitían regular su tensión y estar quieto por un momento. El educador aceptó esta solución de J pero al mismo tiempo, estuvo muy atento a que J no se ausentara de su cuerpo a través de este mecanismo.

4.4.8 Resultados del proceso

Los resultados con J fueron visibles, pues cada semana adquiría algo nuevo. Lamentablemente, no necesariamente apreciados por sus padres a la medida de su profundidad y alcances. Cuando llegó a sostener el equilibrio en posición de bipedestación por unos instantes, los padres le mandaron a hacer un andador del estilo que utilizan los mayores para que pudiera desplazarse por sí mismo. El resultado fue bueno pues J sí tenía más libertad para moverse pero sus padres no supieron cómo

acompañar este cambio poniéndole condicionamientos inadecuados para que se amoldara a sus necesidades. La madre, por ejemplo, le decía “párate recto” que para J era como si le hablara en otro idioma pues él no tenía la autoimagen de esta postura ni vivencia de lo que significaba.

En este momento del trabajo, J quiso recibir primero las movilizaciones y luego jugar, pero el juego no era como al inicio, sino una manera de integrar lo que había recibido en la camilla. Era fantástico ver que realizaba en sus juegos, los mismos movimientos de las movilizaciones, sin que nadie le dijera cómo debía hacerlo, y como siempre disfrutaba a carcajadas de poder moverse con esa libertad. Cuando instalé la cama de agua en el ambiente, prefería que se le hiciera la sesión en ese colchón, ya que le permitía relajarse aún más y en esas condiciones, si se podía hacer las movilizaciones para su respiración y lordosis. De alguna manera J aprendió a estar en contacto con sí mismo y a escuchar sus necesidades y el proceso dejó de ser solo responsabilidad del educador. Él daba las señales de lo que podría ser bueno y efectivo en la sesión.

Cabe señalar que este proceso habría podido concluir en este momento, pero se dio algo significativo y singular que obligó al educador a dar marcha atrás y continuar. Esto pasó cuando J empezó a dar unos algunos pasos solo y la madre empezaba a tomar en cuenta que la responsabilidad de la condición de su hijo en la Leucodistrofia, según los estudios realizados por la medicina genética, recae sobre la madre. Los progresos de J hacían que sus padres le exigieran más de lo que él podía dar. La madre empezó a buscar asesoría con médicos para ver cómo podría ayudarle a caminar mejor. La primera opción fue inyectarle *botox* en sus piernas, y enyesarle durante más de 15 días para garantizar resultados. Según este método, su musculatura se relajaría y se podría moldear mediante terapia física para que pudiera caminar normal. El educador y otros responsables del centro no estuvieron de acuerdo con esta tratamiento, se consideró que para J, ponerlo en este camino mecánico, era como empezar de cero, en su proceso que a través de la Osteodynamie, había sido totalmente global y holístico. Pero como la

madre había investigado en el internet sobre esta técnica y era gratuito, tomaron la decisión de hacerlo. J no vino durante un mes y al acabo de este tiempo regresó. La intervención no había dado los resultados esperados, el estado emocional de J había decaído en un 50%. Se podía sentir un estado profundo de desolación y miedo que no permitieron hacer las sesiones, no porque él no quisiera, sino porque su cuerpecito no estaba en condiciones de recibir un contacto de ninguna clase y se produjo un retroceso en él a todo nivel. La intervención mecánica había dejado secuelas enormes. Por lo que se optó solo por acompañar un proceso de integración de la vivencia. Su manera de procesar lo vivido fue quedándose en la cama de agua con las luces de colores encendidas, allí buscaba esconderse, era su *sitio seguro*, donde él podía expresar sin miedo a ser negado ni reprendido vivió un estado completo de confusión durante mucho tiempo. Por momentos y frente a ciertos límites, decía que ya era grande y por otro lado, cuando esperaba de él responsabilidad y autonomía, como el que recogiera los juguetes que había utilizado, decía que era demasiado pequeño. La presión interna en él iba aumentando cada vez, más y más, poniéndolo muy frágil y a la defensiva, con agresividad. Se les preguntó a los padres lo que estaban viviendo y no supieron decir nada. En una sesión, J manifestó que él haría la sesión de Osteodynamie para mí, a lo cual yo accedí. Para mi sorpresa J exteriorizó las sesiones de otra terapia que hacía en la misma semana, terapia que le causaba mucho dolor pues él gracias a las movilizaciones y todo el proceso que había vivido, ya tenía un cuerpo sensible. Era evidente que esa era la causa de su malestar. La situación no quedó ahí sino que se agravaba más. Un día pude recibir al tocarle que se le estaba sobre exigiendo y que no se tomaba en cuenta en absoluto su realidad. Su cuerpo manifestaba un estado de tensión extrema y un miedo no expresado. Jugaba a esconderse y buscaba el contacto físico. Era muy importante dárselo y darle a entender que no estaba solo y que sería respetado.

En este tiempo, de nuevo lo traía su abuela quien contó preocupada que J seria operado de sus piernas por un médico extranjero, quien les ofrecía buenos resultados. Esta

intervención costaba \$4000, pero como era hecha mediante una Fundación, sería gratis. Para el educador, esta noticia fue muy contradictoria y totalmente inadecuada dentro del proceso vivido con J, por lo tanto, se optó por dar por terminado el proceso en tres encuentros más para dialogar con los padres y despedirse de Sin embargo, esto no se dio, solo hubo un encuentro y no se volvió a saber más de ellos,. Se supo más adelante, que no tuvieron los resultados esperados.

4.4.9 Conclusiones

El trabajo con J fue complejo, exigente y a la vez un aprendizaje maravilloso para el niño y para el educador. Se rescata un pensamiento de Cyrulnik quien dice que a un niño con problemáticas, se le debe exigir, para que encuentre de alguna forma la resiliencia. (Cyrulnik, 2009). Pero eso no quiere decir que se le deba sobre exigir a cumplir las expectativas de los adultos cuando ellos actúan gobernados por sus miedos y la imposibilidad de aceptar la realidad del niño.

Como aporte retrospectivo, de una manera personal, el educador pudo reconocer el inmenso dolor que este proceso le generó. Se podría hablar de fracaso, pero NO. Sería injusto para ambos, al haber constatado tantos cambios sutiles que le permitieron a J despertar su consciencia y sentirse en tantas ocasiones, una persona entera, a pesar de sus limitaciones. Fue cruel y paradójico constatar que el miedo que se despertó en J ante las decisiones de sus padres, no fue sino un síntoma de estar vivo. Al fin sentía su cuerpo y a través de él, todo aquello que le producía la relación con el entorno, entre eso, las contradicciones de sus padres.

De alguna manera, en algunos momentos, el educador sintió que había hecho “mal” al acompañar un proceso de esta envergadura a consciencia de que los padres del niño no lograron asumir el respeto a su realidad y aprender a amarlo y a acompañarlo desde sus posibilidades reales, para llegar a sentirse, por sobre todo, un niño feliz, creciendo con el derecho a realizarse como ser humano. Por otro lado, la madre de J sufría en silencio y la

única manera de reparar su culpa era el recurrir a soluciones de cualquier índole, sin reflexionar acerca de lo que estaba produciendo a su niño.

4.5 Descripción de algunas sesiones que fueron significativas para cada niño de acuerdo a sus necesidades fundamentales

4.5.1 Necesidades de M

- a) Bajar el nivel de la hipersensibilidad de la cintura escapular.
- b) Reencontrar una tonicidad del enderezamiento de la columna y las cervicales.
- c) Reducir la espasticidad y el dolor de las piernas que va con hipertensión de los isquiotibiales.

Descripción de tres sesiones significativas:

1. Colocación de M en posición boca abajo con una cobija doblada debajo del tórax de tal manera que el sacro esté en principio de enrollamiento y que se extiendan las vértebras lumbares. (fig. 3)

Movilización de las dos piernas en rotación externa, a partir de los talones y los maléolos (fig.1). Trabajo sobre el lemniscata del sacro y restauración de la respiración interna de las articulaciones sacro-iliacas. (fig. 2)

Una vez que se siente el flujo y el reflujo de esta zona de la pelvis, movilización simétrica de los dos hemitórax que facilitará su respiración dorsal.

Trabajo desde L5 hasta C7 siguiendo el recorrido de los espinales, aflojando la musculatura profunda de la columna.

Movilizaciones para restablecer el movimiento en ocho de cada omoplato (fig. 4).

Asociar el enrollamiento de la pelvis y el sacro con el enrollamiento de la base del cráneo.

Debido a su extrema sensibilidad, las movilizaciones se practicaron según la modalidad del tacto presencia casi sin ningún movimiento visible. El trabajo fue muy interno. (fig. 5)

2. Colocación de M en posición boca arriba, una almohada pequeña debajo de las rodillas y otra, debajo del cráneo para permitir un principio de enrollamiento y estiramiento de la columna así como una mejor difusión del trabajo. (fig. 12)

Movilización simétrica sobre las crestas iliacas, luego trabajo asociado con las costillas inferiores en paralelo y cruzado. (fig. 8)

Tacto sutil sobre la espina xifoidea y acercamiento de los bordes del ángulo de Charpy (fig. 9). Movilización con una sola mano sobre la bajada del esternón, que corresponde a un estiramiento reflejo de la columna dorsal: eso prepara el terreno de las últimas movilizaciones.

Trabajo poliarticular alrededor del hombro: rotación interna de la cabeza del húmero, ocho de la clavícula, bajada de las primeras costillas, encajamiento del omóplato a partir de su espina, presentación de la glenoideas en rotación externa, flexión y abducción del brazo. (Se trata aquí de un ejemplo típico de una sola movilización que concierne a la vez a diferentes articulaciones reubicando los ejes óseos para que se restablezca el ritmo interno de la coordinación motora).

El educador se ubica parado detrás de la cabeza de M: movilización simétrica sobre la musculatura profunda que sostiene las cervicales siguiendo el recorrido entre las espinas y las transversales desde D1 hasta C2. Trabajo sobre la apertura entre Atlas/Axis y base del Occipital: esto permite el estiramiento y la dinamización de la columna cervical, así como el reflejo de enderezamiento que se combina con la movilización sobre la bajada del esternón.

Movilización final: enrollamiento global del tórax y del cráneo, una mano detrás del occipital acercando los tejidos del cráneo y con la otra mano bajando delicadamente el esternón en dirección del pubis.

Termina con una ligera presión (tacto presencia) sobre el espacio donde se encuentran las suturas coronales y sagitales. (fig. 8)

3. Posición de M: acostada de lado (se trabaja los dos lados empezando con el menos adolorido para que esta información se difunda al otro lado y facilite su trabajo) Se coloca un almohada pequeña debajo del cráneo para permitir una buena alineación de columna dorsal con la cervical; otro entre las piernas flexionadas, dejando las caderas en medio de rotación externa, dos almohadas debajo del brazo flexionado en medio de rotación interna de la cabeza de húmero. Movilización poliarticular sobre el enrollamiento del sacro, la apertura de la espina antero superior del iliaco y la rotación externa del trocánter mayor (fig. 7). Eso permite un despertar de los músculos pelvitrocantéricos que corresponden a la musculatura profunda que suspende “como hamaca” la pelvis, a las caderas.

Luego, asociar el trabajo sobre el isquion, el trocánter y la cresta iliaca.

Combinar esta movilización básica con la presión/tracción/rotación sobre el cóndilo interno del fémur: produce la flexión en abducción de la pierna desde la articulación coxofemoral.

Movilización global de toda la pierna desde el isquion con la rotación externa del trocánter hasta la flexión dorsal y enrollamiento del pie en torsión. (fig. 23)

Puesta en *Leading* del miembro inferior para equilibrar el juego antagonista de las cadenas musculares desde el isquion hasta los dedos del pie: trabajo a partir de este *Leading* sobre la coordinación básica de la estructura del pie en torsión.

Para terminar sobre la posición flexionada de la pierna en medio de rotación externa, masaje muscular delicado despegando los isquiotibiales: eso es un ejemplo típico de la combinación del trabajo óseo y muscular.

Movilización final y global: estiramiento de todo el raquis en medio de enrollamiento sobre el sacro y la base del cráneo.

4.5.2 Necesidades de J:

- a) Permitir que se asienten más los talones del piso en la posición vertical.
- b) Mejorar el equilibrio dentro de su coordinación psicomotora global a través del gateo y luego de la caminata.
- c) Desbloquear y aflojar la musculatura de su caja torácica, mejorando su capacidad respiratoria y su oxigenación, repercutiendo sobre la fluidez entre las cúpulas de la pelvis y del cráneo.

Descripción de tres sesiones significativas:

1. Colocación de J en posición boca arriba, una almohada mediana debajo de las rodillas y otra pequeña debajo del cráneo, dejando las cervicales libres. (fig. 12)

Trabajo global del miembro inferior según esta secuencia:

- Apertura simétrica de las crestas iliacas.
- Movilización del fémur, una mano sobre el trocánter y la otra sobre el cóndilo interno: en flexión, medio de rotación externa, abducción para restablecer el lemniscata dinámico de la pierna. (fig.11)
- A partir de esta posición encajamiento de la cabeza del fémur dentro del cotilo empujando ligeramente desde la rotación externa en rotación interna sobre el eje de la pierna. Esta movilización se difunde a toda la coordinación del cuerpo hasta el cráneo, dando una sensación profunda de seguridad.
- “Posición del chelo”: para una armonización entre las cadenas musculares desde el isquion hasta la coordinación del pie. Trabajo interiorizado sin mover y luego dinámico. (fig. 10)
- A partir de esta posición de estiramiento en flexión, movilizaciones sobre los ejes del pie, insistiendo especialmente sobre la dinámica del arco longitudinal y de la cúpula anterior. Eso actúa también sobre el aflojamiento del tendón de Aquiles combinado con el estiramiento de la cadena posterior.

- “Barrido energético” de todo el miembro inferior desde cresta iliaca hasta dedos del pie en movimiento helicoidal.
- Para finalizar, ligero tacto presencia sobre el esternón y colocando las manos debajo de los parietales, sentir el ocho global con su flujo y reflujo de todo el cuerpo. (fig. 24)

2. Movilizaciones lúdicas y dinámicas: Es un ejemplo del trabajo que se puede realizar con niños que necesitan expresar su movimiento y su sed de aprender a través de la relación lúdica con el adulto.

- Después de entrar en contacto en la camilla, aprovechar que el niño quiere bajar y subir de nuevo a la camilla, para trabajar la coordinación de sus dos piernas, empezando por el enrollamiento de la pelvis permitiendo borrar la lordosis lumbar. Luego acompañar el acercamiento natural de los isquiones colocando las rodillas en flexión y rotación externa (luchando contra el genu valgum de manera dinámica), terminado con el “aterizaje” de los calcáneos. Este juego prestaba a rizas placenteras por su logro al bajarse. (fig. 20)
- Una vez en el piso, gateo sutilmente guiado en el sentido de la coordinación hacia el trompo. Durante este recorrido se observa y se acompaña delicadamente el movimiento “reptiliano” de la columna desde el cráneo hasta el coxis en dos lemniscatas opuestas. A través de este movimiento esencial dentro del desarrollo de la motricidad se refuerzan las caderas y sus cápsulas articulares y musculares.
- Sigue este movimiento metiéndose dentro del trompo balanceándose de un lado a otro con una oscilación rítmica viniendo desde su centro de gravedad. (fig. 16)
- Se termina la sesión con este movimiento lúdico partiendo desde este mismo centro (Hara para los japoneses) pero en la situación de ingravidez del

columpio. Poco a poco J logró balancearse y coger impulso y vuelo desde su propia iniciativa, movilizando cada vez más su pelvis y sus piernas. (fig.15)

3. Al llegar, le gustó mucho subir las gradas de la escalera: se aprovecha de esta situación y de su entusiasmo para realizar las siguientes movilizaciones que él recibe de una manera natural no directiva.

- Como tenía más facilidad para subir a partir del lado izquierdo, se le propuso alzar la pierna derecha partiendo del apoyo de la rodilla izquierda (fig. 14). Eso se repite de la misma manera lateralizada hacia la cima. Luego se le sugiere bajar resbalándose repartiendo el peso en sus pies, de tal manera que evite golpearse el coxis. Eso permite que afine su equilibrio jugando con el sistema cruzado de su coordinación. (fig. 19)
- Este trabajo a partir del sistema cruzado se prolongaba alrededor del pasamano que llevaba a la resbaladera, donde buscaba ponerse de cuclillas sin lograrlo. Luego se le guiaba en su movimiento a través de una doble movilización, por una parte acercando sus isquiones enrollando la pelvis y por otra parte acercando también las costillas bajando el esternón: eso permitía que flexione las piernas a pesar de su rigidez hasta llegar con los glúteos al piso de la resbaladera. Esta dificultad le permitió pasar progresivamente de la frustración a la satisfacción. Una vez abajo se le propuso pasar a la camilla para concluir la sesión.
- Colocación de J en posición boca arriba, para poder realizar las movilizaciones en función de su caja torácica: directamente movilización en sistema cruzado de cresta iliaca y de las costillas inferiores opuestas. Luego, acercamiento suave del ángulo de Charpy bajando el esternón (fig. 24). De cada lado trabajo del hemitórax disociando la articulación de las costillas con el esternón siguiendo la dirección propia de los tres niveles de las costillas al mismo tiempo se flexibilizaban y dinamizaban los músculos intercostales.

Trabajo sobre las clavículas siguiendo su propio movimiento de ochos insistiendo sobre las articulaciones esternón claviculares y acromio claviculares, terminando de una manera discreta con la presión, tracción y rotación interna de la cabeza de los humeros. Antes de terminar de la misma manera que la sesión que M se hace un trabajo muy delicado sobre la estructura muscular anterior del cuello: primero sobre el esterno-cleido-mastoideo y los escalenos. Segundo sobre los tejidos debajo del ángulo del maxilar superior. Y tercero, movilización muy fina con tacto presencia sobre las dos ramas del hueso hioides que permite que el enrollamiento final del cráneo se desencadene de la manera más natural (fig. 21)

4.5.3 Necesidades de K

- a) Permitir que K viva con menos dolores de cabeza.
- b) Dar la posibilidad que se establezca su visión.
- c) Pasar de una actitud sumisa a la capacidad de decisión propia, actitud que se refleja en su postura corporal.

Descripción de tres sesiones significativas:

1. Colocación de K en posición boca arriba en el piso, con una almohada grande debajo las rodillas para conservar los ejes de las piernas en relación a la cadera, alineando la rótula con el segundo dedo del pie, y otra almohada mediana debajo de la cabeza.
 - Movilización de la apertura simétrica de las crestas iliacas para soltar la tensión lumbar y difundir el trabajo a la caja torácica a través de la liberación de los oblicuos y del transverso.
 - Trabajo sobre las inserciones del recto anterior y del sartorio debajo de la espina superior anterior, al mismo tiempo con la otra mano cruzando los

brazos encajamiento de la rótula: eso actúa en favor del alargamiento de la musculatura anterior de la pierna que facilita la retroversión de la pelvis.

- Trabajo profundo sobre los diferentes elementos de la rodilla: restablecer el ocho de la rótula, combinado con el aflojamiento del tendón tibial, acercamiento a nivel de la línea interarticular interna, permitiendo la apertura de la línea interarticular externa (fig. 22). Trabajo sobre la oposición del ocho de la cabeza del peroné con el ocho inverso de la tuberosidad de la tibia. Para terminar con la rodilla, combinación de todas estas movilizaciones anteriores en un solo gesto global.
- Secuencia de movilizaciones con cada pie que dinamizan y armonizan las dos bóvedas longitudinal y anterior de la planta, sintetizando la oposición básica de la esfera de la cadera en rotación externa y la esfera del pie en rotación interna. (fig. 18)
- Movilización global de la pierna, a partir de la coordinación del pie y del encajamiento de la rodilla acompañando la triple flexión rápida del miembro inferior seguida por el retorno en extensión lenta, coordinación que se encuentra en el recién nacido en su cuna.
- La sesión se terminó con la movilización esencial del acercamiento simétrico de los isquiones: se pidió al niño que participe manteniendo sus rodillas flexionadas hacia el pecho con sus dos manos y al mismo tiempo acercando su mentón del esternón estirando las cervicales y enrollando la base del cráneo. Se le propuso reproducir esta movilización a partir de su propia iniciativa.

Observación: al principio K recibía las movilizaciones un poco obligado, progresivamente encontró una satisfacción y un bienestar, de tal manera que se apropió de ellas con mucho consentimiento. Eso repercutió sobre

actitud global y los dolores de cabeza disminuyeron en frecuencia e intensidad.

- 2 Se trata de una secuencia de movilizaciones alrededor de la posición sentado en el piso asociando movimiento y juego placentero. En una relación de confianza con el adulto.
 - Juego de contacto corporal con el movimiento global de la “gaviota”: el adulto sentado tras de la espalda del niño sostiene sus brazos haciendo una presión en rotación interna sobre las cabezas del húmero y al mismo tiempo abriendo su brazos imitando el vuelo de la “gaviota”, eso permite soltar la musculatura posterior de la espalda, abriendo la caja torácica y dinamizando la musculatura anterior del tórax, aflojando también la musculatura de la nuca.
 - Encajamiento simétrico de los omóplatos combinado con flexión abducción y rotación interna de los brazos.
 - El educador al acercar con sus rodillas los isquiones del niño sentado, permite que la columna se enderece sin esfuerzo y aprovecha de esta situación estirando con una mano desde el sacro hasta D1 mientras la otra mano baja el esternón. Se termina esta movilización estirando de manera simétrica la musculatura de cuello desde las espinas de los omóplatos hasta las inserciones musculares de la base del occipital, acercando al final los tejidos del cráneo hacia arriba.
 - Para terminar se pidió al niño apoyar las planta de los pies en el piso doblando las rodillas y apoyando su espalda sobre las piernas y su cabeza sobre el pecho del adulto arrodillado. A partir de esta posición de contacto corporal acogiendo al niño casi como dentro de una cuna, con una mano debajo la espalda se estiró los espinales desde las lumbares hasta la base del cráneo mientras bajaba suavemente el esternón con la otra mano .Eso

restableció el equilibrio funcional de las cadenas musculares anteriores y posteriores. Esta movilización se terminó abriendo simétricamente los oblicuos y las crestas iliacas. El educador se retira poco a poco instalando el niño ya dormido sobre los almohadones.

- Esta secuencia era muy apreciada por K sobre todo cuando su mamá, tomó la iniciativa de reproducir la parte final en la casa, después de haber observado la sesión. El niño entraba en un estado de profundo relajamiento quedándose dormido. Sin duda esta práctica le ayudó a estabilizar su sueño así como su visión, a tal punto que finalizando el año dejó sus lentes.

3 Antes de darle de alta K vivió todo un proceso que le llevó a tomar su decisión de parar las sesiones. Ya no aceptaba las movilizaciones en la camilla y buscaba oportunidades de movimiento y de juego, mostrando cada vez más iniciativas propias. A continuación se describe algunas de ellas:

- Su sed de exploración sensorial le llevó a experimentar los siguientes juegos: los discos sensoriales desarrollaban en él la capacidad de distinguir y asociar un abanico de texturas, materias, formas y colores, encontrando una manera propia de utilizarlas creando sus propias reglas de juego, que compartía con el educador. Luego se atrevía a experimentar los mismos materiales con los ojos vendados, sintiéndose un poco inseguro, pero sin desestabilizarlo en su determinación y confianza en sí mismo.
- Auto masaje de las plantas de los pies con diferentes tipos de pelotas, suaves o duras, mencionando que este movimiento le hacía bien para sus pies y lo podía repetir en su casa. (fig. 6)
- Este proceso culminó con una práctica muy propia de la lectura, de la pintura y la música. Le atraía especialmente la *caja de sorpresas de poli*, con la cual afinaba y enriquecía su vocabulario. Le encantaba pintar de

una manera libre sobre papel con colores y tizas. A través de esto se reencontraba a sí mismo con soltura.

Más allá de la Osteodynamie su campo de experimentación se abrió en el mismo lugar a la música a través del órgano tubular: Pudo pasar hasta una hora absorto en la resonancia del sonido de los tubos improvisando sin parar.

- A través de estas últimas actividades K tomó la fuerza de encontrar su autonomía y poder de decisión anunciando de golpe que ya no quería seguir con la terapia de O.D, para pasar de lo sensoriomotriz hacia actividades más cognitivas como asociar y clasificar todo tipo de objetos de acuerdo a sus tamaños, formas y colores.



fig.1



fig. 2



fig. 3



fig. 4



fig. 5



fig. 6

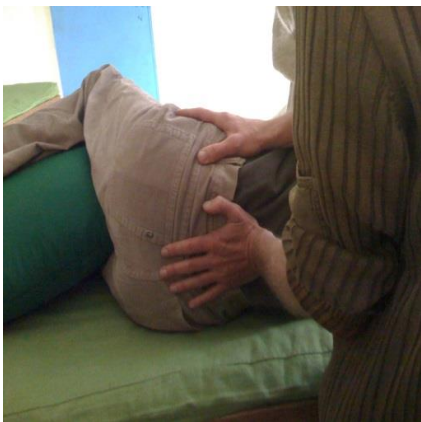


fig. 7



fig. 8



fig.9



fig. 10



fig.11



fig.12



Fig. 13



Fig. 14



fig.15



fig.16



fig.17



fig.18

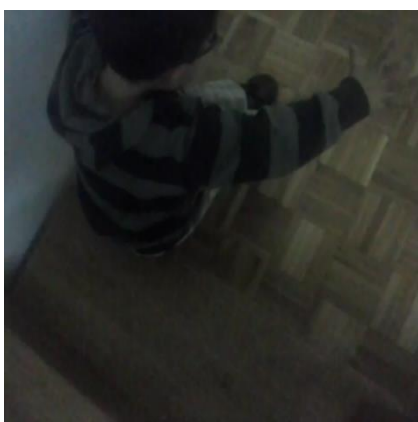


fig.19

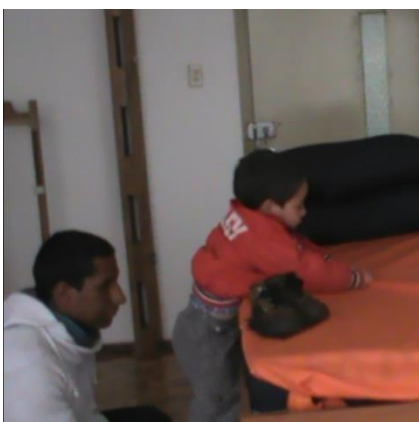


Fig. 20

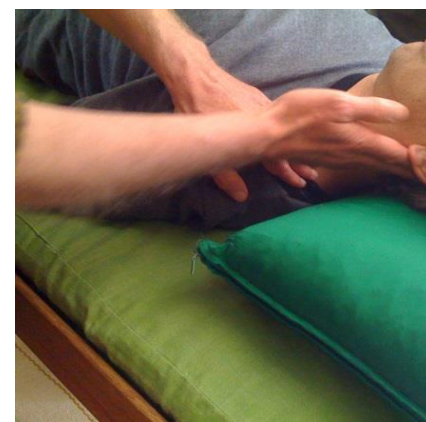


fig. 21



fig. 22

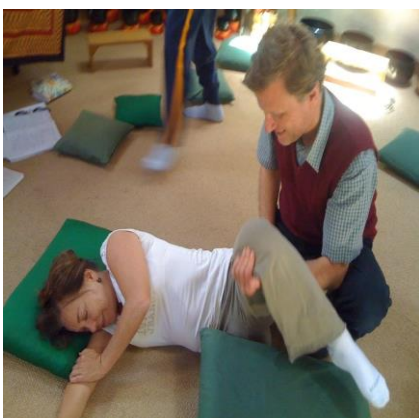


fig. 23

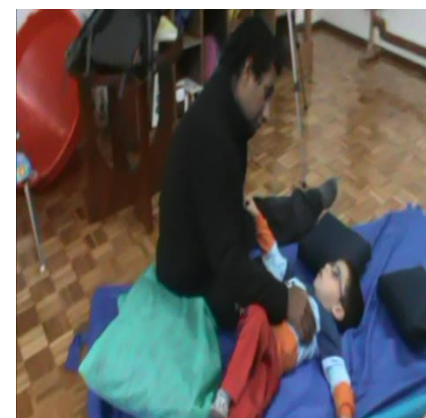


fig. 24

5 Conclusiones

Se brindó a los niños un espacio para que establezcan un vínculo resiliente con el adulto/educador/terapeuta, quien les apoyaría con la O.D. para alcanzar una mejor calidad de vida, de acuerdo con sus posibilidades tanto externas como internas. Se pudo sentir que el apoyo y el empoderamiento de los padres sobre el proceso de su hijo era imprescindible, que implicaba asumir un trabajo personal para sí mismos, que les permitiría encontrarse, comunicar (sin juicios, culpabilidad o vergüenza), y sentirse acogidos en sus dificultades, así como en la pena y el dolor de ser padres de un hijo que no esperaban.

Además, los niños pudieron pasar de ser objetos pasivos de intervención a sujetos activos, al decidir cómo llevar su proceso mediante las rutinas que aportaban el fortalecimiento de su confianza y su capacidad de discernimiento ante las situaciones inadecuadas que les generaban malestar. Así mismo se les respetó en su implicación con la O.D., pues para aplicar la técnica se tenía que contar con su consentimiento, de otro modo no se habría podido dar un proceso de aprendizaje y de terapia cuyo hilo conductor fue el vínculo afectivo entre el niño y el educador.

Se puede afirmar que la calidad del vínculo y el conocimiento de la técnica determinaron el resultado de la intervención. El adulto brindó las condiciones necesarias para llevar a cabo el trabajo mediante la alineación de los ejes óseos del cuerpo del niño, logrando así que éste alcance una buena coordinación motora, despertando su movimiento vital a pesar de su condición, que a su vez le permitió relacionarse de mejor manera con su entorno, acrecentando sus capacidades cognitivas.

Se abrió la posibilidad para los padres y los niños de reencontrar mutuamente el sentido vital que representa ser padre, madre e hijo, (padre y madre de sí mismo, de la pareja, del hijo y de sus padres) a pesar de sus situaciones de vida, al asumir la responsabilidad del bienestar de sus hijos, no como un “deber forzado” sino desde el corazón, porque

“quiero y puedo hacerlo”. A cada uno, le permitió darse cuenta de sus dolores y equivocaciones en la relación con su hijo y con su pareja. Buscaron así nuevas formas de relacionarse para sentirse realizados como hombre, mujer, pareja y padres, en esta situación tan difícil.

Este crecimiento obligó al adulto a replantear su manera de relacionarse con este niño que crece a su ritmo, a tal punto que la técnica no fue suficiente para satisfacer sus necesidades. De alguna manera cada madre y padre se puso al descubierto como persona y ser humano, encontró sus problemáticas psicológicas y sus dificultades para relacionarse con su hijo y su pareja y pudo aceptarse a sí mismo.

Para terminar, se puede decir que la Osteodynamie pudo cumplir su objetivo de mejorar la calidad de vida de estos niños repercutiendo para ello en sus familias, y, sobre todo en sus padres. De la misma manera generó un proceso personal en el educador, quien para poder relacionarse con la discapacidad, se vio en la necesidad de soltar todas las expectativas y estrategias de relación dadas por la cultura y la sociedad, para encontrarse luego en el presente de la incertidumbre del No saber cómo entablar un vínculo que permitiera la resiliencia en estos niños y sus familias.

Como adulto responsable del trabajo, fue muy difícil acompañar el proceso de M, J, K y Mt, porque cada uno abrió en el educador, a su manera, la impotencia ante el llanto, la ira, la desolación, el egocentrismo, la carencia afectiva, la inconsistencia, por lo cual se necesitó el acompañamiento de otra persona, para poder contar y asimilar estos sentimientos.

Lo más bello de este proceso fue constatar su confianza en la técnica, su entrega y el hecho de que al cabo de dos años de sesiones, ellos mismos sintieran que ya habíamos terminado.

6 Recomendaciones

Incluir a los padres en el proceso del niño, valorizando todo aquello que ellos mismos pueden hacer por sus hijos.

Dar a los padres un espacio personal que les permita aceptar que la discapacidad del niño es una realidad, que no determina la imposibilidad de tener una mejor calidad de vida.

Nunca dejar un proceso de aprendizaje inconcluso, toda relación y vínculo que se establece entre educador y educando debe cerrarse, para que la vivencia pueda integrarse a la vida cotidiana y mantenga abierta la posibilidad de retomar el trabajo, en cualquier momento, por propia decisión.

Tomar en cuenta que un proceso de aprendizaje necesita mínimas condiciones, en tiempo y espacio para que se despliegue la creatividad y se lleguen a hacer cambios sustanciales en la calidad de vida del niño.

Todo educador que trabaje con personas con discapacidad debe recibir un acompañamiento profesional paralelo para mantener su autoestima.

Tener sucesivos encuentros con los padres para evaluar su proceso y el de sus hijos.

En lo posible no dejar afuera del proceso a los hermanos tratando de brindarles un espacio de atención prioritaria si el caso lo amerita.

Y lo más importante, nunca anteponer la técnica a la calidad de relación que se establece entre el niño, sus padres y el educador.

7 Bibliografía

Alföldi, N. (1980). La Osteodynamie. *D.N*, 1.

Alföldi, N. (1983). Algunos elementos de Osteodynamie. *sn*, 7-16.

Alföldi, N. (1985). La Osteodynamie, El arte del leading. *Fisioterapias del bien estar* (pág. 6). Paris: *sn*.

Béziers, M. (1997). *Aprendo con mi bebé: el gesto de la relación y del bienestar*. Meyzieu: CÉSURA.

Bórquez, R. (2006). *Pedagogía crítica*. México: Trillas.

Bruner, J. (1972). *El proceso de la educación*. Barcelona: Hispanoamericana.

Bruner, J. (2001). *El proceso mental en el aprendizaje*. Madrid: Nacea.

Cyrułnik, B. (2007). *Bajo el signo del vínculo*. Barcelona: Gedisa.

Cyrułnik, B. (2010). *Los tutores de la resiliencia*. Barcelona: Gedisa.

Cyrułnik, B. (2009). *Autobiografía de un espantapájaros*. Barcelona: Gedisa.

de Neufville, P. (1998). *Introducción a la osteodynamica: una ciencia y un arte a la escucha de las memoria del cuerpo*. Quito : Universidad Andina Simon bolivar sede ecuador.

de Neufville, P. (3 de 09 de 2015). Tutoriales. (M. López, Entrevistador)

Definición ABC. (07 de 04 de 2016). *www.definiciónabc.com*. Obtenido de *www.definiciónabc.com*: <http://www.definicionabc.com/salud/terapeuta.php>

Goleman. (2010). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Paidós.

Grenspan, S. I., Wierden, S., & Simons, R. (2006). *El niño con necesidades especiales*. SN: ICDL.

- Hainstock, E. G. (1979). *Enseñanza Montessori en el Hogar "Años escolares"*. Mexico: Diana.
- Hamann, A. (s.f.). *abandoncorporel.ca*. Recuperado el 25 de 01 de 2016, de *abandoncorporel.ca*: <http://abandoncorporel.ca/pages/demarche.html>
- LAPIERRE, A., & AUCOUTURIER, B. (1985). *Simbología del movimiento: psicomotricidad y educación*. Barcelona: CIENTIFICO MEDICA.
- Leloup, J.-Y. (1993). *Prendre soin de l'être Philo et les thérapeutes d' alexandrie*. Paris: Albin Michel S.A.
- Lorenz, K. (1986). *Fundamentos de la etología: estudios comparados*. Barcelona: Paidós.
- Neufville, P. d. (2015). *Nuevos enfoques de la Osteodynamie*. Quito: S.N.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (2004). *La psicología del infante*. Paris: Quadrige.
- Piret, S., & Béziers, M. M. (1971). *La coordinación motora: aspectos mecánicos de la organización psicomotora del hombre*. París: Masson y Cie.
- Rice, P. (1997). *Desarrollo humano*. Mexico: Printice-Hall Hispanoamericana S.A.
- Sánchez, D. (11 de 03 de 2011). *psicoterapiaperinatal.blogspot.com*. Recuperado el 01 de 02 de 2016, de *psicoterapiaperinatal.blogspot.com*: <http://psicoterapiaperinatal.blogspot.com/2011/03/la-teoria-del-vinculo-y-su-importancia.html>
- Sarmiento, V. (D.N de D.N de 2014). *www.flacsoandes.edu.ec*. Recuperado el 13 de 03 de 2016, de *www.flacsoandes.edu.ec*: <http://www.flacsoandes.edu.ec/biblio/catalog/resGet.php?resId=16017>
- Wild, M. y. (1997). *Amor y respeto*. Barcelona: Paidós.