

QUIROGA, Marina. Constitución subjetiva en niños/as con discapacidad motora y sin habla la dimensión comunicativa en la intervención terapéutica. *Revista Intercâmbio*, v. XLII: 89-106, 2019. São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759X

CONSTITUCIÓN SUBJETIVA EN NIÑOS/AS CON DISCAPACIDAD MOTORA Y
SIN HABLA LA DIMENSIÓN COMUNICATIVA EN LA INTERVENCIÓN
TERAPÉUTICA

A CONSTITUIÇÃO SUBJETIVA EM CRIANÇAS COM DESORDENS MOTORES E
SEM FALA. A DIMENSÃO COMUNICATIVA NA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

SUBJECTIVE CONSTITUTION IN CHILDREN WITH MOTOR DISABILITIES
AND SPEECHLESS. THE COMMUNICATIVE DIMENSION IN THIS THERAPEUTIC
INTERVENTION

Marina QUIROGA
(Universidad Nacional de Rosario Facultad de Psicología)
diemare@hotmail.com

RESUMEN: Se presenta un análisis de interacciones dialógicas entre fonoaudiólogos y niños con discapacidad motora y sin habla, para establecer alcances y limitaciones de recursos de comunicación aumentativa y alternativa (CAA) a fin de sostener el proceso de subjetivación involucrando distintas modalidades de lenguaje. Las tendencias generales fueron: la clínica del lenguaje debe pensarse bajo el concepto de interacción y nociones de error, otro, interpretación, son centrales. Existe una inclinación a limitar usos del lenguaje mediante CAA externa al cuerpo (pictogramas, objetos, Tablet) y se observa una comunicación más rica mediante uso de expresiones del propio cuerpo.

Palabras clave: comunicación; interacción; subjetividad; discapacidad.

RESUMO: Esta tese apresenta o analise crítico de dez interações dialógicas entre os terapeutas fonoaudiólogos e as crianças com desordens motores e sem fala, com o propósito de estabelecer os alcances e limitações da utilização de recursos de comunicação aumentativa e alternativa (CAA) em situações clínicas destinadas a sustentar o processo de subjetivação na interação facilitada pelas distintas modalidades da linguagem.

Palavras-chave: expressões corporais; interpretação; significante.

ABSTRACT: *An analysis of the dialogic interactions between speech pathologists and children with motor and non-speech disabilities, in order to know skills. The general tendencies were: the clinic of the language must be think with the concept of interaction and notions of error, another,*

QUIROGA, Marina. Constitución subjetiva en niños/as con discapacidad motora y sin habla la dimensión comunicativa en la intervención terapéutica. *Revista Intercâmbio*, v. XLII: 89-106, 2019. São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759X

interpretation, are central. There is an inclination to limit the uses of language through CAA wich is external to the body (pictograms, objects, tablets) and a richer communication is seen in the use of the expressions of one's own body.

Keywords: communication; interaction; subjectivity; disability.

0. Introducción

Este trabajo intenta dar cuenta de las características de la práctica fonoaudiológica en el contexto de la situación terapéutica, específicamente en el caso particular entre el profesional fonoaudiólogo y los niños/as que poseen una discapacidad motora y sin habla. La inquietud por tal investigación surge a partir de la labor clínica de casi veinte años, de evidenciar y vivenciar los efectos de la implementación de diferentes recursos comunicativos como estrategias en las terapias fonoaudiológicas. A lo largo de todo el desarrollo de este trabajo de investigación, se pretende fundamentalmente otorgar relevancia a la interacción dialógica más allá de lo lingüístico oral, entendiendo el valor abarcativo de la comunicación como un proceso de intercambio integral, completo. En consecuencia, para tal fin, se analizaron diez situaciones comunicativas entre las terapeutas fonoaudiólogas y los niños/as en una institución privada de la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina.

En la interacción con otros, estos niños/as deberían ser interlocutores válidos, sintiéndose partícipes activos con sus producciones, evitando el rol pasivo al que constantemente están sometidos por su discapacidad y sus consecuentes limitaciones funcionales. Es por ello que se desea conocer la realidad actual y local con respecto a quienes, sin tener el habla, el lenguaje oral, pueden comunicarse, interactuar y ser así situados en una posición activa a través de otras herramientas aprehendidas, como aquellas que son naturales (gestos, mímica) y aquellas otorgadas mediante elementos externos a su cuerpo como ayudas, ya sean pictográficas, computarizadas, entre otras. Es decir, conocer la dimensión comunicativa en la intervención terapéutica.

Fundamentalmente, se busca profundizar sobre la cuestión del cuerpo como organismo y del cuerpo hablado en los niños/as con encefalopatía crónica evolutiva (en adelante ECNE), que luego de muchos años de trabajo clínico quien escribe se replantea algunos *misterios* que envuelven a estos sujetos en los que sí hay *movimiento en el lenguaje*. Estos movimientos son producciones con particularidades que no pueden prescindir de la escucha del terapeuta en la clínica fonoaudiológica. Escucha que debería ser develada a través de otras formas convencionales de *hablar*, siendo significantes para ese cuerpo dañado, para *ese cuerpo que habla como puede*.

Mediante la revisión de bibliografía de los estudios ya realizados sobre esta temática, se evidencia la falta de conjunción entre los temas abordados

y sobre todo pocos que den cuenta del valor de la comunicación más allá del lenguaje, siendo la presente población en cuestión, excluida, imposibilitada de producir un discurso, de ser en el discurso, de mostrarse en el mismo. Producir, ser, mostrar, son verbos, acciones que solo aparecen en estos niños/as, únicamente cuando son activos participantes de la interacción dialógica.

Desde el surgimiento de la fonoaudiología como disciplina, las posibilidades de proceder del fonoaudiólogo son las siguientes: la primera, de inspiración innatista, sostiene que las capacidades analíticas biológicamente dadas, preceden y garantizan la producción o desempeño. Por eso, el paciente es sometido a una batería de tests o pruebas, en las que factores como la extensión y complejidad morfosintáctica del discurso del terapeuta determinan el nivel de comprensión del niño.

Un segundo modo de plantear la labor fonoaudiológica, de inspiración piagetiana, es a partir de las construcciones sensoriomotoras, en las que, o se realiza una serie de pruebas de cognición o se intenta organizar el juego. Tanto el análisis de las pruebas como el análisis de los juegos solitarios, en esta teoría, develan el nivel de desenvolvimiento simbólico del niño. En el caso de la perspectiva piagetiana, se evalúa, entonces, en qué período de estadio sensorio motor se encuentra el niño. Por lo tanto, el cuadro de falta de desarrollo cognitivo es entendido como agente causante del cuadro de lenguaje.

Finalmente, la tercera posibilidad de abordaje de estos cuadros surgió en el inicio de la década del 80, fuertemente influenciada por los primeros estudios interaccionistas y por tanto también por la Pragmática. Esta mirada constituye una observación de las conductas comunicativas del niño, como reveladoras de las intenciones. El lenguaje es entendido como extensión de tales conductas, movidas por la intención comunicativa. Sin embargo, la posibilidad de pasaje del dominio prelingüístico a lingüístico nunca mereció previamente la reflexión de los fonoaudiólogos, que apenas acrecentaban un nuevo ítem del conjunto de los comportamientos del niño. Es por ello, que las evaluaciones, muchas veces, se conjugaban con una línea innatista o piagetiana. En el caso de la primera propuesta, el lenguaje es un saber previo y necesario para el desarrollo, en la segunda, el lenguaje es un conocimiento que se adquiere en forma de esquemas cognitivos, mientras que, en la tercera propuesta, es decir para los interaccionistas, la comunicación es el conocimiento anterior que permite la adquisición y el desarrollo del lenguaje.

En esta última vertiente, el fonoaudiólogo es intérprete diferenciado por dos razones. Primero, porque se trata de alguien embebido por una teoría del lenguaje; segundo por el hecho de que, por estar fuera de la historia del niño, puede crear nuevas interpretaciones virtualmente capaces de hacer circular lo que estaba paralizado. Conviene recordar que, si el niño en el proceso de

apropiación del lenguaje incorpora decires ajenos, el significante circulará por otros lugares, y se compondrá con otros aislados, vacíos. Consecuentemente, esto no será más que una precipitación de sonidos, imposibles de significar. Por el contrario, el significante insiste, reflexiona, provoca una lectura. Lectura que debería siempre hacer el fonoaudiólogo al ofrecerse como espejo (intérprete) para el niño, él podrá abrir la posibilidad de (re) significar la historia del niño y de (re) introducir el orden de lo simbólico. Así, la clínica pasa a tenerse en cuenta como espacio de alteridad constitutiva. En efecto, es a partir del discurso que el terapeuta interpreta sobre el silenciamiento del niño y construye un nuevo lugar en el lenguaje.

De esta manera, esta concepción de lenguaje contempla puntos esenciales de reflexión para el fonoaudiólogo: el otro, la alteridad, la otredad, ocupa un lugar central. Lo singular, las márgenes, vuelven a escena. Lo importante es que este profesional no pierda de vista el conjunto de presupuestos que subyacen, como la singularidad, la cuestión de la particularidad, la noción de error, la heterogeneidad, entre otros, y de esta forma, articule teoría y clínica, envolviendo una complejidad que no debe ser minimizada o simplificada. Entender la clínica desde esta mirada, implica apartarse de un saber normativo, exacto, formalizado, lejos de tests y encasillamientos. Esta forma de concebir al lenguaje implica arriesgarse por la vía de otra posibilidad de comprensión de la clínica.

La presencia de cuadros de atraso en el desarrollo del lenguaje, como es el caso de los niños/as de este trabajo, constituye un lugar privilegiado para reflexionar acerca de la clínica fonoaudiológica. Las múltiples formas de abordaje del fenómeno son reveladoras de diversas perspectivas. Lo dicho hasta aquí supone que la mirada del fonoaudiólogo siempre resulta estar encaminada por una concepción, implícita o explícita de lenguaje, concepción que lo coloca en un sitio de observación, el cual no sólo determina su entendimiento sobre el cuadro, sino que también, principalmente, configura el perfil del terapeuta y además del paciente.

Los destacados aportes de Vygotski (1989) acerca del concepto de zona de desarrollo próximo, área que corresponde a las posibilidades propias de un niño con aquellas que puede alcanzar cuando recibe apoyo externo de otro más experto como el docente, familiares, amigos, son de suma importancia. En esta interacción es donde se ubica también a los profesionales que abordan cuestiones relativas al aprendizaje, lenguaje y la afectividad. Los profesionales deberían considerar las diferencias y las dificultades; las posibilidades singulares de resolver problemas, conocer qué tipos de intercambio y experiencias sociales y culturales posee cada niño. Al respecto, en las prácticas fonoaudiológicas es necesario conocer la noción de lenguaje que subyace en esa labor clínica, que teoría sustenta la tarea del profesional.

El profesional fonoaudiólogo en su práctica clínica se enfrenta con la parte del lenguaje que escapa a la regla, con lo que no es previsible, con lo residual, con lo heterogéneo, más aún, el lenguaje en su demostración patológica es la expresión más clara de lo singular, de lo individual. Es la revelación de una singularidad inscripta en el lenguaje, a decir de Arantes (1994). Si la población mencionada en este trabajo escapa a lo correcto, a lo homogéneo, a lo literal, a lo esperado, a lo gramatical, ¿cómo abordarla bajo perspectivas de teorías lingüísticas normativas y/o formalistas? ¿Cómo asumir, a partir de éstas, la práctica clínica, la terapéutica? Al fonoaudiólogo debería interesarle el fenómeno lingüístico como discurso, como actividad, y, es más, como *actividad dialógica*. Actividad, porque a él le interesa la *producción singular* del paciente y ésta escapa a la categorización tradicional que se viene mencionando. Dialógica, porque es esa la naturaleza de la clínica.

A partir de la asunción de esta perspectiva discursiva, más específicamente interaccionista de adquisición del lenguaje, se torna necesario reflexionar acerca de los modos de intervención clásicos en los cuadros de retardo del lenguaje. El fonoaudiólogo trabaja en los bordes, entre zonas irregulares que conforman un margen. Ese margen es un espacio en blanco al escribir, así como un espacio de tiempo hasta que ocurra un nuevo suceso. O hasta que se produzca nueva oportunidad para hacer algo. Vale decir, que aparezca el lenguaje en cualquiera de sus formas, que surja el sujeto en el lenguaje. Lo que realmente importa es que estos niños/as en su hacer, en su decir, en su ser, no queden en un lugar secundario, sin participación alguna, es decir, *al margen*.

1. Fundamentación teórica

Los niños/as de este trabajo, además de permanecer en sus hogares o en algunos casos asistir a sus escuelas de manera inclusiva, asisten a terapias de rehabilitación. Este término remite a volver a habilitar (re- habilitar), es un término que implica normalización, que surge frente a la aparición del discapacitado. En palabras de Silberkasten (2014:119): "rehabilitar en la medida que es rehabetar un cuerpo y rehabetar un lugar social que se carece".

Por todo lo expuesto hasta aquí, se advierte que paralelamente a la discapacidad o como resultado de ella puede decirse que estos sujetos *siempre están fuera de algo, afuera, excluidos de*. Ya sea desde la perspectiva del *cómo hacer*, desde la cadena de producción, en los que se encuentran fuera del funcionamiento del proceso productivo, aunque se los ubique en escalones básicos de este sistema, o desde la visión apenas inclusiva en las sociedades feudales en pequeñas apariciones públicas, y obviamente desde la perspectiva de hacerlos desaparecer o amurallar su existencia, el sujeto discapacitado fue siempre visto de manera diferente, desde la falla, desde la falta, desde el no

poder, desde un lugar inhabilitante, pasivo, casi nulo, inexistente. Por lo tanto, habrá que pensar qué postura se tendrá en cuanto a la concepción del sujeto discapacitado en sus dimensiones tanto real como simbólica. Real, porque el sujeto con DM visible, vive con su discapacidad física, que ciertamente requerirá de ayudas técnicas, implementos, adaptaciones para compensar funcionalmente su falta. Simbólica, ya que en muchas ocasiones es mucho más fuerte e importante la significación que se le otorga a esta circunstancia, por el impacto de su marca y los efectos tanto en la sociedad como en el propio individuo. Sin duda estos dos términos dejan claro la negación total de algo más allá que la posibilidad de ver al sujeto como quien produce o hace. Un sujeto sin ser y vulnerable a ser moldeado por quien restablece o por quien determina para lo que deberá ser hábil.

Una discapacidad física es una depreciación en las capacidades sensoriales que generalmente se hacen visibles por las compensaciones que ese cuerpo realiza para disminuir sus efectos. Una discapacidad de otro tipo ya sea visual, sensorial, auditiva, quizás tenga otras consecuencias, que, en el caso de esta tesis, no se abordará. En este caso, hablar de lo visible del cuerpo, no es hablar del cuerpo biológico, sino poder abordar los aspectos subjetivos que a través de él se ponen de manifiesto. El cuerpo ocupa el lugar de un referente permanente de la identidad. Parafraseando a Mannoni (1996) *el vínculo con el propio cuerpo es un texto por descifrar*. En otras palabras, la relación con el cuerpo metaforiza las vicisitudes de los vínculos que se establecen con la realidad.

Para abordar el tema de la DM se requiere visualizar dos aspectos: uno social porque la sociedad determina las condiciones de existencia del sujeto que la padece, y otro psíquico, porque los procesos subjetivos son necesarios para constituirse como sujeto. El sujeto nace en sociedad, y es producto de ella, hereda representaciones con las que construye su identidad. Estas representaciones no son determinantes, sin embargo, son transmitidas como valores, creencias, mandatos e influyen fuertemente en su constitución subjetiva permitiéndole conocer quién es, cuál es su lugar y sus aspiraciones futuras.

En estos días el paradigma ha cambiado porque la sociedad ha cambiado en algunos aspectos, pero siguen existiendo lugares en los que se advierte esta diferencia. Uno de ellos es el ámbito escolar, que sigue siendo un espacio difícil para integrar o incluir niños con discapacidad, y más aún cuando deben alcanzar metas, ya no solo sociales o de inclusión sino metas o mejor dicho *notas* académicas. Dentro del discurso escolar, que es normativo y pragmático, el niño con o sin discapacidad es visto desde las teorías del desarrollo. La institución escolar tiene sus dispositivos para evaluar y detectar el grado o nivel en que se encuentra, sea próximo o alejado a lo esperable. La escuela cuenta con exámenes, evaluaciones, talleres, cursos, con tiempos y

QUIROGA, Marina. Constitución subjetiva en niños/as con discapacidad motora y sin habla la dimensión comunicativa en la intervención terapéutica. *Revista Intercâmbio*, v. XLII: 89-106, 2019. São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759X

objetivos estrictos que alcanzar y estos ponen a prueba permanente a los sujetos con discapacidad. La escuela se transforma entonces en un agente que dificulta los procesos de cambio positivo del sujeto con discapacidad a menos que realice adaptaciones particulares para cada niño (no solo con discapacidad); adaptaciones de acceso, de currículo, de metodologías. Y en este sentido es fácil imaginar que justamente los niños con discapacidades motoras encuentran en el aula escollos muy difíciles de superar.

En la actualidad, el hecho de poder pensar que las personas con discapacidad, sea cual fuere, necesitan comunicarse, es un gran avance cultural y social. En palabras de Silberkasten (2014:15), al referirse a la mirada actual de la discapacidad: "negar los avances, sería miope". A medida que el tema de la discapacidad se vaya visibilizando, la discriminación irá disminuyendo.

La anatomía, lo orgánico, la morfología, el cuerpo no es el destino, pero no hay destino sin cuerpo. Todos los seres humanos poseen fallas, faltas, limitaciones, angustias, pero no es lo mismo poseer una discapacidad. La idea central es entender que lo que se discapacita no es el deseo de comunicarse, la intención de interactuar, de decir algo. En la dimensión terapéutica cobra importancia la actitud clínica del terapeuta, en este caso del fonoaudiólogo. Es decir, si posee una posición reducida a producir la oralidad en un niño con ECNE, será de una marcada influencia médico organicista, tal como fue descrita en el capítulo 1 de esta tesis. La oralización, en los niños/as de este trabajo, no es sinónimo de hablar, y mucho menos comunicar. Al respecto, Vasconcelos (2014:360) afirma:

debe existir una posición en la que se piense que hay algo más que lo meramente orgánico, como por ejemplo que oír es un fenómeno fisiológico y escuchar es interpretación, como efecto del lenguaje sobre el sujeto o sobre el cuerpo.

Aún más, se supone que la clínica fonoaudiológica en ECNE, da la posibilidad de tratamiento en una dificultad de comunicación, y no precisamente de lenguaje, es decir, al trabajar con pacientes con ECNE el lenguaje es apagado en favor de hacer una terapéutica dirigida a hacer válidas las intervenciones y las interacciones. No puede ser reducida en este caso la comunicación al aspecto articulatorio, ya que se dejarían entonces de lado cuestiones relacionadas con el sujeto. Cuando se piensa en CAA se supone que el impedimento de la no oralización traspasa, es decir, ya no depende de lo motor. Se intenta hacer que el niño con ECNE se comunique por otras vías, no la de la oralización. En tal sentido, Vasconcelos (2014:370) asegura:

el uso de estos sistemas gráficos visuales no es lengua, pero son movidos por el funcionamiento de la lengua, que está en el habla del otro y por el habla que está en la escucha de los sujetos con ECNE.

Según esta autora, los símbolos de estos sistemas gráficos no son instrumentos de representación del mundo, no hablan por sí mismos, no tienen valor en sí. Su eficacia resulta del hecho de poder ser significantes, de poder operar como entidades lingüísticas gracias al acuerdo entre las partes intervinientes, es decir niño con ECNE y otro, terapeuta. La imagen, por ejemplo, en los pictogramas, es una imagen fija que le permite volver al niño cuantas veces quiera. El niño mira los pictogramas y deja de mirar exclusivamente al interlocutor (en este caso su terapeuta).

El pictograma se convierte en un objeto mediador que, a través del terapeuta, abre un espacio diferente. Un espacio diferente porque la visión que se debe tener de la comunicación en interacción ha de ser también diferente, una visión que permita pensar a la comunicación no como un universal sino en sus manifestaciones particulares, tomar posiciones significantes para ampliar las posibilidades de decir del niño. Estos pacientes producen lenguaje, aun estando fuera de la lengua, hablan, escuchan, aunque sensibles por otro en el registro que ese otro hace de tales elaboraciones.

Las producciones de sujetos con ECNE ganan cuerpo en el otro que le prestan su voz y el gesto, a partir de la posibilidad motora que le resta: un parpadeo, una mirada direccionable, un movimiento diferenciable de otro, producciones que puedan ser notadas y registradas. Los sistemas de comunicación no orales vehiculizan la aprehensión de esas producciones. Vasconcelos (2014:372) afirma que:

la decisión de uno u otro símbolo gráfico deviene de su articulación a un texto, que acontece en la situación clínica y entonces es introducido a partir de un texto familiar que funciona como disparador de lo que será movilizado en el espacio clínico, esos símbolos comienzan a componer el texto del paciente en tanto marcas de una escritura particular que permiten aprehender el habla que esta encubierta bajo la imposibilidad de oralizar.

Mientras el cuerpo se muestre y converse en esas expresiones corporales sea entendido como algo más que organismo, es decir que sea significativa y exista huella de lo intersubjetivo, se construirá la subjetividad. La aptitud significativa implica que el cuerpo organismo se va construyendo en cuerpo signico. Se hace entonces necesario poder establecer una línea teórica que justifique lo que sucede en la situación terapéutica y que sustente teóricamente la práctica clínica fonoaudiológica.

Así como plantea De Lemos (1983) una nueva teoría o marco conceptual que proporcione respuestas a la adquisición del lenguaje en los niños, tan bien formulado por Bates en forma de períodos (perlocutorio, ilocutorio y locutorio), se considera apropiado poder situar al niño de esta investigación, que habla, más allá de que no *hable* en el sentido literal del término y como se viene

desarrollando a lo largo de toda esta tesis. Es decir, los niños de este trabajo se comunican, aunque no hablen, están en la interacción dialógica, son hablantes.

La cuestión de la CAA es discutible desde su definición, ya que nada puede ser alternativo u aumentativo del lenguaje, porque para comunicarse se debe estar en el lenguaje, según la noción de comunicación y lenguaje que se ha desarrollado a lo largo de esta tesis. Vale decir, que para que un sujeto se comunique con otro (interacción) debe estar en el lenguaje, tenga o no habla. El lenguaje es mucho más que el movimiento de órganos que permiten que se expelen aire y salgan sonidos. El lenguaje es aquello que permite vislumbrar al sujeto, aunque lo haga con símbolos, gestos u onomatopeyas.

El lenguaje es el ser siendo. Lenguaje y comunicación son términos que se necesitan, que no se aumentan, que no se alternan uno de/con otro, en contraste con las definiciones implicadas en la CAA.

Cuando no se ha producido la representación, adviene en dificultades, como en el autismo y algunas formas de psicosis, la imagen del espejo es desconocida. No interesa en este estudio el yo (je) de Lacan, sino qué cuerpo orgánico, fragmentado, se expresa o está presente en el discurso.

Pero cabe preguntarse: ¿El cuerpo del niño discapacitado fue hablado, tocado de la misma manera que un niño sin discapacidad? ¿Existió función materna en términos de Winnicott (*holding, handling, to show the world*), en las que se observa la manera en que la madre o quien realice esa función sostiene (*hold*), maneja (*hand*) al bebé y le presenta los objetos o el mundo (*show the world*)?

Según el autor, estas tres funciones determinan de forma correlativa el desarrollo del bebé y la posterior capacidad de establecer relaciones interpersonales. Este hecho, ¿es suficiente para constituir subjetivamente a ese niño? ¿Quién se expresa entonces en las interacciones, es el niño en su totalidad o una porción fragmentada de ese niño constituido porque fue descifrado o decodificado a lo largo de su desarrollo? ¿Un niño cuya imposibilidad motora es muy grave queda en el estadio del espejo de Wallon? (6 a 18 meses) ¿Hay estadio del espejo en los niños que no pasaron por esta experiencia? ¿Qué padre o madre subjetivado/subjetivante con el conocimiento del diagnóstico y su grado de aceptación o no de tal, haría la experiencia del espejo? No puede saberse. Solo por lo que expresa el niño a nivel de sus gesticulaciones, posturas, miradas, producciones, podemos conocer acerca de él y sus circunstancias reales. ¿Será un interlocutor válido más allá de sus funciones comunicativas limitadas (desiderativas-proclamativas)?

La discapacidad confronta al sujeto con una imagen fragmentada de su cuerpo y este hecho es en sí traumático. La imagen de sí que el otro le devuelve sanciona una pérdida a veces irreversible. Si el niño nació así, con

QUIROGA, Marina. Constitución subjetiva en niños/as con discapacidad motora y sin habla la dimensión comunicativa en la intervención terapéutica. *Revista Intercâmbio*, v. XLII: 89-106, 2019. São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759X

esa forma, así es su cuerpo. La falta se establece por el imaginario social, del que los padres forman parte. Muy diferente será el caso de quien nace sin ninguna dificultad y luego le sucede un accidente cerebro vascular, o un traumatismo.

En los niños/as con lo que se trabaja en esta tesis, a pesar de no existir postura de pie, ni marcha, en términos de Wallon, es decir que no hay coordinación motriz, ni evolución de tipo motora, la imagen que el espejo les devuelve es esa, la imagen corporal propiamente dicha es esa, y a pesar de ello, se cree que pueden llegar a constituirse como sujetos a través situaciones de interacción dialógica.

Es a partir de Saussure, quien propone la relación entre significado y significante, que la lingüística moderna encuentra otras vías para analizar el fenómeno del lenguaje; y es ahí que la fonoaudiología toma como objeto de estudio la palabra y sus aspectos fónico, fonemático, prático, sintáctico, semántico, conformando entonces su campo de trabajo. Sin embargo, el desarrollo de la lingüística moderna indaga acerca del significante y el conjunto de relaciones que este concepto propone: sintagma, paradigma, autorregulación del lenguaje; replantea los componentes de la lengua, cambia además el sentido de la gramática misma y reordena la significación en otros ejes. Vale decir, lo que cambia no es que solo se toma la palabra sino también el significante. Este concepto también es tomado por el psicoanálisis lacaniano que recupera la propuesta freudiana, ligada a esta noción. De esta manera, se puede mencionar que nació esta disciplina unida al concepto de lenguaje para después desplegar la noción de sujeto. Entonces, basado en la propuesta de Freud de que lo que opera al sujeto es la palabra y que la palabra es tomada como significante, es que el psicoanálisis aporta a la lingüística moderna otras reflexiones acerca del lenguaje y de lo que determina, iniciándose una interminable relación o discusión entre estas disciplinas: cómo se constituye la subjetividad en relación con la estructura del lenguaje. En palabras de Jerusalinsky (1988:166):

La propuesta lacaniana es que *lo inconsciente es estructurado como un lenguaje*, lo que no quiere decir que lo que compone el inconsciente es el mismo material el lenguaje, sino que reproduce su estructura, porque el sistema del lenguaje es lo que causa al inconsciente, es lo que lo arroja a su posición de tal, lo que produce en el sujeto un corte [...] así la función de la subjetividad es pensada no solamente desde el eje del paradigma como el eje de la libertad asociativa, en el campo de la lingüística, sino como la presencia del Otro en el campo del sintagma, que también instala esa escisión que subjetiviza.

Es necesario entonces recalcar que no se puede pensar al lenguaje como una estructura pura, sino en función de la subjetividad, en relación a otro, y esto debe ser tomado muy en cuenta en la labor clínica fonoaudiológica, porque no se puede partir de esta cuestión antes descrita, es decir desde un

hecho prático, o meramente fónico, ya que es a partir de todo este recorrido mencionado y las reformulaciones desde el psicoanálisis y la lingüística acerca del significante que la mirada sobre el lenguaje se ha modificado. Por lo tanto, debe existir una redefinición del campo de la terapia del lenguaje a partir de estos importantes aportes y considerar al lenguaje no como un mero instrumento de expresión de ideas, sino como constitutivo y constituyente de la posibilidad de que se articule el sujeto en relación con otro en el campo del deseo y de la demanda.

2. Conclusiones

El análisis exhaustivo de las diez situaciones comunicativas en las que se observaron y registraron los elementos lingüísticos y no lingüísticos, permitió dar cuenta de algunas cuestiones más bien regulares o generales que sucedieron en la mayoría de las interacciones:

- Una imposibilidad por parte de los profesionales fonoaudiólogos para poder ver, ni siquiera mirar al sujeto más allá del compromiso motor, al sujeto que subyace a la patología.

- El profesional fonoaudiólogo tuvo una posición insistente en querer oralizar a un niño con ECNE, y esto tiene una marcada influencia organicista, que lejos está de la labor fonoaudiológica que aquí se intenta plantear, esa oralización no es hablar y mucho menos será comunicar. Se debería comprender que en la interacción dialógica en la clínica fonoaudiológica existe un sujeto que sufre por efecto de la dificultad en el habla y por su condición particular de hablante. El cambio debería suceder en la dimensión terapéutica, considerando nociones como error, sujeto, otro, escucha, interpretación.

- En todas las interacciones existió mayor conexión entre los participantes durante los momentos en que las fonoaudiólogas enfatizaban su discurso con recursos lingüísticos no verbales, es decir utilizando la prosodia, el ritmo, la acentuación, las pausas, entre otros. Estas estrategias remiten, como ya se mencionó con anterioridad, a las primeras etapas del desarrollo prelingüístico, cabría entonces preguntarse si estos niños con ECNE, permanecen por mucho tiempo atrapados en esta etapa, dada la evidencia encontrada.

- Una marcada insistencia por parte de los fonoaudiólogos participantes en seguir con sus objetivos o plan de trabajo a pesar de diversas situaciones ya descritas en el análisis de las situaciones comunicativas, que hubiesen modificado y enriquecido las mismas. Se evidenció una falta de interpretación signífica de cuestiones corporales producidas por los niños/as por parte de casi todas las fonoaudiólogas.

Existió una constante búsqueda por parte de la generalidad de las profesionales fonoaudiólogas en que los niños/as respondiesen mediante

pictogramas u otros objetos ajenos al cuerpo, y tuvieron poco en cuenta las producciones del cuerpo, el juego vocal, los sonidos ininteligibles o no, los gestos y las expresiones faciales y corporales y todo lo no verbal. Más aún, deberían haber sido tomados como positivos, como *errores* positivos, no como síntomas de no comunicación. No hay homogeneidad ni uniformidad en las interacciones en general y menos habrá en aquellas con niños con ECNE.

El profesional fonoaudiólogo, en la dimensión dialógica, en la situación terapéutica, debería dejar de insistir en la aparición del habla como método, como técnica, o en perpetuar sistemas de CAA poco significativos introducidos como entrenamiento y convendría posicionarse en la escucha del habla bajo cualquier modalidad que se presente, imperfecta, en las márgenes. El ocuparse de la clínica fonoaudiológica de niños con ECNE implica otra escucha. Si el profesional se perpetúa en técnicas que derivan de la neurofisiología, del entrenamiento, la labor será una *terapia de habla*. Y justamente, el habla es inexistente o inacabada en estos niños, aquí se trata de un niño con *un cuerpo que demanda interpretación*.

Las producciones de los pacientes que son introducidos en cualquier sistema de CAA, sea de alta tecnología o de baja, con ayuda externa o sin la misma, deberían ser leídas como significantes, ya que el *habla* que producen es debida a las marcas previas de subjetividad por el préstamo que hace el terapeuta, que *lee* lo que el niño *dice* como significante. La tecnología y los recursos que ésta brinda introduce posibilidades para el sujeto que posee una diferencia en relación con los otros, al compensar faltas físicas y sensoriales. De esta manera se abren puertas para acortar diferencias creadas por estas faltas. Sin dudas, los sistemas de CAA representan una conquista importante en lo que respecta a la relación interdisciplinaria entre clínicos, profesores y las personas con patologías que están imposibilitadas de hablar. Es decir, sea en mayor o menor medida, lo importante es que se abrió la discusión y, sobre todo, el hecho de poder pensar en que las personas que no tienen habla necesitan un modo de relacionarse con el mundo que los rodea. Es un punto de apertura hacia la materialización del habla que está contenido por lo real, por lo orgánico fallado, pero no debería olvidarse lo que el niño trae como propio, como natural, como expresivo: su cuerpo. Todos los sistemas de CAA con ayuda externa sean de baja o alta tecnología, responden a un orden, siguen reglas que, si bien no son sintácticas o acordes a la lógica del lenguaje oral, tienen una normativa lingüística; entonces habrá que evaluar hasta qué punto son válidas para este tipo de práctica fonoaudiológica.

En la interacción, el niño con ECNE no solo imita gestos o realiza expresiones corporales, sino que modifica el curso de sus acciones a partir del habla del terapeuta (ella escucha, reconoce al otro y con él se identifica, porque definitivamente hay habla en la escucha de estos niños que no hablan, es decir el habla no se manifiesta, pero se encuentra en la escucha. Existe una

QUIROGA, Marina. Constitución subjetiva en niños/as con discapacidad motora y sin habla la dimensión comunicativa en la intervención terapéutica. *Revista Intercâmbio*, v. XLII: 89-106, 2019. São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759X

discursividad motora que invoca y convoca al otro por los significantes gestuales, corporales, entre otros, que adquieren valor de palabra. Según Le Bouch (1978:87): "la comunicación consciente despierta cuando los gestos se convierten en signos, es decir cuando transportan significaciones y sentidos [...] cuando realizan ciertos gestos, los individuos dan indicaciones a otros individuos que, a su vez, responden".

Ningún sujeto escapa a las ataduras hacia el otro, que se fortalecen a través de la mirada y del contacto corporal, porque el cuerpo es lenguaje. Lenguaje que habla antes de la palabra y cuando la falta toma al cuerpo, se hace evidente en estos niños con ECNE y DM. Esta falta se enfatiza más aún con aparatos, artefactos, que deben deberían dar un soporte y un sostén.

En muchas ocasiones son las diferentes modalidades de inscripción del niño en el lenguaje dificultada por límites orgánicos, como en el caso de los niños de este trabajo y sumado a ello, pueden existir obstáculos del niño en conquistar una posición subjetiva, a partir del lazo con un adulto. Aún más, existen límites en las disciplinas en distinguir si los niños con dificultades orgánicas pueden ser también el resultado de un funcionamiento social con una manifestación psíquica. Frente a un niño, cuya habla está ausente, o limitada, es muy común que la demanda al fonoaudiólogo sea convertir al niño en un hablante ideal. Esta idea es repetida, es decir, la relación entre el niño que no habla y la del profesional que debe "hacer hablar. En el caso de un niño se impone una red más compleja ya que diferente a un sujeto constituido, que puede hablar por sí mismo de lo que desea o no, mientras que un niño en su condición de *infans* depende de lo que se habla o dice de él. De manera similar sucede con las manifestaciones corporales, en el adulto, pueden distinguirse de las manifestaciones psíquicas que producen un efecto en el cuerpo, como la hipocondría o la conversión histérica. En el niño, al estar en proceso de dominio de su propio cuerpo, completamente vulnerable a los sentidos que el otro materno les atribuye a las manifestaciones corporales que produce. El niño es el efecto de lo que se dice acerca de él, de los ideales que encarna.

La relación que se establece con el profesional fonoaudiólogo es transitiva y permite el surgimiento del habla, no como habla sonora, sino en sentido de sentido de intención comunicativa. En este sentido, la interpretación de un gesto, de un sonido antes de presentarse como un discurso, dependerá de la interpretación de otro. El fonoaudiólogo constituye un lazo discursivo con el niño a partir de una producción por mínima que sea, haciendo que aparezca algo de lo simbólico. A través de la transcripción, la extensión, la ampliación, la decodificación, de los movimientos del niño que lo simbólico toma cuerpo, la acción se transforma en acto. Significa algo para los otros, se torna lenguaje. El fonoaudiólogo al trabajar con niños que no oralizan, articula sujeto y lengua creando un espacio discursivo en una escena clínica. Es una concepción de la clínica del lenguaje que implica una concepción teórica de sujeto.

No se puede pensar una clínica del lenguaje sin el concepto de interacción. Según Lier De-Vitto (1978) no es cualquier teoría de la lingüística con quien se podría dialogar, deber ser una en la que los conceptos como interacción, otro, error, sean centrales. La clínica del lenguaje es un espacio terapéutico en el que la interacción es establecida por la presencia de un sujeto que sufre un efecto (de escucha de otro o de la propia escucha). Por lo tanto, la clínica del lenguaje es un lugar en que la demanda por un cambio en el lenguaje es una condición del hablante dirigida a otro-terapeuta. Es por lo tanto una interacción/interpretación, es decir el habla produce un efecto de patología en la escucha de otro, esa escucha tiene un efecto de boomerang: afecta aquella habla. De la noción de síntoma participan por lo tanto el oyente, que no deja pasar una diferencia y el hablante que no puede pasar a otra cosa, por eso acude en su ayuda. El síntoma en el lenguaje *hace sufrir* porque es una expresión, tanto de una fractura en la ilusión de semejante (lazo social) como en una ficción en sí mismo y de control de sí mismo y de su habla, afirma Lier De-Vitto. Estas hablas sintomáticas, que sufren, que muestran, que están al margen, son abordadas con un empirismo neutro, con análisis y descripciones estrictas que no llegan a circunscribir el síntoma, ya que acontecen fuera de lugar, y esto es empeñarse en delimitar el síntoma. Por lo tanto, lo único que surgirá bajo esta perspectiva y en esta población, será un grupo de niños que no se ajustan a la regla o al patrón de *normalidad*. Desde un punto de vista científico, se ignora también que el síntoma no es reductible a la polaridad correcto-incorrecto ni a excepciones de la regla. El síntoma no es homogeneizable en la categoría de error y señal de esa falencia teórica es que, frente a la imposibilidad de categorizar así, se relaciona lo no categorizable en variaciones individuales en el ritmo del desarrollo. Y justamente es así a pesar de la presencia o no de discapacidad, sino se estaría en presencia del apagamiento del sujeto que sufre.

El tema de la discapacidad plantea una amplia gama de interpretaciones y puntos de vista, que en realidad lo convierten en un significativo vacío, en el sentido que es un significativo por construir porque no hay una expresión única, definitiva, verdadera, sino que depende de la perspectiva que se aborda. Es un concepto en constante proceso de cambio, no es lineal y dependerá del contexto, de la cultura.

El modelo actual de la discapacidad es consecuencia de haber podido desarticular conceptos como normalidad, anomalía, diferencia y déficit. Todos los sujetos son únicos e irrepetibles y las diferencias no pueden ser motivo de discriminación ni de sojuzgamiento con la excusa de *hacer el bien al discapacitado*. Según Freud, la anatomía no es el destino, pero no hay destino sin anatomía. Freud afirma que todos los sujetos son neuróticos, esto es, fallados, con faltas, con angustias, limitados, que no es lo mismo que decir que existen discapacidades o diversas habilidades.

El motivo que define a alguien como discapacitado o no, es la falta de inserción en el sistema de producción, es decir la forma en que una sociedad piensa lo que es normal y lo que es patológico es absolutamente funcional a su sistema productivo, como se describe en el capítulo teórico 1, al mencionar al capitalismo.

Se debe trabajar sobre las concepciones sociales acerca de la discapacidad no solo desde los posicionamientos normativos sino sobre el sistema productivo-económico donde se inserta el sujeto discapacitado. No se deben realizar campañas de sensibilización (que muchas veces convocan a la pena, a la piedad), como estrategia única sino priorizar inclusiones laborales reales e inserciones de circulación social. La discapacidad es un concepto representacional que circula por los cambios de la cultura y de las épocas. La discapacidad analizada en esta tesis es generada por una noxa real, no genera neurosis en términos freudianos, ya que serán las posiciones subjetivas, lo libidinal, la manera en que es tramitado el diagnóstico, ideas centrales. No es un acontecimiento más en la vida de un sujeto, es una posición identitaria que conlleva a una posición subjetiva. Se trata de explorar las implicancias subjetivas de una noxa orgánica en el universo de la cultura y del lenguaje.

En el caso de estos niños/as, la integración del yo, la representación del cuerpo fallado es definida por el otro. Como se mencionó con anterioridad, el *infans* ubicado en una posición de impotencia motriz, es visto desde el lugar de la madre y lo que vea en el rostro de la madre será el reflejo futuro, de perpetuidad de esa impotencia motriz o no. En términos de Winnicott, en ocasiones estos niños/as no han podido acceder a las funciones maternas de *holding* y *handling*, pero porque literalmente esas madres no han podido sostener ni abrazar ese cuerpo que se les presenta luego del diagnóstico de la ECNE. En la mayoría de las ocasiones es la madre que no puede *sostener* al niño, calmarlo cuando lo necesita, decodificar lo que le sucede, ya que ella misma no puede *sostener* la elaboración que implica lo traumático. La mirada de esa madre, de ese otro fundamental, lejos de ser integrativa, constitutiva, será aún más discapacitante, esperando que ese niño camine, hable, que la nombre, que oralice. La mirada tiene un valor primordial, vale decir, la intensidad de la mirada que sostiene la madre con su hijo hace reflexionar acerca del valor que tiene en la constitución del cuerpo y de la gestualidad. La fijación de la mirada, el encuentro de los ojos es una experiencia del cuerpo en una unidad.

La madre no ve al hijo, lo mira. Esta mirada le confirma lo que él significa para ella, es una mirada amorosa, cargada de subjetividad, que construye el cuerpo de ese niño con ECNE. Muchos de los juegos que se realizan en la situación terapéutica ponen en juego la construcción del cuerpo, lo espacial, lo temporal y este hecho se da por la discontinuidad en la mirada, por la ausencia, por la presencia, por la falta, como en los juegos del cuco, del acá

QUIROGA, Marina. Constitución subjetiva en niños/as con discapacidad motora y sin habla la dimensión comunicativa en la intervención terapéutica. *Revista Intercâmbio*, v. XLII: 89-106, 2019. São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759X

está entre otros tantos. Quienes trabajan en discapacidad, en fonoaudiología, deben poseer la capacidad de mirar, no solo de ver, ya que hay un niño que se ofrece a ser mirado. Mirar es una búsqueda, una exploración que se hace con otro, que se corporiza en esa mirada.

Así, estos padres con poca o nula aceptación del diagnóstico de su hijo van en busca de una profesional que repite lo mismo, entonces, no se está viendo al niño y sus verdaderas capacidades, con una noxa, que es real, y con su manera auténtica y particular de comunicarse. En la clínica fonoaudiológica con sujetos con ECNE, se debería tratar de elaborar con los padres el hecho de que ese niño no tiene un diagnóstico de cura: con relación a la esfera del lenguaje, estrictamente oral, es un niño que posiblemente no hablará. Es labor del profesional fonoaudiólogo que recibe a niños con ECNE y decide trabajar con ellos, mostrar a los padres que hay otro espacio, que existen otras alternativas frente a la falta de lenguaje oral, como los gestos, las expresiones corporales, las expresiones faciales, las vocalizaciones y otros medios que movilicen al niño en la lengua, es decir que sean significantes para él y que lo hagan *decir lo que quiere*. Son estos mismos niños los que van en busca de la rehabilitación física o de la kinesiología como práctica profesional, para que esos niños caminen. Es tarea de ese profesional mostrarles también a los padres que existen otras vías para que su hijo manifieste su deseo de moverse, de ir hacia algún lugar de movilizarse hacia donde desee, como distintas sillas, andadores, entre otros.

Este espacio lingüístico que debería instalarse en la clínica fonoaudiológica es un espacio que permite el encuentro entre dos subjetividades (niño-paciente y adulto-fonoaudiólogo) en un contexto determinado de aquí y ahora o, en términos de Benveniste (1978), "en la presente instancia del discurso". En ese diálogo se expresan deseos, pensamientos, creencias con el cuerpo, las posturas, los gestos y el habla. En general, en la literatura se observa una imposibilidad de instalar en las personas con ECNE la categoría de sujeto, y la propuesta clínica debería ser justamente aquella caracterizada por sus cuestiones singulares y propias de la relación de los pacientes con el lenguaje y sus particulares formas de aparición.

Estas apariciones del lenguaje en los pacientes con ECNE, a través de la implementación de algún sistema de CAA, son leídas como significantes por los terapeutas abren un espacio de posibilidades más allá de lo real de la patología. Este hecho marca una diferencia sustancial con otras clínicas del lenguaje en relación con la transferencia entre paciente y terapeuta, y a la dependencia del cuerpo del otro, implicado en las interacciones dialógicas.

Debería existir una clínica fonoaudiológica en la que se abra un espacio, un territorio en el que esté el cuerpo, el ser un cuerpo y no solo tener un cuerpo. En este sentido, Skliar (2017:85) menciona que "la historia de la

QUIROGA, Marina. Constitución subjetiva en niños/as con discapacidad motora y sin habla la dimensión comunicativa en la intervención terapéutica. *Revista Intercâmbio*, v. XLII: 89-106, 2019. São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759X

discapacidad es, también, una historia de mutilaciones, cercenamientos, distancias extremas y desapariciones de cuerpos: cuerpos cojos, cuerpos sordos, cuerpos ciegos, cuerpos frágiles, cuerpos monstruosos, cuerpos pobres, cuerpos dementes, etcétera”.

Se trata de que exista un otro que espere algo de estos niños, no solo tenerlos enfrente, sino poder ocupar un lugar de sujetos y no de objetos.

No existe nada más imprevisible que la construcción del lenguaje. En palabras de Levin (2002:95): “la interacción con eso otro que es el otro provocará inestabilidad, abriendo la posibilidad de nuevas organizaciones, ya sea que se acerque a lo considerado normalidad o perturbación”.

La ausencia de lenguaje plantea ciertos interrogantes entre los aspectos psicológico y neurológico, que quizás no deberían ser tomadas como opuestas sino más bien complementarias, solidarias, interdependientes. Preguntarse por el lenguaje es preguntarse sobre la simbolización. Y esta capacidad existe en los niños con ECNE que con mínimos elementos son capaces de desplegarla, pero, en términos de Levin (2002:93), “para que esto sea un proceso creativo, es necesaria la concurrencia de otro singular”, en este caso el terapeuta. Es entonces desde esta perspectiva clínica que tiene en cuenta a un ser escuchante-hablante-deseante, constituido en y por el lenguaje con y para otro que existirán nuevas posibilidades.

La apuesta está allí, porque ahí hay un sujeto en constitución y permitir que algo en esa dirección se pueda comience a construir, con cada nueva producción del niño, sea un sonido, un dibujo, un gesto, una letra que abra un camino para nuevas significaciones.

Referencias bibliográficas

ARANTES, L. (1994). El fonoaudiólogo, ese aprendiz de hechicero. *Fonoaudiología: el sentido del lenguaje*. San Pablo: Cortez.

_____ (2006). *Adquisición, patologías y clínica del lenguaje: sobre la instancia*

BATES, E & col. (1975) The acquisition of performatives prior to speech. En *Merril Palmer Quarterly of Behaviour and Development*. Londres: Volumen 21. Número 3. Wayne State University Press.

BENVENISTE, E. (1978). *El hombre en la lengua*. Méjico: Siglo Veintiuno.

FREUD, S. (1952). *Psicopatología de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Rueda Editores.

QUIROGA, Marina. Constitución subjetiva en niños/as con discapacidad motora y sin habla la dimensión comunicativa en la intervención terapéutica. *Revista Intercâmbio*, v. XLII: 89-106, 2019. São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759X

JERUSALINSKY, A. (1988). *Psicoanálisis de los problemas del desarrollo infantil*. Buenos Aires: Nueva Visión.

LACAN, J. (1949). *El estadio del espejo como formador de la función del yo*. Comunicación presentada en el XVI Congreso Internacional de Psicoanálisis. Zúrich.

LE BOUCH, J. (1978). *Hacia una ciencia del movimiento humano. Introducción a la psicokinética*. Buenos Aires: Paidós.

LEVIN, E. (1995). *La infancia en escena. Constitución del sujeto y desarrollo psicomotor*. Buenos Aires: Nueva Visión.

LEVIN, J. (1992). *Un modelo de entrevista para una perturbación del lenguaje*. Buenos Aires: Escuela de Altos estudios del Lenguaje.

LIER DE VITTO, M.F. (1978). Falas sintomáticas: fora de tempo, fora de lugar. En *Caderno de Estudos lingüísticos*. 47. 1. 2. Universidade Estadual de Campinas: Campinas.

MANNONI, M. (1996). *La primera entrevista con el psicoanalista*. Gedisa: Buenos Aires.

SAUSSURE, F. (1945). *Curso de Lingüística general*. Buenos Aires: Losada.

SKLIAR, C. (2017). *Pedagogías de las diferencias*. Buenos Aires: Noveduc.

SILBERKASTEN, M. (2014). *La construcción imaginaria de la discapacidad*. Buenos Aires: Topía.

VASCONCELLOS, R. (2014). *Adquisición, patologías y clínica del lenguaje*. Rosario: UNR Editora.

VYGOTSKI, L. (1989). *Pensamiento y lenguaje*. Barcelona: Grijalbo.

WALLON, H. (1975). *Los orígenes del carácter del niño*. Buenos Aires: Nueva Visión.

WINNICOTT, D. (1982) *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.