



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSTGRADO  
MAESTRÍA EN PSICOANÁLISIS Y EDUCACIÓN**

**TEMA:**

**La importancia de crear un espacio de escucha que da lugar a la subjetividad de los niños con problemas de aprendizaje. Análisis de un caso de un centro de salud de la ciudad de Machala**

**AUTOR**

**Psi. Cl. Diana Carmen Morocho Nugra**

**Previa a la obtención del Grado Académico de:  
MAGÍSTER EN PSICOANÁLISIS Y EDUCACIÓN**

**TUTORA:**

**Lic. Andrea Moreno Naranjo, Mgs**

**Guayaquil, Ecuador**

**2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**SISTEMA DE POSTGRADO**

**MAESTRÍA EN PSICOANÁLISIS Y EDUCACIÓN**

### **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Diana Carmen Morocho Nugra** como requerimiento parcial para la obtención del **Grado Académico de Magíster en Psicoanálisis y Educación**.

### **DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Psi. Cl. Andrea Moreno, Mgs.

### **REVISORES**

Lic. Andrea Ocaña, Mgs.

Psi. Cl. Alvaro Rendón, Mgs.

### **DIRECTORA DEL PROGRAMA**

Psi. Cl. Rosa Elena Sper de Sonnenholzner

Guayaquil, a los 9 días del mes de mayo del año 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**SISTEMA DE POSTGRADO  
MAESTRÍA EN PSICOANÁLISIS Y EDUCACIÓN**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Diana Carmen Morocho Nugra**

**DECLARO QUE:**

El proyecto de titulación “La importancia de crear un espacio de escucha que da lugar a la subjetividad de los niños con problemas de aprendizaje. Análisis de un caso de un centro de salud de la ciudad de Machala”, previa a la obtención del Grado Académico de Magíster en “Psicoanálisis y Educación”, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva; respetando derechos intelectuales de terceros, conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente, este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico de la tesis del Grado Académico, en mención.

Guayaquil, a los 9 días del mes de mayo del año 2022

**LA AUTORA**

**Psi. Cl. Diana Carmen Morocho Nugra**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**SISTEMA DE POSTGRADO  
MAESTRÍA EN PSICOANÁLISIS Y EDUCACIÓN**

**AUTORIZACIÓN**

**Yo, Diana Carmen Morocho Nugra**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de su institución, del proyecto de investigación de Maestría titulado “**La importancia de crear un espacio de escucha que da lugar a la subjetividad de los niños con problemas de aprendizaje. Análisis de un caso de un centro de salud de la ciudad de Machala**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 9 días del mes de mayo del año 2022

**EL AUTOR**

**Psi. Cl. Diana Carmen Morocho Nugra**

## INFORME DE URKUND

URKUND	
Documento	<a href="#">La importancia de crear un espacio de escucha que da lugar a la subjetividad de los niños con problemas de aprendizaje.docx</a> (D135125022)
Presentado	2022-04-30 22:50 (-05:00)
Presentado por	m.psicoanalisis@cu.ucsg.edu.ec
Recibido	m.psicoanalisis.ucsg@analysis.orkund.com
	2% de estas 32 páginas, se componen de texto presente en 3 fuentes.

**TEMA:** La importancia de crear un espacio de escucha que da lugar a la subjetividad de los niños con problemas de aprendizaje.

**MAESTRANTE:** Psi. Cl. Diana Carmen Morocho Nugra

**MAESTRÍA EN PSICOANÁLISIS Y EDUCACIÓN**

**ELABORADO POR:**



Psi. Cl. Andrea Moreno Naranjo, Mgs.  
**DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION**

## DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mi querido esposo Eduardo Góngoray a mi familia por ser mi apoyo constante para lograr todas mis metas gracias ustedes son mi fuerza y mi fortaleza para seguir avanzando y creer en mi capacidad. Aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado para brindarme amor y comprensión.

A mi amada hermana Fanny Samaniego por ser mi amiga y por sus lindas palabras de motivación y de esperanza gracias por ser esa madre que siempre cuidó de mí y de mis hijas, por siempre creer en mí y por ayudarme en los momentos más difíciles junto a mi querida madre Blanca Nugra por ser incondicionales en mi vida laboral y familiar.

A mis hijas lindas Bianca y Raissa Gongora por ser ese motivo de superación y siempre exigir más de mí como profesional y madre por enseñarme que como mujer y madre puedo lograr y ser ese sendero donde ellas construirán un camino prospero en su vida y por darme esos abrazos y besos cuando más lo necesitaba son mi mayor tesoro.

Como no agradecer a mi querida amiga Lic. Rosita Toro por ser una gran profesional y por siempre estar delante de esta carrera por sus palabras de motivación y respaldo en momentos muy duros y lograr que este sueño se haga realidad.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios principalmente por ser quien en toda mi vida me he encomendado para no desmayar en todas mis acciones y en los duros momentos darme fortaleza y sabiduría en todas las metas que me he propuesto.

A la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil por abrirme sus puertas, y permitirme adquirir estos nuevos conocimientos y formarme como un profesional idóneo en este campo de la psicología.

Al Centro de salud del municipio de Machala – Provincia del Oro, por brindarme la oportunidad de realizar este trabajo que se será de mucha importancia en los procesos de psicorehabilitación.

A mis compañeros de trabajo por brindarme su apoyo incondicional.

## Contenido

Resumen.....	IX
Abstract .....	X
1. Introducción.....	2
2. Planteamiento del problema .....	3
2.1. Antecedentes .....	3
2.2. Descripción del problema investigativo .....	4
3. Justificación.....	5
4. Pregunta de investigación.....	6
5. Objetivos .....	6
5.1. General .....	6
5.2. Específicos.....	6
6. Marco teórico.....	6
6.1 Conceptos claves de la orientación psicoanalítica .....	6
6.2 Funcionamiento del centro de salud seleccionado.....	12
6.3 Problemas de aprendizajes.....	27
6.4 Análisis del caso .....	36
7. Metodología.....	46
8. Plan de trabajo .....	47
10. Recomendaciones .....	51
Bibliografía .....	52

## **Resumen**

El siguiente trabajo plantea un análisis del proceso de intervención en el departamento de rehabilitación perteneciente al centro de la ciudad de Machala, provincia De El Oro. Además, se plantea la implementación de un espacio de escucha desde una perspectiva psicoanalítica, específicamente la escucha activa desde la subjetividad, con el fin de complementar el proceso de rehabilitación del paciente utilizándose como estrategia de intervención. Para llevar a cabo dicho objetivo es necesario conocer, la teoría psicoanalítica, así como la escucha activa, la subjetividad, el deseo y el síntoma; y a su vez visibilizar la necesidad de contar con un espacio de escucha dentro del plan de intervención del paciente. Como siguiente objetivo se detalla la sistemática del departamento de rehabilitación, el equipo multidisciplinario que la compone, criterios por los cuales los pacientes son derivados, lineamientos y normativas establecidas por el Ministerio de Salud pública, y su articulación con otros departamentos de servicio público. También se hará la revisión de los conceptos primordiales sobre los problemas de aprendizaje, dándole contexto al hecho de que el paciente tratado tenía una condición de este tipo. Finalmente, se realizará el análisis del caso con el que se trabajó, contrastando la teoría trabajada y los datos del caso.

**Palabras claves:** problemas de aprendizaje, escucha activa, subjetividad, psicoanálisis

## **Abstract**

The following work proposes an analysis of the intervention process in the rehabilitation department belonging to the city of Machala, El Oro. In addition, the implementation of a listening space is proposed from a psychoanalytic perspective, specifically active listening from the subjectivity, in order to complement the patient's rehabilitation process, using it as an intervention strategy. To carry out this objective, it is necessary to know psychoanalytic theory, as well as active listening, subjectivity, desire and the symptom; and also make visible the need to have a listening space within the patient's intervention plan. The following objective details the systematics of the rehabilitation department, the multidisciplinary team that composes it, criteria by which patients are referred, guidelines and regulations established by the Ministry of Public Health, and its articulation with other public service departments. The main concepts about learning problems will also be reviewed, giving context to the fact that the treated patient had a condition of this type. Finally, the analysis of the case with which we worked will be carried out, contrasting the theory worked with and the data of the case.

**Keywords:** learning problems, active listening, subjectivity, psychoanalysis

## 1. Introducción

Las dificultades de aprendizajes a nivel mundial están entre un 4% y 12% (López & Castellanos, 2010), en Ecuador no es ajeno a esta problemática dado que se ha reportado que alrededor de 2.621 niños tiene problemas de aprendizajes dentro del sistema educativo (El Telegrafo, 2019)

Los problemas de aprendizaje en los niños hoy en día constituyen una temática de estudio muy relevante de diferentes disciplinas de estudios como la pedagogía, psicología, psicopedagogía, neuropsicología, entre otros (Medeiros, 2014).

Desde el punto de vista del psicoanálisis, se remonta a los estudios realizados por Freud quien la llamo terapia psicoanalítica, terapia que va en paralelo con la teoría del psicoanálisis. Freud desarrolló su teoría en relación a las causas de la neurosis, fundamentalmente la histeria, que lo llevo al descubrimiento del inconsciente, eje fundamental del psicoanálisis (Cristóforo, 2015a). Con este descubrimiento y a pesar de muchas controversias se ha utilizado la terapia psicoanalítica en niños con problemas de aprendizajes.

Hoy en día, los problemas de aprendizaje son un tema que preocupa al gobierno ecuatoriano, a las familias, a la comunidad y sobre todo a los estudiantes que durante el periodo de escolarización presentan dificultades relacionadas a su forma de aprender y con frecuencia no se diagnostican a tiempo o simplemente no llegan a detectarse. Estas dificultades toman relevancia dado que se pueden mantener durante toda la vida provocando un obstáculo social, con el que trata de luchar el sistema educativo de nuestro país.

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo de este trabajo es determinar la importancia de crear espacios de escucha activa para niños con problemas de aprendizaje, buscando dar lugar a la subjetividad, para lograr este objetivo se va realizar un análisis de caso de un subcentro de salud de la ciudad de Machala.

## **2. Planteamiento del problema**

### **2.1. Antecedentes**

Los problemas de aprendizaje (PA) afectan a una gran parte de la población escolar. De acuerdo a López & Castellanos, (2010):

En 1991 se hablaba de entre 4% y 12% de población diagnosticada con problemas de aprendizaje a nivel mundial, y en Estados Unidos se habla de que un 5% a un 17% de la población presenta PA, mientras que en Latinoamérica no existe mucha información sobre la prevalencia de esta problemática. (p.1100)

Sin embargo, en Ecuador se ha reportado que existen alrededor de 2.621 niños con dificultades de aprendizajes dentro del sistema educativo que han sido identificados por medio de un acompañamiento pedagógico de docentes que llegan a apoyar el proceso.

Los problemas de aprendizaje en los niños hoy en día constituyen una temática de estudio, muy relevante para diferentes disciplinas de estudio como la pedagogía, psicología, psicopedagogía, neuropsicología, entre otros (Medeiros, 2014).

También puede ser abordado desde el psicoanálisis es por esto que Zagía & Vanessa, (2014) expresan que:

Los problemas de aprendizajes en niños pueden ser abordados desde un tratamiento psicoanalítico, que no solo le permitirá al niño mejorar su rendimiento en el ámbito escolar (lo que sería puramente pedagógico) sino modificar estas dificultades desde su origen, es decir, encontrando el sentido clínico e histórico subjetivo en el cual se sostiene para poder modificarlo y así insertarse satisfactoriamente en su grupo de pares y en la sociedad. (pag.39)

Así mismo, Flamarique, (2017) menciona que se deben modificar las dificultades psíquicas que un niño puede tener en un momento dado de su constitución psíquica y que pueden manifestarse bajo la forma de dificultades de aprendizajes o bajo rendimiento académico. Estas dificultades psíquicas se presentan cuando en la historia del niño hubo situaciones traumáticas que afectaron su confianza en el mundo y lo forzaron a armar una defensa extrema ante los

estímulos ambientales. Esta defensa en forma de “coraza” produce la resistencia en su psiquismo al abordaje de situaciones nuevas, resistencia al conocimiento de lo nuevo, que se amplía al ámbito del aprendizaje escolar, provocando un desinterés generalizado que ocasiona en muchos casos un empobrecimiento a nivel del pensamiento (Micca, s. f.).

Por ende, pensar en dificultades de aprendizaje desde el psicoanálisis, remite necesariamente al concepto de simbolización. Por consiguiente, las dificultades de aprendizaje desde la concepción psicoanalítica lacaniana, son entendidas como un síntoma, algo que habla del sujeto y no como un déficit (Zagía & Vanessa, 2014). Entendiendo a esta última como la modalidad particular de cada niño para organizar su actividad representativa que da cuenta de las distintas formas de procesar el conocimiento e interpretar los objetos con los cuales el sujeto interactúa.

Conociendo lo que el psicoanálisis dice de los problemas de aprendizaje, por eso la necesidad de crear espacios de escucha con orientación psicoanalítica, que apunta a buscar en ese niño, al sujeto donde se encuentra todo el embrollo que podría estar desencadenando esos problemas en el aula.

Cabe resaltar que son pocos los estudios sobre el tratamiento psicoanalítico de los problemas de aprendizaje en niños en Ecuador, dentro de los que se han publicado tenemos;

El estudio de caso realizado por (Cristoforo, 2015) se pudo demostrar que el tratamiento psicoanalítico, produce mejoras en diferentes aspectos caracterizados como: funcionamiento atencional, organización del yo y capacidad de simbolización, que a su vez tuvieron efecto sobre sus aprendizajes, puesto que todos los niños estudiados mejoraron su rendimiento en la escuela.

Una monografía realizada por Zagía & Vanessa, (2014) denominada *Tratamiento psicoanalítico de las dificultades de aprendizaje en niños*, con el objetivo de realizar un recorrido por las diferentes perspectivas psicoanalíticas de diversos autores clásicos y algunos contemporáneos, para arribar al abordaje del tratamiento psicopedagógico de orientación psicoanalítica de las dificultades de aprendizaje.

## **2.2. Descripción del problema investigativo**

Dificultad en el aprendizaje, es un término general que se refiere a un grupo múltiple de

desórdenes manifestado en dificultades significativas en la adquisición y el uso de las capacidades de comprensión oral, expresión oral, lectura, escritura y razonamiento que son fundamentales para el buen rendimiento académico de los niños.

Hoy en día, el problema de aprendizaje es un tema que preocupa al gobierno ecuatoriano, a las familias, a la comunidad y sobre todo a los estudiantes que durante el periodo de escolarización presentan dificultades relacionadas a su forma de aprender y con frecuencia no se diagnostican a tiempo o simplemente no llegan a detectarse. Esta dificultad toma relevancia dado que se pueden mantener durante toda la vida provocando el obstáculo social con el que trata de luchar el sistema educativo de nuestro país. Es así que, se ha reportado que existen alrededor de 2.621 niños con dificultades de aprendizajes dentro del sistema educativo que han sido identificados por medio de un acompañamiento pedagógico de docentes de apoyo. (El Telegrafo, 2019)

Cabe resaltar que al Centro de salud de la ciudad de Machala – Provincia del Oro, ha aumentado la afluencia de niños diagnosticado o con presunción de problemas de aprendizajes remitidos por diferentes instituciones.

No obstante, los estudios en los problemas de aprendizaje han aumentado manifestándose en la conceptualización, clasificación, identificación y evaluación, situación que ha permitido verlo desde varios puntos; neurológicos, psicológicos y psicopedagógicos; con el fin de buscar un tratamiento efectivo que permita a los niños y niñas diagnosticados con PA superar las dificultades y puedan tener un buen rendimiento académico.

### **3. Justificación**

La trascendencia que tiene este trabajo se fundamenta en evidenciar la utilidad de los espacios de escucha desde el psicoanálisis para observar la subjetividad de niños con problemas de aprendizaje que llegan al Centro de salud de la ciudad de Machala – Provincia del Oro y mostrar los resultados de mejoramiento en estos niños, y de este modo ofrecer un referente para que otros centros o subcentros puedan utilizarlos en la superación de esta dificultad. De igual manera, contribuirá en el progreso de la calidad educativa de los estudiantes que presenten dicha

dificultad y ayude a prevenir las consecuencias que tienen para los niños y sus aprendizajes; y como resultado disminuir los riesgos de fracaso escolar y desafiliación educativa.

Por otra parte, los resultados de este trabajo pueden contribuir con la comunidad científica al ofrecer un aporte teórico y técnico que contribuya a obtener estrategias para trabajar los problemas de aprendizaje en niños y que servirán como referencia para impulsar nuevos trabajos e investigaciones enfocadas en este campo de la psicología.

#### **4. Pregunta de investigación.**

¿Qué beneficios traen los espacios de escucha, en pacientes dentro de un proceso de intervención por problemas de aprendizaje?

¿Por qué sería importante un espacio de escucha para alojar la subjetividad del paciente?

¿Qué necesidad se busca solventar mediante los espacios de escucha en las sesiones con el paciente?

#### **5. Objetivos**

##### **5.1. General**

Analizar la necesidad de un espacio de escucha activa que dé lugar a la subjetividad de los pacientes, con problemas de aprendizaje, en el proceso de rehabilitación.

##### **5.2. Específicos**

Definir los conceptos psicoanalíticos que serían usados en estos espacios de escucha activa.

Especificar el funcionamiento del centro de salud seleccionado

Describir la información general sobre los problemas del aprendizaje

Revisar las intervenciones realizadas en el caso seleccionado.

#### **6. Marco teórico**

##### **6.1 Conceptos claves de la orientación psicoanalítica**

Existen un sinnúmero de terapias con diversas orientaciones que apuntan a contribuir

en el bienestar del paciente, es claro que en este sinnúmero de opciones que se tiene para trabajar las diversas situaciones que problematizan a quien va a consulta, hay unas que tienen más efecto que otras y algunas son más aptas, para ciertas personas, que otras.

Para tratar los problemas de aprendizaje lo más cotidiano es la derivación al área de psicopedagogía que es la que se encarga de trabajar puntualmente las diversas situaciones que haya entorno a ese tema. También se apunta a un trabajo multidisciplinario que busca abordar al problema, dentro de este grupo de profesionales están los psicólogos, son ellos los encargados de trabajar la esfera delo emocional, importante y determinante para la situación.

En la mayoría de casos la orientación que se utiliza es la conductista, que apunta a moldear la conducta con diferentes reforzadores y recompensas, pero a pesar de que la conducta sea modificada siempre queda algo detrás, aquella historia que produjo aquel comportamiento, la conducta es el síntoma de aquello que no andabien y es ahí donde es necesario una orientación que apunte a dejar salir eso que estáahí, eso de lo que el paciente no quiere hablar, pero es lo que le provoca su malestar.

Un síntoma tiene valor significativo. Es un texto acallado que en algún momentohabrá de surgir. Hay un decir atrapado. (Diamand, 2002)

Es aquí donde sería importante trabajar desde una orientación psicoanalítica, aquella que permite trabajar el síntoma, no callándolo sino invitándolo a hablar, y quetambién trabaja escuchando el deseo del paciente, para contextualizar este capítulo es necesario conocer algunos puntos teóricos importantes.

## **Subjetividad**

Cuando se habla de la subjetividad desde el psicoanálisis, se trata del sujeto que hay en cada persona, es un saber propio que va más allá de lo que está latente y consiente, tiene que ver con lo que no tiene explicación, con eso que está ahí pero nosale tan fácilmente pero que se siente y se vive, una verdad que mueve las vidas y tiene que ver con el goce.

Girón & Viguera, (2017) manifiesta que la subjetividad cobra vida desde el psicoanálisis siempre y cuando se mire desde lo inconsciente. Es aquí donde toma relevancia debido a que el método psicoanalítico permite acceder a la subjetividad deun modo inédito, a través del análisis

de la transferencia, dicho de otro modo, con los espacios de escucha activa, habilitando de esta manera la producción singular, única, del sujeto psíquico en cada sesión.

Cuando se va hablar de la subjetividad desde el psicoanálisis, ésta nos remite a las primeras etapas o tiempos lógicos del ser humano, puesto que es donde se ponen en juego diferentes elementos esenciales para que el sujeto surja, es la dinámica entre el deseo materno y la función paterna que determinan la aparición del sujeto, de lo contrario puede quedar atrapado en su propia existencia.

El deseo materno tiene que aparecer en estas primeras etapas, incluso desde el embarazo, porque desde ahí ya se va dejando significantes que le permitan nombrar ese ser humano que viene en camino.

Para Aulagnier (1977) :

Habla de que es una sombra hablada y la idea de que esa sombra sea hablada introduce una dimensión fundamental en el proceso de subjetivación: para el ser humano, para armar la condición de humano, es fundamental que alguien nos hable, piense en nosotros, hable de nosotros y, en los primeros tiempos, también por nosotros”

Se puede decir que un ser pasa a ser sujeto y por ende a dar paso a su subjetividad a partir del Otro, que va ser quien le dé significaciones, para que alguien pueda hablar tuvo que ser hablado por alguien más y también para desear algo tuvo que ser deseado.

Es importante recalcar como lo menciona Mannoni (1985) que solo la falta de objeto permite al niño avanzar hacia la subjetividad, es decir, abandonar el estado de a-subjetividad de la presencia total. Para lograr esto es necesario que los padres toleren dejar de ser todo para el niño y lo encaminen al descubrimiento de las diferencias.

Para entender de lo que se trata la subjetividad es importante abordar los siguientes temas dentro del psicoanálisis:

## **Rasgo unario**

Corresponde, de la gama de significantes que un sujeto puede recibir del Otro, a ese del que se apropia, un decir o una palabra que la hace suya, que al inicio corresponde netamente a un significante S1 que no cobra sentido aún pero que, nombra al sujeto y da paso a que se pueda encadenar con otro significante, un S2, que al conectarse le da significación y permite que el sujeto ingrese a la cadena significativa.

La función del rasgo unario a un nivel inaugural. Se trata entonces de un concepto que remite a la relación primera del sujeto con el significante. (Haddad, 2014)

## **Estadio del espejo**

Momento en la infancia donde el sujeto ya cuenta con la capacidad de ponerse de pie y mirarse frente a un espejo, cuando esto ocurre, logra ver su figura proyectada y la participación del Otro es primordial porque será quien le diga que es él, a partir de ese momento empieza la estructuración de su propio cuerpo, como una imagen total, hasta entonces percibía su cuerpo como algo separado. Esto permite que aparezca, en primera instancia su Yo cuerpo.

## **Complejo de Edipo**

Una interdicción frente a un objeto, es el determinante del deseo propio en el niño, puesto que introduce una prohibición en la constitución del sujeto. (Moreno, 2019)

En esta etapa del desarrollo infantil se puede dividir en tres momentos cruciales, el primero inicia con la relación dual que existe en el hijo y la madre, donde el niño ocupa el lugar de objeto de deseo de esta mujer que está siendo madre en ese momento. Ambos se encuentran completos porque no hay espacio para la falta.

El segundo momento, es cuando aparece un tercero, que viene a ejercer una función denominada paterna, que permite la separación de esta relación tan marcada, dejando a ambos sujetos en falta, esta tercera persona encarna la figura de ley puesto que muestra que la madre no lo es todo, algo le falta, esta castrada.

Finalmente, el tercer momento se evidencia que la persona que ejerció la función paterna no es la ley, sino que la trasmite, lo que le permite al niño pasar a un deseo propio. Esto permite

el ingreso del sujeto al mundo de lo simbólico.

Una vez realizado este recorrido teórico se podría concluir que la subjetividad es la historia particular de cada sujeto, a partir de su entrada en el lenguaje. Es la forma en que vivió todos estos hechos importantes y determinantes en la vida, que por ser traumáticos son guardados en un lugar donde a simple vista no se puede ver. La subjetividad es lo que le permite al sujeto dar la interpretación de cada una de las cosas que le pasan en su vida, es por ello que es tan importante, porque se trata de la verdad de ese sujeto.

## **El Deseo**

Para hablar sobre el deseo desde una visión psicoanalítica es necesario abordar el tema de la demanda, el modo de comunicación en los primeros momentos de todo ser humano es el llanto, un bebé llora cuando algo le pasa o algo necesita y la madre interpreta este llanto, asignándole una intención, al acudir al llamado se lo está reconociendo como un sujeto que demanda, el bebé llora por necesidad, pero cuando se acude a esto se transforma en demanda, inscribiéndose en el orden del lenguaje.

La necesidad al ser interpretada por el Otro no implica que esto sea en realidad, puesto que nunca abastecerá el sentido pleno de la necesidad, ese resto que queda sería la causa del deseo.

Entonces, Daniel González (2020) define el deseo como aquello de la necesidad que no queda articulado en las palabras de la demanda, es una falta generada por el mismo lenguaje.

Una vez que el niño atraviesa la tercera etapa del Edipo y queda castrado, él reprime el deseo de amor incestuoso hacia su madre, quedando incompleto iniciando una búsqueda de eso que lo complete, ese objeto perdido, siendo el deseo de esa satisfacción imposible de recuperar como el motor de esa búsqueda.

Ese objeto de deseo, no podrá ser desplazado u olvidado, será algo que nunca podrá ser recuperado, habrá placebos al respecto pero que no terminarán de causar la satisfacción primaria que hubo en un momento. El deseo entonces es una satisfacción originada en la niñez y hace que el sujeto la busque constantemente a lo largo de la vida, por eso se constituye como ese algo que lo motiva y lo moviliza a actuar, a elegir, a persistir o a dejar.

Si permitimos que el sujeto hable desde su subjetividad, si damos espacio para que ésta

aparezca, permitiremos que el sujeto hable de su deseo, del propio. Como lo menciona Cristina Daneri (2015) el objetivo de la cura psicoanalítica es llevar al paciente a que reconozca su deseo inconsciente, pueda nombrarlo y articularlo en palabras, aunque siempre hay un resto que no puede ser dicho, no puede ser articulado en palabras.

## **Síntoma**

Como lo menciona Daneri (2014), el síntoma es una formación del inconsciente, una condensación (mecanismo del inconsciente), en la que entran en juego varios deseos en conflicto; y ese conflicto es estructural. De ahí que, si curamos un síntoma, aparecen otros en su lugar: los síntomas se desplazan. Por eso lo que hay que curar es la estructura de personalidad, sea neurótica, perversa o psicótica. Al síntoma es preferible respetarlo, ya que la solución al problema es la disolución del conflicto de base. Al síntoma, hay que curarlo “por añadidura”. Para Lacan el síntoma, además es una metáfora, es decir una condensación de deseos en conflicto; y la enfermedad no puede ser dilucidada por los síntomas.

El síntoma es un signo de que algo no anda bien en el sujeto, muchos de los síntomas que son considerados dentro de una enfermedad tienen una arista psicológica, en el caso de los problemas de aprendizaje, mucho de lo que un niño podría presentar dentro de su cuadro, podría tener que ver con aquello que no marcha en la relación con sus padres; si bien es cierto, muchos síntomas pueden ser tratados a partir de un esquema de medicina, con terapias ocupacionales, terapias del lenguaje, etc., sin embargo, es importante que se pueda realizar un análisis más exhaustivo del discurso del paciente.

Dentro de ese discurso pueden existir detalles, pequeños detalles que den cuenta de aquello que no se apacigua con medicina o terapias de tipo conductista sino con solo salir, con ponerlo en palabras, muchas veces los pacientes lo que necesitan es un espacio donde ser escuchados, necesitan hablar de aquello que no pueden, que está ahí dentro pero que no lo pueden decir, es aquí donde se apunta a ese espacio de escucha activa.

Pero de que se trata este tipo de escucha, es donde la persona se ha puesto en la posición de receptor, pone toda su atención en el receptor, poniendo en juego su atención flotante, que no es más que un estado alto de conciencia que permite escuchar al paciente y detectar lo más significativo de su discurso e incluso de su lenguaje corporal; este espacio debe apuntar a detectar aquellos detalles que van más allá de lo que él dice, es aquí donde se podrá dar cabida a la

subjetividad del paciente.

Abriendo este espacio de escucha se podría dar un trato diferente al síntoma como tal, esto no quiere decir que no se pueda complementar con las otras disciplinas que trabajan en estos casos, la idea es un trabajo multidisciplinario que busca el bienestar del paciente.

## **6.2 Funcionamiento del centro de salud seleccionado**

La construcción de los subcentros de salud tipo C responden al compromiso del Gobierno Nacional del Ecuador para fortalecer el primer nivel de atención, dentro del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), donde se establece que el centro de salud es la puerta de entrada al sistema nacional de salud, donde se resuelven el 80% de los problemas, mientras los casos más complejos (20% de los problemas) se derivan al segundo nivel –hospitales básicos y generales– y al tercer nivel –hospitales de especialidades. (Ministerio de Salud Pública, 2022)

Un Centro de Salud Tipo C presta servicios en medicina general, medicina familiar y comunitaria, odontología, obstetricia, psicología, nutrición, calificación de discapacidades, psico-rehabilitación, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, estimulación temprana, rehabilitación, farmacia, emergencias 24 horas, maternidad de corta estancia, laboratorio e imagenología (rayos X y ecsonografía). El tipo de centro de salud (A, B o C) se define según criterios demográficos, epidemiológicos, de oferta complementaria y de accesibilidad, de conformidad con una planificación territorial. (Ministerio de Salud Pública, 2022)

### **Centro de Salud Velasco Ibarra, tipo C**

El centro de salud seleccionado en la ciudad de Machala, tuvo su apertura el 22 de Julio del 2017, en el cual se unieron tres Centros de Salud: Mabel Estupiñán, El Bosque y Velasco Ibarra, la inauguración del mismo está pendiente por las autoridades correspondientes.

**Ubicación:** El Centro de Salud Tipo C Velasco Ibarra se encuentra ubicado en el sector norte del cantón Machala, perteneciente a la Provincia de El Oro, en la Avenida Ferroviaria.

**Superficie:** la extensión territorial corresponde aproximadamente a 2836 mts cuadrados, se ubica a 1,5msnm, se ubica entre 0 y 12 metros de altitud. Tiene una altitud Media, 80 msnm. • Máxima, 40 msnm. • Mínima, 0 msn.

La Dirección Distrital 07D02 Machala-Salud consta de 19 establecimientos de Salud, dos de las cuales las Unidades Móviles corresponden a la Coordinación de la Zona 7, dos puestos de salud que corresponden a Centros Privados de Libertad, nueve unidades Tipo A, cinco establecimientos Tipo B y un Centro de Salud con Tipología C.(Ministerio de Salud Pública, 2022)

El personal que labora en el Centro de Salud Velasco Ibarra, tiene como prioridad cumplir con los programas establecidos por el Ministerio de Salud Pública, alcanzar las coberturas mediante la finalidad principal dar atención primaria en salud a la familia y comunidad, una buena atención con calidad y calidez que facilite alcanzarla misión, a través del cumplimiento de objetivos, votos y actividades que satisfagan las necesidades del ser humano y contribuir a mejorar los problemas de salud y conseguir un ambiente sano y calidad de vida.

Con la elaboración de este estudio nos aproximamos a la realidad de una comunidad, y al proceso de cómo se entienden y se conciben los actores sociales, para dar a conocer los éxitos obtenidos en el área, así como los problemas que aún preocupan al equipo básico de salud y a la población y facilite la toma de decisiones para mejorar la situación de salud, mediante la caracterización y explicación del perfil epidemiológico, identificación de necesidades y prioridades, desarrolla la capacidad de negociación con otros sectores y la comunidad.

Art. 32 (Constitución, 2011): La salud es un derecho que garantiza el Estado... planteando también en su Título VII, Régimen del Buen Vivir, en el “Art. 6: “Aplicación del Modelo de Atención Integral en salud con énfasis en la Atención Primaria y Promoción de la Salud...” El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos para responder a las necesidades de salud de las personas y por ende de la comunidad, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud, mejorando la infraestructura, equipamiento, recursos humanos, dotación de medicamentos e insumos a las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública, con la finalidad de incrementar la cobertura

de atención y disminuir el alto gasto.

Cada unidad de salud mantiene objetivos que norman el trabajo que se hace en cada uno de ellos, pero casa centro de salud, con base a los objetivos generales marca los propios, dentro del centro de salud Velasco Ibarra se mantienen los siguientes:

### **Objetivos**

#### **Objetivo General:**

Caracterizar el estado de salud y sus determinantes en la población atendida en el Centro de Salud Velasco Ibarra, en el período de tiempo comprendido enero a diciembre 2022.

#### **Objetivo Específicos:**

1. Describir el comportamiento de los principales componentes del estado de salud de la población objeto de estudio.
2. Identificar los principales problemas de la población estudiada.
3. Priorizar los principales problemas de salud identificados.
4. Conformar y proponer un plan de acción para solucionar los principales problemas detectados en orden de prioridad.

## CENTRO DE SALUD TIPO C

Consulta Externa de lunes a sábados de 07h30 a 19h30

Agendamiento de citas a través del call center línea 171			
Emergencia, Atención de Partos, Farmacia, Laboratorio, Rayos X las 24 horas/día			
Tipos	Servicios	Prestaciones	Subprestación
A s i s	Consulta externa	Consulta externa en Medicina General	1 consultorio para calificación de discapacidades
		Consulta externa en Medicina Familiar y Comunitaria	
		Consulta externa en Pediatria	
		Consulta externa en Ginecología	
		Consulta externa en Salud Mental	Servicio del ambulatorio Intensivo martes y jueves
		Procedimientos ambulatorios en Enfermería - Cuidados en Enfermería	
		Consulta externa en Odontología	Servicio de Rx
		Consulta externa en Obstetricia	
		Consulta externa en Nutrición	

	Emergencia	Clasificación de emergencias (Triage)	Triage niños (pediátrico y adultos). Unidad de Intervención en Crisis
			Triage adultos

		Procedimientos menores en emergencia	Terapia respiratoria Curaciones, suturas, colocación/ cambios de sondas, retiros de puntos e inyecciones Inmovilización Rehidratación
		Observación en emergencia	Observación en emergencia pediátrica Observación en emergencia en Adultos
<b>Apoyo Diagnóstico y Terapéutico</b>	Diagnóstico en Laboratorio	Apoyo diagnóstico en Laboratorio de análisis clínico: Pruebas básicas	Pruebas de hematología, hemostasia, Uroanálisis, Coproanálisis, Química clínica y Baciloscopias
	Inmunizaciones	Inmunización anti BCG. Inmunización anti hepatitis, anti Difteria y tétanos, anti Varicela, anti SRP, anti Influenza, Fiebre amarilla	
	Atención en Centro	Atención del parto vaginal/normal	

	Obstétrico- Maternidad de Corta estancia	Atención del parto con pertinencia intercultural	
		Alojamiento conjunto	
		Radiografía	

	Diagnóstico por Radiología e Imagen	Ecografía	
	Farmacia	Dispensación de medicamentos, Entrega de insumos y dispositivos médicos	Cuenta con Bioquímico Farmacéutico
	Rehabilitación	Terapia Física	Electroterapia
			Hidroterapia
			Cinesiterapia
		Terapia Ocupacional	
		Terapia del Lenguaje	
		Psico rehabilitación	
		Estimulación Temprana	
	<b>Administrati vos</b>	Admisión y Estadística	Proveer servicios de atención al usuario para facilitar la accesibilidad al establecimiento de salud

Administración Técnica	Coordinar, supervisar y gestionar los procesos definidos para el Establecimiento.	Profesional de la salud encargado a tiempo completo de las funciones de Administrador Técnico de la Unidad
---------------------------	--	--

**Tabla 1, autoría original**

### **Apoyo diagnóstico y terapéutico**

#### **Rehabilitación**

Es el departamento que brindan servicios de apoyo terapéutico en rehabilitación integral especializada para usuarios ambulatorios. Su objetivo es que el paciente recupere el máximo nivel de independencia y funcionalidad físico-psico-social, para lograr una mejora en su calidad de vida. Cuentan con equipos de profesionales altamente calificados con una infraestructura y tecnología adecuada a su complejidad.

El Departamento de Rehabilitación Integral se divide en:

#### **Centro de Rehabilitación Integral de baja complejidad (CRI-1):**

Estos establecimientos brindan servicios de apoyo terapéutico en rehabilitación para usuarios ambulatorios que muestran síntomas, signos o secuelas que representan alguna dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria (AVD), pero son compatibles con la práctica total de las mismas.

Su cartera de servicios se centra en actividades de terapias físicas, de lenguaje y ocupacional, estimulación temprana, Psicorehabilitación y psicología clínica.

#### **Centro de Rehabilitación Integral de mediana complejidad (CRI-2)**

Son establecimientos que brindan servicios de apoyo terapéutico en rehabilitación para usuarios ambulatorios que presentan síntomas, signos o secuelas que causan disminución

importante o imposibilidad directa para llevar a cabo una o varias actividades de la vida diaria (AVD), pero mantienen independencia en las actividades de autocuidado.

Su cartera de servicios se centra en actividades de terapias físicas, de lenguaje y ocupacional, Psicorehabilitación infantil y psicología clínica.

### **Centro de Rehabilitación Integral de alta complejidad (CRI-3)**

Establecimientos que brindan servicios de apoyo terapéutico en rehabilitación para usuarios ambulatorios que presentan síntomas, signos o secuelas que causan disminución importante o imposibilidad directa para llevar a cabo la mayoría de las actividades de la vida diaria (AVD), e incluso limitan alguna de las actividades de autocuidado. Su cartera de servicios se centra en actividades de terapias física, respiratoria, de lenguaje y ocupacional, Psicorehabilitación infantil y psicología clínica, psicopedagogía, fonoaudiología, terapias asistidas.

Rehabilitación trabaja con pacientes con y sin discapacidades, es decir, pueden contar con necesidades, por ejemplo, curriculares, y otros que si cuentan con discapacidades reales (físicas y mentales).

Durante mucho tiempo existió la creencia de que solamente la discapacidad y la minusvalía eran tributarias a tratamiento rehabilitador, hoy, a la luz del desarrollo científico, con un mayor conocimiento de las causas de las enfermedades y cómo evitarlas, puede afirmarse que la rehabilitación abarca la mayoría de ellas y puede ser asumida por el equipo de salud que labora en la Atención Primaria de Salud (APS).

La rehabilitación es definida por la Organización Mundial de la salud (OMS (Organización, 2021) como:

“El conjunto coordinado de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales, destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad posible e independencia y a integrarse dentro de la sociedad”.

Las medidas de rehabilitación comprenden:

- Atención y tratamiento médico.
- Incrementar la movilidad del paciente, la comunicación y las habilidades para afrontar la vida cotidiana.
- Suministro de ayudas técnicas y otros dispositivos complementarios (prótesis).
- Educación especial.
- Orientación profesional, vocacional, social y asistencial.

El propósito de este trabajo es ofrecer información útil y actualizada sobre la rehabilitación basada en la comunidad.

### **Introducción:**

La palabra “rehabilitación” ha sido utilizada para indicar una filosofía que tiene como objetivo mejorar las condiciones físicas, psíquicas, económicas y sociales de los seres humanos que han nacido o adquirido una condición de desventaja psíquica o somática (incapacidad), con relación a los otros seres humanos. La rehabilitación ha existido desde que existe el hombre, ya que desde sus orígenes ha padecido invalidez o incapacidad que ha tratado de solucionar en una u otra manera, realizando así una rehabilitación rudimentaria

### **Objetivo:**

Es objetivo de la rehabilitación, la prevención y reeducación de las deficiencias funcionales, el mantenimiento de las funciones comprometidas y la rehabilitación de las incapacidades, así como la reinserción social de los discapacitados

### **Conclusiones:**

- En la rehabilitación basada en la comunidad, los discapacitados pasan por un proceso de rehabilitación en sus comunidades y hogares. La comunidad participa en el proceso porque la integración social y la rehabilitación de los discapacitados conciernen a la misma.

- La rehabilitación de base comunitaria se relaciona con los cambios en los conceptos de salud, enfermedad y discapacidad, al plantearse la necesidad de un enfoque integral del problema dentro del marco de la comunidad.

Las organizaciones de personas con discapacidad tienen el derecho y la responsabilidad de identificar las necesidades de los discapacitados para darlas a conocer y fomentar medidas encaminadas a satisfacerlas; de manera que puedan reinsertarse con el máximo desarrollo de sus potencialidades físicas, mentales y vocacionales, siendo, en definitiva, el objetivo fundamental del proceso rehabilitador.

## **Tipos de terapias**

### **Terapia Física**

La rehabilitación física o rehabilitación de problemas o lesiones de tipo neuro- musculoesquelético en el paciente usando diferentes medios físicos como el calor , el frío , la electroterapia y la kinesioterapia, la magnetoterapia , la luz láser, el masaje para la mejoría integral del usuario.

La fisioterapia tiene como objetivo facilitar el desarrollo, mantención y recuperación de la máxima funcionalidad y movilidad del individuo a través de su vida.

### **Detalles de actividades que se realizan en el área de terapia física**

**(Ministerio de Salud Pública, 2012)**

#### **Termoterapia**

Es la aplicación de calor en sus diferentes grados sobre el organismo con fines terapéuticos. Esta aplicación se da mediante agentes térmicos, los cuales son materiales que están en una temperatura mayor a los límites fisiológicos.

Se puede realizar mediante la aplicación de compresas químicas calientes, heladas o parafina.

## **Electroterapia**

Tratamiento médico de algunas enfermedades que se fundamenta en la aplicación de la electricidad en sus diferentes formas.

Se puede afirmar que la electroterapia es la modalidad de la Terapia Física en la que se emplea la electricidad para lograr efectos biológicos y terapéuticos.

## **Ultrasonido**

Es una forma de energía que proviene de las vibraciones mecánicas. Esta energía se propaga en forma de ondas de compresión longitudinal y necesita de un medio elástico para ser transmitido.

Se entiende por tratamiento ultrasónico el empleo de vibraciones sonoras en el espectro no audible, con fines terapéuticos.

## **Kinesioterapia**

La kinesioterapia, se define como una ciencia mediante la cual podemos realizar un tratamiento de lesiones y enfermedades a través del movimiento. De forma más técnica podemos definir kinesioterapia como la manera en que se aplican terapéuticamente los conocimientos de la Kinesiología, la que estudia el movimiento, la anatomía y fisiología de la biomecánica del cuerpo. Además, es también conocida por los términos cinesiterapia, kinesiterapia o quinesiterapia.

## **Reeducación postural**

Consiste en un método de fisioterapia suave, progresivo y activo, aplicable en cualquier edad en sintonía con las posibilidades de cada persona. Desde la individualidad personal se diseña un tratamiento global, que a partir de los síntomas que presenta, busca y resuelve las causas.

El tratamiento de RPG consiste en la realización de una serie de ejercicios progresivos de estiramiento global llamados posturas, realizados de forma activa bajo la supervisión del

fisioterapeuta. Estas posturas pueden realizarse sobre la camilla, tumbado o sentado o de pie. El fisioterapeuta utiliza como herramienta fundamental la terapia manual, elongando los tejidos, reduciendo las tensiones, cuidando las articulaciones, eliminando las molestias y modelando el cuerpo del paciente.

Los objetivos que persigue la RPG son: el alivio sintomático del dolor, evitar las compensaciones y corregir las deformidades.

### **Mecanoterapia**

Se define como la utilización terapéutica de aparatos mecánicos destinados a provocar y dirigir movimientos corporales regulados en su fuerza, trayectoria y amplitud.

### **Proceso de atención al usuario**

El usuario o paciente es remitido a las áreas de rehabilitación mediante una interconsulta en caso de ser usuario del Centro de Salud tipo C, o una referencia en caso de ser paciente de otra unidad de salud, donde es revisado y evaluado por el médico tratante o por el médico fisiatra quien atiende desde el mes de febrero del 2018 en este establecimiento de salud. Una vez evaluado y diagnosticado el mismo acude al área correspondiente para realizar su tratamiento, el cual va de 15 a 20 sesiones, según indique el especialista.

En el caso de los pacientes que son de otros seguros de salud (IESS, ISSPOLe ISSFA), deben realizar la compra de servicio correspondiente.

### **Terapia Ocupacional**

Es un conjunto de técnicas y métodos, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, favoreciendo la restauración de la función y supliendo los déficits invalidantes, siendo su principal objetivo lograr la máxima independencia y autonomía posible.

Dentro de la Terapia Ocupacional, encontramos los siguientes objetivos y campos de acción.

### **Objetivos: (Ministerio de Salud Pública, 2012)**

1. Lograr la máxima independencia y autonomía posible.
2. Promover, mantener y/o restaurar la independencia funcional en las habilidades de las actividades de la vida diaria.
3. Controlar y atenuar la patología.
4. Restaurar y / o reforzar la capacidad funcional.
5. Facilitar el aprendizaje de habilidades y funciones esenciales para la adaptación al entorno (físico, familiar, social, laboral, etc).
6. Promover y mantener la salud.

### **Campos de acción:**

1. OSTEOMUSCULAR. - MIEMBRO SUPERIOR (Tendinitis, artrosis, artritis, fracturas, luxaciones etc.).
2. NEUROLÓGICO: - Parálisis cerebral, autismo, ECV, síndromes, etc.
3. INCLUSIÓN. - Educativa, laboral y social

### **Terapia del Lenguaje**

Terapia de Lenguaje es la especialidad dentro del campo de la rehabilitación que se encarga de la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones en voz, audición, habla, lenguaje, aprendizaje y los aspectos de la motricidad oral que afectan durante el desarrollo del niño.

El objetivo primordial del servicio de Terapia de Lenguaje es establecer o restablecer la comunicación lingüística no desarrollada, alterada o interrumpida en la población estudiantil desde el nivel de estimulación temprana.

### **Objetivos específicos: (Ministerio de Salud Pública, 2012)**

1. Evaluar, diagnosticar y atender las deficiencias del lenguaje que presentan los niños y niñas.
2. Promover el desarrollo integral del estudiante con problemas de comunicación.
3. Fomentar la participación de los padres para que sean colaboradores activos en los programas terapéuticos de sus hijos (as).
4. Ofrecer asesoría a padres – madres y docentes en todo lo relacionado con el desarrollo normal y la estimulación del lenguaje infantil.

### **Estimulación Temprana**

La estimulación temprana es el área encargada de potenciar el Neurodesarrollo Infantil, desde las funciones neurocognitivas, sensorio-perceptivas y actividades de la vida diaria en la primera infancia, basadas en estrategias lúdicas, participando con el equipo de salud en la promoción, prevención, evaluación, estimulación e intervención del neurodesarrollo; a partir de un modelo constructivista, respetando la diversidad, cultura y ambiente, involucrando a la familia y comunidad.

### **Objetivos específicos: (Ministerio de Salud Pública, 2012)**

1. Detectar alteraciones del desarrollo, prevenir factores de riesgo y potenciar las funciones neuro-cognitivas, mediante estrategias lúdicas y multisensoriales, en los niños y niñas con factores de riesgo, trastornos del neurodesarrollo y discapacidades, facilitando un adecuado funcionamiento biopsicosocial en la primera infancia.
2. Desarrollar procesos constructivos y cooperativos que les permita diseñar y aplicar rutas y protocolos de atención integral, con estrategias del Modelo de Atención Temprana, Atención Integral en Salud e Investigación; aplicadas a la primera infancia.

## **Psicorehabilitación**

La Psicorehabilitación tiene bases sólidas científico-técnicas, espíritu humanista y ético, comprometido socialmente, está en capacidad de intervenir en equipos multidisciplinarios para la prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental.

### **Servicios en terapia de Psicorehabilitación**

La Psicorehabilitación tiene bases sólidas científico-técnicas, espíritu humanista y ético. Comprometido socialmente, está en capacidad de intervenir en equipos multidisciplinarios para la prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental.

### **Objetivos: (Ministerio de Salud Pública, 2012)**

- Aplica técnicas específicas para lograr la integración del paciente con deficiencias o discapacidad a su entorno social, en base al diagnóstico especializado.
- Aplica técnicas grupales e individuales para lograr la estimulación cognitiva y el desarrollo en el entorno social.
- Realiza talleres y programas de habilitación para personas con discapacidad para desarrollar habilidades y destrezas.
- Evalúa procesos psicológicos superiores (atención, concentración, percepción y memoria).
- Participa en trabajos multi e interdisciplinarios con la demás especialidades clínicas quirúrgicas y equipo integral de salud.

Analizar los resultados en el paciente posterior a la implementación del espacio de escucha activa que aloja la subjetividad del paciente.

### 6.3 Problemas de aprendizajes

Mucho se ha hablado de estudiantes con necesidades educativas especiales, término que nace como consecuencia de una problemática, cada vez más presente en muchas escuelas, que son los problemas de aprendizajes, el cual se ha venido estudiando desde distintas disciplinas en los últimos años. Cordié (1998) menciona;

Ciertos niños exhiben una crisis masiva cuando deben salir para la escuela, una negativa terminante a levantarse, a acercarse al aula. Este estado de pánico es de tal magnitud que los padres suelen pedir al médico un certificado que justifique la inasistencia. Tal rechazo absoluto va acompañado generalmente de otros trastornos: por ejemplo, miedo de salir a la calle, de cruzarse con amigos o de tomar sus comidas en familia”

De igual forma, Pérez Solís (2003) señala que los problemas de aprendizajes hacen referencia a aquellos escolares cuyo rendimiento en lenguaje, lectoescritura y matemática es inferior a sus posibilidades intelectuales y su edad.

Son muchas las definiciones que se tienen en relación con los problemas de aprendizajes, unas formuladas desde criterios etiológicos y otras descriptivas. Aquellas definiciones que apuntan a los criterios etiológicos provienen fundamentalmente de la medicina y psicología, y contemplan factores neurofisiológicos o neuropsicológicos como originarios de tales dificultades.

Una de las primeras definiciones etiológicas y empleando término “daño cerebral” para los problemas de aprendizaje fue propuesta por (Strauss & Lehtinen,

1947). Ellos señalan que los niños con esta dificultad serían niños que antes, durante y después del nacimiento han sufrido daño o infección cerebral, trayendo como consecuencia daño orgánico o defecto en el sistema neuromotor, resultando en alteraciones en el pensamiento, percepción y conducta.

Por otro lado, se tienen las definiciones de tipo descriptivo, las cuales tratan de ajustar

que son y no son tales dificultades basadas en criterios diagnósticos de exclusión y discrepancia. Uno de los primeros autores en plantear esta definición fue (Bateman, 1974) quien señala que los niños con dificultades de aprendizajes son aquellos que manifiestan discrepancia educacional significativa entre su potencial intelectual estimado y su nivel de ejecución, debido a desordenes en los procesos de aprendizajes básicos.

### **Tipos de problemas de aprendizaje**

Se ha mencionado que los problemas de aprendizajes son una alteración o retraso en el desarrollo en los procesos del lenguaje, habla, escritura o aritmética, debido a un problema cerebral, trastorno emocional o conductual, pero no a déficits sensoriales, por lo que se hace necesario conocer sus diferentes tipologías.

De acuerdo con Romero y Lavigne (2004) exponen tres criterios de clasificación para los problemas de aprendizajes como se muestra a continuación.

**Gravedad (G):** Considerada desde la perspectiva de la persona que presenta la dificultad., no se trata, por tanto, de una consideración estadística, ni de coste social. Aquí la calificación de Grave implica importancia del problema, ausencia de posibilidad de remisión espontánea, necesidad de intervención externa especializada.

**Afectación (A):** Indica el carácter predominante del problema dadas las áreas personales (procesos, funciones, conductas) afectadas. Estrechamente vinculada a la Gravedad.

**Cronicidad (C):** Se refiere al tiempo de duración del problema e indica las posibilidades de recuperación espontánea o mediante intervención especializada

desde diferentes perspectivas: psicopedagógico,  
psicoterapéutica, médica, psicosocial.

Teniendo en cuenta lo anterior se distinguen cinco grupos como se muestra en la figura 1, las cuales van de menor a mayor gravedad, de menor a mayor afectación y de menor a mayor cronicidad.

**Figura 1.**

*Clasificación de los problemas de aprendizajes.*

<b>TIPO I</b> no G, no A, no C	<b>TIPO II</b> = G, = A, no C	<b>TIPO III</b> G, A, = C	<b>TIPO IV</b> G, A, = C	<b>TIPO V</b> G, A, = C
<b>PROBLEMAS ESCOLARES</b>	<b>BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR</b>	<b>DEA</b>	<b>TDAH</b>	<b>DIL</b>

Tomado de (Romero & Lavigne, 2004)

En la cual el tipo I, se trata de estudiantes con problemas escolares, por tanto, de problemas considerados como leves, que no afectan de forma dominante al alumno de carácter reversible, mientras que el tipo II, se trata de estudiantes con bajo rendimiento escolar y son problemas de moderada gravedad y afectación personal (procesos psicolingüísticos, motivación, metacognición), aunque recuperables, si se dan las necesarias atenciones educativas escolares y familiares.

El tipo III, incluye a aquellos estudiantes con dificultades específicas de aprendizajes, son de gravedad moderadamente alta, en la medida en que no remiten de forma espontánea (sólo por mediación educativa regular), y que requieren atenciones educativas especiales prolongadas; la afectación es también moderadamente alta, ya que no son dominantes las áreas personales afectadas; y son recuperables mediante programas de intervención temprana adecuados y adaptaciones curriculares individualizadas y específicas.

Las de tipo IV, a este grupo se incluyen los estudiantes con déficit de atención con hiperactividad, se debe a factores personales de carácter grave que frecuentemente se combinan con respuestas inadecuadas del entorno, cuando esto ocurre la gravedad del trastorno se incrementa severamente. Las áreas personales afectadas son varias e importantes, no obstante, con el adecuado tratamiento médico-farmacológico y psicoeducativo la cronicidad del problema

disminuye significativamente.

Y finalmente encontramos la de tipo V, que es característico de los estudiantes con capacidad intelectual limitante, debida a causas personales graves, que afectan a áreas dominantes de modo profundo y que tienen un carácter crónico, es decir, que mediante la estimulación ambiental se consiguen notables avances pero difícilmente la remisión total del problema (Romero & Lavigne, 2004)

Por otro lado, Diéguez, (2010) clasifica los problemas o trastornos de aprendizajes en dos grandes grupos, los niños disléxicos que engloba a aquellos con problemas de lectura, escritura o en la secuenciación que incluye el deletreo o las dificultades para las secuencias automáticas (días semana, lectura horaria); y el otro grupo son los niños con problemas para la adquisición de habilidades “no verbales” o procedimentales, como las matemáticas, la resolución de problemas, las habilidades viso-espaciales, la coordinación motora o la percepción táctil. En este último grupo están englobados los denominados “trastornos del aprendizaje no verbal”

Para mayor practicidad se han seleccionado tres grandes grupos diagnósticos: la dislexia (trastorno de la lectoescritura), la discalculia (también denominado trastorno de las matemáticas, y que en realidad es un subtipo de TA no verbal) y los trastornos del aprendizaje no verbal.

### **Disciplinas que tratan los problemas de aprendizajes.**

De acuerdo con las características y necesidades particulares del niño con problemas de aprendizajes, en la evaluación pueden intervenir varios profesionales, entre ellos tenemos:

#### **Psicopedagogía:**

La psicopedagogía busca transformar los procesos educativos, mediante el diseño de propuestas para el aprendizaje, las cuales se adecuen a las necesidades individuales de cada estudiante. (Martínez, 2021)

Esta disciplina se encarga de tratar las dificultades o problemáticas en el entorno del aprendizaje. Se enfocan en dar una atención a los distintos tipos de discapacidades que puede tener una persona, que pueden o no estar solamente ligadas a las dificultades propias del

estudiante, también influyen las barreras que presenta el sistema educativo que impiden que el aprendizaje pueda fluir.

La psicopedagogía aborda trastornos del neuro-desarrollo o trastorno de conducta. En ocasiones también a situaciones derivadas de procesos de disciplina y del desarrollo con padres de familia, o con sus docentes.

### **Terapia ocupacional:**

Se enfoca en mejorar el desempeño y rendimiento del niño, el terapeuta ocupacional aplicará técnicas de fundamentación neuropsicológica y psicomotriz, entre otras, según las necesidades específicas de cada niño. Aborda la intervención en temas de la atención, la concentración o el control del impulso; puede ser a través del juego. También se enfoca en dificultades en la psicomotricidad.

### **Psicología:**

Realiza las evaluaciones principalmente en tres áreas, cognitiva (permite identificar el nivel de coeficiente intelectual y definir si el problema de aprendizaje es específico o de desarrollo), conductual (identificación de conductas desfavorables tanto en el niño como en la esfera familiar, descarte de trastornos comórbidos como el Trastorno por déficit de Atención e hiperactividad (TDAH), problemas de lenguaje, atencionales, etc.), y por último el área emocional, el tener un problema de aprendizaje puede traer repercusiones en la arista emocional de los niños, ya que puede haber signos de frustración, inseguridad, baja autoestima, miedo, emociones que pueden bloquearlos y crear otros problemas. Por lo tanto, otra función importante del psicólogo dentro de este proceso evaluativo es el de identificar en qué medida estas áreas evaluadas influyen en el problema de aprendizaje del niño.

### **Psiquiatría o neurología:**

La ausencia de psiquiatras infantiles hace que muchas veces el neurólogo realice las exploraciones médicas que determinan la presencia de problemas de origen orgánico en el niño, los cuales originan o desencadenan las deficiencias en el aprendizaje. Son los profesionales médicos los encargados de realizar las exploraciones físicas y pruebas analíticas que evalúan el sistema nervioso central a nivel estructural y funcional.

### **Neuropsicología:**

Evalúa y trabaja programas de rehabilitación.

En la actualidad existen profesores, logopedas y psicólogos especializados en tratamiento en problemas de aprendizaje. Son ellos los encargados de realizar las evaluaciones psicopedagógicas específicas del área, en este caso identifican los componentes de la lectura, escritura o matemática que se ven disminuidos y los procesos cognitivos superiores que se ven afectados, estableciendo así puntos de referencia para el inicio del proceso de rehabilitación.

### **La terapia psicoanalítica y los problemas de aprendizajes.**

Como se ha mencionado cuando se piensa en problemas de aprendizaje indiscutiblemente debemos remitirnos al concepto de la simbolización. Aunque, Apolinario (2021), menciona que los problemas de aprendizajes deben percibirse desde el concepto de síntoma que deben ser descifrado a través de la asociación libre, para desplegar lo reprimido.

Basado en esto, se han realizado muchos trabajos que buscan tratar esta problemática a través del psicoanálisis lo fracturado, perdido, llamado símbolo o síntoma que se refleja en problemas de aprendizajes. Tal es el caso de Cristoforo (2015) quien pudo establecer que la terapia psicoanalítica tiene un efecto significativo en problemas de aprendizaje como la atención.

Freud definió “el psicoanálisis como un método de investigación, un instrumento neutral, como lo es, por ejemplo, el cálculo infinitesimal” es decir, un método de investigación de procesos anímicos inconscientes (Universidad de Antioquia & Lopera Echavarría, 2017).

La terapia psicoanalítica tiene sus orígenes como método terapéutico con el inicio de la teoría psicoanalítica desarrollada por Freud cuando se encontraba estudiando las causas de la neurosis, fundamentalmente la histeria que lo llevo a descubrir el inconsciente que es el eje fundamental del psicoanálisis.

En este estudio de la histeria Freud formula dos descubrimientos uno el psiquismo y la otra la técnica del tratamiento proponiendo así un principio terapéutico. A partir de aquí, el

método psicoanalítico se fundamenta en dos pilares la libre asociación del paciente y la atención libre flotante que consiste en dejar comunicar todo aquello que salga y vaga de su pensamiento, aunque se considere sin importancia e incoherente. Al respecto Cristóforo, (2015) refiere que;

El trabajo del terapeuta implica un proceso de interpretación que va del materia asociado por el paciente hasta lo reprimido. No solo el material asociado será objeto de la interpretación. Uno de los importantes descubrimientos del psicoanálisis refiere a los sueños, actos fallidos, equivocaciones y olvidos como producciones del inconsciente, por lo que también serán objeto de la interpretación

Los trabajos y descubrimientos de Freud han sido tomados por muchos trabajos aplicados a los problemas de aprendizajes tal es el caso de Cristóforo, (2015) que realizó un trabajo con terapia psicoanalítica en situación de grupo obteniendo buenos resultados. Así mismo, Zagía & Vanessa, (2014), menciona que pensar en dificultades o problemas de aprendizaje desde el psicoanálisis nos remite al proceso simbólico.

De acuerdo Filidoro, (2008) para el diagnóstico psicoanalítico se deben tener en cuenta los siguientes aspectos; la escuela, los padres y entrevista diagnóstica con el niño.

En el caso de la escuela, es muy importante conocer y obtener información acerca de las características de la escuela a la que el niño asiste de manera que miremos si el contexto opera de manera constitutiva y no un medio obstaculizador del proceso de aprendizaje. De igual manera, observar cuadernos, informes e incluso una entrevista con el docente, directivos y profesional de psicología.

En cuanto a los padres, este mismo autor refiere que se debe indagar en los padres de tal manera que se deje bien claro la problemática por la cual consultan los padres. Así mismo, se debe involucrar a los padres en el conflicto.

En la entrevista diagnóstica con el niño, el autor refiere que en la primera consulta debe pensarse en la singularidad acompañada de una hora de juego lo cual permite mantener un poco de control de la situación debido a que hay niños que no quieren quedarse solos. Luego, si entrar con la intervención clínica de tal manera que el niño se de los contenidos de lectura, escritura y

procesos matemáticos y una forma de hacerlo es a través de la aplicación de test, que son nuestras pruebas de diagnóstico escolares.

El psicoanálisis siempre apunta a la singularidad de cada caso, cuando se trata de problemas de aprendizaje, podría leerse desde diferentes puntos, pero el más sonado y que se ha encontrado en la indagación teórica es desde el concepto de síntoma, que esto lleva a dar un aporte desde la dimensión subjetiva de cada caso, permitiendo que el sujeto hable de su malestar, buscando a fondo la historia real de todo aquello que lo aqueja, dándole un enfoque más clínico de las dificultades de aprendizaje, avanzando más allá del problema de educación y terapia de readaptación medio escolar.

Los problemas de aprendizaje traen consigo muchas consecuencias en la vida de los niños, llevándolos en la mayoría de ocasiones a sufrir, afectando así su vida personal, la relación con sus padres, con sus maestros y hasta con sus compañeros, ya que no pueden cumplir con la norma que exige la ley, al no poder cumplir con las demandas sociales, entonces acrecienta el miedo de perder su lugar en su hogar y en la sociedad. Los problemas de aprendizaje no solo afectan el área educativa del niño, también otras áreas como la emocional, afectiva, conductual, etc. Por ello, la importancia de trabajar desde la subjetividad también.

Por lo tanto, se trató de mostrar otra perspectiva y producir aportes para el abordaje del diagnóstico y tratamiento de niños con dificultades de aprendizaje desde la teoría psicoanalítica ya que desde esta teoría, lo que se pone en evidencia es que esta dificultad de aprendizaje puede plantearse como un síntoma articulado a determinada problemática particular de un sujeto, puesto que el aprendizaje no es una actividad neutra donde el alumno no es una máquina programada para adquirir saber, sino también implica una determinada dimensión subjetiva y una problemática inconsciente de un sujeto. (Coca & Unzueta, 2005)

Dentro del proceso del aprendizaje hay dos actores fundamentales, el estudiante y el docente, en el centro de esta relación se encuentra el saber, es por eso que para que se dé la experiencia de aprender debe existir un ser al que le falte el saber y un ser al que le sobre; algunas de las dificultades en este proceso tienen que ver con esta relación, lo ideal es que haya un deseo de saber por parte del niño para que fluya, sin embargo, pueden existir otros factores como la demanda de los padres, de la escuela y demás que buscan que aprenda con éxito y si el niño no logra interponer su deseo propio quedará presionado por las demandas de los demás.

Muchas veces las dificultades de aprendizaje están ligadas directamente a dificultades en la estructura familiar, por eso la importancia de trabajar desde un lugar que apunte a escuchar eso que está haciendo síntoma en ese niño.

Quisiéramos finalizar postulando con todo lo desarrollado en este trabajo, se persiguió producir aportes para el abordaje del diagnóstico y tratamiento de niños con dificultades de aprendizaje desde la teoría psicoanalítica ya que, desde esta teoría, lo que se pone en evidencia es que ésta dificultad de aprendizaje puede plantearse como un síntoma articulado a determinada problemática particular de un sujeto, a su historia. Implicando con esto, en el aprendizaje, la dimensión subjetiva y una problemática inconsciente que no debe dejarse de lado en el diagnóstico y tratamiento de las dificultades de aprendizaje. (Coca & Unzueta, 2005)

## 6.4 Análisis del caso

### 1. Datos de afiliación o anamnesis del paciente

**Fecha de evaluación:** 19 de octubre del 2016

**Nombres y Apellidos:** R.

**Lugar y fecha de nacimiento:** Machala, 27 de marzo del 2008.

**Edad:** 8a 7m.                      **Sexo:** M

**Nombre de la Institución:** Esc. Ed. Básica “Luis Armando Ugarte”

**Escolaridad:** 4to básica                      **Repitencia:** No

**Discapacidad o NEE:** -                      **CI:** 0707069167

**Nombre del padre:**

**Ocupación:**

**Nombre de la madre:** NN

**Ocupación:** Que haceres domésticos

**Representante:** Mamá                      **CI:** NN

**Dirección:** Urseza 2, Sector 2

**Teléfono:** NN

## **2. Motivo de consulta**

Paciente de 8 años de edad referido de psicología por problemas de aprendizaje, déficit de atención y lenguaje, con diagnóstico **F81.3 Trastorno mixto de las habilidades escolares.**

## **3. Antecedentes**

No se cuenta con antecedentes pre y peri natales, sin embargo, la madre refiere normalidad y que no existió ningún evento fuera de lo habitual, camino a los 11 meses, a partir de los 4 años la madre nota problemas para comunicarse, en periodo de tiempo también vivenció violencia intrafamiliar, por parte de su padre hacia su madre, quien posteriormente los abandono. A los 5 años sufrió un intento de abuso sexual por parte de un vecino cuya edad era de 11 años.

Se conoce que el niño acudió a consulta por problemas del lenguaje y el aprendizaje cuando tenía 8 años. Posteriormente el menor acudió a una nueva consulta a la unidad de salud debido a la presencia de un quiste aracnoideo identificada mediante una tomografía axial computarizada TAC. En ese periodo de tiempo la representante menciona que su hijo no ha mejorado sino todo lo contrario, lo describe como más distraído y se le dificulta comunicarse.

En el ámbito escolar ha sufrido burlas por parte de sus pares, así como de calificativos por parte de sus docentes llamándolo “un niño vago”, esto según la madre relata.

## **4. Contexto familiar**

En el hogar vive el paciente con su hermano y su madre quien indica que su hijo mayor padece discapacidad visual del 75%, ambos hijos son del mismo progenitor, el cual no los reconoció. Es ella quien mantiene el hogar y cuida de los menores, no posee un trabajo estable.

Durante la entrevista y seguimiento la madre denota una tendencia a completarlo que el niño intenta expresar, sus actividades escolares y de auto cuidado.

## **5. Contexto escolar**

Según la institución educativa el proceso de adaptación al ámbito escolar le resultó difícil, no establecía una buena relación con sus pares. Desde segundo de básica se implementó adaptaciones curriculares en su institución.

## **6. Procedimiento**

### **Ingreso del paciente, descripción del caso según datos referenciados por el UDAI y escuela**

El motivo de consulta por el cual el paciente acudió al área fue por trastorno mixto de habilidades escolares, según los informes psicopedagógicos emitidos por el UDAI, además con el antecedente de presentar un quiste aracnoideo sin embargo nose asocia este factor como etiología al diagnóstico de base según el criterio médico.

## **7. Entrevista, valoración y planteamiento de objetivos**

Paciente ingresa a consulta junto a su madre quien indica que el menor presenta problemas de aprendizaje, lenguaje y atención, lo cual dificulta la retención de lo aprendido en el ámbito escolar. Durante la entrevista la madre menciona que nopresento problemas en el embarazo, es madre soltera, vivió con el padre durante un corto tiempo y se separó porque sufrió violencia intrafamiliar con él.

Este la abandono y no reconoció a los menores, menciona también que tiene un hijo mayor con discapacidad visual de 75 %, indica que tiene el informe académico y psicológico donde indica un posible diagnóstico. Durante la entrevista la madre se notaba muy preocupada menciona que no sabe cómo ayudar a su hijo y que es el único sustento del hogar y que siente que las cosas se le están saliendo de control y nadie la puede ayudar.

Al entrevistar al paciente se realizó las siguientes preguntas:

Pregunta: “¿*Cuál es tu nombre?*”

Respondió: “*R.*”

Pregunta: “¿*Cuántos años tienes?*”

Respondió: “*8*”

Pregunta: “¿Cómo te gusta que te llamen?”

Respondió: “R.”

Se le explico cómo sería la evaluación a lo que él solo asintió con su cabeza, su actitud denotaba inseguridad durante la valoración.

Se le solicito realizar las siguientes consignas; escribir su nombre, dictado de palabras con fonemas M, P, S, los cuales no pudo realizar, al preguntarse si sabe leersu respuesta fue “No”. Al enseñarle tarjetas con gráficos que representan miembros de la familia identifico a imágenes de “madre” y “hermano” haciendo alusión a las personas con las que vive. Al expresarse sus oraciones en su mayoría eran cortas de 3 a 5 palabras, además al conversar sobre su entorno escolar, expresó lo siguiente “*no me gusta salir al recreo*”, “*no tengo amigos, no juegan conmigo*”, “*se ríen de mi*”, “*me pegan*”. Referente a su ámbito familiar al hablar sobre si disfrutaba de reuniones familiares menciona “*no me gusta conversar con mi familia, porque me miran raro*”, “*no me entienden*”

Al valorar aspectos académicos relacionados a lecto-escritura se observó que el paciente no sabía leer ni escribir, no identificaba consonantes, pero si vocales y podía escribirlas En cuanto a aspectos matemáticos, numéricos, se identificó deficiencias al contar cantidades superiores a 10, enumerar, sumar, restar números de 1 cifra, no comprendía conceptos de mayor, menor, igual, mas, menos. Comprendía conceptos espacio temporales; izquierda, derecha, arriba abajo, dentro fuera, sobre, debajo, a lado, junto, día noche, tarde, hoy, ayer, mañana, al responder preguntas de antes y después aparenta confundir los términos, de igual manera en actividades que implican secuencias como por ejemplo cepillarse los dientes, o vestirse, al describirlos suele hacerlo sin un orden lógico.

Se plantea intervenir con los siguientes objetivos para responder a las necesidades obtenidas por la valoración además de las mencionadas por la madre, y la institución:

- ✓ Curriculares
- ✓ Lecto-escritura
- ✓ Identificación de letras

- ✓ Escritura de letras
- ✓ Fonemas y grafemas
- ✓ Lectura comprensiva
- ✓ Serie numérica
- ✓ Conceptos de cantidad
- ✓ Conceptos de mayor, menor, igual
- ✓ Concepto de más, menos

Durante las primeras sesiones de aproximadamente un mes ingresaba al consultorio con un caminar inseguro, encorvado, actitud temerosa, no había iniciativa de saludar o interactuar con otros pacientes de consultas paralelas, carecía de interés o curiosidad por tomar los objetos didácticos que lo rodeaban, demoraba para realizar cualquier actividad, las preguntas las contestaba habitualmente con respuestas de afirmación o negación asintiendo con la cabeza, En ese lapso de tiempo se abordó las siguientes actividades; reconocimiento de consonantes, fonemas, grafemas, escritura de letras, y ante ello se mostró ansioso y frustrado porque no podía realizarlas.

De las actividades mencionadas, R. mostró especial dificultad para aprender a leer ya que ello implicaba que hablara, no le agradaba interactuar con las demás personas, sin embargo, en lo relacionado a aspectos numéricos, contar, e identificar cantidades, denotó una mejor comprensión. Ninguna actividad planteada mostraba interés en hacerla.

Tiempo después de las sesiones iniciales, R. comprendía en mayor medida la rutina al ingresar a consulta, saludaba sin necesidad de recordarlo o incitarlo a hacerlo, acudía a su asiento, pero su postura no cambiaba se mostraba igual de temeroso, presentaba sudoración en las manos cuando tenía que socializar con algún paciente o persona que ingresaba al consultorio por alguna pregunta o para agendar alguna cita. En el transcurso de las sesiones se explicaba a la madre como trabajar en casa con el menor sin perder los objetivos establecidos al inicio de las mismas., la madre menciona que siente que el niño no la entiende, pero si cumple con todas las tareas que se le envía.

Al finalizar el proceso de las citas el menor menciona de manera introvertida; **“yo hablo, y siento que no me escuchan ni me entienden, mi familia los profesores**

**hablan y no los entienden**” aludiendo que no se siente cómodo, sino frustrado al no poder realizar ejercicios básicos.

## 8. Planteamiento de estrategias extras en la intervención

Al finalizar el proceso de 20 sesiones para trabajar los problemas de aprendizaje, los terapeutas mencionaron no tener avances del menor en los objetivos establecidos, debido a que el paciente no interactuaba, o más bien, no le agradaba la interacción tanto con los terapeutas, otros pacientes y su familia, por lo cual se sugiere cambiar la metodología, creando un espacio donde se enfocaba más en los intereses de R. ya no tanto con actividades planificadas, sino más bien invitándolo a que sea él quien pueda hablar de lo que le gusta y llevar la sesión su gusto, apareciendo dichos importantes como “*nadie me entiende*”.

Al cumplir el tiempo de tres meses de descanso para ingresar al proceso de citas para trabajar los problemas de aprendizaje, R. ingresa a consulta junto a su madre, la cual se notaba más tranquila, mencionando sentir un poco más de interés por parte del personal de salud para ayudar a su hijo, y poder ver cómo sigue en el proceso ya que otras instituciones educativas no han podido ayudarlo. Por las dificultades que él está atravesando, se mencionaron nuevos objetivos con el menor, la madre estaría dispuesta a seguir con este proceso y los objetivos establecidos.

Al iniciar el proceso de citas y al haber creado un espacio de escucha activa donde solo estaba el terapeuta con el paciente, ya no existía contacto con otros niños, sintiéndose menos ansioso. En este espacio estaba rodeado de objetos y actividades de su agrado, se estableció leer una historia por cada sesión y él escogió la historia de los tres cerditos, se le preguntó qué personaje le simpatizaba, y él respondió, “*el hermano mayor*”, contestando que “*cuido a sus hermanos del lobo*”. Su mirada ya no era perdida y se retomó el interés en la realización de las actividades, ya no se notaba tan temeroso y sus frases empezaron a ser más completas y con mayor sintaxis, se nota interés en el paciente y en la actividad de relato de cuentos.

Con esto se dio inicio al proceso de lectura con el reconocimiento de fonemas, levantando el interés de la lectura en el menor, para que en un futuro él pueda leer solo todo lo que le agrade o sea de su interés, lo cual le pareció muy bien, por lo que respondió “*si quiero*”.

Se comenzó trabajando con:

- ✓ Lecto escritura
- ✓ Identificación de letras
- ✓ Escritura de letras
- ✓ Fonemas y grafemas
- ✓ Lectura comprensiva

A los fonemas y grafemas, se los asocio con analogías tanto de sonidos como de letras, por ejemplo, al enseñarle la letra “*m*”, se la asocio con “*m*” de “*mama*”, y el sonido de la “*m*” con algo que pueda degustar, preguntándole cuál es su comida favorita, a lo que respondió “el helado”, aludiendo que, al degustarlo, exclama “*Mmm que rico helado*”; creando una asociación de fonemas con elementos de su agrado.

A notar el interés y la comprensión del paciente mediante la actividad del inicio a la lectura, se replanteo trabajar de esa manera en casa junto a su madre. En una de tantas sesiones, se preguntó al paciente si deseaba hacer ingresar a su mamá para explicarle como ayudarlo a él en casa; él supo responder tomándose su tiempo que “*sí*”.

Al momento que la madre ingreso, R. le hizo señales a ésta con la mano, indicándole que se siente a su lado, después exclamó; “*mami ya puedo*”, la madre muy contenta al ver el resultado, abraza a su hijo, y este le dice “*tranquila mami, tranquila*”.

Esta situación genero un momento de tranquilidad, tanto de la madre a su hijo y viceversa.

Había sesiones donde el paciente no quería hablar, pero si cumplía sus actividades con normalidad, fue cuando la madre menciono que había estado pasando por malos momentos económicos y familiares, exclamo que “talvez la situación que estaba atravesando en casa no le permitía hablar en las sesiones”, con este proceso se trabajó durante muchos meses, donde el paciente se mostraba más participativo y activo. En el transcurso del año se pudo interactuar con otra persona adicional, como un trabajo en equipo, con el objetivo de hacer socializar al paciente con otros niños, que presentaban también problemas de aprendizaje, al inicio se mostró tímido, pero mediante el transcurso del proceso, pudo hacer más tolerable la relación con otros niños,

como mostrar gestos de empatía y ayuda hacia otro niño, cumpliendo con el objetivo de socializar y trabajar en equipo.

En este espacio de escucha se notó durante el año, muchos cambios en su desarrollo cognitivo – conductual, donde el paciente pudo aprender la lectura, la escritura, y resolver problemas de cálculo, su lenguaje se volvió más comprensivo, podía expresar un poco más sus emociones y sin mostrar rechazo al entorno donde élse encontrará.

Al culminar el año de sesiones, se creó nuevas metas para trabajar el entornosocial, familiar, y escolar para que el sujeto pueda adaptarse a estos medios sin generarle angustia y problemas al comunicarse, pero no dejando de lado los problemas de aprendizaje que se están tratando en las sesiones. En base a esto se creó nuevos objetivos para trabajar el siguiente año junto a la familia quien ayudara alpaciente a sentirse cómodo y parte de los mismos, por ejemplo, evitar comentarios incómodos, dejar que el niño exprese lo que le agrada y desagrada, permitir que el niño pueda participar en la cocina con la preparación de alimentos, actividades de la vida diaria y cuidado en su aseo personal creando rutinas con horarios y actividades de acuerdo a su edad.

En esta nueva etapa R. se encuentra más activo y colaborador, realiza actividades de lectura comprensiva con nuevos fonemas, reconocimientos de cantidades y ejercicios matemáticos de cálculo, con un lenguaje más comprensivo defrases y oraciones más largas. Se le indica al paciente que se trabajara con canto para mejorar el lenguaje, tono de voz y presentación de obras teatrales con títeres.Indicando a cada miembro las reglas que deben cumplir para cada presentación, así como la forma en la que deben trabajar en equipo, R. al principio se le observó un poconervioso, se le dio tiempo suficiente para preparar su obra al igual que otros pacientesinvitados a trabajar en este proceso. Las reglas de presentación de cada miembro consisten en el respeto al expositor y a la exposición de la obra, y respetar el tiempo de cada participante en su presentación si hubiese el caso de algún percance, evitandoasí algún tipo de comentario desagradable, sino más bien fomentando palabras de apoyo como “yo sí puedo”, “vamos, tu si puedes”. Este proceso requirió bastante tiempo, en las sesiones, donde cada miembro del equipo se preparó y presentó su obra de títeres, se logró el objetivo de trabajar en equipo y poner socializar con más personas y niños de diferentes edades sin miedo al rechazo o burlas. Al momento que se realizan estas actividades, también fomentamos el interés por otras, tales como la pintura en papel y tela, así como la preparación de postres.

Durante y al final de todo el proceso, se contó con la participación de la madre como miembro fundamental, dándole las siguientes pautas; establecer las debidas adaptaciones curriculares en el ámbito educativo y continuar con el proceso de aprendizaje en casa. Entre estas actividades son:

- ✓ Lecto escritura: Continuar la lectura con historias de cuentos y fábulas.
- ✓ Identificación de letras: Continuar la lectura con nuevos fonemas.
- ✓ Escritura de letras: Corrección mediante ejercicios de caligrafía y ortografía.
- ✓ Fonemas y grafemas: Por su sonido y escritura.
- ✓ Lectura comprensiva: La narración de historias.

Contando con la implicación demostrada por la madre, confiamos por ambas partes, de que, si R. presente alguna dificultad, estamos dispuestos a formar nuevamente el equipo que fuimos durante todo el periodo, para que continúe con su adaptación al entorno que lo rodea.

## **9. Evolución del paciente**

Durante el primer año, al iniciar el proceso, se estableció objetivos para trabajar los problemas de aprendizaje, de tal manera que, junto al apoyo de su madre, no obtuvimos los resultados esperados, por la razón, culminado el primer proceso, se creó un espacio más enfocado en el paciente y en lo que podía ir diciendo respecto a lo que supuestamente tiene.

A partir de esto, se dio inicio al aprendizaje, con su respectivo proceso. Esto duro casi un año donde el paciente iba paso a paso, mostrando mejoras en el ámbito académico, social y familiar. Se hizo participar de forma fundamental a la familia, y el entorno que lo rodea. Se mostraba más atento, con lo cual colaboraba con todas las actividades académicas, ya no se mostraba muy nervioso, podía trabajar en equipo y socializar ya no se le dificultaba mucho la comunicación, no se le notaba triste, el contacto visual era más permanente, su textura y tono de voz eran más firmes, mostrando más empatía con la madre, y a las actividades que le causaban agrado.

En el segundo año, se continuo con el proceso de aprendizaje en donde se observó mejores avances en el ámbito escolar, ya el paciente empezó a leer de forma fluida y sus conversaciones tenían más sintaxis, se pudieron trabajar con más pacientes y elaborar proyectos de forma individual y grupal, generando seguridad y mejor socialización entre estos.

Todas estas etapas llevaron un tiempo de aproximadamente dos años, en la cual se trabajó en el área cognitivo-conductual, aprendizaje y estado emocional. Con la creación de este espacio de escucha activa, y junto con la colaboración de la familia, en especial la madre, se creó un lazo de compromiso de ambas partes, tanto familiares, como médicas; ya que, si el caso lo amerita, y R. presente dificultades en el futuro, vuelva a retomar el proceso.

#### **10. Bajo los parámetros institucionales se cumplió los siguientes protocolos:**

El paciente fue revisado en consulta externa, donde el médico general hizo la primera revisión y derivación al médico pediatra, este a su vez realizó todos los exámenes pertinentes de laboratorio, y también la aplicación del test Denver (este le permite evaluar rápidamente el estado de determinadas funciones y así definir estrategias y procedimientos de estimulación del desarrollo psicomotor.), que permite evaluar de un modo sencillo pero eficaz el estado del desarrollo de un niño durante los seis primeros años de vida.

El médico pediatra al revisar todos los resultados obtenidos por medio de los exámenes médicos, derivó al paciente, al departamento que ameritaba en ese momento, se inicia el proceso de rehabilitación con el paciente, con las estrategias habituales que se usaban, sobre todo la terapia cognitivo conductual, que apuntaba al reforzamiento de aquellas conductas positivas y la eliminación de lo negativo, al no tener los resultados esperados, al observar la falta de progreso en las sucesivas sesiones, se plantea la necesidad de introducir nuevos métodos.

Al notar que el principal problema, que era la inhibición total del paciente al tener contacto con otros niños, pacientes, cosas u objetos que no eran de su entorno, se decidió crear un espacio de confort con elementos de su agrado, moviendo al paciente a una sala donde estaba solo con el terapeuta, permitiéndole así al paciente estar en una zona de confort, donde podía expresar lo que le gusta, creando un entorno de confianza, logrando que se exprese sin temor a cometer algún error. Una vez alcanzado el nivel de confianza por su mejora en las sesiones

sucesivas, se fueron incluyendo elementos que se podría encontrar en una sesión normal, como interactuar con otros niños, pacientes, poder realizar trabajos en equipo (exposiciones), actividades lúdicas, logrando así su integración normal al proceso de aprendizaje.

Si bien es cierto que la creación de este espacio de escucha se dio en un inicio sin conocer a grandes rasgos los conceptos teóricos del psicoanálisis, por lo que se consideraba que era un espacio a solas donde se buscaba crear mayor vínculo de confianza, sin embargo, ahora con el conocimiento básico de la teoría, se puede mencionar que lo que se abrió es un espacio de escucha activa donde se dio paso a escuchar el deseo del paciente, se abrió un lugar para que el paciente hable desde su subjetividad.

Antes se trabajaba con el paciente encasillado en sus diagnósticos y apuntando a trabajar los diferentes síntomas, que ya un manual explica cómo hacerlo si se trata de un problema de aprendizaje, es decir, ya existen actividades específicas para trabajar cada caso, lo que hace que no se pueda mirar más allá de los síntomas o de lo que está visible; este caso permitió dar cuenta de que lo latente no siempre lo es todo, que siempre existirá algo más que podría ser la causa o parte de ella.

## **7. Metodología**

El enfoque metodológico que se utilizará es de tipo cualitativo, como lo menciona Hernández, R., Fernández, C. & Baptista (2014), este enfoque utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación.

Uno de los métodos utilizados para la elaboración del trabajo fue el estudio de caso, donde a partir del trabajo realizado se pudo analizar la importancia de espacios diferentes de trabajo dentro de una psicorehabilitación. Dentro de la investigación también se utilizó el método exegético, analizando diversos textos que permitieron tener todos los sustentos teóricos necesarios, para sostener el trabajo; se utilizó fuentes primarias y secundarias de información.

Se considera que es una investigación de tipo exploratorio ya que no se ha planteado en otro centro de salud, este trabajo podría servir para otro tipo de investigaciones. Es importante mencionar que

los resultados que se obtuvieron fueron propios de la prácticay trabajados en campo.

## 8. Plan de trabajo

	<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>	<b>Octubre 2021</b>	<b>Noviembre 2021</b>	<b>Diciembre 2021</b>	<b>Enero 2022</b>	<b>Febrero 2022</b>	<b>Marzo 2022</b>	<b>Abril 2022</b>	<b>Mayo 2022</b>
1	Exploración Inicial. Definir tema, problema y preguntas de investigación, antecedentes y justificación, objetivos generales y específicos								
2	Recolectar datos y revisar fuentes bibliográficas								
3	Desarrollo del Marco Teórico								
4	Analizar e interpretar los resultados								
5	Elaborar las conclusiones y recomendaciones								
6	Elaborar dedicatoria y agradecimientos								
	Agregar anexos y revisión								
7	Entregar Tesis								
8	Sustentación								

## 9. Conclusiones

Una vez realizado el presente trabajo de investigación se puede concluir que el objetivo general planteado se pudo cumplir, porque se determinó, incluso en la práctica dentro del campo, que es muy importante la creación de estos espacios de escucha diferente a los habituales, estos lugares donde se escuche al paciente más allá de las actividades que se tengan planteadas, donde se invita a hablar de aquello que no se dice pero que es importante. Dentro de la práctica en los centros de salud, las terapias que se utilizan apuntan a un moldeamiento de conducta, a través de reforzadores positivos, cuando viene un paciente con una problemática al momento de encasillarlo en un diagnóstico ya se determina el proceso a seguir para su rehabilitación, situación que hace que ya se tenga marcado una forma de proceder y no hay espacio para analizar el caso desde la particularidad.

Para lograr el objetivo general fue necesario plantearse objetivos específicos que permitieran conceptualizar todo aquello que gira en torno al tema propuesto, al hablar de un espacio de escucha activa para alojar la subjetividad fue necesario definir desde el psicoanálisis este término que a su vez, trae consigo otros elementos, por lo que el primer capítulo tuvo el objetivo de abordar todos aquellos puntos teóricos que contextualicen a este espacio, porque no se trata netamente de escuchar sino de entender que es una escucha activa y hacia donde se debe apuntar, en el caso analizado por ejemplo, apunta a escuchar aquello que le gustaba al paciente, darse la oportunidad de escucharlo desde otra posición, no en medio de otras personas que hacían lo mismo sino en un espacio aparte.

Pero para entender que estos espacios son beneficiosos y tienen un objetivo diferente fue necesario esta conceptualización desde el psicoanálisis, corriente importante que invita a trabajar el síntoma de los pacientes desde otro punto de vista, el psicoanálisis busca trabajar en la historia del paciente, encontrar el porqué de lo que le está sucediendo, sabiendo que todo tiene que ver con todo lo que el paciente vivió en sus primeros años y en su infancia; en el capítulo uno se abordaron tres términos importantes, la subjetividad, el deseo y el síntoma porque se considera que son los necesarios para entender el enfoque que se le quiso dar a este trabajo.

El segundo capítulo apuntó a contextualizar el centro de salud que se escogió para el trabajo, no se puede analizar un caso sin conocer dónde se lo trabaja y de qué forma, por lo que fue necesario poner en conocimiento todo lo referente a los procesos que se manejan en estos lugares, cómo un paciente llega, qué es lo que procede como primer paso y todo el recorrido que tiene que realizar hasta llegar a su diagnóstico y su tratamiento.

También fue necesario abordar en uno de los capítulos, una conceptualización de lo que son los problemas de aprendizaje y cómo el psicoanálisis los contempla, de esta forma se conecta con el trabajo al que se busca llegar, tiene que existir una conexión entre la problemática y la teoría que se ha decidido abordar en este trabajo. Fue necesario también para entender que mucho de los síntomas que se pueden presentar en pacientes con problemas de aprendizaje, tienen un trasfondo familiar, se vincula con las relaciones familiares que no andan o con todas aquellas circunstancias que puede estar viviendo esa familia. Por ejemplo, en el caso analizado el paciente no lograba comunicarse y por ende tenía dificultades para socializar, y llegó a punto donde pudo mencionar que nadie lo entendía, que gritaba por dentro. Situación que tiene de trasfondo una dinámica familiar conflictiva donde hubo hasta violencia intrafamiliar y presunto intento de abuso sexual.

Finalmente, el capítulo final se trató del análisis del caso, durante el periodo de intervención con el paciente e implementación de un espacio de escucha, hubo un incremento en la toma de acción e iniciativa a realizar consignas asignadas por el especialista, especialmente en actividades concernientes a matemáticas y de percepción visual, en general actividades que no implicaran expresión hablada, no siendo el caso en actividades que requerían expresión verbal, sin embargo, en estas últimas mostro sutil iniciativa a realizarlas en un periodo posterior.

Otro aspecto relevante posterior al proceso fue que el paciente denoto mayor espontaneidad para relacionarse con sus pares, otros pacientes que acudían al mismo espacio físico, corregía a sus compañeros, buscaba ayuda para realizar actividades asignadas, sin embargo esta mayor espontaneidad se puede asociar a una suma de factores durante las sesiones del equipo multidisciplinario, ya que en ámbitos generales se busca potenciar la autonomía, la capacidad de toma de decisiones, elecciones de actividades según preferencias, aspectos que fortalecen la autoestima del paciente.

En la dinámica familiar basándonos en los datos proporcionados por la madre, el paciente denoto mayor autonomía, voz y voto sobre la elección de actividades y responsabilidades además de poder demostrar preferencia o desagrado a ciertas situaciones con mayor espontaneidad. Este aspecto fue independiente de la escucha activa, ya que el fomento a la autonomía del paciente en el hogar es uno de los primeros aspectos que se aborda como equipo multidisciplinario.

En la medida que se realizaron cambios de estrategias, buscando un trabajo más personalizado con el niño, se lo invito a un espacio a solas, donde se colocaron los juguetes y objetos que se

conocía que le gustaban, en este punto ya se dio un paso importante porque se consideró el deseo del paciente, ya se le dio un lugar que llevaba algo de él, obviamente este espacio le permitió conectarse más con el proceso terapéutico.

En este nuevo espacio que en su inicio no tenía una orientación psicoanalítica sino que solo surgió como una estrategia para ver si al hacerlo trabajar solo había más resultados pero una vez, que se contrastó con lo que la teoría dice, se pudo evidenciar que representó para el niño un espacio dedicado a él, que corresponde a un espacio donde se alojó su subjetividad, bastó con hacerlo sentir a gusto e integrado a partir de sus gustos y preferencias para que el paciente empiece hablar de eso que lo mortificaba, el que “nadie lo entendía”, “grito por dentro”; lo que el niño necesitaba es ser escuchado, es sentir que hay un espacio dedicado para él y que lo que tenía decir era importante.

A pesar de que no fue una estrategia fundamentada en el psicoanálisis y que no se trató de un trabajo que se hacía a diario, sino una medida desesperada que salió en ese momento porque no había cambios, resultó ser favorable y ahora que se tiene mayor conocimiento teórico psicoanalítico se podría dar una visión más enfocada y técnica a estos espacios, porque a partir de este surgimiento se ha atendido a los pacientes que han venido, desde este lugar, el que se logró instaurar a partir del trabajo con R.

A una conclusión importante a la que también se llegó es que cuando se trabaja en estas instituciones del estado, donde ya se tiene establecido un protocolo que dice que es lo que se tiene que hacer, y los pacientes ya se vuelven parte de una estadística, el profesional puede llegar a perder el norte y netamente enfrascarse en la mejoría inminente solo a partir de las herramientas que el manual entrega, pero tal cual lo dice el psicoanálisis, siempre habrá algo que escapa y frente a eso que no se encuadra dentro de un diagnóstico es lo que esta orientación busca trabajar.

## 10. Recomendaciones

- Ahondar más en la teoría psicoanalítica, sea a través de la lectura o de colaboración con personas que manejen más el tema, para establecer un modelo de atención más enfocado y técnico, permitiendo que esto que ha surgido a partir de un trabajo de campo, pueda ser utilizado para realizar una propuesta formal que pueda ser presentada a las autoridades pertinentes para que sea una opción para usar en los centros de salud del país.
- Contratar personal en los centros de salud que tengan una orientación psicoanalítica, porque tiene una visión diferente del trabajo con los pacientes, de esta manera las reuniones multidisciplinarias serían más enriquecedoras. La presencia de estas personas también permitiría que los planes de trabajo ya establecidos puedan ser revisados y se planteen algo diferente.
- Algo muy importante es no perder de vista el objetivo que se tiene con cada paciente, no dejarse llevar por el diagnóstico y porque es una estadística más, que si no se “cura” es parte de un resultado negativo del trabajo profesional. Mirar la parte humana de cada paciente, la historia que trae consigo y más cuando se trata del trabajo con niños, que vienen cargados de toda la historia de sus padres y de su familia.
- Las Universidades de la ciudad deberían ponerle más énfasis dentro de su currículo, clases de teoría psicoanalítica. Los estudiantes que se gradúen saldrían con un bagaje más amplio y una mirada diferente para el trabajo con las diversas problemáticas que existen.
- Poder socializar este trabajo con el personal del centro de salud donde se dio el caso y si se piensa más allá, también que la puedan leer el personal de otros centros de salud de Machala, para que puedan tomar como base lo establecido aquí y puedan sumar esta forma de trabajo en sus consultorios, teniendo así más pacientes atendidos desde el lugar de sus subjetividades y no solo desde sus diagnósticos.

## Bibliografía

- Apolinario Borbor, L. M. (2021). *Dificultades de aprendizaje desde el concepto desíntoma, un abordaje desde el psicoanálisis*.
- Bateman, B. D. (1974). Educational implications of minimal brain dysfunction. *The Reading Teacher*, 27(7), 662-668.
- Bolaños, D. F., Gonçalves, O., Pardo, Y., & Pereira, M. R. (s. f.). *Recono (c) siéndose en, con y por la palabra: La investigación-intervención de orientación clínica en Psicoanálisis y Educación*.
- Coca, S., & Unzueta, C. (marzo de 2005). Scielo. Obtenido de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612005000100009](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612005000100009)
- Cordié, A. (1998). Malestar en el docente. La educación confrontada con el psicoanálisis. En *Malestar en el Docente. La educación confrontada con el Psicoanálisis* (pp.367-367).
- Cristóforo, A. (2015a). *Eficacia de la psicoterapia psicoanalítica en situación de grupo para niños con dificultades en la atención* [PhD Thesis]. Universidad del Salvador.
- Daneri, C. (2014). *Psicoanálisis en azul*. Obtenido de <https://www.cristinadaneripsicoanalista.com/>
- Diamand, M. (2002). *Periodicos electrónicos en psicología*. Obtenido de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2072-06962002000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-06962002000100004)
- Diéguez, I. M. (2010). 1. *Los trastornos del aprendizaje. Definición de los distintos tipos y sus bases neurobiológicas*. 50, 5.
- Filidoro, N. (2008). Diagnóstico psicopedagógico: Los contenidos escolares. *La lectura*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Flamarique, E. S. (2017). *Más allá de las dificultades de aprendizaje. Comprensión y*

- abordaje de la causalidad psíquica en el marco escolar.*  
[[Http://purl.org/dc/dcmitype/Text](http://purl.org/dc/dcmitype/Text), Universidad del País Vasco - Euskal Herriko Unibertsitatea]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=137885>
- Girón, L., & Viguera, A. (2017). *Psicoanálisis y subjetividad: Conceptualizaciones metapsicológicas en el modelo teórico-clínico de Silvia Bleichmar*. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología - XXIV Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología - XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR “Psicología, Culturas y Nuevas Perspectivas” (Buenos Aires, 29 de noviembre a 2 de diciembre de 2017). <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/125119>
- Groel, D. (2019). *El sujeto del psicoanálisis*.
- Haddad, M. I. (2014). *El nombre propio y el rasgo unario*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. <https://www.aacademica.org/000-035/634>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación. Kirk, S., Gallagher, J. J., & Coleman, M. R. (2014). *Educating exceptional children*. Cengage Learning.
- Levin, R. (2021). *Tramas de psicoanálisis*. Ediciones Biebel.
- López, M. I., & Castellanos, M. S. (2010). Matriz de relación primaria en casos de niños y niñas con problemas de aprendizaje. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(2 (Julio-Diciembre)), 1099-1116.
- Maruottolo, C. (2013). La subjetividad como tercera tópica psicoanalítica. Conceptos de su metapsicología y clínica. *Norte de Salud mental*, 11(47), 16-26.

- Medeiros, L. (2014). *Aportes psicoanalíticos sobre las dificultades de aprendizaje en los niños*. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/4424>
- Micca, L. L. (s. f.). *Problemáticas del aprendizaje en el niño. Una mirada psicoanalítica*. 6.
- Mora, P. I. M. (s. f.). *ARTURO ENRIQUE HERRERA GAVILANES*. 86.
- Ministerio de Salud Publica. (28 de 04 de 2022). *Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/>*
- Moreno Naranjo, A. A. (2019). *La importancia de dar un lugar a la subjetividad de los estudiantes que acuden o son llevados al Departamento de Consejería Estudiantil en una Institución Educativa Particular, de la ciudad de Guayaquil*.
- Pérez Solís, M. (2003). *Orientación educativa y dificultades de aprendizaje*.
- Romero Pérez, J. F., Lavigne Cerván, R., Díaz Podadera, M. T., Gallardo Fortes, E., Niño Sánchez-Guisande, C., Niño Sánchez-Guisande, P., Paneque Pacheco, J., & Rodríguez Domínguez, R. (2005). Dificultades en el Aprendizaje: Unificación de Criterios Diagnósticos. I. Definición, Características y tipos. *Ministerio de Educacion*.  
  
<https://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/4775>
- Strauss, A. A., & Lehtinen, L. E. (1947). *Psychopathology and education of the brain-injured child*.
- Telégrafo, E. (2019, septiembre 25). 2.621 niños superan las dificultades de aprendizaje en los planteles. *El Telégrafo*.  
  
<https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/aprendizaje-planteles-ecuador>
- Tolosa, R. E. (2021). El Complejo De Edipo Reactualizado. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(1), 49-55. Universidad de Antioquia, & Lopera Echavarría, J. D. (2017). Psicoterapia psicoanalítica. *CES Psicología*, 83-98. <https://doi.org/10.21615/cesp.10.1.6>
- Zagía, S., & Vanessa, O. (2014a). *Tratamiento psicoanalítico de las dificultades de*

*aprendizaje en niños*. UR. FP.

Zuluaga, H. A. B. (2007). Lectura del texto “El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica” de J. Lacan. *Poiésis*, 14, Article 14.

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Diana Carmen Morocho Nugra** con C.C: #0704732767 autor(a) del trabajo de titulación: “La importancia de crear un espacio de escucha que da lugar a la subjetividad de los niños con problemas de aprendizaje. Análisis de un caso de un centro de salud de la ciudad de Machala” previo a la obtención del grado de **MASTER EN PSICOANÁLISIS Y EDUCACION** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 9 de Mayo de 2022



---

**DIANA CARMEN MOROCHO NUGRA**  
**C.C: #0704732767**



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	La importancia de crear un espacio de escucha que da lugar a la subjetividad de los niños con problemas de aprendizaje. Análisis de un caso de un centro de salud de la ciudad de Machala		
<b>AUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Morocho Nugra, Diana Carmen		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Ocaña Ocaña, Andrea Rendón Chasi, Alvaro Moreno Naranjo, Andrea		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>UNIDAD/FACULTAD:</b>	Sistema de Posgrado		
<b>MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:</b>	Maestría en Psicoanálisis y Educación		
<b>GRADO OBTENIDO:</b>	Master en Psicoanálisis y Educación		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	9 de mayo de 2022	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	55
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Psicoanálisis y Educación		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Problemas de Aprendizaje, Escucha Activa, Subjetividad, Psicoanálisis		

**RESUMEN/ABSTRACT** (150-250 palabras): El siguiente trabajo plantea un análisis del proceso de intervención en el departamento de rehabilitación perteneciente al centro de la ciudad de Machala, provincia del Oro. Además, se plantea la implementación de un espacio de escucha desde una perspectiva psicoanalítica, específicamente la escucha activa desde la subjetividad, con el fin de complementar el proceso de rehabilitación del paciente utilizándose como estrategia de intervención. Para llevar a cabo dicho objetivo es necesario conocer, la teoría psicoanalítica, así como la escucha activa, la subjetividad, el deseo y el síntoma; y a su vez visibilizar la necesidad de contar con un espacio de escucha dentro del plan de intervención del paciente. Como siguiente objetivo se detalla la sistemática del departamento de rehabilitación, el equipo multidisciplinario que la compone, criterios por los cuales los pacientes son derivados, lineamientos y normativas establecidas por el Ministerio de Salud pública, y su articulación con otros departamentos de servicio público. También se hará la revisión de los conceptos primordiales sobre los problemas de aprendizaje, dándole contexto al hecho de que el paciente tratado tenía una condición de este tipo. Finalmente, se realizará el análisis del caso con el que se trabajó, contrastando la teoría trabajada y los datos del caso.

<b>ADJUNTO PDF:</b>	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Celular:</b> 0998841847	<b>Email:</b> dianamorochonugra@hotmail.com
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
	<b>Teléfono:</b> 3804600	
	<b>E-mail:</b> info@cu.ucsg.edu.ec	

#### SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>	
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>	<a href="http://repositorio.ucsg.edu.ec">http://repositorio.ucsg.edu.ec</a>