



NOVIEMBRE 2015

NÚMERO

40

Revista
Iberoamericana de
Psicomotricidad y
Técnicas
Corporales

Edita
Red Fortaleza de Universidades
con Formación en Psicomotricidad
Universidad de Morón (Argentina)
Asociación de Psicomotricistas
del Estado Español

ISSN: 1577-0788



Revista
Iberoamericana de
Psicomotricidad y
Técnicas
Corporales

NOVIEMBRE 2015

NÚMERO

40

Staf

Fundador

• Pedro P. Berruezo (España)

Director

• Juan Mila (Uruguay)

Director Asociado

• Miguel Sassano (Argentina)

Consejo de Redacción

• Monserrat Antón (España)

• Pilar Arnaiz (España)

• Pablo Bottini (Argentina)

• Dayse Campos (Brasil)

• Misericordia Camps (España)

• Blanca García (Uruguay)

• Lola García (España)

• Alfonso Lázaro (España)

• Cristina de León (Uruguay)

• Miguel Llorca (España)

• Leila Manso (Brasil)

• Rui Martins (Portugal)

• Rogelio Martínez (España)

• Roberto Paterno (Argentina)

• Rosa María Peceli (Uruguay)

• Claudia Ravera (Uruguay)

• Joaquín Sarrabona (España)

• Begoña Suárez (México)

• Alicia Valsagna (Argentina)

Corrección:

Lic. Susana Lamaison

Diagramación

Lic. Marcela Golía

Edita

Red Fortaleza de Universidades con
Formación en Psicomotricidad

Universidad de Morón (Argentina)

Asociación de Psicomotricistas del
Estado Español

ISSN: 1577-0788

Sumario

EDITORIAL

4

1.- DESAFIOS DA PSICOMOTRICIDADE NUMA SOCIEDADE EM MUDANÇA APORTES DA EXPERIÊNCIA EUROPEIA

5

PSYCHOMOTRICITY CHALLENGES IN A CHANGING SOCIETY

CONTRIBUTIONS FROM THE EUROPEAN EXPERIENCE

Rui Fernando Roque Martins

2.- APORTACIONES DE LA PSICOMOTRICIDAD EN EL PROCESO DE POST - ADOPCIÓN

13

THE EFFECT OF PSYCHOMOTRICITY IN THE POST ADOPTION PROCESS

Joaquim Serrabona, Mireia Sanz y Noelia Muriel López

3.- EL TERAPEUTA ÚNICO EN LA CLÍNICA TRANSDISCIPLINAR DE LA INFANCIA: UNA MIRADA DESDE LA TRANSPSIOMOTRICIDAD

24

*THE UNIQUE THERAPIST IN THE CHILDHOOD TRANSDISCIPLINARY CLINIC: A VIEW FROM
THE TRANSPSYCHOMOTRICITY*

Eduardo Costa

4.- PSICOMOTRICIDADE E NEONATOLOGIA.

37

PSYCHOMOTRICITY AND NEONATOLOGY

Richard Parreiral

5.- ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS NA ESQUIZOFRENIA

46

PSYCHOMOTOR SYMPTOMS IN SCHIZOPHRENIA.

María Fragozo Melo y Fernando Roque Martins

6.- APLICACIÓN DEL RITMO PARA MEJORAR EL CONTROL DE MOVIMIENTOS BÁSICOS EN DISCAPACITADOS INTELECTUALES

61

*RHYTHM CONTROL APPLICATION TO IMPROVE BASIC MOVEMENTS IN INTELLECTUAL
DISABILITIES*

José Salvador Blasco Magraner y Gloria Bernabé Valero

7.- RECORRIDO POR LOS FUNDAMENTOS PSICODINÁMICOS DE LA PRÁCTICA PSICOMOTRIZ

71

*SYNOPSIS OF WHAT HAS BEEN THE PSYCHODYNAMIC AND CONCEPTUAL EVOLUTION OF
PSYCHOMOTOR PRACTICE (PP) THROUGHOUT THEIR YEARS OF TEACHING.*

EVOLUTION OF PSYCHOMOTOR PRACTICE (PP) THROUGHOUT THEIR YEARS OF TEACHING.

José Ángel Rodríguez Ribas

8.- INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ: UNA MIRADA DESDE LA NEUROCIENCIA ¿QUÉ HAY DE LOS FACTORES PSICOMOTORES EN LAS FUNCIONES EJECUTIVAS?

83

PSYCHOMOTRICITY'S INTERVENTION: A LOOK FROM THE NEUROSCIENCE.

RELATIONSHIP BETWEEN PSICOMOTOR FACTORS AND EXECUTIVE FUNCTIONS.

Claudia Marcela Carta y Martín Daniel Cipollone



NOVIEMBRE 2015

NÚMERO

40

9.- FORMACIÓN CORPORAL ESPECÍFICA DEL PSICOMOTRICISTA ESPECIALISTA EN GERONTOPSICOMOTRICIDAD <i>CORPORAL EDUCATION OF SPECIALIZED IN THE ELDERLY PSYCHOMOTRICITIST</i> Juan Mila Demarchi, Mariela Peceli, Soledad Vázquez y Lola García	94
10.- DISPOSITIVO ESTRATÉGICO EN PSICOMOTRICIDAD. APORTES A LA CALIDAD DE VIDA PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS EN UN CONTEXTO DE VULNERABILIDAD SOCIOECONÓMICA DESDE UNA CONCEPCIÓN COMPLEJA <i>PSYCHOMOTOR STRATEGIC DEVICE. CONTRIBUTION FOR IMPROVING CHILDREN 'S , SUFFERING FROM DISABILITY, QUALITY OF LIFE AND THEIR FAMILIES AS WELL, IN A CONTEXT OF SOCIAL AND ECONOMICAL VULNERABILITY.</i> Adriana Curbelo, Pablo Bottini, Valeria De Simone, Luisina Wies, Sofía Dellatorre, Verónica Amor, Maricel Cristo, Marcela Corin y Mariana Romeo	107
11.- EL PROCESO DE EVALUACIÓN EN LA TERAPIA PSICOMOTRIZ DESDE EL CONTEXTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN CHILE <i>THE EVALUATION PROCESS IN PSYCHOMOTOR THERAPY FROM THE CONTEXT OF PUBLIC POLICIES IN CHILE</i> Marcela Hernández Lechuga y Felipe Ramírez Balboa	128
12.- BENEFÍCIOS DA NATAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL PARCIAL: UM ESTUDO DE CASO <i>SWIMMING BENEFITS IN PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH PARTIAL BRAIN PARALYSIS: A STUDY CASE</i> Hallyson de Lima Leal, Francisca Nimara Inácio da Cruz, Luiz Vieira de Silva Neto y José Airton de Freitas Pontes Júnior	138
13.- ALGUNAS PREGUNTAS Y SUS RESPUESTAS SOBRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) <i>SOME QUESTIONS AND ANSWERS ABOUT THE DEFICIT OF ATTENTION WITH HYPERACTIVITY DISORDERS (DAHD/TDAH)</i> Roberto Mario Paterno	147
14.- FUNDAMENTOS DE INTERVENCIÓN EN PSICOMOTRICIDAD RELACIONAL: REFLEXIONES DESDE LA PRÁCTICA Lapierre, Llorca, Sánchez	159
15.- EL CUERPO COMO ORIGEN DEL TIEMPO Y DEL ESPACIO ENFOQUES DESDE LA PSICOMOTRICIDAD Miguel Sassano	160
NORMAS DE PUBLICACIÓN	161

Quince Primaveras...

Nuestra *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales* cumple este año quince primaveras. Pedro Pablo Berruezo y Adelantado fue un hombre inteligente y generoso, de grandes ideas y con una capacidad de trabajo impresionante. Esta publicación responde a su iniciativa y nosotros hemos acompañado este proyecto editorial desde su inicio, hace ya quince años. Hace quince años, o mejor dicho dieciséis, ninguno de nosotros pensaba que era posible publicar una Revista de Psicomotricidad en edición digital... Pedro Pablo si lo pensó y lo implementó, nosotros lo acompañamos.

Estamos orgullosos de que nuestra Revista continúe siendo espacio de publicación de artículos de compañeros psicomotricistas de las más diversas líneas de trabajo, de distintos países, y que sea la fuente bibliográfica de artículos de Psicomotricidad más citada en las dos lenguas en las que la realizamos: el español y el portugués.

También es una gran responsabilidad poder mantener la continuidad y periodicidad de la RPYTC, que con gran esfuerzo, continuamos brindando a nuestros lectores, en esta modalidad de libre acceso y gratuito.

Miguel Sassano
Director Asociado

Nuestros lectores, fundamentalmente los estudiantes y profesores universitarios de Psicomotricidad, esperan con avidez cada número de nuestra publicación, y con frecuencia nos lo reclaman.

Hace pocos días, en la Ciudad de Fortaleza, Ceará, la Red Latinoamericana de Universidades con Formación en Psicomotricidad, realizó su 1er Congreso Internacional de Psicomotricidad y en ese ámbito, académicos de diferentes países comprometieron y renovaron su compromiso con esta publicación. En forma indudable, es necesario el esfuerzo de todos para mantener este espacio editorial, mejorándolo, profundizando y desarrollándolo en forma permanente y sostenida.

Hoy, a diferencia de lo que acontecía hace quince años, nadie duda de que el desarrollo de la Psicomotricidad debe hacerse en el ámbito de las universidades, y por ello, nuestra publicación es cada vez más necesaria. Todos los universitarios vinculados a la Psicomotricidad necesitan este espacio editorial y nosotros a todos ellos.

Trabajemos, trabajemos y trabajemos... continuemos caminando hacia nuevas primaveras.

Juan Mila
Director



1. DESAFIOS DA PSICOMOTRICIDADE NUMA SOCIEDADE EM MUDANÇA

Aportes da experiência europeia

PSYCHOMOTRICITY CHALLENGES IN A CHANGING SOCIETY
Contributions from the European experience

Rui Fernando Roque Martins

DATOS DEL AUTOR

Rui Fernando Roque Martins es profesor asociado de la Faculdade de Motricidade Humana - Universidade de Lisboa
Dirección de contacto: rmartins@fmh.ulisboa.pt

RESUMO

A realidade formativa, investigativa e profissional da psicomotricidade exige uma visão e uma estratégia de desenvolvimento para dar resposta aos desafios emergentes na sociedade atual, que aumentam os conflitos pessoais e interpessoais dos indivíduos, colocando-os em situação de vulnerabilidade.

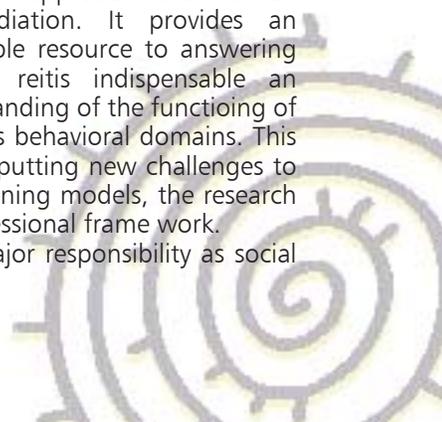
A psicomotricidade pela sua perspectiva sistémica e holística da abordagem ao ser humano, por mediação corporal, proporciona um recurso cada vez mais indispensável para responder em muitas situações onde é indispensável uma compreensão interligada do funcionamento do sujeito nos seus vários domínios comportamentais. Este desenvolvimento social, tem vindo a colocar novos desafios ao desenvolvimento dos modelos de formação, das linhas de pesquisa e das formas

ABSTRACT

The training, investigative and professional reality of psychomotricity requires a vision and a development strategy to address the emerging challenges in today's society, which increase personal and inter personal conflicts of individuals by placing them in a vulnerable situation.

Psychomotricity, acting using a systemic and holistic perspective to approach the human being using body mediation. It provides an increasingly indispensable resource to answering many situations where it is indispensable an interconnected understanding of the functioning of the person in its various behavioral domains. This social reality, has been putting new challenges to the development of training models, the research lines and forms of professional frame work.

The University has a major responsibility as social



de enquadramento profissional.

A Universidade tem uma responsabilidade acrescida como agente social produtor de conhecimento e de perfis profissionais ajustados a esta nova realidade, promovendo a mobilidade de estudantes ou diplomados, a legibilidade dos diplomas, a dinamização de redes de formação de âmbito europeu que possam dar origem a diplomas titulados simultaneamente por duas ou mais universidades e validando através da investigação a qualidade metodológica das práticas dos psicomotricistas

As dinâmicas associativas internacionais universitárias ou profissionais, têm uma missão fundamental a desempenhar nesta visão estratégica para o desenvolvimento da Psicomotricidade.

PALAVRAS CHAVE

Psicomotricidade, Europa, Redes Associativas, Universidade, Desenvolvimento profissional.

producer of knowledge and professional profiles adjusted to this new reality by promoting the mobility of students or graduates, legibility of qualifications, Europe-wide net working that can lead to diplomas titrated simultaneously by two or more universities and validating through research methodological quality of professional practices. International associative dynamic of universities or professional associations, have a key role to play in this strategic vision for the development of psychomotor.

KEY WORDS

Psychomotricity, Europe, Networks, University, Professional developments

1. Introdução

O rápido progresso da técnica, da informática e da investigação, assim como as evoluções da economia e do comércio, provocaram a nível mundial uma série de transformações nas condições de vida das pessoas. Estas mudanças implicaram várias melhorias, mas também algumas repercussões negativas no ambiente social e na saúde das pessoas, nomeadamente, um aumento dos problemas de desenvolvimento na primeira infância, doenças civilizacionais nos adultos e um aumento da população idosa, com

os consequentes problemas de vulnerabilidade e de sustentabilidade social.

A Psicomotricidade baseia-se numa visão global do homem considerando a interação íntima entre o comportamento emocional, cognitivo e motor. Esta visão integrada é particularmente importante na sociedade de hoje, que é cada vez mais especializada e orientada tecnologicamente. Estas mudanças sociais, colocaram à Psicomotricidade novos desafios e oportunidades, nos campos da educação, da investigação e do desenvolvimento

profissional, que têm permitido um progressivo reconhecimento da profissão pelo meio académico e pelo nível político, bem como pelos outros grupos profissionais.

A psicomotricidade apresenta alguma diversidade conceptual e metodológica nas suas várias realidades geográficas e políticas, mas a sua afirmação exige também identidade conceptual científica e nas práticas profissional, sendo necessário esclarecer o objecto e o método deste campo científico, baseado não somente na evidência clínica, mas também nos dados obtidos com a pesquisa científica formal. Nesta fase do desenvolvimento, é essencial dar evidência aos valores nucleares da identidade psicomotora, mas ao mesmo tempo, é essencial respeitar a diversidade cultural, social, institucional e política. A identidade da Psicomotricidade deve ter um desenvolvimento paralelo com a identidade do psicomotricista, e espera-se que as diversas realidades nacionais possam progredir para a criação de uma educação inicial ou pós-graduada específica e autónoma e no âmbito do ensino superior, preferencialmente universitário. Este esforço fornecerá uma base sólida para decisões políticas relacionados com o reconhecimento oficial da profissão, mas requer também que a educação profissional básica possa incluir conteúdos para preparar os futuros psicomotricistas para conceber e implementar projetos de investigação.

A identidade de uma área profissional é também promovida pela qualidade da comunicação entre os seus intervenientes, nomeadamente, pela actividade das associações profissionais, pela mobilidade dos estudantes, dos professores e dos investigadores, pela cooperação entre países com alguma afinidade geográfica ou cultural

e também pela necessidade de constituição de Redes com dimensão internacional que liguem as instituições cujo objecto de ensino e investigação se centre na Psicomotricidade. Consequentemente, os psicomotricistas esperam, dos responsáveis políticos:

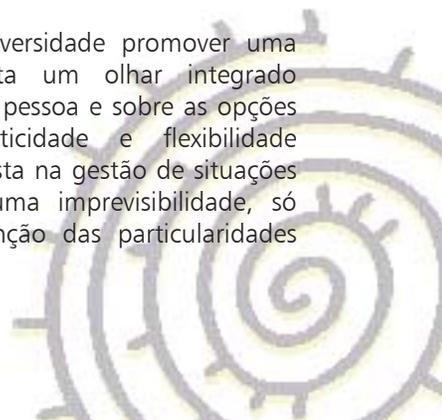
- A colocação em prática nos seus respectivos países de uma formação profissional específica de Psicomotricidade, preferencialmente no âmbito do Ensino Superior;
- O reconhecimento e proteção do exercício profissional;
- A realização de investigação de excelência, validando os seus fundamentos conceptuais e a qualidade das suas práticas profissionais

Para Freidson (1986), in Santos (2004), o controlo e a legitimidade de uma profissão suportam-se nos seguintes aspectos:

- Um saber formal e especializado validado pelo conhecimento adquirido;
- A existência de um mercado de trabalho onde o acesso é reservado aos profissionais;
- Uma formação longa e formal, e estruturas que legitimem o processo de profissionalização (universidades, as associações profissionais e o Estado).

2. Áreas de Formação e Perfil de Competências do Psicomotricista

É competência da universidade promover uma formação que permita um olhar integrado fundamentado sobre a pessoa e sobre as opções profissionais. A plasticidade e flexibilidade exigida ao psicomotricista na gestão de situações interventivas com alguma imprevisibilidade, só compreensíveis em função das particularidades



da história pessoal e clínica ou educativa, exigem uma formação pessoal e científica abrangente que o prepare para adquirir as seguintes competências terminais:

No âmbito do Conhecimento

- Conhecer os principais pressupostos conceptuais e epistemológicos da reabilitação psicomotora, em função da sua evolução histórica visando a operacionalização de um modelo biopsicossocial
- Conhecer os principais processos do desenvolvimento humano, normal e atípico, nas diferentes fases de evolução do seu humano, bem como as diversas problemáticas psicomotoras (primárias ou secundárias), integrado conhecimentos de anatomofisiologia, psicolinguística, psiconeurologia, psicopatologia, psicossomática, psicopedagogia, sociologia e antropologia.
- Conhecer e identificar factores contextuais que contribuem para o desenvolvimento ou acentuação de limitações que interferem no desempenho de uma actividade e na participação social.

No âmbito Técnico-metodológico

- Aplicar técnicas e instrumentos de avaliação com particular enfoque na área da reabilitação psicomotora
- Aplicar modelos e técnicas de habilitação e reabilitação nos âmbitos da estimulação, reeducação e terapia psicomotora
- Utilizar metodologias de investigação no âmbito da reabilitação

No âmbito da Atitude

- Conhecer e aplicar os princípios éticos e deontológicos próprios dos processos

relativos à intervenção directa junto dos diversos públicos-alvo, à integração nas dinâmicas institucionais, e à relação com a família e a comunidade

- Dominar as condições subjacentes ao estabelecimento de uma adequada relação nos contextos de intervenção, através da mediatização não verbal e verbal.

3. A Psicomotricidade na Europa

3.1. Formações Europeias de Ensino Superior

Na Europa existem atualmente sete países com licenciatura (bachelor), em Portugal, França, Alemanha, Suíça, Bélgica, Dinamarca e Holanda com duração variável entre 6 a 8 Semestres. Actualmente existem também formações de 2º ciclo em Psicomotricidade ao nível de mestrado em Portugal, Alemanha, Espanha França, Itália Holanda e Áustria. Nestes países europeus os psicomotricistas intervêm em diversas áreas, no âmbito da prevenção, saúde, (re)educação, reabilitação, e investigação, trabalhando ao longo de todo o percurso de vida e com todos os grupos da população.

3.2. O Fórum Europeu de Psicomotricidade na dinâmica Internacional

O Fórum Europeu de Psicomotricidade (FEP), a Organização Internacional de Psicomotricidade e Relaxação (OIPR), e a Rede Latino-Americana de Universidades com formação em psicomotricidade (RED Fortaleza) - são as instituições internacionais formalmente constituídas envolvidas no desenvolvimento de atividades de excelência, de formação, desenvolvimento profissional, pesquisa e iniciativa política.

Na minha qualidade de Presidente do Fórum



Europeu de Psicomotricidade irei apresentar essencialmente a dinâmica e impacto do Fórum Europeu de Psicomotricidade no desenvolvimento da Psicomotricidade no espaço europeu.

A constituição formal do FEP, como uma federação de países onde se pratica a Psicomotricidade, teve lugar no dia 18 de Setembro de 1996 durante o 1º Congresso Europeu de Psicomotricidade, realizado em Marburg, na Alemanha, através da assinatura de um documento de constituição, assinado por delegados de associações profissionais representantes da Bélgica, Dinamarca, França, Itália, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Áustria, Portugal, Suíça, Suécia, Eslovénia, Espanha, República Checa e Alemanha e Finlândia. Desde Março de 2007 o FEP foi aceite pela Comissão Europeia como parceiro para consultoria, e o endereço da página Web do FEP foi incluído na lista de contactos com entidades profissionais.

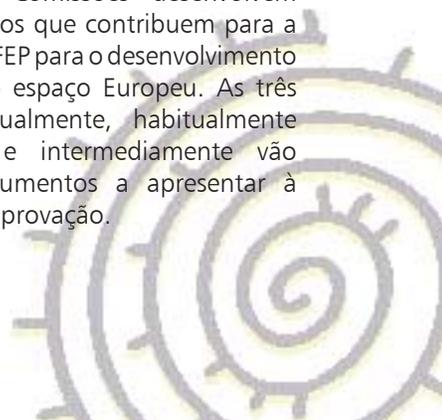
Os objectivos principais do Fórum Europeu de Psicomotricidade envolvem o desenvolvimento da cooperação entre os psicomotricistas de diferentes países e regiões da Europa (intercâmbios de informação, elaboração de projectos, organização de congressos, investimento em estudos de investigação), o apoio aos países e regiões onde a Psicomotricidade ainda não se encontra suficientemente desenvolvida, envolvendo ajudas organizativas e apoio à formação e aperfeiçoamento, a coordenação da formação e do aperfeiçoamento profissional, promovendo a harmonização das formações profissionais nos âmbitos reconhecidos pelos governos, o reconhecimento mútuo de formações e possibilidades de exercício profissional e a representação dos interesses comuns da política profissional.

3.2.1. Estrutura e funcionamento

Assembleia-geral - Cada país membro é representado por um delegado, que é mandatado por uma ou várias organizações profissionais nacionais que representam oficialmente, a nível nacional a Psicomotricidade, para um mandato de 4 anos, sendo possível a sua reeleição. A Assembleia-geral é o órgão com competência decisória máxima no FEP, reunindo-se anualmente no último fim de semana de Setembro.

Comité Executivo - É constituído por um Presidente, dois vice-presidentes, um secretário e um tesoureiro eleitos em Assembleia-geral para um mandato de 4 anos. O comité Executivo é a instância executiva da Assembleia-geral, tendo a responsabilidade de coordenar todas as suas actividades, na relação com os delegados e com os membros da comissão, assumindo também funções de representação formal perante entidades políticas, associativas ou educativas

Comissões- São grupos de trabalho que incluem um elemento de cada um dos países participantes que desenvolvem o seu trabalho no sentido de realizar as missões atribuídas pela Assembleia-geral em função dos objectivos que orientam a actividade do FEP. Estatutariamente, o FEP integra três Comissões Permanentes (a) Profissão, (b) Educação Inicial e Continuada e (c) Ciência e Investigação. Estas Comissões desenvolvem actividades e documentos que contribuem para a estratégia definida pelo FEP para o desenvolvimento da Psicomotricidade no espaço Europeu. As três comissões reúnem anualmente, habitualmente no final de Março e intermedicamente vão desenvolvendo os documentos a apresentar à Assembleia Geral para aprovação.



3.2.2. Academia de Estudantes

As Academias de Estudantes do FEP começaram a realizar-se em 1999, simultaneamente com a reunião das três Comissão para possibilitar as trocas entre os estudantes e os membros das Comissões e do Comité Executivo. A academia de Estudantes procura promover as trocas entre estudantes europeus e promover o conhecimento das formações e das práticas profissionais nos vários países, permitindo integrar os aspectos nucleares da identidade profissional e também aprender com a diversidade. Esta iniciativa é realizada por um grupo de estudantes da escola de formação que acolhe os colegas de outros países, sob coordenação do delegado nacional do FEP.

3.2.3. Congressos Europeus

Desde a sua formação o FEP já organizou cinco Congressos Europeus, quadrienais, os quais têm contribuído para a divulgação da investigação realizada no seu domínio científico e para a troca de experiências no âmbito profissional, criando novas perspectivas de desenvolvimento para os objectivos futuros.

4. Missão da da universidade nesta visão estratégica

Segundo Santos, B. S. (2008), “está em curso a globalização da universidade, envolvendo nomeadamente, o estabelecimento de parcerias entre universidades de diferentes países, através da valorização da formação inicial e sua articulação com os programas de formação pós-graduada conferentes e não conferentes de grau, da reestruturação dos cursos de licenciatura de forma a assegurar a integração curricular entre a formação profissional e formação académica e da criação de redes regionais e nacionais de universidades

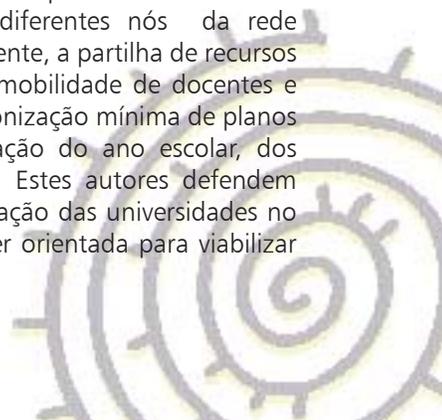
públicas ou privadas, para desenvolvimento de programas de formação continuada em parceria com os sistemas públicos de ensino.”

A Declaração de Bolonha elaborada pelos ministros da educação europeus, e assinada em Bolonha em 1999, estabelece também as orientações para a organização do ensino superior na Europa, enfatizando a necessidade de promover a cooperação europeia entre os sistemas nacionais de avaliação, com vista ao desenvolvimento de critérios e metodologias comparáveis, promover a mobilidade dos agentes educativos (estudantes; docentes, investigadores e funcionários) e desenvolver colaboração no que concerne à organização curricular, à cooperação interinstitucional, aos mecanismos de mobilidade e a programas integrados de estudo, formação e investigação.

Esta visão estratégica vem enfatizar a importância da constituição de redes internacionais, que possam amplificar os efeitos desta visão.

5. As Redes Universitárias ou de Associações profissionais

Segundo Santos, B. S. & Filho, N. A. (2008), “a construção de massa crítica é uma pré-condição e essa é maximizada quando se põem recursos em conjunto, se buscam sinergias e se maximiza o desempenho funcional a partir dos contributos diferenciados que os diferentes nós da rede podem dar, nomeadamente, a partilha de recursos e de equipamentos, a mobilidade de docentes e estudantes e uma padronização mínima de planos de cursos, de organização do ano escolar, dos sistemas de avaliação”. Estes autores defendem também que a “organização das universidades no interior da rede deve ser orientada para viabilizar



e incentivar cursos de graduação e de pós-graduação em rede, circulação fácil e estimulada de professores, estudantes, livros e informações, bibliotecas *online*, centros transnacionais de pesquisa sobre temas e problemas de interesse específico para a região, sistema de bolsas de estudos e linhas de financiamento de pesquisa destinados aos estudantes e professores interessados em estudar ou pesquisar em qualquer país da região”.

Segundo Bernheim, C.T. & Chauí, M. C. (2003), a Declaração Mundial sobre a Educação Superior para o Século XXI assinala “a importância de promover um relacionamento estreito e mutuamente benéfico entre os setores universitário e produtivo na qual, os graduados devem cultivar habilidades sociais e comunicativas, devem ser preparados para o empreendedorismo e, por último, mas não menos importante, devem ser flexíveis para se ajustarem aos diferentes contextos em que se apresentam as oportunidades de trabalho, desenvolvendo diferentes habilidades cognitivas, afetivas e comportamentais, nomeadamente, de resolução de problemas, adaptação às mudanças e aos novos processos tecnológicos, criatividade, capacidade reflexiva e crítica, capacidade de adaptação a novas situações, capacidade de selecionar informação relevante em áreas de trabalho, cultura e exercício da cidadania, capacidade de procurar espaços de conexão entre os conteúdos das várias disciplinas, e capacidade de apreciar o pensamento e a atividade intelectual, de modo geral”. Estas são competências que o psicomotricista deve também adquirir, em função das exigências que se lhe colocam, pela diversidade de contextos de intervenção e pela responsabilidade de gestão

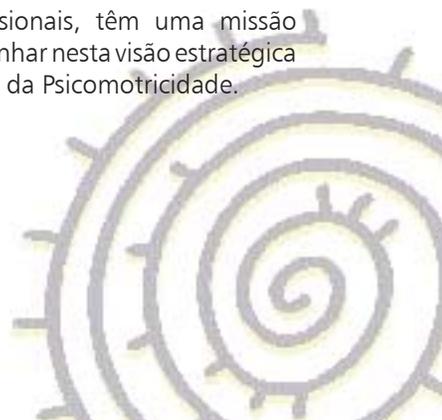
de uma relação onde há que conciliar saberes sobre desenvolvimento humano, atipicidade, intencionalidade no planeamento e gestão dos processos de avaliação/intervenção e capacidade de comunicação e gestão emocional, que são determinantes na eficácia da sua acção.

6. Em conclusão:

O Fórum Europeu de Psicomotricidade, tem-se assumido como um agente importante de organização e representação dos interesses dos psicomotricistas no espaço Europeu, promovendo desde a sua criação, um ambiente de profícuo diálogo e de organização de iniciativas com o objectivo de assegurar a qualidade da formação, do enquadramento profissional e da investigação científica.

A Universidade tem uma responsabilidade acrescida como agente social produtor de conhecimento e de perfis profissionais ajustados a esta nova realidade, promovendo a mobilidade de estudantes ou diplomados, a elegibilidade dos diplomas, a dinamização de redes de formação de âmbito europeu que possam dar origem a diplomas titulados simultaneamente por duas ou mais universidades e validando através da investigação a qualidade metodológica das suas práticas.

As dinâmicas associativas internacionais universitárias ou profissionais, têm uma missão fundamental a desempenhar nesta visão estratégica para o desenvolvimento da Psicomotricidade.



BIBLIOGRAFÍA

BERNHEIM, C.T. y CHAÚÍ, M. C. (2003). *Challenges of the university in the knowledge society, five years after the World Conference on Higher Education*. Paris: UNESCO. Série Documentos Opcionais de Fórum da UNESCO. unesdoc.unesco.org/images/0013/001344/134422por.pdf

CRUZ SANTOS, C. (2004). *As identidades profissionais de serviço social em Portugal*, http://www.academia.edu/1920145/Rostos_de_uma_profissao_Identidades_Profissionais_do_Servico_Social

SANTOS, B. S. y FILHO, N. A. (2008). *A Universidade no Século XXI: Para uma Universidade Nova*. Coimbra, Almedina:

Conferencia dictada en el marco del Primer Congreso Internacional de la Red Fortaleza de Psicomotricidad. Fortaleza, Ceará, Brasil. Octubre de 2015



2. APORTACIONES DE LA PSICOMOTRICIDAD EN EL PROCESO DE POST - ADOPCIÓN

The effect of psychomotricity in the post adoption process

Joaquim Serrabona, Mireia Sanz y Noelia Muriel López

DATOS DE LOS AUTORES

Joaquim Serrabona Mas es Profesor en la Universidad Ramón Llull de Barcelona. Doctor en Psicología, Psicomotricista y terapeuta familiar del Espacio de Psicomotricidad y Terapia Familiar Luden. Director de los cursos de diplomado universitario "Especialista en Psicomotricidad" y "Terapia Psicomotriz", impartidos en la Universidad Ramón Llull. Presidente de la Sección Psicología Educativa COPC. Presidente APSI.

Dirección de contacto: joaquimserrabona@gmail.com

Mireia Sanz es Psicóloga y Psicomotricista del Espacio de Psicomotricidad y Terapia Familiar Luden.

Noelia Muriel López es Psicopedagoga y Psicomotricista del Espacio de Psicomotricidad y Terapia Familiar Luden y del CDIAP Maresme.

RESUMEN

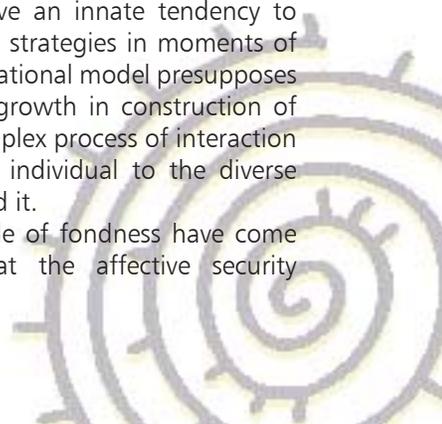
La teoría del apego parte del supuesto de que los seres humanos tenemos una tendencia innata a organizar estrategias autoprotectoras delante de situaciones de peligro. El modelo dinámico relacional plantea que la maduración y construcción de identidad suponen un proceso complejo de interacción y adaptación del individuo a los diversos contextos que lo envuelven.

Las investigaciones sobre el estilo de apego han puesto en evidencia que la seguridad afectiva

ABSTRACT

The theory of fondness rises from the supposition that human beings have an innate tendency to organize self-protection strategies in moments of danger. The dynamic relational model presupposes that the ripening and growth in construction of identity supposes a complex process of interaction and adaptation of the individual to the diverse contexts which surround it.

Resaerches into the style of fondness have come up with evidence that the affective security



aportada por los progenitores está relacionada con mejores competencias interactivas en los primeros años de vida del niño. Se ha visto que el estilo de apego está relacionado con una mayor capacidad de autorregulación, de exploración y mayor calidad en el desarrollo de sí mismo (*self*).

En esta comunicación nos proponemos entender mejor las situaciones que viven los niños/as que han sufrido un proceso de privación afectiva primaria y la posterior adopción, y comprobar que elementos teóricos relacionados con la ayuda psicomotriz, como son la teoría del apego de Bowlby (1998) y el concepto de tutores de resiliencia de Cyrulnik (2003) ayudan a entender al niño y su proceso terapéutico. Posteriormente, describimos una serie de vivencias observadas en la sala de psicomotricidad. Concretamente, conductas que corresponden a un patrón de apego inseguro ansioso-ambivalente, muy característico en niños adoptados.

Para finalizar, aportamos unas estrategias de intervención en la sala de psicomotricidad donde se ofrece al niño la posibilidad de construir un lugar propio, creando un espacio de seguridad y contención, ajustándose a sus necesidades y dándoles la posibilidad de restablecer nuevos vínculos afectivos.

PALABRAS CLAVE

Adopción, necesidades y carencias afectivas, apego, vínculo, resiliencia, ayuda o terapia psicomotriz.

brought by progenitors is related to interactive competition in the first years of the life of a child. It has been remarked upon that the style of fondness is related to a greater capacity of self regulation of exploration and better quality in the development the self.

In this paper we propose better understanding of the situations of children who have suffered a process of primary affective deprivation and the later adoption and proof that theoretical elements related with the psychomotricital help as seen in the fondness theory of Bowlby (1998) and the concept of resiliency tutors Cyrulnik B. (2003) help to understand the therapeutic process in the child. Afterwards we describe a series of behaviours observed in the psychomotricity space. Concretely, conducts which correspond to and anxious-ambivalence insecurity, very characteristic in adopted children.

To sum up, we bring strategies of intervention in the area of psychomotricity where the child is offered the possibility of building his or her own space, creating a place of security and restraint adapted to his or her necessities and creating the possibility to re-establish new affective bonds.

KEY WORDS

Adoption, necessities and affective shortages, fondness, bonds, resilience, help or psychomotric therapy.



1. INTRODUCCIÓN

Construimos nuestra identidad a través del cuerpo y el movimiento. La experiencia vivida y los recuerdos de dicha experiencia están arraigados en el cuerpo, que se convierte en continente físico-psíquico. Sentimos emociones que son transformadas en sentimientos y percepciones que modelan (interpretan) nuestra realidad. Una pérdida precoz puede inducir a un trastorno del desarrollo, al transformar radicalmente el ambiente sensorial del niño. La percepción de carencia puede alterar el desarrollo. El restablecimiento de lo sensorial permite el desarrollo de lo resiliente definido por Cyrulnik (2003:45) como resistencia al sufrimiento: *“Uno puede descubrir en sí mismo y en el ambiente que lo rodea algunos medios para volver a la vida y retomar el camino del desarrollo, conservando al mismo tiempo en la memoria el recuerdo de la herida”*.

En nuestro caso, los padres adoptivos se convierten en tutores resilientes y el terapeuta psicomotriz es un sostén y facilitador de dicha relación de cambio narrativo.

Es la interacción somato-psíquica la que permite a través de los sentidos la conciencia de totalidad corporal. Los niños están influidos por las experiencias de apego preverbales que quedan impresas y almacenadas como recuerdos procedimentales implícitos que modelan las pautas iniciales de relación, sentimiento y pensamiento.

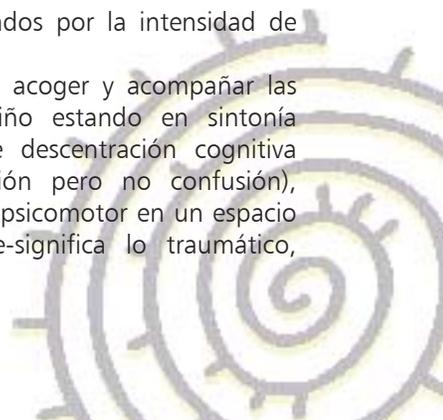
Los recuerdos implícitos se han registrado antes del desarrollo del lenguaje y de las estructuras cerebrales, en especial el hipocampo, que sitúan los recuerdos en un contexto. Según Wallis (2013) el hipocampo en desarrollo, queda temporalmente desactivado por el trauma. Frente a la incapacidad de recuperar conscientemente tales experiencias

en la memoria, los niños/as traumatizados tienden a revivir las situaciones traumáticas sin sentido del recuerdo (repiten pero no recuerdan). Los tipos de apego desorganizado o inseguro tienden a favorecer esta situación, ya que cuesta más la reparación.

Las conductas y síntomas que se reflejan en la sala son expresión del malestar producido por una angustia imposible de asumir que en ocasiones tiene que ver con vivencias “traumáticas” de la primera infancia por lo que no son conscientes ni recordadas de forma episódica (explícita) por el niño/a.

Las alteraciones de la expresividad psicomotriz dificultan la relación del niño consigo mismo y con el entorno, y nos hablan de nuestra historia profunda ubicada en la memoria implícita. De forma que la invasión de los fantasmas atenaza al niño y destruye la posibilidad de realizar elaboraciones simbólicas. Según Aucouturier (2004), los fantasmas de acción surgen de la transformación de los impulsos biológicos y mantienen siempre su carácter pulsional. Cuando están contenidos pierden su energía pulsional y se transforman en acciones simbólicas que integran la realidad, garantizan el placer de la unidad y la continuidad del “objeto” en su ausencia. Si no son contenidos, se expresan de forma pulsional y excesiva, sin límites o a través de trastornos psicósomáticos provocados por la intensidad de las angustias arcaicas.

El psicomotricista debe acoger y acompañar las manifestaciones del niño estando en sintonía y con una actitud de descentración cognitiva y emocional (implicación pero no confusión), convirtiendo el espacio psicomotor en un espacio resiliente donde se re-significa lo traumático,



permitiendo la contención del sufrimiento y escenificándolo. El vínculo terapéutico debe ser transformador. Si el vínculo inicial permitió el desarrollo del niño, el vínculo terapéutico propicia el cambio de narrativa. A partir de esta nueva base segura se desmontan los modelos de apego del pasado y se co-construyen otros nuevos. Lo que supone una transformación no sólo en la forma de relacionarnos sino también de nuestros hábitos de sentir y pensar.

La paradoja del tratamiento es que el niño, a veces tiene dificultades para tolerar un vínculo seguro con un terapeuta que sintoniza de forma empática, manifestándose en el niño miedo a la seguridad del vínculo, mostrando situaciones de ambivalencia que nos dejan sorprendidos. A veces, las defensas que utiliza el niño para evitar el pasado doloroso acaban provocando su recreación en el presente. Casi todos tenemos "islas" de trauma y disociación en nuestra historia, como dice Wallis (2013:125).

"No es la experiencia dolorosa lo que tiene en sí un impacto persistentemente desorganizado por la personalidad, lo decisivo es la falta de resolución del sujeto con respecto a dicha experiencia".

A partir de lo expuesto, nos formulamos la pregunta ¿qué puede aportar la terapia psicomotriz a los niños en situación de adopción que presentan un apego de tipo inseguro? Para ello buscaremos en primer lugar identificar las conductas que afectan la relación con ellos mismos y el entorno y que se manifiestan en la sala a través de su expresividad psicomotora, para posteriormente establecer unas líneas de actuación y estrategias de intervención que permitan elaborar una construcción positiva y segurizante de su identidad.

2. DISEÑO

2.1. Método

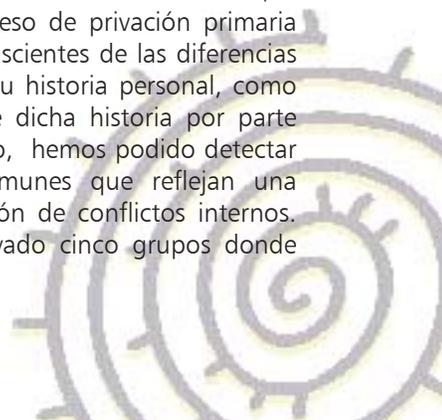
El presente estudio está destinado a conocer y comprender las acciones y percepciones de los niños/as que han sufrido un proceso de privación afectiva primaria y posterior adopción a partir de la observación y análisis de su expresividad psicomotriz y de las situaciones vivenciales ocurridas en la sala de psicomotricidad de forma repetida. Posteriormente, aportamos líneas y estrategias de intervención en la sala de psicomotricidad donde se ofrece al niño la posibilidad de construir un lugar propio, creando un espacio de seguridad y contención, ajustándose a sus necesidades y dándoles la posibilidad de restablecer nuevos vínculos afectivos.

Una vez realizado este estudio, analizamos la realidad dinámica y cambiante de la sesión psicomotriz para identificar las potencialidades de cambio y mejora necesarios para un mayor grado de satisfacción para todos los implicados.

El proceso empleado para la recogida de información y su posterior análisis se plantea desde una metodología cualitativa basada en la observación narrativa de las sesiones y grupos implicados.

2.2. Participantes

A lo largo de varios meses hemos realizado la observación de diversos grupos de psicomotricidad en el Espai de Psicomotricitat i Teràpia Familiar Luden en Barcelona, donde estaban incluidos niños/as que han vivido el proceso de privación primaria y adopción. Siendo conscientes de las diferencias individuales, tanto en su historia personal, como en la interpretación de dicha historia por parte de ellos y de su entorno, hemos podido detectar algunas conductas comunes que reflejan una necesidad de elaboración de conflictos internos. En total se han observado cinco grupos donde



interactuaban nueve niños/as adoptados y con un perfil de apego inseguro, ansioso-ambivalente.

2.3. Instrumentos

El trabajo realizado ha sido posible gracias a la selección de registros de observación, partiendo inicialmente de una observación narrativa que permitió establecer una selección y clasificación de conductas observadas, agrupando las diversas conductas manifestadas durante las sesiones en categorías, confeccionando una hoja de registro que ha permitido cuantificar las categorías más habituales, que se exponen en el apartado de resultados y discusión.

2.4 Procedimiento

A partir de las diferentes situaciones y expresiones de malestar que se han manifestado en la sala, provocadas por sus angustias, analizaremos los parámetros observados más relacionales y sociales de este tipo de apego ambivalente y los iremos relacionando con aportaciones de la terapia psicomotriz definiendo aquellas conductas más características, y para plantearnos unas líneas de

actuación comunes, que desde la intervención en la sala de psicomotricidad, ayudarán al niño/a a recorrer un camino hacia unos patrones más estables y seguros para sí mismo.

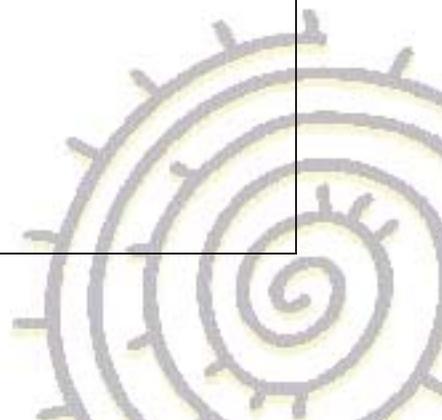
Mostraremos conductas que corresponden a un estilo de apego inseguro, muy característico en niños adoptados, concretamente, de un apego inseguro ansioso-ambivalente que se caracteriza por forzar al niño a estar más preocupado por su propia angustia y a maximizar su atención a la relación imprevisible de apego.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Observación en la sala de psicomotricidad: Conductas observadas y líneas de intervención

Las conductas del estilo de apego ansioso-ambivalente que nosotros hemos podido observar en la sala y las líneas de intervención son las siguientes:

1. De la LABILIDAD	→	A la ESTABILIDAD EMOCIONAL
2. De la AMBIVALENCIA	→	Al EQUILIBRIO RELACIONAL
3. De la FRAGILIDAD	→	A la SEGURIDAD
4. De la SUSCEPTIBILIDAD	→	Al SENTIDO DEL HUMOR
5. De la NECESIDAD DE RECONOCIMIENTO	→	A la AUTOACEPTACIÓN
6. De la IMPULSIVIDAD	→	Al AUTOCONTROL
7. De la BÚSQUEDA DE LÍMITES	→	A la ACEPTACIÓN DE NORMAS
8. De lo PULSIONAL	→	A lo SIMBÓLICO
9. De la DISPERSIÓN	→	A la CONCENTRACIÓN
10. De lo SIMULTÁNEO	→	A la SECUENCIACIÓN
11. De la RUPTURA	→	A la REPARACIÓN



1. *Labilidad* que se refleja en la facilidad para cambiar rápidamente de sentimientos que persisten poco tiempo. Muestra respuestas emocionales y cambios de humor desproporcionados. Como línea de actuación, en la intervención de ayuda psicomotriz, trabajaríamos el paso de la *labilidad* a la *ESTABILIDAD EMOCIONAL*.

2. *Ambivalencia*, ante las figuras de apego (en este caso hacia el psicomotricista) manteniendo una conducta ambivalente de aproximación y rechazo. En momentos, el adulto puede ser idealizado como el mejor y estar muy pendiente de él, buscando su proximidad. Sin embargo, cuando no se satisface una necesidad de forma inmediata o no se responde a sus llamadas de atención puede pasar a ser la peor persona. Cuando se dan estas situaciones difícilmente se tranquiliza y consuela. Línea de actuación: De la *ambivalencia* al *EQUILIBRIO RELACIONAL*.

3. *Fragilidad*, hemos podido observar que detrás de todas estas expresiones manifestadas, de enfados, de llamadas de atención, podemos encontrar una gran fragilidad interior. Estos niños tienen una gran preocupación acerca del interés o desinterés y en la disponibilidad emocional que muestran los otros hacia ellos. En el fondo pueden presentar sensaciones de inseguridad, les preocupa cuánto los quieren los demás y si los aceptan o no, aunque no lo muestren de forma directa. Hemos de tener en cuenta que para estos niños la posibilidad de que el adulto no les haga caso puede equivaler al abandono, y la ausencia injustificada les puede causar inseguridades y enfados. Según Mirabent y Ricart "Debido al peso de la historia, un hecho aislado puede desencadenar una situación de ansiedad" (2005:173). Línea de actuación: De la *fragilidad* a la *SEGURIDAD*.

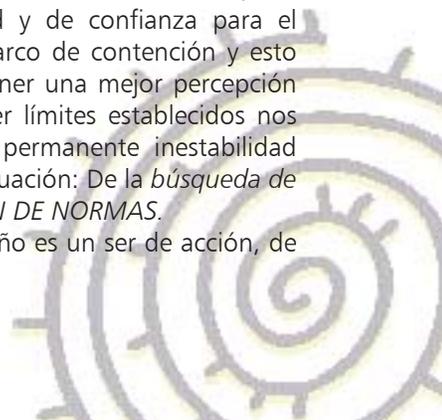
4. *Susceptibilidad*, que provoca a quien la padece que sea muy sensible a las acciones y comentarios de quienes los rodean. Normalmente estos niños tienen mucho miedo al rechazo o a las burlas y suelen reaccionar de manera agresiva o vengativa contra las personas que no las tratan como ellas creen que se merecen. Carecen de sentido del humor y de tolerancia a las bromas o las críticas. Suelen estar hipervigilantes ante el intento de protegerse y saltan ante la menor provocación, ya sea real o imaginada. Línea de actuación: De la *susceptibilidad* al *SENTIDO DEL HUMOR*.

5. *Necesidad de reconocimiento*. Según Ruiz de Velasco y Abad (2011), el sentido de jugar a esconderse estaría en experimentar la sensación de ser importante para alguien, que te busca cuando no estás porque te echa de menos. Línea de actuación: De la *necesidad de reconocimiento* a la *AUTOACEPTACIÓN*.

6. *Impulsividad*. Provoca la incapacidad para controlar los propios impulsos, frente a los estímulos externos o internos y manejarlos voluntariamente. El niño no puede controlarse y está gobernado por las emociones que le acontecen en cada instante. Se convierte en un esclavo de sus impulsos. Línea de actuación: De la *impulsividad* al *AUTOCONTROL*.

7. *Búsqueda de límites*. Los límites son necesarios ya que marcan un continente, un ambiente de seguridad y de confianza para el niño. Establecen un marco de contención y esto permite que puedan tener una mejor percepción de la realidad. No tener límites establecidos nos llevará a vivir en una permanente inestabilidad emocional. Línea de actuación: De la *búsqueda de límites* a la *ACEPTACIÓN DE NORMAS*.

8. *Pulsional*. El niño es un ser de acción, de



movimiento, la pulsión tiene que ser reconocida como impulso de vida, de deseo, de existir, de ser, de necesidad de vivir pero a veces es invasora y necesita un marco contenedor. Para poder controlar estos impulsos es importante establecer unos límites. Si no han sido contenidos, se expresarán de forma pulsional y excesiva, o a través de trastornos psicósomáticos, provocados por la intensidad de las angustias arcaicas (Aucouturier, 2004). Línea de actuación: De lo *pulsional* a lo *SIMBÓLICO*.

9. *Dispersión*, otra conducta que hemos registrado como habitual ha sido la dificultad para concentrarse, están pendientes de todo lo que ocurre en la sala, prestando atención a las diferentes actividades. Parecen estar en un estado de activación emocional constante que les dificulta centrar la atención. Línea de actuación: De la *dispersión* a la *CONCENTRACIÓN*.

10. *Simultáneo*, dos o más sucesos se desarrollan a la vez y por lo tanto son coincidentes en el tiempo. Les cuesta centrar su atención únicamente en una actividad. Línea de actuación: De lo *simultáneo* a la *SECUENCIACIÓN*.

11. *La ruptura (fragmentación)*. En estas situaciones se juega, el paso de la omnipotencia mágica a la potencia real y de la fragilidad mágica a la fragilidad real, fundamental en el proceso de construcción de la propia identidad. La destrucción no es un fin en sí mismo, sino que prepara y condiciona la reconstrucción. Línea de actuación: De la *ruptura* a la *REPARACIÓN*.

3.2. Estrategias relacionales utilizadas por el psicomotricista

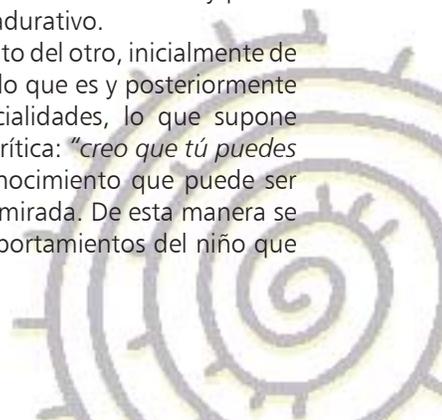
Para finalizar, respondiendo a la pregunta planteada anteriormente, *¿cómo podemos abordar estos casos desde la sala de psicomotricidad?*,

observamos atentamente el rol del psicomotricista. Tal y como define Aucouturier (Citado por Sánchez, J. y Llorca, M., 2008:130) "...el psicomotricista interviene en la sala como un compañero "simbólico" que se inscribe en el juego del niño" y "...ofrece su cuerpo como lugar simbólico de acogida, de proyección de sus fantasmas, lugar de seguridad o angustia, lugar a investir, a amar, a dominar o destruir".

El psicomotricista, a la hora de entrar en la relación terapéutica con el niño/a, debe utilizar estrategias de "trato" que permitan un adecuado "tratamiento". A continuación citaremos aquellas que fundamentan nuestra intervención, a partir de lo observado en la sala de psicomotricidad y recogiendo algunas de las planteadas por Sánchez y Llorca (2008:131). Consideramos como elementos fundamentales para el establecimiento de un trato adecuado:

1. La vinculación afectiva que pasa por el placer de estar juntos y la sensación de que el otro nos importa. La *afectividad* supone la base de todas las relaciones que se mantienen en la sala. Cuando se ponen límites, frustraciones, y también cuando se sonríe y abraza, hay un encuentro afectivo entre el niño y el adulto. Un encuentro que, dependiendo de su calidad y ajuste, podrá favorecer que el niño se sienta más satisfecho emocionalmente y pueda continuar su camino madurativo.

2. El reconocimiento del otro, inicialmente de forma incondicional de lo que es y posteriormente también de sus potencialidades, lo que supone cierta aceptación de la crítica: "*creo que tú puedes hacerlo mejor*". El reconocimiento que puede ser gestual, verbal o con la mirada. De esta manera se refuerzan aquellos comportamientos del niño que



creemos adecuados para su maduración motriz, afectiva o cognitiva. De esta manera le devolvemos una imagen competencial.

3. La contención de las conductas inapropiadas y sobre todo de las ansiedades, miedos y angustias. La contención puede ser una respuesta agradable o muy frustrante para el niño. La frustración puede llegar a ser segurizante para el niño. Para crecer y autorregularnos, necesitamos aprender que hay límites a nuestro deseo. Como su nombre indica, significa poner límites, contener la expresividad del niño. Es fundamental que el psicomotricista entienda la demanda del niño como una necesidad de límites, manteniendo la seguridad y a veces conteniendo la rabia y la impulsividad del niño de forma clara y afectiva.

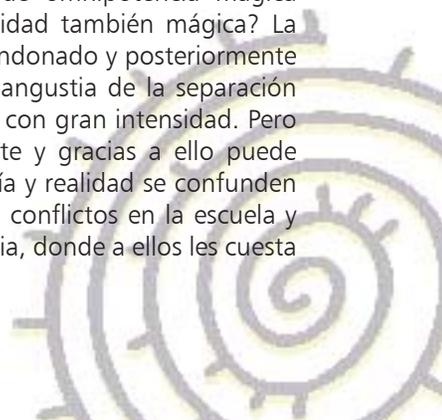
4. La reparación, frente a situaciones de ruptura y destrucción, tanto de acciones como de relaciones. Aquí entraríamos en una dimensión de juegos, los que llamamos JUEGOS AFECTIVO-FANTASMÁTICOS que incluyen todo lo relativo a necesidades afectivas, pulsiones, emociones, sentimientos, deseos, y lo relacionado con lo fantasmático, cuyo objetivo es encauzar la expresión de estos aspectos y ayudar a elaborar y encauzar para que no desborden o bloqueen al niño. Juegos de poder, juegos de oposición, juegos de persecución, juegos de proyección verbal, juegos de provocación, juegos de reparación que podrían incluir los de destrucción - construcción, algunos juegos de caída, ausencia-presencia (luz, sonido, etc.) y los juegos de muerte y resurrección que son de los que vamos a hablar.

En todas estas situaciones se juega, el paso de la omnipotencia mágica a la potencia real y de la fragilidad mágica a la fragilidad real, fundamental en el proceso de construcción de la propia

identidad. La destrucción no es un fin en sí mismo, sino que prepara y condiciona la reconstrucción.

Estos juegos poco a poco entrarán en la órbita de los juegos simbólicos, como veremos en la viñeta sobre Sergi donde los registros fantasmáticos y reales encuentran un espacio de encuentro (lo simbólico). Los niveles de esta capacidad simbólica manifestada a través del juego constituyen un abanico muy amplio, condicionado por el grado de integración de los dos polos de la totalidad corporal. Y este juego simbólico evoluciona poco a poco hacia el juego de roles, donde la comunicación, la aceptación de normas, la empatía, la imaginación compartida y la gestión de las emociones y conflictos, entre otros conceptos, están en acción.

Hablemos de los juegos de reparación, en concreto del juego de morir y resucitarse: el juego de morir y resucitar que muchos niños y niñas juegan en diversas versiones. Desde el dispararse y matar, sin morir, matar al otro que es señal de poder e incluso omnipotencia, de afirmación y tranquilidad de ser uno el que domina y no es muerto. Es lo que le sucede a Sergi con sus juegos de omnipotencia donde pasa continuamente de un personaje fantástico y poderoso a otro, de Superman a Spiderman y de él a un monstruo para después ser otra vez Spiderman. ¿Qué se juega ahí sino la necesidad de omnipotencia mágica que esconde una fragilidad también mágica? La vivencia de un niño abandonado y posteriormente adoptado, pero con la angustia de la separación y el abandono presente con gran intensidad. Pero Sergi es un superviviente y gracias a ello puede jugar, aunque su fantasía y realidad se confunden todavía, y eso lo lleva a conflictos en la escuela y en su nueva casa y familia, donde a ellos les cuesta



entender sus conductas de supervivencia, de demostrar su poder de forma incluso agresiva con otros niños o adultos.

Sergi puede empezar a jugar y allí empieza su "resurrección". Después de varias sesiones jugando a superhéroes y a juegos de poder y oposición, un día, motivado por los psicomotricistas, e interponiendo un objeto intermedio en esa lucha cuerpo a cuerpo que tanto busca, se inicia una relación de ataque y defensa a través de los "churros" de goma espuma. Al principio, el juego sólo consiste en intentar golpear y también defenderse de las investidas (controladas) del psicomotricista. De la lucha de espadas se pasa a las lanzas y flechas, para después disparar con el churro como escopeta, donde nadie "muere", hasta que en un momento dado el psicomotricista cae abatido para sorpresa y regocijo de Sergi y Lucas que también interviene. "¡¡¡Estás muerto!!!". Pero después del simulacro el psicomotricista se vuelve a levantar e iniciar el juego una y otra vez, es placer lo que circula por la sala, a veces cuando se muere, lo atacan pero después incluso le dan vida y vuelven a jugar. Y un día Sergi, cuando el psicomotricista dispara, se sorprende al ver que también se "deja morir". Al poco se levanta e inicia el juego y vuelve a empezar, las "muertes" son cada vez más constantes y duran más tiempo, es entonces cuando aparecen las ambulancias y los médicos y el juego de morir y resucitar se convierte en un juego de médicos y hospital donde cada vez se van introduciendo más elementos simbólicos y sobre todo más narrativas.

5. La estabilidad de la relación que transmita la seguridad de un "estar" continuado.

6. La anticipación que permite al niño/a sentirse en un ambiente predecible y coherente.

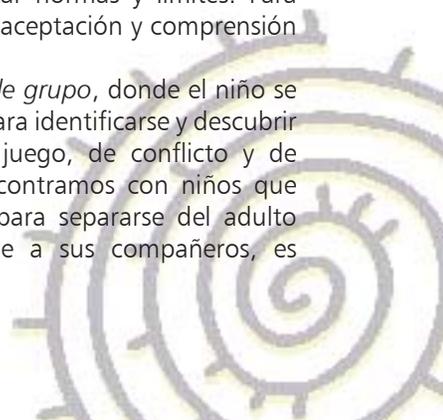
7. La externalización que debe permitir que el niño separe el problema de su persona, en palabras de White "...el problema es el problema" (1993: 29). La Externalización, según White y Epston, insta a las personas a cosificar y a personalizar (a veces) los problemas que las oprimen. El problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía. La externalización abre la posibilidad de que se describan a sí mismos y a sus relaciones desde una perspectiva nueva, no saturada por el problema; lo que permite el desarrollo de una historia alternativa de la vida, más atractiva, tal como comentan White y Epston (1993:73).

"Llegar a conocer al niño al margen del problema nos puede proporcionar las coordenadas y situarnos ante una aventura lúdica de cambio. Con el conocimiento específico de sus intereses y habilidades sabemos qué puede aportar el niño que se pueda oponer al problema."

8. La provocación ajustada que permite movilizar emociones y acciones, dentro de un marco afectivo y lúdico. La *provocación* es también una forma de invitación, una manera de favorecer que el niño entre en dinámicas de acercamiento al psicomotricista, al espacio o a los otros.

9. La *colaboración y el acuerdo*, entre el niño y el psicomotricista, a la hora de elegir juegos, recoger material, aceptar normas y límites. Para ello son necesarios una aceptación y comprensión del otro.

10. Las *relaciones de grupo*, donde el niño se sitúa frente a un igual para identificarse y descubrir nuevas situaciones de juego, de conflicto y de placer. Cuando nos encontramos con niños que presentan dificultades para separarse del adulto o para poder acercarse a sus compañeros, es



fundamental posibilitar el encuentro entre iguales, donde compartir el espacio, el material y el juego.

4. Conclusiones

Llegados a este punto nos puede resultar más fácil entender y comprender a los niños adoptados que pueden llegar a sala de psicomotricidad para una intervención de ayuda psicomotriz. Después de realizar una aproximación a las situaciones que se dan en los casos de adopción somos conscientes de la importancia que tiene la historia previa de cada niño. Una historia marcada por la discontinuidad de las relaciones y por carencias afectivas y emocionales. La posibilidad de establecer una relación exclusiva y por lo tanto resiliente, gracias al vínculo afectivo y a las estrategias metodológicas del psicomotricista, que ofrezca una contención y un sostén emocional favoreciendo la reconstrucción del vínculo y posibilitando que el niño cambie las narrativas de destrucción y ansiedad por otras

más constructivas y positivas. El abordaje desde la ayuda psicomotriz, ofrece al niño un espacio donde puede expresar, a través de su cuerpo, estas dificultades o necesidades. Un trabajo donde el psicomotricista parta de una escucha emocional y comprensiva de su historia a través de una acogida empática y de una relación de confianza, donde el niño se sienta reconocido, sostenido y contenido. La observación de los casos prácticos nos ha dado la posibilidad de establecer una relación entre la teoría y la práctica. De todas formas, en ningún momento se ha pretendido generalizar, sino intentar describir diferentes situaciones que se han dado en la sala en relación con algunas de las cuestiones planteadas en el marco teórico.

El actual estudio tendrá su continuidad, en poder establecer, de forma cuantificable, las estrategias y actividades que, respetando el proceso de cada niño, mejor respuesta den a su proceso de reconstrucción.

BIBLIOGRAFÍA

- AUCOUTURIER, B. (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Barcelona: Graó.
- BARUDY, J. y DANTAGNAN, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- BOLWBY, J. (1998). *El apego y la pérdida-1. El apego*. Barcelona: Paidós.
- CANTÓN, J. y CORTÉS, M^a. (2000). *El apego del niño a sus cuidadores*. Madrid: Alianza Editorial.
- CYRULNIK, B. (2003). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- FREEMAN, J., EPSTON, D., LOBOVOTS, D. (2001). *Terapia narrativa con niños*. Barcelona: Ed. Paidós.
- JUNQUERA, C., LÓPEZ, J.J., GARCÍA, P. y GARCÍA, A. (2011). *Desarrollo del vínculo del apego en situaciones de adopción: Revisión bibliográfica. Revista Psicología Científica.com*, 13(7). Recuperado en: <http://www.>



psicologiacientifica.com/vinculo-apego-adopcion

MIRABENT, V. y RICART, E. (comp.). (2005). *Adopción y vínculo familiar*. Barcelona: Paidós y Fundació Vidal i Barraquer.

RIUS, M., BEA, N., ONTIVEROS, C., RUIZ, M. y TORRAS, E. (2011). *Adopción e Identidades, Cultura y Raza en la integración familiar y social*. Barcelona: Editorial Octaedro.

RUIZ de VELASCO, A. y ABAD, J. (2011). *El juego simbólico*. Barcelona: Graó.

SÁNCHEZ, J. y LLORCA, M. (2008). *Recursos y estrategias en psicomotricidad*. Málaga: Aljibe.

SERRABONA, J. (2007). La narrativa como instrumento en la psicomotricidad educativa y terapéutica. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. Número 25, p.211-224.

WALLIS (2013) *El trauma en el cuerpo*. Barcelona: Paidós.

WHITE, M., y EPSON, D. (1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Conferencia dictada en el marco del Primer Congreso Internacional de la Red Fortaleza de Psicomotricidad. Fortaleza, Ceará, Brasil. Octubre de 2015.



3. EL TERAPEUTA ÚNICO EN LA CLÍNICA TRANSDISCIPLINAR DE LA INFANCIA: UNA MIRADA DESDE LA TRANSPSICOMOTRICIDAD

THE UNIQUE THERAPIST IN THE CHILDHOOD TRANSDISCIPLINARY CLINIC: A VIEW FROM THE TRANSPSYCHOMOTRICITY

Eduardo Costa

DATOS DEL AUTOR

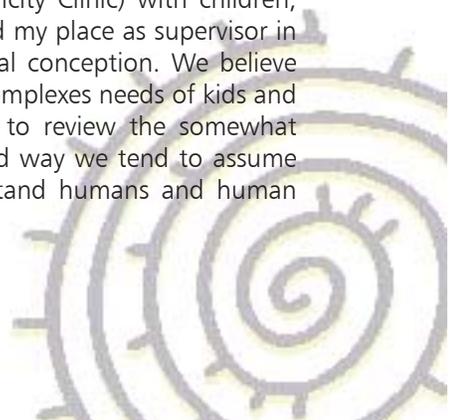
Eduardo Costa es Psicomotricista Clínico y Educacional, Doctor y Maestro en Ciencias: Salud del Niño - IFF/FIOCRUZ. Es M.S. Consultor en Transdisciplinariedad en la clínica y en la educación, creador y formador en Transpsicomotricidad Educacional y Clínica - ITH/UERJ. Es Coordinador Científico del Congreso ONLINE Internacional de Psicomotricidad - CONGIP.

RESUMEN

En un momento de crisis planetaria, lo que es "nuevo" no solamente asusta, es también auspicioso comparando el agotamiento de las soluciones hegemónicas. La Transdisciplinariedad se presenta como un camino necesario. En este artículo buscamos reflexionar sobre las bases de nuestra práctica (la Transpsicomotricidad Clínica) con niños y niñas, como Terapeuta Único y sobre el lugar del Supervisor TransD, en la concepción de la Clínica Transdisciplinar. Pensamos que actuar en la complejidad de las demandas de los niños y niñas y de sus familias nos exige una revisión de la manera simplificadora y fragmentada de comprender y acompañar al humano y sus sufrimientos.

ABSTRACT

In a moment of global crisis, the "new" cannot only be viewed as scary, as it may turn out to be auspicious when compared to the exhaustive hegemonic solutions. The Transdisciplinary is presented here as a necessary path to be followed. In this paper, we try to reflect on our practice bases (Transpsychomotricity Clinic) with children, as Unique Therapist and my place as supervisor in a Transdisciplinary Clinical conception. We believe that dealing with the complexes needs of kids and their families urges us to review the somewhat simplist and fragmented way we tend to assume when trying to understand humans and human suffering.



Palabras clave: Transdisciplinariedad; Psicomotricidad; Transpsicomotricidad; Terapeuta Único; Clínica.

Key words: Transdisciplinary; Psychomotricity; Transpsychomotricity; Unique Therapist; Clinic.

1. INTRODUCCIÓN

Observando el estado de arte de las premisas teóricas y técnicas que sostienen el funcionamiento de los equipos clínicos y también de los educacionales, constatamos la búsqueda de un ejercicio interdisciplinario de comprensión científico de los fenómenos, en la mayor parte de las veces, de forma limitada y parcial.

En la dirección contraria de estos movimientos más tradicionales de la multidisciplinariedad que, eventualmente, se torna interdisciplinariedad, hablar de Transdisciplinariedad puede causar extrañamiento e incredulidad. Una utopía para algunos, la propuesta transdisciplinaria se sostiene a partir de la necesidad cada vez más urgente de reconectar los saberes en pro de la ampliación y perfeccionamiento de estrategias, para el enfrentamiento de cuestiones relacionadas al humano para las que la ciencia clásica todavía no ha encontrado respuestas.

Petraglia (1995:74), investigadora brasileña del Pensamiento Complejo y de la Transdisciplinariedad, nos muestra que en la *"Transdisciplinariedad hay superación y el desmoronamiento de toda y cualquier frontera que inhibe o reprime, reduciendo y fragmentando el saber y aislando el conocimiento en territorios delimitados"*.

Con la alianza entre saberes que se quedaron

por tanto tiempo divorciados por el pensamiento simplificador, surgen nuevas ópticas, revelando aspectos antes vedados a la comprensión, lo que amplía la capacidad de encontrar salidas y soluciones para las cuestiones en relieve, teniendo el respeto por las necesidades variadas de los sujetos y procesos implicados. La Transdisciplinariedad se ocupa de reintroducir al SUJETO como eje de cualquier intervención, condicionando a ella su complejidad.

El pensador francés Edgar Morin nos alerta, en varias partes de su extensa obra, que al presentar el "nuevo", atraemos el odio. Él recuerda también que las grandes ideas fueron siempre inicialmente consideradas "locas" e imposibles de ser realizadas. Por lo tanto, la Transdisciplinariedad es un desafío permanente, nunca estará instalada como un "programa" en nuestros cerebros poseídos por el pensamiento simplificador. Es necesario estar siempre atento y dudar de las propias certezas absolutas, evitando las artimañas que nos arrastran para la prevalencia de la simplificación y cuantificación.

En un momento de crisis planetario, el "nuevo" no solamente asusta, también se torna auspicioso comparado con el agotamiento de las soluciones hegemónicas. Con esa reflexión, quiero compartir un camino recorrido. No traigo fórmulas mágicas



o verdades definitivas. Son 30 años de práctica en Psicomotricidad Clínica y Educacional; 15 años como Formador en Transpsicomotricidad; 17 años como supervisor de equipos transdisciplinarios; 29 años de paternidad; 6 años como abuelo, que me habilitan a reflexionar sobre las bases de nuestra práctica clínica en el rol de terapeuta único y como supervisor en el equipo "multiprofesionaltransdisciplinario".

La mirada de la Transpsicomotricidad se nutre en el Pensamiento Complejo y en la Transdisciplinariedad, aliada a las vertientes libre-expresivas de la Práctica Psicomotriz Educacional y Clínica (Costa y Lovisaro, 2013). Es una práctica libertaria, que tiene como principios los siete saberes necesarios a la Educación del Futuro, propuestos por Morin (2000) y diseminados por la UNESCO. Estos siete vacíos que el autor identifica en la Educación, también son aplicados a la comprensión de las instituciones clínicas y facilitan la construcción siempre inacabada del ejercicio transdisciplinario.

2. ¿QUÉ SE CONECTA CUÁNDO HABLAMOS EN TRANSD?

Una actitud transdisciplinaria es orientada por la concepción de la vida como tesitura, en que es necesario reconocer hilos de orden biológico, social, espiritual, cultural, entre otros, en la composición del ser humano. Tenemos características variadas y peculiares y cuando buscamos una comprensión transdisciplinaria, que sostiene nuestras acciones transdisciplinarias, pretendemos respetar al máximo la complejidad de las singularidades y del todo que las envuelve.

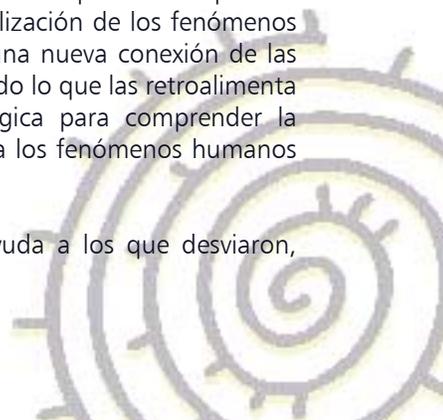
Hablar de "Acción TransD" es siempre hablar de

un camino original, como nos afirma Machado (1912) en su célebre poema titulado "Proverbios y cantares XXIX": "Caminantes, no hay camino, se hace camino al andar (...)" del libro *Campos de Castilla*.

Para estructurar una metodología o construir un equipo transdisciplinario, es fundamental comprender que no hay modelos a ser aplicados y que la construcción será singular. Los principios son claros y explicitados en las cartas de la transdisciplinariedad, desarrollados en los pocos encuentros realizados por los estudiosos que investigaban el tema en los últimos 20 años, especialmente en el primer encuentro, sucedido en Arrábida, Portugal.

Algunas premisas componen y sostienen teóricamente el camino elegido por la Transpsicomotricidad: el Pensamiento Complejo en Morin (1986; 1989; 2000) y la lógica del tercer incluido de la Transdisciplinariedad, en Niculescu (2002). Estas elecciones transcurren de la búsqueda de una comprensión científica que pueda abarcar la complejidad de la existencia, al menos en una parte, sin la fragmentación habitual de la estructura disciplinaria, pero se benefician de todas las contribuciones disciplinarias. La búsqueda de principios explicativos que se apoyan en la contextualización de los fenómenos observados, haciendo una nueva conexión de las partes y el rescate de todo lo que las retroalimenta y al contrario. Una lógica para comprender la complejidad inherente a los fenómenos humanos y naturales.

En las relaciones de ayuda a los que desviaron,



frutos de una trayectoria accidentada de la espiral del desarrollo, encontramos sujetos sumergidos en su hipercomplejidad y sin desciframientos fáciles o curas medicamentosas. La cuantificación de sus comportamientos y las técnicas de adiestramiento, la mayor parte de las veces, a pesar de presentadas como "las" alternativas viables, llevan a pocos resultados, especialmente en lo que corresponde a la subjetividad en su potencia creadora y traductora de una identidad unificada.

Vemos en nuestra sociedad una patologización de comportamientos humanos que siempre son presentados en nuestras naturalezas *sapiens/demens* como caras de la multidimensionalidad y diversidad de cada uno de nosotros. Rotular nuestras características como rasgos de enfermedades o síndromes encarcela nuestro derecho y posibilidad de seres singulares, a una existencia plena y rica.

Fuera de lo que es generalmente estandarizado como patológico, vemos este ejercicio coercitivo en los aspectos de género, por ejemplo, que determinan un embotamiento de las potencialidades inherentes de cada ser, llevando a una acción "verdaderamente masculina" o "verdaderamente femenina" en pro de la adecuación social.

Comprender en profundidad al ser humano que sufre, demanda también la sabiduría de las disciplinas, pero la exclusión del sujeto es un precio demasiado alto que debe ser cuestionado y averiguado.

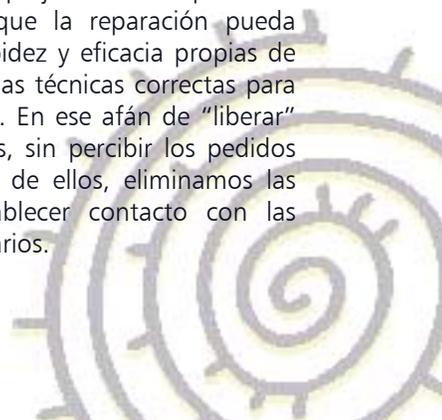
La mirada disciplinar para la realidad desarrolló la

fragmentación de "objetos de estudio" delimitados y estanques en que el investigador pudiera encontrar la "verdad de las verdades" y comprender las leyes fundamentales de funcionamiento de cada uno de los enfoques de estudio. Con ese mismo movimiento, fueron excluidos los "factores de confusión", sesgos que trastornaban la objetividad científica reductora, como la subjetividad/emoción, el arte, la religión, que a pesar de favorecer la comprensión de las tesis observadas, también traían la incertidumbre, la duda, las ambivalencias irreducibles, inherentes a la complejidad.

La demanda humana es hipercompleja. Nos desafía constantemente a la desconstrucción de nuestras lógicas simplificadoras y a reconectar los saberes para entender lo básico sobre las múltiples causas y consecuencias de cada gesto, cada aproximación y alejamiento, de nuestras necesidades y deseos.

El ejercicio clínico nos deja en el campo de extremas dicotomías. El sufrimiento es la tónica y abarca no solo al "sujeto" de nuestros esfuerzos, sino además su familia y la comunidad en que está inserto.

Trabajando con la lógica cartesiana y taylorista, aún vigentes, si hay defectos en el mecanismo, hay que entregar cada segmento perjudicado al especialista correspondiente para que la reparación pueda ser realizada con la rapidez y eficacia propias de aquellos que dominan las técnicas correctas para cada déficit presentado. En ese afán de "liberar" al otro de sus síntomas, sin percibir los pedidos inherentes a cada uno de ellos, eliminamos las consecuencias sin establecer contacto con las causas y campos originarios.



La mirada transdisciplinaria, “poliocular”, como define Morin (1989) no se somete y por lo tanto no subyuga a una lógica simplificadora y reductora, encajando a un sujeto complejo/hipercomplejo en simples definiciones y caracterizaciones. En consecuencia de eso, no se utiliza a un especialista para cada problemática presentada y habla al Sujeto/Individuo y no al fragmento “enfermo”.

3. EMERGE LA PREGUNTA: ¿CUÁNTOS TERAPEUTAS PARA UN SOLO NIÑO?

Tal vez este sea uno de los puntos clave de diferenciación de las miradas disciplinarias, multidisciplinarias, interdisciplinarias y transdisciplinarias para el Sujeto que sufre, especialmente el niño/la niña.

Hasta en la concepción interdisciplinaria los muros disciplinarios continúan erguidos.

Sólo un abordaje TransD problematiza la “verdad absoluta” e irrefutable de *un especialista para cada dificultad presentada*.

En un panorama histórico de nombramiento y comprensión de las patologías y del avance en sus tratamientos, percibimos la pulverización disciplinar, en que el sujeto fue totalmente excluido, generando hasta hoy muchas acciones iatrogénicas, muchas veces definidoras de destinos.

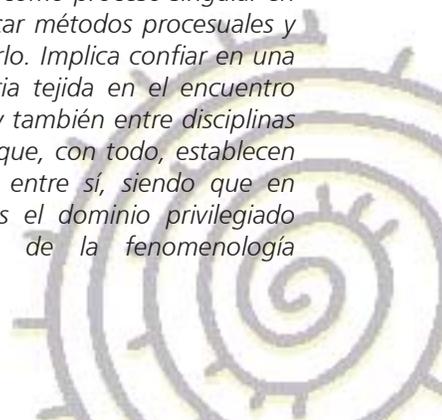
Como dice Jerusalinsky (2010:180), “antes faltaba bondad, después razón, más tarde función, ahora falta substancia”. El mismo autor también aclara que la “Clínica de Bebés” nos ha ayudado profundamente a percibir los maleficios

de la fragmentación en diferentes especialistas, ocasionando la retirada de los padres del cuidado y de la percepción de sí mismos como detentadores de saberes para cuidar de su propio hijo, y teniendo reflejos negativos importantes en el psiquismo del bebé.

La ausencia de un Otro confiable que encarnara el código de la lengua de un modo descifrable, en un momento en que todavía no se haya constituido para el niño la diferenciación de la letra, para orientarse en la selva significativa, y su sustitución por varios y raros personajes que le hablan en nombre de un saber que nada tiene que ver con su deseo, lanzaban a esos pequeños a una clausura en su narcisismo primario, o a una bricolaje precocemente esquizofrénico, cuando no a una depresión que los deja pasivos transformándolos en “buenos pacientes”. (Jerusalinsky, 2010:186).

Las premisas de la Clínica Transdisciplinaria han sido exploradas de forma puntual, aislada. Además de Jerusalinsky, algunos otros autores brasileños tratan el tema en el sesgo del pensamiento de Deleuze y Guatari, desde 1990, desarrollando contribuciones muy relevantes. Entre ellos, Brazão (2014: 269-270) afirma que:

“Tomar al ser humano como proceso singular en formación lleva a buscar métodos procesuales y particulares de teorizarlo. Implica confiar en una mirada transdisciplinaria tejida en el encuentro entre teorías diversas y también entre disciplinas que parecen dispares que, con todo, establecen zonas de resonancias entre sí, siendo que en la clínica encontramos el dominio privilegiado para la observación de la fenomenología



humana en sus más ricas expresiones. La clínica transdisciplinaria puede ser concebida como un sistema abierto en que la práctica es referida a un campo de dispersión del saber por oposición a un saber que se pretenda universal y ordenado” (Rauter, 2012:13-21).

En esa perspectiva, la utilización de teorías y saberes es producida por medio de “préstamos”, de recortes, y en el manoseo de fragmentos como en un bricolaje, implicando en un posicionamiento, por el saber, que se caracteriza por una actitud menos teórica, en el sentido de quien detiene un conocimiento aplicable a determinadas situaciones previamente concebidas y más pragmáticas, por el improviso de herramientas que se componen en la producción de efectos subjetivos.

De esa forma, exige la revisión de la “fragmentación” que realizamos en el Sujeto, quedándose clara la necesidad del establecimiento de una relación significativa, en que se establezca un vínculo profundo con solamente un profesional que transite por los varios campos del saber, el “Terapeuta Único” (TU), como agente/representante del equipo transdisciplinario, multiprofesional, que dará soporte teórico-técnico-afectivo nutriendo el TU para que él pueda acompañar las demandas presentadas por el individuo, no importando si provienen de campos disciplinarios distintos de su formación original.

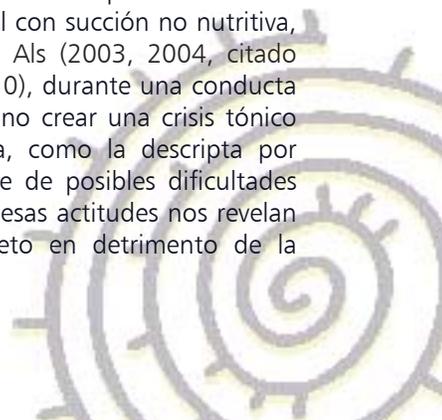
4. ¡EL TU NO PUEDE (NO DEBE) SENTIRSE SOLO!

Para que haya la afinación suficiente en un grupo de profesionales de diferentes áreas disciplinarias

para un ejercicio interdisciplinario es necesario cierto desprendimiento y apertura al nuevo. Cuando hablamos de TransD, eso es elevado a la enésima potencia, ya que ser portavoz de una disciplina para la cual no es “autorizado” demanda un grado de confianza e intercambio, en que la revisión de las relaciones de poder y la claridad de la imposibilidad de seguir otro camino condicionan la eficiencia de la iniciativa.

Poner al sujeto en el eje de cualquier intervención, condicionando las decisiones y elecciones a sus necesidades y momento personal, transforman profundamente la lógica vigente en las instituciones de rehabilitación y de curas: Diagnóstico - Prescripción - Tratamiento.

Pude vivir la realidad hospitalaria de las enfermerías pediátricas de cuatro hospitales de referencia (IFF, HUPE, INCA y HEMORIO - RJ) a lo largo de 12 años, y experimentar el radicalismo de los efectos de la mirada transdisciplinaria, priorizando al niño en sus demandas y lenguaje, en cuestiones como la prórroga de una conducta quirúrgica en virtud de un cuadro depresivo, o la delicadeza de la demanda por el juego - intervenciones de la Profilaxis Psicomotriz Hospitalaria (Costa y Mello, 2000) - en cuadros de inapetencia y dificultad de realización de un examen... O el posicionar de un bebé en decúbito lateral con succión no nutritiva, como sugiere Heidelise Als (2003, 2004, citado por Linhares y Cota, 2010), durante una conducta dolorosa, de modo de no crear una crisis tónico emocional muy intensa, como la descrita por Bèrges (1985), causante de posibles dificultades en su desarrollo. Todas esas actitudes nos revelan la priorización del Sujeto en detrimento de la



conducta o de la técnica clásica, adecuando las intervenciones a las necesidades más profundas de aquel que recibe la ayuda.

Retomando el enfoque del abordaje del TU y del Psicomotricista ocupando ese rol, tomaré como base la Formación que pensé y en la cual soy formador hace 15 años - la Formación en Transpsicomotricidad Educativa y Clínica, en construcción con la Psicomotricista Martha Lovisaro, realizada, hasta el momento, en la Universidad del Estado del Río de Janeiro - RJ - Brasil.

Para el profesional que se aproxima de una formación en Psicomotricidad especialmente en las líneas que se proponen "relacionales", "libre-expresivas" o que utilizan el "acompañar" del movimiento espontáneo del sujeto, existe una enorme exigencia por someterse a un profundo trabajo de consciencia.

El Transpsicomotricista, con el deber de trabajar valores imprescindibles a la Reforma del Pensamiento, debe estar aún más implicado en esa zambullida, apostando a su capacidad de ampliar sus límites intersubjetivos.

Ese trabajo personal es condición para la adopción consciente de una Actitud Transdisciplinaria delante del equipo, familia y del propio niño acompañado. Construcción realizada en la caminata conjunta, siempre retroalimentada a partir de cada elección y decisión que condiciona la siguiente.

Por lo tanto, para el Transpsicomotricista, no se trata de una novedad o compromiso en una

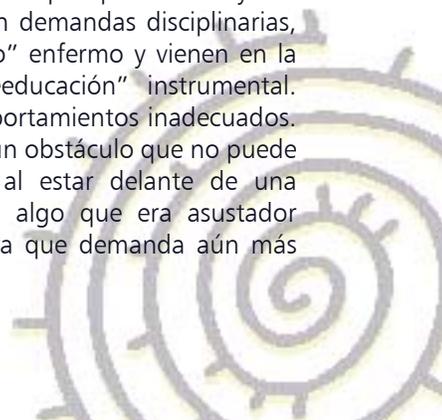
relación sólida con el sujeto o grupo acompañado, sin olvidarse nunca de su trama familiar y del conjunto institucional donde están todos insertos, como por ejemplo, en la escuela o el sistema de salud.

Es importante precisar, como lo hizo Jerusalinsky (2010:188) que la relación con el TU *"se trata fundamentalmente de situar al niño como sujeto en el deseo del Otro para que él mismo pueda constituir el deseo que lo conduzca en su desarrollo, incluso a través de los obstáculos que su organicidad pueda establecerle"*.

5. EL TU Y LA FAMILIA.

La tela compleja de la vida nos conecta de forma sistémica a todo y a todos. En la concepción del Pensamiento Complejo, sistemas simultáneamente abiertos y cerrados. La Familia es un "cuerpo" que necesita ser leído y acogido en sus necesidades, permitiendo que cada sujeto pueda rever su rol y construir nuevas posibilidades. Sólo es posible comprender en profundidad la cadena de metáforas de los síntomas cuando conseguimos develar al máximo la urdiembre que sostiene la trama.

El Pensamiento Complejo propone que "somos poseídos por la cultura que poseímos" y las familias nos buscan con demandas disciplinarias, portando el "fragmento" enfermo y vienen en la búsqueda de una "reeducación" instrumental. Una reducción de comportamientos inadecuados. Muchas veces se torna un obstáculo que no puede ser transpuesto, pues al estar delante de una propuesta tan distinta, algo que era asustador pasa a ser una aventura que demanda aún más



atrevimiento.

Eso todavía es reforzado por la postura disciplinaria de las instituciones de enseñanza, así como de los profesionales de la salud y educación en general, que, tomados por el *habitus* de la pulverización de saberes, sólo logran ver en la vía de la hiperespecialización disciplinaria la eficacia que creen.

El proceso de realización de un Perfil TransD es la oportunidad de demostrar qué puede un equipo a partir de ese aporte.

La propuesta que venimos sosteniendo en Creciendo - Centro Integrado de Desarrollo Infantil, en Río de Janeiro es:

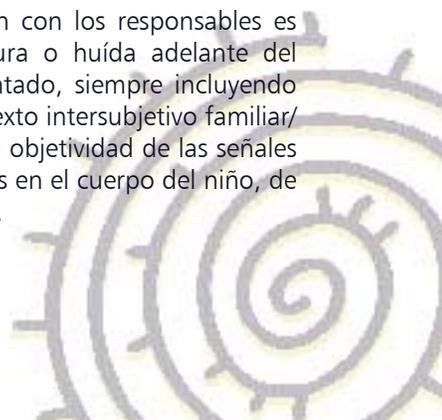
- Entrevistas con los padres o responsables (diferente de la anamnesis, donde la entrevista es un encuentro humano para el establecimiento de una relación de confianza);
- Solicitud de fotos y pequeños videos caseros del niño/niña;
- Solicitud de informes y contactos (por teléfono y correo) de los profesionales que atendieron/atienden a la familia;
- Observación, con registro en video, de una interacción libre de los padres con el niño, en una sala preparada;
- Observación, con registro en video, de tres sesiones del niño en interacción con uno(a) de lo(la)s terapeutas del equipo TransD, en el mismo espacio;
- Realizado el análisis previo de todo el material por el equipo multiprofesional transdisciplinario, resultando en el encuentro de cierre del perfil, con esbozo del laudo, una propuesta de formato de las

devoluciones e indicaciones. Ese encuentro puede ser duplicado mediante la complejidad del caso.

En el encuentro del perfil, cada profesional se responsabiliza, inicialmente, por un recorte disciplinario, compartiendo percepciones orientadas por la influencia de sus saberes especializados. Con todo, no hay limitación para la dialógica e intercambio en equipo, que incluye, a partir de las premisas de la Antropoética (Morin, 2005), impresiones, intuiciones y lecturas subjetivas y culturales entre, a través y más allá de las disciplinas. Con eso todo(a)s son implicados también como seres humanos, a partir de sus experiencias personales como padres, madres, tío(a)s, abuelos, hijo(a)s, amigo(a)s, atributos que juntan no sólo los componentes del equipo, pero a este con las familias que acogimos. Eso no implica una mezcla de roles, que son distintos, pero facilita la comunicación y la realización en alianza.

Con todo, la traducción de todas estas impresiones en un laudo coherente, con indicaciones y definición de conductas es siempre un trabajo muy delicado, para que el documento no genere más "cierres" que "aperturas" de la familia, en relación con los pedidos presentes en cada uno de los síntomas y sus manifestaciones somatopsíquicas.

La sesión de devolución con los responsables es la clave para la apertura o huída adelante del retrato que será presentado, siempre incluyendo la importancia del contexto intersubjetivo familiar/ambiental además de la objetividad de las señales y síntomas manifestados en el cuerpo del niño, de la demanda presentada.



En el caso que los padres se sientan amparados en su herida narcisista, acogidos en su sufrimiento, hay alguna posibilidad de continuidad, con la implicación necesaria para comprender que el proceso de recuperación del niño pasa por la participación efectiva de los familiares en la reflexión y revisión de cuestiones intersubjetivas constitutivas de la red padres-niño-sociedad. Eso implica que los padres estén de acuerdo en comparecer, una vez por mes o cada quince días para las sesiones, además de los encuentros del terapeuta con el niño, donde solamente los responsables comparecen y se trabajan la comprensión y elaboración de estrategias para enfrentar las dificultades presentadas.

Semestralmente o en tiempo menor, dependiendo de las necesidades específicas del sujeto y familia atendidos, se realizan las reuniones de evaluación del proceso, con la presencia del equipo completo, generando sugerencias y revisiones de conductas del TU. Con todo, una vez por mes, cada Terapeuta Único en ejercicio tiene supervisión individual con el responsable por la Supervisión TransD del equipo, que ayuda al TU a precisar y diferenciar sus demandas personales y las acciones importantes para acompañar al Sujeto en que se enfocan los cuidados, construyendo junto a él la necesidad de alguna interconsulta con áreas disciplinarias específicas o el trabajo personal en relación con alguna dificultad contratransferencial.

6. EL TU Y EL EQUIPO TRANSD.

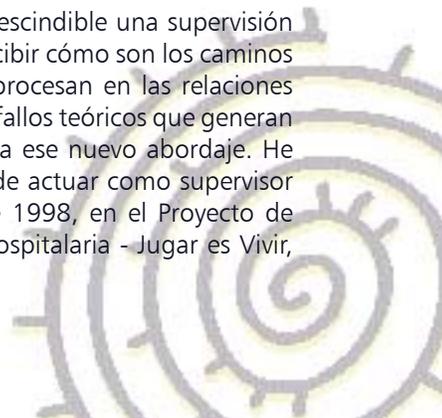
Pocos son, hasta hoy, los equipos que son intitulados "TransDisciplinarios", incluyendo aquellos que tienen deseo en construirse como tales.

Para la formación de un equipo TransD nos parece importante agregar profesionales que, además de sus saberes disciplinarios, creen en la insuficiencia de la ciencia clásica y de la cuantificación como vías exclusivas de comprensión y formulación de estrategias de ayuda a los sujetos, que presentan alguna marca en su desarrollo.

Otro punto fundamental es que cada miembro del equipo TransD necesita de la articulación y confianza en el grupo multiprofesional, en que la actuación de uno sea sostenida en las interconsultas e intercambios intersubjetivos y técnicas con los demás, en una comunión poco común a la fragmentación disciplinaria.

La humanidad presente en todos y la solidaridad por la certeza de las cegueras que hacen inviable el camino solitario delante de la complejidad de los fenómenos humanos, son ejes que orientan la práctica contra la hegemonía. Con todo, los obstáculos disciplinarios, muy arraigados en todos nosotros, crean dificultades a ser trabajadas, para que realmente cada componente del equipo se sienta autorizado a hablar de forma intuitiva sobre un área de saber en la cual no se ha formado o de algo que no pertenezca a ningún nicho disciplinario.

Para eso, se torna imprescindible una supervisión externa, que pueda percibir cómo son los caminos intersubjetivos que se procesan en las relaciones del grupo, así como los fallos teóricos que generan inseguridad en cuanto a ese nuevo abordaje. He tenido la oportunidad de actuar como supervisor Transdisciplinario desde 1998, en el Proyecto de Profilaxis Psicomotriz Hospitalaria - Jugar es Vivir,



en sus actuaciones en las enfermerías pediátricas, y más recientemente, desde 2011 en Creciendo - Centro Integrado de Desarrollo Infantil, en Río de Janeiro, y desde mayo de 2015 en Espacio Vida - Educación Inclusiva Especializada, en Goiania, Brasil.

Es siempre una experiencia única, pues cada institución y contexto debe producir una forma específica de conducir el proceso, siempre inacabado de construcción de una lógica transdisciplinaria, comprometida con la búsqueda del Sujeto que existe, además de las patologías. Eso demanda una profunda revisión de valores que no puede dejarse capturar por las cuestiones cotidianas y dificultades inevitables cuando se trabaja en la dirección contraria. Por eso, es condición que sea alguien de afuera, que a pesar de “trabajar para la institución” no está sometido a ella, pudiendo denunciar los ruidos y auxiliar en la fluidez de las comunicaciones.

Esa supervisión necesita abarcar un continuo trabajo de integración y sensibilización del equipo, además de las demandas individuales de los terapeutas que participan, ofreciendo soporte para la autocrítica y las reflexiones necesarias para una acción coherente con los principios transdisciplinarios. En el caso de Creciendo y de Espacio Vida, los encuentros presenciales y por *Skype* se realizan una vez por mes, siendo los trabajos vivenciales de integración y sensibilización, en el caso de la institución de Goiania, concentradas en dos encuentros por año. Cada realidad, con sus demandas y posibilidades.

Una vez más el Transpsicomotricista en ese rol puede utilizar las metas de su propia actuación

para dar soporte al equipo TransD, facilitando su comprensión de la tarea y el descubrimiento de acciones compatibles con cada situación presentada.

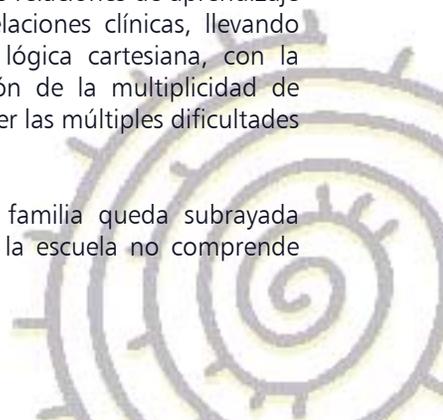
7. EL TU Y LA ESCUELA.

El enfoque de la conexión, del respeto por la tesitura que compone cada sujeto y su contexto, exige que en el acogimiento al niño y al adolescente, se forme un puente con la escuela, ambiente fundamental en la construcción del universo intersubjetivo.

Esa interface es imprescindible para comprender cuáles son los factores que integran el pedido de ayuda del sujeto complejo que se presenta y también para que podamos “negociar” y ofrecer apoyo a las adaptaciones pedagógicas, posiblemente necesarias al acompañamiento eficaz del Sujeto que cuidamos.

En la estructura escolar, a despecho de evoluciones y revoluciones que ocurrieron en la Educación en las últimas décadas, percibimos que la fragmentación de los saberes y los vacíos apuntados por Morin (2000) en los *Siete Saberes necesarios a la Educación del Futuro*, todavía se muestran inalterados, tal vez hasta fortalecidos en algunos aspectos. Eso resulta en una gran dificultad en percibir la importancia central del vínculo en las relaciones de aprendizaje y en especial en las relaciones clínicas, llevando la manutención de la lógica cartesiana, con la creencia en la condición de la multiplicidad de especialistas para resolver las múltiples dificultades del niño.

La ambivalencia de la familia queda subrayada negativamente cuando la escuela no comprende



la propuesta Transdisciplinaria, por eso, es muy importante mantener la dialógica con la institución, esclareciendo y dando soporte a la posibilidad de aceptar la invitación a una mirada para el Sujeto y sus dificultades.

Como todo acto político que enfoca la sensibilización de la necesidad de cambios, es necesario ser estratégico y encontrar las oportunidades en las realidades menos receptivas, evitando el cierre y el rechazo que el “nuevo” pueda provocar.

8. EL TU Y LAS INSTITUCIONES MULTIDISCIPLINARIAS E INTERDISCIPLINARIAS.

La perspectiva disciplinaria, como ya presentamos, dificulta bastante la comprensión de la propuesta del TU. La multiplicidad existente en un abordaje a través de especialistas se opone a toda epistemología TransD en su concepción de ciencia y de subjetividad.

Por lo tanto, no es un diálogo fácil.

Con todo, en beneficio del sistema familiar que nos demanda comprensión, necesitamos abrir formas de comunicación, acompañando y acogiendo las necesidades expresas y “acomodando” las demandas entre las exigencias sociales y las posibilidades y deseos del sujeto y su contexto. Eso no implica concordar y contemporizar con la fragmentación, aceptando más de un clínico en la atención directa del niño. Ese principio es la base y cada familia tiene que realizar su elección, optando por la propuesta unificada o abrazando la multidisciplinaria como la forma en que desea ser ayudada.

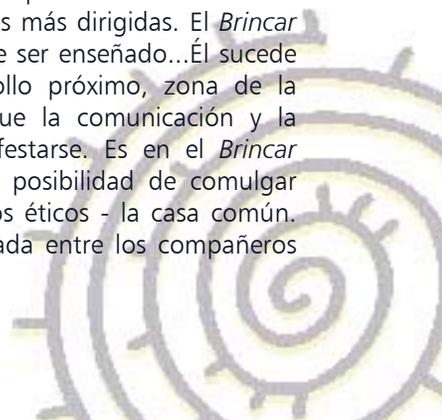
9. CONCLUYENDO SIN CONCLUIR.

La tarea del TU no es exclusiva del profesional que pertenece al equipo TransD o InterD que tiene como objetivo un ejercicio transdisciplinario. Un terapeuta que sólo ejerza sus actividades en la consulta privada puede construir una red TransD en que pueda afirmar y ofrecer con ética una mirada transdisciplinaria, aun no siendo un miembro integrante de una institución.

El vínculo es el eje de esa propuesta.

Es un vínculo intersubjetivo “suficientemente bueno”, en que tanto el niño cuanto su familia puedan encontrar una referencia para sus propias reconstrucciones. En el caso del Psicomotricista, en especial del Transpsicomotricista que actúa a través del juego espontáneo, acompañando al niño en su juego. La base de todo el proceso es conocida: permitir al niño Ser en plenitud, delante de la mirada y siendo acompañado por el adulto que legitima sus triunfos, sosteniendo y posibilitando al niño trabajar sus fragilidades y desafíos.

Las raíces etimológicas de la palabra *Brincar*, que en español significa Jugar, develan que viene del latín *vinculum*, vínculo. Al *Brincar*, nos encontramos profundamente con el otro y podemos vivir un compañerismo que no percibimos sólo en la palabra o en actividades más dirigidas. El *Brincar* no se aprende ni puede ser enseñado...Él sucede en la zona de desarrollo próximo, zona de la intersubjetividad, en que la comunicación y la creación pueden manifestarse. Es en el *Brincar* que el niño percibe la posibilidad de comulgar y absorber los principios éticos - la casa común. En la vinculación formada entre los compañeros



de juego, el respeto por la alteridad crece en la medida en que se produce la reparación de la propia autoestima, a través de la sensación de pertenecer y de estar en el deseo del otro. La compañía establece, de forma simultánea, una ampliación del sentido de sí mismo y del otro, que acaba reafirmando la identidad de ambos.

La ética es la premisa base para ocupar un lugar de ayuda. La Antropoética, en el caso del abordaje TransD con sostén en el Pensamiento Complejo, nos muestra otra forma de abordar el sufrimiento humano, sin fragmentar ni excluir, pero integrando y tornando más complejas las percepciones de los fenómenos observados. Incluyendo al observador en su observación, en respeto por una lógica del

tercer incluido y sin dejar de producir conocimientos científicos, pero incluyendo las cualidades a las cantidades. La Transdisciplinariedad, en especial en la Clínica, ofrece acogida para la hipercomplejidad de cada Sujeto, en su totalidad social y biológica, en las interfaces con los múltiples hilos de su tesitura como individuo/especie.

Más allá del “Profesional” que ocupa el rol de TU en una perspectiva Clínica TransD, el “Sujeto” que osa hacerlo, está apostando a una zambullida profunda en el encuentro humano y su potencia en fomentar las salidas saludables para los momentos más adversos.

10. BIBLIOGRAFÍA

- BERGÈS, J. (1985). *Le trouble psychomoteurs chez l'enfant. Traité de psychiatrie de l'enfant et de adolescente vol II*. Paris: PressUniversitaires de France.
- BRAZAO, J. C. C. (2014). A Transdisciplinaridade Como Perspectiva Metodológica Para Uma Clínica Das Subjetividades - *Pesquisas e Práticas Psicossociais* – PPP - v.9, n.2, São João del Rei.
- COSTA, E., y LOVISARO, M. (Orgs.).(2013). *TransPsicomotricidade – Psicomotricidade com Base no Pensamento Complexo e Transdisciplinar*. Rio de Janeiro: WAK editora.
- COSTA, E. y MELLO, H. (2002). Profilaxia Psicomotora Hospitalar: Projeto Brincar é Viver- Complexificando a hospitalização: Estabelecendo referenciais e instrumentalizando a ação na infância e adolescência. In C. A. M. Ferreira, R. Thompson y R.Mousinho (Orgs.). *Psicomotricidade Clínica*. São Paulo: Lovise.
- JERUSALINSKY, A. (2010). *Psicanálise e Desenvolvimento Infantil*. Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- LINHARES, M. y DOCA, F. N. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas psicol.* [on line]. v.18, n.2, p. 307-325.



MACHADO, A. (1912). *Proverbios y Cantares - XXIX. Campos de Castilla.*

MORIN, E. (1986). *O Método 3 – O Conhecimento do Conhecimento.* Sintra: Europa-América.

MORIN, E. (1989). *Novas Fronteiras da Ciência.* In *Ideias Contemporâneas - Entrevistas do Le Monde.* São Paulo: Editora Ática.

MORIN, E. (2000). *Os sete saberes necessários à educação do futuro.* São Paulo: Cortez Editora.

MORIN, E. (2005). *O Método 6 - Ética.* Porto Alegre: Sulina.

NICULESCU, B. (2002). *Fundamentos Metodológicos para o Estudo Transcultural e Transreligioso.* In Sommerman, M. Mello y V. Barros. *Educação e Transdisciplinaridade II.* São Paulo: Triom/UNESCO.

PETRAGLIA, I. C. (1995). *Edgar Morin: A Educação e a Complexidade do Ser e do Saber.* Rio de Janeiro: Vozes.



4. PSICOMOTRICIDADE E NEONATALOGIA

PSYCHOMOTRICITY AND NEONATOLOGY

Richard Parreiral

DATOS DEL AUTOR

Richard Parreiral es Psicomotricista, Pós-graduação em neuropsicologia. Se desempeña en el Centre de Ação Médico-Social Precoce (C.A.M.S.P) de Pontoise y en el Serviço de UTI neonatal - Hospital de Pontoise.

Dirección de contacto: rpar@hotmail.com

RESUMO

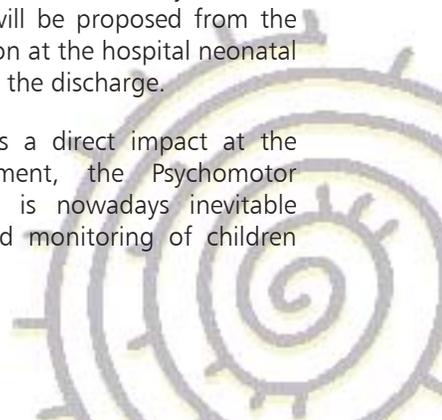
O nascimento de um bebê pré-termo ou apresentando dificuldades clínicas representa um traumatismo para os pais. As situações de grande emergência vital na criança, nas quais a hospitalização é frequentemente mais longa e com riscos de sequelas mais importantes, são sempre acompanhadas de uma grande instabilidade emocional. Para acompanhar a criança no seu desenvolvimento, apoiar os seus pais neste encontro singular com o seu bebê, a intervenção do psicomotricista será proposta a partir da hospitalização no serviço de unidade de terapia intensiva neonatal até a alta hospitalar.

A prematuridade tendo um impacto direto no desenvolvimento psicomotor, a especificidade do psicomotricista é hoje inevitável na vigilância e no acompanhamento das crianças desde

ABSTRACT

The birth of a baby before term or presenting clinical problems represents a trauma for the parents. Emotional instability always happens when the child faces situations of vital emergency and as a consequence needs longer periods of hospitalization and with risks of important sequels. In order to follow the child during his development, support the parents at this unique moment with their child, the Psychomotor therapist intervention will be proposed from the moment of the admission at the hospital neonatal Intensive Care Unit until the discharge.

As the prematurity has a direct impact at the psychomotor development, the Psychomotor therapist specialization is nowadays inevitable for the surveillance and monitoring of children



o nascimento. Enfim, uma parceria entre o serviço de neonatologia e o Centro de Ação Médico-Social Precoce permitirá uma melhor coordenação do acompanhamento da criança (diagnóstico, avaliação, acompanhamento específico das crianças nascidas prematuramente ou apresentando um problema clínico no período neonatal).

PALAVRAS-CHAVES

Prematuridade - Apoio psicomotor - Contenção - Mediações terapêuticas - Abordagem sensorio-motor - Interação pais-criança - parceria

since birth. For this reason, a partnership between the neonatal service and the Center for Premature Medical Social Action will allow a better coordination of the child monitoring (diagnosis, evaluation, specific monitoring of children born before term or presenting clinical problems during the neonatal period).

KEY WORDS

Prematurity – Psychomotor assistance – Contention – Therapeutic mediations – Sensorimotor approach – Parent/child interaction - Partnership

Na França a história entre a neonatologia e a psicomotricidade data do meio dos anos 1980.

Cerca de trinta psicomotricistas exercem atualmente nestes serviços hospitalares em Paris e na grande Paris.

Apresentarei hoje o trabalho específico do psicomotricista através da parceria entre o Centro de Ação Médico-Social Precoce (C.A.M.S.P) onde eu trabalho atualmente e os serviços de Unidade de Terapia Intensiva neonatal e neonatologia, ambos situados na cidade de Pontoise na região de Paris.

1.- Organização e contexto :

a) O C.A.M.S.P é uma estrutura médico-social que faz parte da A.P.F (Association des Paralysés de France) que recebe crianças de 0 à 6 anos

apresentando perturbações motoras, sensoriais (visuais, auditivos, da linguagem), mentais e relacionais.

É um centro de tratamento ambulatorial com consultas diversas (pediatras, psiquiatra infantil, psicólogos, médico fisiatra, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicomotricistas, assistente social,...).

As suas principais missões são : a prevenção, o diagnóstico, o acompanhamento da criança, dos pais e a orientação da criança para uma estrutura adaptada às suas necessidades a partir dos seus 6 anos de idade.

O C.A.M.S.P garante um acompanhamento global graças à uma equipe pluridisciplinar, revelando uma atenção específica na construção da relação crianças/pais, ao ambiente físico e emocional, ao conforto postural e as estimulações adaptadas.



O centro propõe um atendimento sistemático de prevenção e acompanhamento terapêutico com sessões individuais, em duplas, em grupo, conduzidos por um ou vários profissionais. Os pais fazem parte do projeto individualizado da criança. Pode também intervir profissionais em domicílio ou creches, escolas etc.

O C.A.M.S.P coordena também os atendimentos externos (consulta com especialistas, ortéses e protéses).

b) O serviço de neonatologia, do centro hospitalar René Dubos Pontoise tem por missão ser o serviço referência quanto ao conjunto de patologias relacionadas ao nascimento.

O percurso da criança pode desenvolver-se no hospital em 4 fases sucessivas : a Unidade de Terapia Intensiva, a Unidade Semi-Intensiva, a neonatologia, e a unidade chamada « Canguru ».

2.- Eixos de trabalho do psicomotricista

No serviço de neonatologia, a psicomotricidade é uma intervenção que se inscreve como cuidados básico (como os cuidados de enfermagem).

O psicomotricista terá um papel na prevenção, no acompanhamento terapêutico, o acompanhamento dos pais e da criança vulnerável. É uma vantagem no vínculo da relação mãe/criança. O seu trabalho vai articular-se com o do psicólogo do serviço através do acompanhamento dos pais e o seu bebê. Disponibilidade, escuta, e empatia serão os elementos para viver o melhor possível este longo período de hospitalização marcado de dúvidas e de temores.

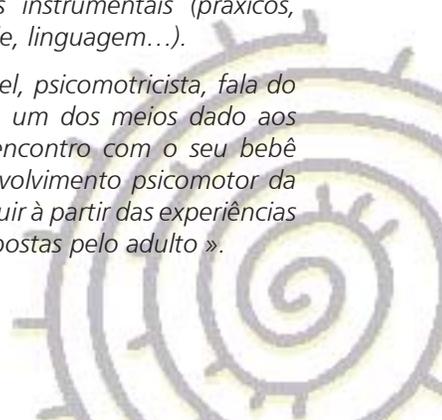
O psicomotricista vai também acompanhar a equipe sobre o bom posicionamento da criança a partir de observações, reajustando as práticas e trazendo a avaliação teórica e prática necessária. Apoia-se fundamentalmente nos trabalhos de André Bullinger sobre a abordagem sensório-motora, descrita como os fundamentos da psicomotricidade.

O « enrolamento », as posições em flexão também são favorecidas por estimulações visuais. Pois a instalação apropriada dos brinquedos no ambiente da criança : mobiles musicais colocados na zona dos pés do bebê favorecem os estímulos ; o mesmo acontece com os brinquedos muito contrastados em « preto e branco » ao redor do berço.

“O modelo de cuidados de apoio ao desenvolvimento proposto por André Bullinger visa a estabelecer o equilíbrio sensório-tônico do bebê ajustando o ambiente e a qualidade dos cuidados. Não se trata de recriar as condições de vida «intra-útero» mas sim, propôr os apoios adaptados e as solicitações adequadas às necessidades do bebê”, Anja Kloeckner.

Essas solicitações visuais, auditivas, tácteis ou orais, trazidas pelo psicomotricista vão contribuir à despertar a criança no seu próprio corpo e no seu ambiente. Mas também de prevenir o aparecimento de eventuais distúrbios instrumentais (práxicos, visuo-espaciais, oralidade, linguagem...).

Também Françoise Hamel, psicomotricista, fala do « dar o colo » como « um dos meios dado aos pais para favorecer o encontro com o seu bebê e ajudar ao bom desenvolvimento psicomotor da criança que vai se construir à partir das experiências sensoriais e tônicas propostas pelo adulto ».



Portanto, no objetivo de acompanhar os pais nesta caminhada, o psicomotricista vai propor diferentes maneiras de « dar o colo » aplicando técnicas de « enrolamento ». Certas posições nos braços dos pais vão desenvolver várias trocas sensoriais :

- no posicionamento em « berço », o mais clássico e utilizado a maioria do tempo pelos pais, vai levá-los a interagir mais facilmente com sua criança pelo o olhar,

- no posicionamento em « Buda », pernas em flexão e juntas ao nível da bacia, permite um encosto tônico oferecido nas costas da criança contra o ventre do pai,

- no posicionamento em « balanço », no braço do pai, permite a relaxação muscular global do bebê e facilita a digestão,

- no posicionamento « em pé » onde a criança tem a cabeça no ombro do pai, contido também ao nível das costas e das nádegas,

- as diferentes posturas de « sling » com tecidos, utilizadas durante o « contacto pele a pele ».

Este trabalho de reflexão é efetuado em complemento ao NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program, desenvolvido por Heidelice Als) - cuidados de desenvolvimento - estabelecido no serviço. Estes dispositivos permitem melhorar mais ainda as nossas práticas sobre uma individualização dos cuidados e otimizar o desenvolvimento neurocomportamental das crianças nascidas vulneráveis reduzindo o stress e respondendo às suas necessidades específicas.

Numerosos são os fatores de risco para o desenvolvimento psico-afetivo do recém-nascido hospitalizado. É importante tomá-los em consideração para conduzir com mais coerência os cuidados prestados ao bebê (sistema sensorial e neuromotor imaturos na criança pré-termo, ambiente incoerente e invasivo, cuidados dolorosos e « desestimulantes »).

Com relação aos pais, estes sentem-se totalmente impotentes. Vivem uma outra realidade e descrevem muito frequentemente uma gravidez “amputada”, diferente daquela tanto esperada. “O meu bebê, não o esperava agora... eu o via bonito e bochechudo mas finalmente ele é pequeno e frágil...”, conta a mãe da Léa.

a) a avaliação psicomotora

A avaliação psicomotora é realizada quando solicitada pela equipe e sob prescrição médica para avaliar as competências neuropsicomotoras e interativas da criança. Faz-se geralmente, na medida do possível na presença dos pais, permitindo valorizar as competências de cada um.

O psicomotricista apoia-se na observação espontânea (tônus ativo/tônus passivo), avalia o comportamento da criança e observa as suas capacidades de comunicação. Do mesmo modo, vai observar a relação pais-criança através das interações corporais, as interações visuais (fundamentalmente o « dar o colo ») e a capacidade dos pais a apaziguar o seu bebê.

b) as sessões de psicomotricidade

As sessões de psicomotricidade serão realizadas após a avaliação, sempre sob prescrição médica.



Trata-se então de criar um espaço relacional onde cada um pode comunicar : “ele chora, certamente para que o tomemos nos braços”, diz a mãe de Iliès. Assim, o psicomotricista vai acompanhar os pais nas suas funções parentais compartilhando tempos de observação e de escuta.

O psicomotricista vai igualmente contribuir para a prevenção dos distúrbios posturais e a organização motora. Tendo em conta a sua imaturidade neurológica, a criança nascida pré-termo vai adotar posições ditas “viciosas” ou “patológicas” que podem levar a dificuldades no seu desenvolvimento futuro (hiperextensão e opistótonos (posição do corpo em que a cabeça, o pescoço e a coluna vertebral formam um arco côncavo para trás), posição “de rã esmagada (coxas, joelhos e pés estão em rotação externa completa. A bacia encontra-se horizontalmente sobre o colchão).

Uma reflexão muito específica será efetuada igualmente em equipe sobre os posicionamentos da criança com o objetivo de reduzir o número de bebês que apresentam plagiocéfalia (deformação da abóbada craniana), tendo repercussões tanto estéticas como sobre o desenvolvimento psicomotor.

Este acompanhamento se dará através de um trabalho em equipe com as enfermeiras e os médicos propondo posicionamentos adaptados, como o “ninho », para favorecer uma boa postura da criança. Trata-se de construir a segurança básica, numa experiência de corpo prazeroso e unificado que permita a abertura da relação ao outro. O « Enrolamento », em flexão de tronco da criança, favorecendo a construção do eixo corporal, a exploração da zona oral e uma melhor deglutição

quando há alimentação, as coordenações olho-mão, motricidade espontânea...

- O toque de continência : « O toque promove o encontro fundamental entre o bebê e os seus pais, é na relação corpo a corpo, pele a pele que instaura-se o diálogo tônico-emocional” (Arnaud).

Muito frequentemente, os pais têm dificuldades para se aproximarem, mais ainda tocar a sua criança. Esta primeira relação, as mãos simplesmente postas sobre o corpo no nível da cabeça, das pernas, das costas..., é imediatamente carregada de afetos e representações.

É através do corpo de cada um dos parceiros que um diálogo vai comprometer-se. “Tenho a impressão que ele gosta que lhe toque porque parou de se agitar,... isso o acalma, e já nos reconhece ! ”, dirá o pai de Noa.

- É também através do toque sensório-tônico-motor que o psicomotricista vai acompanhar os pais no encontro com a sua criança. Estas sessões apoiam-se essencialmente sobre diferentes estimulações multi-modais sensoriais (tácteis, auditivos, visuais, labirínticas...).

É necessário que a criança possa construir-se através de um sentimento de corpo unificado, envolto, contido e apoiado pelos seus pais. Dar-lhes um lugar de pais permite tranquilizar-los a enfrentar medos e temores frequentemente expressados (medo de não saber tocar corretamente, de machucar tocando a sua criança...). “Tenho prazer em tocá-lo, ele se acalma. No início também estava com muito estresse, tinha medo... agora estou mais à vontade e segura. Eu lhe canto canções ...” poderá dizer a mãe do Enzo.



Esta abordagem dinamiza assim o diálogo corporal, pré-verbal propício à comunicação entre a criança e o seu meio ambiente, favorecendo também a doação dos pais à criança.

- O banho envolto é outro momento importante no estabelecimento da relação pais-criança. Esta modalidade permite tornar o momento menos angustiante, de desenvolver um sentimento de segurança interna. A criança está relaxada, disponível para as trocas sensoriais e tônico-afetivas. É um tempo privilegiado que favorece o bem-estar corporal e o desenvolvimento sensorio-motor, durante o qual a criança pode reencontrar sensações vividas intra-utéro. Além do banho propriamente dito, os pais do Lucas dirão : “É como num pequeno ninho com a toalha em redor dele... os seus braços e as suas pernas, o seu rosto são relaxados... ele não está perdido na banheira... esta sereno...”.

O “envolvimento” contribui para a percepção de um corpo unificado, contido, de um corpo prazeroso para a criança. Dar contenção é igualmente dar limites. O banho envolto permite por conseguinte dar forma e consistência ao corpo.

A pele é um órgão fundamental para a sobrevivência do indivíduo. É uma barreira protetora permeável e impermeável que permite numerosas trocas com o meio externo.

Através da sua obra o « Eu Pele », Didier ANZIEU fala-nos de uma função essencial da pele : a para-excitação, que tem um papel de « filtro » para qualquer indivíduo. O seu papel é permitir uma comunicação com o mundo circundante mas também proteger o indivíduo dos elementos externos demasiado invasivos ou perigosos.

Ora, no recém-nascido pré-termo, a pele aparece como pouco espessa, vulnerável à numerosas agressões. Também, através de uma « segunda pele » oferecida pelo envolvimento, o psicomotricista produz um « curativo » como uma bandagem indispensável ao bem-estar e a construção psico-afetiva do bebê.

O banho envolto aparece como uma intervenção importante nos cuidados de desenvolvimento. Oferece à criança apoios estáveis e protetores, base de uma boa organização corporal e relacional que favorece uma relação pais-criança saudável.

O banho leva os pais a viver um momento de prazer com a sua criança. Momentos que prolongam-se após a alta hospitalar, ao regresso ao domicílio. O banho envolto permite assim a possibilidade dos pais de serem mais autónomos nos gestos da vida cotidiana, mais serenos e confiantes com relação a sua criança.

3/ a Alta hospitalar

a) o acompanhamento pediátrico após a hospitalização

A alta hospitalar é frequentemente marcada de um grande alívio psicológico, suscitando no entanto, muitas questões.

Os pais de Pierre viveram longos momentos, às vezes intermináveis nos diferentes serviços hospitalares. Chegou o momento do pediatra anunciar que a criança receberá a alta hospitalar e que poderão ir para casa. “Estamos tranquilos porque o Pierre não tem mais necessidade de todas as máquinas para respirar, alimentar-se, ganhar peso ... mas em



casa, não tem nada disso se ele necessitar desses cuidados?. Será que ele vai crescer como as outras crianças ? Os médicos dizem que não haverá problema mas quem sabe ?”.

Após a hospitalização no serviço de neonatologia, um acompanhamento pediátrico específico é feito para todas as crianças nascidas prematuramente seja com o médico de família o com o médico pediatra hospitalar. Os encontros terão lugar em geral todos os meses até à idade de 6 meses. Respectivamente aos 9 meses, 12, 18 e 24 meses.

Consultas complementares também são programadas e fortemente aconselhadas para as crianças nascidas prematuramente até à idade de 7 anos, afim de poder acompanhar as aprendizagens da criança (notoriamente as escolares).

É a melhor maneira para detectar precocemente dificuldades eventuais e de iniciar rapidamente os cuidados adequados.

b) a parceria entre o C.A.M.S.P e o hospital Pontoise

A parceria entre o C.A.M.S.P e o hospital de Pontoise permite trabalhar em coordenação e complementaridade para o acompanhamento das crianças nascidas vulneráveis.

Para todas as crianças nascidas prematuramente (< 30 semanas), uma consulta em conjunto pediatra/psicomotricista é proposta no C.A.M.S.P de maneira sistemática na idade de 2 anos até os 4 anos de idade.

- Prevenção : o C.A.M.S.P tem por objetivo observar e avaliar o desenvolvimento da criança

com estas especialidades, complementares destes dois profissionais em diferentes aspectos (médico, psicomotor, psico-afetivo, linguagem, social...).

O psicomotricista interessa-se mais particularmente ao corpo no encontro com o outro, a utilização do mesmo no espaço e as atividades propostas (deslocamentos, manipulações de objetos, jogos simbólicos...). Trata-se também de criar com o pediatra um momento de escuta, de disponibilidade e de trocas para os pais e a sua criança.

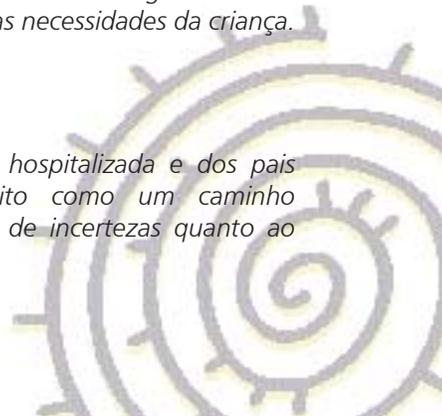
Esta consulta multidisciplinar permite aos pais de estar mais seguros, a relação com o psicomotricista estabelece-se desde a hospitalização no serviço de neonatologia. A mãe do Steven pode evocar no nosso primeiro encontro: “Quando você atendeu o Steven, na unidade de terapia intensiva neonatal, fiquei tranquila porque sabia que você ia tratar do meu filho após a alta hospitalar”.

Além disso, outras avaliações serão realizadas no C.A.M.S.P, notoriamente com o psicólogo e o neuropsicólogo. Avaliações complementares com a fonoaudiólogo, o fisioterapeuta ou ainda com o terapeuta ocupacional poderão também ser propostas.

Por último, para os recém-nascidos que apresentam um problema de saúde no período néonatal, um acompanhamento semanal será organizado no C.A.M.S.P em função das necessidades da criança.

Conclusão :

O percurso da criança hospitalizada e dos pais regularmente é descrito como um caminho semeado de angústias, de incertezas quanto ao



futuro desta criança fragilizada. As interações entre a criança e os seus pais encontram-se frequentemente inibidas pela situação de urgência.

Também, com a sua abordagem específica no serviço, o psicomotricista vai utilizar diferentes mediações corporais destinadas a apoiar a criança na sua construção tanto física como psico-afetiva, na sua relação ao outro. Vai igualmente favorecer o vínculo entre a mãe e o seu bebê, acompanhando os pais na descoberta das potencialidades da sua criança e tranquilizá-los quanto as suas capacidades a « serem pais ».

“O regresso à casa deve ser preparado com um acompanhamento que, idealmente, está na continuidade dos atendimentos que foram

iniciados no serviço de neonatologia” (Dr. Leraillez, pediatra - C.A.M.S.P Pontoise - “Convenção de parceria, 2015”).

É na construção de um projeto de acompanhamento que o C.A.M.S.P, o serviço de neonatologia, e os outros parceiros (rede perinatal da região de Paris - profissionais em consultório privado, serviços de Proteção Materno-Infantil...) inscrevem-se afim de efetuar um verdadeiro trabalho interdisciplinar. Assim, a diversidade das abordagens e as mediações de cada profissional vai permitir refinar as observações, prevenir eventuais dificuldades do desenvolvimento e apoiar a criança e os seus pais no seu futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ALONSO-BEKIER S., (2002). *Du prématuré au prématurissime : la psychomotricité a de plus en plus sa place dès la néonatalogie. Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 15, 6, 336-339.*
- ALONSO-BEKIER S., (2005). *Petit prématuré deviendra grand... ou nécessité du suivi en psychomotricité. Evolutions Psychomotrices, 67, 10-15.*
- AMIEL-TISON C., (2005). *Neurologie périnatale. 3ème éd. Paris : Masson.*
- AMIEL-TISON C., GOSSELIN J., (2010). *Pathologie neurologique périnatale et ses conséquences. Paris : Masson.*
- ANZIEU D., (1985). *Le Moi-Peau. Paris : Dunod.*
- BLOCH, H., LEQUIEN P., & PROVASI J. (2003). *L'enfant prématuré. Paris : A. Colin.*
- BRAZELTON T.B., (1984). *Neonatal Behavioral Assessment Scale (2nd ed.) Philadelphia : JB Lippincott*
- BUIL A., (2011). *Impacts des expériences sensorielles discontinues sur le développement des prématurés. Evolutions Psychomotrices, 23(92), 72-82*
- BULLINGER A., (1996). *Le rôle des flux sensoriels dans le développement tonico-postural du nourrisson. Motricité Cérébrale, 17, 21-32*



DELION P., VASSEUR R. (2010). *Périodes sensibles dans le développement*

psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 mois. Toulouse :Edition Erès

DELLA PIAZZA S., (1997). *L'enfant prématuré : le point sur la question. Bruxelles. De Boeck université.*

MANDARD-ORENGE A-L., (2002). *Le toucher relationnel auprès du prématuré et de ses parents : handicaps. Evolutions Psychomotrices, 67, 18-23.*

DAGEVILLE C., (2004). *Le début de la vie d'un grand prématuré. Erès 2011*

DURMEYER X., THOMAS N., (2000). *Prise en charge de l'enfant prématuré. Evolutions psychomotrice, n°48, p 85 à 95*

GOSELIN J., AMIEL-TISON C., (2007). *Evaluation neurologique de la naissance à 6 ans. Montréal : Editions CHU Sainte-Justine, Masson*

MAZET P., STOLÉRU S., (1988). *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, Développement et interactions précoces. Paris : Masson.*

MERO S., THOMAS N., (2010). *Mère et bébé prématuré : regard croisés autour de la sortie « le travail au tapis », Thérapie psychomotrice et recherches, n°164, p 58 à 69*

ROBERT-OUVRAY S., (2002). *Intégration motrice et développement psychique. DDB.*

THOMAS N., (2000). *Prise en charge de l'enfant prématuré : approche psychomotrice. Evolutions Psychomotrices, 12(48), 85-94*

WINNICOTT D., (1969). *La relation parent-nourrisson. Paris : Petite bibliothèque Payot*

Conférence dictada en el marco del Primer Congreso Internacional de la Red Fortaleza de Psicomotricidad. Fortaleza, Ceará, Brasil. Octubre de 2015



5. ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS NA ESQUIZOFRENIA

PSYCHOMOTOR SYMPTOMS IN SCHIZOPHRENIA.

Maria Fragoso Melo y Fernando Roque Martins

DADOS DOS AUTORES

Maria Fragoso Melo es Mestre em Reabilitação Psicomotora pela Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa.

Dirección de contacto: mariafragosomelo@gmail.com

Rui Fernando Roque Martins es Professor associado na Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa.

Dirección de contacto: Email: rmartins@fmh.ulisboa.pt

RESUMEN

Este artigo consiste numa revisão da literatura que tem como objetivo efetuar uma síntese dos dados mais atuais da literatura centrados na abordagem das alterações psicomotoras presentes na esquizofrenia. Concluiu-se que existe evidência para as seguintes alterações psicomotoras na esquizofrenia: velocidade dos movimentos, coordenação motora, sequencialização de atividades motoras, integração sensorial, lateralização, marcha, praxia global, praxia fina, planeamento de ações, tempo de reação, controlo postural, equilíbrio, percepção do tempo e noção do corpo. Estas alterações

ABSTRACT

This article is a literature review that aims to identify psychomotor symptoms in schizophrenia. It was concluded that there is evidence for the following psychomotor symptoms in schizophrenia: psychomotor slowing, motor coordination, sequencing of motor skills, sensory integration, lateralization, gait, gross motor, fine motor, planning, reaction time, postural control, balance, time perception, body image. These symptoms are reported as part of the disease but the medication can influence these areas. The identification of these psychomotor changes can be useful for the



são reportadas como parte integrante da doença porém a medicação antipsicótica influencia aspetos do funcionamento psicomotor. Estes sintomas consistem em áreas que o psicomotricista deve estar atento, podendo estar ou não afetadas no indivíduo. É sugerido ao psicomotricista que na sua prática realize sessões de grupo e realize atividades que desenvolvam os fatores psicomotores, competências cognitivas e competências sociais, utilizando atividades de tipo gnoso-prático, atividades lúdicas e que promovam uma ativação geral dos indivíduos com esquizofrenia.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Psicomotricidade, Sintomas Extrapiramidais, Sinais Neurológicos Suaves, Lentificação Psicomotora, Postura, Equilíbrio, Percepção Temporal, Noção do corpo, Sentimento de Identidade

therapist during the evaluation but these can be affected or not in the schizophrenic person so the therapist needs to evaluate the specific case. It's suggested to do group sessions of psychomotor therapy to schizophrenic people with activities that promote psychomotor skills, cognitive skills and social skills. The therapist can use activities connecting praxis and conscious representation, recreational activities and promote a general activation.

Key words: Schizophrenia, Psychomotricity, Extrapyrimal Symptoms, Neurological Soft Signs, Psychomotor Slowing, Postural control, Balance, Time Perception, Body Image, Self awareness

1. Introdução

Este artigo consiste numa revisão da literatura na qual se procurou investigar quais as alterações psicomotoras existentes na esquizofrenia. Para tal foi realizada uma pesquisa em vários motores de busca (Pub-med, B-on, ScienceDirect) cruzando alguns termos do âmbito da psicomotricidade com o conceito de esquizofrenia.

Inicialmente é definido o conceito de esquizofrenia à luz dos conceitos de caracterização aceites ao longo do tempo e do novo manual de diagnóstico DSM-V. Seguidamente, são enumeradas alterações psicomotoras evidenciadas em alguns estudos, nomeadamente sintomas extrapiramidais, sinais neurológicos suaves, lentificação psicomotora, controlo postural e equilíbrio, percepção do tempo, noção do corpo e sentimento de identidade. No

final, é referida a importância que a identificação e o tratamento destes sintomas podem ter para a pessoa com esquizofrenia e ainda alguns princípios de atuação terapêutica.

Esta caracterização poderá ser útil para clarificar e justificar o papel do psicomotricista nesta área, atendendo que ao enumerar os diferentes comprometimentos psicomotores nesta população se facilita a sua identificação nos momentos de observação e avaliação, na definição de objetivos e nas opções metodológicas.

1.1. O conceito de Esquizofrenia

Do grego *Skhizeinphren*, etimologicamente esquizofrenia significa dissociação da mente (Abarquez et al., 2010).



A esquizofrenia é uma perturbação psicótica tipicamente crónica que tem habitualmente início entre o final da adolescência e o princípio da idade adulta, uma vez que é nestas idades que surge a autonomia total (Walker e Tessner, 2008).

Ao longo do tempo, vários autores tentaram descrever a etiologia da esquizofrenia e atualmente sabe-se que esta patologia não é consequência apenas de um fator genético ou envolvental, mas constituiu uma perturbação de causas heterogéneas (Walker e Tessner, 2008).

A principal característica desta patologia é o corte que provoca na relação da pessoa com a realidade (Walker e Tessner, 2008), afetando a maneira como esta atua, pensa e vê o mundo (Abarquez et al., 2010). A esquizofrenia é caracterizada por delírios, alucinações, discurso e comportamento desorganizados, que causam uma disfunção social ou ocupacional. Para ser diagnosticada, os sintomas têm que estar presentes durante seis meses e incluindo pelo menos um mês de sintomas ativos (American Psychiatric Association [APA], s.d.). As influências dos sintomas diferem de pessoa para pessoa (Abarquez et al., 2010) e podem ser organizados em duas categorias, os sintomas positivos, que refletem um excesso ou distorção de funções normais e os sintomas negativos que refletem uma diminuição ou perda de funções normais. Os primeiros englobam duas vertentes, a dimensão psicótica, que compreende os delírios e alucinações, e a dimensão desorganizada, que compreende discursos e comportamentos desorganizados. Os segundos englobam a ausência de vontade, de prazer, a apatia, a alogia e o embotamento afetivo (APA, 1996).

Comparando o DSM-V com o DSM-IV constata-se que o limiar dos sintomas foi alterado, sendo que

é requerido que um indivíduo exiba no mínimo dois dos sintomas específicos (no DSM-IV apenas era exigido um). Outra alteração é que os critérios de diagnóstico já não identificam subtipos (no DSM-IV a esquizofrenia dividia-se em cinco subtipos – paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado e residual). Os subtipos eram utilizados para definir o sintoma predominante no momento da avaliação, porém não eram úteis para os clínicos pois os pacientes frequentemente mudavam de um subtipo para outro e por vezes apresentavam subtipos sobrepostos, o que fez com que estes perdessem a sua validade. Alguns destes subtipos são agora indicadores que ajudam nos pormenores do diagnóstico, por e.g., a catatonia (marcada por imobilidade motora e estupor) é utilizada como indicador para a esquizofrenia e outras condições psicóticas como perturbação esquizoafetiva. Este indicador também pode ser utilizado noutras perturbações como perturbação bipolar e perturbação depressiva major (APA, s.d.). Na definição de esquizofrenia de Kraepelin e Bleuler, reportando ao século XX, considerava-se que a manifestação principal desta patologia era a dissociação (perda de coerência da unidade psíquica). As manifestações da dissociação ocorreriam em três registos diferentes: a dissociação do pensamento (débito de discurso perturbado, encadeamento de ideias sem sequência lógica, preservação, perturbação na linguagem, diminuição nas faculdades de atenção); dissociação afectiva (emoções e afectos enfraquecidos) e dissociação psicomotora (maneirismo, paramímias, catatonia) (Braconnier et al., 2007).



2. alterações psicomotoras na esquizofrenia

Movimentos lentificados na esquizofrenia são observados desde o início do século XX e tanto Kraepelin como Bleuler reconheceram estes fenómenos nesta perturbação (Morrens, Hulstijn e Sabbe, 2007; Morrens, Hulstijn, Lewi e Sabbe, 2008). Desde estas descrições que são reportados tempos de reação prolongados nestes pacientes. Contudo, com a introdução dos neurolépticos nos anos 50, deslocou-se o foco de atenção dos sintomas negativos motores e cognitivos para os sintomas positivos resultando numa desvalorização na investigação do impacto e da natureza da lentificação no funcionamento psicomotor (Morrenset al., 2007).

No final dos anos 80 foi sugerido que os sintomas psicóticos talvez não fossem os sintomas nucleares da doença e desenvolveu-se então uma investigação extensa focada nos sintomas cognitivos e menos extensa nos sintomas psicomotores (King, 1991 cit in Morrenset al., 2007).

No entanto, segundo Morrens, Hulstijn, Lewiet al. (2008), a compreensão dos sintomas psicomotores exibidos pelos pacientes com esquizofrenia pode contribuir para um melhor entendimento da doença em termos do seu funcionamento e do seu impacto social e pessoal.

Segundo Morrenset al. (2007), entende-se com o termo psicomotor todas as atividades ou sintomas em que o movimento ou a ação são o principal componente, i.e., onde o planeamento, programação e execução de movimentos têm um papel dominante e não existe apenas envolvimento cognitivo ou sensorial.

As atividades psicomotoras podem ser discretas ou contínuas, consoante envolvam um único movimento ou uma sequência mas todas

implicam atividades cognitivas que exigem experiênciaprática, desenvolvem capacidades representativas e expressam o conhecimento do sujeito. São capacidades essenciais para as atividades adaptativas do dia-a-dia como vestir, cozinhar ou desenvolver os cuidados de higiene. As atividades psicomotoras são um elemento chave e determinante para a funcionalidade na esquizofrenia (Morrenset al., 2007).

2.1. Sintomas Extrapiramidais, Sinais Neurológicos Suaves e Lentificação Psicomotora

Segundo Docxet al. (2012), os sintomas psicomotores na esquizofrenia podem ser divididos em três domínios: sintomas extrapiramidais (Extrapyramidal Symptoms - EPS), sinais neurológicos suaves (Neurological Soft Signs - NSS) e lentificação psicomotora.

Os EPS, nomeadamente a discinesia, o parkinsonismo e a distonia são frequentemente observados em pacientes com esquizofrenia e apesar de serem associados a efeitos secundários da medicação, antes de surgirem os neurolépticos já existiam descrições dos mesmos (Pappa e Dazzan, 2009 cit in Docxet al., 2012).

Os antipsicóticos de segunda geração têm uma menor incidência de EPS comparativamente com a primeira geração de antipsicóticos (Rummel-Kluge et al., 2012). No entanto Rummel-Kluge et al. (2012) compararam os diferentes antipsicóticos de segunda geração e concluíram que estes não são homogêneos nos efeitos secundários que podem provocar, e que apesar de provocarem menos EPS que os anteriores, não consistem numa medicação livre de efeitos secundários.

McCreadie, Srinivasan, Padmavati e Thara (2005) verificaram que os EPS, nomeadamente discinesia



e parkinsonismo, podem surgir em pacientes que nunca foram medicados. Estes sintomas aparentam ser parte integrante da doença e não são influenciados pelo envelhecimento ou cronicidade da psicose. Porém, a natureza dos EPS em pacientes não medicados difere da dos pacientes medicados.

Quanto aos NSS, estes consistem em défices na coordenação e sequencialização de atividades motoras complexas, na integração sensorial e na lateralização cerebral (Bokset al., 2000, cit in Docxet al., 2012). Convencionalmente, não correspondem a uma disfunção numa área específica do cérebro (Chan, Xu, Heinrichs, Yu, Wang, 2010; Sewellet al., 2010). Mais especificamente, os NSS são tradicionalmente organizados em sete categorias: disfunção na integração sensorial, dificuldades na coordenação motora, dificuldades na sequencialização de ações motoras complexas, sinais frontais involuntários, movimentos anormais dos olhos, perda de memória e dificuldades na dominância hemisférica motora (Heinrichse Buchanan, 1988 cit in Sewellet al., 2010).

Os NSS têm sido associados a várias características clínicas da esquizofrenia e são conceptualizados como sendo um marcador de vulnerabilidade para esta patologia, representando um fenótipo útil em estudos genéticos (Sewellet al., 2010). Aparentemente, estes sinais estão presentes no primeiro episódio em pacientes que nunca foram tratados e parecem deteriorar-se progressivamente em pacientes crónicos (Morrenset al., 2007).

Quanto à lentificação psicomotora, esta consiste num fenómeno psicomotor caracterizado pela diminuição de velocidade de vários processos motores como marcha, praxia fina, fala e expressões faciais (Morrenset al., 2007).

Existe evidência substancial tanto em termos de investigação clínica como neuropsicológica, de que a esquizofrenia está associada a lentificação psicomotora, incidindo sobre a variedade de ações humanas que envolvem processos cognitivos e sensoriomotores (Jogems-Kosterman, Zitman, Van Hoof e Hulstijn, 2001). Esta lentificação é observável tanto na iniciação como na execução das ações e não sendo restrita à esquizofrenia e podendo ser observada noutras patologias (Bermanzohn e Siris, 1992 cit in Jogems-Kosterman et al., 2001), ela é vista como uma característica importante desta doença e caracterizada como um dos mais importantes sintomas negativos na esquizofrenia (Crow, 1980 cit in Jogems-Kosterman et al., 2001).

Em pacientes com um diagnóstico mais severo os movimentos podem ser extremamente lentos e a atividade psicomotora pode estar reduzida a mínimo, afetando a comunicação social e as atividades de vida diária (Morrenset al., 2007).

A lentificação psicomotora é considerada um fenómeno clínico importante na esquizofrenia e a sua natureza ainda não foi bem clarificada (Houthoofd, Morrens, Hulstijn e Sabbe, 2013; Grooten et al., 2009) mas envolve múltiplos aspetos como seleção de objetivos, inibição, planeamento, sequencialização e execução de tarefas (Grooten et al., 2009). Este sintoma é um fator prognóstico de um défice em termos sociais, funcionais e clínicos (Morrenset al., 2007) e a presença de depressão pode agravar a lentificação (Jogems-Kosterman et al., 2001; Morrenset al., 2007).

Tanto a praxia global, nomeadamente ao nível da marcha, como a praxia fina são reportadas como estando afetadas na esquizofrenia bem como a coordenação motora, a monitorização visuo-espacial e a escrita (Morrenset al.,



2007). Estas dificuldades foram observadas independentemente da medicação e podem comprometer a funcionalidade do sujeito em geral (Morrenset al., 2007).

Por vezes, este conceito é confundido com velocidade de processamento, que consiste na taxa a que diferentes operações cognitivas são executadas (Dickinson, Ramsey e Gold, 2007 cit in Morrens, Hulstijn, Mattonet al., 2008) e é um dos défices mais comuns na esquizofrenia, porém a lentificação psicomotora envolve não só os processos cognitivos envolvidos na produção dos movimentos (planeamento e iniciação) como também a execução do movimento em si (Morrens, Hulstijn, Mattonet al., 2008).

Tendo em conta o estudo realizado por Morrens, Hulstijn, Lewiet al. (2008), é possível referir que existe evidência de um comprometimento a nível de lentificação psicomotora, comportamento estereotipado e na velocidade de processamento, comparando os pacientes com esquizofrenia com o grupo de controlo. Neste estudo foram incluídos pacientes que tomavam apenas um antipsicótico de segunda geração, mas excluídos os que apresentavam sintomas extrapiramidais, de modo a que os sintomas evidenciados não refletissem efeitos secundários da medicação.

Morrens, Hulstijn, Lewiet al. (2008) verificaram que a lentificação psicomotora e o comportamento estereotipado estão relacionados com a idade da pessoa e com a duração da doença, tendo tendência a piorar ao longo do tempo, o que não foi o caso da velocidade de processamento, apresentando um curso estável ao longo da doença.

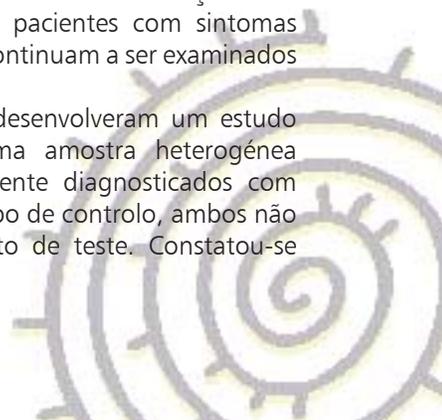
Jogems-Kosterman et al. (2001) procuraram investigar a contribuição do processamento

cognitivo e motor na lentificação psicomotora e para tal usaram tarefas para avaliar o tempo de reação. Neste estudo, entende-se como processamento cognitivo o planeamento que inclui os processos preparatórios para a ação (perceção e processamento visual espacial) que estão implicados na iniciação do movimento. Os outros processos envolvidos nos testes utilizados (cópia de figuras) referem-se ao termo motor e compreendem a programação, coordenação, iniciação e execução das ordens musculares necessárias para desenhar, bem como a monitorização do feedback visual para corrigir os erros.

Jogems-Kosterman et al. (2001) confirmam a existência de uma lentificação psicomotora em pacientes com esquizofrenia, em termos de processamento cognitivo e motor, quando comparados com o grupo de controlo. Estes pacientes têm um planeamento menos eficiente, e por eg., na tarefa de copiar linhas começavam rápido independentemente da complexidade da tarefa enquanto o grupo de controlo ajustava o tempo de iniciação ao que era solicitado na tarefa preparando melhor o planeamento da sequência do desenho.

As descobertas referidas anteriormente podem complicar a interpretação dos resultados no sentido em que as amostras são constituídas por pacientes crónicos em estados avançados de doença, pois apenas os pacientes com sintomas negativos acentuados continuam a ser examinados (Grootenset al., 2009).

Grootenset al. (2009) desenvolveram um estudo no qual utilizaram uma amostra heterogénea de pacientes recentemente diagnosticados com esquizofrenia e um grupo de controlo, ambos não medicados no momento de teste. Constatou-se



que os pacientes recentemente diagnosticados com esquizofrenia foram significativamente mais lentos do que o grupo de controlo, em geral na fase de iniciação do movimento. Aparentemente, os processos cognitivos que suportam o controlo motor, como a seleção de objetivos, o planeamento, e a sequencialização e inibição de respostas estão afetados em pacientes recentemente diagnosticados nos quais o planeamento de uma simples ação motora está perturbada.

Os resultados deste estudo sugerem que a lentificação psicomotora resulta de défices no planeamento e consiste num dos sintomas principais deste síndrome, consistente com o proposto por Kraepelin e Bleuler no início da investigação sobre a esquizofrenia (Grootenset al., 2009).

Houthoofd, Morrens, Hulstijn e Sabbe (2013) realizaram um estudo que tinha como objetivo verificar se os resultados encontrados por Grootenset al. (2009) eram replicáveis em pacientes estabilizados com esquizofrenia, i.e., se estes pacientes também apresentavam dificuldades no planeamento de trajetórias como os pacientes recentemente diagnosticados. O conceito de planeamento refere-se a conceptualização do objetivo da ação, distinguindo os elementos necessários da ação num nível simbólico, armazenando-os na memória de curto prazo e ordenando-os sequencialmente de forma optimal (Houthoofd et al., 2013). Foi verificado que os pacientes com esquizofrenia tinham dificuldades no planeamento da ação e da trajetória e apresentavam lentificação psicomotora. De acordo com os resultados obtidos é sugerido que as dificuldades no planeamento de uma trajetória são mais acentuadas em pacientes com um diagnóstico

estabilizado comparativamente com pacientes recentemente diagnosticados (Houthoofd et al., 2013).

Alguns autores sugerem que a lentificação psicomotora é apenas um efeito colateral do tratamento farmacológico, porém tal não é consensual dado que alguns estudos demonstram que a medicação deteriora estas funções e noutros casos melhora. Pode-se concluir que este défice ocorre independentemente da medicação e o tratamento farmacológico influencia alguns aspetos do funcionamento psicomotor (Morrens et al., 2007).

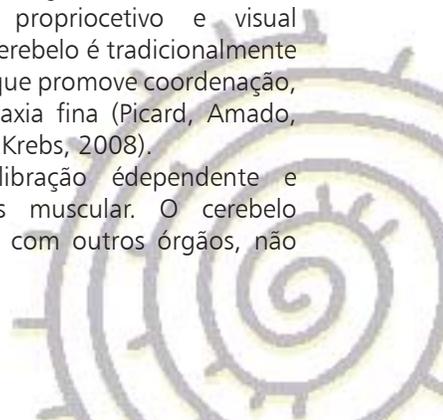
Foram encontrados estudos que reportam outros sintomas psicomotores que não se enquadram na divisão proposta por Docxet et al. (2012), mas aos quais o psicomotricista pode dar enfoque na sua intervenção. Estas alterações consistem em défices no controlo postural e equilíbrio, na perceção do tempo, na noção do corpo e no sentimento de identidade.

2.2. Postura e Equilíbrio

Um tipo específico de distúrbio no movimento constatado na esquizofrenia é diminuição do controlo postural e equilíbrio (Marvel, Schwartz e Rosse, 2004).

O controlo postural depende maioritariamente da integração da informação de três sistemas sensoriais: vestibular, proprioceptivo e visual (Marvelet et al., 2004). O cerebelo é tradicionalmente considerado um órgão que promove coordenação, equilíbrio, marcha e praxia fina (Picard, Amado, Mouchet-Mages, Olie e Krebs, 2008).

O processo de equilibração é dependente e modificador do tônus muscular. O cerebelo contribui, em conjunto com outros órgãos, não



só para o tónus muscular subjacente à postura do indivíduo e ao seu equilíbrio, mas também o tónus de base dos movimentos (Correia e Melo, 2007).

A informação sobre o equilíbrio é determinada pelas mudanças no movimento da cabeça e é retransmitido do núcleo vestibular para o lobo floclunodular do cerebelo. A informação proprioceptiva dos músculos e tendões nos membros são projetadas para o vérmis e permite que esta parte do cerebelo ajuste o tónus muscular. O input visual fornece informações sobre o movimento no campo visual de modo a que estímulos externos possam ser comparados com a informação sobre a própria orientação no espaço. O vérmis particular usa toda esta informação para organizar a coordenação muscular de acordo com o tempo e deste modo o centro de gravidade fique dentro dos limites requeridos para uma posição vertical estável (Diener et al., 1989 cit in Marvelet al., 2004), constituindo num importante mecanismo neuronal para manter o controlo postural (Ouchiet al., 1999 cit in Marvelet al., 2004).

Segundo Marvelet al. (2004), vários estudos de imagens cerebrais revelam disfunções no vérmis em pessoas com esquizofrenia e estas disfunções são encontradas cedo no curso da doença, incluindo no primeiro episódio e na ausência de tratamento farmacológico. Estas disfunções na estrutura do vérmis podem explicar o mecanismo patológico que provoca alterações no controlo postural e no equilíbrio (Marvelet al., 2004).

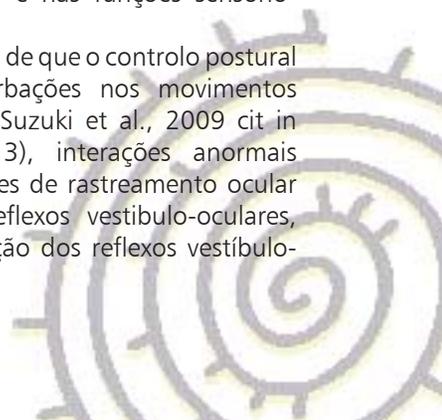
De facto, investigadores na área da esquizofrenia começam agora a relacionar défices posturais com neuropatologia do cerebelo (Marvelet al., 2004; Picardet al., 2008). Kinney et al. (1999) citado por Marvelet al. (2004) mostrou que

sinais neurológicos relacionados com o cerebelo como perturbações no equilíbrio, ataxia, e descoordenação motora expressam-se com mais frequência em pacientes com esquizofrenia do que pacientes com perturbação bipolar, abuso de substâncias e grupo de controlo com pessoas saudáveis. Foi observado que 11% dos pacientes com esquizofrenia apresentavam défices no equilíbrio.

Marvelet al. (2004) concluíram que os pacientes com esquizofrenia apresentam maior instabilidade postural comparativamente com o grupo de controlo. Tinham mais tendência para apresentarem maior instabilidade na direção antero-posterior e nas posições que implicavam mais alterações das condições, como estar com os pés juntos, com os olhos fechados e com os braços levantados. Os autores não encontram correlação entre antipsicóticos e défices no controlo postural porém a exposição a longo prazo a estes medicamentos pode alterar estruturas no cérebro incluindo regiões que influenciam o controlo motor.

Stensdotter, Lora, Fløvig e Djupsjobacka (2013) sugerem que uma maior oscilação postural em pacientes com esquizofrenia resulta de uma diminuição da capacidade de estimar a localização e movimentação do centro de massa. Por sua vez, essa incapacidade está relacionada com défices na integração sensorial e nas funções sensorio-motoras.

Existe também evidência de que o controlo postural é afectado por perturbações nos movimentos exploratórios oculares (Suzuki et al., 2009 cit in Stensdotter et al., 2013), interações anormais entre movimentos suaves de rastreamento ocular e nos circuitos dos reflexos vestibulo-oculares, prejudicando a adaptação dos reflexos vestibulo-



oculares (Jones e Pivik, 1983 cit in Stensdotter et al., 2013) e também por distúrbios na imagem corporal e na percepção do tamanho do corpo (Stensdotter et al., 2013).

2.3. Percepção Temporal

A esquizofrenia é tipicamente caracterizada por uma perda de continuidade das experiências, consistindo numa fragmentação subjetiva do mundo e tal contribui para um comprometimento na estrutura temporal dos eventos (Martin, Giersch, Huron e Wassenhove, 2012).

Os estudos mais recentes demonstram que para os pacientes se aperceberem da assincronia entre dois eventos sensoriais, estes têm que ser separados por mais tempo do que para o grupo de controlo. A janela alargada de integração de eventos constatada nestes pacientes, sugere que estes estão a integrar informação durante mais tempo ou em excesso, comparativamente com o grupo de controlo. Esta janela temporal alargada é observada no acesso explícito às informações temporais e pode constituir o centro da incapacidade geral de organizar os eventos no tempo (Martin et al., 2012).

Martin et al. (2012) sugerem que os défices na percepção temporal dos pacientes com esquizofrenia não são redutíveis a défices na percepção de ligação entre os eventos sensoriais, mas sim que os défices na estrutura temporal dos eventos podem prejudicar os mecanismos de ligação. Sugerem que características temporais subtis nos processos de ligação dos eventos sensoriais e que disfunções genéricas de oscilações neuronais são o cerne do comprometimento da percepção temporal na esquizofrenia.

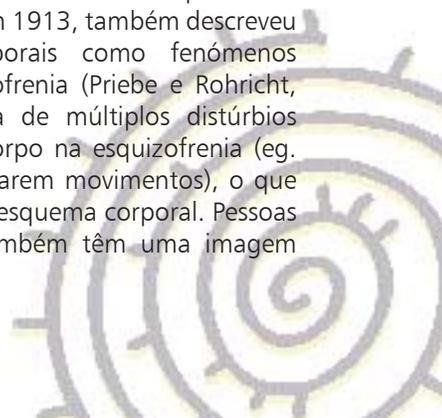
Outro fator que também prejudica a percepção do

tempo é o sentido de agentividade. Nos humanos, a ação voluntária direcionada para um objetivo é acompanhada pela experiência de iniciação e controlo da ação que permite controlar o mundo exterior. Esta experiência é referida como sentido de agentividade. Um distúrbio neste sentido pode estar no cerne de sintomas psicóticos como delírios e alucinações, que são característicos da esquizofrenia, um síndrome marcado por alterações na percepção do tempo (Moore et al., 2013).

Uma disrupção no sentido de agentividade é característica de certas perturbações psicóticas, nomeadamente na esquizofrenia (Frith, 1992 cit in Moore et al., 2013). Este sentido está associado à subjetiva compreensão do tempo, onde as ações e os seus efeitos são percebidos como estando associados ao longo do tempo (Moore e Obhi, 2012 cit in Moore et al., 2013). Isto significa que existe uma ligação entre a experiência das características temporais das nossas ações e o sentido de que somos o autor dessas mesmas ações (Moore et al., 2013).

2.4. Noção do Corpo

Tal como já abordado anteriormente nesta revisão, Bleuler, em 1911, quando introduziu o conceito de esquizofrenia na literatura psiquiátrica, enfatizou a importância clínica de distúrbios em experiências corporais e Kraepelin, em 1913, também descreveu várias sensações corporais como fenómenos importantes na esquizofrenia (Priebe e Rohricht, 2001). Existe evidência de múltiplos distúrbios na representação do corpo na esquizofrenia (eg. dificuldades em imaginarem movimentos), o que aponta para défices no esquema corporal. Pessoas com esta patologia também têm uma imagem



corporal anormal (Graham et al., 2014).

Os pacientes com esquizofrenia sofrem de sintomas de fragmentação corporal, i.e., como se não se sentissem em casa no seu próprio corpo, ou como se o seu corpo tivesse sido dilacerado. Frequentemente têm pensamentos e atitudes invulgares sobre o seu corpo, bem como várias sensações corporais patológicas (Priebe e Rohricht, 2001). Na psicose a indiferenciação e a não-aceitação de limites do corpo provoca uma sensação de desenraizamento do mesmo. A pessoa com esquizofrenia sente que não habita o seu corpo, que vive num mundo de fragmentos, existindo conflitos na dialética externo-interno, objetivo-subjetivo, percebido-projetado (Amparo e Antúnez, 2012).

No artigo de Priebe e Rohricht (2001) o conceito de imagem corporal (body image) inclui a parte perceptual (esquema corporal, percepção do tamanho do corpo em particular) e a parte subjetiva, tanto cognitiva (pensamentos e crenças em relação ao corpo) como afetiva (satisfação corporal). Segundo Priebe e Rohricht (2001), os estudos recentes têm resultados inconsistentes mas descrevem resultados de desenho do corpo (Draw-A-Person figures) incompletos, desintegrados com uma subvalorização ou sobrevalorização do tamanho do mesmo revelando uma inexatidão da percepção do tamanho do corpo e perda da noção de limites.

Alguns resultados sugerem que pacientes com esquizofrenia paranoide aguda têm uma imagem corporal marcada por anomalias, em particular distúrbios na percepção. Estes distúrbios parecem diminuir com a redução dos sintomas psicóticos. Constata-se, por vezes, uma subvalorização das extremidades inferiores que parece estar associada

a sintomas de ansiedade e a uma sobrevalorização que está ligada a sentimentos de grandiosidade (Rohrichte Priebe, 1996 cit in Priebe e Rohricht, 2001).

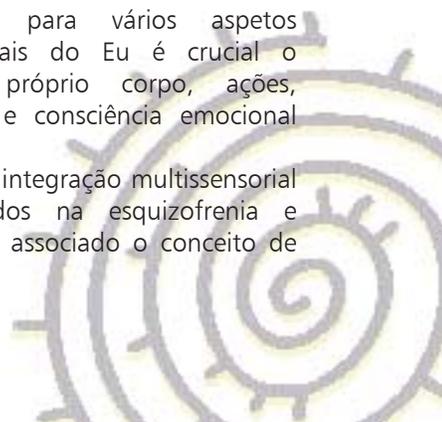
Priebe e Rohricht (2001) verificaram que anomalias na imagem corporal surgiam especificamente nos grupos de pacientes com esquizofrenia paranoide e esquizoafectiva quando comparados com outros grupos do estudo. Verificaram que a subvalorização do tamanho das pernas é consistente ao longo do tempo e não está necessariamente relacionada com a severidade dos sintomas. Neste estudo os autores concluem que distúrbios na percepção do tamanho do corpo, sentimento de algumas partes são invulgarmente pequenas e que o tamanho do corpo mudou, são sintomas específicos de uma perturbação na imagem corporal em pacientes com esquizofrenia paranoide e perturbação esquizoafectiva (Priebe e Rohricht, 2001).

2.5. Sentimento de Identidade

Nós percebemos o nosso envolvimento e nós mesmos através dos nossos sistemas sensoriais (Damásio, 2010). Os processos de organização neurobiológica e processamento de informação sensorial, que contribuem para uma efetiva interação com o envolvimento, são chamados de integração multissensorial (Bremner et al., 2012 cit in Postmes et al., 2014).

É considerado que para vários aspetos de experiências normais do Eu é crucial o reconhecimento do próprio corpo, ações, imaginação, memória e consciência emocional (Damásio, 2010).

Comprometimentos na integração multissensorial têm sido demonstrados na esquizofrenia e muitos psiquiatras têm associado o conceito de



esquizofrenia a desintegração do Eu, ligando esta perturbação do self às disfunções sensoriais (Postmeset al., 2014).

Estes distúrbios no conceito do Eu podem estar presentes antes do primeiro episódio psicótico constituindo um fator preditor para a psicose (Nelson et al., 2012 cit in Postmeset al., 2014) e podem ocorrerem todas as fases da esquizofrenia (Parnas et al., 2011 cit in Postmeset al., 2014).

Nesta perturbação a distinção entre eu-outro pode estar mal definida (Sass e Parnas, 2003). O pobre funcionamento social observado na psicose pode ser considerado um marcador secundário de um distúrbio mais básico de reconhecimento do Eu (Nelson, Sasset al., 2009 cit in Ferriet al., 2012)

A consciência de si mesmo, como Eu corporal, articula-se essencialmente a partir da própria experiência sensório-motora. Essa experiência proporciona um conhecimento pré-reflexivo e pré-verbal das potencialidades de ação, que dá forma à representação sensório-motora de nós mesmos como seres corporais (Ferriet al., 2012).

Existe alguma evidência convergente sugerindo que um fraco reconhecimento do Eu corporal na esquizofrenia está relacionado com o comprometimento da possibilidade de viverem no seu próprio corpo em termos de potencialidades motoras (Ferriet al., 2012).

Na esquizofrenia o reconhecimento do Eu e o reconhecimento do outro estão comprometidos devido a défices nos mecanismos multissensoriais, nomeadamente um diminuído reconhecimento do corpo, comprometimento do processamento emocional, falta de agentividade, desintegração dos inputs sensoriais e comprometimento na discriminação da origem dos estímulos (Rouxet al.,

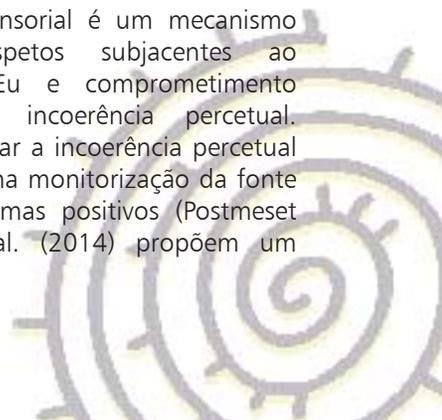
2010 cit in Postmeset al., 2014).

A pessoa com esquizofrenia tem uma sensação de presença diminuída. Esta pode ser resultante de défices no feedback somatossensorial, por sua vez, enfraquecem a auto percepção sensorial. Propriocepção e sensações tácteis são essenciais para a ação e para a definição de limites do corpo. A discriminação do eu-outro depende fortemente da discriminação entre os inputs internos e externos (Thakkaret al., 2011 cit in Postmeset al., 2014).

Dependendo de qual feedback somatossensorial está comprometido, a incoerência perceptual pode causar despersonalização, limites indefinidos, cenestopatia e diminuição do sentimento de agentividade e domínio (Sass e Parnas, 2003).

Postmeset al. (2004) propõem um modelo em que incoerência perceptual está ligada aos distúrbios do Eu. Qualquer défice somatossensorial que resulte em incoerência perceptual funciona como um vácuo no Eu sensorial. Para resolver esta incoerência o cérebro cria experiências através da imaginação ou substitui a sensação de outros domínios do cérebro (memórias ou pensamentos que ocorriam com essa emoção) e deste modo preenche o vácuo sensorial. Por exemplo, diminuído feedback sensorial resulta numa diminuição do reconhecimento do Eu expresso no sentimento sinistro de que alguma coisa está errada.

O feedback somatossensorial é um mecanismo importante para aspetos subjacentes ao reconhecimento do Eu e comprometimento nestes podem levar a incoerência perceptual. Estratégias para colmatar a incoerência perceptual podem levar a défices na monitorização da fonte do estímulo e a sintomas positivos (Postmeset al., 2014). Postmeset al. (2014) propõem um



modelo em que os sintomas positivos resultam de estratégias de coping para colmatar as auto-experiências alienantes.

Graham et al. (2014) sugerem que sintomas de passividade estão ligados a défices na representação do corpo (englobando esquema corporal e imagem corporal), a alterações no sentimento de agentividade, e a problemas internos de temporalização que contribuem para associação excessiva com estímulos sensoriais externos, produzindo a sensação de que as suas ações são controladas por um agente externo.

As representações do corpo estão ligadas à consciência do Eu, ao sentimento de identidade e auto-conceito. Estes por sua vez são necessários para a diferenciação das partes do corpo e para a intencionalidade da ação (Graham et al., 2014).

2.6. Impacto das Alterações Psicomotoras

Vários estudos relacionam a performance psicomotora com melhores resultados no tratamento da esquizofrenia. Pogue-Geile e Harrow (1985) citados no artigo de Morrenset al. (2007) verificaram que comprometimentos psicomotores na esquizofrenia consistiam no maior fator preditor para a re-hospitalização. Manschreck (1986) cit in Morrenset al. (2007), sugere que quanto maior a severidade da disfunção motora pior é o prognóstico da doença.

Uma fluente ação motora é crucial para a vida da pessoa e défices nestas áreas podem ter consequências sérias (Grootenset al., 2009). As dificuldades motoras são comuns na esquizofrenia e podem ser verificadas nas atividades de vida diária.

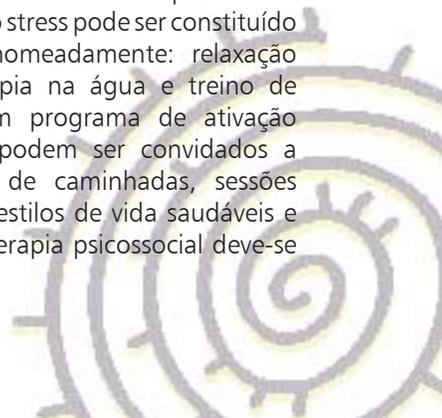
Espera-se que o facto de se estar a prestar mais atenção a estes sintomas na investigação, abramais

perspetivas para o seu tratamento (Houthoofdet al. 2013).

2.7. Princípios de Atuação Terapêutica

Probstet al. (2010) sugerem uma intervenção psicomotora orientada para a ação nas pessoas com esquizofrenia. A intervenção orientada para a ação envolve atividades focadas na aprendizagem e no desenvolvimento ou treino de competências psicomotoras, sensoriomotoras, perceptivas, cognitivas, sociais e emocionais. Mais concretamente, significa que o terapeuta foca a sua intervenção na praxia global e fina, coordenação óculo-manual, equilíbrio, tempo e espaço, perceção, atenção, interação com os materiais, reconhecimento de estímulos, ativação geral, promoção de competências sociais. Elementos como aprender a relaxar, adquirir uma boa condição física, e aprender regras básicas de comunicação também estão integrados nesta perspectiva.

A terapia pode consistir num programa de redução do stress, num programa de ativação motora e/ou num programa de terapia psicossocial. O agravamento dos sintomas psicóticos está relacionado com o aumento do nível de stress, e quando os pacientes experienciam dificuldades em lidar com o stress, um programa deste tipo deveria fazer parte do tratamento multidisciplinar. Um programa de redução do stress pode ser constituído por vários módulos, nomeadamente: relaxação progressiva, yoga, terapia na água e treino de gestão do stress. Num programa de ativação motora, os pacientes podem ser convidados a participar em sessões de caminhadas, sessões psico-educativas sobre estilos de vida saudáveis e sessões de fitness. Na terapia psicossocial deve-se



ter em consideração o envolvimento do paciente num grupo (Probst et al., 2010).

Partindo da sua experiência, os autores deste artigo consideram benéfico realizar sessões de grupo de terapia psicomotora para pessoas com esquizofrenia. É sugerida uma intervenção focada nos fatores psicomotores segundo Fonseca (2010), i.e., tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina. Devem também ser privilegiadas as atividades do tipo gnoso-práxico, nas quais há um planeamento prévio da ação, a regulação da ação propriamente dita e a verificação comparativa do resultado de acordo com o planeamento efetuado previamente, bem como também atividades que estimulem competências cognitivas e competências sociais.

É importante realizar atividades que promovam a definição de limites do corpo (com e sem objetos mediadores, atividades de automassagem que também promovem a agentividade do sujeito), atividades que promovam a escuta de estímulos internos (respiração, alterações tónicas) e uma ativação motora geral devido à lentificação psicomotora.

Devido às dificuldades nas interações sociais o contacto físico nas sessões deve ser estabelecido progressivamente. Nas atividades realizadas nas sessões o corpo é sempre utilizado como referência, partindo-se do concreto para o simbólico. Sugere-se a utilização de atividades lúdicas para se trabalharem os objetivos delineados, tornando-se mais apelativo para os utentes.

3. Conclusão

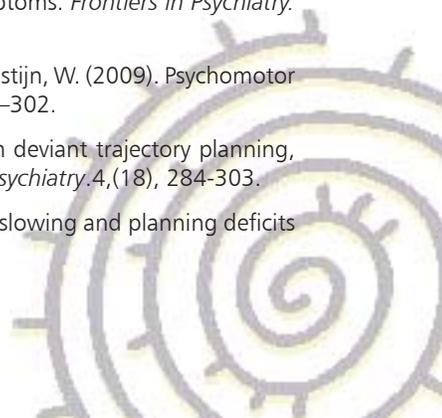
Sintetizando, há evidência de que os pacientes com esquizofrenia podem apresentar alterações

psicomotoras a vários níveis, nomeadamente: na velocidade dos movimentos, na coordenação motora, na sequencialização de atividades motoras, na integração sensorial, na lateralização, na marcha, na praxia global, na praxia fina, no planeamento de ações, no tempo de reação, no controlo postural, no equilíbrio, na percepção do tempo e na noção do corpo. Estes défices ocorrem independentemente da medicação consistindo em características da própria doença, porém a medicação antipsicótica afeta aspectos do funcionamento psicomotor.

Os sintomas referidos ao longo da revisão da literatura constituem áreas às quais o psicomotricista deve estar atento no momento da avaliação, atendendo a que podem estar ou não afectadas no indivíduo. Para além do diagnóstico, é muito relevante identificar as áreas fortes e fracas do paciente tendo em conta a sua história de vida e o seu percurso clínico. Cabe ao psicomotricista integrar as diferentes informações para construir o plano terapêutico individualizado.



- Abarquez, E. R., Ampilanon, R. M., Ausa, R. S., Balboa, T. M., Batuhan, K. P., Beltran, M. S., et al. (2010). *A Case Study on Schizophrenia Undifferentiated*.
- AmericanPsychiatricAssociation [APA].(1996). *DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Edição ed.). Climepsi Editores.
- AmericanPsychiatricAssociation [APA]. (s.d.) *Schizophrenia*. Retirado a 15 de Maio de 2014 de <http://www.dsm5.org/Documents/Schizophrenia%20Fact%20Sheet.pdf>
- Amparo, D. e Antúnez, A. (2012). O corpo vivido na psicose: método fenômeno estrutural do Rorschach. *Avaliação Psicológica*. 11, (3), 335-346.
- Braiconnier, A., Corbobesse, E., Deschamps, F., Duriez, N., Gaillard-Janin, N., Joubert-Chain, C., Laugier, F., Saint-Georges, C. (2007). *Manual de Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Chan, R., Xu, T., Heinrichs, R., Yu, Y. e Wang, Y. (2010). Neurological Soft Signs in Schizophrenia: A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*.36, (6), 1089-1104.
- Correia, P. e Melo, F. (2007). Encéfalo. In P. Correia, *Anatomofisiologia Tomo II* (pp. 37- 69). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Docx, L., Morrens, M., Bervoets, C., Hulstijn, W., Fransen, E., De Hert, M., Baeken, C., Audenaert, K. e Sabbe, B. (2012). Parsing the components of the psychomotor syndrome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 126, 256-265.
- Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência: A construção do Cérebro Consciente*. Círculo de Leitores.
- Ferri, F., Frassinetti, F., Mastrangelo, F., Salone, A., Ferro, F. e Gallese, V. (2012). Bodily self and schizophrenia: The loss of implicit self-body knowledge. *Consciousness and Cognition*. 21, 1365-1374.
- Fonseca, V. d. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Significação Psiconeurológica dos Seus Factores* (3ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Graham, K., Martin-Iverson, M., Holmes, N., Jablensky, A., Waters, F. (2014). Deficits in agency in schizophrenia, and additional deficits in body image, body schema, and internal timing, in passivity symptoms. *Frontiers in Psychiatry*. 5, 1-11.
- Grootens, K., Vermeeren, L., Verkes, R., Buitelaar, J., Sabbe, B., Veelen, N., Kahn, R. e Hulstijn, W. (2009). Psychomotor planning is deficient in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 107, 294-302.
- Houthoofd, S., Morrens, M., Hulstijn, W. e Sabbe, B. (2013). Differentiation between deviant trajectory planning, action planning, and reduced psychomotor speed in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*.4,(18), 284-303.
- Jogems-Kostermana, B., Zitmanb, F., Van Hoofa, J. e Hulstijn, W. (2001). Psychomotor slowing and planning deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 48, 317-333.



Martin, B., Giersch, A., Huron, C. e Wassenhove, V. (2013). Temporal eventstructureandtiminginschizophrenia :Preserved binding in a longer“now”. *Neuropsychologia*. 51, 358–371.

Marvel, C., Schwartz, B. e Rosse, R. (2004). A quantitative measure of postural sway deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 68, 363– 372.

McCreadie, R., Srinivasan, T., Padmavati, R. e Thara, R. (2005). Extrapyramidal symptoms in unmedicated schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*. 39, 261–266.

Moore, J., Cambridge, V., Morgan, H., Giorlando, F., Adapa, R. e Fletcher, P. (2013). Time, action and psychosis: Using subjective time to investigate the effects of ketamine on sense of agency. *Neuropsychologia*. 51, 377–384

Morrens, M., Hulstijn, W. e Sabbe, B. (2007). Psychomotor Slowing in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 33,(4),1038–1053.

Morrens, M., Hulstijn, W., Lewi, P. e Sabbe, B. (2008). Bleuler revisited: Psychomotor slowing in schizophrenia as part of a catatonic symptom cluster. *Psychiatry Research*. 161, 121–125.

Morrens, M., Hulstijn, W., Matton, C., Madani, Y., Bouwel, L.,Peuskens, J., Sabbe, B. (2008). Delineating psychomotor slowing from reduced processing speed in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*. 13, (6), 457-471.

Picard, H., Amado, I., Mouchet-Mages, S., Olie, J. e and Krebs, M. (2008). The Role of the Cerebellum in Schizophrenia: an Update of Clinical, Cognitive, and Functional Evidences. *Schizophrenia Bulletin*. 34, (1), 155–172.

Postmes, L., Snob, H., Goedhart, S., Stel, J., Heeringd, H. e Haand, L. (2014). Schizophrenia as a self-disorder due to perceptual incoherence. *Schizophrenia Research*. 152, 41–50.

Priebe, S. e Rohricht, F. (2001). Specific body image pathology in acute schizophrenia. *Psychiatry Research*. 101, 289-301.

Probst, M., Knapen, J., Poot, G. e Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What’s in a Name? *The Open Complementary Medicine Journal*. 2, 105-113.

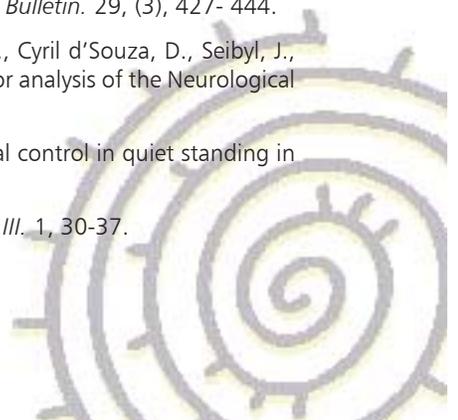
Rummel-Kluge, C., Komossa, K., Schwarz, S., Hunger, H., Schmid, F., Kissling, W., Davis, J. e Leucht, S. (2012). Second-Generation Antipsychotic Drugs and Extrapyramidal Side Effects: A Systematic Review and Meta-analysis of Head-to-Head Comparisons. *Schizophrenia Bulletin*. 38, (1),167–177.

Sass, L. e Parnas, J. (2003). Schizophrenia, Consciousness, and the Self. *Schizophrenia Bulletin*. 29, (3), 427- 444.

Sewell, R., Perry Jr, E., Karper, L., Bell, M., Lysaker, P., Goulet, J., Brenner, L., Erdos, J., Cyril d’Souza, D., Seibyl, J., Krysta, J.I. (2010). Clinical significance of neurological soft signs in schizophrenia: Factor analysis of the Neurological Evaluation Scale. *Schizophrenia Research*. 124, 1–12.

BIBLIOGRAPHY Stensdotter, A., Lora, H., Fløvig, J. e Djupsjobacka, M. (2013). Postural control in quiet standing in patients with psychotic disorders. *Gait & Posture*. 38, 918–922.

Walker, E., & Tessner, K. (2008). Schizophrenia. *Perspectives on Psychological Science*, III. 1, 30-37.



6. APLICACIÓN DEL RITMO PARA MEJORAR EL CONTROL DE MOVIMIENTOS BÁSICOS EN DISCAPACITADOS INTELECTUALES

*RHYTHM CONTROL APPLICATION TO IMPROVE BASIC MOVEMENTS
IN INTELLECTUAL DISABILITIES*

José Salvador Blasco Magraner y Gloria Bernabé Valero

DATOS DE LOS AUTORES

José Salvador Blasco Magraner es Doctor en Sociología y Ciencias Humanas y Licenciado en Historia y Ciencias de la Música por la Universidad Católica de Valencia. Asimismo es Diplomado en Lengua Inglesa por la Universidad de Valencia y Licenciado en Dirección de Orquesta por la Associated Board of the Royal Schools of Music del Reino Unido. Es Director de la Colección de Música en la Editorial Sociedad Latina de Comunicación Social. Actualmente es Profesor de Magisterio en la Universidad de Valencia, en el Departamento de la Expresión Musical, Plástica y Corporal.
Dirección de contacto: j.salvador.blasco@uv.es

Gloria Bernabé Valero es Doctora en Psicología por la Universidad Católica de Valencia. Es Licenciada en Psicología por la Universidad de Valencia. Es Editora de la Colección de Psicología en la Editorial Sociedad Latina de Comunicación Social y actualmente es Profesora de Psicología de la Universidad Católica de Valencia, en el Departamento de Psicología Evolutiva.
Dirección de contacto: Gloria.bernabe@ucv.es



RESUMEN

La música es una herramienta muy útil para trabajar el aspecto psicomotor en niños con discapacidad intelectual. El ritmo ayuda a desarrollar el control motor y la coordinación sensoriomotora. Además, la música es una disciplina sumamente lúdica y motivadora para este tipo de alumnado, lo cual la hace idónea para ser aplicada en el ámbito escolar. El objetivo del presente artículo es ofrecer una serie de actividades rítmicas de distinta dificultad que realizamos con dos niños de ocho y nueve años, con discapacidad intelectual, escolarizados en un colegio público de Mislata. Los ejercicios descritos persiguen la mejora de los movimientos básicos y son en realidad susceptibles de ser utilizados en cualquier tipo de pacientes. El docente determinará cuáles son los más indicados para llevar a cabo en cada momento, según las características del sujeto con el que se encuentre.

PALABRAS CLAVE: Ritmo, Música, Control motor, Movimientos básicos, Discapacidad intelectual.

ABSTRACT

Music is a very useful tool when working on the psychomotor aspect in children with intellectual disabilities. Rhythm helps to develop motor control and sensorimotor coordination. In addition, music is a very playful and motivating discipline for such students, which makes it ideal for application in schools. The aim of this article is to offer a series of rhythmic activities of varying difficulty that we worked with two children eight and nine with intellectual disabilities enrolled in a public school in Mislata. The exercises described pursue the improvement of basic movements and are actually likely to be used in any type of patient. The teacher will determine which are best suited to perform at all times, according to the characteristics of the subject with which one is dealing.

KEY WORDS: Rhythm, Music, Motor control, Basic movements, Intellectual disability.

"Todo movimiento posee en sí mismo un sonido y todo sonido engendra y es engendrado por un movimiento." (Benenson, 1981, p. 21).



1. INTRODUCCIÓN

La música ejerce una gran influencia en el aspecto psicomotor del ser humano. Basta una rápida mirada a la literatura musicoterapéutica para percibir significativas coincidencias con esta aseveración. Así, por ejemplo, Benenzon (1981) considera que el sonido y la música tienen efectos biológicos en el ser humano como acelerar la respiración, incrementar o disminuir la energía muscular, reducir o demorar la fatiga y, consecuentemente, incrementar el endurecimiento muscular, aumentar la actividad voluntaria e incrementar la extensión de los reflejos musculares, etc. Para Lacárcel (1990) el ritmo ayuda a desarrollar el control motor elemental y la coordinación sensomotora. Doménech *et al.* (1987) aseguran que la música permite una mejora del control de los movimientos involuntarios, un aumento de la consciencia en el control de los movimientos y un mayor conocimiento del esquema corporal.

El elemento básico de la música que provoca de manera más explícita respuestas directamente vinculadas con el movimiento es el ritmo. El ritmo está presente en todo ser humano. La marcha, la respiración y el latido del pulso son movimientos instintivos. La regularidad rítmica tiene el efecto de engendrar una inducción motriz y el movimiento engendra la danza, el canto y la música instrumental. Ducourneau (1988) opina que aunque el ritmo siempre está presente en cualquier composición musical, ya sea expresa o tácitamente, la respuesta fisiológica que provoca, está en relación directa con la percepción auditiva del mismo, entre otros factores. Lo cual significa, que cuando el ritmo se presenta solo, sin melodía ni armonía, la respuesta se elabora a través del movimiento como máximo exponente. Según Blasco *et al.* (1992) en muchos

individuos, la respuesta ni siquiera se elabora; surge espontáneamente y se sincroniza con los pulsos rítmicos musicales. La reacción normal a cualquier estímulo es que la respuesta se produzca posteriormente a este. Sin embargo, en música ocurre que la respuesta se une al estímulo, y aún más, si intentamos producir la respuesta después del estímulo sonoro, resulta difícil o prácticamente imposible, según los individuos.

Podríamos pensar que utilizar el ritmo musical grabado es negativo si el paciente automatiza los movimientos y llega a ejecutarlos sin interiorizarlos. No obstante, Jost (1990) asevera que las músicas llamadas dinamogénicas pueden ser utilizadas durante los entrenamientos para facilitar la ejecución de ciertos movimientos, aumentar la resistencia, y mejor integrar el esfuerzo físico sobre el plano psicológico.

D'Agostino (1982) afirma que la ritmoterapia estimula el principio que anima nuestra vida vegetativa, fisiológica, motriz y dinámica, e influye en todos los aspectos: la respiración, la circulación de la sangre, la asimilación del oxígeno, la eliminación del ácido carbónico, el sistema nutritivo y todo el movimiento del cuerpo. Por su parte, Fraise (1976) opina que uno de los efectos de la regularidad rítmica es el engendrar una inducción motora. Este autor asegura que los niños con discapacidad intelectual se integran mucho mejor en las pruebas rítmicas que en aquellas que requieren la aplicación de actividades intelectuales:

“¿De qué manera permite el ritmo intentar la educación, más a menudo decimos la reeducación, allí donde todo ha fracasado? Todo ser humano presenta manifestaciones rítmicas espontáneas. Todavía más, tiene una



sensibilidad al ritmo que aparece como electiva cuando todas las demás formas de comunicación con el mundo físico y social parecían no existir. Uno de los efectos de la regularidad rítmica es el engendrar una inducción motora. La regularidad engendra movimientos o esbozos de movimientos que se armonizan con el dato percibido, de tal modo que el acompañamiento motor se realiza de manera pendular, con una cadencia muy próxima al compás espontáneo. Dicho movimiento es ya fuente de satisfacción en sí mismo al proporcionar una excitación fácilmente mantenida y que se acrecienta por la armonía que se crea entre lo perceptivo y lo motor.” (Fraise, 1976, p. 11).

Benenzón (1981) considera que en la aplicación con discapacitados intelectuales es importante el uso del cuerpo como instrumento de movimiento y de percusión. Las manos, golpeadas una contra la otra o sobre las rodillas, los dedos, los movimientos del cuerpo entero, la marcha, el balanceo o los saltos son formas en que el niño toma conciencia de su propio cuerpo y desde allí se pasa, de forma natural, al sonido del batir palmas y de las manos golpeando el suelo o sobre la mesa, etc.

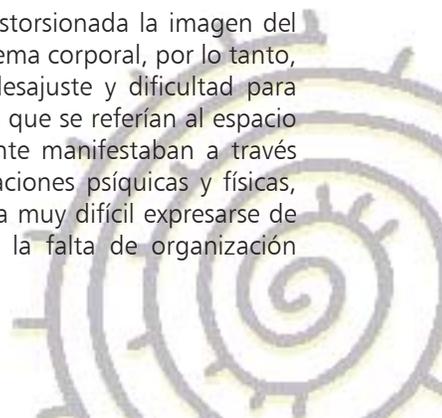
Para Vítor Da Fonseca (2000) la ritmoterapia y la musicoterapia no son accesorios de la terapia psicomotora, sino aspectos esenciales con los que cualquier intervención reorganizadora debe contar. El ritmo y la música servirán al campo terapéutico dentro de una óptica que adopte como principio la totalidad del ser humano. Para el niño, el movimiento y la música constituyen verdaderos medios de expresión, donde la exuberancia, la alegría y la espontaneidad subrayan su esencialidad.

Por todo ello, creemos que la presencia de la música en los centros escolares y en los gabinetes de fisioterapia puede ayudar a mejorar las condiciones de trabajo, tanto de los distintos profesionales (profesorado y fisioterapeutas), como de los niños y los pacientes, especialmente cuando nos sirvamos de ella para inducir movimientos. Es decir, crear la música expresamente para un ejercicio determinado, ya sea de rehabilitación o no, teniendo en cuenta las características del sujeto que lo va a realizar.

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

Los dos niños con los que llevamos a cabo la intervención musicoterapéutica tenían ocho y nueve años de edad. Estaban escolarizados en el tercer y cuarto curso de Educación Primaria del colegio público Amadeo Tortajada de Mislata, localidad próxima a Valencia. Ambos tenían diagnosticada una “Discapacidad intelectual grave” (DSM-5, 2013) y requerían apoyo para todas las actividades de la vida diaria, incluyendo comida, vestido, baño y aseo. La memoria a corto plazo, la capacidad de aprendizaje, la percepción visual y la coordinación visomanual eran muy bajas. La adquisición de habilidades en todos los dominios incluía una enseñanza durante largo tiempo y apoyo.

Los dos niños tenían distorsionada la imagen del cuerpo, esto es, el esquema corporal, por lo tanto, presentaban un gran desajuste y dificultad para todas aquellas nociones que se referían al espacio y al tiempo. Generalmente manifestaban a través de su cuerpo sus limitaciones psíquicas y físicas, puesto que les resultaba muy difícil expresarse de forma verbal debido a la falta de organización



de su vida mental, y consiguientemente, de conceptualización. Ambos se movían a veces de manera incontrolada y realizaban la marcha apenas moviendo los brazos. La coordinación motriz era deficiente, siendo incapaces de moverse libremente al ritmo de una música. Sin embargo, uno y otro mostraban intereses y preferencias musicales. Estas se manifestaban mediante la manipulación de instrumentos musicales y demandas de determinados discos. Los dos se tranquilizaban al escuchar audiciones que les eran gratas, lo cual comportaba una relajación y atenuación del impulso de desestructuración.

Un dato interesante es que les gustaba producir ruidos golpeando con objetos de diferentes formas. Es interesante destacar el interés que los niños tenían por algunas sonoridades, tales como la del platillo y la del tambor, hecho este que aprovechamos para despertar el interés y la participación de ambos.

3. METODOLOGÍA

La metodología dependerá siempre de las características de los niños con los que efectuemos las actividades: edad cronológica y mental, gustos, entorno social, etc. En todo caso, el musicoterapeuta es quien debe decidir qué ejercicio es el más adecuado para realizar en cada momento, teniendo en cuenta el "tempo" biológico particular -que se reconoce a través de la marcha, latidos cardíacos, respiración, etc., y se manifiesta e cualquier actividad-, y el estado físico y psíquico en el que se encuentre nuestro paciente. La duración de nuestra intervención fue de un trimestre aproximadamente. Los ejercicios se realizaban en horario extraescolar (12:30-13:30)

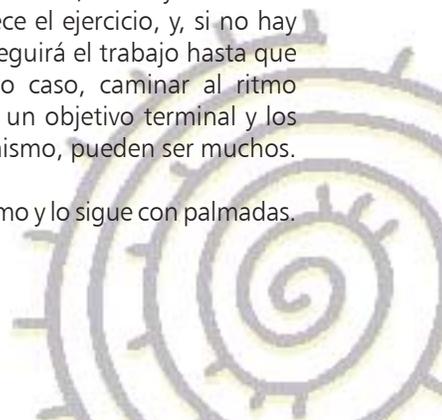
una vez por semana. Las sesiones eran supervisadas por un musicoterapeuta cualificado.

Los objetivos de nuestra intervención fueron eminentemente físicos o psicomotores:

- Usar la música como medio de mejorar las habilidades motoras.
- Trabajar el ritmo binario para dar estructura interna.
- Armonizar sus funciones corporales con las del pensamiento.
- Aminorar, modificar y tratar de eliminar conductas inapropiadas (estereotipias, autolesión, etc.).
- Convertir los comportamientos estereotipados que los pacientes tienen en algo musical y usarlo en el tratamiento.

Lo que se pretende con estos ejercicios es que los niños caminen al ritmo que se marca, es decir, el pie izquierdo deberá llegar al suelo al mismo tiempo que suena el platillo, como si este sonara porque nuestro pie lo provoca (por simpatía con nuestra pisada). Hay que tener en cuenta que el sonido del platillo es un estímulo con efecto de recarga, lo cual hace sentir al niño que sus movimientos tienen significado y obra con seguridad. Blasco (1994) afirma que cuando el niño conoce el ritmo de la batería con el que tiene que trabajar y sabe lo que tiene que hacer, no hay necesidad de ordenarle que empiece el ejercicio, y, si no hay ninguna interferencia, seguirá el trabajo hasta que cese el sonido. En todo caso, caminar al ritmo que marca la batería es un objetivo terminal y los caminos para llegar al mismo, pueden ser muchos. Por ejemplo:

- El niño oye el ritmo y lo sigue con palmadas.



- Lo sigue dando golpes en la mesa o en cualquier otro objeto sonoro, distinguiendo un lugar para el platillo y otro para el tambor (una mano para los dos instrumentos o una para cada instrumento).

- El niño pronuncia una palabra bisílaba llana. La sílaba tónica la dirá coincidiendo con el sonido del platillo y la átona con el tambor. Si la palabra bisílaba es aguda, empezará a pronunciarla haciendo coincidir la primera sílaba con el sonido del tambor, es decir, sonará una vez el platillo sin pronunciar sílaba y continuará de manera que la sílaba tónica la pronunciará con el platillo.

- El niño oye el ritmo y golpea alternando una pandereta y una caja china, o cualquier otro instrumento, siempre haciendo coincidir el sonido más potente o grave con el del platillo.

- El niño mueve la cabeza a izquierda y derecha coincidiendo con el ritmo. Debe imaginar que lleva el platillo a la izquierda y el tambor a la derecha y que los golpea él mismo con la cabeza.

- El niño mueve cualquier miembro que pueda controlar y que le resulte más fácil que las piernas.

- El niño mueve un talón, o los dos a la vez. Después alterna uno y otro. Luego, apoyando los talones, levanta las plantas de los pies o de un pie, etc. A continuación golpea con un pie o con los dos, etc., hasta que finalmente lo ponemos de pie y se hace el ejercicio sin desplazamiento y finalmente con desplazamiento.

El profesor irá corrigiendo aquellas actitudes posturales que no sean correctas y que no

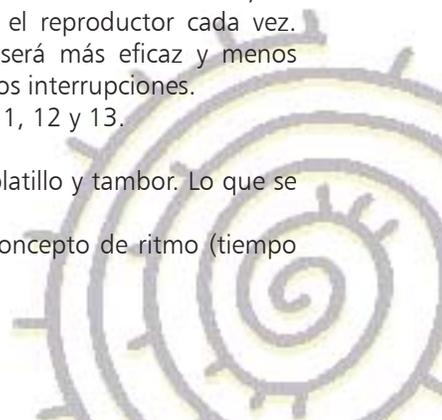
constituyan gran dificultad para el niño. Los cinco ejercicios tienen velocidades distintas. Debemos buscar la velocidad más cercana a su ritmo biológico. Probablemente sea el quinto porque su velocidad se corresponde con la de caminar tranquilamente por la calle. A partir de este ejercicio, lo conduciremos progresivamente hacia el mejor control de movimientos lentos (5, 4, 3, 2 y 1) y rápidos (11, 12 y 13). En todo caso, la velocidad del ejercicio no es un fin en sí misma, sino un medio para que el paciente realice las distintas actividades de salto, balanceo, equilibrio, etc.

4. ACTIVIDADES RÍTMICAS PARA MOVIMIENTOS BÁSICOS

A continuación, se describe una relación de 40 ejercicios rítmicos de diversa dificultad susceptibles de ser trabajados con cualquier clase de individuos (ver Anexo). Se trata de actividades que persiguen la comprensión del ritmo a nivel consciente con el objetivo final de mejorar el control de los movimientos. La grabación completa de los ejercicios no debe utilizarse en las sesiones de trabajo. Perderíamos mucho tiempo tratando de localizar el ejercicio que nos interesa. Debemos extraer de ella aquellos ejercicios que vayamos a trabajar y copiarlos varias veces, de modo que, si necesitamos para una sesión el número tres, no tengamos que detener el reproductor cada vez. Así, nuestro quehacer será más eficaz y menos aburrido por tener menos interrupciones. Ejercicios 1, 2, 3, 4, 5, 11, 12 y 13.

Están contruidos con platillo y tambor. Lo que se pretende con ello es:

- a) Introducir el concepto de ritmo (tiempo



fuerte - tiempo débil). A nivel inconsciente, en primer lugar, para que a medida que se vayan realizando los ejercicios, vaya pasando dicho concepto al preconscious y al consciente en último lugar, según las posibilidades de los niños. La comprensión del ritmo hará que los movimientos sean poco a poco más controlados.

b) Una vez controlados los movimientos, a la velocidad que indica el ritmo, no será difícil conseguir que el tiempo fuerte (platillo) se corresponda con el pie izquierdo y el tiempo débil (tambor), con el pie derecho.

Ejercicio 6. Perseguir el ritmo.

A la vez que es divertido para los niños, resulta muy eficaz para evaluar el nivel de asimilación del ritmo trabajado con anterioridad. Consiste en la variación constante de la velocidad dentro de los márgenes trabajados.

Ejercicios 7, 8, 9 y 10.

El ritmo se marca sólo con el tambor, sin distinción del tiempo fuerte y débil. Pretendemos con ello que el niño interiorice la reproducción de dichos tiempos. Al principio será conveniente que haga el sonido onomatopéyico del platillo coincidiendo con el pie izquierdo o que pronuncie una palabra bisílaba haciendo coincidir la sílaba tónica con el mismo.

Ejercicio 14.

Interviene un instrumento nuevo, el bombo, que coincidirá con el pie izquierdo. El objetivo es enriquecer la parte sonora

y ofrecer alguna posibilidad de romper monotonía.

Ejercicio 15.

Se trata del ritmo de marcha con tambor. Los niños pueden imaginar que son soldados, o músicos o que están en una banda de cornetas y tambores. El redoble debe coincidir con el pie izquierdo y el pie derecho siempre con un solo golpe de tambor.

Ejercicio 16. Perseguir el ritmo.

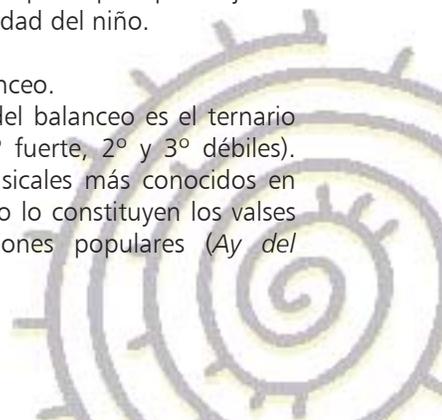
Está realizado con bombo, tambor y platillo. Al pie izquierdo le corresponde siempre el bombo y platillo, mientras que al pie derecho el golpe de tambor. La velocidad varía continuamente.

Ejercicios 17, 18, 19 y 20. Saltar.

Cada golpe de bombo significa pies en el suelo. El ritmo es una imitación del que produce una pelota que hacemos botar al golpearla con una mano. El bombo reproduce el sonido de la pelota al dar en el suelo y, el charles y el tambor reproducen el golpe de la mano que empuja la pelota. Cada ejercicio está en una velocidad distinta. Debemos empezar por aquel que mejor se adapte a la velocidad del niño.

Ejercicios 21 al 25. Balanceo.

El ritmo propio del balanceo es el ternario (tres tiempos: 1º fuerte, 2º y 3º débiles). Los ejemplos musicales más conocidos en este tipo de ritmo lo constituyen los valeses y muchas canciones populares (*Ay del*



chiquirritín, Dime niño de quién eres, El paño, El Vito, Esta noche no alumbra, Desde Santurce a Bilbao, etc.) que si se cantan, el movimiento que surge espontáneamente es el balanceo.

Estos ejercicios están realizados con bombo y platillo en el primer tiempo (tiempo fuerte) y tambor en los tiempos segundo y tercero (débiles). Si tuviéramos que reforzar su comprensión a través del lenguaje o viceversa, tendríamos que utilizar palabras trisílabas (música, tómallo, escucha, avión, etc.), haciendo coincidir siempre la sílaba tónica con el tiempo fuerte.

Para balancearse siguiendo el ritmo de estos ejercicios, hay que hacer coincidir las posiciones extremas del balanceo con el tiempo fuerte (bombo y platillos. Los tiempos segundo y tercero constituyen el recorrido interno del balanceo. Cada ejercicio reproduce una velocidad distinta. Debemos empezar por aquella que mejor se adapte al niño.

Ejercicio 26. Balanceo: perseguir el ritmo.

Los niños deberán balancearse tratando de adaptarse a las distintas velocidades que en este ejercicio van apareciendo.

Ejercicio 27 al 35. Equilibrio.

Están contruidos con bombo, timbales, platillo, charles y tambor. Aunque parece un ritmo muy complicado por la cantidad de instrumentos que intervienen, no lo es en absoluto. Sólo tenemos que fijar nuestra atención, en un principio, en el platillo. Cada vez que este suena, un pie debe

posarse en el suelo coincidiendo con su sonido. Y, si queremos buscar la perfección de movimientos, haremos que el pie de atrás abandone el contacto con el suelo coincidiendo con el golpe de tambor. El resto de instrumentos que suenan sólo constituyen un soporte psicológico.

Esta serie de ejercicios debe trabajarse en el orden de aparición en la grabación.

Ejercicios 30 al 40. Flexión de piernas (y equilibrio).

Están contruidos con bombo, tambor, cencerro y charles. El más importante es el citado en último lugar ya que nos indica el momento en que debemos iniciar el descenso (la flexión de piernas). Su sonido, descrito onomatopéyicamente es "chiss". El resto del tiempo (hasta oír de nuevo "chiss") es con el que contamos para completar el ejercicio, es decir, bajar y volver a subir. Los otros sonidos son soporte psicológico y estético. Debemos empezar por la velocidad que mejor se adapta a cada sujeto.



RITMO PARA MOVIMIENTOS BÁSICOS

Ejercicio	Velocidad	Duración
CD.		
1. Andar con ritmo de platillo y tambor	34 pasos por minuto	1 minuto
2. Andar con ritmo de platillo y tambor	45 pasos por minuto	1 minuto
3. Andar con ritmo de platillo y tambor	60 pasos por minuto	1 minuto
4. Andar con ritmo de platillo y tambor	75 pasos por minuto	1 minuto
5. Andar con ritmo de platillo y tambor	90 pasos por minuto	1 minuto
6. Andar con ritmo de platillo y tambor	Perseguir el ritmo	2 minutos
7. Andar con ritmo de tambor solo	60 pasos por minuto	1 minuto
8. Andar con ritmo de tambor solo	34 pasos por minuto	1 minuto
9. Andar con ritmo de tambor solo	90 pasos por minuto	1 minuto
10. Andar con ritmo de tambor solo	120 pasos por minuto	1 minuto
11. Andar con ritmo de platillo y tambor	120 pasos por minuto	1 minuto
12. Andar con ritmo de platillo y tambor	150 pasos por minuto	1 minuto
13. Andar con ritmo de platillo y tambor	210 pasos por minuto	1 minuto
14. Ídem con bombo, platillo y tambor	100 pasos por minuto	1 minuto
15. Ritmo de marcha con tambor	100 pasos por minuto	2 minutos
16. Ídem con bombo, platillo y tambor	Perseguir el ritmo	2 minutos
17. Saltar	90 saltos por minuto	1 minuto
18. Saltar	110 saltos por minuto	1 minuto
19. Saltar	140 saltos por minuto	1 minuto
20. Saltar	70 saltos por minuto	1 minuto
21. Balanceo	43 movimientos minuto	1 minuto
22. Balanceo	53 movimientos minuto	1 minuto
23. Balanceo	63 movimientos minuto	1 minuto
24. Balanceo	70 movimientos minuto	1 minuto
25. Balanceo	83 movimientos minuto	1 minuto
26. Balanceo	Perseguir el ritmo	2 minutos
27. Equilibrio	45 pasos por minuto	1 minuto
28. Equilibrio	40 pasos por minuto	1 minuto
29. Equilibrio	35 pasos por minuto	1 minuto
30. Equilibrio	30 pasos por minuto	1 minuto
31. Equilibrio	25 pasos por minuto	1 minuto
32. Equilibrio	20 pasos por minuto	1 minuto
33. Equilibrio	17 pasos por minuto	1 minuto
34. Equilibrio	15 pasos por minuto	1 minuto
35. Equilibrio	12 pasos por minuto	1 minuto
36. Flexión de piernas	20 flexiones minuto	1 minuto
37. Flexión de piernas	25 flexiones minuto	1 minuto
38. Flexión de piernas	30 flexiones minuto	1 minuto
39. Flexión de piernas	35 flexiones minuto	1 minuto
40. Flexión de piernas	40 flexiones minuto	1 minuto



5. VALORACIÓN Y CONCLUSIÓN

El ritmo es capaz de provocar una respuesta física y espontánea en cualquier ser humano, por esta razón está presente en la mayor parte de los juegos infantiles. Los musicoterapeutas debemos, pues, servirnos de él para mejorar el control de los movimientos básicos de los niños.

Al finalizar nuestra intervención, constatamos que se produjo en los niños un aumento de la comprensión rítmica que ocasionó una notable mejora en el control de los movimientos corporales. Conforme se sucedían las sesiones pudimos observar, además, un desarrollo de la percepción temporal. Los niños eran más conscientes del tiempo que pasaban realizando un ejercicio determinado. Todos estos logros fueron

posibles debido a que les ofrecimos un modo estructurado y sistematizado para mantener, aumentar o disminuir la velocidad de realización de los ejercicios. Para ello nos servimos de instrumentos conocidos que se ejecutan en ritmos sencillos, sin sorpresas, y realizamos las grabaciones. Esta última consideración fue determinante, ya que proporcionó un clima de confianza y seguridad que fortaleció el vínculo de los niños con el musicoterapeuta. La preparación de la grabación de los ejercicios fue muy importante en la correcta planificación de las sesiones, ya que permitió una mayor atención del musicoterapeuta en la realización de los ejercicios que llevaban a cabo sus alumnos.

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2013). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- BENENZON, R. (1981). *Manual de Musicoterapia*. Barcelona: Ed. Paidós.
- BLASCO VERCHER, F., FORTUNY ALMUDEVER, V., MARTÍNEZ CARRASCAL, J. (1992). Aplicación del ritmo musical en el tratamiento de las algias vertebrales. *Revista de Fisioterapia*, 24 (3).
- BLASCO, F. (1994). El ritmo musical como coadyuvante en la rehabilitación motora: una experiencia piloto. *Música y Educación*, 62 (17).
- DA FONSECA, V. (2000). *Estudio y génesis de la psicomotricidad*. Barcelona: Inde Publicaciones.
- D'AGOSTINO y col. (1982). *La didattica musicale*. Noci: Edizioni "La Scala".
- DOMENECH ZORNOZA, J. L.; BLASCO VERCHER, F. y LÓPEZ JORNET, H. (1987). *Musicoterapia en la formación del terapeuta*. Valencia: NauL Libres.
- DUCOURNEAU, G. (1988). *Musicoterapia. La comunicación musical: su función y sus métodos en musicoterapia*. Madrid: Ed. EDAF.
- FRAISE, P. (1976). *Psicología del ritmo*. Madrid: Ed. Morata.
- JOST, J. (1990). *Equilibre et santépar la Musicotherapie*. Paris: Ed. Albin Michel.
- LACARCEL MORENO, J. (1990). *Musicoterapia en la Educación Especial*. Universidad de Murcia.
- WALE, J. O. (1970). *Masaje y ejercicios de recuperación en afecciones médicas y quirúrgicas*. Barcelona: Ed. JIMS.



7. RECORRIDO POR LOS FUNDAMENTOS PSICODINÁMICOS DE LA PRÁCTICA PSICOMOTRIZ

*SYNOPSIS OF WHAT HAS BEEN THE PSYCHODYNAMIC AND
CONCEPTUAL EVOLUTION OF PSYCHOMOTOR PRACTICE (PP)
THROUGHOUT THEIR YEARS OF TEACHING.
EVOLUTION OF PSYCHOMOTOR PRACTICE (PP) THROUGHOUT THEIR
YEARS OF TEACHING.*

José Ángel Rodríguez Ribas

DATOS DEL AUTOR

José Ángel Rodríguez Ribas es Licenciado en Medicina, DEA y Doctor en Psiquiatría (USE). Psicoanalista (Miembro de la ELP y la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP. París)). Es Psicomotricista y Formador en Práctica Psicomotriz (ASEFOP. Bruselas) y en la AEC/ASEFOP de Barcelona. Es también Educador, Terapeuta clínico y docente y Profesor de la Facultad de Ciencias de la Actividad Física (Universidad de Wales/EADE. Málaga). Asimismo, es Director del Experto Universitario en Desarrollo Psicomotor de la Universidad Camilo José Cela (MEDAC. Málaga), Codirector del curso: Psicoanálisis y Sociedad Contemporánea (CFP/USE) e investigador del Grupo: Sujeto, sufrimiento y sociedad (HUM. 018. USE). Es además miembro APP, AEC, AEH X-XI, Asociación de Estudios Heideggerianos, Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y de CORPUS, también es miembro de la Comisión Científica de Revistas como *Desenvolupa*, *Haser*, *Differenz* y *Entrelíneas*. Es autor de *La práctica psicomotriz en el tratamiento psíquico* (Ed. Octaedro. BCN, 2013).

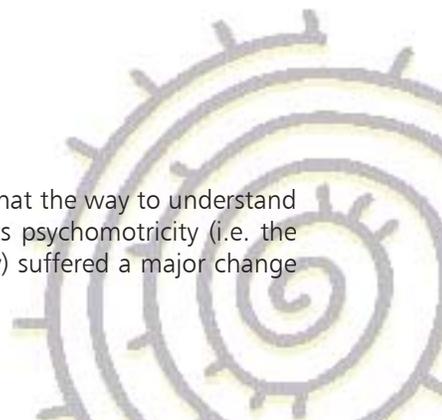
Datos de contacto: j.angelr.ribas@gmail.com; <http://jrribas.blogspot.com.es/>

RESUMEN

Es bien conocido que la manera de comprender el cuerpo y la psicomotricidad misma sufrió una mutación importante sobre los años 70 del pasado

ABSTRACT

It is a well-known fact that the way to understand the human body and its psychomotricity (i.e. the motor skills of the body) suffered a major change



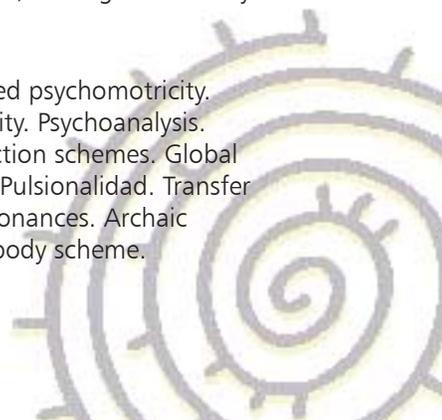
siglo, a partir del encuentro de los profesores A. Lapiere y B. Aucouturier en el seno de la SFERP dando lugar al fructífero trabajo desarrollado por ambos. Ya desde sus primeras obras conjuntas, la adscripción de la psicomotricidad vivenciada y relacional al paradigma psicoanalítico, sentaría las bases de una nueva manera de concebir la relación entre el cuerpo y el inconsciente, modificando las bases psicopedagógicas y terapéuticas de la intervención psicomotriz sobre las diversas producciones expresivas: motrices, pulsionales, fantasmáticas y representativas. Dicho mérito no se redujo simplemente a aproximar la perspectiva psicodinámica a lo atinente al cuerpo y al juego sino que, a su vez, permitió ofrecer a los propios psicoanalistas postulados que posteriormente resultarían decisivos en su teorización y práctica terapéutica. Al punto que, actualmente y en numerosos centros -especialmente en Atención Temprana y Salud Mental Infantil- ambas disciplinas trabajan en forma conjunta y en red, haciendo notar sus efectos sobre el aprendizaje y el sufrimiento subjetivo.

Por todo ello, creemos que el mejor homenaje que podemos rendir a ambos autores, especialmente al Prof. Bernard Aucouturier (BA) en este caso, es intentar una sinopsis de lo que ha constituido la evolución psicodinámica y conceptual de la Práctica Psicomotriz (PP), a lo largo de sus años de enseñanza.

PALABRAS CLAVE: Psicomotricidad vivenciada. Psicomotricidad relacional. Psicoanálisis. Fantasmas, Engramas y Esquemas de acción. Globalidad somatopsíquica. Pulsionalidad motriz. Transferencia y resonancias tónico-afectivas. Angustias arcaicas. Esquema corporal inconsciente.

during the seventies of the past century, this was due to a meeting between the renowned professors A. Lapiere and B. Aucouturier in the bosom of the SFERP, which resulted in a fruitful research carried out by both. Since their early joint research, the secondment of experienced and relational psychomotricity in the psychoanalytic paradigm would lay the foundations of a new way of conceiving the relation between the body and the unconscious by modifying the therapeutic and psycho-pedagogical bases on different of the psychomotor intervention over the diverse expressive productions: motrices, pulsionales, fantasmáticas y representativas. The said merit would not be simplified to approximating the psychodynamic perspective to the body and the game's pertains, instead it would permit future postulate psychoanalysts to use this research in theoretical and pragmatcal therapy. To the extent that at present, numerous institutions (specially in the Early Age Attention and Child mental Health centres) make use of both disciplines which carry out a study over the effects on learning and subjective suffering. This is why we believe that the best tribute which we can pay to both authors, specially to Prof. Bernard Aucouturier (BA) in this case, is to attempt a synopsis of what has been the psychodynamic and conceptual evolution of Psychomotor Practice (PP) throughout their years of teaching.

KEY WORDS: Experienced psychomotricity. Relational psychomotricity. Psychoanalysis. Ghosts, engrams and action schemes. Global somatopsiquica. Motor Pulsionalidad. Transfer and tonico-afectivas resonances. Archaic anxieties. Unconscious body scheme.



1.- EJES CONVERGENTES.

El hecho de plantearnos volver a pensar y valorar los fundamentos psicoanalíticos¹ de la PP es un tema que consideramos de enorme interés dado que nos retrotrae por un lado, a las bases mismas que sustentan nuestra teorización y clínica, y por otro, porque nos permite ajustar una semántica moderadamente compartida de los conceptos específicamente aucouturianos.

Ni el cuerpo de hoy en día, ni sus manifestaciones expresivas, ni los requerimientos sociales al niño/a, ni siquiera, las alternativas terapéuticas ofertadas actualmente son las mismas que el tiempo en que nació la psicomotricidad, allá con Dupré o la década de los 70.s, cuando germinó lo que vino en denominarse una psicomotricidad vivenciada. Digamos que habitamos un tiempo que bien podríamos definir como postlapierriano y postaucouturiano (Rodríguez Ribas, 2013), por lo que una permanente labor de reactualización, de rigor, pero también de difusión nos es permanentemente requerida².

¿Dónde radicaría, para nosotros y en última instancia, la concepción inaugural de lo que terminó siendo un cambio de paradigma, una ruptura epistémica, en la manera de entender la psicomotricidad de hasta entonces? Sostenemos que al igual que anteriormente sucedió con Freud, la podemos encontrar en el intento de superar la lectura de una fenomenología corporal desde una razón meramente neuromotriz o psicopedagógica hasta elevarla a planos donde la expresividad particular quedara subjetivamente implicada. Es desde ahí, donde podemos reconocer algunas de sus más genuinas aportaciones y originalidad.

Con lo que, a renglón seguido y a fin de sostener esta

tesis, deberíamos indagar cuáles han sido los nexos que fueron implantándose entre el psicoanálisis y esta psicomotricidad, psicoanalíticamente orientada³. A nuestro juicio, hemos encontrado varios. Resumiendo rápidamente: primero, el hecho de compartir una similar concepción de la subjetividad parlante, sexuada y mortal humana entendida esta como deseante y pulsional a partir de lo que del universo simbólico pudo inscribirse, dando como resultado la humanización de un cuerpo: es decir, el inconsciente, sus afectos, sus fenómenos y acontecimientos. En segundo lugar y de no menor importancia, la operación que consistió en equiparar la actividad motriz espontánea de los niños⁴, el juego espontáneo, a la inferida por el propio Freud⁵ a través de la asociación libre. Y por último, la asimilación del *fort-da* freudiano, del juego del carretel, a los juegos de seguridad profunda aucouturianos (llenar-vaciar, entrar-salir, atrapar-escapar, meter-sacar...), es decir: plantear la acción y la actividad corporal como condiciones de posibilidad para la constitución de los primeros "ladrillos" simbólicos, la materialidad significativa, aquellos elementos que siendo tomados del Lenguaje en su función estructurante, constituyen la radical singularidad de una historia y de un cuerpo (su imagen corporal, también única e irrepetible). De ahí que si seguimos el conocido aforismo lacaniano: "*el inconsciente está estructurado como un lenguaje*" (Lacan, J., 1990) podremos afirmar de manera decidida que el cuerpo mismo está estructurado como un lenguaje (Rodríguez Ribas, 2011).

A estas iniciales conexiones fundantes, habrán de sumarse algunas otras: la concepción global del sujeto (como la continua, aunque siempre provisional, interrelación de las esferas afectivas,



cognitivas, sociales y neuromotrices de la persona), lo que conlleva la ausencia de una totalidad corporal y más aún, la falta de una relación directa causa-efecto en lo que al cuerpo de la subjetividad compete⁶; a lo anterior habrá de añadirse el tratamiento dado a la pulsionalidad motriz, lo inseparable de la acción y la dicción (hechos y dichos) del sujeto como caras de una misma moneda, la importancia dada a la experiencia y la vivencia como factores de acceso a una identidad definida, y todo ello enmarcado en la aguda escucha y observación de la fenomenología expresiva e inconsciente que mostraron dichos autores, a la hora de ajustarse e intervenir sobre las producciones infantiles.

No en vano, en las escasas ocasiones que el mismo B. Aucouturier dio cuenta de sus propias referencias se refirió a sí mismo como freudiano, siendo algunas de sus fuentes inspiradoras las provenientes del movimiento postfreudiano francés: D. Anzieu, B. Golse, R. Kaes, Laplanche y Pontalis, G. Haag, G. Mendel, S. Tisseron, P. Marty, S. Lebovici, B. Gibello, F. Tustin, D. Meltzer, B. Bettelheim, Sapir...sin desdeñar en absoluto las influencias kleinianas, annafreudianas o las lacanianas.

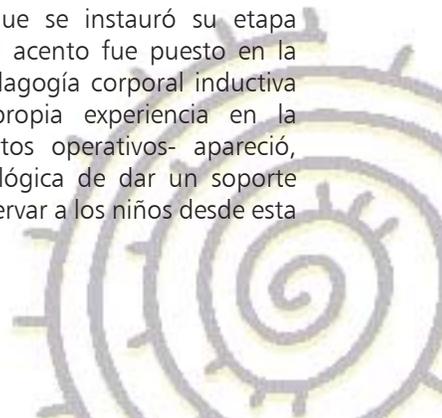
Veamos, entonces, como fueron evolucionando los conceptos psicoanalíticos aucouturianos a la hora de articular los pilares teóricos y aplicados a la educación y la ayuda, de lo que más tarde se denominaría la *Práctica Psicomotriz Aucouturier*⁷.

2.-EVOLUCIÓN CONCEPTUAL

El Prof. B. Aucouturier en determinado momento de su obra (Aucouturier, Darrault y Empinet, 1985: 20-21), al tratar de dar cuenta de su itinerario profesional, describe cierto número

de etapas por las que pudo transitar. La primera consistió en una etapa **Educativa**, propuesta por Le Boulch y Vayer: toda práctica corporal solo puede concebirse partiendo de la estructuración del esquema corporal, haciéndolo desde una pedagogía bastante directiva. Más tarde, ya con A. Lapiere, sienten la necesidad de observar a los niños pequeños. Intervención sutil que se articula sobre los deseos de los niños, aunque tomada desde una óptica intelectualista. La segunda etapa se define como **Emocional**: subraya el sistema simbólico de la gestualidad como satisfacción de los deseos más profundos. Esta concepción, dice, los arrastró hacia una práctica bastante regresiva que encuentra una orientación terapéutica inmediata pero que no dejó de plantear algunos problemas tanto de orden personal y profesional, como institucional. Su tercera etapa fue determinada por la influencia del Psicoanálisis: acá se consideró la aparición del fantasma originario de la carencia del cuerpo como fuente de toda dinámica simbólica. Una etapa posterior consistiría en el Análisis de la Práctica Psicomotriz, a partir de los índices semióticos de la expresividad. Su último periodo (Aucouturier, 2004), consideramos nosotros, ha estado dedicado a fundamentar una Fantasmática de la acción como eje vertebrador de los procesos de transformación e interacción a través de los esquemas de acción.

Prácticamente desde que se instauró su etapa vivenciada en la que el acento fue puesto en la exploración de una pedagogía corporal inductiva -que naciera de la propia experiencia en la adquisición de conceptos operativos- apareció, en ellos, la necesidad lógica de dar un soporte teórico a la hora de observar a los niños desde esta posición.



“En la superficie, el cuerpo instrumental. Por debajo, todo un sustrato cognitivo. Más profundamente todavía toda la organización tónica. Finalmente, un imaginario inconsciente que condiciona toda la vida relacional” (Lapierre A. y Aucouturier, B. 1980: 60).

Como comentan en Simbología del movimiento (Lapierre y Aucouturier, 1977: 11), las filiaciones primeras a las que se adscribieron fueron las de Wernicke, Kleist, Dupré, Chorus. Y más tarde, Freud, Wallón, Ajuriaguerra, Piaget, Rogers, Laing, Lacan, Decroly, Neil o Illitch. De los que, dice, no intentaron hacer una imposible síntesis sino utilizar el concepto que más les convenía. Es en ese sentido que estos autores acudieron al préstamo de determinados conceptos psicoanalíticos, para dar sentido a los fenómenos motrices y expresivos observados y poder arribar al estado de elaboración del momento. Sin gran esfuerzo, se puede cotejar en estos textos primigenios, la enorme frescura de sus teorizaciones.

Un provisional análisis textual permite, de entrada, cotejar una evolución casi que continua en las matizaciones de sus conceptos y principios psicodinámicos; manteniendo invariables algunos de ellos e introduciendo, o prescindiendo, otros de menor rango. Si indagamos este decurso, cotejamos términos que mantienen su fijeza, como son los conceptos fundamentales del psicoanálisis: *inconsciente, repetición, transferencia y pulsión*. Junto con aquellos, como veremos al final, cuya importancia fue oscilando en el tiempo pero que poseen un gran valor definitorio para la PP: acción, angustias, placer, totalidad corporal y unidad de

placer, fantasmas, empatía, continente psíquico y corporal, aseguración profunda o superficial, representaciones...

Hagamos pues, un recorrido histórico longitudinal⁸ de sus conceptos preeminentes.

Del año 1990, posterior a su etapa semiótica del análisis de la Práctica Psicomotriz (1985) datan los conceptos de unidad de placer, totalidad corporal, unidad corporal y continente corporal. La totalidad del cuerpo vendría determinada por la unidad de placer y el continente corporal, lo que organiza una estructura que será determinante. De sus carencias y sufrimientos surgen las zonas escotomizadas y las angustias de pérdida del cuerpo, como la angustia de licuefacción, despellejamiento, caída o hemicuerpo. También de ahí provendrá una totalidad fragilizada o no estructurada a partir de los fantasmas de incompletud. *“No porque el niño cambie de juego que él cambiará profundamente”* recordará.

De 1991, data el acento puesto en la represión: un exceso o un fracaso de la represión van a tener sus efectos en la expresividad de la dialéctica apego-dominio.

En 1992, enuncia que el Todo es la madre, el continente imaginario, con el que el niño recrea el todo. Para Aucouturier no habría observación sin transferencia. El *transfert* es lo que permite la actualización de una historia de sufrimiento profundo: el inconsciente corporal solo se puede revelar en la proyección de los afectos. Apareciendo, en consecuencia, una psicopatología del cuerpo; de las angustias, emergen los fantasmas: sádicos, de incorporación, de omnipotencia... Los trastornos de la expresividad, aparecen, pues, como un sistema de expresividad motriz, abierto o cerrado. Las condiciones de entorno maternante y



autoridad estructurante surgen para favorecer el despliegue de dicha historia.

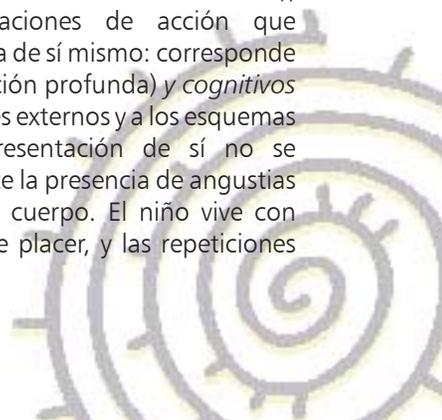
En 1993, pone el acento en los afectos como registro corporal de las sensaciones de placer, o no. El placer es lo que permite la separación del niño y la aparición de las representaciones. Frente a las primeras angustias de pérdida del cuerpo y del Otro, se proponen los mecanismos de seguridad profunda o el placer sensoriomotor, como niveles de expresividad motriz. Y frente a la angustia de incompletud, se proponen los juegos de seguridad superficial: la expresividad plástica (simbólicos, representación, etc.). *"El placer de la acción es esencial para la anticipación, sin embargo, el dominio de un acto no se enseña sino que es el resultado de un recorrido"*, recordará.

De 1994, entresacamos el hecho de que no hay pensamiento sin el placer de la acción: *"al reactualizar sus recuerdos de placer, su motricidad adquiere el sentido del Otro"*, reforzando el sentimiento de sí y aumentando la estructura del ser social responsable y creador. El factor de cambio es la descarga emocional asociada a los fantasmas arcaicos: *"cuanto menos se induce el cambio, más se produce"*. Profundiza en los índices sensoriales, sensoriomotores y fantasmáticos del proceso de observación interactiva. Escuchar las resonancias afectivas consiste en privilegiar el abordaje de la comunicación. *"Favorecer un desarrollo armonioso es dar la posibilidad de existir como persona única y ofrecer las condiciones más favorables para comunicarse, expresarse, crear y pensar"*. El niño es un ser de impulsividad motriz: agresión, posesión y reproducción son sus maneras elementales de ser: *"la impulsividad motriz, siempre cargada de afectos de placer y displacer, de la historia afectiva arcaica e inconsciente, facilita la recuperación*

de los fantasmas originales del cuerpo (sádicos, de persecución, de omnipotencia, devoración, destrucción...)". *"Se trata de participar en la aparición de una inteligencia con una dimensión más humana"*.

De 1995, podemos destacar la unidad de placer como aquel entorno que inviste al niño con placer y espejo de unidad, lo que unifica los placeres parciales vividos en su cuerpo. De la unidad de placer y sus representaciones saldrá el continente psíquico: si faltan estos, habrá una pérdida de cuerpo y emergerán las angustias arcaicas. Habla, a su vez, de una represión primaria positiva.

Del 96, sobresale la Práctica Psicomotriz como elección filosófica cuyos principios se resumen en: comprender para captar el sentido de un testimonio, creer en el autocambio y en el placer de actuar como origen de la continuidad de sí mismo, de las representaciones y de la maduración afectiva. *"La Ayuda Terapéutica consiste en tomar a cargo a una persona y su historia"*, *"cuando se tenga en cuenta el afecto en la escuela será la revolución de la escuela"*. Habla de los procesos de acción-transformación: *"la acción es lo que se supone que ejerce un efecto sobre el otro o sobre sí mismo"* Toda acción es una transformación exterior como interior de la persona. Niveles de representación inconsciente son: los *fantasmáticos* (reactualización de los *fantasmas sensoriomotores*), *narcisísticos* (representaciones de acción que aseguran la permanencia de sí mismo: corresponde a los juegos de aseguración profunda) y *cognitivos* (corresponde a los índices externos y a los esquemas de acción). Si la representación de sí no se desarrolla estaremos ante la presencia de angustias arcaicas de pérdida del cuerpo. El niño vive con la madre una unidad de placer, y las repeticiones



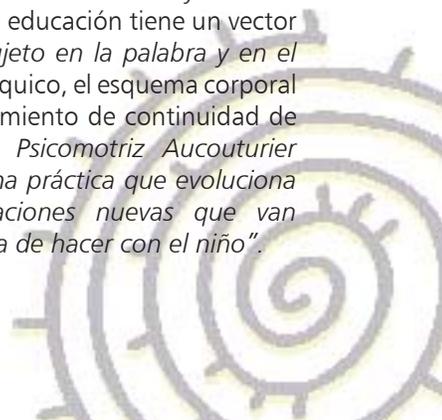
de la acción son las que están en el origen de las representaciones inconscientes: de ahí surgen los fantasmas sensoriomotrores originarios, como reactualización de los recuerdos de la acción. *"Nuestra elección es clara: el niño pequeño con dificultades, el adolescente o el adulto que sufre, es considerado como una persona que atestigua una experiencia única"*.

De 1997. El niño transforma el pensamiento por la acción, reactualizando la presencia del Otro, en una dialéctica recíproca. Las condiciones de acción-transformación: es necesario que el Otro sea transformable, mutable y estable. *"No podemos quedarnos en el cuerpo, si no la historia se repite"*. Señala a la Práctica Psicomotriz, como una auténtica psicoterapia por la vía del cuerpo, que pretende construir una envoltura muy arcaica. En el 98, recuerda como la acción-interacción recíproca testimonian la integración. Del déficit de transformación del continente del pensamiento, surge un déficit de la unidad de sí y la patología de la acción. El esquema de acción es el resultado de una integración somato-psíquica: son los kinegramas. Lo sensoriomotor no existe sin los fantasmas: el cuerpo está animado por fantasmas que representan la transformación de la relación de placer con el Otro. A partir de los índices de maduración tónico-emocionales, insiste en la estrategia de rodeo que anima nuestra intervención.

En 1999, subraya que la formación personal del practicante debe permitir una nueva comprensión del niño. Si hay una disociación emoción-representación o no se construye la representación mental, aparece la impulsividad o la inestabilidad motriz que provocan tanto malestares del cuerpo como alteraciones de la expresividad motriz. *"Las*

estructuras tónico-emocionales se construyen en relación con el Otro". El niño representa su transformación en un fantasma: los fantasmas son del orden del deseo inconsciente, atenúan la angustia y la securizan. El fantasma solo se encuentra en lo simbólico: es la representación de la presencia-ausencia. Por ello, la Hipótesis aparece *après-cup*, no haciendo falta comprender demasiado. Dar tiempo: no precipitar una terapia. Clarificar una observación no es hacer un diagnóstico: la finalidad no es la normalidad. *"Trabajar sobre el síntoma no tiene sentido: hay que trabajar sobre el origen"*. *"La psicomotricidad ayuda a extraer las representaciones del movimiento"*. Y para esto, hace falta una teoría que permita situar el proceso de seguridad profunda: se trata de la calidad del ajuste tónico-emocional; lo que nos permite pensar en una suerte de cultura psicomotriz. Añadiendo que: *"No hay otro medio de entender el afecto del niño que el psicoanálisis de Freud"*.

En el año 2000, recuerda que las teorías de la Práctica Psicomotriz proceden de la psicología dinámica, del psicoanálisis y de la psicología. *"Hay una dialéctica continua entre la teoría y la práctica, pero también evidentes incompatibilidades epistémicas"*. Se trata de un conocimiento eficaz que toca emocionalmente a la persona: *"si no fuera así, la práctica perdería su sentido y la teoría se volvería delirante"*. La educación tiene un vector terapéutico. *"Uno es sujeto en la palabra y en el juego"*. El continente psíquico, el esquema corporal inconsciente, es el sentimiento de continuidad de sí-mismo. *"La Práctica Psicomotriz Aucouturier no es un método, es una práctica que evoluciona en función de aportaciones nuevas que van enriqueciendo la manera de hacer con el niño"*.



Del 2001: *“Los engramas son inscripciones de transformación del cuerpo del niño”*. Son las huellas de las transformaciones vividas en el cuerpo del niño. Si hay un afecto de placer, surgen los fantasmas de acción y la pulsión de dominio. Si se da un afecto displacentero, emergen los engramas de *“inhibición”* y las somatizaciones. Las alteraciones psicomotrices provienen de una disminución de los fantasmas de acción. *“En el acto se suspende el pensamiento”*. Por ello en el proceso que va desde el fantasma a lo simbólico, hay que propiciar las rupturas tónicas: *“no estar donde se espera”*. *“Cuanto mayor acogimiento, escucha y menor es el deseo de hacerlo cambiar, más cambio se produce”*. En la culpabilidad excesiva de la pulsionalidad radica la pérdida de representaciones del sujeto y objeto: angustias de pérdida. *“Prevenir y atenuar el sufrimiento de un niño es ayudarlo a metaforizar por los símbolos representativos o verbales”*. Si los niños no se tocan a niveles tónico-afectivos, no evolucionan. Se llama ayuda psicomotriz a la terapia psicomotriz. *“El terapeuta no ha de tener memoria. La confianza no se da, se gana a través de la escucha”*. *“Las dudas son necesarias: una teorización nunca es definitiva, se mueve”*.

De 2002. Cierta culpa es necesaria, facilitadora. Al no tener suficientes representaciones que lo seguricen, aparecen las angustias. La culpa, origina un desgarramiento de las representaciones originarias. *“La represión es la base del cambio, aunque no sea suficiente”*. Los fantasmas de acción permiten acceder a la simbolización desde el esquema corporal inconsciente, es decir, a la construcción del continente narcisístico, fantasmático y cognitivo. *“El fantasma intenta reencontrar la pérdida, la falta originaria que nunca encontraremos”*. De ahí, los

Fantasmas de: elevación, persecución, destrucción, aparecer, identificación al agresor, orales, anales, fálicos, omnipotencia, devoración, sádicos.

En el 2003, destaca que lo que diferencia a la Práctica Psicomotriz del psicoanálisis es que nos fijamos en la expresividad motriz del niño, sin, además, interpretar. El placer sensoriomotor, también es simbólico: a través del Otro, el niño va a encontrar la dinámica de placer. *“En el fantasma hay una pérdida porque nunca podrá vivir en el fantasma lo que se ha perdido y ahí está la falta. De esa carencia, deriva el deseo”*. *“El psicomotricista es un especialista en las demandas del niño por la vía corporal”*. *“La formación personal no es una psicoterapia, pero tiene efectos terapéuticos evidentes”*. El cuerpo deviene un objeto transicional, en tanto metáfora tónica que recrea al Otro en su fantasma. Aucouturier define los tipos de reformulación, al intervenir sobre el cómo, la forma, o sobre el porqué, el sentido.

Durante el 2006, declara que el niño juega para evitar el displacer. Dicho displacer tiene un componente biológico que impide construir sus fantasmas de acción. Existe una hormona, la dopamina, ligada al deseo, que condiciona la agitación y la inhibición, o pasividad psicomotriz. Hablamos en estos casos de pseudoaseguración. Del placer de la acción surge el conocimiento de la acción. El deseo necesita de sus límites, de ahí, el decir no, a los niños.

En 2007, recuerda que las angustias son tensiones corporales ligadas al displacer que nacen de una necesidad insatisfecha. Para superar dicha angustia, el niño busca la respuesta en sus recuerdos de placer engramados y crea fantasmas de acción: de ahí aparecen las dificultades relacionales (habitado por un agresor, todo lo que rodea al



niño se convierte en agresor y no puede retener los objetos buenos), dificultades instrumentales (la angustia distorsiona la capacidad de sensaciones propioceptivas: una debilidad de ajuste práxico y del equilibrio). Y dificultades cognitivas (de permanencia, anticipación, memoria seriación, clasificación...).

Del 2008. *“Los psicomotricistas no somos ni psicoterapeutas, ni psicoanalistas: trabajamos sobre el placer de actuar, y la consecuencia de este es la separación”*. El juego permite liberar el inconsciente originario. Todo lo que el niño representa es la expresión de una memoria corporal engramada. La sala de psicomotricidad es una metáfora del cuerpo de la madre.

3.-RECAPITULACIÓN.

Una vez expuesto el anterior recorrido, fijémonos -de manera transversal- como según qué términos van a oscilar en importancia dependiendo del momento y el contexto de su teorización. Sobre el 1992, la transferencia toma un valor que apenas volverá, siendo asimilada por la empatía. Si en 1991, la causa de una falta de estructura corporal era una represión excesiva, para el 2002 la represión resulta ser estructurante. Sin embargo, desde el 2001, la causa de la patología psicomotriz radica en una culpabilización excesiva. Alrededor de 1993, parecen tomar un gran valor los afectos, aunque ensombrecidos más tarde, prácticamente por las emociones. Desde 1994, las resonancias tónicas adquieren un gran valor, que se ha seguido mantenido. A partir de 1997, la fantasmática corporal que tenía una connotación, digamos negativa ligada a las angustias arcaicas, a primeros de los 90.s pasa a ser el recuerdo simbolizado de la acción, ligada al deseo, tomando por tanto un

carácter más positivo. Situamos, también en el 93, el comienzo de los procesos de aseguración profunda y superficial. En 1998, BA, habla de cinegramas. Y desde finales de los 90.s, usa los engramas de acción como uno de sus términos más definitivos. En el 96, introduce los conceptos de transformación, ligada a la acción. Con el giro de finales de los 90.s, con los esquemas de acción, aparece la insistencia en la calidad del ajuste, término que ha seguido manteniendo. Para terminar, hay que recordar que a mediados de la pasada década (2006), Aucouturier introduce tímidamente algunas bases neurofisiológicas que no habían estado presentes hasta entonces.

Concluamos acá. A lo largo de esta exposición, creemos haber demostrado tanto el rigor y la seriedad de la fundamentación psicoanalítica de la Práctica Psicomotriz, como su vigencia, fruto de la continuidad renovada de sus esfuerzos de transmisión, práctica e investigación.



Citas:

- ¹. En esta ocasión, hemos asimilado el término “psicodinámico” como paradigma y fundamento epistémico al psicoanálisis, haciendo un uso indistinto. Es evidente que esto no es exactamente así y que por sus orígenes históricos, evolución y prácticas asociadas, pueden encontrarse notables puntos divergentes.
- ². Sin duda, que el cuerpo y su experiencia no sean en absoluto ajenos a los determinantes socioculturales de su tiempo implica tomar en consideración y en todo momento dichos determinantes. Si hoy, y según Lipovetsky (2006) y Sennett (2007), habitamos un tiempo hipermoderno, el cuerpo actual no parece tanto el oprimido, el de la falta o el inhibido. Más bien, en general, las manifestaciones clínicas que se nos presentan son la del exceso, la inestabilidad o las del paso al acto pulsional.
- ³. Este tema ha sido ampliamente desarrollado por el autor en el Cap. 2 de su texto *La práctica psicomotriz en el tratamiento psíquico* (2013). No olvidemos que a pesar del mérito reseñado, por el contrario, numerosos conceptos tomados del psicoanálisis, a menudo, fueron tratados por la psicomotricidad sin el rigor y la formación analítica que hubiera sido menester a tal intento epistémico.
- ⁴. Ver en Rodríguez Ribas, 2013b. “Regreso a la actividad motriz espontánea”. *Rev. Entrelíneas*. Nº 32. Edita APP. Barcelona.
- ⁵. Cuando al cotejar la falta de objetivación neurológica de sus pacientes histeriformes les supuso una traducción psíquica a sus manifestaciones somáticas, inaugurando lo que se nombraría como la cura por la palabra (talking cure) y posteriormente, la práctica psicoanalítica.
- ⁶. Fijémonos que, desde esta perspectiva, la presunta y tan promocionada científicidad de la psicomotricidad queda seriamente entredicho. No así, la motricidad humana. Efectivamente, el hecho de hacer intervenir la subjetividad en el ámbito de la globalidad somatopsíquica, y a pesar de pretender encontrar una lógica inmanente sobre la que intervenir, no debe hacernos olvidar que no hay dos cuerpos, ni sujetos, iguales. Y por lo tanto que las mismas condiciones no pueden ser replicables, ni extrapolables, a todos.
- ⁷. Para ello, hemos extractado no menos de 30 seminarios y conferencias, en su mayoría no publicadas ni establecidas por el Prof. Aucouturier, que abarcan el periodo transcurrido desde el año 1990 hasta el 2008. Sin embargo, al analizar cada concepto en su particularidad sí que hemos tenido en cuenta los diversos textos publicados.
- ⁸. Sin duda, esta revisión es necesariamente incompleta, quedando pendiente, por tanto, de nuevos estudios y aportaciones. Recordemos además, que a pesar de la preeminencia psicodinámica de la conceptualización aucouturiana, existen conceptos fundamentales de la PP que no necesariamente son psicoanalíticos. En este escrito hemos omitido cualquier comentario o matización de los conceptos propuestos.

BIBLIOGRAFÍA

- AUCOUTURIER, B. (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Barcelona: Ed. Graó.
- AUCOUTURIER, B.; DARROULT, I. y EMPINET, J.L. (1985). *La práctica psicomotriz. Reeducción y terapia*. Madrid: Ed. Científico-médica.
- AUCOUTURIER, B.; LAPIERRE, A. (1978). *La educación psicomotriz como terapia “Bruno”*. Madrid: Ed. Editorial



- LAPIERRE, A. (1997). *Psicoanálisis y análisis corporal de la relación*. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer.
- LAPIERRE, A. y AUCOUTURIER, B. (1977). *Simbología del movimiento*. Barcelona: Ed. Científico-médica.
- (1977b). *La educación psicomotriz como terapia ("Bruno")*. Barcelona: Ed. Médica y Técnica.
- (1980). *El Cuerpo y el Inconsciente en educación y terapia*. Barcelona: Ed. Científico-Médica.
- LACAN, J. (1990). *Escritos 1*. México: Siglo XXI Editores.
- LIPOVETSKY, G. (2006). *Los tiempos Hipermodernos*. Barcelona: Ed. Anagrama.
- RODRÍGUEZ RIVAS, J. Á. (2001). "La quietud del psicomotricista". *Actas I Congreso Estatal de Psicomotricidad*. ISBN: 84-607-2640- I. Barcelona: Edita: FAPEE.
- (1998). "La Psicomotricidad en Centros de Día". *Actas de las II Jornadas sobre Psicomotricidad*. Sevilla: Edita: Fundación ICSE.
- (2002). "Un Ensayo sobre los Principios terapéuticos de la Práctica (Psicomotriz) Educativa". *Revista Aula*. Nº 109. Barcelona: Edit. Grao.
- (2002). "La 'Quietud' del Psicomotricista". *Revista Entrelíneas* Nº 11. ISSN: 1575-0841. Barcelona: Edita APP.
- (2003). "Construcción de la Hipótesis Terapéutica en la Práctica Psicomotriz". *Actas II Congreso Estatal de Psicomotricidad*. *Revista INDIVISA*. Madrid: Edita Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle.
- (2004). "La Re-novada Práctica Psicomotriz". *Revista Entrelíneas*. Nº. 15. ISSN: 1575-0841. Barcelona: Edita APP.
- (2004). "Efectos Iatrogénicos en la Práctica de la Psicomotricidad". *Revista Cuadernos de Psicomotricidad*. No 27. Bergara: Edita Escuela de Psicomotricidad. UNED.
- (2004). "Un Lenguaje: del Cuerpo al Inconsciente". *Revista del Cuerpo al Símbolo*. Nº 1. Madrid: Edita: AEPICSE.
- (2005). "Epistemología de la Psicomotricidad". *Comunicación: En III Congreso FAPEE*. Barcelona.
- (2005). "Las letras del Cuerpo Hipermoderno". *Rev.: ETOR. Revista Internacional de Filosofía Práctica*. Sevilla: Edita: Ediciones X-XI.
- (2006). "Proyecto para una Psicoterapia Psicomotriz". *Con Iolanda Vives. Revista Entrelíneas*. ISSN 1575-0841. Barcelona: Edita APP.
- (2007). "Un ensayo sobre los fundamentos éticos de la Práctica Psicomotriz Aucouturier" (1º parte). *Revista Cuadernos de Psicomotricidad*. Nº 34. Bergara. Guipúzco: Edita Luzaro Escuela de Psicomotricidad. UNED.
- (2008). "¿Qué sería, entonces, lo específico de la Práctica Psicomotriz? *Revista de la ACAP*. ISSN: 1887-1445. Barcelona: Edita Paralelo Sur Ediciones.



(2008). "Principios para una ayuda psicomotriz de orientación psicodinámica". Revista Entrelíneas Nº 22. Barcelona: Edita APP.

(2008). "Un ensayo sobre los fundamentos éticos de la Práctica Psicomotriz Aucouturier" (2º parte). Revista Cuadernos de Psicomotricidad. Nº 3. Bergara. Guipúzcoa: Edita Luzaro Escuela de Psicomotricidad. UNED.

(2009). "El Cuerpo de la experiencia contemporánea" (Avances en psicoterapia psicomotriz). Ponencia Congreso FAPEE. Bilbao. Inédita.

(2010). "Cuerpo: Inconsciente. Elogio de la presencia". En Freudiana. Nº 58. Barcelona: Ed. RBA. Libros.

(2010). "Principios diferenciales entre una práctica (psicomotriz) educativa y una práctica terapéutica". Nº26. Barcelona: Ed. APP.

(2011). Los paradigmas del cuerpo en psicoanálisis. Tesis Doctoral en Medicina (Psiquiatría). USE. Sevilla. Sin publicar.

(2013). La práctica psicomotriz en el tratamiento psíquico. Barcelona: Ed. Octaedro.

SENNETT, R. (2007). Carne y Piedra. El cuerpo y la ciudad en la civilización occidental. Madrid: Ed. Alianza.

(2013b). "Regreso a la actividad motriz espontánea". Rev. Entrelíneas. Nº 32. Barcelona: Edita APP.

(2013c). "Índices significativos de malestar infantil". En: IN: Revista Electrónica d'Investigació i Innovació Educativa i Socioeducativa, vol. IV, núm. 1, pág. 95-110.

En: http://www.in.uib.cat/pags/volumenes/vol4_num1/revista/08_Rodriguez_Ribas.pdf. Palma de Mallorca.

(2014). Artículo. "El cuerpo obsesivo en el paradigma psicoanalítico". Rev. Lúdica. Espacio de creación e intercambio psicoanalítico.

En: http://issuu.com/luis369gm/docs/revista_enero_2014#embed. Guatemala. Guatemala.



8. INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ: UNA MIRADA DESDE LA NEUROCIENCIA ¿QUÉ HAY DE LOS FACTORES PSICOMOTORES EN LAS FUNCIONES EJECUTIVAS?

*PSYCOMOTRICITY'S INTERVENTION: A LOOK FROM THE NEUROSCIENCE.
RELATIONSHIP BETWEEN PSICOMOTOR FACTORS AND EXECUTIVE
FUNCTIONS.*

Claudia Marcela Carta y Martín Daniel Cipollone

DATOS DE LOS AUTORES

Claudia Marcela Carta es Profesora y Licenciada en Psicomotricidad y es Profesora en la Universidad Provincial de Córdoba. Es también Coordinadora del Área de Psicomotricidad en la Fundación para la Atención Integral de la Persona con Discapacidad ARK-HO en Córdoba, Argentina.
Dirección de contacto: marcelacarta@yahoo.com.ar

Martin Daniel Cipollone es Profesor en Psicopedagogía y Psicopedagogo. Ex Profesor de la Universidad Provincial de Córdoba y actual Coordinador del Área de Psicopedagogía y Supervisor del Área de Integración Escolar en la Fundación para la Atención Integral de la Persona con Discapacidad ARK-HO en Córdoba, Argentina.

Dirección de contacto: psp_martin@yahoo.com

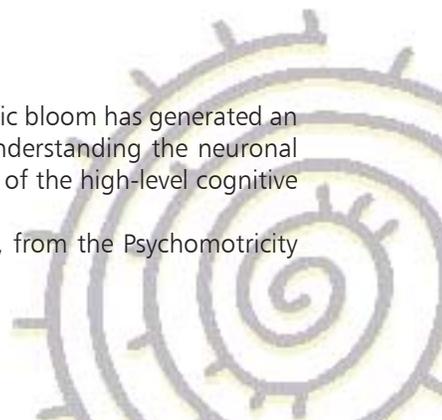
RESUMEN

La reciente eclosión de las neurociencias ha generado un creciente interés por comprender las funciones y los sustratos neurales de las denominadas funciones cognitivas de alto nivel, por eso, nos proponemos analizar el aporte y lectura, desde la

ABSTRACT

The recent neuroscientific bloom has generated an increasing interest in understanding the neuronal functions and substrata of the high-level cognitive functions.

On account of this, we, from the Psychomotricity



Psicomotricidad de la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN) para evaluar el desarrollo neuropsicológico global de los niños de 6 a 12 años, e indagar sobre instrumentos de valoración neuropsicológica y su posible aporte a la investigación psicomotriz.

Gracias al marco integrador de la neurociencia, hoy es posible que los diferentes profesionales que intervienen en la atención al niño desde el ámbito educativo y de la salud pueden utilizar un lenguaje común, asumiendo que el cerebro es el órgano regulador de todos los procesos de aprendizaje del ser humano y que no debe ser excluido en ninguna interpretación de los fenómenos del comportamiento.

PALABRAS CLAVE: Psicomotricidad - Función Ejecutiva - Aprendizaje - Neurociencias

Department of the ENFEN intend to analyze your contribution and Reading to evaluate the global neuropsychological development on children from 6 to 12 years old.

We also to investigate the instruments of neuropsychological valuation and is possible input to the investigation of psychomotricity.

Nowadays, because of the neuroscientific framework professionals who intervene in child healthcare from a common language, assuming that the brain is the organ that regulates all the learning processes of the human being, and that is should not be excluded from any interpretation of the behaving phenomena.

KEY WORDS: Psychomotor – Executive Function – Learning – Neuroscience

La reciente eclosión de las neurociencias ha generado un creciente interés por comprender las funciones y los sustratos neurales de las denominadas funciones cognitivas de alto nivel. El concepto "función" o "funciones ejecutivas" define la actividad de un conjunto de procesos cognitivos vinculada históricamente al funcionamiento de los lóbulos frontales del cerebro (Luria, 1980; Burgess, 1997).

Vítor Da Fonseca nos aporta la relación entre el modelo de organización funcional del cerebro según Luria, con los factores psicomotores de la BPM (tono, equilibrio, lateralidad, noción de cuerpo, estructuración espacio temporal, praxia

global y praxia fina).

Esta investigación interdisciplinaria (Psicopedagogía - Psicomotricidad) se lleva a cabo en un grupo de 8 niños, que realizan tratamiento psicopedagógico y terapia psicomotriz. La idea, es buscar relaciones entre las funciones ejecutivas (FE), y la expresividad psicomotriz de los niños.

La ENFEN es un nuevo instrumento para evaluar el desarrollo madurativo del niño a partir de las FE. Además, es un instrumento de rehabilitación cognitiva, para las que pueden utilizarse dos tipos de estrategias: las de restauración y las de sustitución. Cabe aclarar, que la ENFEN, no está



validada en Córdoba, y para esta investigación se han utilizado los baremos españoles.

Los objetivos son: analizar el aporte y lectura desde la Psicomotricidad de la ENFEN e indagar sobre instrumentos de valoración neuropsicológica y su posible aporte a la investigación psicomotriz.

Los niños evaluados con ENFEN, a su vez, tienen un perfil psicomotor realizado sobre la base de los parámetros psicomotores de la BPM de Vítor Da Fonseca, como así también algunas pruebas proyectivas. Cabe aclarar que se ha realizado una descripción cualitativa y no cuantitativa, de la BPM dado que no tenemos baremos estandarizados para nuestra población. Esta batería es el instrumento más formal con el que cuenta la Psicomotricidad, aunque sólo se haya validado con un número de casos restringidos en Portugal, a efectos de llevar adelante la investigación para una tesis doctoral.

Nuestro interés es ver la repercusión de la FE, en el desempeño de las posibilidades psicomotrices de estos niños.

Las observaciones clásicas de pacientes con lesiones cerebrales focales en lóbulos frontales han revelado el importante papel que las FE juegan en la ejecución de actividades cognitivas de orden superior como la elaboración de programas complejos de conducta, la formulación de metas o la verificación de la acción en curso (Luria, 1973).

¿Qué significa "Funciones Ejecutivas"?

El término "Funciones Ejecutivas" es un término relativamente reciente dentro de las neurociencias. La observación sobre el hecho de que las áreas

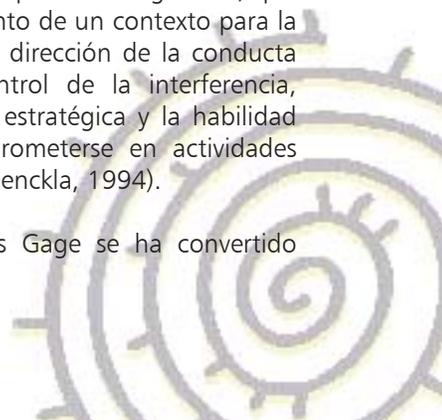
cerebrales prefrontales están involucradas en estrategias cognitivas, tales como la solución de problemas, formación de conceptos, planeación y memoria de trabajo, dio como resultado el término "funciones ejecutivas" (Ardila y Surloff, 2007).

Luria es el antecesor directo del concepto de funciones ejecutivas. Él propuso tres unidades funcionales en el cerebro: (1) alerta-motivación (sistema límbico y reticular); (2) recepción, procesamiento y almacenamiento de la información (áreas corticales post rolándicas); y (3) programación, control y verificación de la actividad, lo cual depende de la actividad de la corteza prefrontal (Luria, 1980). Luria menciona que esta tercera unidad juega un papel ejecutivo.

Lezak (1983) se refiere al "funcionamiento ejecutivo" para distinguirlo de funciones cognitivas que explican el "cómo" de las conductas humanas. Baddeley (1986) agrupó estas conductas en dominios cognitivos que incluían problemas en planeación y organización de conductas, desinhibición, perseveración y decremento en fluidez e iniciación. Baddeley también acuñó el término "síndrome disejecutivo".

Cada componente del funcionamiento ejecutivo se añade al conjunto de procesos cognitivos, que incluyen el mantenimiento de un contexto para la solución de problemas, dirección de la conducta hacia un objetivo, control de la interferencia, flexibilidad, planeación estratégica y la habilidad para anticipar y comprometerse en actividades dirigidas a una meta. (Denckla, 1994).

Históricamente, Phineas Gage se ha convertido



en el ejemplo clásico de la patología de lóbulo frontal y del trastorno de las funciones ejecutivas (Harlow, 1868). Phineas Gage era un capataz responsable en una línea de ferrocarril quien sufrió un trágico accidente en el que una barra de metal fue proyectada hacia su lóbulo frontal. Milagrosamente sobrevivió, pero después del accidente, fue descrito como “profano, irascible e irresponsable”. Se reportaron cambios de personalidad graves y de acuerdo con Harlow, comenzó a “comportarse como un animal”. El caso de Phineas Gage se cita generalmente como el ejemplo típico de alteraciones en las funciones ejecutivas. Se observaron los cambios conductuales externos -tal como suele encontrarse en la patología de lóbulo frontal-, pero las alteraciones puramente cognitivas no fueron documentadas, en parte debido a la falta de instrumentos de evaluación apropiados.

El término de funciones ejecutivas (FE) se ha aplicado a un constructo global que involucra una serie de procesos interrelacionados que participan en la síntesis de estímulos externos, formulación de metas y estrategias, preparación de la acción y verificación de los planes y acciones; dichos procesos dan como resultado una conducta propositiva y dirigida a metas (Gioia, Isquith y Guy, 2001).

Los procesos asociados a las FE son diversos e incluyen principalmente la anticipación, selección de metas, planeación, iniciación de la actividad, autorregulación, flexibilidad mental, control de la atención, uso de la retroalimentación, inhibición y mantenimiento de información en línea, los cuales se desarrollan durante la niñez y la adolescencia (Anderson, 2002).

Aunado a estos procesos considerados como “fríos” o cognoscitivos, Zelazo y Müller (2002) señalan que aquellas funciones “calientes”, que involucran más valores afectivos y motivacionales y están asociadas con la corteza órbita frontal (COF), serían parte muy importante del funcionamiento ejecutivo.

Si observamos el correlato entre Luria con los factores psicomotores que realiza Vítor Da Fonseca, vemos que en ambos modelos explicativos, necesitamos la interrelación o el funcionamiento como un sistema:



MODELO EXPLICATIVO	FACTORES PSICOMOTORES V. DA FONSECA
SISTEMA FUNCIONAL DE LURIA	CON RELACIÓN A LURIA
3º Unidad funcional de Luria Planificación-Programación- Regulación	PRAXIA FINA Y PRAXIA GLOBAL
2º Unidad funcional de Luria: Análisis- Síntesis- Almacenamiento	ESTRUCTURACIÓN ESPACIO TEMPORAL
	NOCIÓN DE CUERPO
	LATERALIDAD
1º Unidad funcional de Luria <i>Tonus</i> - Integración- Atención	EQUILIBRIO
	TONO

En los niños, los déficits cognitivos asociados con alteraciones en las funciones ejecutivas incluyen un control de impulsos pobre, dificultades en el monitoreo o regulación del desempeño, problemas en la planeación y organización, dificultad en establecer estrategias adecuadas y eficientes, perseveración y poca flexibilidad cognitiva, así como escasa capacidad en la memoria de trabajo. Dentro del marco del desarrollo psicológico y cognitivo, la mayoría de estas conductas no pueden considerarse como anormales en ciertas etapas, por lo que es de gran importancia identificar claramente cuáles son las características de las FE que se esperan en cierto periodo. (Anderson, 2002).

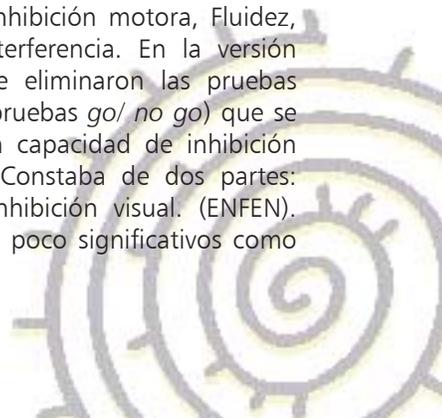
La ENFEN (Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños)

La ENFEN es una nueva batería para evaluar el desarrollo madurativo global de los niños entre los 6 y los 12 años, incidiendo especialmente en las

funciones ejecutivas (FE) controladas por el área prefrontal.

La ENFEN permite evaluar la madurez neuropsicológica del niño mediante cuatro pruebas: Fluidez, Senderos, Anillas e Interferencia. Todas ellas miden diferentes componentes de las FE que forman la esencia de la actividad mental superior del ser humano. Por esta razón, el término más parecido a la palabra "inteligencia", sin duda, es "funcionamiento ejecutivo". (Portellano, 2008, 9).

En un inicio, la ENFEN estaba formada por 5 pruebas que evaluaban la FE: Inhibición motora, Fluidez, Senderos, Anillas e Interferencia. En la versión definitiva (la actual) se eliminaron las pruebas de inhibición motora (pruebas *go/ no go*) que se utilizan para evaluar la capacidad de inhibición del lóbulo prefrontal. Constaba de dos partes: inhibición auditiva e inhibición visual. (ENFEN). Estos resultados fueron poco significativos como



contribución a la prueba en general entre los 6 y 12 años, por lo que se eliminaron, dada la facilidad de las mismas.

La actividad intelectual y los procesos cognitivos más relevantes están estrechamente vinculados al funcionamiento de las áreas de asociación, que constituyen la mayor parte de la corteza cerebral en la especie humana. El área prefrontal controla las restantes áreas del cerebro y es la sede de las funciones ejecutivas. Estas son un sistema multimodal que, gracias a su capacidad para coordinar los procesos mentales superiores, permiten programar la conducta, resolver problemas complejos y tomar decisiones. Las FE son – en definitiva – el órgano rector de la inteligencia humana, responsables de planificar, dirigir, iniciar, supervisar y dar fluidez a todos los procesos cognitivos. (Portellano, 2008, 9).

El objetivo de la ENFEN es aportar una nueva herramienta para evaluar el desarrollo neuropsicológico global de los niños de 6 a 12 años. Dado que el área prefrontal y las funciones ejecutivas son responsables de activar y supervisar el desarrollo madurativo del cerebro humano, así como los procesos cognitivos más importantes, la ENFEN se centra en su evaluación, ya que las FE son el termómetro más sensible del grado de madurez o de disfunción de nuestra actividad mental superior. (Portellano, 2008, 14).

En lengua española no se dispone de suficientes pruebas neuropsicológicas para evaluar adecuadamente las FE en la etapa escolar, a pesar de su gran importancia. La ENFEN es un instrumento de evaluación que nace con la

voluntad de llenar un hueco dentro del marco de la neuropsicología infantil y contribuir a mejorar el diagnóstico y la intervención neuropsicológica, tanto en niños sanos como en los que presentan retraso madurativo o alteraciones cognitivas o emocionales derivadas del daño o la disfunción cerebral, especialmente en las áreas prefrontales. (Portellano, 2008, 10).

La filosofía que subyace a la ENFEN es la de profundizar en el conocimiento de las relaciones de la conducta del cerebro en la infancia, ya que la neuropsicología se preocupa por enlazar la conducta humana con el sistema nervioso, como centro regulador de nuestra actividad mental. (Portellano, 2008, 10).

Gracias al marco integrador de la neurociencia, hoy es posible que los diferentes profesionales que intervienen en la atención al niño desde el ámbito educativo y de la salud pueden utilizar un lenguaje común, asumiendo que el cerebro es el órgano regulador de todos los procesos de aprendizaje del ser humano y que no debe ser excluido en ninguna interpretación de los fenómenos del comportamiento. (Portellano, 2008, 10).

La actividad mental y la conducta no se pueden entender al margen del funcionamiento del sistema nervioso, sino que son su resultado, tal y como ha confirmado sobradamente la moderna neurociencia. (Damasio, 2007).

Interpretación neuropsicológica de las pruebas de la ENFEN (Portellano, 2008, 88)



Prueba	Áreas implicadas	Funciones evaluadas
Fluidez	Lóbulo frontal Área pre motora Área Broca Área Wernicke Fascículo arqueado Hemisferio izquierdo Área dorso lateral izquierda Área cingular bilateral Lóbulo temporal izquierdo	Lenguaje expresivo Amplitud de vocabulario Memoria verbal Inteligencia cristalizada Memoria de trabajo Lenguaje comprensivo Conocimientos generales Memoria explícita
Senderos	Áreas implicadas Lóbulo frontal Área dorso lateral Áreas cinguladas Área pre motora Áreas asociativas parieto-occipitales Lóbulo occipital Campos visuales frontales	Funciones evaluadas Capacidad de programación y toma de decisiones Memoria prospectiva Utilización de estrategias para la solución de problemas Memoria de trabajo Atención selectiva Atención sostenida Capacidad para inhibir Coordinación visomotora - Percepción espacial - Razonamiento lógico - Rapidez perceptiva - Flexibilidad mental - Memoria de procedimiento Capacidad de anticipación y previsión - Programación dual - Coordinación grafomotriz
Prueba	Áreas implicadas	Funciones evaluadas



Anillas	Lóbulo frontal Área dorso lateral Cuerpo calloso Áreas post rolándicas Ganglios basales Cerebelo Áreas pre motoras Áreas dorso laterales Áreas cinguladas Áreas orbitarias Lóbulo parietal	Capacidad para programar la conducta Capacidad de planificación y secuenciación Orientación espacial Capacidad de abstracción Memoria espacial Memoria prospectiva (instructivo) Memoria de trabajo Flexibilidad mental Coordinación visomotora Capacidad para descomponer un programa global en metas parciales - Habilidades para desarrollar y mantener estrategias de solución adecuadas al logro de un objetivo - Coordinación motriz - Praxias constructivas
Prueba	Áreas implicadas	Funciones evaluadas
Interferencia	Lóbulo frontal Formación reticular ascendente	Atención selectiva Atención sostenida - Capacidad para inhibir - Resistencia a la interferencia - Flexibilidad mental - Capacidad para clasificar

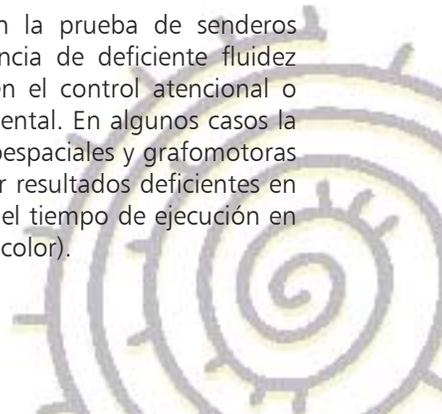
RESULTADO

En las praxias, intervienen las funciones ejecutivas. Esto tiene su correlato, desde la teoría, relacionando los aportes de Luria y Da Fonseca, con los sistemas funcionales y los factores psicomotores; a su vez las FE tienen su asiento fisiológico en la tercera Unidad Funcional de Luria (coincidente con las praxias globales y la praxia fina) aunque el funcionamiento sistémico en este modelo explicativo, hace que las otras dos unidades funcionales sean solidarias e indispensables.

Dentro de las pruebas evaluadas del ENFEN, los

senderos grises y de colores, como así también las anillas y la interferencia tienen implicancia de factores psicomotores.

El bajo rendimiento en la prueba de senderos puede indicar la presencia de deficiente fluidez psíquica, alteraciones en el control atencional o deficiente flexibilidad mental. En algunos casos la falta de habilidades visoespaciales y grafomotoras también puede producir resultados deficientes en senderos, prolongando el tiempo de ejecución en las dos partes (gris y de color).



Los niños con trastornos psicomotores que afectan la motricidad fina, la coordinación manual y el tono muscular pueden observar puntuaciones bajas en las pruebas.

La lentitud en la ejecución de las dos partes de Senderos sugiere la existencia de algún déficit de tipo psicomotor.

La prueba de Anillas tiene su correlato dentro de los factores psicomotores en la organización práxica. Los niños con dificultades en el *stop*, en la inhibición de la acción, con falta del control del dominio de su cuerpo y con impulsividad fallan en resolver problemas y realizar conductas dirigidas a metas. Los problemas de atención inciden en la memoria a corto plazo, impidiendo que los niños retengan la secuencia de movimientos espaciales. También pueden incidir los problemas ligeros de coordinación motriz, disminuyendo la velocidad motora.

Dentro de las funciones evaluadas por la ENFEN, encontramos elementos presentes dentro de toda intervención psicomotriz:

"...Capacidad para inhibir, Coordinación visomotora, Coordinación grafomotriz, Coordinación motriz, Percepción espacial, Memoria espacial, Orientación espacial, Rapidez perceptiva, Praxias constructivas, Capacidad para descomponer un programa global en metas parciales (análisis), Habilidades para desarrollar y mantener estrategias de solución adecuadas al logro de un objetivo..."

Además no podemos pensar una intervención psicomotriz donde no se estimulen la "... Atención selectiva, Atención sostenida, Memoria

prospectiva (instructivo), Memoria de trabajo, Memoria de procedimiento, Flexibilidad mental, Capacidad de anticipación y previsión, Capacidad de programación y toma de decisiones, Capacidad de planificación y secuenciación, Utilización de estrategias para la solución de problemas..."

Si bien esta investigación tiene una parte cuantitativa, en relación con la aplicación de la ENFEN, los factores psicomotores, según la BPM, han sido evaluados cualitativamente. Así podemos concluir que el grupo de niños evaluados muestran:

- Afectado el tono en menor medida (uno solo de los niños presenta una hemiparesia leve). La mayoría de la muestra presenta un tipo normotónico (a veces ascendido en situaciones de ansiedad, o un tono normal descendido según su características personales y particulares).
- La mayoría de los niños presentan dificultad en:
 - o El equilibrio (uni o bipodal), se observa por debajo de lo esperado para su edad y rendimiento general, con presencia de reacciones de prestancia.
 - o El reconocimiento de la lateralidad en su propio cuerpo;
 - o La estructuración espacio temporal;
 - o La praxia global;
 - o La praxia fina.
- Algunos casos minoritarios muestra afectada la noción de cuerpo.

Todos estos factores psicomotores (según Da Fonseca) tienen la particular manera de ser y estar en el mundo, como así también su vida de relación.



Consideraciones finales

Si bien la intervención psicomotriz es esencialmente cualitativa acordamos con Alexandrine Saint Cast (2008) que:

“Disponemos cada vez de más herramientas de evaluación de las competencias psicomotrices y debemos elegir, optar por tal o cual prueba, tal o cual situación de juego, de observación, de escucha, o también por este cuestionario o aquel...”.

Por ello en esta investigación asociamos métodos cualitativos y cuantitativos. La ENFEN arroja datos en relación con las FE, con su respectivo correlato psicomotor. La mirada desde la Neurociencia realiza un aporte más para comprender al Sujeto en relación con su entorno socio-histórico-cultural. Al respecto, dice Alexandrine Saint Cast (2008):

“(...) lo anterior nos lleva a buscar cómo podemos asociar gestiones complementarias cualitativas y cuantitativas. Porque la evaluación psicomotriz debe ser a la vez: precisa, rigurosa, minuciosa pero también global... No debe encerrar al sujeto en una imagen fijada o rígida... Ella debe permitirnos, a nosotros los terapeutas, una evolución para esta persona. Debe ser dinámica y superar la simple constatación de incapacidades versus posibilidades para describir cómo esta persona llega a poner su cuerpo en acción (...).

Gracias al marco integrador de la neurociencia, hoy es posible que los diferentes profesionales que intervienen en la atención al niño desde el ámbito educativo y de la salud pueden utilizar un lenguaje común, asumiendo que el cerebro es el órgano regulador de todos los procesos de aprendizaje

del ser humano y que no debe ser excluido en ninguna interpretación de los fenómenos del comportamiento, la actividad mental y la conducta no se pueden entender al margen del funcionamiento del sistema nervioso, sino que son su resultado, tal y como ha confirmado sobradamente la moderna neurociencia.” (Damasio, 2007).

Sobre la base del hallazgo de la ENFEN, batería que evalúa FE a través de pruebas que implican necesariamente praxia fina, intentamos buscar el correlato psicomotor en una primera etapa. A partir de la información obtenida en esta investigación, estamos llevando a cabo una segunda etapa, donde ampliamos el análisis sobre la base de los resultados obtenidos, que se entrecruzarán con el correlato del nivel de desarrollo de las praxias globales de los sujetos de la investigación, como así también con la maduración visomotriz.



- CHABRIS, C.; SIMONS, D. (2011). *El gorila invisible y las otras maneras en las que la intuición nos engaña*. Buenos Aires: Ed. Siglo Veintiuno.
- DA FONSECA, V. (2008) *Manual de Observación Psicomotriz. Significación psico neurológica de los factores psicomotores*. Barcelona: Inde Publicaciones.
- DA FONSECA, V. (2000). *Estudio y Génesis de Psicomotricidad*. Editorial Inde. Publicaciones Barcelona.
- DAMASIO, A. (2007). *"El error de Descartes"*. 4º Edición. Barcelona Crítica.
- FELDBERG, C.; DEMEY, I. (comp.) (2015): *Manual de rehabilitación cognitiva. Un enfoque interdisciplinario desde las neurociencias*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- LIPINA, S. y SIGMAN, M. (2001) *La pizarra de Babel. Puentes entre neurociencia, psicología y educación*. Buenos Aires: Libros del Zorzal. 1ª Edición.
- LURIA, A. (1980) *Introducción evolucionista a la psicología*. Madrid: Fontanella.
- PORTELLANO, J. A.; MARTÍNEZ ARIAS, R.; ZUMARRAGA, L.; ENFEN. (2009) *Manual de Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños*. Madrid: TEA Ediciones.
- SAINT CAST, A. ¿Balance Psicomotor: Objetividad o subjetividad? *Revista Iberoamericana de Psm y técnicas corporales*, febrero 2009. N° 33.
- SEMRUD CLIKERMAN, M. y TEETER ELLISON, P. (2011) *Neuropsicología infantil. Evaluación e intervención en los trastornos neuroevolutivos*. Ed. Uned Pearson.

Trabajo libre presentado en el marco del Primer Congreso Internacional de la Red Fortaleza de Psicomotricidad. Fortaleza, Ceará, Brasil. Octubre de 2015.



9. Formación Corporal Específica del Psicomotricista Especialista en Gerontopsicomotricidad

CORPORAL EDUCATION OF SPECIALIZED IN THE ELDERLY PSYCHOMOTRICITIST

Juan Mila Demarchi, Mariela Peceli, Soledad Vázquez y Lola García

DATOS DE LOS AUTORES

Juan Mila Demarchi es Licenciado en Psicomotricidad, Director de la Licenciatura de Psicomotricidad, EUTM y de la Carrera Especialización en Gerontopsicomotricidad de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina. Universidad de la República, Uruguay.
Dirección de contacto: prof.lic.juanmilademarchi@gmail.com

Mariela Peceli es Licenciada en Psicomotricidad, Coordinadora de Áreas de la Licenciatura de Psicomotricidad EUTM, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.
Dirección de contacto: cedep@adinet.com.uy

Soledad Vázquez es Licenciada en Psicomotricidad, Especialista en Gerontopsicomotricidad y Coordinadora de la Carrera de Especialización en Gerontopsicomotricidad, de la Escuela de Graduados Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.
Dirección de contacto: solvazcar@gmail.com

Lola García es Doctora en Psicología y Máster de Terapia Psicomotriz, Facultad de Psicología, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España.
Dirección de contacto: lola.garcia@urv.cat



RESUMEN

En el presente artículo se analiza la experiencia del Trabajo de la Formación del Rol del Psicomotricista Especializado en Gerontopsicomotricidad a través de la Formación Corporal específica. Se establecen las coincidencias y las diferencias con la formación de grado de los Psicomotricistas Universitarios.

PALABRAS CLAVE: Gerontopsicomotricidad, formación universitaria, formación corporal específica.

ABSTRACT

The present article analyzes the work in corporal education of psychomotricists specialized in Psychomotricity in the Elderly.

KEY WORDS: Psychomotricity in the Elderly, University diploma of specialization in Psychomotricity in the Elderly, Corporal Education.

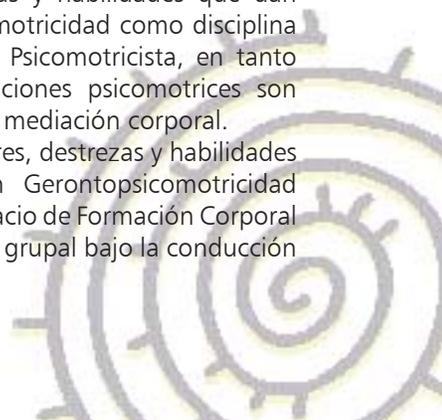
“Conocerse, claro está,
que necesita su tiempo,
con años que albañilean
y años de derrumbamiento.”

El instrumento - Eduardo Darnauchans

En este artículo se presentan las reflexiones que nos plantea el trabajo de la Formación del Rol (papel) del Psicomotricista Especializado en Gerontopsicomotricidad a través del Trabajo Corporal. Este grupo de trabajo está constituido por el Equipo de Docencia e Investigación de la Formación del Rol del Psicomotricista a través del trabajo corporal de la Licenciatura de Psicomotricidad y de la Carrera de Posgrado de Especialización en Gerontopsicomotricidad de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina Universidad de la República, la docente Coordinadora de dicha formación de posgrado y la compañera Lola García de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona Barcelona España, quien tiene una extensa y rica experiencia en el trabajo en Gerontopsicomotricidad. A su vez la mayoría de los integrantes de este grupo de trabajo tiene el inmediato antecedente de haber realizado la

investigación ya publicada. (*“El Psicomotricista en su cuerpo. De lo sensoriomotriz a la representación psíquica”*).

Nuestro equipo de trabajo entiende que el espacio de formación corporal específica de los psicomotricistas y en especial, la formación corporal de los psicomotricistas especializados en gerontopsicomotricidad, es y debe entenderse como un espacio privilegiado donde se desarrollan conocimientos, destrezas y habilidades que dan especificidad a la Psicomotricidad como disciplina y al rol profesional del Psicomotricista, en tanto que todas las intervenciones psicomotrices son realizadas a través de la mediación corporal. Los conocimientos, saberes, destrezas y habilidades que el Especialista en Gerontopsicomotricidad debe construir en el espacio de Formación Corporal Específica (construcción grupal bajo la conducción



y responsabilidad del formador) son competencias disciplinares, que hacen al ejercicio profesional.

Son competencias transversales, en la medida que también están presentes en los otros espacios de formación disciplinar y profesional (espacios de aprendizaje de la teoría disciplinar, espacio de supervisión clínica, espacios de discusión en equipos multiprofesionales, etc.), pero son abordadas y trabajadas en el proceso de enseñanza/aprendizaje que se realiza específicamente en la formación corporal.

Nuestro planteamiento a nivel de la Formación del Rol del Psicomotricista Especialista en Gerontopsicomotricidad a través del Trabajo Corporal es un trabajo de formación no solo centrado en el cuerpo, es un trabajo centrado en el rol del Psicomotricista, e implica concebirlo como un proceso de formación. *“La formación corporal específica del Psicomotricista es un proceso, en tanto implica un tiempo, un ritmo, una programación y una continuidad en el trabajo”* (Mila, 2002, 181).

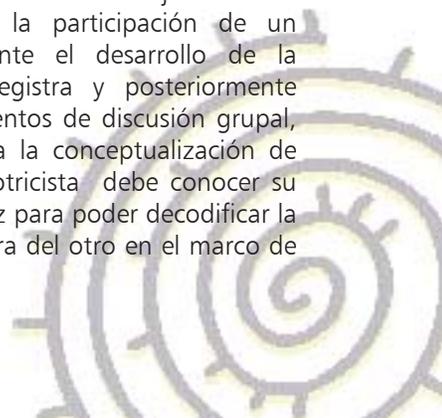
La Formación del Rol del Psicomotricista Especialista en Gerontopsicomotricidad a través del Trabajo Corporal es un espacio de formación curricular, por lo que es importante que el formador utilice estrategias que permita al estudiante, reconocer el recorrido que está construyendo. Es importante que el Gerontopsicomotricista pueda representarse a posteriori de vivenciar el trabajo corporal, el por qué, el para qué y cómo fueron planteadas las propuestas de trabajo por el profesor formador. En síntesis es importante que el Gerontopsicomotricista vivencie, pero

más importante es que él pueda decodificar por qué y para qué se hacen las propuestas en este espacio de formación y pueda a su vez, representar y mentalizar lo que él mismo vivenció a partir de dichas propuestas.

Como resguardo en este proceso de formación corporal específico, el formador debe incluir elementos del encuadre de trabajo que aseguren y sostengan la formación. En este sentido destacamos, la regularidad, periodicidad y duración de las sesiones de trabajo, la constitución del grupo de trabajo, la privacidad, la confidencialidad y la necesidad de establecer dispositivos de observación y registro, así como acordar formas de evaluación, etc.

Es necesario implementar la construcción de un saber en común a partir de las producciones corporales, es importante proponer y posibilitar el aprendizaje grupal. Para ello *“es importante que sea siempre un mismo grupo, integrado por las mismas personas, que actúen de referente, de sostén y de espejo y bajo una misma coordinación posibilitándose entonces desde este encuadre la seguridad que habilite la reflexión y el análisis de la tarea”* (Mila, 2002, 181).

Como parte del encuadre de trabajo nosotros hemos instrumentado la participación de un observador, que durante el desarrollo de la actividad observa y registra y posteriormente interviene en los momentos de discusión grupal, aportando su mirada a la conceptualización de lo vivido. Todo Psicomotricista debe conocer su expresividad psicomotriz para poder decodificar la expresividad psicomotora del otro en el marco de



los diferentes niveles de intervención psicomotora. *“La formación por vía corporal debe dirigirse a construir el rol del Psicomotricista: debe dotarlo de herramientas para entender al otro en su expresividad tónico-emocional, en decodificar y dar sentido a las señales del cuerpo, del gesto y del hacer del otro”* (Mila, 2002,183).

Podemos decir que nuestro objetivo es que el Psicomotricista conozca su cuerpo, que logre representarse su individual y singular forma de relacionarse con otros, de investir cognitiva y emocionalmente los objetos, el espacio y el tiempo, que tome consciencia de su tono, de sus gestos, de su lenguaje y sea capaz de desplegar en cada intervención psicomotriz sus competencias profesionales específicas.

Nosotros planteamos que es válido que cada Psicomotricista y, en este caso, cada Psicomotricista en proceso de formación como Especialista en Gerontopsicomotricidad conozca su propia expresión psicomotriz. Nuestro trabajo como formadores en la formación corporal específica debe habilitarlo y permitirle conocer su propia expresión psicomotriz, con sus características, sus particularidades y singularidad.

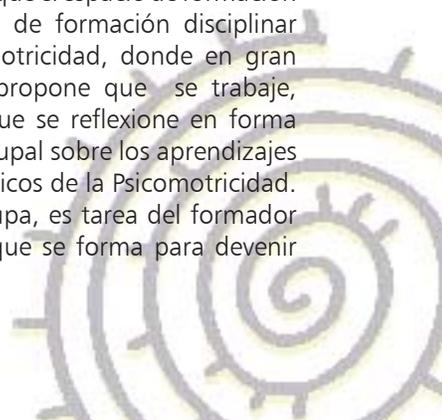
Nuestra práctica clínica en Gerontopsicomotricidad y nuestro trabajo docente en la formación corporal de Psicomotricistas, en los posgrados de la Carrera de Especialistas en la formación corporal del Especialista en Gerontopsicomotricidad nos permiten plantear que en forma indudable la formación corporal de los Especialistas en Gerontopsicomotricidad, tiene particularidades coincidentes y especificidades diferentes

de la formación corporal requerida por un Psicomotricista cuya labor profesional se realiza exclusivamente con niños.

Las competencias (destrezas, habilidades y conocimientos) que en el marco de la formación corporal debe adquirir el Especialista en Gerontopsicomotricidad, requieren una metodología de enseñar y una disposición para aprender que implican un encuadre de trabajo diseñado para dar cumplimiento a estas exigencias y fundamentalmente implican el pensar e implementar una propuesta pedagógica que contemple las especificidades disciplinares y de la práctica profesional con personas que atraviesan el proceso de envejecimiento y vejez.

Para asegurar el proceso de enseñanza aprendizaje de las competencias específicas que se deben adquirir por el Especialista en Gerontopsicomotricidad en el espacio de la formación corporal, se requiere que el formador plantee situaciones y propuestas de trabajo reales y concretas, que permitan, en un primer tiempo, adquirir estas competencias y luego en el proceso de formación, poder desplegar y poner en acción, una y otra vez, las competencias específicas adquiridas.

Es importante visualizar que el espacio de formación corporal es un espacio de formación disciplinar específico de la Psicomotricidad, donde en gran medida el formador propone que se trabaje, que sea vivenciado y que se reflexione en forma individual y en forma grupal sobre los aprendizajes procedimentales específicos de la Psicomotricidad. En el tema que nos ocupa, es tarea del formador que el Psicomotricista que se forma para devenir



Especialista en Gerontopsicomotricidad adquiera las competencias específicas para la mediación corporal con adultos mayores que su trabajo profesional le exige.

El modelo de trabajo educativo por competencias es un modelo centrado en aprender a aprender, y solo es posible implementarlo a partir de una práctica educativa en el espacio de formación corporal específico, que esté centrada en el aprendizaje del estudiante (en el caso que nos ocupa, del Psicomotricista que se está formando en Gerontopsicomotricidad), que permita su desarrollo integral, estimulando su formación permanente y continua.

Debemos preparar y formar al Psicomotricista para afrontar situaciones de la vida cotidiana a nivel disciplinar y profesional, que con seguridad le pueden ser inéditas, pero que debe afrontar a partir de las competencias adquiridas.

Mucho se insiste en que el Psicomotricista resuelve situaciones inéditas que se le presentan a nivel de la práctica psicomotriz educativa o a nivel de la clínica por "intuición" o por "creatividad intuitiva", nosotros no estamos de acuerdo con esta apreciación y pensamos que esa afirmación es un error y que en definitiva responde a la falta de conceptualización sobre los procesos de formación necesarios para devenir en Psicomotricista. Nosotros sostenemos que en realidad, cuando el Psicomotricista resuelve situaciones de la práctica profesional inéditas para él hasta ese momento, y lo hace en forma adecuada, es porque en realidad, tiene integrados conocimientos, procedimientos y destrezas (competencias), que puede poner en

juego ante cualquier situación nueva que se le presenta. Dicho de otra forma, el Psicomotricista ante cualquier situación nueva, en cualquier situación de intervención psicomotriz, debe responder a partir de las competencias disciplinares y profesionales adquiridas en su formación.

Las competencias disciplinares y profesionales son las que en definitiva le permiten al Psicomotricista, bajo el necesario encuadre de trabajo en que se desarrollan las diversas intervenciones psicomotrices, responder técnicamente en forma adecuada, frente a cualquier situación inédita o nueva.

En consonancia y en acuerdo con esta concepción de formación por competencias, nuestro grupo de trabajo de investigación, en conjunto con los profesores de la Universidad Rovira i Virgili y de la Universidad de la República,¹ asumió una actitud innovadora en el área de Formación Corporal del Psicomotricista, formulando y evaluando las competencias necesarias y las respectivas propuestas educativas (a nivel de grado y posgrado universitario) necesarias para adquirir las competencias de la formación corporal específica. Hemos definido y evaluado siete competencias específicas para la formación corporal, en especial estas competencias han sido redactadas por la Dra. Lola García, la Dra. Cori Camps, el Prof. Lic. Juan Mila y el Prof. Adj. Lic. M. Peceli, y son las que hemos trabajado en ambas formaciones durante los años lectivos desde el año 2009:



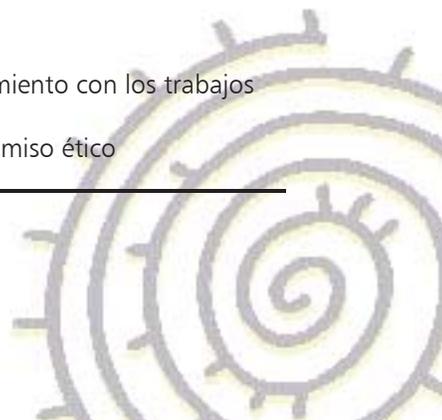
Competencias de la Formación Corporal del Psicomotricista (Camps, 2011, p. 61).

1. Respeto del encuadre de trabajo
2. Expresividad psicomotriz
3. Cuerpo en relación
4. Disponibilidad para el trabajo en grupo
5. Gestión emocional
6. Articulación teórica
7. Articulación práctica

Bajo esta concepción de aprendizaje por competencias, debemos partir también de la premisa de que las competencias deben ser actualizables y que deben ser permanentemente analizadas, revisadas y evaluadas por el colectivo de personas que componen el Demos universitario.

Cuadro N° 1
Competencia N° 1: Respeto del Encuadre de Trabajo

COMPETENCIA	DESCRIPCIÓN	COMPONENTES
1. Respeto del encuadre de trabajo	Cumplimiento de los requisitos de la formación a nivel personal y en relación con el funcionamiento del grupo.	<ol style="list-style-type: none">1. Puntualidad2. Asistencia3. Compromiso con el grupo4. Respeto por los compañeros5. Ajuste en la relación con el formador6. Cumplimiento con los trabajos7. Compromiso ético

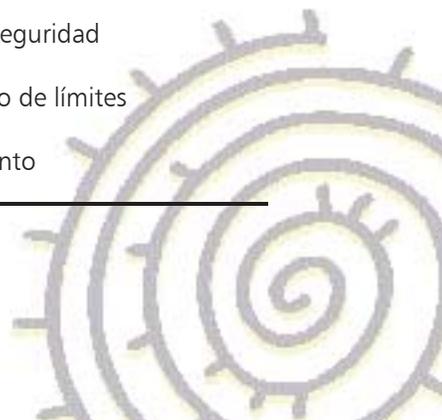


Cuadro N° 2
Competencia N° 2 Expresividad Psicomotriz

COMPETENCIA	DESCRIPCIÓN	COMPONENTES
2. Expresividad psicomotriz	Disponibilidad a nivel corporal que se manifiesta a través del tono, la actitud corporal y los mediadores de la comunicación	<ol style="list-style-type: none">1. Tono y actitud corporal2. Gestualidad3. Contacto corporal4. Uso de la mirada5. Uso del sonido y la voz6. Uso del lenguaje verbal

Cuadro N° 3
Competencia N° 3: Cuerpo en Relación

COMPETENCIA	DESCRIPCIÓN	COMPONENTES
3. Cuerpo en relación	Actitud para decodificar el cuerpo del otro y realizar una intervención ajustada.	<ol style="list-style-type: none">1. Escucha y empatía2. Ajuste tónico al otro3. Contención y seguridad4. Establecimiento de límites5. Acompañamiento



Cuadro N° 4

Competencia N° 4: Disponibilidad para el trabajo en grupo

COMPETENCIA	DESCRIPCIÓN	COMPONENTES
4. Disponibilidad para el trabajo en grupo	Disposición para trabajar por mediación corporal a nivel grupal	1. Disponibilidad corporal 2. Saber individual 3. Saber grupal

Cuadro N° 5

Competencia N° 5: Gestión Emocional

COMPETENCIA	DESCRIPCIÓN	COMPONENTES
5. Gestión emocional	Toma de conciencia y manejo de las propias emociones y de los conflictos interpersonales que emergen en la relación con los otros	1. Auto percepción 2. Estrategias de afrontamiento

Cuadro N° 6

Competencia N° 6: Articulación Teórica

COMPETENCIA	DESCRIPCIÓN	COMPONENTES
6. Articulación teórica	Establecimiento de asociaciones y vínculos de lo vivido con la teoría psicomotriz	Interiorización de la dialéctica cuerpo- psique



Competencia Nº 7: Articulación Práctica

COMPETENCIA	DESCRIPCIÓN	COMPONENTES
7. Articulación práctica	Transfiere y asocia su proceso de transformación personal a la práctica profesional	Establecimiento de asociaciones entre lo vivido y la formación práctica

No nos extenderemos en este artículo sobre cada competencia en particular, remitiendo al lector a la lectura del libro donde se recoge esta investigación. Solo señalaremos que además de definir cada una de estas competencias se han descrito los indicadores e instrumentos de evaluación de cada una de ellas.

En definitiva las competencias que se definieron y describieron forman parte implícita de las tareas, conocimientos, habilidades y responsabilidades del Psicomotricista y del ejercicio profesional del Psicomotricista.

En una investigación posterior, *"Importancia del Trabajo Corporal en la Formación del Psicomotricista"*, trabajo de tesis del Diploma de Estudios Avanzados, Doctorado en Educación

de la Universidad de Murcia (Mila, 2011), en los resultados obtenidos a través del análisis en el grupo de discusión focalizados con estudiantes de la Licenciatura de Psicomotricidad EUTM, Facultad de Medicina, Udelar, se concluye que es pertinente implementar como nueva competencia que debe ser adquirida en el espacio de formación corporal, la Formación en Relación de Ayuda.

Parece pertinente que se pueda definir e implementar como una nueva competencia, la enseñanza para la **Relación de Ayuda**, dado que la misma está presente en todas las intervenciones psicomotrices, tanto educativas como terapéuticas.



INVESTIGACIÓN : “IMPORTANCIA DEL TRABAJO CORPORAL EN LA FORMACIÓN DEL PSICOMOTRICISTA” .

Diploma de Estudios Avanzado. U de Murcia. España.

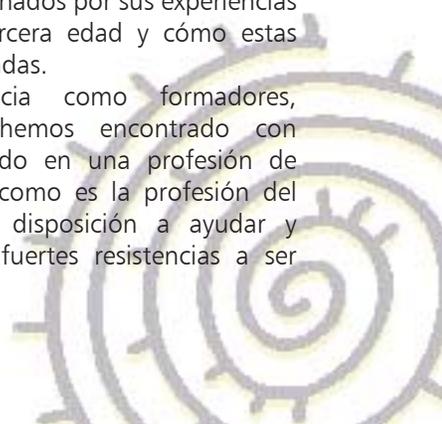
Doctorando: Prof. Lic. Juan Mila 2011. (inédito)

Resultados obtenidos a través de las Unidades de análisis en el grupo de discusión focalizada con estudiantes	Unidad de análisis IV
Propuestas de nuevas competencias que deben ser adquiridas en el espacio de la Formación del Rol del Psicomotricista a través del Trabajo Corporal, en el discurso de los estudiantes que intervinieron en las discusiones grupales focalizadas.	Nueva Competencia: Formación en RELACION DE AYUDA.

Planteamos que es pertinente que se pueda definir e implementar como una nueva competencia, la enseñanza para la Relación de Ayuda, dado que la misma está presente en todas las intervenciones del Especialista en Gerontopsicomotricidad, tanto en las intervenciones a nivel Preventivo - Educativo como en las intervenciones Clínicas -Terapéuticas. El Especialista en Gerontopsicomotricidad debe hacer consciente a través del trabajo que se desarrolla en el espacio de formación corporal específica, cómo él se posiciona en la relación de ayuda con personas que están transitando las diferentes etapas del proceso de envejecimiento y vejez. Se

impone el tener en cuenta que el Especialista en Gerontopsicomotricidad, lógicamente no ha sido aún una persona adulta mayor, pero obviamente tiene conceptos y preconcepciones sobre esta etapa de la vida, que están signados por sus experiencias con personas de la tercera edad y cómo estas personas han sido cuidadas.

En nuestra experiencia como formadores, frecuentemente nos hemos encontrado con personas que trabajando en una profesión de ayuda y de cuidados, como es la profesión del Psicomotricista, tienen disposición a ayudar y a cuidar, pero tienen fuertes resistencias a ser



cuidados y a ser ayudados. Es importante que en el proceso de formación corporal se trabaje en profundidad el eje de formación cuidar/ ser cuidado, ayudar/ ser ayudado, sostener/ ser sostenido. Indudablemente este trabajo debe complementarse en otros espacios formativos,

como el espacio de supervisión. Y resulta indispensable que quien cuida, ayuda y sostiene a otros permita ser sostenido, cuidado y ayudado desde los espacios de resguardo de la salud mental del psicomotricista, el espacio de la supervisión y su propio espacio psicoterapéutico.

Citas:

Proyecto "Constitución de un Grupo de Trabajo, Investigación y Docencia en la Formación Corporal y Personal de los estudiantes de Psicomotricidad de la Universidad Rovira i Virgili (Tarragona, España) y la Universidad de la República (Montevideo, Uruguay)". Inédito. Coordinadores: Dra. Cori Camps, Prof. Lic. Juan Mila. El equipo investigador ha estado conformado por: Dra. Lola García y Dra. Inés Tomás, por parte de la URV y la Prof. Adj. Lic. Mariela Peceli (2010).

BIBLIOGRAFÍA

ARNÁIZ, P. (2003). *Educación Inclusiva: una escuela para todos*. Málaga: Aljibe.

ARNÁIZ, P.; RABADÁN, M. y VIVES, I. (2001). *La psicomotricidad en la Escuela. Una práctica preventiva*. Málaga: Ediciones Algibe.

ARNÁIZ, P.; CASTRO, M. y GUIRAO, J. (2005). "Alumnos en riesgo de exclusión social: La integración escolar de grupos culturales minoritarios en la Región de Murcia. *Bordón Revista de Pedagogía*. Vol 55 (I), 61-68.

BALLAOUARD, C. (2006). *Le travail du Psychomotricien*. Paris: Dunod.

BERRUEZO, P.P. (1995). "El cuerpo, el desarrollo y la psicomotricidad". *Psicomotricidad. Revista de Estudios y experiencias*. Nº 49, p. 15-26.

BERRUEZO, P.P. (2008). "El contenido de la Psicomotricidad. Reflexiones para la delimitación de su ámbito teórico práctico". *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. Nº 62, p. 19 – 34.

CADY, S. (2009). *Psicosomática y Psicomotricidad*. Madrid. CIE: Dossat.

CAMAÑO, C. (2009). *Evaluar para mejorar la enseñanza en la Universidad*. Montevideo. Departamento de Publicaciones Facultad de Agronomía. Universidad de la República.

CAMAÑO, C. (comp.). (2009). *¿Se puede ayudar a aprender? ¿Se puede ayudar a enseñar? Miradas desde la Unidad*

Opción Docencia. Montevideo. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

CAMPILLO ARNAIZ, L. (2005). Tesis Doctoral. *Estudio de los elementos culturales en las obras de Shakespeare y sus traducciones al Español por Macpherson, Astrana y Valverde*. Universidad de Murcia. Consultada el 31 de julio de 2011. <http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/10813/LCampilloArnaiz.pdf?sequence=1>

CAMPS, C. (2002). El esquema corporal. En: *La Práctica Psicomotriz: una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento*. (pág. 355-398). Málaga: Aljibe.

CAMPS, C. (2005). La observación de la intervención del psicomotricista: actitudes y manifestaciones de la transferencia. *Revista Iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, nº 19, p. 27-52.

CONTANT, M. y CALZA, A. (1991). *La unidad psicósomática en psicomotricidad*. Barcelona: Masson.

CRISTALDI, M. (2008). *La ricerca in psicomotricità interculturale*. Catania : CUECM.

DESOBEAU, F. (2008). *Thérapie psychomotrice avec l'enfant*. Paris : Érès.

DÍAZ BARRIGA, A. (1990). *Didáctica y currículum*. Buenos Aires: Aique.

DÍAZ BARRIGA, A. (1991). *Didáctica. Aportes para una práctica*. Buenos Aires: Aique.

DÍAZ BARRIGA, A. (1994). *Docente y programa. Lo institucional y lo didáctico*. Buenos Aires: Aique.

DÍAZ BARRIGA, A. (2005). El enfoque de competencias en la educación. ¿Una alternativa o un disfraz de cambio? *Revista Perfiles Educativos*, vol. XXVIII, núm. 111, p. 7-36

LE CAMUS, J. (1987). *La práctica psicomotriz en el niño poco hábil*. España: Editorial Marfil.

Ley 17. 155. año 1999. República Oriental del Uruguay consultado el 3 de setiembre de 2011. <http://egresadoseutm.blogspot.com/2009/01/ley-17155.html>.

Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social. consultado el 3 de setiembre de 2011. <http://admi.net/jo/SPSX9400133L.html>

LORCA, M. y SÁNCHEZ, J. (2003). *Psicomotricidad y necesidades educativas especiales*. Málaga: Aljibe.

MASSENZ, M. y SIMONETTA, E. (2002) *La valutazione psicomotoria*. Milán: ANUPI.

POTEL, C. (2008) *Psychomotricité: entre Théorie et Pratique*. Paris: Editions in Press.

MARTÍNEZ, M. "Los Grupos Focales de Discusión como Método de Investigación" consultado 22 julio 2011. <http://miguelmartinezm.atspace.com/gruposfocales.html>

MILA, J. (2008). *De profesión psicomotricista*. Buenos Aires: Miño y Dávila Ed.

MILA, J. (2002). La construcción del cuerpo del psicomotricista. En Llorca, M.

(coord.): *La Práctica Psicomotriz: una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento*, (p. 181- 194).



Málaga: Aljibe.

MILA, J. (2005). La interdisciplina y los contenidos de la formación del psicomotricista. *Revista Iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, nº 19, p. 8 a 18.

MILA, J. y PECELI, M. (2007). El perfume y el sabor del chocolate. El valor de lo sensorial en la estructuración tónico-emocional, Formación del rol del psicomotricista a través del trabajo corporal. *Revista Iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, nº 25, Vol. 7 (1), p. 83-96.

Ordenanza de Estudios de Grado y otros Programas de Estudio de Grado. Udelar. Consultado el 24 de setiembre de 2011. http://www.universidadur.edu.uy/juridica/admin/noticias/images/imagenes_noticias/Estudios%20de%20Grado%20y%20otros%20Programas%20de%20Formacion%20Terciaria.pdf

PÉREZ, R. "Los Focus group y el conocimiento", consultado el 12 de agosto de 2011. http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id_articulo=1124

Plan de Estudios Licenciatura de Psicomotricidad Escuela Universitaria de Tecnología Médica. Facultad de Medicina. Universidad de la República. 2006.

PLANEL, C.; MANZONI, P. y MILA, J. (2011). *Proyecto de Investigación de Trabajadores Técnicos en Salud en el Mercosur*. Escuela Universitaria de Tecnología Médica. Seminario de Investigación. Fundación Fiocruz. Río de Janeiro. Agosto 2011. Inédito.

Reglamento del Plan de Estudios 2006. Escuela Universitaria de Tecnología Médica. Facultad de Medicina. Universidad de la República. (2006), consultado el 3 de septiembre de 2011 www.eutm.fmed.edu.uy

RODRIGUEZ, R. *Cómo analizar cuantitativamente datos cualitativos*, consultado el 15 de agosto 2011 <http://www.gestipolis.com/canales/demarketing/articulos/62/datoscuali.htm>

SOUBIRÁN, G. P. y COSTE, J. C. (1989), *Psicomotricidad y relajación psicósomática*. Madrid: G. Nuñez editor.

VALLAEYS, F. "Focus groups con estudiantes, acerca de su evaluación de la formación ética y socialmente responsable que están recibiendo en la Universidad". Consultado el 22 de julio 2011. http://www.rsu.uninter.edu.mx/doc/herramientas_RSU/FocusGroupconEstudiantes.pdf

VALSAGNA, A. (2003). La formación corporal del psicomotricista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, nº 11, p. 5 a 12.



10. DISPOSITIVO ESTRATÉGICO EN PSICOMOTRICIDAD APORTES A LA CALIDAD DE VIDA PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS EN UN CONTEXTO DE VULNERABILIDAD SOCIOECONÓMICA DESDE UNA CONCEPCIÓN COMPLEJA

*PSYCHOMOTOR STRATEGIC DEVICE.
CONTRIBUTION FOR IMPROVING CHILDREN'S, SUFFERING FROM
DISABILITY, QUALITY OF LIFE AND THEIR FAMILIES AS WELL, IN A
CONTEXT OF SOCIAL AND ECONOMICAL VULNERABILITY.*

**Adriana Curbelo, Pablo Bottini, Valeria De Simone, Luisina Wies, Sofía Dellatorre,
Verónica Amor, Maricel Cristo, Marcela Corin y Mariana Romeo**

DATOS DE LOS AUTORES

Adriana Teresita Curbelo es Licenciada en Kinesiología y Fisiatría, Especialista en Kinefisiatría Crítica Respiratoria y Terapia Intensiva, es además Kinesióloga del Centro de Salud N° 24 del Hospital Piñero, Buenos Aires, e integrante del Dispositivo Estratégico en Psicomotricidad del Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 24, Hospital Piñero, del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Pablo Luis Bottini es Psicólogo Social y Psicomotricista. Es Coordinador del Dispositivo Estratégico en Psicomotricidad del Ce.S.A.C. N° 24, Hospital Piñero, Ministerio de Salud G.C.A.B.A. Buenos Aires; ex Coordinador del Equipo de Psicomotricidad y la Sala de Juego del Hospital de Día Pediátrico del H. Durand, Ministerio de Salud G.C.A.B.A, Buenos Aires. Argentina. Docente en la Licenciatura en Psicomotricidad de la Universidad de Morón, Argentina; de la Universidad UNIBE de Asunción, Paraguay; del Diplomado



en Psicomotricidad de la Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile; del Diplomado en Psicomotricidad Educativa y Terapéutica de la Asociación de Tecnólogos Médicos del Perú. Es además Secretario General de la Red Fortaleza, Red Latinoamericana de Universidades con Formación en Psicomotricidad; Profesor Honoris Causa y delegado de la Organización Internacional de Psicomotricidad y Relajación (O.I.P.R.), Paris, Francia y Codirector de la Asociación Muove.
Dirección de contacto: bottinipablo@hotmail.com

Valeria Cecilia De Simone es Licenciada en Psicomotricidad. Integrante del Dispositivo Estratégico en Psicomotricidad del Ce.S.A.C. N° 24, Hospital Piñero, Ministerio de Salud G.C.A. Buenos Aires.

RESUMEN

El presente trabajo relata la experiencia llevada adelante por un equipo interdisciplinario constituido por psicomotricistas, kinesiólogos y fonoaudiólogos, en el ámbito de la Salud Pública de la Ciudad de Buenos Aires. Las acciones llevadas adelante por dicho equipo intentan fomentar y favorecer el mejor desarrollo psicomotor posible en los niños consultantes, muchos de ellos con secuelas de discapacidad, y mejorar su calidad de vida y la de su núcleo familiar. Estas acciones se llevan adelante en una zona marginal de la ciudad, habitada por familias que presentan necesidades básicas insatisfechas, tanto en lo nutricional, habitacional, educacional como en las condiciones básicas de salubridad. En su gran mayoría son migrantes del interior del país y de países vecinos.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida. Desarrollo psicomotor. Necesidades básicas insatisfechas. Discapacidad.

ABSTRACT

The present work describes the experience of an interdisciplinary team of psychomotricians, physiotherapists and fonoaudiologists in Buenos Aires city public healthcare system. The actions conceived by such team, promote an optimum psychomotor development for consultant children, many of them with sequels from disability, and improve their family's quality of life as well. This actions take place on the outskirts of the city, inhabited by families with nutritional, housing, educational and health deficiencies. Most of them are immigrants from the inner country or bordering countries.

KEY WORDS: Quality of life, psychomotor development, vital unfulfilled needs, disability



RELATO DE EXPERIENCIA

El principal propósito de este escrito es difundir la experiencia de trabajo llevada adelante por el Dispositivo Estratégico en Psicomotricidad inserto en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 24 "Eva Perón", dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Asímismo, expondremos los logros alcanzados a través de la implementación de la concepción compleja del Desarrollo Psicomotor y su impacto favorable en la mejor Calidad de Vida de las personas con discapacidad y sus familias.

"El Centro de Salud N° 24, está ubicado en el sur de la CABA, en Villa Soldati, en un Barrio denominado Barrio Ramón Carrillo y su área de influencia comprende el citado barrio y Barrio Carrillo II, la Villa N°3 o Villa Fátima, Los Piletones y asentamientos Los Pinos, Riestra y otros.

Las condiciones ambientales son en general precarias, aunque la urbanización ha mejorado en los últimos tiempos (por ej. en Villa Fátima), coexisten en la zona situaciones de extrema precariedad sobre todo en los asentamientos nuevos, que se presentan como verdaderos bolsones de pobreza, con condiciones de vida insalubres, falta de agua segura, inadecuada eliminación de excretas, hacinamiento, calles de tierra, grandes basurales, presencia de animales compartiendo espacios con personas, etc.

Cada uno de estos barrios posee características propias de acuerdo con su origen y conformación. Lo común en ellos es: familias numerosas y ampliadas, viviendas inadecuadas por dimensión o por características materiales, saneamiento ambiental deficitario, problemas de escolaridad,

etc." (Curbelo y O., 2012).

En este contexto habitual de subsistencia, la calidad de vida de la población y, sobre todo, la de los niños que sufren discapacidad y sus cuidadores, se ve seriamente condicionada, razón por la cual, se deben redoblar esfuerzos y disponer recursos en forma creativa y estratégica para favorecer un mejor desarrollo de los mismos.

Fernando Stern nos ayuda a reflexionar:

"Qué pensar ante la sinergia destructiva entre pobreza y discapacidad. Así como hablamos de discapacidades asociadas, estaríamos ante el terrible flagelo de las exclusiones asociadas. En realidad la pobreza es causa de discapacidad y la discapacidad realimenta el circuito de la pobreza." (Stern, 2005, citado por Curbelo y O., op. cit.).

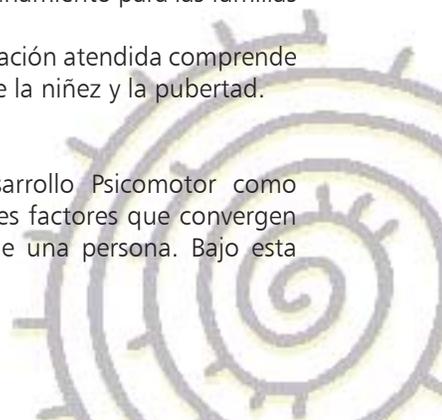
En un inicio, el dispositivo se dispuso para la atención de niños pequeños que padecen discapacidad, dado que en la población más joven es donde se observa la mayor necesidad insatisfecha de atención, debido -la mayoría de las veces- a que existen pocos recursos para esa franja etárea y muchas otras, porque aún no han sido definitivamente orientados a una atención específica.

En este sentido, el Dispositivo Estratégico en Psicomotricidad se convierte en un primer espacio de contención y acompañamiento para las familias consultantes.

En la actualidad, la población atendida comprende la franja que comprende la niñez y la pubertad.

MARCO TEÓRICO

Comprendemos el Desarrollo Psicomotor como la resultante de múltiples factores que convergen a lo largo de la vida de una persona. Bajo esta



concepción, definimos el mismo de la siguiente forma:

“Expresión postural, motriz y gestual del proceso de integración de la persona a lo largo de su desarrollo. Dicha expresión, en tanto producción corporal (sustentada en la función tónica), es condicionada por el contexto en que se manifiesta, a quien a su vez condiciona”. (Bottini, 2000, citado por Sassano, 2013, pág. 25. La aclaración es nuestra.).

En concordancia con lo definido, encontramos la siguiente concepción de salud, explicitada en el trabajo ya citado de Curbelo y otros, quienes definen la misma como:

“(…) un HECHO SOCIAL, producto de las condiciones de vida de los sujetos y condición básica para el desarrollo integral de la persona, para la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus potencialidades.” (Curbelo y O., 2012).

Los autores aclaran al respecto:

“Enfermar, morir, atender la enfermedad deben ser pensados como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas, ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente. Por eso también es un producto histórico, que también depende entre otras cosas de las políticas de salud llevadas a cabo por el Estado.

Los PADECIMIENTOS constituyen entonces uno de los principales ejes de construcción de significados colectivos y todas las sociedades necesitan producir estrategias de acción técnica y socioideológica respecto de los mismos.” (Curbelo y O., 2012)

Es por esto que intervenir en un dispositivo psicomotor es tener conciencia de que para lograr

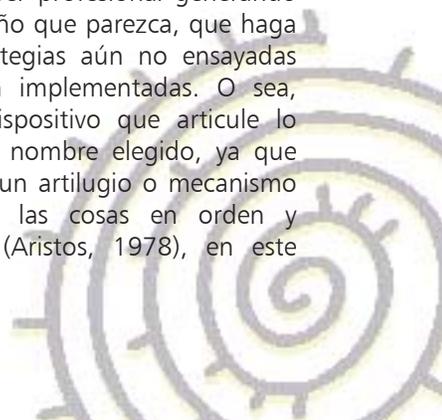
mejorar las condiciones de vida cotidiana de las personas que consultan, debemos partir de un relevamiento de los aspectos particulares, que hacen a la singularidad de cada consultante y su familia.

Dice Margarita Rozas *“(…) el concepto de vida cotidiana expresa la trama social en la cual los sujetos articulan su existencia, con relación a la lucha por la satisfacción de sus necesidades”.* (Curbelo y O., 2012).

Cada afección adquiere en la persona una modalidad de expresión que le es propia, resultado de la encarnadura que esa persona expresa de dicha afección. Encarnadura resultante de su historia, en el contexto familiar, cultural, social, económico, ecológico, en que se desarrolló y desenvuelve.

Decíamos oportunamente respecto del Trastorno Psicomotor: *“El carácter complejo del fenómeno psicomotor nos compele a ampliar el foco de nuestras observaciones, para no escotomizar su verdadera dimensión. Nuestra propuesta es, entonces, pensar a la persona en su carácter bio-psico-socio-eco-cultural* (Bottini, 1998, citado en Bottini, 2000, pág. 196).

Somos conscientes de que “nuestra arma” es la posibilidad de llegar con las orientaciones dadas al niño con dificultades como a su familia. Actuar con nuestro saber profesional generando un cambio, por pequeño que parezca, que haga que se movilicen estrategias aún no ensayadas o se potencien las ya implementadas. O sea, constituirnos en un dispositivo que articule lo ya existente, de ahí el nombre elegido, ya que dispositivo se refiere a un artilugio o mecanismo que permite disponer las cosas en orden y situación conveniente (Aristos, 1978), en este



caso, de manera estratégica, o sea, en el sentido anticipado y necesario de tal modo de favorecer a quien consulta y su entorno familiar.

Tomamos primero contacto con la persona que padece y su familia. Observamos cómo porta su trastorno, su condición de persona con discapacidad, en qué nivel de desarrollo se manifiesta, cómo son sus condiciones habitacionales y núcleo conviviente, cómo se desplaza en su hogar, cómo se traslada fuera de él, quién lo cuida, qué grado de comprensión hay entre sus familiares respecto a sus características y padecimientos, etc.

Partimos además de un concienzudo relevamiento de datos atinentes a los diagnósticos en danza o ya efectuados, a los tratamientos en curso o ya indicados, a la inserción escolar u organizacional en la que se halla inscripta la persona, a los elementos con que cuenta para su asistencia diaria.

Pasamos a constituirnos entonces en un "Nodo de Red" (Lamarca Lapuente, 2015), nuevos actores de la Red Social en la que ya está inscripta la persona consultante y su familia, con el objeto de favorecer: "(...) la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades" (Dabas 1998, citada por Bottini, *op. cit.*, pág. 213).

Ya que sabemos, siguiendo a la mencionada autora, que: "(...) Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser estos socialmente compartidos". (Dabas 1998, citada por Bottini, *op. cit.*, pág. 213). Por eso es que nos dedicamos a recabar información existente para poder generar a partir de ella nueva información. Información que resulte significativa

sabiendo que la noción de información conlleva la idea de: "(...) una diferencia que genera una diferencia, o en términos de G. Bateson (1979), una diferencia que importa" (Bottini, *op. cit.*, pág. 205).

Este modo de intervención presupone la lógica intrínseca de lograr un cambio tanto en el consultante y sus cuidadores como en los profesionales, sean estos del campo de la salud como de la educación, que permita la ya mencionada potenciación de los recursos reales o potenciales que pueden propiciar una mejor calidad de vida en la persona que padece.

Si un cambio se logra en alguno de los actores implicados en la red de la vida cotidiana en la que se encuentra inmerso el niño consultante, generará un movimiento en toda ella, ya que la misma, en su calidad de "(...) sistema abierto y multicéntrico (...)" (Dabas, 1998), responde a la ley general de los sistemas, de que es imposible que algo cambie sin que cambie el todo.

"La definición más general de sistema (del griego *systema*, una cosa compuesta) es la que se refiere a la composición ordenada de elementos (materiales o mentales) en un todo unificado. [...] un sistema, en su conjunto, es cualitativamente diferente de la suma de sus elementos individuales y 'se comporta' de un modo distinto." (Simon y O., 1988, citados por Bottini, 1998)

Logrando introducir información novedosa respecto a la situación del niño consultante y su familia en la red en que se hallan insertos, buscamos modificar "posiciones" en los actores de la misma, ya que: "La red vincular está constituida por las múltiples relaciones que cada persona establece (...)", *lo particular de esta red es el atravesamiento*



de la emoción, lo que nos “(...) permite crear un mundo con otros y crear y construir significados diversos según el contexto. Al mismo tiempo “la red nocional” posibilita contar con un soporte que posibilita enmarcar nuestro accionar a través de (...) <esto quiere decir lo mismo para ambos> (...) la red nocional, (...) es una co-construcción peculiar, modificable y factible de enriquecerse permanentemente.” (Dabas, 1998, citada por Bottini, 2000, Op. Cit.).

Si nuestra tarea como equipo está adecuadamente encaminada, todos los actores implicados en la red vital del niño consultante modifican tanto sus posturas emocionales como nocionales, cada uno a su nivel de responsabilidad e implicancia... lo sepan o no, sean o no conscientes de ello, iesto es así! Un fenómeno imparabile y en realidad, solo parcialmente predecible en sus alcances y logros.

El principio general que nos orienta en la tarea es el que se deslinda de la premisa básica de la Dra. Emmi Pikler *“Moverse en libertad”* (Pikler, 1985). Si bien este es un principio que dicha autora aplica al desarrollo en la primera infancia de niños sin alteraciones en su desarrollo, gracias a los aportes que hicieron oportunamente García y González (Ministerio de Salud de la Nación, 2009) y García (2011), podemos recurrir a la ampliación de este principio más allá de esta etapa de la vida y a los niños que padecen algún tipo de discapacidad.

Es así como al recibir al consultante, vemos muchas veces que el mismo está siendo orientado desde otras prácticas profesionales para intentar llegar a las pautas madurativas propias de determinada edad cronológica sin atender en qué momento de adquisición previa se encuentra en relación con dicho logro.

El relevante aporte de la Dra. Pikler (1985) se funda

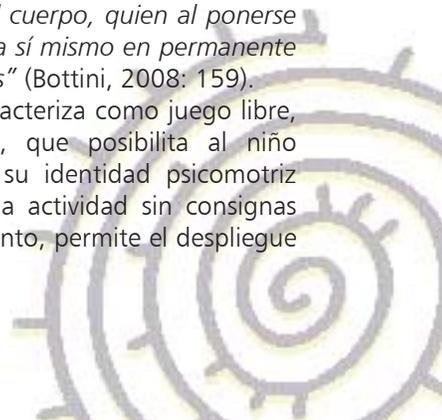
en haber descripto puntillosamente las llamadas *“posturas intermedias”*, o sea, los pródromos de la adquisición de determinada postura o habilidad. Con esta valiosa herramienta nos es posible relevar el estado de desarrollo psicomotor del niño incluyendo la riqueza de las etapas intermedias propias del mismo. Y lo que es aún más importante, saber en qué sentido el niño debe ser favorecido para el paso a la etapa siguiente, disponiendo de forma estratégica un adecuado ambiente estimulante, lo que incluye, siguiendo los principios piklerianos detallados por García y González (Ministerio de Salud de la Nación 2009), la adecuada disposición por parte del adulto cuidador de su propia modalidad de relación con el niño (al igual que el resto de su entorno familiar y de desarrollo cotidiano), de la vestimenta, del espacio y los objetos.

MODO DE INTERVENCIÓN: EL JUEGO CORPORAL

El juego corporal es una técnica propia y específica de la psicomotricidad, involucra no solo el cuerpo, sino que participan también el contexto, el tiempo, el espacio, los objetos y los otros.

“No hay juego que no sea corporal (...) el cuerpo se construye en el espacio lúdico fundado en las relaciones tempranas de la persona, a la vez que el juego siempre remite al cuerpo, quien al ponerse en juego, se construye a sí mismo en permanente interacción con los otros” (Bottini, 2008: 159).

El juego corporal se caracteriza como juego libre, espontáneo y creativo, que posibilita al niño manifestar y construir su identidad psicomotriz (Sassano, 2003), es una actividad sin consignas precisas, sin enjuiciamiento, permite el despliegue



de la imaginación y la creatividad. Es a través de este, y en interacción con los otros y con los objetos, que el niño descubre su propia modalidad de jugar, en un espacio de aceptación y reconocimiento, brindándole seguridad y confianza para desarrollar al máximo sus potencialidades.

Se organiza a partir de los objetos puestos a disposición del niño. Estos se caracterizan por brindar la posibilidad de usarse de una manera no convencional, creando nuevas formas y posibilidades para cada niño.

"(...) la eficacia de la práctica psicomotriz, basada en el juego corporal se debe a que de este modo y por este medio, el psicomotricista está trabajando los elementos del desarrollo psicomotor de la persona, potenciando la capacidad creativa de la misma y construyendo con ella las estrategias más efectivas para el mejor avance y afianzamiento del desarrollo en su dimensión global" (Bottini, 2007: 114).

EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Ahora bien, si hasta ahora nos hemos dedicado a sustentar nocionalmente las acciones del dispositivo y nuestro modo de accionar en él, ha llegado el momento de hablar del dispositivo en sí mismo.

Esto implica describir primero la constitución del mismo. El Dispositivo Estratégico en Psicomotricidad está constituido por un grupo de profesionales de la salud de diverso origen. Forman parte de él kinesiólogos, fonoaudiólogos y psicomotricistas de diferente formación, los que se encuentran en permanente relación con el resto de los programas y profesionales del equipo de salud

integrante del Ce.S.A.C.

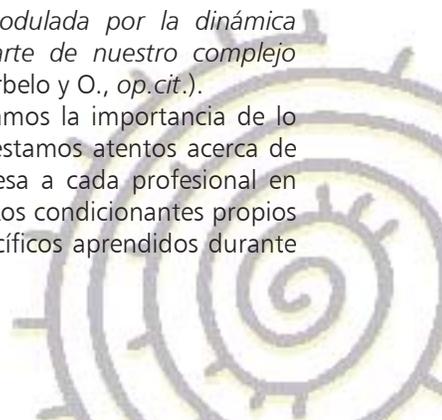
Se constituye así, el mismo equipo del dispositivo, en una Red Social de carácter interdisciplinario y complejo, además de un espacio que recibe el enriquecimiento y enriquece en su formación a los rotantes de las residencias de enfermería, terapia ocupacional, pediatría, psicología y recibe habitualmente a pasantes extranjeros de muchas de estas prácticas profesionales.

Buscamos de esta manera, generar una reflexión conjunta, basada en el intercambio de saberes propios y específicos de cada profesional integrante del dispositivo y de los rotantes antes mencionados.

Coincidiendo con lo ya expresado en el citado trabajo de Curbelo, expresamos:

"Como equipo interdisciplinario de salud observamos la importancia del intercambio con las familias de niños con discapacidad, ya que el seno familiar y social es el primer espacio de reconocimiento y aprendizaje para el niño, Jorge Colombo (2007) hace referencia al contexto cultural, y la optimización social para que la crianza de los niños, se desarrolle de forma favorable: <En el reino natural la probabilidad de supervivencia de un recién nacido no sólo depende de sus aptitudes innatas y adquiridas, sino también de la forma y duración de su contención social, de su crianza. (...) En el humano la crianza es una característica de comportamiento modulada por la dinámica cultural, que forma parte de nuestro complejo nicho ecológico>". (Curbelo y O., op.cit.).

Pero así como observamos la importancia de lo cultural en la crianza, estamos atentos acerca de "la cultura" que atraviesa a cada profesional en su formación de base. Los condicionantes propios de los contenidos específicos aprendidos durante



la formación de grado y la implementación de los mismos por cada colega en la práctica de su ejercicio profesional cotidiano.

La práctica interdisciplinaria enriquece la tarea solo si quienes integran los equipos de trabajo tienen la plena certeza de que el intercambio con el otro enriquecerá al destinatario de las acciones y a sí mismo. De ahí la importancia de que se trabaje tanto en las modalidades de comunicación hacia el paciente y la red en la que se halla inmerso, como en la modalidad comunicacional dentro del propio equipo de trabajo. Parafraseando a Pichon Rivière (1981), trabajar tanto a nivel de la tarea explícita (atención de personas con discapacidad y sus familias) como de la tarea implícita (conformación de un equipo de trabajo interdisciplinario en Psicomotricidad).

Concebido como una red, el propio equipo interdisciplinario debe modificar sus concepciones previas, por lo menos parcialmente, para lograr optimizar sus funciones, ya que como dijimos anteriormente, la red nocional en la que están inmersos se modifica, modificando así la de sus integrantes.

Se logra así un complejo proceso de co-construcción de un nuevo nivel nocional y operacional específico de los integrantes del Dispositivo Estratégico en Psicomotricidad, que se encuentra en permanente revisión y enriquecimiento al estar en contacto con otros equipos del propio centro de salud así como con profesionales y equipos con los que se entabla comunicación en función de la singularidad planteada por cada persona atendida.

Coincidimos con Stolkiner, cuando dice acerca de la interdisciplina:

"Hay que ser capaz de cuestionar la existencia misma de las disciplinas tal cual aparecen. Cuestionar no

significa negar, se trata de no dar por natural e inmutable una categorización de las Ciencias que surgió ante una demanda social determinada, y quizá, es inútil para otra. La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos. Tal es el caso de Salud o Educación, abordadas además en este caleidoscópico territorio cultural de América Latina". (Stolkiner, 1987).

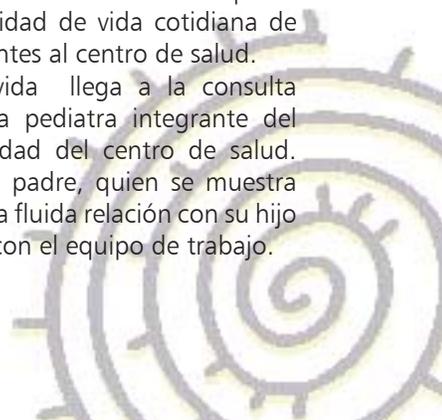
Nos orienta y precede en este accionar el trabajo realizado para su constitución y enriquecimiento constantes por el equipo interdisciplinario conformado por el colectivo profesional del CeSAC 24, en el que desplegamos nuestras acciones.

Inmersos e integrados en él, y positivamente condicionados por una "cultura organizacional" que nos atraviesa, es fuente de permanente búsqueda y superación. Sin dudas, el trabajo de Corín (2013) se expresa y se explaya al respecto.

IMPACTO DE LAS ACCIONES

Relataremos a continuación tres situaciones que ejemplifican cómo el accionar del Dispositivo Estratégico en Psicomotricidad impactó positivamente en la calidad de vida cotidiana de algunos de los consultantes al centro de salud.

M. de 38 meses de vida llega a la consulta derivado por la médica pediatra integrante del programa de discapacidad del centro de salud. Es acompañado por su padre, quien se muestra empático y dispuesto a la fluida relación con su hijo y disponible al diálogo con el equipo de trabajo.



Motivo de consulta: retraso en Desarrollo Psicomotor.

Diagnóstico: Encefalopatía crónica (a determinar evolutividad) asociada a epilepsia mioclónica.

Datos previos: No habla, emite sonidos mutuales. El padre remite que no puede subir o bajar escalones, que se ha caído y que en ocasiones cuando se enfrenta a un desnivel del piso llora para que alguien lo ayude a moverse. Es importante destacar que en el medio del monoambiente donde habita la familia, se encuentra un escalón que M. no logra superar en su habitual desplazamiento por el hogar, dado lo cual, el reclamo de ayuda del niño mediante el llanto es una constante.

Ante esto, las personas que habitan el hogar, lo asisten levantándolo y pasándolo de un lado a otro del escalón cada vez.

Esto se debe a que M. ha sido ayudado a caminar pero no se ha fomentado, en el tratamiento que está recibiendo de Estimulación Temprana en un centro educativo cercano al centro de salud, su autonomía de moviendo. M. no logra incorporarse solo desde la postura decúbito dorsal para sentarse, ni pararse estando sentado, así como tampoco logra sentarse una vez que se lo para.

Su padre cuenta que M. se cayó de la sillita siendo pequeño jugando y que eso fue lo que le provocó convulsiones, motivo por el cual se ve muy preocupado por las posibles caídas futuras que pudiera tener M.

Al escuchar el relato de su padre, y observar las posibilidades de despliegue motor por M. mostradas, concluimos en que las dificultades que presenta en la evolución de la marcha podrían deberse a la falta de un espacio de juego en el que el niño pueda moverse libremente y así construir progresivamente las posturas intermedias

necesarias hasta llegar a caminar solo, anticiparse a la caída, y así superar por sí mismo los desniveles que pudiera tener el piso.

El cuidado de los adultos y su entorno ha obstaculizado el movimiento libre y autónomo del niño.

El tratamiento recibido le ha permitido caminar pero podría haber obstaculizado los otros movimientos necesarios para un desempeño autónomo de M. respecto a sus desplazamientos.

Ante esta conclusión, se charla con el padre acerca de la importancia de que M. logre por sí mismo las posturas necesarias para la autonomía de sus desplazamientos.

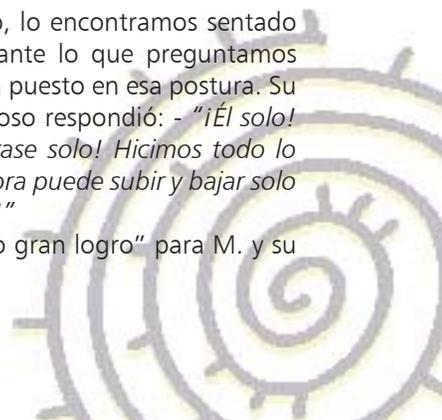
Se le indica que disponga de un lugar seguro con características similares a las de la sala donde se lleva adelante el dispositivo, que fabrique, con materiales disponibles, diferentes desniveles para que M. los explore libremente, pero que se mantengan atentos, tanto él como el resto de los habituales cuidadores, para acompañarlo en momentos de dificultad sin interferir en el quehacer del niño.

A las dos semanas, respondiendo a la citación dada, llega M. con sus padres.

Como es habitual, se les pide a estos que coloquen a M. en el suelo, sin calzado y en decúbito dorsal sobre el piso, mientras nos damos vuelta en busca de un juguete.

Al volver la vista al niño, lo encontramos sentado en el medio del piso, ante lo que preguntamos acerca de quién lo había puesto en esa postura. Su padre, enfático y orgulloso respondió: - *"¡Él solo! ¡Ya sabe sentarse y pararse solo! Hicimos todo lo que nos dijeron... ¡y ahora puede subir y bajar solo los escalones de la casa!"*

Sin dudas, un "pequeño gran logro" para M. y su



familia.

En la situación de G., de 7 años y 5 meses, la derivación al Dispositivo Estratégico en Psicomotricidad fue solicitada por la psicopedagoga del equipo profesional de centro de salud.

Motivaron dicha derivación las dificultades presentadas por el niño en las praxias finas.

El mencionado niño había realizado varios tratamientos previos, a saber:

-Fonoaudiología desde sala de 5 años hasta fines del 2013, año en el que fue dado de alta.

-Psicología, llevado adelante por el personal del centro de salud.

-Control cardiológico periódico, dado que sufre de un soplo, lo que le significó siete internaciones.

-Controles oftalmológicos, de los cuales se desprendió la indicación de uso de anteojos para la computadora, la televisión, leer y escribir.

G. se encuentra al momento de la consulta, cursando 2do grado, en modalidad de jornada completa en una escuela estatal de educación común.

Según surge de la entrevista inicial realizada con el padre, el niño no respeta los límites que le pone la madre, sí los de él "porque le tiene miedo". Siempre está llamando la atención y buscando el límite. La mayor parte del tiempo juega con la computadora y aún no pronuncia bien algunas letras.

A su vez, comunica que en la escuela no se queda quieto, no cumple pautas como copiar, está en constante movimiento y no presta atención. En dicha institución los compañeros le pegan, pero las docentes dicen que él comienza la pelea. Es muy señalado por todos.

Fuera de la jornada escolar, G. permanece al cuidado de su abuela materna hasta llegada la

noche. Con ella también busca el límite.

Ante esta situación, nos ponemos en contacto con la escuela por medio de una llamada telefónica.

La directora de la misma confirma algunos de los datos brindados por el padre en la entrevista, tales como que le cuesta escribir y por eso hay veces que no termina la tarea. A su vez, ella refiere que el niño tiene algunas actitudes añejadas y que sus compañeros se quejan porque habla mucho o "es cargoso". Hace un tiempo, escuela y psicóloga están trabajando con la familia, en especial con la mamá a quien estimularon para que lo retire del colegio y así poder compartir más tiempo a solas con G. También están fortaleciendo la puesta de límites y organización familiar. Las pautas comenzaron a cumplirse con resultados positivos sobre el comportamiento mostrado por G. tanto en la escuela como en su casa.

El equipo dispone la realización de una evaluación psicomotriz. Se cita al niño, quien es acompañado por su abuela o por su papá.

El comportamiento presentado por G. en el espacio de las sesiones de evaluación difiere notoriamente con el relatado por sus familiares y maestros.

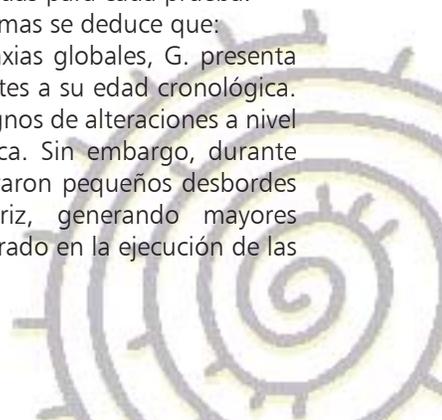
El niño se presenta predispuesto a las propuestas, atento, obediente y dócil. El juego espontáneo surge inmediatamente estableciendo un buen vínculo con la terapeuta a cargo de la evaluación.

Acepta las consignas dadas para cada prueba.

Del resultado de las mismas se deduce que:

En lo atinente a las praxias globales, G. presenta patrones correspondientes a su edad cronológica.

No se han observado signos de alteraciones a nivel motor o de base práxica. Sin embargo, durante estas pruebas se observaron pequeños desbordes de su actividad motriz, generando mayores movimientos de lo esperado en la ejecución de las



mismas.

En la praxia de vestimenta, G. muestra adecuada acomodación corporal para sacarse y colocarse la campera y guardapolvo escolar. En el atado de cordones se observa la intención y el propósito para ejecutarla, le es funcional aunque el aprendizaje de la planificación para controlar ese movimiento aún se encuentra en evolución y no le permite llegar a un resultado eficaz.

Con relación al lenguaje comprensivo verbal, evidencia un adecuado nivel de comprensión ante las consignas. A nivel expresivo verbal manifiesta un rico discurso, pudiendo comunicar y expresar lo que quiere mediante el lenguaje. No obstante, le cuesta pronunciar correctamente algunas letras. G., presenta lateralidad definida, siendo la misma de predominio zurdo en el uso de los objetos con sus miembros superiores e inferiores, y así también ocular.

Las características del dibujo de figura humana (D.F.H.), responden a los ítems madurativos de un niño de su edad, se observa un leve aumento de presión del lápiz sobre el segundo dibujo realizado luego de la toma del Test de Imitación de Gestos. Evidencia una adecuada representación de su esquema e imagen corporal.

G. tiene buen conocimiento del espacio gráfico.

El niño para escribir utiliza mano izquierda, toma el lápiz con pinza sagital de oposición de índice y mayor con pulgar y con apoyo en anular, tomando el elemento del extremo inferior. Su mano derecha permanece apoyada sobre la hoja como sostén.

En pruebas de escritura, si bien aumenta el tamaño de la letra no evidencia macrografía, la letra es cursiva de una calidad legible. Se pueden observar aumento de presión y toma del lápiz muy baja.

En reconocimiento de Izquierda / Derecha en

varias ocasiones las confunde. Teniendo en cuenta su edad podemos decir que está en proceso de afianzamiento.

El test que evalúa la integración Viso Motriz (VMI) arroja un descenso homogéneo en las 3 áreas. Se observa que durante el mismo no se da el tiempo suficiente para percibir las diferencias en las figuras. Podríamos vincular este resultado con cierta falta de capacidad atencional e impulsividad, lo cual coincide con su ansiedad e impulsividad ante las propuestas de praxias globales.

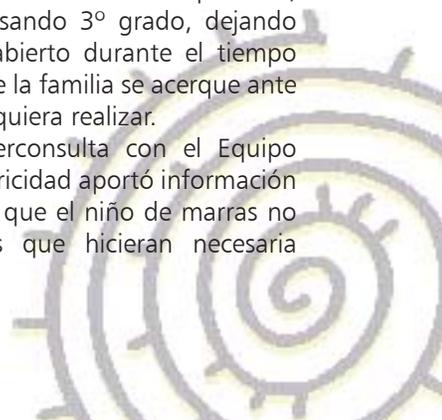
Al arribar a estas conclusiones por medio de la evaluación, se decide llevar adelante un trabajo interdisciplinario con la psicóloga tratante.

Ella nos informa que está interviniendo con la escuela, proponiendo estrategias, y que ya comienza a observar cambios positivos. También nos comunica que sobre esta base dará de alta al paciente, dejando el espacio abierto para orientar a los padres cuando necesiten contención o ayuda en algún cambio negativo que observen en G.

Desde el dispositivo de psicomotricidad, se decide seguir trabajando con la escuela apuntalando las pautas para la familia; siendo la psicóloga del centro de salud el nexo de comunicación, transmitiendo a la profesional la información recabada en la evaluación y entrevista de devolución.

Por último, se lo citará a reevaluación antes de las vacaciones de invierno del año próximo, 2015, cuando esté cursando 3º grado, dejando también este espacio abierto durante el tiempo que transcurra, para que la familia se acerque ante cualquier consulta que quiera realizar.

De esta forma, la interconsulta con el Equipo Estratégico en Psicomotricidad aportó información relevante que confirmó que el niño de marras no presentaba dificultades que hicieran necesaria



una nueva intervención terapéutica, confirmando lo acertado de lo hecho hasta el momento y la prosecución de las acciones encaminadas.

Por último, relataremos la estrategia implementada con C.

La niña C. de 3 años de edad es derivada al Dispositivo Estratégico en Psicomotricidad por la Pediatra del centro de salud y la kinesióloga del mismo, quien ya la estaba atendiendo.

El diagnóstico que presenta es Microcefalia lo que condiciona en ella un importante retraso madurativo generalizado.

Es atendida en el Hospital Garrahan y en el Hospital Piñero y también concurre al servicio de Estimulación Temprana de la Escuela Especial N° 7 del Distrito Escolar N° 19.

Asistía al Centro de Primera Infancia (C.P.I.), en sala de deambuladores, debido a que no ha adquirido aún la marcha en forma autónoma.

Luego consigue vacante en la Escuela Infantil Común, en sala de tres años, en donde aún continúa. Se está tramitando el pedido de Acompañante Motor, ya que la limitación en lo relativo a sus desplazamientos, pese a verse atenuada, sigue presente en la niña.

Ingresa en la consulta del Dispositivo Estratégico en Psicomotricidad con su mamá. Durante el mismo se observa buen vínculo con el terapeuta, emisión de sonidos guturales, manipulación de objetos con ambas manos. En esta praxia presenta prensión defectuosa.

Introduce en su boca los objetos de juego y en ocasiones también chupa el piso.

En lo relativo a sus desplazamientos, presenta gateo descoordinado. Logra ponerse de pie con

apoyo, presentando inestabilidad y desequilibrio, dado lo cual recurre a la ampliación de la base de sustentación. No se mantiene en esta posición por tiempo prolongado, volviendo a la posición de rodillas con frecuencia. Asimismo, es de destacar, que sus pies tienden a tomar posturas anómalas, ubicándose rotados hacia adentro (en posición Equino Varo).

Presenta hipotonía generalizada y en los miembros debido a la patología de base que la afecta.

Se realizan las siguientes indicaciones a la mamá para llevar adelante en el hogar a fin de incrementar la seguridad en las posiciones adquiridas y promover nuevas y mejores posturas: acomodar los pies de la niña (se le demuestra cómo) para aumentar la base de sustentación y evitar la fijación del patrón patológico de apoyo. Se le indica, también, que disponga de un lugar seguro con características similares a las de la sala donde se lleva adelante el dispositivo en Psicomotricidad. Que fabrique, con materiales disponibles, diferentes desniveles para que C. los explore libremente, pero que se mantenga disponible para acompañarla en momentos de dificultad sin interferir en el quehacer de la niña.

La Psicomotricista del C.P.I. donde asiste la niña y el equipo de profesionales del Dispositivo Estratégico de Psicomotricidad se ponen en contacto para acordar intervenciones conjuntas y coordinadas.

La niña sigue asistiendo al servicio del centro de salud periódicamente, en donde es atendida por los profesionales del Programa de Discapacidad del mismo.

El equipo del Dispositivo Estratégico de Psicomotricidad específicamente se ocupa de mantener el contacto fluido con las instituciones intervinientes, seguir orientando a los padres,



aportar datos respecto a otros signos que presenta la niña en su desarrollo y realizar la debida derivación o sugerencia terapéutica y fundamentalmente evaluar los logros psicomotores conquistados.

Al año siguiente de la primera consulta, la niña comenzó a asistir a la escuela antes mencionada, con jornada extendida. Ante la falta de respuesta acerca del Acompañante Motor oportunamente solicitado, la madre de la niña la acompaña a la jornada escolar.

Frente a esta situación, la maestra de la sala a la que concurre la niña se acerca al Dispositivo Estratégico de Psicomotricidad a fin de generar un intercambio.

Se le sugiere no esperar que la niña presente los comportamientos de una niña de su edad cronológica, sino esperar y dejar que las adquisiciones de la niña sorprendan a la maestra, disponiendo un espacio seguro en la propia sala de trabajo con el resto de los niños.

Trabajar con el grupo de pares para que comprenda que a la niña se le presentan otros límites y no que puede hacer lo que quiere y el grupo no, y que lo más importante es generar vínculos estables y fuertes.

Desde el Dispositivo Estratégico en Psicomotricidad, se promueve este modo de trabajo y se conversa sobre las estrategias a seguir en la sala con C. y con la mamá, hasta que empiece a asistir el Asistente Motor.

Además se promueve el uso de los espacios y de los objetos antes descriptos, propuestos a la madre.

C., lenta pero sostenidamente, está abandonando la posición de Equino Varo en sus pies al pararse, ha aumentado notoriamente su capacidad de desplazamiento, tanto en su casa como en la escuela, abandonó por completo la costumbre de

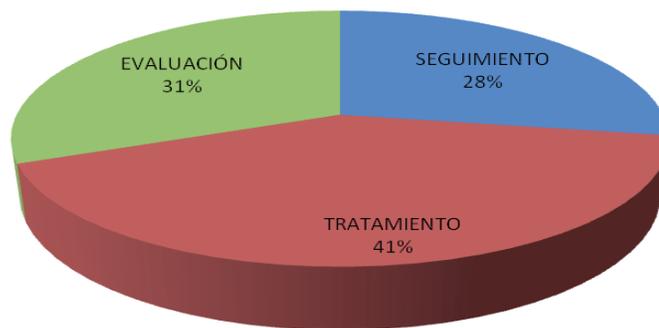
chupar los objetos, mostrando mayor manipulación de los mismos, logrando, además, un manejo más firme y preciso de ellos.

Estos relatos dan cuenta solo de tres de las situaciones generadas en el Dispositivo de Psicomotricidad.

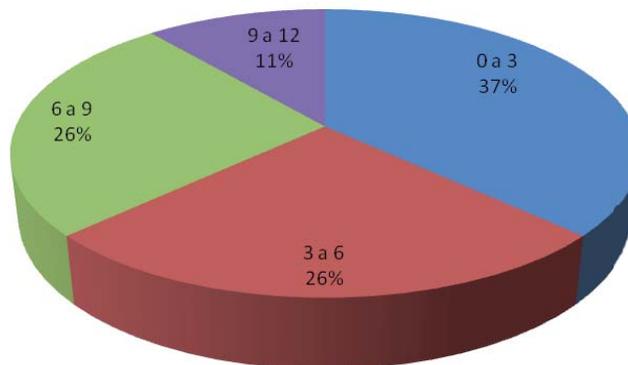
A continuación presentamos una reseña estadística de la población atendida en el período julio de 2013 (inicio de las acciones del dispositivo) y abril de 2015.



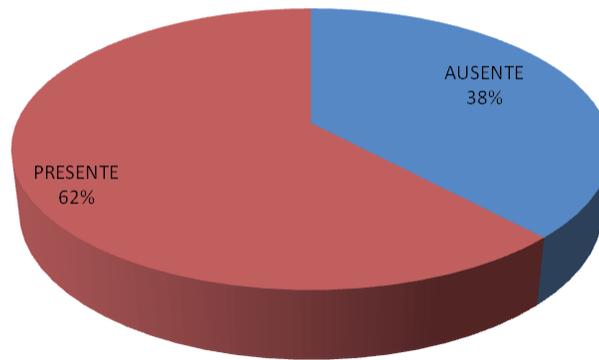
PACIENTES



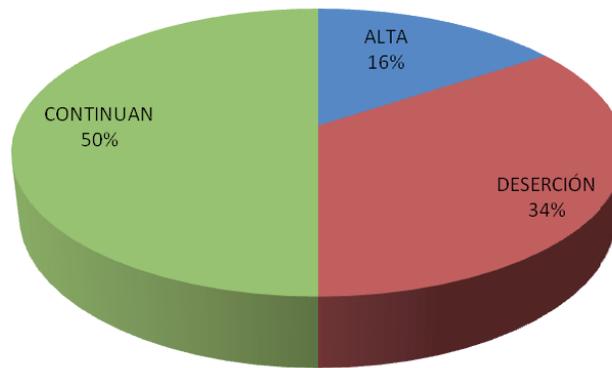
FRANJA ETAREA

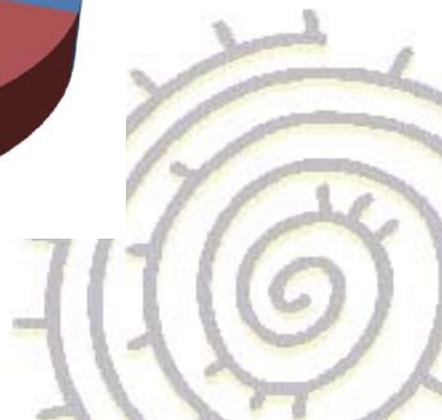
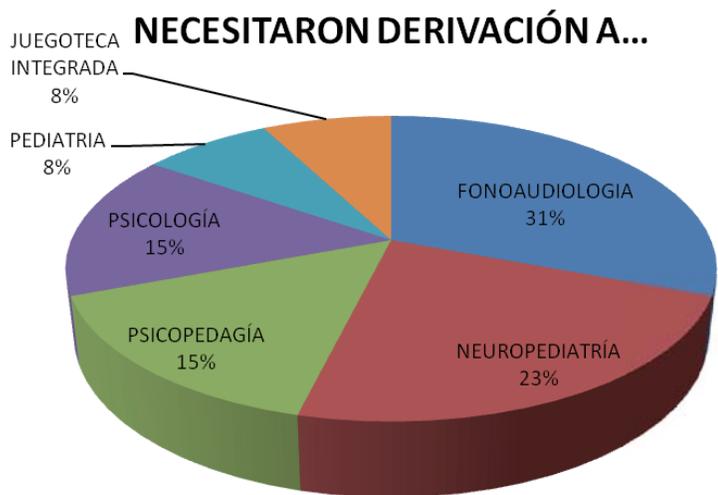
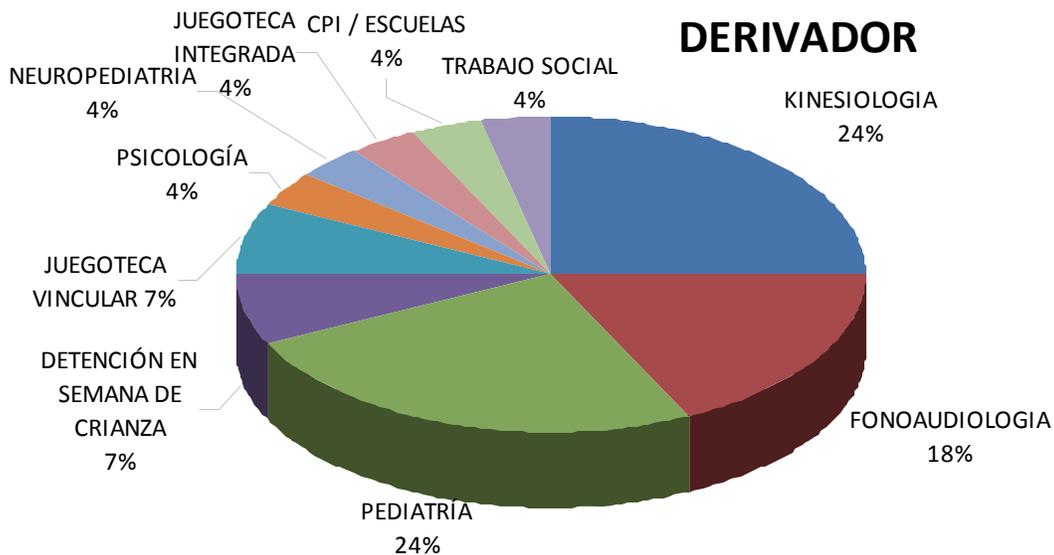


ASISTENCIA

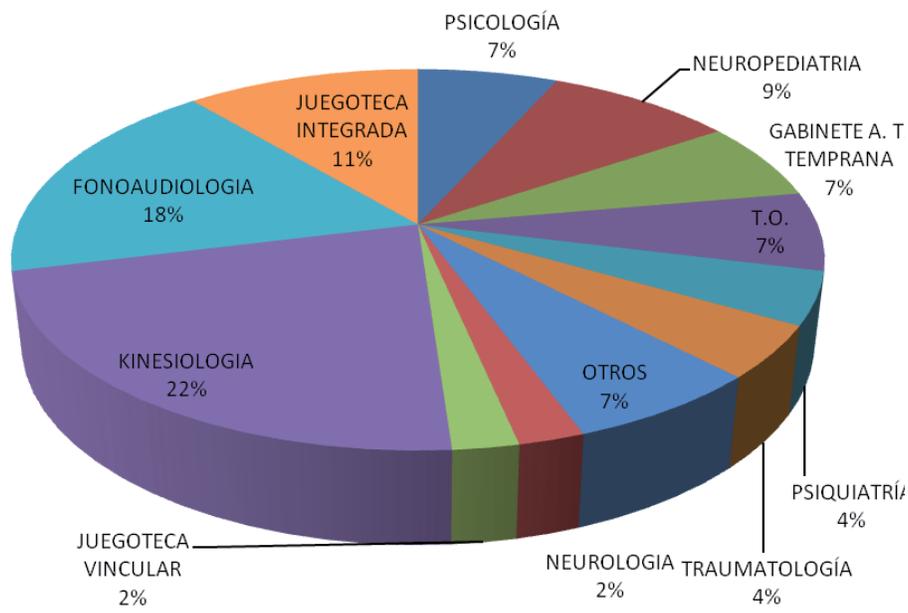


SITUACION ACTUAL

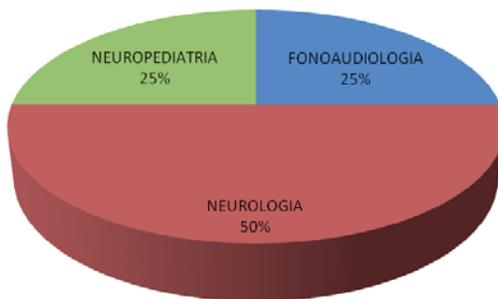


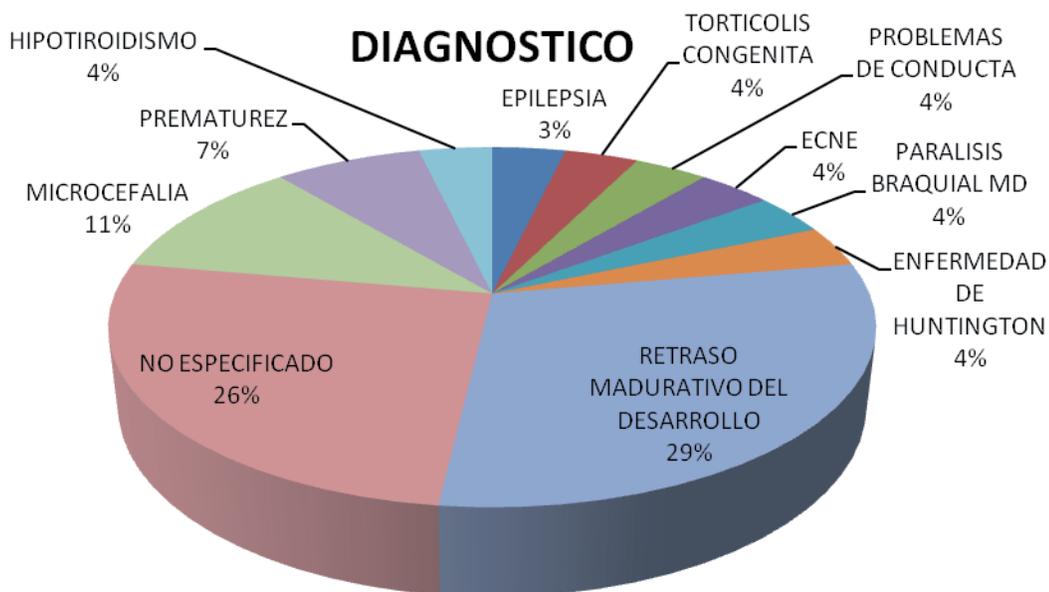


TRATAMIENTO PRE EXISTENTE

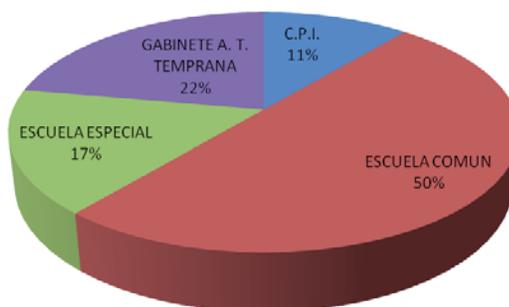


INTERCONSULTAS EN CURSO

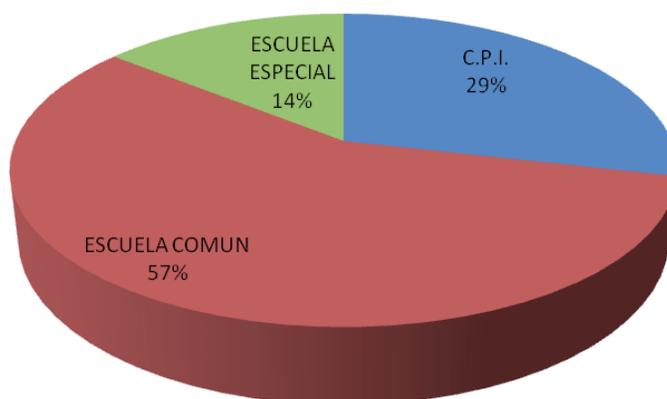




ESCUELAS A LAS QUE CONCURREN



I.C. NECESARIAS



CONCLUSIÓN

Estamos en condiciones de concluir, luego del relato de la modalidad de acción del Dispositivo Estratégico en Psicomotricidad, que este se ha constituido en el CeSAC 24 en un relevante espacio de facilitación del desarrollo para los niños con discapacidad y sus familias.

Además, por su concepción compleja del Desarrollo Psicomotor, se ha constituido en referente acerca de la temática ante los profesionales integrantes del centro de salud así como en otros actores de la comunidad, sean estos del área educativa como de salud, que se relacionan con los niños con los que se trabaja y sus cuidadores.

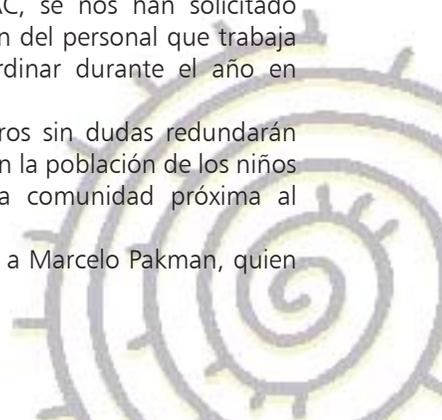
La concepción de trabajo en red facilitó y orientó las acciones en pro del establecimiento de una fluida circulación de información relevante que

potenció las acciones en marcha y favoreció la implementación de estrategias a futuro, tanto en lo relativo a las consultas ya realizadas como en las futuras acciones a llevar a cabo con otras situaciones similares.

Podemos afirmar esto debido a que del contacto establecido con dos centros educativos de la zona de influencia del CeSAC, se nos han solicitado acciones de capacitación del personal que trabaja en los mismos, a coordinar durante el año en curso.

Estas acciones extramuros sin dudas redundarán en mayores beneficios en la población de los niños con discapacidad de la comunidad próxima al centro de salud.

Para concluir, citaremos a Marcelo Pakman, quien



al parafrasear a Edgard Morin dice:
"Entendemos que el estudio de cualquier aspecto de la experiencia humana ha de ser, por necesidad, multifacético. Es que vemos cada vez más que la mente humana, si bien no existe sin cerebro, tampoco existe sin tradiciones familiares, sociales, genéricas, étnicas, raciales, que solo hay mentes

encarnadas en cuerpos y culturas, y que el mundo físico es siempre el mundo entendido por seres biológicos y culturales." (Pakman, 1994).

En este sentido, el Desarrollo Psicomotor, entendido como fenómeno complejo, no es la excepción de lo antedicho.

BIBLIOGRAFÍA:

- ARISTOS (1978) *Diccionario ilustrado de la lengua española*. Barcelona: Ramón Sopena.
- BOTTINI, P. (1998) *Psicomotricidad y Autismo. Una praxis "compleja" para un complejo trastorno*. En: *Autismo infantil: lejos de los dogmas*. Tallis, J. (coord.) Madrid: Miño y Dávila.
- BOTTINI, P. (2000) *Los trastornos psicomotores desde el pensamiento complejo. Consecuencias conceptuales y clínicas*. En: *Psicomotricidad: Prácticas y Conceptos*. Bottini, P. (comp.) Buenos Aires: Miño y Dávila.
- BOTTINI, P. (2008) "El juego corporal: soporte técnico – conceptual para la práctica psicomotriz en el ámbito educativo". *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado* N° 62 (22,2). Zaragoza: Asociación Universitaria de Formación del Profesorado. AUFOP. Páginas 155 – 163.
- COLOMBO, J. (2007) *Pobreza y desarrollo Infantil. Una contribución multidisciplinaria*. Buenos Aires: Paidós.
- CORIN, M. (2013) *Redes y puertas en Salud Mental Comunitaria en un Centro de Salud y Acción Comunitaria (Ce.S.A.C. N° 24) del sur profundo de CABA*. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría. Buenos Aires: Polemos. Vol. XXIV: 47 – 54.
- CURBELO, A., CORIN, M., DE VICENZO, N., DE SIMONE, V. y O. (2012) "Abordaje de la discapacidad en un centro de salud". En: Teodoro Puga, (presidencia) *2º Congreso Argentino de Discapacidad en Pediatría*. Sociedad Argentina de Pediatría. Buenos Aires, Argentina.
- GARCÍA, A. (2011) *La influencia del entorno en el desarrollo del niño*, Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- MINISTERIO DE SALUD - Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios. Subsecretaría de Salud Comunitaria. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. (2009) *Programa "Desarrollo Infantil. Primer año de vida"* Buenos Aires.
- PAKMAN, M. (1994) *Prólogo*. En: *Introducción al pensamiento complejo*. Morin, E. Barcelona: Gedisa.



PIKLER, E. (1985) *Moverse en libertad. Desarrollo de la motricidad global*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.

PICHÓN RIVIÈRE, E. (1981) *Prólogo*. En: El proceso grupal. Buenos Aires: Nueva Visión.

SASSANO, M. (2013) *La construcción del yo corporal*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

STERN, F. (2005) *El estigma y la discriminación*. Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.

STOLKINER, A. (1987) *De Interdisciplinas e Indisciplinas*. En: Elichiry, N. (Comp.), El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio. Buenos Aires: Nueva Visión.

Documentos electrónicos

BOTTINI, P. (2007) *Juego corporal y función tónica. Práctica psicomotriz e intervención eficaz*. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. Asociación de Psicomotricistas del Estado Español y Universidad de Morón. Nº 25, Vol. 7 (1) Páginas 111 – 116. Consultado 9/4/ 2015.

LAMARCA LAPUENTE, M.J. (2015) *Nodos: Hipertexto: El nuevo concepto de documento en la cultura de la imagen*. <http://www.hipertexto.info/documentos/nodos.htm>. Consultado 9/4/ 2015.

Conferencia dictada en el marco del Primer Congreso Internacional de la Red Fortaleza de Psicomotricidad. Fortaleza, Ceará, Brasil. Octubre de 2015.



11. EL PROCESO DE EVALUACIÓN EN LA TERAPIA PSICOMOTRIZ DESDE EL CONTEXTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN CHILE

THE EVALUATION PROCESS IN PSYCHOMOTOR THERAPY FROM THE CONTEXT OF PUBLIC POLICIES IN CHILE

Marcela Hernández Lechuga y Felipe Ramírez Balboa

DATOS DE LOS AUTORES

Marcela Hernández Lechuga es Profesora de Educación Física y Psicomotricista formada en la Universidad de Barcelona. Especializada en Modificabilidad Cognitiva, Metodología de Feuerstein, INDESCO, Universidad Central de Chile. Docente de Universidad Mayor y Universidad del Desarrollo. Directora Académica de CICEP. Es además Vicepresidenta de la Red Chilena de Psicomotricidad. Asesora de diferentes proyectos del Estado de Chile: Ministerio de Educación, Fundación Integra. Dirección de contacto: mhernandez@cicep.cl

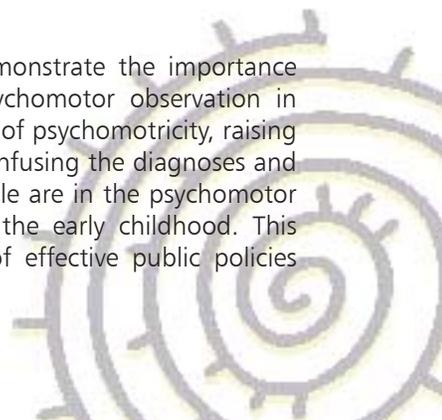
Felipe Ramírez Balboa es Profesor de Educación Física, especializado en Psicomotricidad en CICEP. Miembro de la Comisión Directiva de la Red Chilena de Psicomotricidad. Coordinador Académico de la Formación en Psicomotricidad Educativa, en Terapia Psicomotriz y en Gerontopsicomotricidad en CICEP. Dirección de contacto: Felipe_efi@yahoo.cl

RESUMEN

Este estudio pretende demostrar la importancia de la evaluación y observación psicomotriz en el proceso terapéutico de la psicomotricidad, planteando la inquietud de que son confusos los diagnósticos y las terapias aplicadas en Chile en el proceso psicomotor de los niños y niñas de la primera infancia. Esto como reflejo de una carencia

ABSTRACT

This study aims to demonstrate the importance of assessment and psychomotor observation in the therapeutic process of psychomotricity, raising the concern on how confusing the diagnoses and therapies applied in Chile are in the psychomotor process of children in the early childhood. This as a result of a lack of effective public policies



de políticas públicas que sean efectivas con relación al resguardo y protección del desarrollo infantil, que se refleja posteriormente en dificultades de aprendizaje, sociales y emocionales dentro de los ámbitos familiar y escolar.

PALABRAS CLAVE: Terapia, evaluación psicomotriz, observación psicomotriz, juego, diagnóstico, políticas públicas.

in relation to the safeguarding and protection of children's development, which is subsequent directly reflected in learning, social and emotional difficulties with in the family and the school.

KEY WORDS: therapy, psychomotor evaluation, psychomotor observation, play, diagnosis, public policies.

1. INTRODUCCIÓN

La Terapia Psicomotriz en Chile no existe como forma de intervención posible para los diferentes trastornos del desarrollo y de apoyo del proceso de aprendizaje. Como equipo de CICEP nos hemos preparado en cursos y formaciones en el extranjero desde hace seis años y la hemos incorporado dando respuesta a los padres que buscan una solución a las dificultades de sus hijos.

Este estudio muestra como la evaluación psicomotriz se integra al proceso de mediación y de alta en la terapia. Se utilizaron datos recopilados en los últimos cinco años con la Batería de Vítor Da Fonseca y con un instrumento de observación de juego, basado en las necesidades de identificar los factores expresivos que se evidencian en el juego. Este proceso de evaluación es creado, utilizado y modificado por nuestra institución y apoyado por las diferentes especializaciones, pasantías y formaciones realizadas en Lyon, Francia, Barcelona y Uruguay.

Los principios teóricos bases de nuestra intervención terapéutica están estrictamente apegados a la bibliografía específica de la Psicomotricidad. Esto ha significado incorporar la formación continua de los terapeutas, el constante trabajo directo en la

sala de psicomotricidad, la supervisión y reuniones del equipo, la inclusión de diferentes apoyos profesionales y la incorporación de la investigación. Como plantea Da Fonseca (2008) "La Psicomotricidad en su vertiente terapéutica como recurso y fundamentación interdisciplinar en sus dos aplicaciones: en primer lugar la de diagnóstico clínico y en segundo lugar la de intervención terapéutica, trabajando con pequeños grupos de niños y niñas con dificultades psicomotoras y con dificultades de aprendizaje." (Da Fonseca, 2008).

2. MARCO TEÓRICO

Nuestra historia en la Terapia psicomotriz comienza con la observación del juego que hicimos durante diez años en los diferentes proyectos de educación psicomotriz en colegios con niños entre 4 y 8 años. Los proyectos estaban enfocados en apoyar las competencias sociales y de aprendizaje y posteriormente fue evolucionando hacia la detección de las dificultades que presentaban los niños y niñas a nivel escolar y de conducta. Fue en este momento en que comenzamos el proceso de evaluación psicomotriz, que nos llevó a incorporar la Terapia Psicomotriz en nuestras competencias en

los últimos 6 años. Ya en este proceso nos dimos cuenta de la falta de diagnóstico psicomotor a temprana edad, lo que hace que las dificultades se detecten en la escuela o colegio.

Este proceso de evaluación está conformado por los siguientes pasos:

1. Observación del juego en sala de psicomotricidad. Al mismo tiempo los padres o tutores completan la anamnesis.
2. Evaluación psicomotriz.
3. Diagnóstico psicomotor.
4. Entrevista a los padres.
5. Visita a los colegios.
6. Proceso terapéutico.
7. Reevaluación.

Durante este periodo de seis años, se evidenciaron factores que no aportan al proceso terapéutico de los niños y niñas:

- Incoherencias entre los diagnósticos y las acciones terapéuticas.
- Falta de apoyo e información a los padres.
- Las acciones terapéuticas recetadas o sugeridas que no dan resultados en los niños o niñas y no son apoyo en el proceso de maduración o escolar.
- Sobremedicación. Principalmente: Metilfenidato y Risperidona.
- La sugerencia de las mismas terapias para todos.
- Escasez de rigurosidad en el plano teórico y en el planteamiento de los informes.
- Políticas públicas mal estructuradas en relación con las dificultades escolares: *"Según un informe presentado por el Ministerio de Educación (Mineduc) al Congreso Nacional para la discusión del presupuesto 2014, en 2009 existían 2.933 establecimientos con 38.625 alumnos dentro del Programa de Integración Escolar."* (CIPERCHILE,

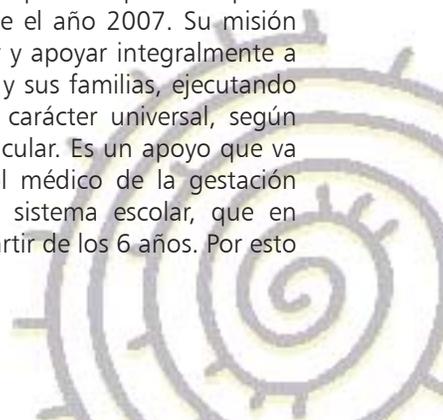
2014).

Desde esta situación comenzamos a conformar un equipo de trabajo y relacionarnos con los otros terapeutas y familias de cada niño o niña: *"se constituye así una red terapéutica, constituida por todo los operadores intervinientes, que sostiene en su entramado al paciente, su grupo familiar, y a los mismo operadores que la integran (docentes, terapeutas, familia ampliada, directivos, etc."* (Sassano y Bottini, 2000).

A partir de lo anterior, decidimos estudiar todos los datos que fuimos recopilando durante los últimos seis años de terapias y apoyo al proceso escolar de los niños y niñas.

Por otra parte, hay significativos avances en posicionar a la psicomotricidad desde programas de políticas públicas y leyes que sí avalan el incluirla a nivel escolar, primera y segunda infancia y discapacidad.

El 12 de septiembre del año 2009, se promulga en Chile la ley N° 20.379, **Chile Crece Contigo**, que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chilena. Este programa viene a cubrir la falta que existía en Chile con los tratados firmados en relación con los derechos internacionales de los niños y niñas. Comenzó como un programa nacional de políticas públicas que se estaba trabajando desde el año 2007. Su misión es acompañar, proteger y apoyar integralmente a todos los niños y niñas y sus familias, ejecutando acciones y servicios de carácter universal, según cada necesidad en particular. Es un apoyo que va desde el primer control médico de la gestación hasta el ingreso en el sistema escolar, que en Chile es obligatorio a partir de los 6 años. Por esto



mismo, se vuelve fundamental esta ley, ya que permite detectar, prevenir y reducir dificultades que puedan presentar los niños y niñas en su desarrollo y que pueden afectar su proceso de aprendizaje.

En las especificaciones técnicas de la Ley, publicadas en diciembre del 2012, ya se nombra al "Especialista en Psicomotricidad" lo que permite incorporar a los profesionales formados y especializados en el área.

Al mismo tiempo, fue firmado el 25 de agosto del año 2009 el Decreto 170, a partir de la ley N° 20.201, creando una subvención preferencial para niños y niñas con Necesidades Educativas Especiales, N. E. E, incluyendo nuevas discapacidades y dificultades escolares, como:

- Trastornos Específicos del Lenguaje.
- Trastornos Específicos del Aprendizaje.
- Trastornos de Déficit Atencional, con y sin Hiperactividad o Trastorno Hiperactivo.
- Trastornos cognitivos en el rango límite, con limitaciones significativas en la conducta.

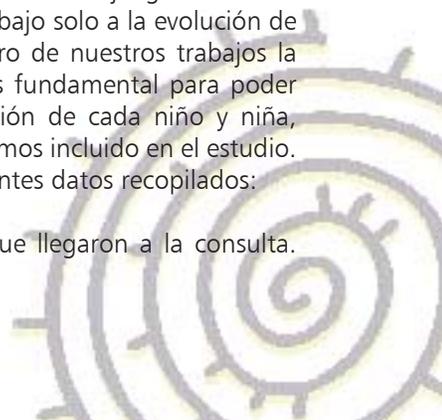
Este decreto permite la creación de los PIE, Programas de Integración Escolar. Según las Orientaciones Técnicas del 2013: "el PIE es una estrategia inclusiva del sistema escolar cuyo propósito es entregar apoyos adicionales, en el contexto del aula común, a los estudiantes que presentan Necesidades Educativas Especiales (NEE), sean estas de carácter permanente o transitorio, favoreciendo la presencia y participación en la sala de clases, el logro de los objetivos de aprendizaje y la trayectoria educativa de "todos y cada uno de los estudiantes", contribuyendo con ello al mejoramiento continuo de la calidad de la educación en el establecimiento educacional." (2013).

Apoyamos totalmente este decreto, pero demuestra que no se ha trabajado desde la ley el correcto camino de las dificultades en el desarrollo infantil, dejando afuera del proceso las causas y orígenes de estas dificultades y las terapias adecuadas, según nosotros, la terapia psicomotriz. No obstante, existen diversos profesionales pertenecientes a múltiples proyectos educativos que requieren y buscan estrategias de intervención debido a la carencia de herramientas terapéuticas, y encuentran en la psicomotricidad la forma de reparar este déficit. Es así como las formaciones continuas y específicamente los diplomados, entregan nuevas técnicas de intervención, apoyando la falta de metodologías que existen. Sin embargo, ellos mencionan que es insuficiente la adquisición de estas nuevas herramientas si no se reconoce en la ley la figura del psicomotricista, esto se evidencia por el aumento de las derivaciones de los niños y niñas desde sus establecimientos a centros especializados en psicomotricidad.

• 3. ENTREGA DE DATOS

A continuación se entregarán los datos obtenidos de cada niño y niña almacenados en una carpeta individual con su historia. Para organizar la información y resultados, se creó una planilla virtual en Google. Nos limitamos solo a la evaluación psicomotriz y observación de juego. De esta manera acotamos el trabajo solo a la evolución de los niños y niñas. Dentro de nuestros trabajos la historia de cada uno es fundamental para poder determinar la intervención de cada niño y niña, pero por ahora no la hemos incluido en el estudio. Entregaremos los siguientes datos recopilados:

- Edad.
- Diagnóstico con el que llegaron a la consulta.



- Promedio de los factores psicomotores de la Batería de Observación Psicomotriz de Da Fonseca.

- Estado de evolución del juego de cada niño o niña:

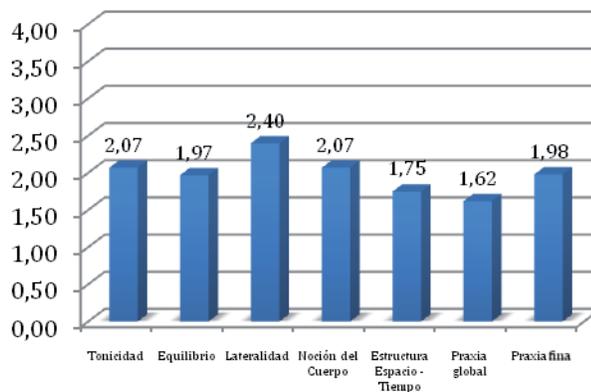
- ✓ Juego Sensoriomotor: No presenta, inmaduro o inseguro, en proceso y maduro.
- ✓ Juego Simbólico: No presenta, inmaduro o inseguro, en proceso y maduro.
- ✓ Juego de reglas: No presenta, inmaduro o inseguro, en proceso y maduro.
- ✓ Relación con el espacio: No presenta, inmaduro o inseguro, en proceso y maduro.

4. RESULTADOS

Se evaluaron con los dos instrumentos un total de 37 niños y niñas que están en terapia de un universo de 70 niños que asisten a nuestro centro. De este total 16 son hijos únicos, factor que nos llama la atención y que pensamos tiene que ver con el estilo de crianza de los padres con relación a ser padres de hijo único.

Con la Evaluación Psicomotriz de Da Fonseca se obtuvieron los siguientes datos en una primera evaluación:

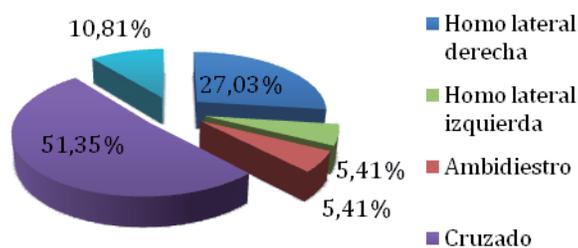
**Promedios Factores Psicomotores
1ª evaluación**



En Lateralidad se obtuvieron los siguientes resultados:

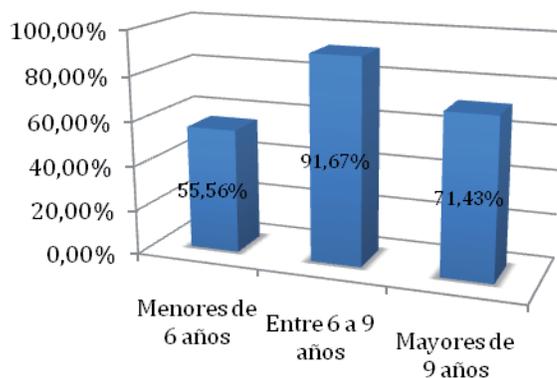


LATERALIDAD 1ª evaluación



Porcentaje de niños y niñas con dificultades escolares:

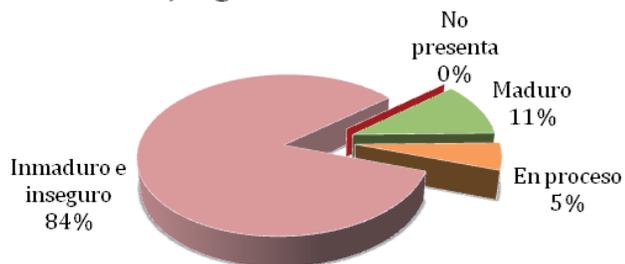
% Niños con dificultades escolares



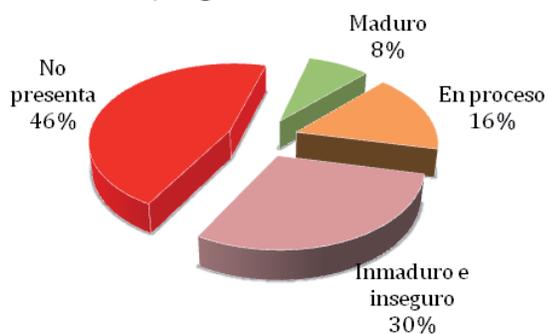
A nivel de Juego Sensoriomotor, juego simbólico y de reglas, se obtuvieron los siguientes datos:



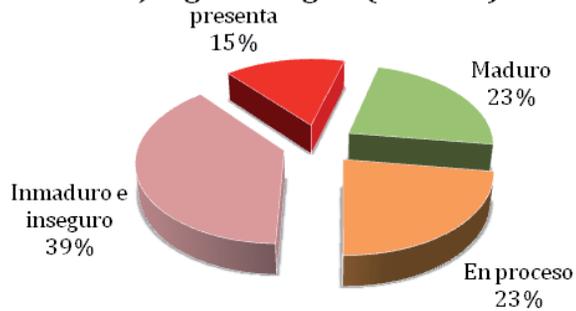
Juego Sensorio Motor



Juego Simbólico

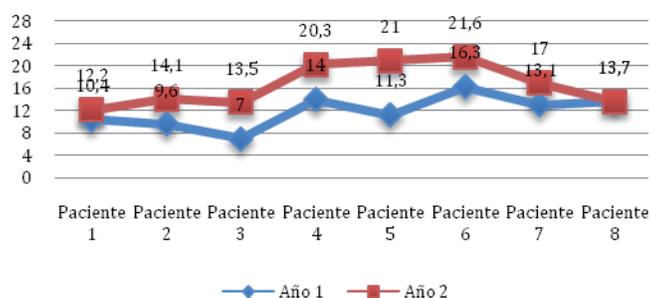


Juego de Reglas (>7 años)

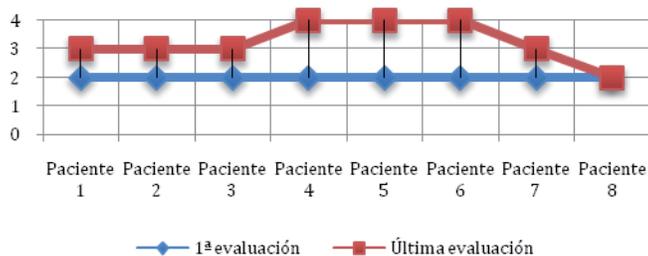


Evolución luego de un año de Terapia Psicomotriz en la Evaluación Psicomotriz y en el juego. Estos datos son tomados de 8 niños y niñas que fueron evaluados dos veces:

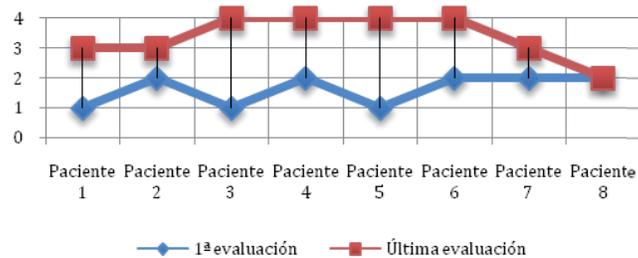
Puntaje Evaluación Psicomotora



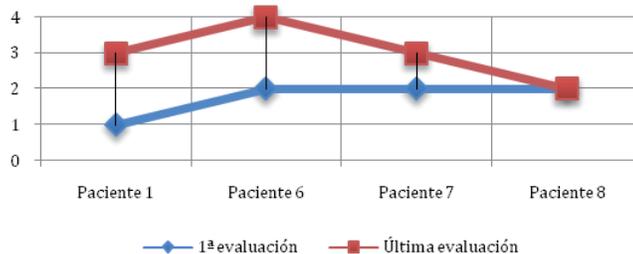
Evolución Juego Sensorio Motor



Evolución Juego Simbólico



Evolución Juego de Reglas



5. CONCLUSIONES

De acuerdo con lo planteado por Sassano, M. (2013), "Las cuatro condiciones de actitud del psicomotricistas son: Congruencia, aceptación positiva incondicional, comprensión tónica empática y disponibilidad corporal", observamos que:

1. El 87,5 % de los niños y niñas evaluados al principio y luego de un año de terapia evolucionaron en su maduración.
2. Tres niños fueron dados de alta porque obtuvieron el puntaje correcto para su edad en la Batería de Observación Psicomotriz, y en el juego ya estaban maduros.
3. Estos resultados demuestran la importancia del diagnóstico psicomotor.
4. Esto es fundamental para accionar terapias correctas y adecuadas.
5. En Chile, en este momento, no se trabaja desde un profesional formado en terapia psicomotriz. Tampoco se ha tomado en serio la real importancia del movimiento en el desarrollo infantil, desde lo profesional y desde lo familiar.
6. Las políticas públicas no son coherentes entre el planteamiento teórico-escrito y la práctica profesional y provocan confusión de diagnósticos

y terapias poco eficientes en relación con la real dificultad de desarrollo de los niños y niñas.

7. Esto nos lleva a tener escuelas pasivas y discriminadoras en relación con las dificultades de los estudiantes. Esto se refleja en que las escuelas atraen y seleccionan a los mejores estudiantes, dejando afuera a los que tienen dificultades. Esta es la incoherencia que más nos incomoda como equipo, porque teóricamente no se deberían seleccionar a los mejores estudiantes en un proceso de admisión.

8. No se conforma la red terapéutica, importante para el proceso de terapia de los niños y niñas, debido a la poca aceptación y conocimiento de las competencias de cada profesional.

9. La falta de prevención en Atención temprana, fundamental para reducir y disminuir los efectos de riesgos en niños y niñas de Chile.

10. No existe el diagnóstico psicomotor. Esto nos ha hecho reflexionar que puede ser la causa de tantas terapias que a veces tienen los niños, ya que se trabaja sobre lo comorbido y no sobre lo que origina las dificultades.

11. La falta de un programa psicomotor en la primera infancia se evidencia en diferentes



factores: en el caso nuestro, que a terapia llegan a partir de los 5 o 6 años principalmente cuando ya tienen un recorrido sin atención temprana.

12. La principal conclusión es que seguiremos trabajando, sobre todo en la recopilación de datos, para poder hacer estudios e investigaciones que impacten a nivel nacional con relación a la

importancia de la Psicomotricidad en edades tempranas. CICEP adquiere ese compromiso. Este estudio lo hemos tomado como un humilde comienzo.

Todas estas conclusiones son inquietudes y motor para seguir trabajando en este camino psicomotor.

BIBLIOGRAFÍA

DA FONSECA, V. (2008). *Terapia Psicomotora: estudios de casos*. Vozes.

DA FONSECA, V. (1998). *Manual de Observación psicomotriz*. Barcelona: Inde.

SASSANO, M. (2013). *La construcción del Yo corporal*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

MILA, J. (2008) *De profesión psicomotricista*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

WISSBLUTH, M. (2012) *Cambio de Rumbo, una nueva vía chilena a la educación*. Santiago de Chile: Educación 2020.

WISSBLUTH, M. (2014) *Se acabó el recreo*. Santiago de Chile: Educación 2020. 2014.

TREVIÑO, E., SALAZAR, F. y DONOSO, F. (2011) *¿Segregar o incluir? Esa no debería ser una pregunta en Educación*. Santiago de Chile: Fundación 2020.

Página web: www.chilecrececontigo.cl

Página web: www.mineduc.cl

Conferencia dictada en el marco del Primer Congreso Internacional de la Red Fortaleza de Psicomotricidad. Fortaleza, Ceará, Brasil. Octubre de 2015.



12. BENEFÍCIOS DA NATAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL PARCIAL: UM ESTUDO DE CASO

SWIMMING BENEFITS IN PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH PARTIAL BRAIN PARALISYS: A STUDY CASE

Hallyson de Lima Leal, Francisca Nimara Inácio da Cruz, Luiz Vieira de Silva Neto y José Airton de Freitas Pontes Júnior

DADOS DOS AUTORES

Hallyson de Lima Leal é Licenciado em Educação Física. Especialista em Treinamento esportivo, Fitness e Educação Física Escolar pela Faculdade do Vale do Jaguaribe (FVJ). Dirección de contacto: hallyson-leal@hotmail.com

Francisca Nimara Inácio da Cruz é Licenciada em Educação Física pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará e Especialista em Fisiologia do Exercício Físico pela Universidade Estadual do Ceará.
Dirección de contacto: nimaracruz@gmail.com

Luiz Vieira de Silva Neto é Mestre e Doutorando em Educação Física pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Bacharel em Educação Física pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e Especialista em Fisiologia do Exercício Físico pela Universidade Estadual do Ceará.
Dirección de contacto: lvsn19@gmail.com

José Airton de Freitas Pontes Júnior é Doutor em Educação pela UFC e Pesquisador de Pós-Doutoramento do Centro de Investigação em Educação da Universidade do Minho (CIEd/UMinho, Portugal), docente da Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS - Católica de Quixadá), docente da Faculdade do Vale do Jaguaribe (FVJ) e pesquisador do Núcleo de Avaliação, Investigação e Medidas Educacionais da Universidade Federal do Ceará (NAVE/UFC/CNPq).
Dirección de contacto: japontesjr@gmail.com



RESUMO

O presente estudo foi conduzido objetivando expor os benefícios de um programa de exercícios aquáticos, tendo como base a natação, no desenvolvimento psicomotor de crianças com Paralisia Cerebral Parcial (hemiplegia). Trata-se de um estudo de caso, realizado por meio de técnicas de observação sistemática, tais como entrevistas com os responsáveis pelos participantes e testes psicomotores em um tempo de 12 meses. As atividades propostas seguiram um modelo adequado às condições de cada participante, respeitando sempre a individualidade biológica bem como as limitações oriundas da patologia. Foram realizadas atividades recreativas, com teor educacional, que buscavam trabalhar nos integrantes da pesquisa os pontos com déficit motor tendo em vista melhorá-los. Foi possível constatar que há exercícios aquáticos específicos da natação que podem contribuir de maneira positiva na melhora psicomotora de crianças portadoras de lesão cerebral, interferindo nos aspectos físico-psíquicos, sociais e promovendo uma maior qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Natação adaptada. Hemiplegia. Paralisia Cerebral. Benefícios.

ABSTRACT

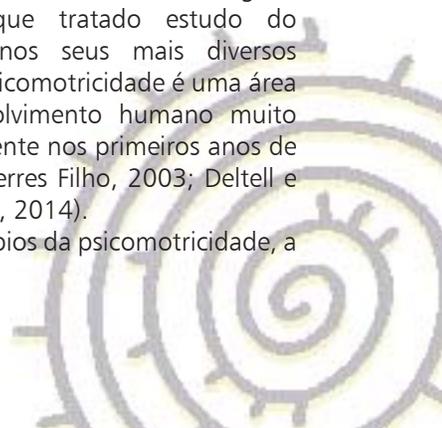
This study was conducted to expose the benefits of aquatic exercise program, based on swimming, psychomotor development of children with Cerebral Palsy Partial (hemiplegia). It is a case study, carried out through systematic observation techniques such as interviews with those responsible for the participants and psychomotor tests in a period of 12 months. The proposed activities followed an appropriate model to the conditions of each participant, respecting the biological individuality and limitations arising from the pathology. Recreational activities were carried out with educational content, seeking work in the search members the points with motor deficit in order to improve them. It was found that there are specific exercises water swimming which can contribute positively in psychomotor improvement in children with brain injury, interfering with physical and mental, social and promoting a higher quality of life.

KEY WORDS: Adapted swimming. Hemiplegia. Brain paralysis. Benefits.

1. INTRODUÇÃO

A criança é dinâmica, espontânea e possui muitas habilidades físicas, que são utilizadas para seu desenvolvimento (Bijou, 1980). Nos últimos anos percebe-se um aumento na procura por atividades que proporcionem as crianças um adequado desenvolvimento corporal e uma melhora nas suas habilidades motoras. Dentro deste contexto a natação se destaca por ser uma atividade que favorece tais características.

A natação para crianças está diretamente ligada a psicomotricidade, que tratado estudo do movimento humano nos seus mais diversos aspectos, com isso, a psicomotricidade é uma área de estudo do desenvolvimento humano muito importante, principalmente nos primeiros anos de vida do indivíduo (Gutierrez Filho, 2003; Deltell e Masià, 2013; Rodríguez, 2014). Utilizando-se dos princípios da psicomotricidade, a



natação possibilitará o desenvolvimento adequado e necessário às crianças que a praticarem, tais atividades comungadas, além de proporcionarem uma melhor educação de movimentos, irão favorecer o crescimento e desenvolvimento das mesmas, prevenindo alguns déficits como formação de conceitos, percepção, orientação espaço-temporal, esquema corporal, alterações no processo de pensamento, memória, atenção, problemas de fala e de linguagem, dentre outros (Klemm, 1995).

A Paralisia Cerebral (PC) também conhecida como Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância (ECNPI) caracteriza-se por uma agressão encefálica que provoca sequelas, com transtorno persistente e invariável com surgimento na primeira infância sobre o tono, postura e movimento, influenciando a maturidade neurológica em diversos níveis (Morinoto e Durigon, 2004).

Quanto a incidência de PC na população estima-se cerca de 2 (dois) em cada mil nascidos vivos. Nos países em desenvolvimento, a incidência chega a 7 (sete) por mil nascidos vivos. No Brasil estima-se cerca de 30.000 a 40.000 novos casos a cada ano (Mancini et al. 2002; Calgagno et al. 2006).

Em estudo realizado por Teixeira-Arroyo e Oliveira (2007) no estado de São Paulo buscando averiguar a influência de atividades realizadas no meio aquático na psicomotricidade de crianças com PC, verificou-se que as atividades aquáticas, foram muito importantes para o desenvolvimento psicomotor de crianças com PC espástica.

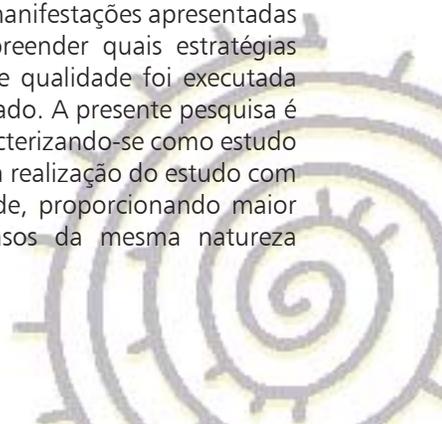
Crianças com Paralisia Cerebral são muitas vezes desprovidas de ocasiões para a prática de atividades físicas, esportivas e recreacionistas, partindo deste ponto, a natação é muito importante não apenas para a reabilitação ou compensação do déficit

dessas crianças, mas é fundamental por ajudar a promover lazer, convívio social, inclusão, estimular a autocompetência e melhorar a autoestima (Teixeira-Arroyo e Oliveira, 2007). Este trabalho será realizado no município de Jaguaruana - Ceará, local onde segundo consultas realizadas nas bases de dados MEDLINE, SciELO e LILACS nenhum estudo científico sobre os benefícios da natação no desenvolvimento psicomotor em crianças com paralisia cerebral parcial foi realizado. A condução deste estudo contribui para a divulgação e um maior conhecimento para a população e profissionais da saúde sobre a temática abordada. Assim, o presente estudo teve o objetivo de expor os benefícios de um programa de exercícios aquáticos, tendo como base a natação, no desenvolvimento psicomotor de crianças com Paralisia Cerebral Parcial (hemiplegia).

MÉTODO

O estudo foi de natureza descritiva exploratória, tendo como principais características a observação, o registro dos fatos, a análise dos dados colhidos, a descrição e a correlação de fatos ou fenômenos, visando resolver ou melhorar o fato estudado (Thomas e Nelson, 2012; Mattos, Rossetto Junior e Blecher, 2004).

Os dados colhidos tiveram abordagem qualitativa, buscando entender as manifestações apresentadas pelos indivíduos, compreender quais estratégias funcionaram e com que qualidade foi executada assim como seu significado. A presente pesquisa é ainda longitudinal, caracterizando-se como estudo de caso, possibilitando a realização do estudo com uma maior profundidade, proporcionando maior compreensão sobre casos da mesma natureza



(Thomas e Nelson, 2012).

A amostra do estudo foi composta por dois meninos de 4 anos de idade cada, portadores de Paralisia Cerebral (hemiplegia), sendo discriminados em P1 e P2. O contato com as crianças ocorreu por meio de uma instituição que elas frequentavam no município de Jaguaruana-CE.

Para a coleta de dados inicialmente houve uma entrevista com os pais das crianças integrantes desta pesquisa, composta por um questionário com questões que apresentassem o quadro geral de saúde e quais atividades, tipos e duração elas eram realizadas.

O planejamento das atividades aquáticas considerou as respostas da anamnese para a adaptação individual de cada criança. Os testes psicomotores (Avaliação Psicomotora Adaptada) teve como base o modelo de Oliveira (2004). Alguns testes foram realizados no início das atividades e outros ao final.

Através dos resultados dos questionários, foi feito um levantamento das principais capacidades de cada uma das crianças pesquisadas, servindo para traçar as estratégias das aulas que aconteciam em uma frequência de três vezes por semana. As atividades tinham como principal objetivo dar ênfase às capacidades com déficit.

Foi montado um programa de atividades de natação com a finalidade de estimular as seguintes especificidades perceptivo-motoras: Coordenação motora global – foi avaliada por meio de atividades como aulas com músicas e coreografias; Coordenação motora fina – avaliada por atividades como colocar letrinhas do alfabeto nas suas respectivas formas; Equilíbrio Estático e Dinâmico – verificada por atividades como sentar no tapete flutuante, manter-se em uma posição; Esquema

corporal – avaliada por atividades de mostrar e fazer conhecer seu corpo; Estruturação temporal – mensurada por meio de atividades que usavam o tempo como objetivos; Lateralidade – verificada por atividades como deslocamentos laterais com auxílio de implementos como espaguete.

Para obter resultados suficientes que possam dar credibilidade a esta pesquisa, a mesma foi realizada em um período total de doze meses, tendo sido realizadas avaliações no começo, meio e fim do período de observações. As sessões seguiram uma linha lógica de adaptação no novo ambiente, identificação de habilidades já adquiridas, exercícios específicos (Carvalho, 1982). A partir daí, deu-se início a um roteiro de atividades aquáticas relacionadas à natação que visavam trabalhar as capacidades físicas comprometidas pela PC.

Atividades envolvendo jogos, músicas, histórias e brinquedos variados, foram largamente utilizados na composição das aulas proporcionando além do aprendizado motor, momentos de diversão e lazer. Para avaliar melhor os resultados foi utilizada uma pontuação baseada em estudo realizado por Teixeira-Arroio e Oliveira (2007) para cada item da Avaliação Psicomotora Adaptada e das atividades propostas, ficando estabelecida na seguinte forma:



Tabela de classificação qualitativa resultados

2	<i>A tarefa foi realizada exatamente como solicitada.</i>
1	<i>Quando a criança realizava a tarefa, porém não totalmente como solicitada.</i>
0	<i>Quando a criança não realizava a tarefa</i>

Foram realizados também testes físicos que levaram em consideração o nível de tônus muscular de cada participante da pesquisa assim como equilíbrio e coordenação durante os testes. Ao final de cada bateria de exames eram registrados em uma tabela todos os resultados obtidos ou não, na Avaliação Psicomotora Adaptada.

Todos os testes tiveram a presença dos pais ou de um responsável pelas crianças, bem como todas as atividades executadas tiveram o conhecimento e consentimento dos responsáveis.

Os direitos e deveres foram rigorosamente observados e considerados, na observância da Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012). Os pais das crianças participantes do estudo, após serem esclarecidos da proposta da presente pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) consentindo aos filhos serem investigados.

RESULTADOS

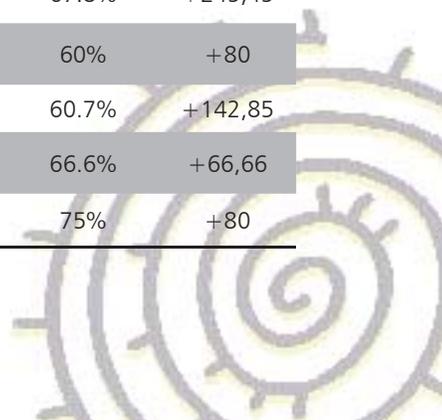
Ao término do período de execução do programa de treinamento, foram detectados muitos benefícios aos dois integrantes deste estudo. Sendo assim, os resultados obtidos em cada caso são apresentados e descritos separadamente, para assim facilitar a compreensão dos resultados de cada participante.

Resultados das Avaliações Psicomotoras do P1

Os valores das avaliações psicomotoras do P1 antes e após o programa de natação são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Resultados das avaliações psicomotoras do P1.

Itens avaliados	Pontuação máxima para cada item	Resultado Pré-intervenção	% atingida na pré-intervenção	Resultado Pós-intervenção	% atingida na Pós-intervenção	Valor Δ (%)
Coordenação e Equilíbrio	56	11	20%	38	67.8%	+245,45
Esquema Corporal	30	10	34%	18	60%	+80
Lateralidade	28	07	24%	17	60.7%	+142,85
Orientação espacial	18	09	50%	15	66.6%	+66,66
Orientação Temporal	12	05	42%	09	75%	+80

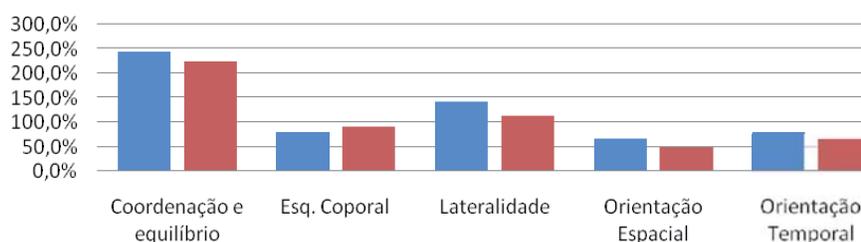


Os resultados das avaliações psicomotoras do P2 antes e após o programa de atividades aquáticas relacionadas à natação são apresentados na Tabela 2.

Itens avaliados	Pontuação máxima para cada item	Resultado Pré-intervenção	% atingida na pré-intervenção	Resultado Pós-intervenção	% atingida na Pós-intervenção	Δ (%)
Coordenação e Equilíbrio	56	12	21.4%	39	69.6%	+225
Esquema Corporal	30	10	33.3%	19	63.3%	+90
Lateralidade	28	08	28.5%	17	60.7%	+112,5
Orientação espacial	18	10	55.5%	15	83.3%	+50
Orientação Temporal	12	06	50%	10	83.3%	+66,66

A figura 1 apresenta os percentuais de melhora psicomotora fazendo um comparativo com o pré e pós-intervenção do P1 e P2.

Figura 1. Diferença Δ % de melhora psicomotora de pré para pós-intervenção entre P1 e P2.



DISCUSSÃO

No aspecto psicomotor, o P1 obteve bons resultados no período total em que se realizou a intervenção (doze meses), observando-se evolução em todos os aspectos psicmotores analisados na tabela 1. Um ponto importante é o fato desta criança ter participado de sessões de fisioterapia em uma escala de tempo



(6 meses), mas, a partir do momento em que ela iniciou as atividades desta pesquisa, a mesma não mais fez quaisquer sessões de fisioterapia, estando apenas realizando as atividades propostas neste estudo.

A criança avaliada apresentava elevada espasticidade e desequilíbrio muscular o que atrapalhava muitos dos seus movimentos intencionais. Segundo Morais et al. (2012) o maior comprometimento funcional das crianças com PC relaciona-se ao grau de incapacidade mais elevado nessas crianças. A melhora de 245,45 $\Delta\%$ do pré-teste para o pós-teste em coordenação e equilíbrio deixa claro que a partir de sessões de natação é possível estabilizar a distribuição de força no corpo, levando a uma evolução do quadro de força na musculatura antes com déficit (Tabela 1). Dois fatores foram cruciais para a melhora do P1, o equilíbrio e a coordenação. Com mais equilíbrio e coordenação o P1 ampliou as suas possibilidades corporais, com isso, realizar as atividades ficou bem mais fácil.

Estes fatores, adicionados aos estímulos sensoriais proporcionados pelas atividades na água, favoreceram benefícios nos demais aspectos avaliados: esquema corporal melhora de 80 $\Delta\%$ da pré para a pós-intervenção, lateralidade 142,85 $\Delta\%$, orientação espacial 66,6 $\Delta\%$, e orientação temporal 80 $\Delta\%$.

Assim como o P1, no aspecto psicomotor o P2 obteve bons resultados também se considerando o tempo total em que se realizou a intervenção (doze meses). Este participante diferente do P1, nunca havia participado de um programa de estimulação ou de atividade física antes da intervenção.

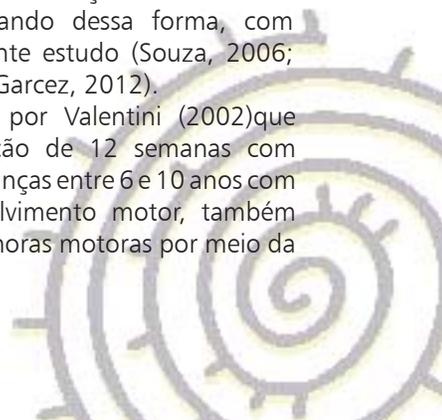
Um ponto relevante e evidente foi que mesmo sem ter passado por alguma forma de atividade

relacionada à melhora da capacidade motora, o P2 obteve resultados bem mais expressivos do que o P1 que antes de iniciar este estudo já havia passado por um período de exercícios com tal objetivo. Outros estudos envolvendo a Paralisia Cerebral foram conduzidos com crianças que realizaram sessões de estímulo físico como fisioterapia e terapia ocupacional (Sari e Marcon, 2008; Souza et al. 2011).

Como podemos observar na tabela 2, o P2 também obteve melhoras em todos os cinco pontos estudados. Na coordenação e equilíbrio, a melhora de 245,45 $\Delta\%$ do pré-teste para o pós-teste do P1, alcançou uma porcentagem maior que o P2. Em alguns pontos tivemos avaliações muito semelhantes como na Orientação Temporal que quase se igualaram, sendo P1 com 80 $\Delta\%$ de melhora e P2 de 66,6 $\Delta\%$ de melhora. Na Lateralidade assim como nos outros testes, o P1 obteve melhores resultados frente ao P2, sendo P1 com 142,85 $\Delta\%$ e P2 com 112,5 $\Delta\%$.

Estudos revelam que os esportes adaptados como a natação ou atividades motoras são benéficas na Paralisia Cerebral por provocar a neuroplasticidade, melhora da percepção corporal, por estimular e fortalecer a musculatura paralisada, proporcionando benefícios na postura e mobilidade, aperfeiçoando movimentos básicos e fundamentais para a realização de atividades do cotidiano corroborando dessa forma, com os resultados do presente estudo (Souza, 2006; Castro, 2005; Pereira e Garcez, 2012).

Em estudo conduzido por Valentini (2002) que realizou uma intervenção de 12 semanas com atividade motora em crianças entre 6 e 10 anos com deficiência no desenvolvimento motor, também foram encontradas melhoras motoras por meio da



realização de atividades diversificadas. Segundo Rodrigues (2006) esse tipo de atividade pode promover uma aprendizagem rica e complexa.

Fazendo um comparativo do P1 e P2, como apresentado na figura 1, notamos que o P1 obteve melhora um pouco maior quando comparamos o pré com o pós-intervenção do P2. Uma explicação possível a essa melhora foi o fato de o P1 ter uma melhor compensação no período de adaptação neural.

A partir da observação dos resultados da avaliação psicomotora, ambas as crianças avaliadas obtiveram benefícios em todos os aspectos psicomotores avaliados, o que proporcionou uma maior qualidade de vida a tais crianças. Monteiro et al. (2010) objetivando avaliar o processo de aprendizagem motora de crianças com Paralisia

Cerebral verificaram que tais crianças mostraram capacidade de aprendizagem preservada por meio da adaptação da tarefa situação que também ocorreu com os entrevistados sem Paralisia Cerebral.

Atualmente, pesquisadores do desenvolvimento infantil argumentam que um ambiente diferenciado, como o meio aquático aliado a um trabalho que envolva estratégias para desenvolver habilidades com déficit, respeitando as características individuais de cada criança, desencadeiam várias alterações positivas em seu desenvolvimento, como aprendizagem e melhora de aspectos psicomotores (Souza, 2004; Monteiro, 2010).

BIBLIOGRAFIA:

- BIJOU, S. W.; BAER, D.M. (1980). *O desenvolvimento da criança: uma leitura comportamental*. São Paulo:EDU.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2012). Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da Uniao.
- CALCAGNO, N. C.; SILVA PINTO, T. P.; VAZ, D. V.; MANCINI, M. C.; SAMPAIO, R. F. (2006). *Análise dos efeitos da utilização da tala seriada em crianças portadoras de paralisia cerebral: Uma revisão sistemática da literatura*. Revista Brasileira de saúde Materno Infantil, 6 (1), 11-22.
- CARVALHO, C. (1982). *Prendizagem motora e nataçao*. Lisboa: Instituto Superior de Educação Física da Universidade Técnica de Lisboa.
- CASTRO, E. M. (2005). *Atividade Física Adaptada*. Ribeirao Preto:
- DELTELL, M. C.J.; MASIÀ, J. R. (2013). *Diseño, implementación y valoración de un programa de intervención Psicomotriz Vivenciada para la prevención del riesgo social en la infancia*. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales., 38, 4-18.
- GUTIERRES FILHO, P. (2003). *A Psicomotricidade Relacional em meio aquático*. Barueri: Manole.
- KLEMM, F. (1995). *Ensino da nataçao para principiante*. São Paulo.Nacional.



MANCINI, M. C.; FIÚZA, P. M.; RABELO, J. M.; MAGALHÃES, L. C.; COELHO, Z. A. C.; PAIXÃO, M. L.; GONTIJO, A. P. B.; FONSECA, S. T. (2002). *Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral*. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 60(2-B), 446-452.

MATTOS, M. M.; ROSSETTO JUNIOR., A. J.; BLECHER, S. (2004). *Teoria e prática da metodologia da pesquisa em Educação Física: Construindo seu trabalho acadêmico*. Monografia, artigo científico e projeto de ação. São Paulo: Phorte.

MORAIS F.D. ET AL. (2012). *Correlation Between Neurofunctional profile and sensory motor skills of children with cerebral palsy*. Journal of Human Growth and Development, 22(2), 226-232.

MONTEIRO C. B. M. ET AL. (2010). *Aprendizagem motora em crianças com paralisia cerebral*. Revista Brasileira Cresc. e Desenv. Humano, 20(2), 250-262.

MORIMOTO, M. M.; SÁ, C. S. C.; DURIGON, O. F. S. (2004). *Efeitos da intervenção falicitatoria na aquisição de habilidades funcionais em crianças com paralisia cerebral*. Revista Neurociências, 12(1), 1-11.

OLIVEIRA, G. C. (2004). *Avaliação psicomotora a luz da psicologia e da psicopedagogia*. Petrópolis: Vozes.

PEREIRA, V. A.; GARCEZ, E. M. (2010). *Aspectos emocionais da Paralisia Cerebral na natação adaptada*. EFDeportes.com, Revista Digital, 15(148). Disponível em <http://www.efdeportes.com>. Acesso em: 01 de Junho de 2012.

RODRIGUES, D. (2006). *Atividade motora adaptada: a alegria do corpo*. São Paulo: Artes Medicas.

RODRÍGUEZ, J. S. (2014). *La intervención desde la Psicomotricidad Relacional em la psicosis infantil*. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales, 39, 26-40.

SARI, F. L.; MARCON, S. S. (2008). *Participação da família no trabalho fisioterapêutico em crianças com paralisia cerebral*. Revista Brasileira Cresc. e Desenv. Humano, 18(3), 229-239.

SOUZA, P. A. (2006). *Educação Física, Esporte e Saúde: Efeitos preventivos de Reabilitação e Terapêuticos*. São Paulo : Artes Médicas.

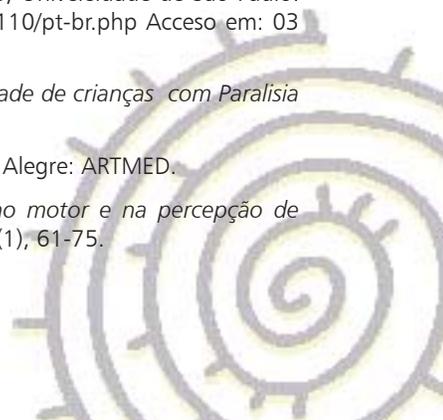
SOUZA, K. E. S et al. *Classificação do grau de comprometimento motor e do índice de massa corpórea em crianças com Paralisia Cerebral*. Revista Brasileira Cresc. e Desenv. Humano, 21(1), 11-20.

SOUZA, J. (2004). *Maturidade emocional e avaliação comportamental de crianças filhas de alcoolistas*. Dissertação de Mestrado em enfermagem psiquiátrica. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Disponível em: [HTTP://www.teses.usp.br/Disponiveis/22/22131/tde-27102004-153110/pt-br.php](http://www.teses.usp.br/Disponiveis/22/22131/tde-27102004-153110/pt-br.php) Acesso em: 03 novembro de 2014.

TEIXEIRA-ARROYO, C.; OLIVEIRA S. R. G. (2007). *Atividade aquática e a Psicomotricidade de crianças com Paralisia Cerebral*. Motriz, 13(2), 97-105.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. (2012). *Métodos de pesquisa em atividade física*. Porto Alegre: ARTMED.

VALENTINI, N. C. (2002). *A Influência de uma intervenção motora no desempenho motor e na percepção de competência de crianças com atrasos motores*. Revista Paulista e Educação Física, 16(1), 61-75.



ALGUNAS PREGUNTAS Y SUS RESPUESTAS SOBRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

*SOME QUESTIONS AND ANSWERS ABOUT THE DEFICIT OF
ATTENTION WITH HYPERACTIVITY DISORDERS (DAHD/TDAH)*

Roberto Mario Paterno

DATOS DEL AUTOR

El Prof. Dr. Roberto Mario Paterno es Neuropsicólogo Infantil y Decano de la Facultad de Filosofía, Ciencias de la Educación y Humanidades de la Universidad de Morón.
Dirección de Contacto: rpaterno@unimoron.edu.ar

RESUMEN

A lo largo de la historia, una gran cantidad de investigadores y clínicos han descrito, con mayor o menor precisión, a niños con un patrón de síntomas y signos muy similares a los que en la actualidad caracterizan el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

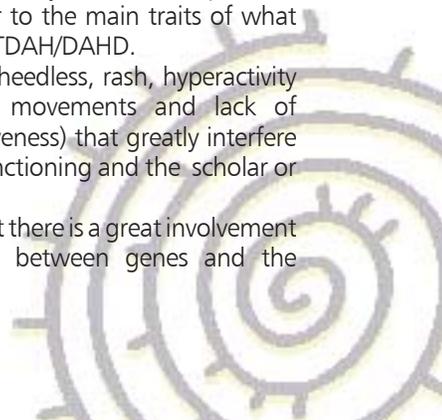
Los síntomas centrales: inatención, exceso de movimientos (hiperactividad) y falta de control de los impulsos (impulsividad), interfieren significativamente tanto en el ámbito familiar como en el ámbito escolar. En la actualidad, se considera que existe una multiplicidad de vías etiopatogénicas en el TDAH que

ABSTRACT

Throughout history many researchers and / or clinicians have described with more or less accuracy, children presenting personality features and patterns of symptoms very similar to the main traits of what nowadays is considered TDAH/DAHD.

The chief symptoms are heedless, rash, hyperactivity with excessive shaking movements and lack of impulse control (impulsiveness) that greatly interfere with both the familiar functioning and the scholar or academic performance.

Actually is considered that there is a great involvement of complex interactions between genes and the



necesariamente implican complejas interacciones de genes y ambiente; el enfoque central se fundamenta en un modelo transaccional con contribuciones genéticas, neurobiológicas, neuropsicológicas y sociales.

El diagnóstico es clínico con el aporte fundamental de la evaluación neuropsicológica individual. La intervención debe ser multicomponencial y multicontextualizada (niño, familia, escuela).

El tratamiento farmacológico es una ayuda importante para los niños, adolescentes o adultos con TDAH de moderado a grave, ya sea por medio de estimulantes (hoy en día se cuenta con cuatro formulaciones de metilfenidato) o de atomoxetina. Todas ellas tienen sus propias características diferenciales y son muy eficaces en el control de los síntomas. Los efectos secundarios, cuando aparecen, suelen ser bien tolerados; todos ellos son fármacos bien estudiados y seguros.

PALABRAS CLAVE: TDAH, atención, hiperactividad, impulsividad, evaluación, diagnóstico y tratamiento.

environment: the principal approach focusses on a transactional model which includes genetic, neurobiology, neuropsychological and social sides.

The clinical diagnostic is made basically with the help of the individual neuropsychological evaluation.

Thus, the neuropsychological intervention must be multifarious and multicontextualized, comprising the child, his family and the school work.

Pharmacological treatment by means of stimulant drugs is an important help too, for children, adolescents or adults suffering TDAH in a range that starts from a mild to a severe degree. There are actually four pharmaceutical forms of methylphenidate as well as of atomoxetine. All of them have different properties which are very efficient in the treatment of the symptoms. If side effects come, they are generally well tolerated; these drugs have been deeply studied and proved to be safe.

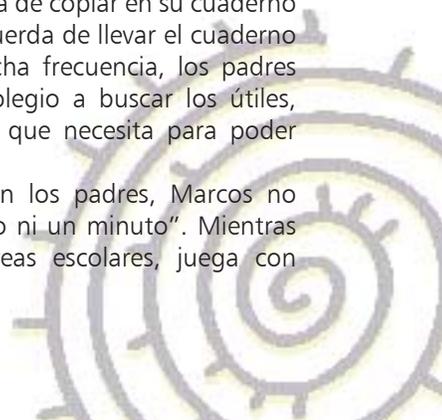
KEY WORDS: TDAH - Attention - Hyperactivity - Impulsiveness - Evaluation - Diagnostic -Treatment

•• ————— ••

Un caso testigo de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): Marcos tiene 8 años 6 meses y está en segundo grado de primaria (repitió segundo). Sus padres lo traen a la consulta porque escribe las letras y los números al revés (a pesar de saber cómo se escriben), dice "me canso mucho en el colegio", "me aburro en la clase", "no me gusta hacer la tarea de la escuela" (repite estas frases varias veces en la entrevista personal). Habla de varias cosas al mismo tiempo y en forma muy acelerada, no escucha a su interlocutor; saca varios juegos diferentes en una hora, pero no juega con ninguno, pierde los útiles en la escuela y en la casa; siempre contesta "no

sé", "no pude", "no me dejan", trata de pensar para dar algunas respuestas pero se distrae muy fácilmente. La madre llama todos los días a sus compañeros para que le digan los deberes que ha mandado la maestra para el día siguiente, porque Marcos siempre se olvida de copiar en su cuaderno la tarea (si es que se acuerda de llevar el cuaderno a la escuela). Con mucha frecuencia, los padres tienen que volver al colegio a buscar los útiles, cuadernos, libros, etc., que necesita para poder realizar los deberes.

Además, según cuentan los padres, Marcos no "puede quedarse quieto ni un minuto". Mientras está realizando las tareas escolares, juega con



cualquier cosa (el lápiz, la goma, el sacapuntas...), se levanta con cualquier pretexto (ir al baño, tomar una gaseosa, sacar punta a los lápices, contar algo muy lindo (o feo) a sus hermanos, saludar a su papá porque acaba de llegar, acariciar a su pequeña perra que está durmiendo dentro de la cucha. El padre y la madre concuerdan en que da la sensación de que "funciona como un motor que nunca se apaga". Además, siempre notan su presencia, aunque esté "jugando" o "estudiando" en la planta alta de la casa y, cuando lo van a retirar de la escuela o están todos reunidos en familia, acapara la conversación familiar, no puede dejar de hablar "siempre en voz muy alta".

Los papás aseguran que Marcos responde siempre "cualquier cosa", sin mediar la importancia de la respuesta ni que le preocupe que sea incorrecta. Cuentan que algunas veces los pone en un aprieto delante de otras personas o de familiares, porque no se detiene a pensar en las posibles consecuencias de sus actos. Por ejemplo, le dice "gorda horrible" a su tía o cuenta intimidades familiares a desconocidos. En vacaciones de verano, el viaje a las sierras de Córdoba, con el que Marcos y sus hermanos estaban muy contentos, resultó un verdadero desastre, dado que Marcos se enojaba frecuentemente y se ponía muy agitado cada vez que tenía que esperar para almorzar o cenar, entre otras cosas. Los padres insisten en que es un niño "tremendamente impaciente, todo lo quiere en el momento".

Por último, los padres agregan que Marcos se lleva mal con el resto de sus compañeros de clase; no es bueno en ningún deporte, no cumple las reglas de los juegos porque quiere imponer las suyas en

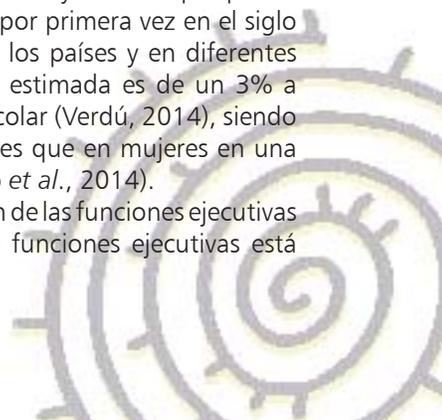
cada momento y siempre ser el ganador. Es un niño inteligente, pero suele hacer mal las evaluaciones escolares a pesar de saber los temas el día anterior al examen cuando su mamá le hace preguntas al respecto. Es muy frecuente que regrese a su hogar muy enojado por haber tenido dificultades con alguno de sus compañeros de grado (en clase o en el recreo), o porque la docente le dijo algo que no le gustó.

¿Qué es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad?

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un síndrome conductual con bases neurobiológicas y un fuerte componente genético. El TDAH es uno de los motivos más frecuentes de bajo rendimiento escolar y de dificultades en las interacciones sociales en la edad infantil (Rodríguez, 2010).

Es la alteración del neurodesarrollo más frecuente en la población infantil (representa entre el 20% y el 40% de las consultas en los servicios de psiquiatría infanto-juvenil), tiene una alta comorbilidad, es muy heterogéneo en sus formas de presentación, según la edad y el sexo, y tiene un gran impacto negativo en el niño, la familia, la escuela y el medio social, tanto por el costo económico de su habilitación (tratamiento) como por la fuerte carga familiar y el fracaso escolar y laboral que puede conllevar. Fue descrito por primera vez en el siglo XIX y aparece en todos los países y en diferentes culturas. La prevalencia estimada es de un 3% a 7% de niños en edad escolar (Verdú, 2014), siendo más frecuente en varones que en mujeres en una relación de 3-9:1 (Rubio *et al.*, 2014).

El TDAH es una alteración de las funciones ejecutivas (FF.EE.). El concepto de funciones ejecutivas está



en pleno desarrollo y no existe un amplio consenso sobre su clasificación (Scandar, Scandar & Paterno, 2010); pero todos los especialistas coinciden en que engloban las capacidades necesarias para atender a un estímulo, planificar y organizar una acción, reflexionar sobre las posibles consecuencias de las acciones e inhibir la primera respuesta automática cambiándola por otra más apropiada. Las tareas cognitivas necesarias para la función ejecutiva (alteradas en sujetos con TDAH) son: la memoria de trabajo, la inhibición (motora, cognitiva o emocional), la atención selectiva y sostenida, la fluidez verbal, la planificación, la flexibilidad cognitiva y el control de las interferencias (San Sebastián, Soutullo & Figueroa, 2010).

¿Cuáles son sus características clínicas?

El cuadro clínico se manifiesta por los siguientes síntomas: **1)** déficit de atención, **2)** hiperactividad, **3)** impulsividad y **4)** otros síntomas asociados.

¿Cómo se manifiesta el déficit de atención?

Los niños tienen gran dificultad para efectuar una misma tarea durante un largo período de tiempo (atención sostenida o vigilancia), se aburren en pocos minutos y se ponen a pensar en cualquier otra cosa sin prestar la más mínima atención a la actividad que deben realizar, lo que provoca la realización de muchos y reiterados errores; también presentan con frecuencia déficit en la atención selectiva. Suelen ser los problemas de atención, el último síntoma en remitir con el tratamiento.

¿Pero cómo se puede definir qué es la atención?, ¿la atención sostenida? y ¿la atención selectiva?

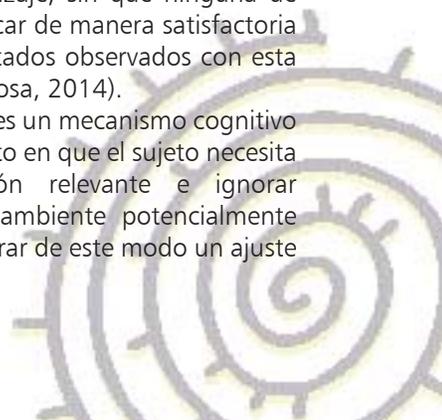
La **atención** puede entenderse como un proceso

neuropsicológico que la persona dispone para seleccionar, entre varios estímulos, aquel al que responder; supone un control voluntario y dirección de la consciencia hacia un estímulo determinado, interno o externo. Hoy se conocen varios tipos de atención con sustratos neuronales diferentes (atención selectiva, atención dividida, atención sostenida, etc.). En definitiva, la atención es un concepto heterogéneo que tiene diversas manifestaciones y que opera sobre otras funciones neuropsicológicas.

La **atención sostenida** es la capacidad de mantener una respuesta de forma consistente durante un período de tiempo prolongado. Se divide en dos subcomponentes: se habla de vigilancia, cuando la tarea es de detección, y de concentración, cuando se refiere a otras tareas cognitivas. Aunque en la terminología neuropsicológica actual este concepto se denomina así, tradicionalmente, ha sido denominado concentración.

La atención sostenida ha sido investigada con tareas monótonas que requieren una concentración durante períodos de tiempo relativamente largos. El resultado más habitual consiste en un menoscabo acusado del rendimiento tras los primeros treinta minutos de ejecución de la tarea. Se han propuesto diversas teorías para explicar ese fenómeno que aluden a factores cognitivos, fisiológicos, decisorios o de aprendizaje, sin que ninguna de ellas haya logrado explicar de manera satisfactoria la variedad de los resultados observados con esta tarea (Montoro & Hinojosa, 2014).

La **atención selectiva** es un mecanismo cognitivo que actúa en el momento en que el sujeto necesita escoger la información relevante e ignorar aquellos aspectos del ambiente potencialmente distractores, para asegurar de este modo un ajuste



adaptativo al entorno. La atención selectiva es capaz de **focalizar** el análisis de la información y de **inhibir o atenuar** los otros estímulos del medio circundante. Pero, ¿por qué el sistema cognitivo necesita disponer de un mecanismo de selección de la información relevante? Se pueden enunciar dos grandes posiciones teóricas en función de la respuesta que se ha ofrecido a esta pregunta: la **selección para la percepción** y la **selección para la acción**. Aunque una y otra postura no son necesariamente excluyentes, las propuestas teóricas desarrolladas para explicar el funcionamiento de la atención selectiva han apostado, en mayor o menor medida, por alguna de estas dos grandes alternativas (Delgado *et al.*, 2014).

¿Cómo se manifiesta la hiperactividad?

Son niños con movimientos constantes (“hiperactividad estéril”), que no pueden quedarse quietos durante un lapso prudencial de tiempo; por otro lado, hablan sin parar y molestan durante toda la clase a sus pares y al docente. Tienen muchos más accidentes que el resto de los niños de su misma edad cronológica. Suele ser el primer síntoma en remitir con la rehabilitación.

¿Con mayor amplitud, cómo se puede definir la hiperactividad?

La **hiperactividad** es una conducta desorganizada y perturbadora que se caracteriza por un movimiento constante o excesivo; supone un estado de continua actividad, incluso durante el sueño.

¿Cómo se manifiesta la impulsividad?

La **impulsividad** se caracteriza porque al niño

le cuesta mucho inhibir la respuesta inmediata ante cualquier situación y porque dice o hace lo primero que pasa por su cabeza, sin pensar en las consecuencias. Interrumpen a los demás con gran frecuencia y hablan antes de tiempo.

¿Se puede precisar mejor el concepto de impulsividad?

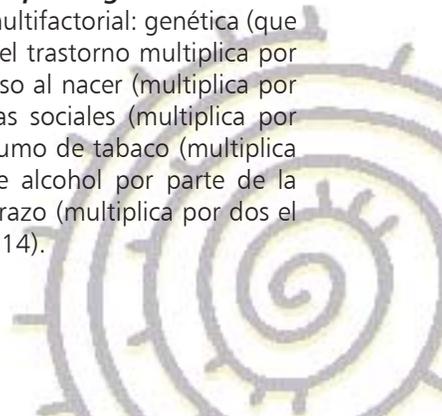
La **impulsividad** supone reaccionar a una situación sin tener en cuenta los riesgos o consecuencias; debido a este problema, los individuos tienen dificultades para inhibir, controlar o modular sus respuestas o reacciones inmediatas ante las distintas situaciones. En definitiva, es la dificultad en el autocontrol para inhibir un pensamiento o acción.

¿Cuáles serían algunos otros síntomas de los niños con TDAH?

El fracaso escolar, la baja autoestima y el autoconcepto, dificultades para relacionarse con los otros niños y con los adultos (por ejemplo, los docentes); pero también pueden ser niños que se motivan con facilidad, de buen humor, abiertos a nuevas formas de pensar y muy creativos cuando reciben un tratamiento planificado y adecuado a sus características particulares.

¿Cuáles son las causas que originan el TDAH?

La causa (etiología) es multifactorial: genética (que un progenitor padezca el trastorno multiplica por ocho el riesgo), bajo peso al nacer (multiplica por tres el riesgo), problemas sociales (multiplica por cuatro el riesgo) y consumo de tabaco (multiplica por tres el riesgo) o de alcohol por parte de la madre durante el embarazo (multiplica por dos el riesgo). (Rubio *et al.*, 2014).



¿Cómo se presenta el TDAH en la última versión del DSM-5 de la American Psychiatric Association?

A. Patrón persistente de inatención o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) o (2):

1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o

los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

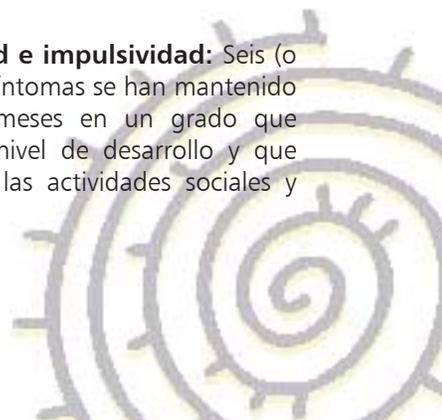
f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetera, llaves, papeles del trabajo, anteojos, teléfono móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:



Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requieren un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea con, o golpea las manos o los pies, o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. **Nota:** En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está "ocupado", actuando como si "lo impulsara un motor" (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

Presentación combinada: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2



(hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre "leve" y "grave".

Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico, o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

¿Qué es con más exactitud el DSM-5?

Los DSM (*Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders*) son publicaciones de la *American Psychiatric Association* que describen y clasifican los trastornos mentales; el DSM-5 (2013) presenta una clasificación general de los trastornos mentales en relación tanto con la guía diagnóstica para la práctica clínica como con los criterios para la investigación, así como una guía de uso en salud mental en atención primaria. En relación con las versiones anteriores del DSM, el DSM-5 mantiene un criterio más dimensional que categorial de los trastornos mentales.

¿Existen otros criterios clasificatorios del TDAH?

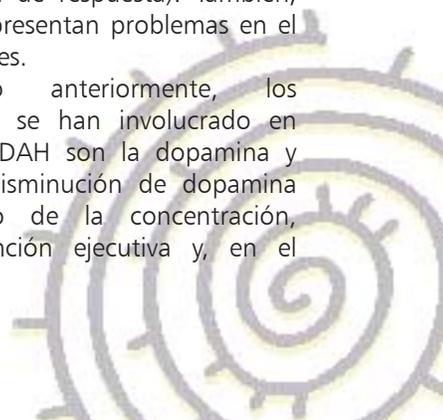
También existe la clasificación europea del trastorno, expresada en la CIE-10 (Clasificación de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud). La CIE-10 lo denomina Trastorno Hiperactivo. Comprende tres grupos de síntomas fundamentales (inatención, hiperactividad e impulsividad) y su diagnóstico exige la presencia significativa de síntomas tanto de inatención como de hiperactividad y de impulsividad. Así, su descripción corresponde a la variante más severa del trastorno, siendo similar al TDAH subtipo combinado (Rodríguez, 2010).

¿Cuáles son los factores neurobiológicos que determinan el TDAH?

Las investigaciones señalan que en el TDAH existe una alteración de los circuitos que comunican la corteza prefrontal con los ganglios de la base en los que intervienen dos neurotransmisores: la dopamina y la noradrenalina. Por otro lado, también se han mencionado alteraciones en el tamaño y la función del cuerpo calloso y de los ganglios basales.

La activación de la corteza prefrontal de estos niños es muy débil, lo que ocasiona alteraciones importantes atencionales (atención, memoria de trabajo e inhibición de respuesta). También, los sujetos con TDAH presentan problemas en el manejo de sus emociones.

Según lo referido anteriormente, los neurotransmisores que se han involucrado en la neurobiología del TDAH son la dopamina y la noradrenalina. La disminución de dopamina provoca un descenso de la concentración, dificultades de la función ejecutiva y, en el



aprendizaje, disminución de la adherencia a las actividades y de las conductas de refuerzo, hiperactividad e impulsividad, así como alteración de la memoria de trabajo. La disminución de la noradrenalina produce una disminución de la atención (Rubio *et al.*, 2014).

¿El TDAH es un problema que afecta sólo a los niños?

No, en un 15% al 20% persisten los síntomas durante toda la vida, es decir, que afecta también a adolescentes y adultos.

Los adolescentes o adultos con historia de TDAH durante la niñez tienen una mayor tasa de conducta antisocial, lesiones y accidentes, dificultades en el empleo y en el matrimonio, problemas de salud, embarazos en la adolescencia e hijos extramatrimoniales, así como abuso de sustancias. También tienen una menor tasa de empleo, menores ingresos anuales para aquellos con título de grado, y menores logros educativos (Klyklyo & Kay, 2015). Es importante además destacar que, aunque algunos se preocupan por el hecho de que los estimulantes pueden aumentar el riesgo de uso de sustancias, un metaanálisis de estudios abiertos a largo plazo sobre el tratamiento con estimulantes en el TDAH concluyó que el uso de estimulantes no aumentó el riesgo de abuso de sustancias y hasta pudo tener un efecto protector (Liddle, Dakof, Parker, Diamond, Barrett & Tejada, 2001).

Aunque las investigaciones longitudinales sobre el TDAH en la infancia con seguimientos hasta la edad adulta son un gran desafío metodológico, la opinión de los clínicos es que el tratamiento adecuado y sostenido que comienza en la niñez puede disminuir notablemente, en la gran mayoría

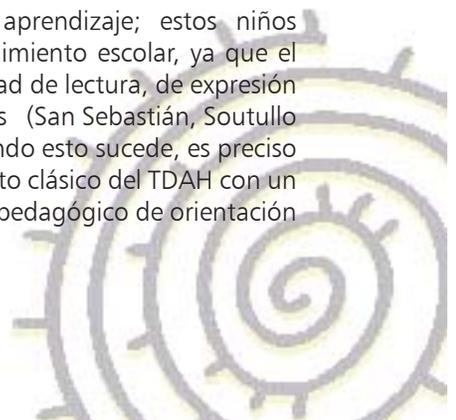
de los casos, algunos de los síntomas en la etapa adulta (Klyklyo & Kay, 2015).

¿Cuál es la comorbilidad psiquiátrica del TDAH?

La comorbilidad psiquiátrica es una característica muy frecuente en el TDAH. Alrededor del 70% de los personas con TDAH presentan al menos un trastorno psiquiátrico asociado y aproximadamente el 40% sufren al menos dos. Por lo tanto, el profesional debe tenerlo en cuenta. Cuando el TDAH se asocia a otros trastornos, suele complicarse mucho el diagnóstico, empeorar la evolución, y la respuesta a la rehabilitación es más sombría. La comorbilidad es más frecuente en varones, de mayor edad, con un cociente intelectual (CI) bajo y un escaso nivel educativo y cultural; con antecedentes familiares de trastorno bipolar, trastorno depresivo y TDAH, y con TDAH combinado, de inicio precoz, severo, de larga evolución, que cursa con agresividad y que comenzó a tratarse tardíamente.

Los trastornos psiquiátricos que más frecuentemente se asocian (comorbilidad) al TDAH son: el trastorno negativista desafiante (40% a 60%), el trastorno disocial (14% a 46%), trastornos de ansiedad (30% a 45%), depresión (4% a 30%), abuso de sustancias (15%), tics o trastorno de Tourette (9% a 11%), entre otros (Verdú, 2014).

Entre el 15% y el 45% de los niños con TDAH tienen problemas de aprendizaje; estos niños presentan un bajo rendimiento escolar, ya que el TDAH afecta su capacidad de lectura, de expresión escrita o de matemáticas (San Sebastián, Soutullo & Figueroa, 2010). Cuando esto sucede, es preciso acompañar el tratamiento clásico del TDAH con un importante apoyo psicopedagógico de orientación neuropsicológica.



El bajo rendimiento escolar es un aspecto demasiado frecuente y muy inespecífico de la infancia y de la adolescencia. Por un lado, los profesionales de la salud mental y de la educación ciertamente no deben asumir que todo mal alumno padece un trastorno mental (en este caso un TDAH) subyacente a su escaso rendimiento escolar. Por otra parte, es muy probable que la mayoría de los trastornos mentales que afectan a niños ejerzan una repercusión negativa sobre el rendimiento escolar, y es frecuente que los déficits académicos constituyan el primer motivo de la consulta (Frist, 2015).

Algunos otros autores consideran la existencia del síndrome DAMP (acrónimo de *Deficits in Attention, Motor control and Perception*) que incluye la presencia de problemas atencionales con torpeza motora y alteraciones de la percepción; serían niños con TDAH y trastornos del desarrollo de la coordinación motora o con TDAH y trastornos del aprendizaje no verbal o "procedimental" (Verdú, 2014).

¿Qué se entiende más precisamente por comorbilidad?

Comorbilidad es un término, acuñado por A. R. Fernstein en 1970, y que se refiere a dos conceptos: la **presencia** de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario, y al **efecto** de estos trastornos o enfermedades adicionales.

¿Cómo se realiza la evaluación y el diagnóstico del TDAH?

El diagnóstico de TDAH es **clínico** y se basa en una historia clínica detallada. En la entrevista con los padres es importante valorar la presencia de

los síntomas, su intensidad, la frecuencia con la que aparecen y su persistencia en el tiempo y en diferentes contextos. Asimismo, son muy importantes los datos significativos aportados por otras fuentes (docentes, psicopedagogo escolar, amigos, etc.). Además, se deben valorar la historia del desarrollo del lenguaje, y del desarrollo psicomotor, los antecedentes personales médicos y psicológicos, los antecedentes familiares, el ambiente familiar, las relaciones sociales y la evolución de su escolarización. Es necesario hacer también una (o más) entrevista clínica con el propio niño (exploración neuropsicológica) y el suministro de cuestionarios autoaplicados de TDAH (para padres y docentes). Por último, se recomienda una evaluación neuropsicológica individual completa. El arte y la ciencia del diagnóstico tienen que complementarse con el juicio clínico y la sabiduría de la experiencia acumulada (Frist, 2015).

¿Cuál puede ser el diagnóstico diferencial en el TDAH?

Los síntomas centrales del TDAH (inatención, hiperactividad-impulsividad) no son patognomónicos de este trastorno. Por ello, antes de diagnosticar un TDAH es muy importante realizar un diagnóstico diferencial (evolutivo, médico, neuropsicológico, neuropsiquiátrico, educativo y social).

El **diagnóstico diferencial** permite descartar otras condiciones evolutivas, médicas, neurológicas, psiquiátricas o sociales que cursan con síntomas similares a los del TDAH.

Según Michael B. Frist (2015), el proceso del diagnóstico diferencial del DSM-5 puede descomponerse en seis pasos básicos: **1)** descartar la simulación y el trastorno facticio, **2)** descartar una



etiología relacionada con sustancias, **3)** descartar una afección médica etiológica, **4)** determinar el o los trastornos primarios específicos, **5)** diferenciar el trastorno de adaptación de los cuadros no especificados y otros cuadros especificados y **6)** establecer el límite con la ausencia de trastorno mental. Una visión exhaustiva de estos pasos básicos proporciona un marco de trabajo muy útil para establecer el diagnóstico diferencial según los criterios del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª edición).

¿Qué se puede decir acerca del tratamiento del TDAH?

Los objetivos centrales de la rehabilitación y la habilitación son eliminar o disminuir los síntomas nucleares del TDAH (y la comorbilidad), optimizar el rendimiento escolar y el funcionamiento social, adaptar el entorno a las particularidades del sujeto y facilitar la transición a la vida adulta. Básicamente, el tratamiento del TDAH consta de cuatro partes fundamentales: **a)** la psicoeducación y entrenamiento a los padres en el manejo cognitivo-conductual del niño (o adolescente), **b)** el apoyo neuropsicológico o neuroeducativo individual (o grupal), **c)** la orientación a los docentes y, **d)** el tratamiento farmacológico.

¿Cuándo se puede discontinuar el tratamiento medicamentoso?

Si un niño ha estado asintomático durante un lapso de al menos un año, el profesional médico debe evaluar si el tratamiento farmacológico continúa dando algún beneficio; si no es así, tendría que ensayar el retiro de la medicación, en especial si el infante ha mostrado ausencia de síntomas durante el olvido de algunas dosis o la

falta de necesidad de aumentar la dosis de un medicamento durante los picos de crecimiento. El mejor momento para ensayar el retiro de la medicación incluye las vacaciones; mientras que los momentos malos son, por ejemplo, aquellos en los que el niño se incorpora a un nuevo colegio. Si los síntomas retornan, la medicación debe ser reinsertada (Klykylo & Kay, 2015).

¿Qué pasa con los niños con TDAH y la adaptación escolar?

Gran número de estudios han documentado las dificultades escolares de los niños con TDAH. Las investigaciones muestran que los escolares con TDAH obtienen puntuaciones típicas significativamente inferiores que sus compañeros en el rendimiento académico, en lectura, deletreo y matemáticas. El rendimiento académico se relaciona con las dificultades para terminar las tareas y la productividad, y los comportamientos de falta de atención, impulsividad e inquietud en el aula. Otros investigadores y clínicos sugieren que las dificultades académicas están relacionadas directamente con las limitaciones cognitivas de estos niños (Semrud-Clikeman & Teeter Ellison, 2011).



BIBLIOGRAFÍA:

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2014): *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Madrid: Médica Panamericana.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013): *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Médica Panamericana.
- ARNEDO MONTERO, M., MONTES LOZANO, A., BEMBIBRE SERRANO, J. y TRIVIÑO MOSQUERA, M. (2015): *Neuropsicología Infantil. A través de casos clínicos*. Madrid: Médica Panamericana.
- DELGADO LOSADA, M. (2014): *Fundamentos de Psicología. Para Ciencias Sociales y de la Salud*. Madrid: Médica Panamericana.
- FIRST, M.B. (2015): *DSM-5. Manual de Diagnóstico Diferencial*. Madrid: Panamericana.
- KLYKYLO, W.M. y KAY, J. (2015). *Clínica de la Psiquiatría Infantojuvenil*. Buenos Aires: Inter-Médica.
- LIDDLE, H.A., DAKOF, G.A., PARKER, K., DIAMOND, G.S., BARRETT, K. y TEJERA, M.: *Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial*. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2001; 27:651-688.
- RODRIGUEZ GORDO, M. (2010): *Hiperactividad y Atención. Todo lo que debes saber sobre el TDAH*. Valencia: Avanza.
- RUBIO VALLALODID, G. y col. (2014): *Fundamentos de Psiquiatría. Bases científicas para el manejo clínico*. Madrid: Panamericana. Sección IV. Cap. 19.
- SCANDAR, R. O. y PATERNO, R. M. (2010): *Dificultad de Aprender. Cómo atender discapacidades de aprendizaje*. Buenos Aires: EDIBA.
- SEMRUD-CLIKEMAN, M. y TEETER ELLISON, P. A. (2011): *Neuropsicología infantil. Evaluación e intervención en los trastornos neuroevolutivos*. Madrid: Pearson. Segunda Edición (Revisión técnica: Segovia Vázquez, S., Rodríguez del Cerro, M. y Paterno, R.M.).
- SOUTULLO ESPERON, C., y MARDOMINGO SANZ, M. (2010): *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Madrid: Panamericana. Sección II. Cap. 4.
- VERDU, A. (2014): *Manual de Neurología Infantil*. Madrid: Médica Panamericana.



14. FUNDAMENTOS DE INTERVENCIÓN EN PSICOMOTRICIDAD RELACIONAL: REFLEXIONES DESDE LA PRÁCTICA

Lapierre A.; Llorca, M.; Sánchez, J. (2015)

Editorial Aljibe

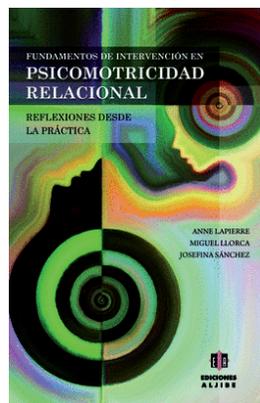
La intervención en psicomotricidad relacional se fundamenta en el desarrollo del juego espontáneo con el niño, donde el diálogo tónico y el encuentro corporal con el otro mantienen mayor presencia y relevancia que en otras intervenciones realizadas desde otras metodologías de intervención psicomotriz.

También son específicos de esta práctica, la decodificación simbólica de los materiales y el uso del espacio del psicomotricista que de manera simbólica también representa su cuerpo. En este sentido, se desarrollan los dos primeros capítulos de este libro, que intentan recoger cuál es la especificidad de la intervención en psicomotricidad relacional y qué formación es necesaria para que los psicomotricistas puedan intervenir de manera individual o en pareja, generando una relación transferencial con los niños, tanto desde el ámbito educativo como clínico, en donde el cuerpo se propone como el principal mediador de las relaciones. En este sentido, los psicomotricistas relacionales necesitamos una amplia formación personal además de teórica y profesional, que nos permita no solo reencontrar el placer del juego corporal y el sentido del mismo como herramienta de intervención, sino también ser conscientes de nuestra historia y nuestras dificultades y proyecciones, para poder situarnos de un modo ajustado ante las necesidades de los niños, jóvenes y adultos con los que trabajamos.

También se incluye en este trabajo, un capítulo

sobre el análisis de las representaciones que los niños y niñas realizan a partir de sus vivencias en la sala, y cómo a través de sus dibujos, moldeados y construcciones se refleja su historia de vida y la huella que las vivencias de la sesión han movilizado en su psiquismo.

El sentido de la intervención en psicomotricidad relacional es poder reparar o resignificar la historia afectiva de las personas integrando experiencias de encuentro con los otros, adultos o iguales, además de las que ya han sido registradas en nuestras relaciones primarias, con la intención de poder ampliar o modificar las experiencias previas, y ayudar de esta forma a las personas a tener la oportunidad de situarse de una manera más satisfactoria en las relaciones con su entorno y en la percepción de sí mismos y la construcción de su identidad. En este libro, se desarrollan desde esta óptica



nuestras reflexiones sobre la intervención realizada ante la presencia de trastornos vinculares y cómo estos se manifiestan en la expresividad psicomotriz de los niños con autismo, psicosis, prematuridad o situaciones de abandono que han vivido los niños de adopción.

15. EL CUERPO COMO ORIGEN DEL TIEMPO Y DEL ESPACIO. ENFOQUES DESDE LA PSICOMOTRICIDAD

Editorial Miño y Dávila - Argentina

El presente libro es el último texto de una trilogía relacionada con los conceptos básicos de la Psicomotricidad y contiene una revisión completa y compleja de dos nociones fundamentales: el espacio y el tiempo, pilares constituyentes de la Psicomotricidad y cimientos que sustentan la construcción de la propia identidad en su devenir histórico. La mutualidad entre el cuerpo, el tiempo y el espacio es un hecho inobjetable en el desarrollo y la construcción de la personalidad.

El texto se estructura en dos capítulos. Uno de ellos está referido a la noción de espacio y su estructuración en el niño. Relata la importancia psicológica que ello tiene en el desarrollo armónico y se ocupa especialmente de la lateralidad. Habla de la derecha y la izquierda como las dos caras de la misma moneda de la lateralidad y de los modelos genético, ambiental y lesional que nos intentan explicar las distintas alteraciones que pueden llevar a las dificultades del aprendizaje. Además incluye los cuestionarios y las pruebas de observación y evaluación de la lateralidad más usuales, de mucha utilidad para docentes y profesionales.

En tanto, el otro capítulo intenta explicar la noción de *tiempo*, la estructuración temporal y la cronobiología de los ritmos humanos, entre ellos el circadiano, tan vital para la vida humana. Incluye consideraciones sobre los conceptos de duración y tiempo psicológico, la importancia del ritmo corporal, su relación con el comportamiento humano y con el movimiento.

También hace referencia al valor del ritmo vinculado al lenguaje y la escritura, y aporta, asimismo, pruebas de evaluación del ritmo esenciales para detectar posibles dificultades de aprendizajes.

Por último se refiere a las perturbaciones rítmicas, al ritmo en Psicomotricidad y a su relación con la afectividad, cerrando un círculo de aportes conceptuales imprescindibles para docentes y profesionales que operan con niños y adolescentes que quieren salir del laberinto de los viejos conceptos que ignoraban el cuerpo en la institución escolar.



Normas de Publicación

Aspectos formales:

Los trabajos se enviarán por correo electrónico a la Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales (milajl@adinet.com.uy y a msassano@fibertel.com.ar) como «adjuntos» (attach files) mediante un archivo con el texto del artículo, bibliografía, palabras clave, resumen, abstract, key words, datos del autor y tantos archivos como imágenes o gráficos hayan de incorporarse al artículo, cumpliendo los siguientes requisitos formales:

- El artículo habrá de ser original; no habrá sido publicado previamente en ningún medio escrito o electrónico, como artículo de revista, como parte de un libro o página web, o en las actas de alguna reunión científica (congreso, coloquio, simposio, jornadas ...).
- Estará escrito en español o portugués y se enviará, preferiblemente, en formato de Microsoft Word (DOC). Los gráficos se deberán ubicar en el lugar correspondiente.
- Los trabajos serán presentados en formato de página A4, orientación vertical, en espaciado simple, con márgenes de 2,5 cm (superior, inferior, derecho e izquierdo), sin encabezados, ni pies, ni numeración de páginas.
- El tipo de letra será de formato Times (Times, Tms o Times New Roman), de tamaño 12 pt. Los párrafos no tendrán sangrías de primera línea y estarán justificados a ambos lados, sin corte de palabras con guiones al final de las líneas.
- En ningún caso se utilizará el subrayado o la

negrita para hacer los resaltes de texto, que se harán mediante el uso de letra cursiva. Los epígrafes o apartados se harán utilizando mayúsculas y negrita, para el primer nivel y minúscula y negrita para los siguientes niveles, que habrán de numerarse correlativamente. Las comillas se reservan para señalar las citas textuales.

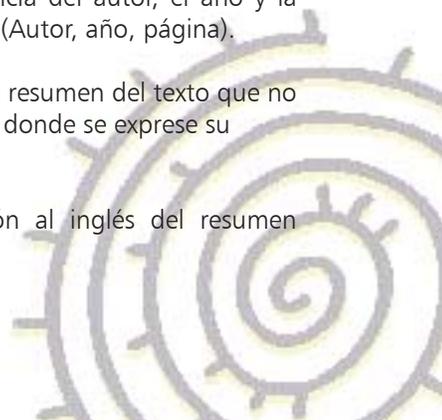
- El artículo comenzará con el título en mayúsculas y centrado. Bajo el título, igualmente centrado, aparecerá el título en inglés, así como el nombre del autor o autores del artículo.
- Al final del trabajo se incluirán los siguientes apartados:

- **NOTAS:** Las notas aclaratorias al texto se señalarán en el mismo mediante una numeración en forma de superíndice, pero su contenido se presentará al final del texto, de manera consecutiva y no a pie de página.

- **BIBLIOGRAFÍA:** Referencias bibliográficas utilizadas en el artículo (sólo las que han sido citadas) ordenadas alfabéticamente por apellido del autor y siguiendo los criterios normalizados (ver detalles más adelante). En el texto las citas se hacen con la referencia del autor, el año y la página entre paréntesis (Autor, año, página).

- **RESUMEN:** Se hará un resumen del texto que no exceda de 150 palabras donde se exprese su objetivo y desarrollo.

- **ABSTRACT:** Traducción al inglés del resumen realizado previamente.



- **PALABRAS CLAVE:** Descriptores del trabajo que presenta el artículo, no más de 10 términos.

- **KEY WORDS:** Traducción al inglés de las palabras clave.

- **DATOS DEL AUTOR:** Relación breve de datos profesionales (ocupación, lugar de trabajo, categoría profesional, trayectoria científica, experiencia, etc.) añadiendo una dirección e-mail de contacto.

- El artículo no excederá de 30 páginas.

- Las tablas, gráficos o cuadros deberán reducirse al mínimo (al tamaño real de presentación en la página) y, como ya se ha dicho, se presentarán en ficheros independientes. En el texto se indicará claramente el lugar exacto donde vayan a estar ubicados de la siguiente manera: [GRÁFICO 1].

- La Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales adopta básicamente el sistema de normas de citación propuesto por la A.P.A., en su última versión disponible. Para hacer referencia a las ideas de otras personas en el texto, conviene tener en cuenta lo siguiente:

- Todas las citas irán incorporadas en el texto, no a pie de página ni al final, mediante el sistema de autor, año. Si se citan exactamente las palabras de un autor, éstas deben ir entre comillas y al final de las mismas se pondrá entre paréntesis el apellido del autor (o autores), el año de la publicación y el número de la página separado por comas.

- Cuando se utilice una paráfrasis de alguna idea, debe darse el crédito del autor; bien mediante un paréntesis donde aparezca el apellido y la fecha de publicación, separado por comas, o bien poniendo

entre paréntesis el año, si el apellido del autor aparece en el texto.

- Al final del documento se añadirá el listado de las referencias bibliográficas correspondientes a las citas incluidas en el texto. La estructura de las referencias bibliográficas es la siguiente (prestar atención a los signos de puntuación):

- Para libros: Apellidos, Iniciales del Nombre. (Año). Título del libro. Ciudad de publicación: Editorial.

- Para artículos de revistas: Apellidos, Iniciales del Nombre. (Año). Título del artículo. Título de la Revista, volumen (número), páginas.

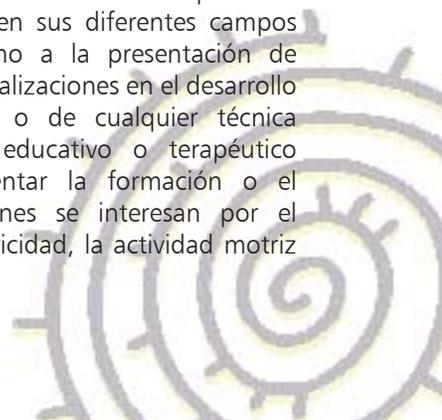
- Para capítulos de libros: Apellidos, Iniciales del Nombre. (Año). Título del capítulo. En Iniciales del Nombre. Apellido (ed-s.). Título del libro, (pp. páginas). Ciudad de publicación: Editorial.

- Para documentos electrónicos: Apellidos, Iniciales del Nombre. (Año). Título del documento [On-line]. Disponible en [http://www ...](http://www...) [consultado en fecha (dd/mm/aaaa)].

El Consejo de Redacción se reserva la facultad de introducir las modificaciones formales que considere oportunas en la aplicación de las normas anteriores, sin que ello altere en ningún caso el contenido de los trabajos.

Temática:

Se aceptarán artículos cuya temática se refiera a cualquiera de los aspectos teóricos o prácticos de la psicomotricidad en sus diferentes campos de aplicación, así como a la presentación de experiencias o conceptualizaciones en el desarrollo de la psicomotricidad o de cualquier técnica corporal de carácter educativo o terapéutico que pueda complementar la formación o el conocimiento de quienes se interesan por el mundo de la psicomotricidad, la actividad motriz



o el movimiento como instrumento educativo o terapéutico.

El contenido de los artículos deberá estar organizado de la siguiente forma:

- Para trabajos de investigación: Introducción, Método, Resultados, Discusión.
- Para trabajos de revisión teórica: Introducción y planteamiento del tema, Desarrollo, Conclusiones.
- Para trabajos de experiencias: Introducción, Método, Valoración.

Admisión de artículos:

Cada artículo recibido se enviará a tres expertos que informarán sobre la relevancia científica del mismo. Dicho informe será absolutamente confidencial. Se informará a los autores de las propuestas de modificación o mejora recibidas de los evaluadores, que condicionen su publicación. En caso de que dos de los informes solicitados sean favorables, el Consejo de Redacción decidirá su publicación y se notificará al autor o autores la fecha prevista.

Artículos publicados:

La Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales no abonará cantidad alguna a los autores por la publicación de sus artículos.

La Redacción no se responsabiliza de las opiniones expresadas en los artículos, por tanto serán los autores los únicos responsables de su contenido y de las consecuencias que pudieran derivarse de su publicación.



