

# Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales

## NÚMERO 17

Febrero de 2005

### Dirección:

- Pedro P. Berruezo (España)
- Juan Mila (Uruguay)

### Consejo de Redacción:

- Montserrat Anton (España)
- Pilar Arnaiz (España)
- Pablo Bottini (Argentina)
- Daniel Calmels (Argentina)
- Dayse Campos (Brasil)
- Blanca García (Uruguay)
- Alfonso Lázaro (España)
- Cristina de Leon (Uruguay)
- Miguel Llorca (España)
- Leila Manso (Brasil)
- Rogelio Martínez (España)
- Rosa María Peceli (Uruguay)
- Claudia Ravera (Uruguay)
- Ruth Rosental, (Argentina)
- Miguel Sassano (Argentina)
- Joaquín Serrabona (España)
- Begoña Suárez (México)
- Marcelo Valdés (Chile)
- Alicia Valsagna (Argentina)

### Secretaría:

- Carmen Torcal (España)

### Domicilio:

Apartado 146. E-28230.  
Las Rozas (Madrid)

### Edición:

- Pedro P. Berruezo (España)

### E-mail:

revista@iberopsicomot.net

### Web:

www.iberopsicomot.net

### Edita:

- Asociación de Psicomotricistas del Estado Español
- Red Fortaleza de Psicomotricidad

ISSN: 1577-0788



## SUMARIO

	<i>Página</i>
<b>Editorial</b> .....	3
<b>Relación entre el nivel educacional de los padres y el desarrollo psicomotor de niños y niñas de la ciudad de Talca (Chile)</b> (Marcelo Valdés Arriagada) .....	5
<b>«... de Maestra a Psicomotricista».</b> <b>Algunos aportes desde la psicomotricidad a la enseñanza</b> (Claudia Ravera) .....	27
<b>La importancia del vínculo en el proceso de separación e individuación (I)</b> (Laura Uchitel) .....	39
<b>Quando a tensão escapa pelo corpo</b> (Vera Lúcia de Mattos) .....	69
<b>Los bebés prematuros y sus madres</b> (Àngels Morral Subirà) .....	75
<b>Psicomotricidad y actividad física en la tercera edad</b> (Rogelio Martínez Abellán) .....	89
<b>Resúmenes / Abstracts</b> .....	107
<b>Novedades bibliográficas</b> .....	111
<b>Normas de publicación</b> .....	119

vol. 5 (1)





# Editorial

## ***Apoyando a las nuevas generaciones***

Un año más, un paso más. La Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales vuelve al encuentro de sus lectores dando inicio a su quinto año. Nos gusta comparar la vida con el desarrollo y la madurez que éste produce. Nuestra criatura comienza a vivir su quinto año y empieza a estar ya preparada para acometer grandes retos, para gozar de cierta autonomía, para mostrar una incipiente personalidad propia...

Esta revista que presentamos tiene algo nuevo. Es conocido nuestro interés por divulgar los conocimientos, experiencias y progresos en el ámbito de la Psicomotricidad y las Técnicas Corporales, pero también es sabido que se trata de un campo muy aplicado, donde los profesionales se ocupan fundamentalmente de «hacer», mediante su actividad, su movimiento, su juego, su relación... y parece que poner por escrito esa acción, esa experiencia, no siempre es fácil. Conocemos buenos profesionales que tendrían muchas cosas que decir sobre su experiencia, pero no somos capaces de conseguir que escriban sobre su trabajo. Y eso no quiere decir que no haya reflexión sobre lo que hacen, simplemente que no es fácil encontrar la quietud, el distanciamiento, el momento y el deseo de expresar las propias vivencias, para contrastarlas con las ideas de otros.

Por otra parte, somos conscientes de que nuestra revista está siendo muy utilizada por las personas que se forman o capacitan para ser futuros profesionales. Nos enorgullece haber ganado la confianza de universidades y centros de formación de psicomotricistas o de educadores o terapeutas corporales, que se han suscrito a nuestra revista y que la ponen a disposición de sus alumnos para que complementen su estudio o realicen sus trabajos.

Hemos pensado (y aquí está la novedad) ofrecer a los centros de formación, a los profesores, la posibilidad de que puedan proponer a sus estudiantes la publicación de algún trabajo de revisión o experiencia, que surja de la actividad formativa y que, realizado bajo la supervisión y tutela de un docente cualificado que lo avale, destaque por su calidad.

Creemos que esta iniciativa puede tener efectos beneficiosos en varios sentidos. Por un lado sirve de estímulo al aprendizaje para los estudiantes que ven que alguno de sus mejores trabajos obtiene un reconocimiento que no se reduce a su propio

centro de formación. Por otra parte promueve la enseñanza del rigor documental que exige una publicación de carácter científico e internacional. Al mismo tiempo, aporta la frescura de quien se acerca a un ámbito del conocimiento por primera vez y nos ofrece el fruto de su descubrimiento, aportando las últimas novedades junto a los viejos saberes.

En este número incorporamos dos trabajos procedentes de estudiantes. Uno proviene de Buenos Aires, de la Licenciatura en Psicomotricidad de la Universidad CAECE; y el otro de Barcelona, del Postgrado en Terapia Psicomotriz de la Universidad Ramón Llull. Sus respectivos coordinadores (Pablo Bottini y Joaquín Serrabona), que además colaboran desde sus inicios con esta publicación, nos han hecho llegar los textos que cuentan con su aval, además de la supervisión de otros docentes de su titulación. Agradecemos su confianza y creemos que es un ejemplo a seguir, que, lejos de rebajar el nivel científico de la revista, va a convertirla en un instrumento mayor de intercambio y de referencia, como lo está siendo ya, para los profesionales (que no siempre tienen el tiempo de buscar nuevas aportaciones científicas), para los docentes, para los estudiosos y para los estudiantes.

La Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales quiere mostrar con esta iniciativa su apoyo a las nuevas generaciones, ofreciendo lo que puede aportar: conocimiento, rigor científico y documental, experiencias diversas y apertura conceptual; una plataforma para entender y para desarrollar nuestro ámbito teórico y práctico de desempeño profesional.

*Juan Mila y Pedro P. Berruezo  
Febrero de 2005*



# Relación entre el nivel educacional de los padres y el desarrollo psicomotor de niños y niñas de la ciudad de Talca (Chile)

Relation between the householder's educational level and the psychomotor development of children in Talca city (Chile)

*Marcelo Valdés Arriagada*

## 1. INTRODUCCIÓN

No es claro determinar los parámetros de normalidad en un niño, ya que la infancia es una etapa donde el ser humano sufre cambios de forma rápida, variable y significativa. Si quisiéramos establecer los rangos de desarrollo motor en el niño, no lograremos un consenso entre los autores, ya que éstos se refieren a la influencia de los aspectos genéticos y ambientales sobre el desarrollo. Por eso, no es fácil realizar un esquema perfecto del niño considerado normal, tampoco creemos correcto encasillar al niño en estos esquemas, ya que la velocidad de aprendizaje no es igual para todos.

Como características generales, los niños entre 4 a 5 años denotan cada vez más interés por el descubrimiento y la exploración, necesidad que se enriquece por medio de la interacción con el entorno. Se progresa mucho en cuanto al lenguaje y se aumenta el vocabulario. Los hábitos de autonomía están prácticamente adquiridos. Son propensos a los temores irracionales y nocturnos (miedo a la oscuridad, a los animales). Presentan cierta inmadurez y fragilidad emocional. En cuanto al juego, prefieren el juego social. El dibujo toma un cariz relevante, el niño lo vive como un medio de comunicación. Se muestra muy interesado por las actividades escolares y por todo lo que represente aprendizaje.

Sin embargo, el desarrollo psicomotor de los niños en edad preescolar es un tema poco estudiado en nuestro país, sólo hace falta revisar la literatura publicada con reconocimiento de algún comité editorial nacional, para darse cuenta de la carencia bibliográfica en dicho tema (Valdés, 1998).

Del mismo modo, en la comuna de Talca, existen escasos estudios relacionados con el diagnóstico del comportamiento psicomotor de los niños y niñas en edad infantil, que asisten regularmente a establecimientos educacionales y el nivel educacional del jefe de hogar, lo que provoca una suerte de improvisación en la elaboración y aplicación de programas de estimulación psicomotriz.

Podemos indicar, de manera general, que el presente estudio constituye un marco referencial amplio, que aportará aquellos elementos de partida para trabajar con los diversos énfasis curriculares, de acuerdo con los requerimientos psicomotrices de los niños y niñas que asisten a la educación parvularia.

## 2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

### 2.1. Objetivo General

Determinar el nivel de desarrollo psicomotor de los niños y niñas de entre 4 y 5 años de edad, que asisten regularmente a establecimientos educacionales de la comuna de Talca, respecto del nivel educacional del jefe de hogar.

### 2.2. Objetivo Específico

Determinar las áreas de desarrollo psicomotor: coordinación, lenguaje y motricidad de niños y niñas de entre 4 y 5 años de edad de la comuna de Talca, respecto del nivel educacional del jefe de hogar.

## 3. POBLACIÓN Y MUESTRA

De una población de 529 niños y niñas entre 4 y 5 años de edad que asisten regularmente a la educación parvularia de colegios particulares, particulares subvencionados y municipales de la comuna de Talca, se determinó una muestra de 228 niños y niñas, con las siguientes características: error máximo aceptable de 5%, nivel deseado de confianza 95%, porcentaje estimado de la muestra 43%.

La muestra se obtuvo en forma proporcional al universo según la dependencia administrativa del establecimiento educacional, la cual se determinó al azar, a través del método del sombrero.

### 3.1. Tiempo de muestreo

La aplicación del test TEPSI, varía entre 30 y 40 minutos, estando a cargo de los cinco evaluadores, quienes, como promedio, realizaron 26 horas de muestreo.

### 3.2. Distribución de la muestra

<b>Establecimiento Educativo</b>	<b>N</b>	<b>% de N</b>	<b>n</b>
Particular	131	25%	57
Particular Subvencionado	114	21%	48
Municipal	284	54%	123
<b>TOTAL</b>	<b>529</b>	<b>TOTAL</b>	<b>228</b>

## 4. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

### 4.1 Instrumento de Evaluación: TEPSI (Hausler, y Marchant, 1985)

Este test evalúa el desarrollo psicomotor infantil en tres áreas: Coordinación, Lenguaje y Motricidad, mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador, quien debe evaluar en forma individual, no colectiva.

El TEPSI es un test de «screening» o tamizaje, es decir, es una evaluación gruesa que permite conocer el nivel de rendimiento en cuanto a desarrollo psicomotor de niños entre 2 y 5 años con relación a una norma estadística establecida por grupo de edad, y determinar si este rendimiento es normal, o está bajo a lo esperado, según tres categorías: normal, riesgo, retraso. Todos estos datos son anotados en una hoja de registro.

El test está compuesto de 52 ítems o tareas organizadas en tres subtest: Coordinación, Lenguaje y Motricidad. El subtest de coordinación consta de 16 ítems que miden básicamente motricidad fina y respuestas grafomotrices. El subtest de lenguaje consta de 24 ítems y mide lenguaje expresivo y comprensivo. El subtest motricidad consta de 12 ítems y mide movimiento y control del cuerpo o partes del cuerpo en un acto breve o largo, o en una secuencia de acciones, y también equilibrio.

Todos los ítems pueden ser puntuados con valores binarios (0 ó 1), en la ficha de evaluación. Luego se procede a sumar los puntos obtenidos por el niño en cada subtest, que dará el llamado puntaje bruto (PB). Se llama así por que aún no se ha transformado a puntaje escala, en este caso puntaje T, lo que permite comparaciones.

Para realizar la transformación de puntaje bruto a puntaje T existen tablas de conversión de puntajes. La edad del niño determina la tabla de conversión a utilizar.

Un puntaje T mayor o igual a 40 puntos, corresponde a una categoría de desarrollo normal. Un puntaje T entre 30 y 39 puntos, corresponde a una categoría de desarrollo en riesgo. Un puntaje T menor o igual a 29 puntos, corresponde a una categoría de desarrollo en retraso.

#### **4.1.1 Confiabilidad del Test: grado de dificultad e índice de discriminación de los ítems.**

El grado de dificultad de los ítems se obtuvo, calculando el porcentaje de respuestas correctas frente a cada ítem en la muestra total, resultó ser muy variable, por lo tanto, el test no tiene ítems excesivamente fáciles o difíciles, ya que ninguno de ellos fue contestado por más del 90% o menos del 5% de los niños de la muestra total.

El grado de discriminación de cada uno de los ítems se obtuvo calculando la correlación ítem-test, se utilizó el coeficiente de correlación biserial puntual (r.b.p). Los resultados de esta correlación fueron todos iguales o superiores a 0.28 ( $p < 0.003$ ).

#### **4.1.2. Hoja de registro del test con las pruebas**

Se presenta a continuación la hoja de registro con las diversas pruebas, sin embargo es necesario explicar, que se requiere del protocolo completo para poder aplicar el test.

**TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2-5 AÑOS: TEPESI  
 (Haeussler y Marchant 1985)**

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

Fecha de examen:

Edad:      años      meses      días

Jardín infantil o colegio:

Nombre del padre:

De la madre:

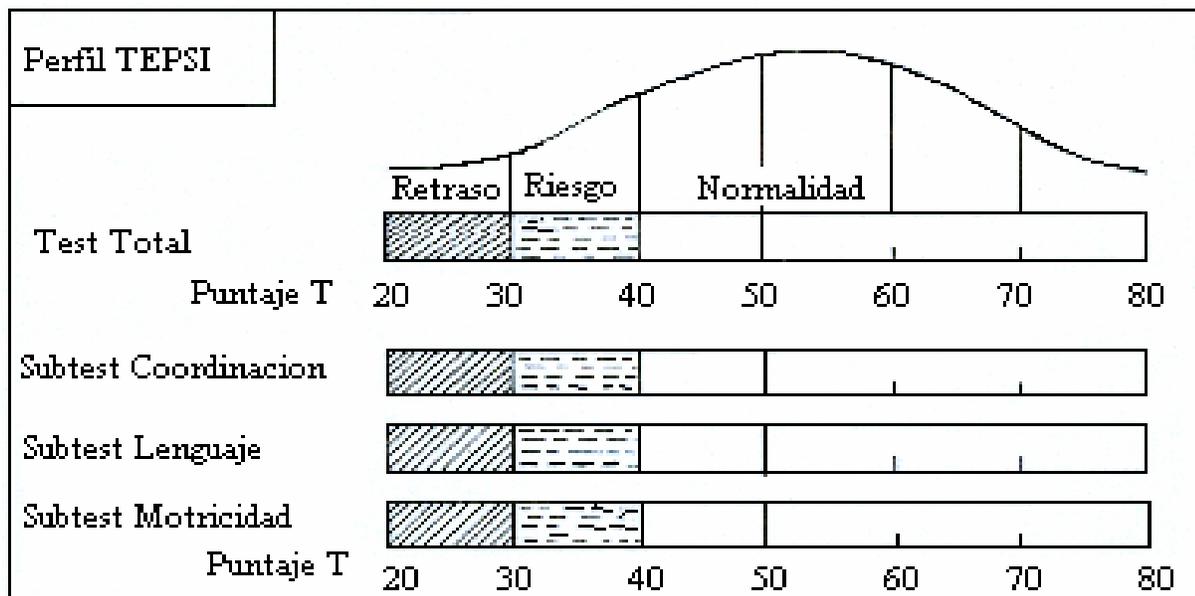
Dirección:

Examinador:

Resultados Test Total
Puntaje Bruto:
Puntaje T:
Categoría    ___ Normal
___ Riesgo    ___ Retraso

Observaciones:

Resultados por Subtest			
	Puntaje bruto	Puntaje T	Cate- goría
Coordinación			
Lenguaje			
Motricidad			



I. SUBTEST DE COORDINACIÓN	
___ 1C	Traslada agua de un vaso a otro sin derramar (Dos vasos)
___ 2C	Construye un puente con tres cubos como modelo
___ 3C	Construye una torre de 8 o más cubos (Doce cubos)
___ 4C	Desabotona (estuche)
___ 5C	Abotona (estuche)
___ 6C	Enhebra aguja (Aguja de lana; hilo)
___ 7C	Desata cordones (Tablero c/ cordón)
___ 8C	Copia una línea recta (Lám. 1; lápiz; reverso hoja reg.)
___ 9C	Copia un círculo (Lám. 2; lápiz; reverso hoja reg.)
___ 10C	Copia una cruz (Lám. 3; lápiz; reverso hoja reg.)
___ 11C	Copia un triángulo (Lám. 4; lápiz; reverso hoja reg.)
___ 12C	Copia un cuadrado (Lám. 5; lápiz; reverso hoja reg.)
___ 13C	Dibuja 9 o más partes de una figura humana (Lápiz reverso de la hoja reg.)
___ 14C	Dibuja 6 o más partes de una figura humana (Lápiz reverso de la hoja reg.)
___ 15C	Dibuja 3 o más partes de una figura humana (Lápiz reverso de la hoja reg.)
___ 16C	Ordena por tamaño (Tablero; barritas)
	□ □ □ □
_____	TOTAL SUBTEST COORDINACIÓN: PB

II. SUBTEST LENGUAJE	
___ 1L	Reconoce grande y chico (Lám. 6) Grande..... Chico.....
___ 2L	Reconoce más y menos (Lám. 7) Más ..... Menos.....
___ 3L	Nombra animales (Lám. 8) Gato.....perro.....chancho.....pato..... Paloma.....oveja .....tortuga.....gallina.....
___ 4L	Nombra objetos (lám. 5) Paraguas .....Vela..... Escoba..... Tetera..... Zapatos..... Reloj..... Serrucho..... Taza .....
___ 5L	Reconoce largo y corto (lám. 1) largo..... corto.....
___ 6L	Verbaliza acciones (lám. 11) Cortando..... Saltando..... Planchando..... Comiendo.....
___ 7L	Conoce la utilidad de objetos Cuchara..... Lápiz..... Jabón..... Escoba..... Cama..... Tijera.....
___ 8L	DISCRIMINA PESADO Y LIVIANO (Bolsas con arena y esponja) PESADO.....LIVIANO.....
___ 9L	Verbaliza su nombre y apellido Nombre:..... Apellido:.....
___ 10L	Identifica su sexo:.....
___ 11L	Conoce el nombre de sus padres Papá..... Mamá.....
___ 12L	Da respuestas coherentes a situaciones planteadas Hambre.....cansado.....frío.....
___ 13L	Comprende preposiciones (lápiz) Detrás..... sobre..... bajo.....
___ 14L	Razona por analogías compuestas Hielo..... Ratón..... Mamá.....

___15L	Nombra colores (Papel lustre azul, amarillo, rojo) Azul ..... Amarillo..... Rojo.....
___16L	Señala colores (Papel lustre amarillo, azul, rojo) Amarillo..... Azul..... Rojo.....
___17L	Nombra figuras geométricas (lám. 12) Δ..... □..... O .....
___18L	Señala figuras geométricas (lám. 12) Δ..... □..... O .....
___19L	Describe escenas (Láms. 13 y 14) 13..... ..... 14..... .....
___20L	Reconoce absurdos (lám.14)
___21L	Usa plurales (lám. 16)
___22L	Reconoce antes y después (lám. 17) Antes..... Después.....
___23L	Define palabras Manzana..... Pelota..... Zapato..... Abrigo.....
___24L	Nombra características de objetos (Pelota; globo inflado; bolsa arena) PELOTA..... GLOBO..... BOLSA.....
_____	TOTAL SUBTEST LENGUAJE: PB

## III. SUBTEST MOTRICIDAD

___ 1L	Salta con los dos pies juntos en el mismo lugar
___ 2L	Camina diez pasos llevando un vaso lleno de agua (Vaso lleno de agua)
___ 3L	Lanza una pelota en una dirección determinada (pelota)
___ 4L	Se para en un pie sin apoyo 10 seg. O más
___ 5L	Se para en un pie sin apoyo 5 seg. O más
___ 6L	Se para en un pie 1 seg. O más
___ 7L	Camina en punta de pies seis o más pasos
___ 8L	Salta 20 cms. con los pies juntos (hoja re.)
___ 9L	Salta en un pie tres o más veces sin apoyo
___10L	Coge una pelota (pelota)
___11L	Camina hacia delante topando talón y punta
___ 2L	Camina hacia atrás topando punta y talón
_____	TOTAL SUBTEST MOTRICIDAD: PB

#### 4.2 Instrumento para determinar el nivel educacional del jefe de hogar

Para poder determinar el nivel educacional del Jefe de hogar se diseñó una encuesta «simple», la cual fue supervisada por asistentes sociales de la Universidad Católica del Maule, de acuerdo a los siguientes criterios:

- Enseñanza básica incompleta
- Enseñanza básica completa
- Enseñanza media
- Educación superior

Toda la información fue entregada personalmente por los padres, a quienes se les garantizó el secreto estadístico de la información retenida, donde sólo tres casos se negaron a contestar la encuesta.

#### 5. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Todos los datos obtenidos se presentan a través de tabulaciones del TEPSI por test total y sus subtest y tabulaciones por variables y sus componentes, además se presentaran cuadros resumen de promedios y desviaciones estándar por test y subtest. El análisis de dichas tabulaciones y cuadros resúmenes, tanto de promedios como de desviaciones estándar, es cuantitativo, y posteriormente, en las conclusiones finales, se presentarán en forma cualitativa.

Para las tabulaciones se subdividió el rango «Normalidad» en «Normalidad Alta» y «Normalidad Baja». La determinación de esta división se basa en los amplios parámetros de dicho rango que van desde los 40 a los 90 puntos T. La normalidad alta son todos aquellos puntajes T que están sobre la media planteada por el test (50 puntos T) y la normalidad baja son todos aquellos puntajes T que se encuentran sobre 40 puntos o bajo la media (50 puntos T) . Para los rangos de riesgo y retraso no se tomó ésta determinación debido a que sus parámetros son sólo de 10 puntos T.

Para el análisis de los datos se siguió el procedimiento de un análisis estadístico descriptivo de las variables a través de una distribución de frecuencias tanto absolutas como relativas, una medida de tendencia central representada por el promedio de puntajes T obtenidos por los niños en las diferentes variables en cada test y subtest.

## 6. RESULTADOS

### 6.1. Resultado total del TEPsi aplicado a niños y niñas de 4 a 5 años según el nivel educacional del jefe de hogar

	TOTAL NIÑOS	NORMALIDAD	RIESGO	RETRASO
NIVEL EDUC. JEFE HOGAR	Nº DE NIÑOS	Nº DE NIÑOS	Nº DE NIÑOS	Nº DE NIÑOS
BÁSICO INCOMPLETO	12	6	5	1
BÁSICO COMPLETO	61	52	9	0
MEDIO	76	70	5	1
SUPERIOR	79	70	7	2

En cuanto al nivel educacional del jefe de hogar, éstos presentaron mayor presencia en los niveles medio y superior; con 76 y 79 personas respectivamente, opuesto al nivel básico incompleto donde sólo se encontró a 12 jefes de hogar (ver gráfico n° 1). El nivel más afectado fue el básico incompleto con 6 niños en normalidad, 5 en riesgo y 1 en retraso en el desarrollo motor de los niños. Aquí no se aprecia una tendencia clara en cuanto a mayor nivel educacional, el mejor desarrollo motor, ya que los niños cuyos jefes de familia presentan un nivel medio muestran mejores resultados que aquéllos que poseen el nivel de superior (ver gráficos números 2, 3, 4 y 5), quizás por los trabajos a los cuáles pueda acceder.

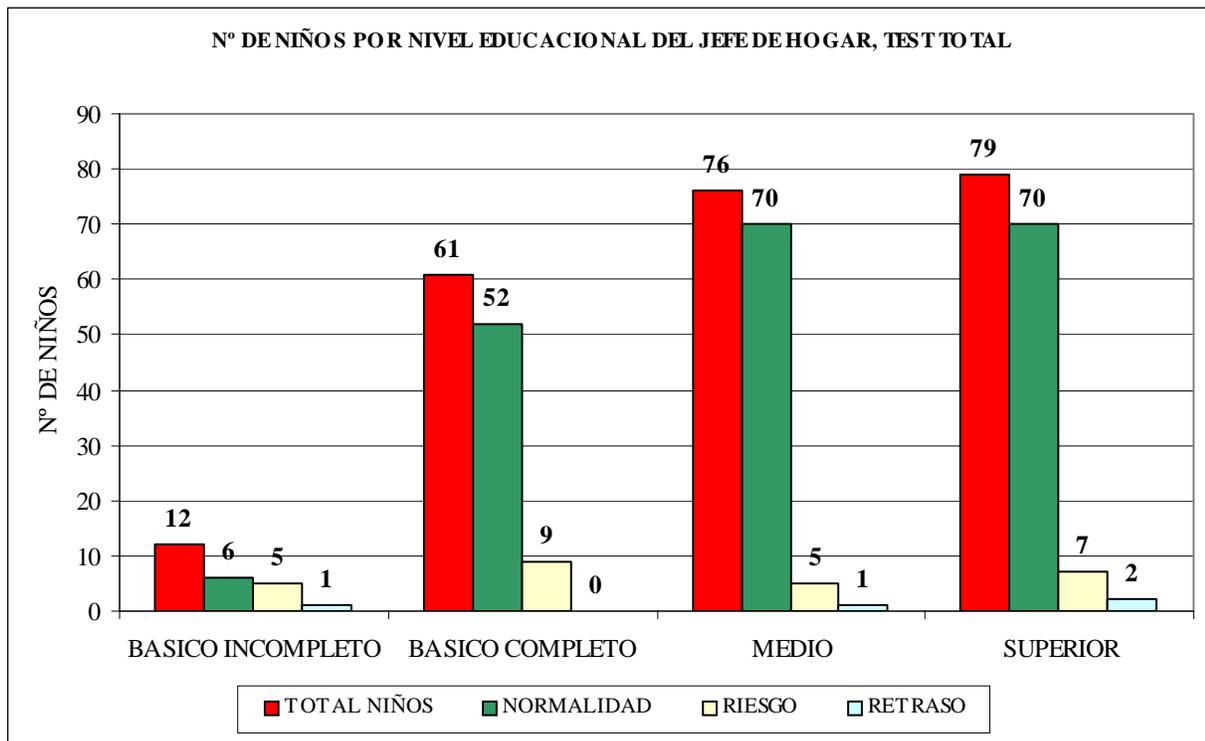


Gráfico 1



Gráfico 2

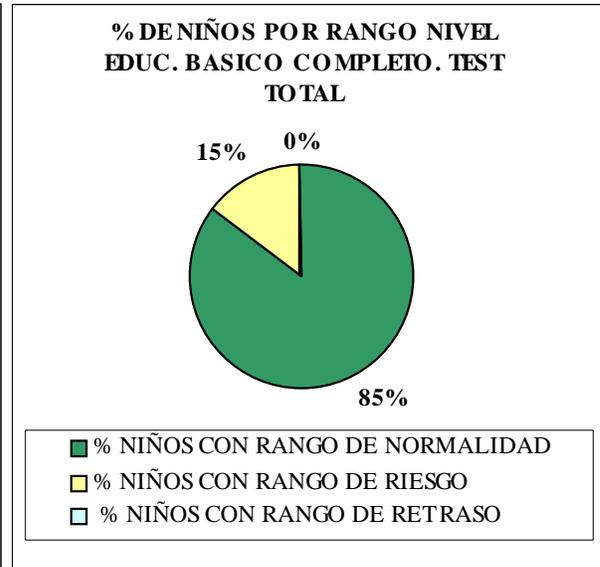


Gráfico 3

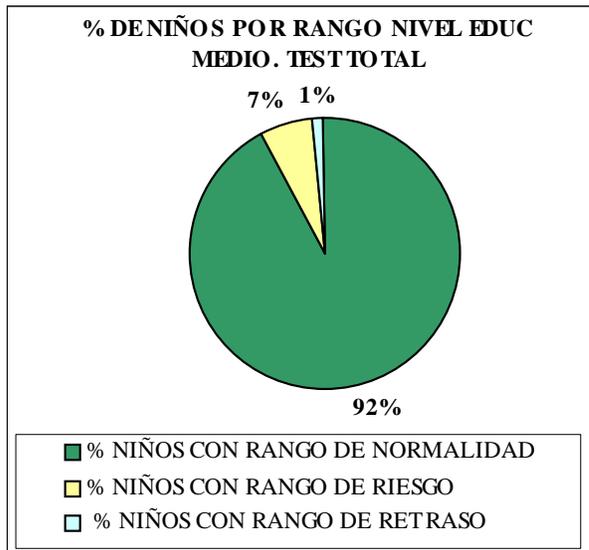


Gráfico 4



Gráfico 5

**6.2. Resultado total del TEPESI por rango normalidad aplicado a niños y niñas de 4 a 5 años según el nivel educacional del jefe de hogar**

NIVEL EDUCAC. JEFE DE HOGAR	NORMALIDAD		NORMALIDAD ALTA		NORMALIDAD BAJA	
	Nº DE NIÑOS	%	Nº DE NIÑOS	%	Nº DE NIÑOS	%
BÁSICO INCOMPLETO	6	100	2	33	4	67
BÁSICO COMPLETO	52	100	39	75	13	25
MEDIO	70	100	54	77	16	23
SUPERIOR	70	100	53	76	17	24

En cuanto al tipo de normalidad nuevamente destaca negativamente el nivel básico incompleto, donde se observan más niños con normalidad baja (4) que con alta (2), (ver gráfico n° 6). Si observamos, además, los porcentajes, queda al descubierto la gran brecha existente entre el primer nivel y los tres restantes, donde el nivel básico incompleto posee sólo un 33% de normalidad alta (la más baja de todas las variables en el test total) contra un 76% de promedio de normalidad alta entre los niveles básico completo, medio y superior. Aquí se mantiene como el nivel más óptimo de educación del jefe de hogar el nivel medio (ver gráficos números 7, 8, 9 y 10).

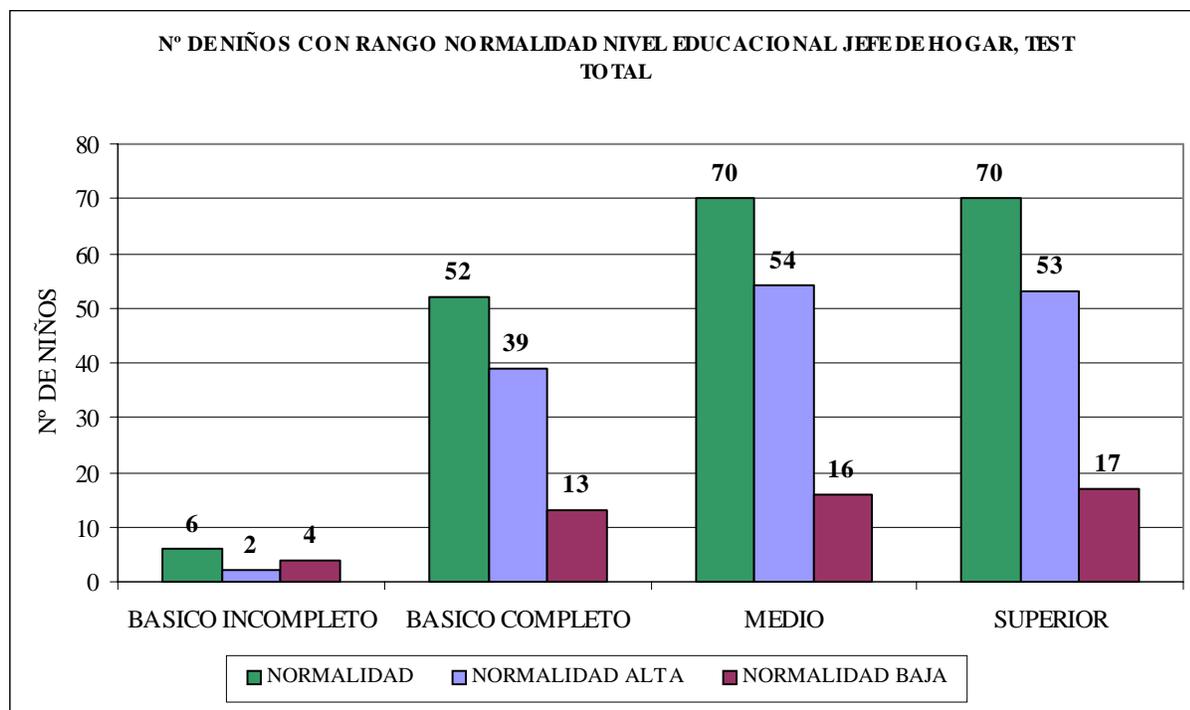


Gráfico 6



Gráfico 7

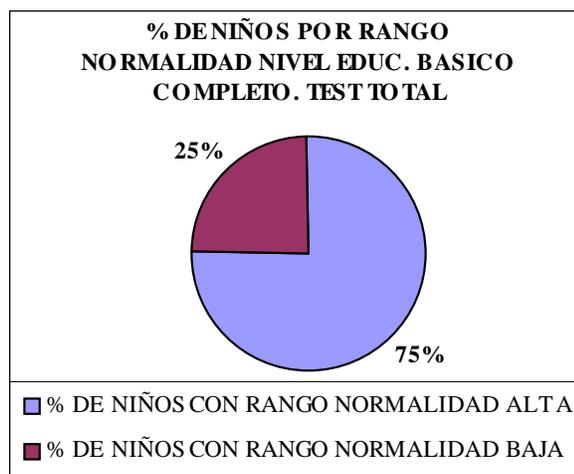


Gráfico 8

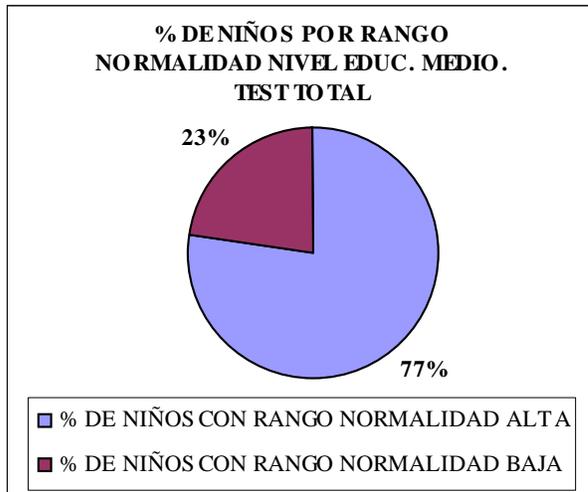


Gráfico 9

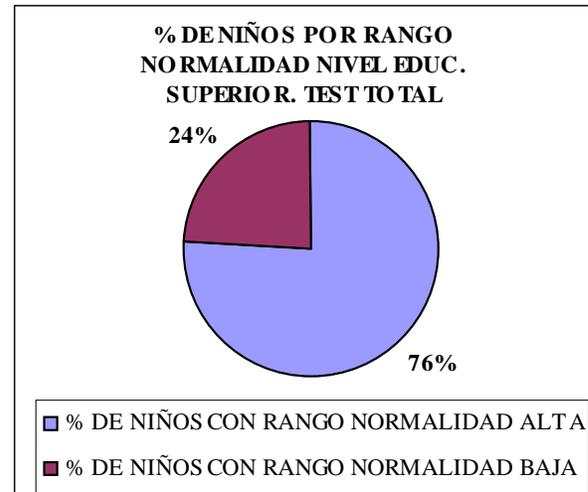


Gráfico 10

### 6.3. Resultado subtest coordinación del TEPSEI aplicado a niños y niñas de 4 a 5 años según el nivel educacional del jefe de hogar

NIVEL EDUC. JEFE HOGAR	TOTAL NIÑOS		NORMALIDAD		RIESGO		RETRASO	
	Nº DE NIÑOS	%	Nº DE NIÑOS	%	Nº DE NIÑOS	%	Nº DE NIÑOS	%
BÁSICO INCOMPLETO	12	100	9	75	1	8	2	17
BÁSICO COMPLETO	61	100	54	89	7	11	0	0
MEDIO	76	100	72	95	3	4	1	1
SUPERIOR	79	100	75	95	2	3	2	3

En el subtest coordinación (ver gráfico n° 11) se mantiene el orden establecido con el resultado del test total en cuanto al nivel educacional del jefe de hogar, donde destaca positivamente la ausencia de niños con retraso en su coordinación en el nivel básico completo, aunque presenta mayor número de niños con riesgo en su coordinación. En cuanto a la normalidad del subtest coordinación hubo igualdad entre el nivel medio y superior, ambos con un 95%, pero el primero de ellos se encuentra mejor evaluado debido a que presenta menor porcentaje de niños con retraso, sólo un 1% contra un 3% del nivel superior (ver gráficos números 12, 13, 14 y 15).

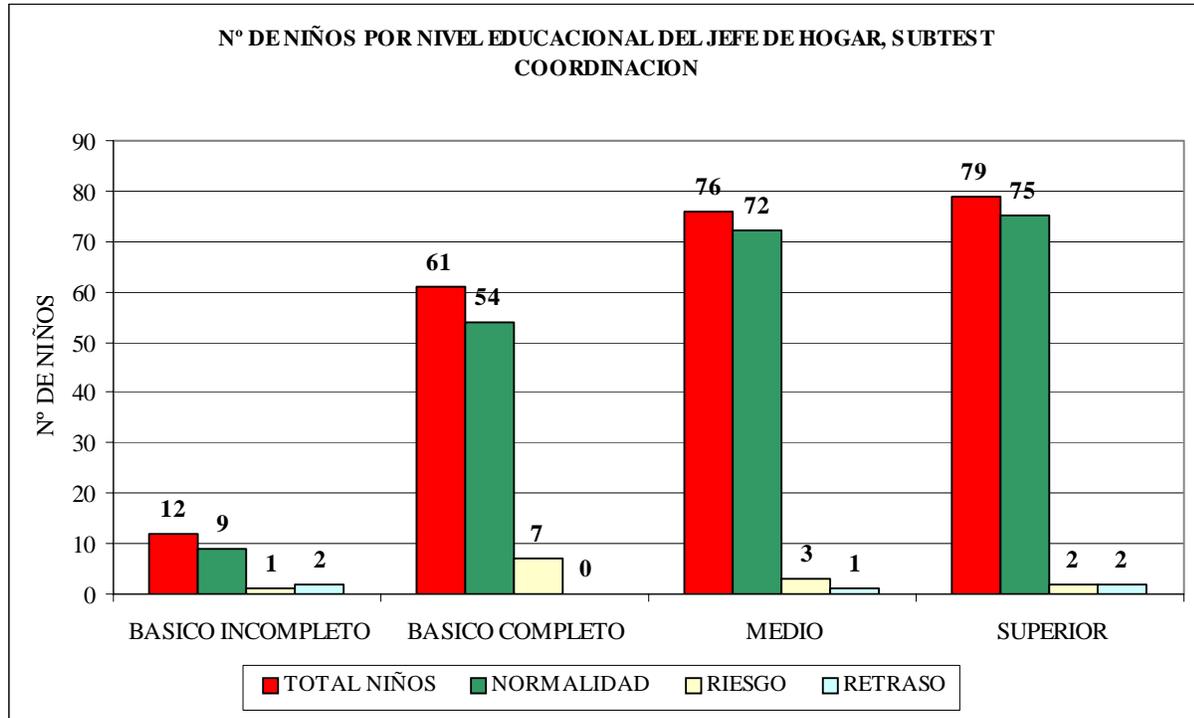


Gráfico 11

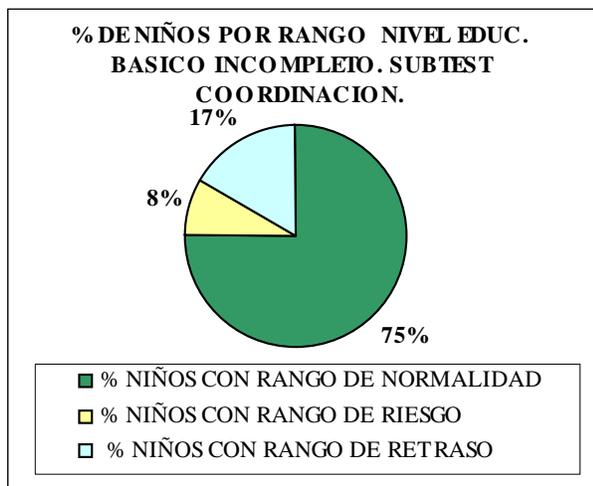


Gráfico 12



Gráfico 13

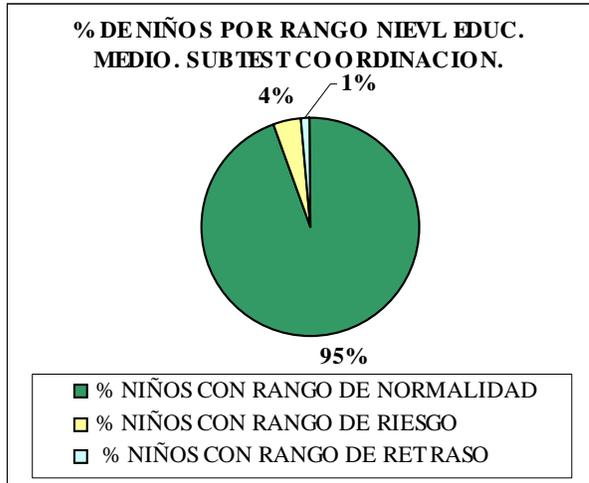


Gráfico 14

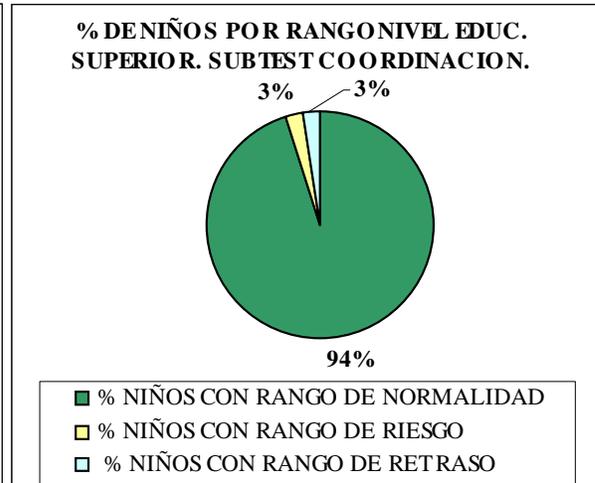


Gráfico 15

#### 6.4. Resultado subtest lenguaje del TEPSEI aplicado a niños y niñas de 4 a 5 años según la el nivel educacional del jefe de hogar

NIVEL EDUC. JEFE HOGAR	TOTAL NIÑOS		NORMALIDAD		RIESGO		RETRASO	
	Nº DE NIÑOS	%	Nº DE NIÑOS	%	Nº DE NIÑOS	%	Nº DE NIÑOS	%
BÁSICO INCOMPLETO	12	100	5	42	6	50	1	8
BÁSICO COMPLETO	61	100	51	84	10	16	0	0
MEDIO	76	100	60	79	14	18	2	3
SUPERIOR	79	100	70	89	9	11	0	0

En el subtest lenguaje nos encontramos con una situación diferente, ya que por primera vez existen dos niveles, en Este caso el nivel educacional del jefe de hogar que no presentó niños en el rango de retraso y los otros dos niveles tienen menos de dos niños. Un suceso que también aparece por primera vez, es que existen más niños en riesgo y retraso que en normalidad. Este nivel corresponde al de básico incompleto (ver gráfico N° 16). El nivel óptimo para un buen desarrollo del lenguaje es aquél donde el jefe de hogar posee estudios superiores, a continuación vienen los niveles básicos completos, medios, y básicos incompletos, donde los tres primeros niveles están muy por sobre del básico incompleto (ver gráficos números 17, 18, 19 y 20).

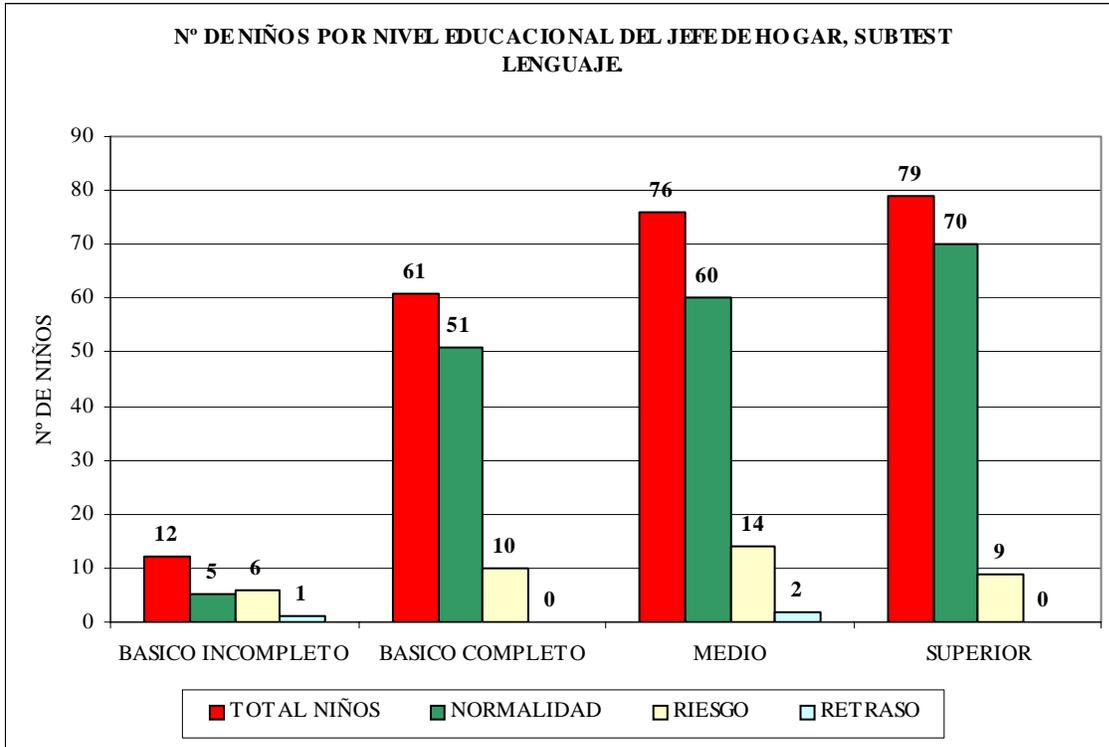


Gráfico 16

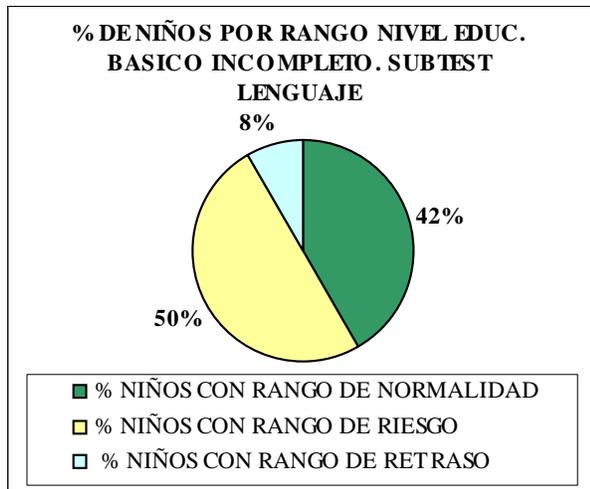


Gráfico 17

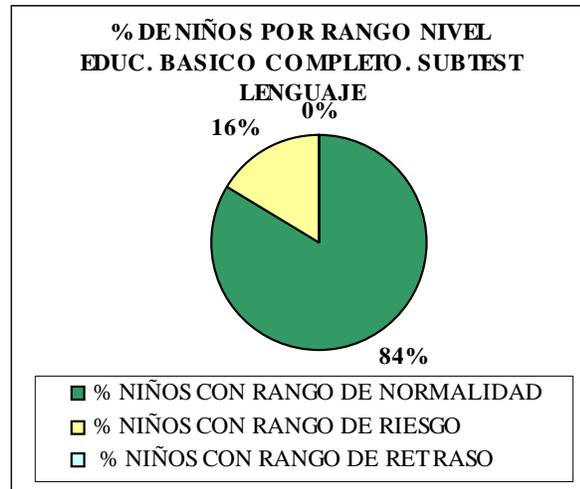


Gráfico 18



Gráfico 19

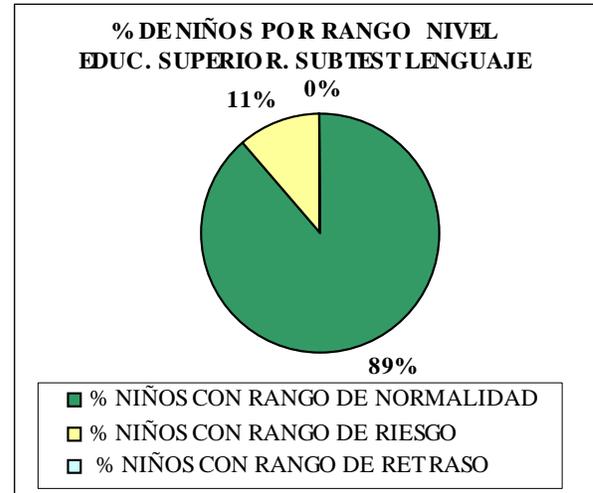


Gráfico 20

### 6.5. Resultado subtest motricidad del TEPsi aplicado a niños y niñas de 4 a 5 años según el nivel educacional del jefe de hogar

NIVEL EDUC. JEFE HOGAR	TOTAL NIÑOS		NORMALIDAD		RIESGO		RETRASO	
	Nº DE NIÑOS	%	Nº DE NIÑOS	%	Nº DE NIÑOS	%	Nº DE NIÑOS	%
BÁSICO INCOMPLETO	12	100	11	92	0	0	1	8
BÁSICO COMPLETO	61	100	55	90	3	5	3	5
MEDIO	76	100	65	86	9	12	2	3
SUPERIOR	79	100	59	75	9	11	11	14

Destaca que los niveles educacionales extremos, el básico incompleto y superior, presentan mayor número de alumnos en la categoría de retraso respecto a los de riesgo en el subtest de motricidad. Aunque todos los niveles presentan una alta frecuencia en su desarrollo normal de su motricidad (ver gráfico n° 21). El nivel óptimo para un normal desarrollo de la motricidad es inversamente proporcional respecto al nivel educacional del jefe de hogar, por tanto, el mejor nivel es el básico incompleto, siendo ésta la primera vez que logra ser el nivel óptimo para uno de los subtest, quizás para suplir las deficiencias mostradas tanto en los subtest lenguaje y coordinación como en el test total (ver gráficos números 22, 23, 24 y 25).

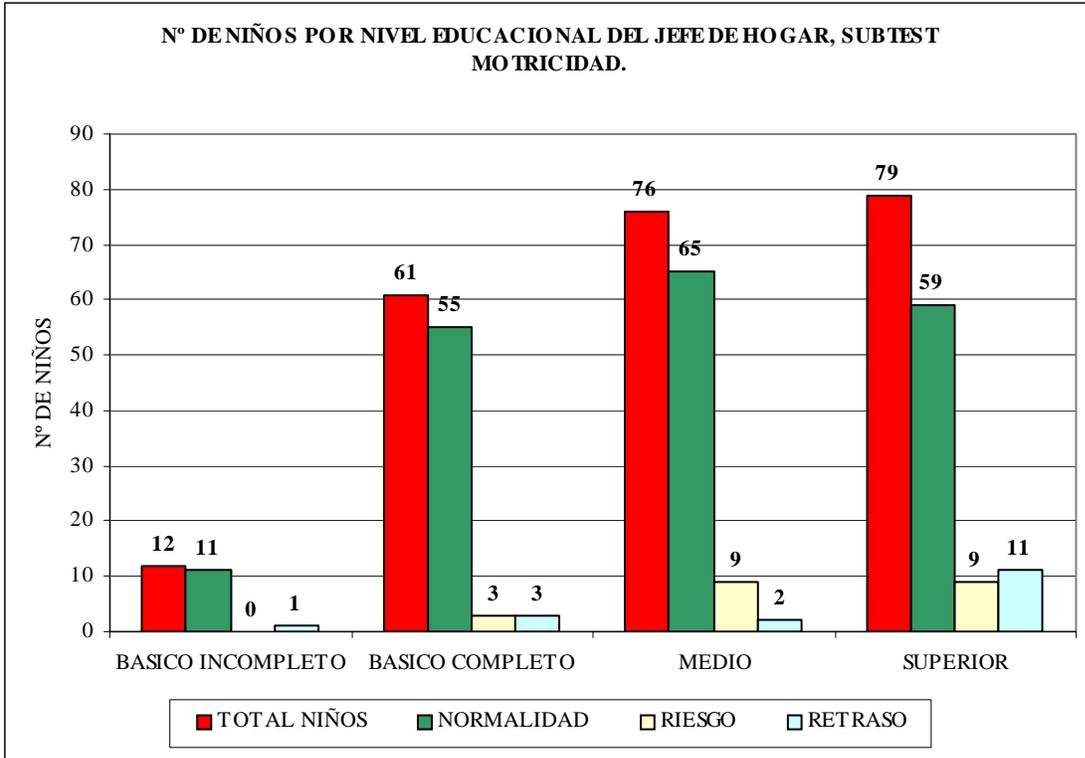


Gráfico 21

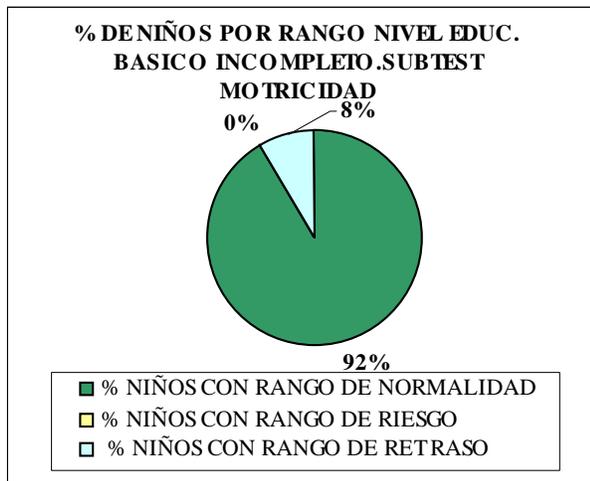


Gráfico 22

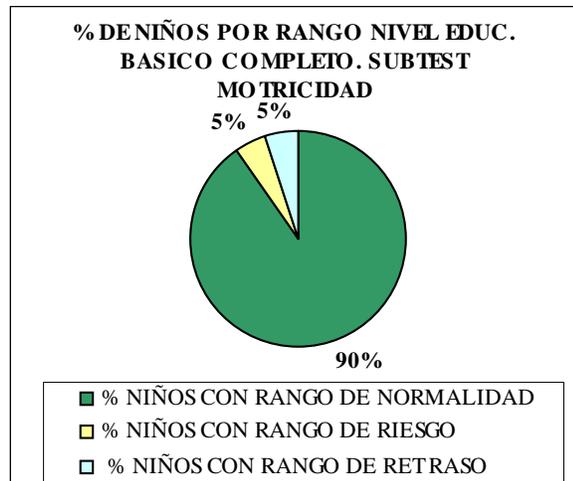


Gráfico 23

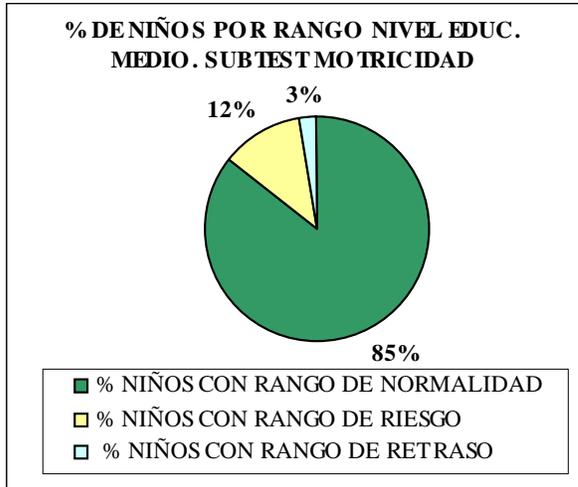


Gráfico 24

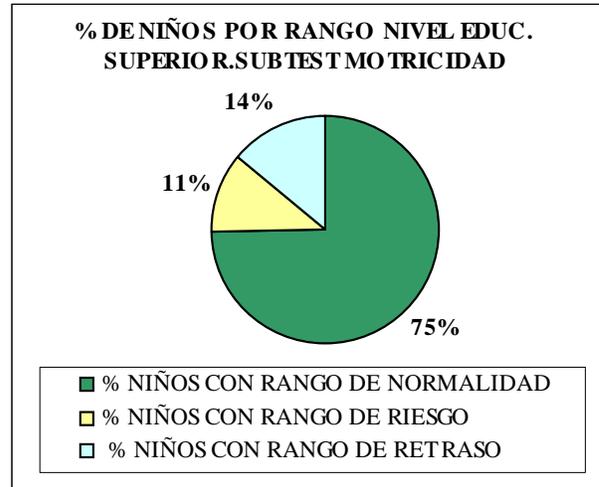


Gráfico 25

## 7. DESVIACIONES ESTÁNDAR

### 7.1. Resultados promedios y desviaciones estándar de niños de 4 a 5 años por variables en el test total

TEST TOTAL		
	Promedio	Desv. Estand.
<b>Nivel Educ. Jefe Hogar</b>		
Básico Incompleto	41,08	9,67
Básico Completo	51,67	10,07
Medio	51,54	8,90
Superior	53,47	10,79
<b>Total Variable</b>	<b>48,10</b>	<b>9,50</b>

Podemos observar que según los resultados de cada nivel en el test total, el promedio obtenido por la variable «Nivel educacional del jefe de hogar» es de 48,1 PT, y que su desviación estándar corresponde a 9,5. El nivel básico incompleto es el más bajo, tanto en su porcentaje de normalidad con un promedio de 41,08 y una desviación estándar de 9,67, que se contrapone fuertemente con el nivel educacional medio, que posee la desviación estándar más baja de esta variable dentro del test total, con un 8,9.

### 7.2 Resultados promedios y desviaciones estándar de niños de 4 a 5 años por variables en subtest coordinación

<b>SUBTEST COORDINACION</b>		
	<b>Promedio</b>	<b>Desv. Estand.</b>
<b>Nivel Educ. Jefe Hogar</b>		
Básico Incompleto	47,79	9,93
Básico Completo	52,18	10,45
Medio	52,84	10,95
Superior	53,89	10,54
<b>Total Variable</b>	<b>50,90</b>	<b>10,40</b>

El subtest coordinación mantiene la tendencia de los resultados del test total, aunque no en forma tan marcada, donde el nivel básico incompleto, sigue correspondiendo al nivel menos adecuado con un promedio de puntajes T de 47,79 y una desviación estándar de 9,93 lo que confirma aún más los bajos puntajes, siendo el nivel superior con un promedio de puntajes T de 53,89, el más adecuado para un buen desarrollo psicomotor.

Los resultados anteriores siguen manteniendo a esta variable como la de mayor diferencia entre sus niveles y entre las tres variables en el subtest de coordinación con un promedio de 50,9 en puntajes T.

### 7.3 Resultados promedios y desviaciones estándar de niños de 4 a 5 años por variables en subtest lenguaje

<b>SUBTEST LENGUAJE</b>		
	<b>Promedio</b>	<b>Desv. Estand.</b>
<b>Nivel Educ. Jefe Hogar</b>		
Básico Incompleto	46,17	10,00
Básico Completo	50,27	9,82
Medio	50,65	9,89
<b>Total Variable</b>	<b>49,00</b>	<b>9,90</b>

El subtest lenguaje no rompe la tendencia demostrada en los resultados analizados anteriormente, donde se mantiene como la variable de mayor rango de diferencia dentro del subtest entre las tres variables con un promedio de 49,0 en sus puntajes T. El nivel básico incompleto, resultó ser nuevamente el nivel menos adecuado con un promedio de 46,17 puntos T y una desviación estándar de 10, manteniendo el nivel superior como el más adecuado, con el promedio de puntos T más alto (51,39) y la desviación estándar más baja de este subtest

#### 7.4 Resultados promedios y desviaciones estándar de niños de 4 a 5 años por variables en subtest motricidad

<b>SUBTEST MOTRICIDAD</b>		
	<b>Promedio</b>	<b>Desv. Estand.</b>
<b>Nivel Educ. Jefe Hogar</b>		
Básico Incompleto	45,64	10,32
Básico Completo	48,10	10,68
Medio	48,31	10,61
Superior	48,96	10,47
<b>Total Variable</b>	<b>47,40</b>	<b>10,50</b>

La variable del nivel educacional es la más baja en comparación a las otras variables en los resultados de los subtest, con un 47,4 de promedio de sus puntajes T y una desviación estándar de 10,5. A pesar de todo es en este subtest donde se presenta un cambio total en los resultados obtenidos, donde se demuestra que a menor nivel educacional del jefe de hogar mayor es el desarrollo logrado por el niño en motricidad (mayor porcentaje de normalidad), lo que se ve reflejado en las frecuencias obtenidas por el nivel básico incompleto con un 92% de normalidad y el 75% de normalidad en el nivel superior (gráficos n°22 y n°25).

#### 8. CONCLUSIONES

El análisis global de los resultados del nivel educacional del jefe de hogar respecto del desarrollo psicomotor, nos indica que los niños y niñas cuyo jefe de hogar tiene un mayor nivel educacional (superior y media) presentan un mayor nivel en su desarrollo psicomotriz, en comparación con los niños y niñas cuyo jefe de hogar tiene un nivel educacional bajo (básico incompleto y básico completo). Todo esto se confirma con los resultados obtenidos en el test total y subtest coordinación y lenguaje. A pesar de la diferencia en el subtest de motricidad.

El nivel educacional del jefe de hogar óptimo, según los porcentajes de normalidad tanto en los resultados del test total y los subtest resultó ser el nivel medio. En cambio por los promedios obtenidos en puntos T el nivel óptimo demostró corresponder al superior. Creemos que la causa de que los niveles educacionales del jefe de hogar más alto correspondan a los niveles más óptimos es por el tipo de trabajo que realiza que le permite mayor contacto con sus hijos y que además es capaz de fomentar una educación informal adecuada y motivadora hacia el niño.

El nivel básico incompleto demostró en este estudio ser el nivel menos apropiado para que los niños que pertenecen a estos hogares se puedan desarrollar en forma adecuada, como muestra basta ver el 42% de niños en riesgo y el 8% de niños con retraso en su desarrollo psicomotor y la baja desviación estándar obtenida, lo que confirma los bajos puntajes T obtenidos traducidos en que es el único nivel de variable que tiene menos normalidad alta que baja (33% y 67% respectivamente).

Podemos indicar que influye en el desarrollo psicomotor del niño todo aquello que está fuera del ambiente escolar que en este estudio podría en parte corresponder a la variable del estrato económico, pero sobre todo al nivel educacional del jefe de hogar. ¿Cómo igualar el ambiente familiar–educativo de un jefe de hogar nivel básico incompleto con uno de nivel superior?, nuestro afán no es discriminar a aquellas personas que no han podido, por diversas razones, optar a una adecuada educación, sino resaltar la importancia de la educación informal que hoy en día muchas veces pasa al olvido por razones laborales de quienes mantiene económicamente el hogar. Frente a cualquier deficiencia educativa que presenten los alumnos siempre se culpa al sistema educacional, al cual entregamos nuestros hijos a temprana edad, olvidándonos de toda obligación ética y moral de formar a nuestros pequeños. Es un deber nuestro y una obligación de la familia participar en el proceso de enseñanza–aprendizaje comprendiendo que la educación no sólo se realiza en el aula sino que está presente en cada situación de la vida real, en cada búsqueda de soluciones tanto práctica como moral. Es fundamental el olvidar rencores y comenzar a trabajar en equipo, dejar de lado el orgullo profesional y el individualismo para dar paso a una educación formal e informal sólida tanto en la calidad de su entrega como en su perdurabilidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- AUCOUTURIER, B. ; DARRAULT, I. y EMPINET, J. (1985) *La Práctica Psicomotriz*. Editorial Científico-Médica. Barcelona (España).
- BALLESTEROS J. SOLEDAD (1982) *El Esquema Corporal*. TEA Ediciones. Madrid (España)
- BEST, J. W. (1982) *Cómo investigar en educación*. Ediciones Morata. Madrid (España)
- CHOKLER, M. (1988) *Los Organizadores del Desarrollo Psicomotor*. Editorial Cinco. Buenos Aires (Argentina)
- COMELLAS, M.J.; PERPINYÁ, A. (1984) *La psicomotricidad en preescolar*. Editorial CEAC. Barcelona (España).
- DA FONSECA, V. (1998) *Manual de Observación Psicomotriz*. Publicaciones INDE. Madrid (España).
- GARCÍA J. Y BERRUEZO P.P. (1997) *Psicomotricidad y Educación Infantil*. CEPE. Madrid (España).
- GARCÍA J. Y FERNÁNDEZ F. (1996) *Juego y Psicomotricidad*. Colección Ediciones CEPE. Madrid (España).
- GONZÁLEZ, J. y otras (1997) *La creatividad, un desafío de hoy* (Seminario presentado para optar al título de Profesora de Educación Especial). Facultad de Educación de la UCM. Talca (Chile).
- HAUSSLER, I.; MARCHANT, T. (1985) *Test de desarrollo Psicomotor 2 a 5 años TEPSI*. Editorial Universidad Católica de Chile.
- HERNÁNDEZ R. (1998) *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. México.

- JIMÉNEZ, G. (1990) Persona, comunicación y juego. Revista *Perspectiva Educativa* N°16, Instituto de Educación, Universidad Católica de Valparaíso (Chile).
- LAPIERRE A.; AUCOUTURIER B. (1979) *Simbología del Movimiento*. Editorial científico-médica. Barcelona (España).
- LAPIERRE A.; AUCOUTURIER B. (1977) *Los Contrastes y el descubrimiento de las nociones fundamentales*. Editorial científico-médica. Barcelona (España).
- LAPIERRE A.; AUCOUTURIER B. (1977) *Los Matices*. Editorial científico-médica. Barcelona (España).
- LAPIERRE A.; AUCOUTURIER B. (1977) *Asociaciones de Contrastes; Estructuras y Ritmos*. Editorial científico-médica. Barcelona (España).
- LAPIERRE A.; AUCOUTURIER B. (1980) *El cuerpo y el inconsciente en educación y terapia*. Editorial científico-médica. Barcelona (España).
- LE BOULCH. J. (1985) *Hacia una Ciencia del Movimiento Humano: introducción a la psicocinética*. Editorial Paidós. Buenos Aires (Argentina).
- LEVIN, E. (1998) *La Clínica Psicomotriz: el cuerpo y el lenguaje del autor*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires (Argentina).
- MC CLENAGHAN; GALLAHUE (1985) *Movimientos Fundamentales: su desarrollo y rehabilitación*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires (Argentina).
- MINISTERIO DE SALUD (1993) *Normas y técnicas de estimulación y evaluación del desarrollo psicomotor del menor de 6 años*. Santiago (Chile).
- PHILLIPS, J. (1972) *Los orígenes del intelecto según Piaget*. Editorial Fontanella. Barcelona (España).
- PIAGET J. (1961) *La formación del símbolo en el niño*. Fondo de Cultura Económica. México.
- PICQ L. y VAYER P. (1969) *Educación Psicomotriz y Retrazo Mental*. 3ª Edición. Editorial Científico-Médica. Barcelona (España).
- PINILLOS, J. (1988) *La Mente Humana*. Ediciones Círculo de Lectores. Barcelona (España).
- RIGAL R. (1987) *Motricidad humana: fundamentos y aplicaciones pedagógicas*. Editorial Pila Teleña. Madrid (España).
- SAN MARTÍN, V. H. (1996) Objetivos fundamentales transversales de la educación: comentario y análisis, Revista *UCMaule*, N°21; 93-102. Talca (Chile).
- VALDÉS, M. A. (1997) De la Psicomotricidad a la Psicomotricidad relacional, Revista *UCMaule*, N°22; 35-44. Talca (Chile).
- VALDÉS, M. A. (1998) Psicomotricidad y Reforma educativa, Revista *Theoria*, Universidad del Bio-Bio, Vol. 7; 127-133. Talca (Chile).
- VALDÉS, M. A. (1998) Orientaciones metodológicas para efectuar una clase de Psicomotricidad en la escuela. Revista *Ciencias de la actividad física UCM*, N°01; 07-15. Talca (Chile).

**RESUMEN:**

El siguiente artículo tiene como propósito describir el desarrollo psicomotor de los niños y niñas de 4 a 5 años de edad que asisten regularmente a establecimientos educacionales de la ciudad de Talca (Chile), respecto del nivel educacional de los padres.

Se puede observar que el nivel educacional del jefe de hogar influye sobre el desarrollo psicomotor de las niñas y niños evaluados. Podemos indicar que los mejores resultados se observan en los subtests de coordinación y lenguaje.

**PALABRAS CLAVES:**

Desarrollo psicomotor; psicomotricidad, TEPSI, motricidad.

**ABSTRACT:**

The following article aims to describe the relation between the psychomotor development of 5 and 4 years old children, who regularly attend to educational centers of Talca commune and the householder's educational level.

According to the results, it is possible to find out that the children's psychomotor development is highly determined by the householder's educational level, being this one a fundamental factor in the psychomotor stimulation processes.

**KEYWORDS:**

Psychomotor development; Psychomotricity, TEPSI, Motricity.

**DATOS DEL AUTOR:**

**Marcelo Valdés Arriagada** es profesor de Educación Física, experto en Psicomotricidad, Académico del Departamento de Educación Física de la Universidad Católica del Maule, en Talca (Chile).



# «...de Maestra a Psicomotricista» Algunos aportes desde la psicomotricidad a la enseñanza\*

«... from a Teacher to a Psychomotricist». Some contributions from the  
Psychomotricity to the Education

*Claudia Ravera*

Hijo: «¿mamá, es tarde para ir a la escuela?»

Madre: «no»

Hijo: «mejor vamos tarde, así llego directo al recreo»

Madre: «¿Por qué no te gusta estar en la clase?»

Hijo: «Ay!! Mamá qué pavada, aprender cómo saltan los conejitos».

Juan Manuel (3 años).

Este pequeño diálogo entre un niño de 3 años, que se prepara para ir al jardín de infantes, y su madre, puede ser analizado desde múltiples aspectos. Podemos reflexionar en este niño y en su desarrollo afectivo en cuanto a su capacidad de acomodación y adaptación al entorno escolar, en el proceso histórico-cultural que rodea a este niño, en su hogar y en la función paterna, en los modelos teóricos de aprendizaje, en los docentes que aplican dichos modelos, en la institución escolar y su filosofía educativa... o simplemente en el lugar del cuerpo-libre o suelto disfrutando en el recreo y el lugar del cuerpo-dirigido, controlado o silenciado (Vaca, 2002) en el aula.

Esta última cuestión, nos lleva a pensar sobre las líneas de desarrollo tan bien descritas por Anna Freud (1971, 67), y especialmente en una de ellas: «desde el cuerpo hacia los juguetes y desde el juego al trabajo». Pero...¿cómo es que se da ese tránsito a lo largo del desarrollo? Y... ¿es posible que este tránsito de eslabones significativos, que implica una secuencia témporo-espacial, se reedite dentro del ámbito escolar, un día determinado, en una clase o en un recreo?

---

\* Trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional «La enseñanza y el aprendizaje en contextos educativos; debates actuales» organizado por SIGNO, ONG, Intendencia Municipal de Montevideo, 8, 9 y 10 de octubre de 2004.

## Objetivos de la reflexión

En este trabajo me limitaré, con cierto atrevimiento, a reflexionar sobre el lugar que se le da al cuerpo en el aula escolar y el que se le da en la sala de psicomotricidad. Digo atrevimiento ya que si bien soy maestra he ejercido muy poco como tal y me encuentro alejada del ámbito escolar pues me dediqué y dedico pura y exclusivamente a la clínica psicomotriz y a la docencia universitaria.

Simplemente intento en este trabajo, aportar ideas desde mi rol como Psicomotricista, que puedan ser tomadas por el maestro de clase, para construir un perfil psicomotriz del docente que ayude a establecer los eslabones significativos desde el cuerpo al juego y de éste al trabajo, con el objetivo de:

- aportar ideas que puedan enriquecer mejores condiciones a los procesos de enseñanza-aprendizaje de nuestros niños y maestros, en especial y para mantener cierta coherencia a aquellos donde se aplican modelos de aprendizaje constructivas.
- lograr una mayor reflexión sobre nosotros mismos –docentes y terapeutas– en tanto sujetos con un cuerpo habitado por una psiquis a la vez que una psiquis habitada por un cuerpo<sup>1</sup>.

## El *insight* debe empezar por sí mismo

El hecho de ser en mi formación de base primero maestra y luego Psicomotricista me ha dado la oportunidad de transitar cambios muy importantes en mi persona en general y en mi cuerpo en particular, sin los cuales no hubiera podido desempeñarme bien en la clínica psicomotriz.

El quehacer del Psicomotricista en el encuentro con el o con los niños, es principalmente artesanal, ya que al no trabajar con un programa preestablecido, al no trabajar con grupos grandes, se hace condición *sine qua non* establecer una buena comunicación que en su plataforma es siempre tónico-emocional, comunicación tanto con el niño como consigo mismo, dirigida a plasmarse creativamente en un acto, sea un gesto, un juego, una palabra, un dibujo o simplemente un silencio que habla.

Si bien el magisterio me dio herramientas que han resultado claves para mi quehacer en clínica psicomotriz, con frecuencia he expresado que para realizar este pasaje tuve que «desaprender gran parte de lo aprendido», refiriéndome sobre todo a lo que señala G. Devereux (1977), en cuanto a que para el científico de la conducta, el *insight* debe empezar por sí mismo.

A su vez, Weston La Barre (1977) nos dice: «El examen de la contratransferencia subjetiva es una exigencia molesta, difícil y muy desagradable... y mientras no abordemos este problema, no hay posibilidad de una auténtica ciencia social, sino sólo de posturas carismáticas y de cambios de moda insustanciales en el folklore, racionalizado por la «metodología», que se refiere al hombre».

Luego de estas necesarias aclaraciones sobre:

- capacidad de «insight» del docente o terapeuta;
- modelos de aprendizaje constructivistas;
- tránsito del cuerpo al juego, del juego al trabajo;

- importancia de la comunicación y la creatividad no sólo como punto de partida sino como constante en el encuentro con los niños;
- involucramiento tónico-emocional mutuo –en el proceso de aprendizaje– tanto del cuerpo del niño, como del docente o terapeuta;

... y posicionada desde mi praxis en terapia psicomotriz, analizaré la mirada que la psicomotricidad tiene sobre el desarrollo y el aprendizaje; mirada complementaria de otras tantas disciplinas, siempre y cuando se compartan ciertas posturas básicas, entre las que destaco:

### ¿Qué entendemos por cuerpo?

El concepto de cuerpo que concebimos la gran mayoría de los psicomotricistas, conlleva el de deseo y el de acción. Estas dos palabras claves –deseo y acción– son fieles representantes de las grandes teorías del desarrollo afectivo y cognitivo, o sea del psicoanálisis y de la epistemología genética.

En el proceso de desarrollo y como punto de partida del deseo y de la acción, «el niño debe ir resolviendo varias confusiones: entre lo interno y lo externo, entre el signo y la cosa, entre la materia y el pensamiento. Ello implica una progresiva toma de distancia cognitiva y afectiva para que puedan diferenciarse significantes de significados Piaget nos dice que al inicio «el símbolo es un embrión de concepto cargado aún de afectividad» (Bonnevaux, Ponce de León, Ravera, 1999, 207).

Piaget nos enseña la importancia de la acción como materia prima en la construcción del edificio de la inteligencia, primero a nivel puramente sensoriomotor, luego interiorizada gracias a la representación simbólica que introduce un sistema de significaciones, de ésta a la representación conceptual o pensamiento preoperatorio donde predominarán las configuraciones por encima de las transformaciones, hacia los 7-8 años el pensamiento operatorio o de «operaciones de primer grado» donde las acciones interiorizadas se han vuelto componibles y reversibles, y finalmente el pensamiento formal de «operaciones de segundo grado», operaciones de operaciones, donde el sujeto logra traducir en un nuevo plano de pensamiento, que es el de las suposiciones o hipótesis» (Battro, 1971).

Si bien él no ahonda en los aspectos afectivo-emocionales, y, menos aún en el concepto de deseo, él considera que éstos constituyen el motor o el freno del desarrollo cognitivo.

Pensando en la importancia del deseo en la construcción del cuerpo, podríamos sostener junto a Alicia Fernández, quien a su vez se inspira en Sara Paín y F. Dolto que: «el organismo transversalizado por el deseo y la inteligencia conforman una corporeidad, un cuerpo que aprende, goza, piensa, sufre o actúa» (Fernández, 1987, 63).

Utiliza la palabra organismo para dar cuenta del cuerpo del que hablan los médicos: un organismo que excluye el deseo y sobre el cual son otros los que tienen la certeza del conocimiento, son otros los que detentan el poder de actuar sobre su funcionamiento desalojando la capacidad del sujeto de enunciar y creer en el saber que su propio cuerpo le presenta (Fernández, 1992, 30).

Trasladando estos conceptos al proceso de enseñanza-aprendizaje podríamos sostener junto a A. Fernández que «El «sujeto aprendiente» se construye a partir de la

interrelación entre el «sujeto deseante» y el «sujeto epistémico» que atravesando al organismo se representa en un cuerpo (Fernández, 1992).

Durante los dos primeros años de vida principalmente el bebe juega con el cuerpo de la madre y ésta con el cuerpo de él, en un ensimismamiento donde tocándose, acariciándose, nombrando, riéndose, mirándose, etc., ella construye, arma, el cuerpo de su hijo en base a estas caricias, que hacen las veces de una clara escritura. «El niño 'hace' decirnos, o 'le hacen' (...) pellizca, hunde el dedo, toca y agarra, sobre el cuerpo de la madre –del Otro, podríamos también escribir– porque tiene que aposentarse allí, ése es su trabajo de aposentamiento. También esos acariciares van a constituir la matriz de sus futuros trazos» (Rodulfo, 1999, 27).

### ¿Qué entendemos por pensamiento?

Foucault nos dice que el pensamiento es «la libertad con respecto a lo que se hace, el movimiento mediante el cual nos desprendemos de ello, lo constituimos como objeto y lo reflejamos como problema» (Foucault, 1999, 359).

Vemos cómo el concepto de pensamiento resulta indisociable del concepto de movimiento, el pensamiento es acción interiorizada para Piaget, para Wallon pensar es desdoblar la realidad en símbolos. Pero para adquirir esta libertad de movernos internamente, el cuerpo debe habitar la psiquis de un modo relativamente organizado y no como una excitante que atenta contra ella, a la vez que la psiquis debe habitar el cuerpo de un modo envolvente y contenedor de contenidos internos.

### ¿Qué relación establecemos entre cuerpo y pensamiento?

- De la Educación Física, la Educación Psicomotriz, el Yoga....

Éste es el punto clave a pensar, sobre todo si tenemos en cuenta que en la Enseñanza Primaria, la Educación Física y la Educación Psicomotriz, nacen en ámbitos externos a ella. En especial la Educación Física en sus orígenes fue concebida para que el niño descargara a través del movimiento sus energías sobrantes que dificultaban el permanecer quieto en clase, con su cuerpo silencioso (Vaca, 2002), en un banco durante las horas que se consideran necesarias para aplicar la planificación diaria.

Y la Educación Psicomotriz, o incluso el yoga en la escuela del que cada vez se habla más, no siempre acompañan la filosofía educativa de la institución ni los modelos teóricos de aprendizaje, sumándose a un sinnúmero de contradicciones.

- Coherencia y convicción entre la Filosofía educativa, los modelos de aprendizajes y la didáctica.

Lo esencial es la coherencia y la convicción que exista entre la filosofía institucional, los docentes, los padres y los niños. ¿Cómo se van logrando eslabonar las diferentes instancias significativas, vivenciales del niño desde sus intereses personales o creados por el grupo, hacia la representación mental, lingüística, gráfica, gestual, etc.

- Cómo pensamos que logramos esta coherencia desde la sala de psicomotricidad: creando eslabones significativos desde la movilización tónico-emocional en el placer sensoriomotor – surgimiento de imágenes mentales – construcción, espacialización y temporalización de la escena de juego, intensas

emociones y júbilo en el transcurrir del juego simbólico – la distensión corporal – la representación de lo vivenciado – la separación.

Un día, en una sesión de psicomotricidad, trabajando con un grupo de 4 niños preescolares y luego de un inicial juego sensoriomotor, del surgimiento de imágenes diversas, de la construcción de un escenario de juego a partir de dichas imágenes, del juego simbólico con todo su despliegue tónico-emocional, invité a los niños a pasar a la mesa. Ese día les presenté a cada uno una gran hoja en blanco y les dije: «Bueno ahora después de todo lo que han vivido en la sala, pueden hacer algo bien artístico». Una niña me preguntó: ¿qué es artístico? Le dije: «ustedes saben lo que es el arte?». Un niño dijo.... «sí, cuando pintas y pintas paradito y tienes una hoja pegada y tienes todos los colores», y la niña dijo: «ya sé lo que es el arte, es cuando te sale algo que nunca te imaginaste que te iba a salir».

El devenir desde el cuerpo al pensamiento tiene como necesaria construcción, la representación mental. El sentido que el entorno y el niño le den a sus acciones, aportará un significado a un significante, dos caras de una misma moneda, el símbolo. Según Piaget (1978, 61) cinco serán las formas a través de las cuales constataremos este funcionamiento mental: Imitación diferida, Imagen mental, Juego simbólico, Dibujo y Lenguaje.

Funciones ampliamente consideradas en el programa de enseñanza inicial y no tanto en el de enseñanza primaria ya que en torno de los 7-8 años, con el acceso al período operatorio se produce un cambio en las estructuras de pensamiento y en la forma de aprehender el mundo.

El psicomotricista trabaja intentando favorecer el desarrollo de estas cinco formas claves antes mencionadas, siendo el conocimiento de la imagen mental del niño la de más difícil acceso. La imitación y el lenguaje requieren una mayor acomodación del sujeto a lo externo, en el juego simbólico predomina la asimilación de la realidad a las condiciones que le impone el propio sujeto, en el dibujo y en la imagen mental nos encontramos a medio camino entre asimilación y acomodación.

Dado que nuestra teoría parte de la base de que la movilización tónico-emocional es la gran productora de imágenes mentales ya sea para ser expresadas a través del lenguaje, el dibujo, el juego o la imitación, y que en el niño ésta se produce por y sobre todo a partir de situaciones placenteras sensoriomotoras, diremos que tratar el tema del jugar es para el psicomotricista reflexionar sobre un elemento sin el cual su quehacer no tendría sentido. El juego concebido por Piaget (1972, 126) como placer por la relajación del esfuerzo adaptativo, promueve y traduce el desarrollo psicomotor desde las primeras modulaciones tónicas del bebé con su madre hacia su expresividad psicomotriz, desde las primeras coordinaciones, hacia la construcción del gesto y las praxias. Concebido así el jugar no sólo se refiere al juego sensoriomotor, al juego simbólico, al juego de reglas sino, y por qué no, también a la relajación, al ocio, a la distensión.

Dicha jerarquización del juego en psicomotricidad, comienza a ser fundamental alrededor de los años setenta, gracias a los invalorable aportes de D. Winnicott. Es en esa época que los psicomotricistas pasan de una concepción instrumental reeducativa a una concepción relacional y terapéutica donde la escucha tónico emocional y la creación de un espacio de juego resultan fundamentales. (Le Camus, 1986). Cuerpo y movimiento son considerados como significantes, portadores de significa-

ciones que se dicen a través de índices no verbales, pre-verbales o co-verbales que atestiguarán la historia de ese cuerpo en lo singular y en lo cultura (Ravera, 1998).

### **Relación cuerpo-ansiedad-pensamiento**

Paulina Volinski de Hoffnung (1986, 150) en su trabajo sobre «El juego en psicoanálisis de niños» nos dice: «El juego daría placer por el cumplimiento de deseos y por el dominio de la ansiedad que a través de él se puede lograr. Estos aspectos están interrelacionados pues también por el cumplimiento de deseos se logra dominar la ansiedad». En la mayoría de los niños que nosotros atendemos, el elevado monto de ansiedad perturba la armonía del tono y de las praxias, siendo evidente la mejoría que se observa a lo largo del tratamiento cuando el niño ha sido capaz de entrar en la dinámica de juego (Ravera, 1998).

### **POSIBLES APORTES DESDE LA PSICOMOTRICIDAD A LA ENSEÑANZA**

Si bien los objetivos del Psicomotricista dentro del Área de la Salud Mental, son diferentes de los del maestro dentro del Área de la Educación Inicial o Primaria, estamos de acuerdo en que existen zonas de confluencia como son las que se refieren a la comunicación y a la creatividad, con el júbilo por el aprendizaje y los logros que supone.

Intentaré reflexionar acerca de estas zonas de confluencia, a los efectos de poder aportar un granito de arena, a la diaria labor del maestro tan rica y fundamental para el presente y futuro de un país donde los índices de pobreza en la infancia se han duplicado en los últimos cinco años.

Analizaré por áreas los aportes que como Psicomotricista imagino puedan ser útiles al Maestro:

#### **1. ENCUADRE DE TRABAJO: SALA DE PSICOMOTRICIDAD**

Cada vez que estoy en plena tarea dentro de la sala de psicomotricidad, no puedo obviar recordar los grandes libros de J. Piaget y de D. Winnicott. De Piaget: «La construcción de lo real», pues en la sala tenemos un gran espacio donde se encuentran objetos de diversa índole, neutros, que respetan relaciones lógico-matemáticas y a partir de los cuales el niño podrá construir o reeditar la construcción del espacio, objeto, tiempo y causalidad. Un psicomotricista, que en el encuentro con el niño vivirá experiencias donde el juego y la imitación emergerán continuamente favoreciendo o fortaleciendo la función simbólica. Y... ¿qué decir de los aportes de Winnicott acerca del espacio transicional?, espacio que no está dentro ni está fuera, espacio de ilusión, sin el cual la comunicación, la creatividad y el juego no son posibles.

##### **1.a. Ambiente físico:**

- amplio, despejado y con buena forma (cuadrada, rectangular),
- luminoso,
- con temperatura adecuada,
- que no ofrezca riesgos para el cuidado físico corporal del niño y adulto.

##### **1.b. Material:**

- atractivo,

- neutro (para que puedan desarrollar la creatividad volcando contenidos internos y no estar invadidos por imágenes visuales, acústicas, etc.),
- con mobiliario liviano, (para ser transportable fácilmente y transformar en la medida de los requerimientos la espacialización de la sala).

#### **1.c. Piso, paredes y techo:**

- piso de la sala (es fundamental que sea utilizable en toda su extensión, de madera, de vinilico, limpio y despejado) ,
- paredes (seguras, despejadas, con buenas ventanas pero a la vez protegidas, sin filos que puedan lastimar, con textura agradable y colores suaves, con grampas de hierro para poder atar telas, cuerdas, etc. Y dar cuenta también de la existencia y uso del «espacio aéreo»),
- techos (en lo posible altos y también utilizables para poder a través de grampas en las paredes realizar construcciones que nos den cuenta de la tridimensionalidad en toda su amplitud).

#### **1.d. Organización espacial:**

La organización del espacio debe ser móvil, acompañando el desarrollo del grupo tanto en sus aspectos afectivos como cognitivos. Esto requiere una captación atenta del docente a la mejor disposición del espacio, separando espacios, creando nuevos, desarmando otros. Estas transformaciones a lo largo del día escolar, flexibles, cambiantes y acordes a la dinámica grupal o incluso a situaciones individuales, mostrarán a los niños el interjuego entre el todo y las partes tan rico en el desarrollo tanto afectivo como cognitivo, pero sobre todo le enseñarán la ductilidad y permeabilidad del docente a los cambios y la evitación a fijarse en estructuras rígidas.

La espacialización del aula escolar, requiere de un cambio radical en el uso del piso, despejándolo de muebles, utilizando para muchas más tareas de las que se suponen las posturas distendidas sobre el piso. Pero sólo si el docente está convencido de ello y de su capacidad para contener y hacer evolucionar el aprendizaje del grupo.

#### **1.e. Organización temporal:**

- *Reloj en la pared del salón.* La organización del tiempo a través de reloj, calendario, observación de los cambios externos, es de una riqueza incomensurable, ya que favorece los tan necesarios procesos de descentración del niño. El tiempo, representado en el reloj, dentro del aula escolar, nos demuestra que hay algo por encima de todos, que nos marca un límite que no podemos modificar y que por lo tanto nos contiene y organiza.

- *Desarrollar la capacidad de anticipación,* y por ende la organización temporal interna, trabajando desde el inicio de la clase, con las «fases sucesivas» que se trabajarán ese día, factibles de modificaciones. Estas fases deben ser la resultante de una negociación entre el maestro, los niños y el programa escolar.

- *Desarrollar la capacidad de frustración y separación,* a través del ir anunciando el tiempo que falta para finalizar tal o cual actividad placentera. El entrar en la «línea del tiempo», nos da las bases para nuestra «continuidad existencial» como sujetos.

Pensar es jugar con el tiempo, pudiendo, en el aquí y ahora, representarme acontecimientos pasados o anticipar otros futuros.

### **1.f. Reglas que favorecen la organización del cuerpo propio:**

Uno de los elementos claves para que el niño pueda hacerse cargo de sí mismo y de su organización interna corporal, es nuevamente favorecer la descentración y la discriminación de la figura del docente-adulto. Las reglas que debemos construir entre el docente y los niños, introducen los necesarios cuidados físicos básicos para poder jugar y trabajar. Reglas más frecuentes:

- No vale pegar de verdad.
- No vale romper el material de la sala.
- No vale destruir lo que el otro construye sin pedir permiso.

Reglas que a partir del cuidado corporal personal, introducen aspectos morales donde la empatía es la base del respeto.

## **2. ROL DEL ADULTO EN PROCESOS DE ENSEÑANZA O TERAPÉUTICOS**

En «La formación del símbolo», Piaget (1973) muestra la importancia de la imitación como proceso donde prima la acomodación de lo externo al yo, y la importancia del juego, donde prima la asimilación de la realidad al yo. Imitación y juego, no dejan de iluminar constantemente nuestra función como terapeutas o docentes.

Ni que hablar de la riqueza que nos aporta, la gran obra de D. Winnicott (1979) «Realidad y juego», donde nos habla del tránsito desde el bebé en la mente de sus padres antes de ser concebido, al intenso vínculo materno, a la gradual apertura hacia el mundo externo en especial gracias a la función paterna, a los necesarios fenómenos y objetos transicionales, gracias a los cuales lo interno y lo externo van dialogando mutuamente y discriminándose, permitiendo al niño abrirse hacia el mundo del trabajo y la cultura.

### **Sistema de actitudes corporales del adulto en procesos de enseñanza o terapéuticos**

La disponibilidad afectiva del adulto en procesos terapéuticos o docentes, se traducirá en una disponibilidad corporal expresada a través de:

#### **2.a. Vestimenta:**

Esta debe ser cómoda, tanto en la ropa, calzado, etc., que invite al encuentro, dando cuenta de la permeabilidad del docente y no que ponga una barrera... como también lo puede ser un intenso maquillaje...

#### **2.b. Posturas corporales:**

Posturas distendidas, abiertas a la escucha del niño, a la comunicación, pero también a la contención y puesta de límites discriminativos que transmitan claridad en los roles de cada uno de los protagonistas.

#### **2.c. Proximidad física:**

Resulta fundamental en el encuentro con el niño cuidar la tolerancia de éste a la aproximación física del otro que puede resultarle invasiva de su proximia. Debemos tener en cuenta que esta dialéctica cerca-lejos, forma parte del diálogo tónico que

se va construyendo en los primeros vínculos del niño con sus padres, y en caso de aceptar modificaciones, forma parte de un proceso continuo entre el adulto y el niño.

#### **2.d. Contacto corporal:**

El contacto corporal tan necesario en todas las etapas de la vida como comunicación primitiva no traducible en el lenguaje articulado, debe darse en un encuentro, en un diálogo, donde ambos protagonistas se conocen y reconocen. A veces simplemente un mano en el hombro, un golpecito en la espalda, un apretón de manos, o un «choque los cinco», alcanzan para saber que estamos en comunión afectiva. Lo importante será respetar el estilo de cada niño y hacerse respetar en su propio estilo como docente, favoreciendo la discriminación y características personales de uno y otro.

#### **2.e. Expresividad del rostro:**

Ésta debe ser acorde al clima emocional que se va dando en el encuentro con el niño o con el grupo de niños, siendo muy importante la coherencia entre nuestros estados emocionales y los gestos faciales (sonrisa, risa, seriedad, tristeza, preocupación, etc.).

#### **2.f. Mirada:**

El contacto ocular es de una gran fuerza filogenética, y uno de los lenguajes más primitivos y genuinos. Una comprensiva, en lo posible a la altura de los ojos del niño, requiere que el adulto se agache con frecuencia siendo la posición en cuclillas una de las más cómodas.

#### **2.g. Uso de la voz, del lenguaje y del silencio:**

La voz, el lenguaje, los silencios, buscarán crear un clima de distensión y bienestar, a través del cual envolver, contener y devolver al grupo un modo abierto, de «estar bien con» los otros, respetando los turnos que el lenguaje articulado requiere para que podamos escuchar a los demás y ser escuchados nosotros mismos.

#### **2.h. Tiempo de espera:**

¿Cuántas veces nos adelantamos, cuántas veces corregimos y tachamos sus cuadernos, cuántas veces los inhibimos?

¿Cuántos niños inhibidos, que por no distorsionar el funcionamiento de la clase, tantas cosas reprimen, guardan, debilitando su autoafirmación y su deseo de aprender?

La capacidad del docente para esperar el lento surgimiento del deseo del niño, de lo más genuino y espontáneo de él, es un extenso tema a desarrollar que se relaciona entre tantas cosas con el respeto por el niño, la aceptación de la diversidad, de las diferencias individuales.

#### **2.i. Disfrute del adulto por el sano movimiento del niño:**

La tolerancia del docente al desborde de excitación del grupo, la captación de lo que está sucediendo y la búsqueda de canales de contención, requiere de una sólida formación en psicología dinámica y social (grupal e institucional).

Por otro lado el disfrute del adulto tanto por el accionar del niño que busca «dar forma» y crear, como por aquel accionar, que ya incluye la capacidad de realización, resultan dos momentos claves de un buen proceso de aprendizaje.

## **REFLEXIONES FINALES**

Comencé mi exposición hablando de un caso concreto, de una viñeta, y terminaré con otra viñeta. Tal vez sea para mi gusto la mejor manera de articular los elementos teóricos con los elementos prácticos que son los que realmente importan.

Hace muchos años me encontraba haciendo una observación como psicomotricista dentro de un jardín de infantes. La psicóloga me pidió fuera a observar una clase de 4 años, donde la mayoría de los niños presentaban problemas de conducta y estaban desbordando tanto a la maestra de clase como al jardín todo. Esta maestra presentaba un delicado estado emocional y físico (anorexia-bulimia y depresión). Entré al grupo, me presenté, y me senté en el piso en un rincón tratando de no interferir en la dinámica de clase. El caos era mayúsculo, los niños se pegaban, se gritaban, hablaban unos arriba de los otros, no cuidaban sus objetos personales, no escuchaban las consignas de la maestra de clase, los proyectiles y la agresividad entre ellos cabalgaba.

Al finalizar las dos horas de observación, me acerqué a la maestra y le pedí si para la próxima semana podría concurrir nuevamente y leerles un cuento a los niños, a lo que asintió de buena gana.

A lo largo de estos años de mi labor como psicomotricista he ido recopilando una biblioteca infantil, referida sobre todo a las angustias primarias en torno al cuerpo y a la exploración física del entorno. Fui a ella y tome un libro llamado «Cómo duele»<sup>2</sup> que me regaló como modo de ayudarme, mi querida amiga y psicomotricista Cristina Steineck cuando una paciente, casualmente de 4 años, cayó mal del espaldar y se fracturó un brazo. Relata la historia de un niño sumamente inquieto que en el desenfreno del recreo escolar, se golpea mientras juega al fútbol contra un árbol y lo deben llevar al hospital. El niño trasmite todos sus temores ya que lo tienen que intervenir quirúrgicamente de una fractura en su pierna. Los compañeros lo van a visitar al hospital, el mantiene un mutismo total, producto de la angustia previa a la operación. Por estar internado no puede ir a un paseo al zoológico que realiza toda la clase, pero finalmente al volver a clase todos le firman y dibujan sobre el yeso y se rescata de su angustia y dolor.

Antes de comenzar la lectura del cuento y viendo el caos del grupo, hice lo siguiente:

- despejar el espacio de bancos y mesas,
- invitar a los niños a sentarse en la alfombra formando una ronda (que no fue posible),
- tener frente a nosotros un pizarrón donde escribir con cautela las reglas a las que teníamos que atenernos para poder escuchar el cuento que iba a leerles.

Las reglas escritas en el pizarrón, elaboradas en forma conjunta con los niños, se transformaron en algo kilométrico dada la falta de contención de los niños. Especialmente la primer regla, la de los cuidados físicos fue desglosada en forma detallada: no vale pegar de verdad, no vale ahorcar, no vale cinchar de los pelos, no

vale morder, no vale hundir los ojos, no vale tirar cosas por la cabeza, no vale pellizcar, no vale pisar al otro, etc.

Durante la lectura del cuento hube de tener especial cuidado en los intervalos, en las pausas, para que los niños bajaran la «temperatura» elevada que tenían. Esas pausas, que no permitían continuar escuchando la emocionante historia, que tanto tenía que ver con su situación real, eran «silencios que hablaban por sí solos y no vacíos de contenido», que movilizaban en la mente de los niños seguramente imágenes personales angustiantes. La distensión fue ganando terreno, la envoltura que iba logrando con mi voz y con la emoción que transmitía a través de ella, las rupturas necesarias para escuchar el silencio y mantener la postura, fueron claves.

Al finalizar el cuento, los invité a dibujar. Sentados en sus mesas, cuidando el material, recorrí niño por niño, agachándome, conversando, atenta a que la temperatura que había descendido se mantuviera estable y haciendo a veces intervenciones hacia el grupo en general, volviendo a otro niño que me miraba invitándome al diálogo.

«Faltan cinco minutos para que termine este dibujo»... «faltan diez minutos para irnos a casa»....

Todos prontos con sus camperitas puestas, la mochila al hombro.... me despido... colocamos las sillas, mesas en sus lugares iniciales, cuando me dispongo a borrar las reglas escritas en el pizarrón... al unísono varios niños «no las borres, dejalas escritas para siempre».

Hablar del lugar del cuerpo en la enseñanza, es entre otras tantas cosas, hablar del cuerpo del maestro sin desprenderlo de su psiquis.

## NOTAS:

<sup>1</sup> Es frecuente encontrar en la consulta psicomotriz sobre todo en edad preescolar y escolar, niños con un claro predominio de sus procesos de pensamiento sobre el disfrute de conocer con y a partir del accionar corporal. Y a la inversa, niños que despliegan una intensa actividad motriz muchas veces poco conducente, dispersa, no pudiendo transitar hacia procesos más elaborados de representación mental. Indudablemente que la secuencia del acto al pensamiento ha sido más que subrayada tanto desde teorías del desarrollo cognitivo como afectivo y es para el Psicomotricista el hilo conductor de su quehacer.

<sup>2</sup> «Cómo duele» Ediciones Destino.

## BIBLIOGRAFÍA:

Battro, A. (1971) *Diccionario de epistemología genética*, Editorial Proteo, Bs.As.

Bonnevaux, M.; Ponce de León, E.; Ravera, C. (1999) «Tratamiento interdisciplinario de tempranos que consultan por retraso significativo del lenguaje y o psicomotriz». *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* N° 90, de la Asociación Psicoanalítica Uruguaya.

Devereux, G. (1977) *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, Siglo Veintiuno editores S.A., México.

Fernández A. (1992) *La sexualidad atrapada de la señorita maestra*. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires.

Fernández, A. (1987) *La inteligencia atrapada*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.

- Foucault, M. (1999) *Polémica, política, problematizaciones*, citado in *Estética, ética y hermenéutica*, Editorial Paidós, Bs.As.
- Freud A. (1971) *Normalidad y patología en la niñez*. Editorial Paidós. Buenos Aires
- La Barre, W. (1977) in *Prólogo* a la obra de Devereux «De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento». Siglo Veintiuno editores S.A., México.
- Le Camus, J. (1986) *O corpo em discussao*.
- Piaget, J. (1972) *La formación del símbolo en el niño*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Piaget, J. (1978) *La psicología del niño*, 8ª edición, Ediciones Morata, Madrid.
- Piaget, J. (1973) *La formación del símbolo*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Ravera, C. (1998) «Juego y Psicomotricidad» Libro *Educación Psicoanálisis. Encrucijada de disciplinas*. Asociación Psicoanalítica del Uruguay. APU.
- Rodulfo, R. (1999) *Dibujos fuera del papel. De la caricia a la lecto escritura en el niño*. Editorial Paidós. Bs.As.
- Vaca, M. (2002) «Cuerpo y Escolarización. Reflexiones en torno a los modos de entender y tratar el ámbito corporal en la escuela, in *La práctica Psicomotriz: una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento*, de Llorca Linares M., Ramos Díaz, V., Sánchez Rodríguez, J., Vega Navarro, A. Ediciones Aljibe. Málaga. España.
- Volinski de Hoffnung, P. y otros (1986) *El juego en Psicoanálisis de Niños*, A.P.U.
- Winnicott, D. (1979) *Realidad y juego*, Editorial Gedisa, Barcelona.

**RESUMEN:**

A partir de su doble condición de maestra y psicomotricista, la autora nos ofrece una amplia reflexión sobre las posibles aportaciones de la psicomotricidad a la práctica educativa, tanto en el campo del aprendizaje como en el de las relaciones.

**PALABRAS CLAVE:**

Enseñanza, aprendizaje, educación psicomotriz, psicomotricidad educativa.

**ABSTRACT:**

Starting from her double condition, teacher and psychomotor therapist, the author offers us a wide reflection on the possible contributions from the psychomotricity to the educational practice, as much in the field of the learning as in that of the relationships.

**KEY WORDS:**

Teaching, Learning, Psychomotor Education, Educational Psychomotricity.

**DATOS DE LA AUTORA:**

**Claudia Ravera.** Licenciada en Psicomotricidad. Docente de la materia "Clínica del Bebé". Licenciatura de Psicomotricidad. Escuela de Tecnología Médica. Facultad de Medicina. Universidad de la República Oriental del Uruguay



# La importancia del vínculo en el proceso de separación e individuación (I) \*

The importance of the bond in the process of separation and individuation

**Laura Uchitel**

*...uno aprende a caminar no como un acto mecánico, sólo producto de la maduración del sistema nervioso y del entrenamiento, sino como una acción sobre el mundo, como una transformación del espacio, sólo posible en la medida que se vayan elaborando las condiciones para soportar el alejamiento del otro, la pérdida del otro. Uno aprende a caminar, porque caminar tiene sentido, tiene direccionalidad y tiene significación en la dinámica profunda del psiquismo, porque está inscripto, desde el deseo, en el proceso de separación e individuación...*

*(Dirección de Educación Especial, 2000).*

Esto es lo que apunta a fomentar la Atención Temprana a través del abordaje e intervención en la díada madre-hijo y todo lo que ella representa. Este pensamiento refleja claramente la importancia de la significación de un otro con todo lo que ello implica (mirada, sostén, acompañamiento, etc.) en el proceso de separación e individuación.

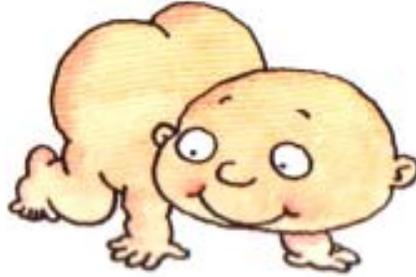
Cuando una pareja tiene un hijo se enfrenta con la oportunidad de criarlo. Cada uno tiene infinidad de recursos y experiencias a las cuales recurre consciente o inconscientemente. Todos han sido hijos y criados en un ambiente socio-cultural determinado, han visto a otros padres criar a sus hijos, etc. En cambio, el bebé es la primera vez que está en esa situación sólo cuenta con la experiencia intrauterina, y carece de experiencia extrauterina.

---

\* El presente trabajo (cuya segunda parte se publicará en el número 18) fue realizado en el contexto de la Licenciatura en Psicomotricidad que se cursa en la Universidad CAECE de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, coordinada por el Licenciado Pablo Bottini. Dicha licenciatura se encuentra en la órbita del Departamento de Ciencias Pedagógicas, cuyo director es el Licenciado Gerardo Bettinotti. La autora realizó esta monografía como trabajo final de la cátedra Estimulación Temprana II, perteneciente al tercer año de la carrera, cuya docente es la Profesora Licenciada Patricia Andrade y en calidad de Ayudante de cátedra se desempeña la Licenciada Natacha Schnidrig.

El pequeño aprenderá de sus experiencias y vínculos afectivos los modos de la sociedad o grupo social en el que vive y la manera de interaccionar e interactuar en él. Es esencial para este nuevo ser que los padres lo acompañen, lo sostengan, contengan y estimulen posibilitando y favoreciendo un crecimiento «feliz».

La experiencia que deben vivir los padres y el recién nacido es la del encuentro: el encuentro en la mirada, en lo térmico, en el tono muscular, en los sonidos, en el movimiento, en los juegos... Las características y modalidades de estos primeros vínculos afectivos jugarán un rol fundamental en la constitución de la personalidad del niño.



*Gráfico 1*

## **INTRODUCCIÓN**

Para tener un desarrollo físico, psíquico y emocional «feliz» los bebés necesitan del estímulo, el apoyo y el cariño de las personas que intervienen en su crianza. Todas las experiencias que van teniendo son el alimento que les permite desarrollarse adecuadamente y que influirá en las relaciones íntimas a lo largo de toda su vida. El recién nacido mediante los gestos, el llanto y la sonrisa es capaz de comunicar a sus padres su estado emocional y logra que se mantengan cerca, cubran sus necesidades e interactúen con él. Todas estas conductas del bebé surgen espontáneamente, sin intencionalidad consciente; su efectividad depende de lo que hagan papá y mamá como respuestas a ellas.

La maternidad representa una crisis evolutiva que afecta a todo el grupo familiar. La mujer, o quien cumpla la función materna, atraviesa esta crisis en función de su historia personal, estructura, situación actual conyugal, familiar, social y económica, las características del bebé y otras muchas variables.

Oibermann (2001) destaca que el amor maternal no es de ninguna manera un sentimiento puro e ideal, ni tampoco simple, sin conflictos, tal como casi siempre aparece representado por el imaginario colectivo. Describe al sentimiento maternal como ambiguo, porque el recién nacido es vivido por su madre como diferente y propio a la vez. Es una realidad propia y una fantasía materializada. La maternidad es una fase del desarrollo psicoafectivo de la mujer pues los procesos que se desarrollan en esta etapa encuentran su sentido en las relaciones conscientes e inconscientes de la madre con su niño.

Parece «evidente que el proceso de maternalización se desarrollará al producirse la primera maternidad. Sin embargo no siempre ocurre de esta manera, no porque haya una maternidad habrá necesariamente un proceso de maternalización: este último puede quedar diferido o escamoteado por los mecanismos de defensa de la mujer.

La maternidad, como fenómeno psicobiológico y como crisis vital y evolutiva, reactiva conflictos del pasado y potencia las problemáticas presentes, sobre todo las relacionadas con los vínculos con los otros» (Oberman, 2001, 44).

Cuando existe un vínculo afectivo adecuado (fomentando la autonomía y respondiendo sensiblemente a las necesidades del bebé, proporcionando un contacto físico reconfortante), la relación entre los padres y su bebé es armónica y el pequeño se siente seguro y satisfecho. Tolerará mejor las separaciones ocasionales y posee mejores capacidades para el aprendizaje y la relación con los demás. La seguridad que le aportan esos lazos de cariño lo ayudan a explorar el mundo con mayor libertad, sabiendo con certeza que puede regresar y que será bien recibido.

Por ello, abordar los temas de la maternidad, del inicio de las relaciones madre-hijo, así como las condiciones de crianza y cuidados, del contexto, la situación socioeconómica e histórica, permite una mejor comprensión de los desafíos actuales que presentan en particular las poblaciones de alto riesgo social y patología para la Atención Temprana del Desarrollo Infantil.

En este siglo la maternidad adquiere un nuevo sentido. Se extiende más allá de la autonomía física del niño, asumiendo la responsabilidad de garantizar su educación. La incorporación de la mujer al mercado de trabajo anuncia una nueva «revolución familiar» en la cual el foco se desplaza hacia el padre, para compartir conjuntamente la responsabilidad de la educación y de la crianza de los hijos.

Las actitudes maternas no son universales y han estado estrechamente vinculadas a las concepciones sociales de cada época, sociedad y cultura. Analizando los modos de relación madre-hijo a través de las diferentes épocas, se advierten diferencias pero sin embargo lo que siempre prevalece es la noción de necesidad de preservar a los niños de corta edad.

Atención temprana, intervención temprana, intervención oportuna, estimulación precoz, estimulación temprana: son varias las formas de denominar esta disciplina o cruce interdisciplinario vinculado al desarrollo normal y/o alterado de los lactantes y niños pequeños; también son diversos los conceptos que estos nombres implican y las definiciones de su campo de acción.

En *Bases Neuropsicológicas de la Estimulación Temprana* –primeros conceptos publicados en unos cuadernos especiales de la escuela creada por la Dra. L. Coriat– se la define de la siguiente manera:

«La estimulación es una técnica para ayudar al niño con problemas del desarrollo a superar estos trastornos o a moderar sus efectos, es a través de la madre que se introducen, en el campo de la relación con su hijo, los elementos que apoyarán al niño afectado por deficiencias» (Tallis, 1999, 17).

Veremos a lo largo de este trabajo cómo se amplía este concepto, pero siempre siguiendo una línea teórica donde no se toma la noción de «estímulo» como una acción dirigida directamente sobre el niño para provocar determinada reacción. Ésta no es la única concepción posible de «estímulo», es más, hasta sería la más inadecuada para nuestro marco teórico ya que cuando nos referimos a Estimulación Temprana (actualmente denominada Atención Temprana) no se trata de aumentar o disminuir un mero bombardeo sensorial, sino de acompañar a los padres en sus primeras interacciones con su hijo.

Es fundamental y necesaria la intervención y aplicación de esta disciplina tanto en niños sanos nacidos a término en condiciones de deprivación ambiental, como en niños con algún compromiso biológico y en niños prematuros. En estos casos, los padres pierden su saber cultural acerca de ser padres, ya sea por el efecto paralizante que produce la aparatología que rodea y envuelve al niño prematuro o bien por el nacimiento de un niño diferente al soñado. Una manera de entender la Atención Temprana como intervención clínica dirigida a la infancia amenazada sería reconocer el efecto que tiene en los padres la prematurez o un diagnóstico que implica discapacidad o simplemente un niño diferente al imaginado.

La pérdida de ilusiones, la irrupción de una patología indeseada, deja marcas en los padres que no sólo fisuran sino que producen una fractura en la función materna y un quiebre de su ejercicio que en muchos casos provoca en el niño una patología psíquica sobrecargada al cuadro de base y que se manifiesta a través de conductas estereotipadas o rasgos de desconexión.

«La Atención Temprana del Desarrollo Infantil (A.T.D.I.) es entonces una praxis cuyo objetivo es generar y preservar las condiciones para la salud y no sólo de reparar lo dañado. El abordaje no es dirigido exclusivamente al niño ni a la función materna en sí misma, sino fundamentalmente a generar estrategias para apoyar y preservar la constitución subjetiva, disminuir las posibilidades de disfuncionalidad y perturbación del desarrollo infantil, promoviendo salud y educación» (Dirección de Educación Especial, 2000).

Reflexionar acerca de las vicisitudes de los vínculos primarios nos permite unificar en una misma acción la prevención y la promoción de la salud. Hablaremos así de la familia, ya que ésta cumple una función fundamental en la producción subjetiva. La familia no debe pensarse simplemente como una filiación biológica, sino que también es relevante considerar el orden simbólico que ella conlleva, instaurando la pertenencia del sujeto a una determinada estructura social. De esta forma, las familias que se encuentran en Alto Riesgo Social son afectadas en cuanto a la construcción del apego, primordial y esencial vinculación que se despliega desde el momento del nacimiento y primeros días de vida.

La realidad socioeconómica actual nos presenta a una gran parte de nuestro país con necesidades básicas insatisfechas que afectan directamente a esta calidad de estructura familiar, debilitándola o deteriorando los vínculos.

La clínica de la Atención Temprana «se ocupa de los bebés con problemas de desarrollo y de sus padres; de los avatares de ser infante y de tener un hijo con patologías discapacitantes o con alto riesgo de padecerlas» (Tallis, 1999, 12).

En la segunda parte del trabajo desarrollaré el caso de un bebé que concurre con su madre a un Servicio agregado de Atención Temprana y del Desarrollo S.E.A.T público del conurbano bonaerense, que funciona dentro de una escuela de educación especial.

La formación del hombre está regida por un hecho natural, universal y necesaria: su procedencia materna. Durante los primeros meses, el niño apenas si se diferencia de su madre, de quien depende absolutamente (¿los nueve meses transcurridos en el seno materno no dejarán una huella femenina indeleble en el niño?) Los tres años que le siguen al nacimiento, el bebé los emplea en separarse psíquicamente

de su madre. Para ello debe reforzar la frontera entre los dos, poner término a su primer amor y al lazo empático que lo acompaña.

El varón debe desarrollar una identidad masculina sin contar para ello con una relación estrecha y continua con el padre, similar a la que tiene el niño con su madre. ¿Qué sucede con los niños que se gestan sin un proyecto de nido, los niños con padres ausentes, propios de las familias contemporáneas?

Por último no quería dejar de mencionar dos conceptos fundamentales: el de plasticidad neuronal y el de «período crítico» que marcan la importancia de una intervención en los primeros años de vida.

La plasticidad cerebral es mayor durante los primeros años de vida, y por ello la práctica de la A.T.D.I. es tan importante a lo largo de estos años tanto en la prevención como en la rehabilitación, ya que el sistema nervioso no ha terminado su proceso de maduración. Con el devenir de los años la plasticidad neuronal disminuye y cada vez resulta más difícil minimizar las posibles lesiones que en él se hayan producido.

El concepto de período crítico es importante para el trabajo de la Atención Temprana ya que transcurridos estos períodos, las estructuras serían más resistentes al adiestramiento, lo que implicaría que el niño quedaría en desventaja.

Según el modelo de crianza, pueden modelarse en su registro neuronal desde funciones elementales como la marcha hasta desarrollos superiores como el lenguaje y la emoción. Los primeros vínculos que establece el bebé (especialmente el materno o quien cumpla dicha función) son un modelador cerebral que tiene enorme trascendencia en la predisposición de aprendizajes y capacidades futuras del niño.

Entonces, cuanto más temprano intervenimos, habrá más posibilidades de producir cambios. Es un trabajo en conjunto con niños y padres, porque si bien nuestro paciente es el niño, éste está inmerso en un contexto que si no lo vemos, tampoco estamos viendo al niño. Tampoco podemos dejar de lado la sociedad en la que está inmerso, que lo atraviesa con infinitos significados (somos seres atravesados culturalmente aparte de tener un contexto más inmediato) vivimos en una sociedad con sus leyes, valores, modos de crianza, etc.

«Es necesario para el niño acomodarse al mundo, a pesar de las dificultades biológicas para asimilarlo. Estas dificultades pueden tener características generales relacionadas con la patología de base (retardo mental, cuadros lesionales, etc.) Conocerlas es importante, aunque lo realmente trascendente es poder ubicar la singularidad de cada niño, su entorno y el lugar significativo que el déficit tiene para cada pareja de padres» (Tallis, 1999, 12)



Gráfico 2

## ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO INFANTIL (A.T.D.I.)

*...El bebé por sí solo no existe, sólo lo logra en relación con otro...*

*Donald W. Winnicott*

*...Nuestro cuerpo no es nada sin el cuerpo del otro, cómplice de su existencia. Es con el otro que se ve y se construye en la actividad de los sistemas que ofrece la naturaleza, en la intimidad de ese espejo reflector que es el otro...*

*Julián de Ajuriaguerra*

La A.T.D.I es una práctica social y profesional que emerge de una preocupación concreta: la preservación y/o recuperación de las condiciones para el mejor desarrollo infantil. Es un abordaje terapéutico dirigido particularmente a bebés de 0 a 3 años, con problemas en el desarrollo o con riesgo de padecerlos. «Se basa en una concepción del niño, del desarrollo y en una concepción de cuál es el rol del adulto, de la familia, de la sociedad, de las instituciones, de los educadores, en el sostén y el apuntalamiento del desarrollo infantil. Concepción que refleja también las condiciones necesarias para que el adulto, la familia, la institución y la sociedad puedan cumplir ese rol» (Dirección de Educación Especial, 2000).

La *Neuropsicosociología del Desarrollo* (disciplina que surge de una convergencia y articulación epistemológica) analiza e integra dialécticamente tanto los conocimientos neurológicos como los psicológicos y los sociológicos referentes a la construcción del niño como sujeto autónomo, independiente, con identidad propia y deseos. Muchos conceptos importantes que formula la Neuropsicosociología provienen del esquema conceptual referencial operativo, *E.C.R.O.*<sup>1</sup> que plantea Pichón Rivière tomando en cuenta la incidencia en el psiquismo subjetivo del escenario en que se despliegan los vínculos a partir de las condiciones concretas de existencia (condiciones sociales e históricas) junto con la configuración de matrices de aprendizaje.

Basada en la *Neuropsicosociología del Desarrollo*, la A.T.D.I «considera al proceso de constitución del sujeto humano como el producto de una compleja transformación evolutiva donde lo biológico (entre ello lo neurológico) constituye la base material para las relaciones adaptativas con el mundo externo. Sin embargo aún dependiente en gran parte de lo genético y lo congénito, lo biológico está a su vez entramado a la urdimbre social que es la que genera realmente a una persona» (Dirección de Educación Especial, 2000). Fundamenta el rol del otro en la construcción de la conciencia del Yo abordando por lo tanto la relación entre lo psíquico y lo social, la emoción y la representación mental. El psiquismo del bebé necesita de una mirada estructurante que a su vez hace de soporte a todo lo que es el desarrollo íntegro del bebé.

La A.T.D.I. se define como una praxis basada en la neuropsicología del desarrollo que reconoce la complejidad de acción (más que el movimiento en sí mismo) y la comunicación como relación con el mundo, como fundante de la persona y su originalidad subjetiva (visión interdisciplinaria, no se lo puede considerar sólo desde el neurodesarrollo). No puede entenderse la dinámica profunda del sujeto si no se comprenden las relaciones entre la estructura biológica, su dinámica y las condicio-

nes sociales e históricas concretas en que genera sus vínculos y desarrolla su existencia.

«La Atención Temprana del Desarrollo Infantil (A.T.D.I.) es una praxis cuyo objetivo es generar y preservar las condiciones para la salud y no sólo de reparar lo dañado» (Dirección de Educación Especial, 2000).

Risueño (2000) señala que la función la A.T.D.I es apoyar y preservar la constitución subjetiva mediante un conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento para desarrollar al máximo su potencial bio-psico-socio-cognitivo. Se encarga de brindar alimento funcional necesario para el desarrollo de la actividad. Todo objeto, palabra, capaz de ser asimilado por el bebé es un estímulo. La estimulación, en el campo de la Atención Temprana es entendida como el sostén de la función materna ya que lo que perturba el desarrollo del recién nacido más allá de su organicidad es la imposibilidad de establecer un intercambio con la madre a través de las miradas, caricias, palabras...

Cuando se hace un abordaje desde la A.T.D.I. es importante trabajar con una:

- Metodología (propuesta de métodos de abordaje)
- Sistemología (trabajo intra o extra-sistémico e interdisciplinario, si trabajo en un lugar donde no hay equipo es importante generar una red)
- Semántica (aprender vocabulario técnico y pasarlo a nuestro vocabulario para poder transmitirlo y a su vez escuchar y decodificar el discurso materno)

La A.T.D.I. se orienta hacia dos áreas vinculadas que tienen que ver con la construcción de nuestro rol en la práctica misma de la Atención Temprana.

### **1) Área de promoción, preservación y prevención primaria**

«Los agentes comunitarios operan en familias, en la pediatría social y preventiva, en los centros de salud, en las instituciones para niños, guarderías, casa cuna, hogares, jardines maternos, jardines de infantes.

Estos agentes deben conocer las condiciones del desarrollo motor, cognitivo, afectivo y psicodinámico del niño y deben reconocer la imprescindible función de contención del entorno social y cultural, sus mitos, sus formas de operar y para ello es importante una formación científica personal, actitudinal, teórica y técnica» (Dirección de Educación Especial, 2000).

A través de la prevención primaria de la salud se trabaja desde 2 conceptos básicos:

- Riesgo, que implica contextualizar el sector de la población afectada y protegerla a través de medidas dirigidas contra la aparición de posibles enfermedades, como por ejemplo la desnutrición (promoción de la salud).
- Medidas dirigidas contra la aparición de enfermedades (incluye el aspecto psicosocial). Esto sería la protección específica, medidas inmunológicas y de vacunación.

## 2) Área de prevención secundaria y terapéutica

«Los agentes operan en equipos de salud, habilitación y rehabilitación, de salud mental, educación especial y también de educación común, de integración y de acción social intentando tejer la trama de continencia, sostén, seguimiento y apoyo para niños con una patología preocupantemente en aumento por el desborde de las condiciones sociales que la generan, por la fragilización de los vínculos y también, por otro lado en algunos casos, por el avance tecnológico que permite la preservación vital de muchos protoinfantes que hasta hace unos años no sobrevivían» (Dirección de Educación Especial, 2000).

El objetivo de la prevención secundaria es:

- Identificar enfermedades en las fases tempranas de desarrollo. Cuanto antes se detectan y se abordan, mejor será la respuesta (la plasticidad cerebral es mayor). Si no es posible abordarlas desde la prevención primaria (para evitar el efecto dominó) entonces se hace desde la secundaria (en función del efecto dominó, casos probados en la población en riesgo, miembros con posibilidades de padecer un trastorno).
- Disminuir la morbomortalidad (etapa de padecimiento y dolor de la enfermedad).
- Restaurar la salud.
- Reducir el impacto sobre la familia y la comunidad.

La prevención terciaria trabaja desde la rehabilitación y la resocialización. Ya se instaló todo lo que se tenía que instalar relacionado con la enfermedad. El objetivo es generar programas orientados hacia la reducción del efecto residual.

La prevención es un proceso que requiere de un modo de pensar social, político y psicológico producto del consenso de metas comunes, de planificación y coordinación.

### Concepción de sujeto

Hace alrededor de 30 ó 40 años, un conjunto de prácticas y técnicas denominadas Estimulación Precoz (luego temprana) nació de la necesidad de detección e intervención en niños con riesgo a sufrir, o sufriendo ya, trastornos o deficiencias del desarrollo de origen genético, congénito o perinatal. Sin embargo en ese entonces el acento estaba puesto en la estimulación precoz de las funciones sensoriales y motrices (es decir antes de que debieran aparecer por su maduración) Se enfatizaba el adiestramiento motor por la motricidad misma de acuerdo a ciertas concepciones sobre el tandard de aparición de las conductas y el estímulo externo como generador de las mismas. Basándose en teorías explícitas o implícitamente conductistas, el bebé se concebía como un receptor más o menos pasivo que debía reaccionar a los estímulos con la respuesta esperada. El niño aparecía como el producto de una serie de estímulos y respuestas. No podía pensarse al bebé, y menos aún si padecía alguna disfunción, como un niño activo y no sólo actuado. Tampoco podía comprenderse que en la relación con el mundo, el bebé se conectase con objetos sincréticos a los que cargase de significación a partir de *su* propia iniciativa, de *sus* propios conocimientos e intereses, apoyado en *sus* deseos.



Gráfico 3

La concepción de sujeto actual que define la *Neuropsicosociología* habla de un niño que nace con necesidades y requiere de un otro para satisfacerlas. Desde su nacimiento es un ser completo, constructor, activo de sus relaciones en cada una de sus etapas y no sólo un proyecto futuro a construir o devenir. El infante no es un ser vacío de contenido, pero no se puede organizar ni estructurar sin el cuerpo, la mirada y el movimiento de la madre. El bebé es todo cuerpo y sensoriomotricidad cuando nace. Es un ser que se desarrolla a partir de los otros.

Protoinfante, más allá de la normalidad o la patología, en interacción con un medio que lo anida, permitiendo que produzca en

sí mismo la serie de transformaciones sucesivas que constituyen su proceso particular, original de crecimiento, desarrollo, separación e individuación, de constitución yoica, de devenir en sujeto histórico y cultural en el pasaje progresivo del predominio de la dependencia al predominio de la autonomía

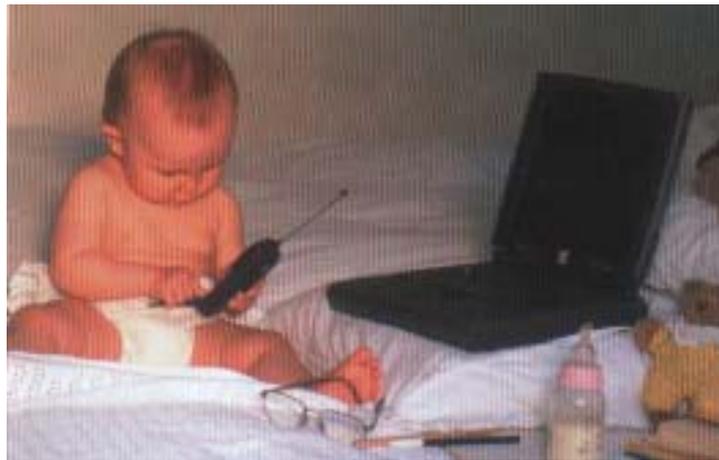


Gráfico 4

Stassen Berger (2003) cuestiona *¿Como conoce este bebé acerca del uso de celulares? Meses de observación derivaron en esta conducta a través de la imitación.*

### Plasticidad cerebral

Los hallazgos de que gran parte de la neurogénesis termina luego del nacimiento y la hipótesis de la estabilización selectiva de la sinapsis, acercaron argumentos para pensar que ya no sólo el ambiente intrauterino sino también el contacto con el mundo externo podrían ejercer una influencia en la conformación final del entramado funcional del sistema nervioso humano (Tallis, 1999, 25).

Tallis (1999) señala que estos conceptos demolieron las primitivas creencias de que el sistema nervioso se completaba totalmente durante la gestación (concepto de cerebro rígido) y permitieron entender cómo fenómenos acontecidos durante los primeros meses de vida, por ejemplo la desnutrición severa del lactante, pueden influir en el contenido celular y/o en los contactos sinápticos definitivos (concepto de cerebro con plasticidad sináptica, con capacidad de adaptación y compensación).

La teoría de la estabilización selectiva de la sinapsis de Changeaux y Danchin es formulada frente hasta las entonces predominantes de la *quimioafinidad* y la *empirista*<sup>2</sup>. Esta sugiere que si bien el genoma programa las interacciones sinápticas, éstas tienen inicialmente cierta redundancia y fluctuación: al activarse inicialmente estos circuitos en forma espontánea (en el embrión) o provocada, se estabilizan las conexiones adquiriendo especificidad y reduciendo la redundancia transitoria. Entonces la teoría de la estabilización selectiva de las sinapsis ofrece una explicación atrayente de cómo pueden influir las experiencias tempranas en las conexiones interneuronales.

Es importante recordar que nuestro cerebro posee  $10^{11}$  neuronas y que cada una de ellas establece alrededor de 10.000 contactos. Esta entramada red no se nos da en esta inmensa y apasionada complejidad de una sola vez y para siempre, sino que es un proceso continuo desde el nacimiento hasta la adultez. Este proceso implica un permanente remodelado desde una inestabilidad inicial y redundancia transitoria hasta la estabilización selectiva por la actividad de las múltiples experiencias, y no sólo el contacto anatómico sino también la intensidad del intercambio bioquímico.

«Según Changeaux, los genes perpetúan los grandes rasgos de la organización neurológica (formas, áreas, arquitectura general), pero la variabilidad humana fenotípica es el resultado de divisiones y migraciones neuronales, navegación del cono de crecimiento, su división, los primeros contactos sinápticos y la estabilización selectiva posterior. Esta plasticidad permite una impregnación progresiva del tejido cerebral por el entorno físico y social» (Tallis, 1999, 26).

Podemos así definir a la plasticidad cerebral como la capacidad adaptativa del sistema nervioso (cambios de estructuras y funciones) producida por influencias endógenas y exógenas que puede sufrir el individuo en cualquier momento de la vida.

«Spineilli (1990) afirma que el cerebro diseñado y construido por el genoma no está totalmente configurado por él, termina de construirse después del nacimiento guiado por estímulos y retos que son específicos del medio de crianza» (Tallis, 1999, 27).

La plasticidad cerebral es mayor durante los primeros años de vida, es por esto que la práctica de la A.T.D.I. es tan

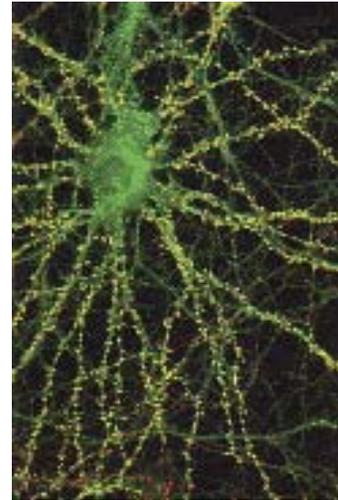


Gráfico 5

¡Imaginemos la dimensión de esta red de conexiones! Coloración de proteínas pre-sinápticas y postsinápticas en una célula nerviosa.

Imagen tomada por Kennedy, M. y Schenker, L. en el Instituto de Tecnología de California. [Rosenzweig, M., Leiman, A., Breedlove, S. (1996) *Biological Psychology*. Sunderland, Massachusetts, USA: Sinauer Associates, Inc.]

importante a lo largo de estos años tanto en la prevención como en la rehabilitación, ya que el sistema nervioso no ha terminado su proceso de maduración. Con el devenir de los años la plasticidad neuronal disminuye y cada vez resulta más difícil minimizar las posibles lesiones que en él se hayan producido.

Los conceptos de límite y período crítico son importantes para el trabajo de la Atención Temprana. La cuestión de los límites debe extenderse no sólo a la imposibilidad de la compensación total, ya que la capacidad de cambios anatomofuncionales sólo puede apartarse discretamente de lo planificado por los genes (caso contrario no existiría nunca un déficit), sino también por las discusiones sobre la edad en la cual se expresaría esta capacidad. El concepto de «período crítico» implica un período de sensibilidades, propensión a respuestas o potencialidades para adquirir nuevas funciones. Existe durante períodos de la ontogenia una sensibilidad aumentada a ciertos estímulos para que se adquieran o estabilicen tipos de conducta. Transcurridos estos períodos, las estructuras serían más resistentes al adiestramiento, lo que implicaría que el niño quedaría en desventaja. Este conocimiento de un período crítico facilitador de aprendizajes en cerebros tanto sanos como afectados, también es válido desde el punto de vista estructural para los mecanismos de plasticidad compensatorios.

Cuando hay una lesión cerebral, esto implica detención temprana y desorganización funcional con interferencia en las adquisiciones, las consecuencias en relación a la plasticidad del cerebro dependen de:

- La edad en que se produjo la lesión
- Características de la lesión
- Localización (sistemas afectados)
- Intensidad

La plasticidad durante el desarrollo anatomofuncional del sistema nervioso hace imposible la existencia de cerebros iguales por más similar que sea la información genética, ya que no existen relaciones experienciales idénticas con el medio ambiente. Esto nos habla de la posibilidad de una influencia de los aprendizajes sobre la plasticidad neuronal.

Según el modelo de crianza, pueden modelarse en su registro neuronal desde funciones elementales como la marcha hasta desarrollos superiores como el lenguaje y la emoción. Los primeros vínculos que establece el bebé (especialmente el materno) son un modelador cerebral que tiene enorme trascendencia en la predisposición de aprendizajes futuros y capacidades del niño.

El concepto de plasticidad neuronal en el desarrollo normal y frente a agresiones encefálicas, es de suma importancia para quienes trabajan en Atención Temprana.

### **Función materna. Bases comunicacionales del vínculo temprano**

Definimos el vínculo (mamá-bebé) como necesario para la supervivencia, para la subjetivación del sujeto y como

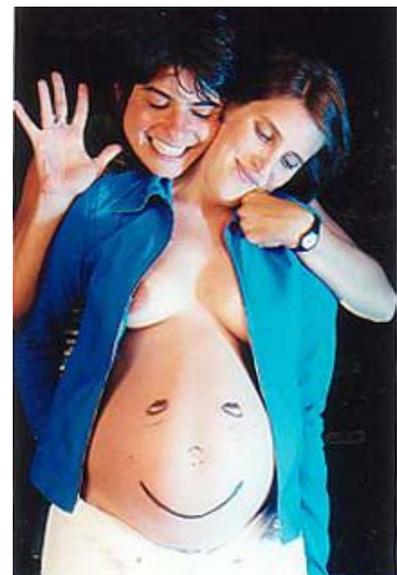


Gráfico 6

la matriz básica de todas las relaciones sociales y cognitivas. Este vínculo comienza antes del nacimiento. Se halla presente en la concepción y el embarazo. La diferencia entre el hecho de que el bebé haya sido deseado o no, es significativa para el futuro del mismo, aunque es posible que esta situación inicial sea modificada con el curso del tiempo.

La presencia necesaria para esta constitución inicial es la madre, o quien ejerza la función materna. Winnicott al hacer referencia a la función materna habla del sostén (holding), manipulación (handle) y mostración de objeto como fundantes en la estructuración del psiquismo del bebé. A su vez la madre debe propiciar en su hijo la «omnipotencia creadora», a saber, que el bebé es quien crea el objeto que necesita (comenzando por el pecho). Para lograr esto, la madre hará una regresión, y a través de una identificación mutua con su hijo, anticipará sus necesidades y deseos. Esto requiere de un ambiente social y personal que le facilite apartarse de las tareas y preocupaciones habituales, dando lugar al estado de «preocupación materna primaria». Ante contextos con mayores dificultades, es posible que este estado no pueda ser alcanzado produciendo diversas semiologías en el bebé.

Como menciona Winnicott (1989), el bebé se ve a sí mismo en la cara de su madre. El rostro y los ojos de la madre son el prototipo de espejo donde se refleja cómo es mirado.

Esta vivencia anticipa la experiencia frente al espejo, descrita por Jacques Lacan y considerada esencial para la estructuración del sujeto en tanto unificadora de la imagen del cuerpo fragmentado.

A comienzos del siglo XX el bebé era considerado como una criatura pasiva que funcionaba en un nivel puramente biológico. La comunicación bebé-mamá indicaba sólo estados de necesidad. A mediados de siglo, el interés se centraba en el papel modelador de la madre y la interacción mamá-bebé era unidireccional.

En las últimas décadas la conducta intencional del bebé es puesta de relieve, afirmando que éste es capaz de comunicar estados de necesidad y emociones. El sistema interaccional mamá-bebé es de reciprocidad y ambos tienen competencias propias que afectan a la conducta del otro. La capacidad del bebé para hacer comunicaciones a su madre y la aptitud de la madre para comprender a su bebé y responderle empáticamente, configuran una relación promotora del desarrollo.

«Bowlby señala la tendencia innata del bebé a prestar atención a los rostros humanos, destacando la importancia de la mirada mutua en el surgimiento del proceso de ligazón materno-filial y del apego, que no dependen de las necesidades alimenticias, sino del sentimiento de seguridad que la madre otorga al bebé indefenso» (Oberman, 2001).

El apego es recíproco y se produce lentamente; desde el bebé está dado por las conductas tales como prenderse, mamar, llorar, sonreír, seguir, llamar, emplear a la madre como base segura, saludarla y aproximarse a ella cuando ésta se ha alejado brevemente. Estas conductas del



Gráfico 6

bebé generalmente suscitan conductas maternas de crianza (cuando esto no sucede se producen alteraciones en el desarrollo normal del niño).

El bebé tiene conductas de «aproximación anticipatoria» en las que, con movimientos y posturas, comunica a su madre su necesidad de ser amamantado. «La atención continua de la madre afectivamente disponible, vivaz y expresiva, proporciona al bebé los estímulos para los que tiene innata sintonía, y así se construye una «sincronía» entre la madre y el bebé, que Stern llama la «danza» de ambos» (Oiberman, 2001).

La interacción social «madre-bebé» comienza desde la gestación, continúa con el nacimiento y progresa rápidamente durante el primer año de vida. Se produce por diversas modalidades sensoriales. El desarrollo del sistema visual, táctil y el interjuego social de la mirada son importantísimas modalidades perceptuales, conductuales, cognitivas y emocionales, desde las que el bebé recibe alimento del ambiente y sobre cuya base construye su propio esquema y el del resto del mundo.

Cada día tiene una pauta particular de alternancia de los participantes. Si uno no produce los estímulos suscitadores adecuados o no responde a las señales comunicadas, o bien omite responder al otro de manera recíproca, la interacción íntegra se vuelve disincrónica.

Las acciones de la madre incluyen al bebé en una relación con ella como primer representante del mundo, le procuran un sentimiento de orden y de dominio, por ser él capaz de suscitar una respuesta contingente. La incorporación de estos sucesos hace que el bebé adquiera su primera experiencia de orden y anticipación. La capacidad de anticipación es esencial para la incipiente autorregulación de la aflicción interna. Con esto el niño tiene su primera experiencia de sucesos que le traerán placer o malestar. Si la gratificación se prevé, la ansiedad es menor y el bebé puede esperar. Por otra parte, el ser capaz de anticipar, le provee al sí-mismo del bebé una cuota de control placentero y un incremento de su autoestima.

La demanda del infante que se encuentra en situación especial de riesgo social evidencia desde los modos de crianza un vacío frente a los problemas que la disfuncionalidad familiar actualmente sostiene. Ante esto, la función materna manifiesta una urgencia, que se expresa a modo de paradoja: ser una madre «suficientemente buena» que estimula, sostiene, acaricia y mira el crecimiento de su hijo, en el marco de una pobreza estructural. Esta pobreza modela madres con escasos recursos para organizar las demandas de sus hijos, desbordadas por el descuido, la violencia, el maltrato, producto de la disgregación social, crisis y frustración. Crisis y frustración como desorganizadores de la estructura familiar que ponen en riesgo la evolución y el desarrollo infantil, desorganizan la capacidad materna de sostén, de ser objeto de satisfacción de las necesidades de su hijo.

El infante humano nace como ser carente, en estado de total dependencia. En este período de necesidades apremiantes y de indefensión, el bebé no puede realizar en el mundo externo la acción específica destinada a satisfacerlo. Pese a ser activo, no puede transformar en forma directa esa situación. De ahí el carácter imprescindible de la presencia y acción de otro que descifre y se adapte activamente a esas necesidades y les ofrezca respuesta (mirada estructurante).



Gráfico 8

La envoltura continente que recibe el niño del entorno, al ser internalizada, va a sostener su proceso de separación e individuación. La presencia indispensable del otro unifica la sensibilidad dispersa; el espejo de placer que el adulto devuelve le da sentido y significación a la sensorialidad y a la motricidad desorganizada. El estado mental inicial caótico del protoinfante se puede representar como oscilando entre un estado de desorganización, disociación y dispersión, y otro estado en el que se siente reunificado.

La falla de sostén en la contención conduce a una activación excesiva de las angustias primitivas y sentimientos de desborde y disgregación de sí. Quien tiene que organizar es la madre o más bien la función materna. Lo que garantiza la transformación, el desarrollo y la socialización del niño es justamente la asimetría del adulto con respecto a éste.

El mundo interno del niño se construye a través del vínculo con la madre y de cómo ella significa todas las manifestaciones del bebé según su propia *matriz*<sup>3</sup>. El niño llega a incluirse a una historicidad que ya existe y a construir su propia historicidad. Los modelos de referencia internos que se construyen a través del protovínculo (por ejemplo, cómo se come, duerme, etc.) se toman principalmente de los padres y hacen al actuar del niño como un sujeto particular y único en el mundo.

Según cómo la mamá responda a las necesidades del hijo, se anudarán calidades diferentes del vínculo madre-hijo que para el bebé tienen un registro predominantemente corporal. Con el proceso de desarrollo y en la adquisición de nuevas funciones el yo se va reestructurando, redefiniendo y complejizando. La reiteración de determinados circuitos de acción a nivel temporal genera nuevos circuitos neuronales que permiten la articulación de sensaciones y experiencias (en la corteza cerebral del bebé quedan inscriptas y asociadas, por ejemplo, tensión de necesidad - llanto - alivio por pecho).

La conducta del bebé emerge en un contexto vincular social, en un orden de significaciones; según cómo es la trama relacional que sostiene al protovínculo, se palearán modalidades de contacto más cercano, lejano, distante, cálido, permisivo, represivo, etc.

Las funciones de continencia, desciframiento y función yoica son internalizadas. La apoyatura externa se hace interna. El bebé construye su yo en la internalización a través de la identificación e incorpora así modalidades de ordenar y significar la experiencia, lo que muestra el carácter modelador de esta función en la constitución del sujeto de conocimiento.

La función materna establece una normativa acerca de las necesidades del sujeto, reconociendo y calificando positivamente algunas cosas y desconociendo o descalificando otras. Esto da lugar a formas de inscripción del objeto en el sujeto, calidades de objeto y formas de interpretación de lo real.

El niño como sujeto aborda su proceso de aprendizaje con otro, desde otro, para otro, pero también contra otro que se articula con su necesidad (al ponerle límites

se permite al niño que construya rebeldía para no caer en un sincretismo) y este proceso puede ser facilitado u obstaculizado, puede sostener u obturar. En estas condiciones se gesta un primer modelo de vinculación e interpretación de lo real.

### **El nacimiento de un bebé diferente al esperado. La estructura vincular en crisis**

La Atención Temprana se ubica en el punto de ensamble de muchas disciplinas, y es demandada por una estructura familiar en crisis. Varios personajes aparecen en escena solicitando cada uno su escucha. Pasado y presente familiar irrumpen frente al desconcierto: el nacimiento de un bebé diferente al esperado.

Cuando realizamos la consulta inicial concurren a la misma el niño y sus padres. Sabemos que para un bebé, la presencia e intervención de otro que se ocupe con continuidad de su sostenimiento físico y psíquico resulta imprescindible. Por lo tanto, debemos analizar la situación del niño portador del problema y la de sus padres, o quienes cumplan las funciones materna y paterna, ya que éstos quedan implicados afectiva y efectivamente ante la presencia de un problema que irrumpe y altera el proyecto gestado para su hijo.

En relación al niño, sabemos que posiblemente se verá afectado en la posibilidad de realizar un desarrollo espontáneo en forma armónica y desplegar en los tiempos y calidad promedio los procesos de maduración, aprendizaje y circulación social. Aunque las limitaciones de su discapacidad inicial pueden ser el obstáculo intrínseco para cumplir algunos o todos los aspectos de sus potencialidades de desarrollo, consideramos que hay un aspecto central y excluyente que orienta nuestro proyecto terapéutico: que el bebé, aún cuando sea portador de una patología del desarrollo, recorra el camino de su constitución subjetiva; que en él se realicen las inscripciones fundantes de su filiación, y que la crianza esté dirigida hacia su progresiva inclusión en el circuito de la cultura a la que pertenece, al establecimiento del lazo social.

El registro del niño no es sólo de la función concreta que la madre realiza, sino también, y en forma privilegiada, de estas significaciones inconscientes que, no obstante ser las que guían sus actos, son desconocidas para ella misma. Así, muchos niños discapacitados a pesar de que su madre se ocupe laboriosamente de su cuidado y de su estimulación, presentan síntomas que no corresponden a lo esperado por su patología de base, tales como rasgos de desconexión, inhibiciones o inestabilidad psicomotriz, favoreciendo o estableciendo mayor retardo al clínicamente esperado. Estos síntomas revelan el efecto de un deseo inconsciente diferente y hasta opuesto al que aparentemente se observa en las mencionadas operaciones de cuidado en la vida cotidiana.

En cuanto a la capacidad de registro de la función materna por parte del bebé, ésta depende del nivel madurativo en que se encuentre, de su estado de salud general, del funcionamiento de los sistemas sensoriales y motores, es decir de sus condiciones orgánicas. Un niño que presenta alguna alteración anatómica o funcional estará limitado en la disponibilidad de los canales de ingreso y/o procesamiento de la información, modificándose así la capacidad de operacionalizar los estímulos maternos. Este concepto nos permite situar con precisión el lugar central que todos asignamos a la presencia de la patología, por el hecho de constituir uno de los dos polos que intervienen en el montaje de los problemas que afectan a los bebés.

En efecto, ambas condiciones –el efecto de la función materna y la capacidad de registro del bebé de la misma– constituyen el objeto de este análisis. Ambos tienen un espacio de articulación posible. Es al estudio de cada uno de los factores en juego y al reconocimiento de la estructura de esta encrucijada a la que se remite el montaje del cuadro clínico con el que se puede realizar un diagnóstico correcto y el diseño de los dispositivos terapéuticos.

El niño dispone de una serie de engramas constitucionales (la actividad refleja arcaica, la gestualidad refleja, el tono muscular, la actividad postular y espontánea y los ritmos biológicos) que inciden en la relación entre la madre y su bebé. A partir del nacimiento, actúan a modo de señales que informan a la madre acerca del estado del bebé y especialmente de la manera en que el niño va captando momento a momento las intervenciones que ella realiza. Podemos considerar entonces estas producciones como facilitadores de los engarces con el ejercicio de la función materna. La condición de normalidad implica que ambos términos (ejercicio de la función materna y registro del niño de la misma) tengan algún punto de intersección.

Este modelo intenta explicitar algunos aspectos de la dinámica vincular que en la normalidad, vicisitudes más o menos cotidianas, permiten que el niño recorra el camino de la constitución subjetiva y realice los aprendizajes instrumentales en el curso de su desarrollo. Recordemos que la función materna es la expresión de su posición inconsciente respecto del hijo (deseo de la madre), mientras que la capacidad de registro del bebé depende de sus condiciones orgánicas.

Cuando se diagnostica alguna patología temprana del desarrollo, la magnitud de la conmoción que ésta produce en los padres es difícil de imaginar y de dimensionar. Se nos revela parcialmente cuando al escucharlos nos relatan sus vicisitudes desde el inicio del problema con su bebé. Pero esto es solamente la punta emergente del iceberg. El resto, lo que no se dice, lo que no se conoce, lo que se teme, constituye el oscuro montaje que se oculta bajo la superficie. No se ve pero está, forma parte de la estructura de lo que le sucede a los padres. Sabemos además que estos elementos subyacentes tienen formas de manifestarse, por ello es necesario aprender a reconocerlos y abrir espacios clínicos para que esto pueda desplegarse.

Algunos padres parecen *no saber* nada de la crianza cuando antes lo hicieron eficazmente con otros hijos. Otros organizan sus intervenciones cotidianas alrededor de diversos significantes. Estos aparecen como únicos y propios de y para cada sujeto. Así, cuando el niño llora porque tiene hambre, la decodificación que realiza la madre podría ser «llora porque sufre, porque su enfermedad se lo provoca». Surge así el tema de que el bebé no lo pueda soportar ya que «su problema lo ha tornado frágil». En realidad, el niño se podría calmar con darle el pecho o el biberón, sin embargo, antes de llegar a esta intervención se desencadenan diversas maniobras para *atender* (en el sentido clínico del término) lo que se supone una manifestación de la patología.

Así podemos entender por qué algunos niños cuyas madres los atienden solícitamente presentan síntomas que no pueden explicarse por la presencia de la patología; y también a la inversa: se ven bebés muy afectados orgánicamente que no tienen síntomas sobreagregados. En este último caso, diremos que los significantes y la función materna se han dirigido adecuadamente en dirección del bebé, aún

cuando éste presente dificultades para su registro. Estas estructuras y operaciones maternas han alcanzado al bebé en el punto que éste se encuentra. Cuando esto no sucede, se produce la brecha que llamamos fractura de la función materna. La interacción madre-hijo sufre un corte, y en tanto esta dinámica se manifieste en forma violenta o reiterada se estructuran aspectos fundantes del síntoma infantil sobreagregado a la patología de base.

El eje de la intervención terapéutica apunta en primer lugar a dismantelar los síntomas que hemos llamado sobreagregados (estos fueron conformándose a lo largo del proceso clínico y no pertenecen directamente a lo determinado por la patología de base). Cuando esto sucede se observan evidentes mejorías en la disponibilidad del niño para aprender, desaparecen algunos síntomas clínicos y mejora la interacción entre padres e hijos. También pueden identificarse más claramente los síntomas de raíz orgánica que antes estaban encubiertos, lo que permite realizar intervenciones específicas para mejorar las funciones alteradas por la patología de base.

Cuando nos encontramos frente a un caso de discapacidad se manifiestan dos situaciones claras. Por un lado tenemos al discapacitado y por el otro la tendencia de la madre a depositar aquello que no puede elaborar. El abordaje de la Atención Temprana consiste en «tomar confianza» por parte del niño y abordar el desarrollo de la novela familiar. La madre no termina nunca de batirse por su niño retardado (lucha desde la enfermedad de su hijo contra su propia angustia), hace consultas y diagnósticos eternos. La resignación le resulta imposible (el amor eterno por tanta dedicación es sublime ceguera). Lucha para curarlo, por él, pero en realidad es por ella misma y termina luchando *contra* él.

Mannoni (1990) nos revela las frustraciones (el bebé nunca le va a ofrecer en el juego de retroalimentación lo que ella espera porque ésta no puede ver lo que realmente tiene adelante), los sentimientos de un paraíso perdido e infortunios (se perdió el niño idealizado) que conforman por adelantado el sentimiento que une a la madre desde su embarazo con el ser que saldrá de ella.

«La enfermedad de un niño afecta a la madre en un plano narcisista: hay pérdida brusca de toda señal de identificación. Se trata de la angustia ante una imagen de sí que ya no puede reconocer ni amar sumada a esta dificultad, la madre se encuentra desorientada ante la falta de respuestas del niño.» (Mannoni, 1990)

El papel que puede desempeñar en una familia la enfermedad de un niño, la lesión orgánica original se hace difícil de discernir. ¿Dónde comienza la enfermedad del niño y dónde termina la neurosis de los padres? Intervenimos para que el niño sea deseante y a veces la terapia de la madre es una condición necesaria para el tratamiento.

Cuando hablamos de niños «anormales» es importante tener en cuenta que puede tratarse de:

- a) la entrada circunstancial de un niño «anormal» en una familia «normal»;
- b) niños de los que puede decirse que es su destino familiar el que los impulsa en el sentido de la anormalidad.

«Cualquiera sea la madre, la llegada de un niño no corresponde jamás a lo que ella espera exactamente. Después de la experiencia del embarazo y el parto debería llegar la compensación que hiciera de ella una madre feliz. Pero la ausencia de esa compensación produce efectos que merecen ser considerados (...) porque puede ocurrir que sean las fantasías de la madre las que orientan al niño hacia su destino» (Mannoni, 1990, 14).

Aún en los casos en que se halla en juego un factor orgánico, ese niño no tiene que afrontar tan sólo una dificultad innata sino también la forma en que su madre utiliza ese defecto en un mundo fantasmático que termina por ser común a ambos. Una imagen fantasmática envuelve al niño real, no permite que ese niño pueda verse realmente, esto se da en cualquier niño pero los 'normales' quizás pueden no verse tan influenciados por ella. La fantasía de la madre es la envoltura patológica, recrudescer todo lo relacionado con insatisfacciones de su propia historia.

### **Familia como factor de riesgo y socialización del menor. Aprendizajes tempranos y contexto social**

La familia es el contexto natural donde se desarrolla el niño. A su vez es la matriz que sostiene al sujeto (como modelo de referencia) y también una estructura social, ya que genera su matriz a partir del entorno. Según los diferentes modelos de familia los vínculos y aprendizajes se realizarán de distinta forma.

Es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción que constituyen la estructura familiar. Ésta a su vez rige el funcionamiento de los miembros, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales: apoyar la individuación a la vez que proporciona sentimiento de pertinencia. Para referirse a los distintos subgrupos que se generan entre los integrantes de la familia se creó la palabra holón que significa parte de un todo. Cada holón (individual, conyugal, parental, fraternal) es un todo y una parte al mismo tiempo.

El holón conyugal es un subsistema vital para el crecimiento de los hijos. Constituye un modelo de relaciones íntimas. El niño contempla diferentes modos de actuar y lo que presencia se convertirá en parte de sus valores y expectativas cuando entre en contacto con el mundo exterior. Si existe una disfunción importante dentro del subsistema de los cónyuges, repercutirá en toda la familia.

Los holones se modifican con el tiempo y con la aparición de nuevos integrantes en la familia. Es una gran dificultad poder observar la interacción, la red vincular familiar, como un todo y no naturalizar el concepto de familia. El terapeuta debe recordar que las familias son holones insertos en una cultura más amplia y que la función de ellos es ayudarles a ser más viables dentro de las posibilidades existentes en sus propios sistemas culturales familiares.

Las familias son modelos de referencia gracias a las figuras significativas del sistema familiar. Esta capacidad de ser modelo de referencia hace que en la familia pueda ser ambivalente su función. Cuando es positiva actúa como factor de socialización, cuando es privativa como factor de riesgo. La imagen que se tiene de las «prácticas de crianza» será más o menos positiva de acuerdo con la valoración que el adulto tiene respecto del niño. Las podemos resumir en tres posibles reacciones del adulto ante el niño:

- Proyectiva: utiliza al niño como vehículo para proyectar su inconsciente y asuntos no resueltos (el padre que proyecta en su hijo lo que él no ha podido ser o reproduce en su hijo los malos tratos recibidos).
- De inversión: utiliza al niño como el sustituto de una figura adulta durante su infancia (la madre que exige a su hija que haga de madre).
- De empatía: se trata de satisfacer las necesidades del niño sin impedir su desarrollo natural.

En las primeras dos reacciones habrá probablemente una actitud de superprotección o de rechazo, en la última, de empatía, posiblemente se mantendrán buenas modalidades de crianza.

Las relaciones que se dan entre los miembros de la familia imprimen carácter en el estilo de vida de todos sus integrantes. Estas relaciones se dan en un determinado escenario donde cada persona tiene un papel. En el fondo actúan elementos como:

- Disponibilidad y variedad de los estímulos.
- Organización de las rutinas de la vida cotidiana (estabilidad y regularidad en las experiencias del niño permiten un marco interno en el que el niño pueda situar cada experiencia).
- Los marcos temporales, espaciales y sociales.
- La posibilidad de conductas exploratorias (las restricciones a la exploración de objetos y situaciones estimulantes empobrecen al niño).

Los contextos familiares positivos son aquéllos que favorecen un equilibrio entre la riqueza y variedad de estímulos a través de las experiencias tenidas en la vida cotidiana. Como defiende la teoría de Piaget, un entorno es favorecedor de desarrollo si presenta al mismo tiempo oportunidades de desequilibrio (resistencia a la mera asimilación) y condiciones favorecedoras de posteriores reequilibraciones (elementos con cierta regularidad). Es importante cuidar cierta estabilidad en el menor y permitir otras salidas que favorezcan la creatividad.

Desde una perspectiva psicogenética abordaremos el lugar que ocupa el medio (físico y social) en las construcciones cognitivas. La equilibración progresiva de los esquemas de acción constituye un mecanismo integrador de factores biológicos, físicos y sociales.

«Las adaptaciones hereditarias se refuerzan en un momento con adaptaciones no innatas a las que se van subordinando. Los procesos reflejos se integran progresivamente en las actividades corticales...» (Piaget, 1969, 37).

Al mencionar que los reflejos arcaicos presentan modificaciones en el devenir de la maduración del bebé, estamos señalando el carácter evolutivo de los mismos. Este concepto tiene consecuencias importantes porque nos permite considerarlos como pasibles de ser utilizados en el montaje clínico de la estimulación.

El proceso llamado corticalización es una de las características de la maduración del sistema nervioso que también se produce en los distintos procesos que implican un aprendizaje, manifestándose así uno de los aspectos relativos a las capacidades plásticas y funcionales de la organización neurológica.

«Como lo ha señalado Reuchlin, por su parte, pareciera que un medio apto para volverse un objeto de conocimiento no puede ser aleatorio, sino que tiene que presentar una cierta organización y ser previsible. De no ser así, impondría permanentes tentativas de acomodación destinadas todas al fracaso, puesto que no sería posible, por definición, ninguna integración generalizable» (Castorina y col., 1984).

Si la ecología ambiental es variable o escasa, disminuyen las posibilidades de equilibración. La ausencia de juguetes, de objetos que estimulen la acción, así como el no mantenimiento de personas constantes, es un medio no facilitador para el conocimiento del niño. Un medio flexible es el más favorable. En cuanto a la organización familiar las reglas de comportamiento y los hábitos introducen regularidades que permiten al niño hacer previsiones sobre su propia acción.

El escenario es importante pero más importante son las interacciones que en su interior se desarrollan. En última instancia son las interacciones del niño con el entorno familiar lo que más incide en su personalidad.

Desde la familia, la posibilidad de presionar y determinar las conductas de los miembros es mayor cuanto menor es la gama de alternativas de sobrevivencia de los mismos. Las consecuencias para los aprendizajes resultan negativas cuando un sujeto es dominante y el otro dominado. La aceptación pasiva no implica un mayor equilibrio en la adaptación o en la organización de esquemas o estructuras en el niño.

Para garantizar el crecimiento y desarrollo de un niño hay que cuidar fundamentalmente a los adultos que se ocupan de ese niño, porque nadie puede dar lo que no tiene. No se puede dar sostén, respeto, continencia, afecto, si uno no se siente querido, sostenido, contenido, reconocido y respetado.

## **SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO PARA ALTO RIESGO SOCIAL Y DISCAPACIDAD. ASPECTOS PSICOSOCIALES FAMILIARES**

### **Atención Temprana en niños con riesgo de desarrollo biológico**

Si bien la Atención Temprana no impide la constitución del daño sino que atenúa su impacto y evita patologías agregadas, se justificaría colocar en programas de este tipo a todos los niños con riesgo. Esto implicaría un esfuerzo sanitario de magnitud para el cual es necesario medir la relación costo beneficio.

Ningún programa de seguimiento podrá ser exitoso si no tiene en cuenta a los padres del niño, su medio social, su propia idiosincrasia, sus sentimientos frente a las circunstancias especiales que rodearon el nacimiento y el conocimiento íntimo del niño que llevan a su hogar. Es fundamental estar informado no sólo en lo que respecta al niño y su posible patología, sino también acerca del contexto que lo rodea. Será tomado en cuenta su historicidad, contexto actual, la evolución hasta el momento de la primera consulta, la composición de la familia nuclear y extensa, los miedos y fantasías de los padres, etc.

Es necesario que el trabajo se realice en forma interdisciplinaria entre Educación Especial y Salud, lo que posibilita la tarea de detección del alto riesgo social en el consultorio pediátrico con la posterior derivación al Servicio de Estimulación Temprana.

Entender el concepto de interdisciplina y trabajar desde esta perspectiva es fundamental en la Atención Temprana. No debemos confundir el concepto de interdisciplina con el de multidisciplina. Cuando hablamos de multidisciplina nos referimos a una simple yuxtaposición de áreas de conocimiento, en la cual cada disciplina se dedica a su especialidad sin que haya una relación ni se evidencien modificaciones o transformaciones en las disciplinas involucradas. La aproximación interdisciplinaria parte de los problemas, no de las disciplinas dadas, favorece la integración y producción de conocimientos. La interdisciplina incluye intercambios disciplinarios que producen un enriquecimiento mutuo y transformación; implicando interacción, cooperación, trabajo en equipo, flexibilidad e intencionalidad. Es fundamental mantener la identidad y especificidad disciplinaria y desde allí establecer enlaces y relaciones.

La práctica de la Atención Temprana no puede pensarse sin una praxis interdisciplinaria, espacio de entendimiento, confrontación, discusión de acuerdos teóricos que permitan crear y crecer. La Atención Temprana debe nutrir y nutrirse de otras disciplinas, sin perder sus límites ni asumir identificaciones ajenas.

Muchos niños al nacer deberán enfrentar un doble riesgo:

- 1) Socio-Ambiental (incluye el bajo nivel socio-económico de padres o tutores, desnutrición en todos sus grados, inestabilidad familiar, carencia vincular-emocional, agresiones físicas y emocionales, condiciones de hábitat desfavorables, analfabetismo familiar, ciertas características psicopatológicas de los padres, poblaciones migrantes, etc.); y/o
- 2) Biológico (incluye trastornos motores, sensoriales y del lenguaje, malformaciones, etc.)

Los factores de riesgo biológico están muy relacionados con factores sociales, por lo tanto se infiere que es fundamental la detección precoz de las situaciones de riesgo social que faciliten la intervención interdisciplinaria para ofrecer una respuesta adecuada.

La posibilidad de retrasos en el desarrollo es mayor cuando se reúnen una serie de factores que determinan el llamado «riesgo socioambiental». Es frecuente que estos retardos de desarrollo se produzcan aún en ausencia de predisposiciones biológicas y es justamente aquí donde se jerarquiza el concepto de «períodos críticos» durante el proceso madurativo, transcurridos los cuales sin la adecuada ejercitación se dificultarían las adquisiciones de funciones y habilidades.

Hacer hincapié en los factores de riesgo social, en la maduración y el desarrollo del niño nos lleva a especificar que las diferencias socioeconómicas no son independientes de las subculturas. Estas subculturas definen distintos modos de valorizar la realidad. «Partimos de que sólo comprendiendo las prácticas sociales y los sistemas de representación dentro de una población dada, accedemos a las «identidades sociales» de los actores que nos proponemos conocer» (Tallis, 1999, 177).

### ¿Qué entendemos por Alto Riesgo?

El concepto se refiere a una particular constelación de factores (un factor de riesgo social por sí solo no es suficiente, es la combinación de los factores lo que potencia el riesgo social en el niño) que determinan que ciertos niños se encuentran en un estado de desprotección o proclividad a sufrir trastornos en su *desarrollo*<sup>4</sup> durante

los primeros años de vida. Estos podrán manifestarse luego en conductas antisociales, fracaso escolar, trastorno mental, consumo de drogas, etc.

Esta condición de ninguna manera los invalida como personas, pero sí hace necesario un proceso que les permita revalorarse, reconstruir su autoestima e integrarse a través de una reconciliación con la sociedad para, a partir de allí, ejercer a plenitud su rol como sujetos sociales de derecho. Se impone entonces la necesidad de iniciar la Atención Temprana del Desarrollo Infantil desde el momento de la concepción brindándoles oportunidades.

El riesgo ambiental debe abordarse mediante estrategias comprensivas y en este sentido las maternidades y programas de vigilancia a largo plazo se encuentran en situación ventajosa, pudiendo actuar tempranamente y con un enfoque preventivo.

La modificación de hábitos o esquemas de aprendizaje requiere de un proceso de prácticas vinculares, simbólicas y materiales que le permitan estructurar y desestructurar. El acompañamiento continuo del equipo de trabajo permite significar estas crisis como vitales en el desarrollo del diagnóstico y pronóstico que se hace eficaz mediante la observación del vínculo Madre-Hijo. En el encuentro con los padres a través de entrevistas clínicas, trabajará el efecto traumático a través del circuito transferencial, posibilitando el ejercicio de las funciones maternas y paternas, de modo que se puedan alojar allí, anidándolo a ese niño como su hijo.

Cuando este proceso de filiación va siendo constituido, se realizarán todas aquellas intervenciones terapéuticas posibles. No deben ser impuestas sino sugeridas, para que cada persona pueda apropiarse de ellas a través de su modalidad que le imprime un sello único. Sabemos que cuando los padres pueden decidir lo mejor para su hijo, a partir del abanico de posibilidades, podrán en primer término apropiarse de las orientaciones para luego transferirlas a la actividad diaria familiar.

La prevención en este tipo de relación intersubjetiva defectuosa se orienta a la preservación de los esquemas de aprendizaje individuales que cada uno de los lactantes pueda construir.

Cuando se trabaja con grupos de alto riesgo social, el objetivo es abordar los modelos de crianza o maternidad que significan a cada familia en la tarea de ejercer las funciones materna y paterna, dentro de la complejidad que propone la pobreza.

La vulnerabilidad en la que se encuentran estas familias muchas veces no les permite observar cuánto de perturbación pueden tener ciertos modelos internalizados en forma de matriz originaria. Lograr la apertura en el modo de pensar en la familia mediante técnicas de intervención que la Atención Temprana del Desarrollo Infantil propone a modo de marco referencial puede producir, beneficios, permitiendo producción de sentidos nuevos.

Reflexionar y copensar con los padres el lugar de la función maternizante en la crisis del nacimiento del hijo no pensado, no deseado, no proyectado, pero por sobre todo producto de las faltas con relación a no contar con la posibilidad de solicitar ayuda entendida como información es entonces nuestra función cooperando así en la construcción de una nueva narrativa familiar.

### **Guía para la identificación de situaciones de riesgo psicosocial**

«La identificación de familias en las que se pone en duda su capacidad de ejercer la función maternal-paternal, tiene el propósito de ofrecerles orientación y asistencia

adecuadas. Se requiere para ellas atención extra e intervenciones individualizadas, tratando de evitar o atenuar el déficit de funcionamiento y de lograr el mejor desempeño del que sean capaces en la crianza del niño» (Ministerio de Salud Pública de la Nación Argentina, 2003, 22).

Mencionaremos algunos factores de riesgo que pueden observarse a lo largo de diferentes períodos (los factores que se detallan no tienen carácter definitivo, según como se relacionen en cada caso devendrán en situaciones de riesgo o no).

***Período prenatal:***

**– Conducta materna:**

- Niega el embarazo, evita el cuidado prenatal hasta el 3<sup>er</sup> trimestre.
- Pensó en abortar o lo intentó sin éxito.
- Está deprimida durante el embarazo.
- Tiene problemas con la crianza de otros hijos (comportamiento disfuncional).
- Madre adolescente.
- Antecedentes de abuso o negligencia sobre sus hijos anteriores.
- El padre la maltrata psicológicamente o físicamente.
- El embarazo es el resultado de violación o incesto.
- No tuvo modelo de crianza continente y no tuvo la oportunidad de desarrollar vínculos afectivos significativos.
- El nivel de educación materno es muy bajo (analfabetismo o primaria incompleta).
- Adicta o alcohólica.
- Tuvo un prematuro fallecido previamente.
- Con problemas serios de salud (diabetes severa, HIV, trastornos motores).

***Trabajo de parto, parto y postparto:***

**– Conducta materna:**

- No toca, sostiene o examina al niño.
- No habla afectuosamente de él.
- Evita el contacto ocular o la posición cara a cara con el bebé.
- Hace comentarios negativos sobre las características físicas del niño.
- Expresa desacuerdo sobre el sexo.
- Si el niño es internado no lo visita en los primeros días.
- No le ofrece seguridad al niño (ejemplo: no lo sostiene bien y deja caer la cabeza).
- No logra amamantarlo o alimentarlo con biberón, mientras que el equipo de salud lo alimenta sin dificultad.

- No le habla o lo hace de modo rudo o demandante.
- Le molesta mucho su llanto.
- Le repelen el cambio de pañales, el olor, las regurgitaciones del niño.
- Está convencida que el niño tiene algún defecto pese a que reiteradamente se le asegura de su normalidad.
- No le ha puesto nombre luego de varios días postparto.
- Se deprime y permanece deprimida luego del alta.

**– Problemas médicos (madre-hijo):**

- Nacimiento prematuro.
- Nace con anomalías.
- Fallecimiento de la madre.

***Período de seguimiento:***

**– Conducta materna:**

- No percibe al niño en forma realista (sobrestima o subestima las posibilidades del niño).
- Se la ve exasperada o violenta.
- No interpreta las demandas del niño.
- Persiste en la búsqueda de culpables de la situación del niño.
- Se dirige o refiere al niño en términos descalificativos.
- Delega el cuidado del niño en personas no idóneas.
- No acepta el crecimiento del niño, se resiste a su escolarización.

**– Problemas médicos (madre-hijo):**

- Fracaso del crecimiento.
- Desnutrición de la madre y el hijo.
- Rehospitalizaciones.
- Problemas motores del niño que dificultan las actividades cotidianas.
- Discapacidad neurosensorial.
- Poca respuesta del niño a los tratamientos de rehabilitación.
- Situaciones clínicas atribuibles a maltrato o negligencia.
- Madre padece enfermedad importante.

**– Factores psicosociales:**

- Madre está sola.
- Familia disgregada.
- Desempleo del principal sostén del hogar.
- Necesidades básicas insatisfechas.



Gráfico 9



Gráfico 10

*Stassen Berger (2003) destaca cómo a dos millones de Km. de distancia estos niños del Congo y de Afganistán comparten una realidad similar: desnutrición severa causada por la guerra civil. El riesgo de vida es mayor en el bebé de la izquierda. El niño de ocho años de la derecha posee un futuro incierto. Su madre fue asesinada y su pueblo quemado. Se observa en él enojo y hambre.*

- Imposibilidad de cubrir las necesidades extraordinarias del niño (equipamiento, tratamientos de rehabilitación, educación especializada).
- Sospecha o evidencia de maltrato infantil.
- Vive en una zona aislada o alejada de servicios de salud que el niño requiere.
- Permanencia prolongada en guardería por trabajo de la madre.
- Enfermedad grave o fallecimiento de un miembro de la familia.
- Situaciones de crisis severa: pérdida de la vivienda, del trabajo, víctimas de robo u otro acto violento.
- Madre ausente sin adecuado sustituto.
- Aparición o agravamiento de problemas de pareja, luego del nacimiento del niño.
- Alteraciones de la dinámica familiar a raíz de los problemas del niño.

### **Lineamientos generales para realizar un programa de intervención para familias en riesgo**

«Cuando una familia ha sido identificada en riesgo de padecer un desorden parental y/o se encuentra en situación socioeconómica desventajosa, se recomiendan las siguientes estrategias para prevenir la disfunción familiar. Muchas de las intervenciones sugeridas deberían aplicarse a todas las familias, pero son especialmente relevantes para las madres y las familias de riesgo.

- Intervenciones prenatales: El objetivo global durante este período para la madre identificada en riesgo es el de asegurar un estado físico óptimo para ella y su hijo, estimular la confianza de la madre en sí misma, ayudarle a estabilizar su

entorno hogareño y ofrecerle una perspectiva realista de la maternidad y de lo que se espera sea el curso perinatal del bebé.

- Intervenciones en el trabajo de parto y el parto: Aquí, el objetivo global es monitorear y promover el bienestar físico de la madre y el niño, sostener a la madre y al padre a través de la experiencia del trabajo de parto y el parto y promover el apego madre-padre-bebé.
- Intervenciones en el periodo postparto: El objetivo global del cuidado durante este período es promover el apego de los padres con el niño real, sostener a los padres en relación a sus necesidades físicas y emocionales, y ayudar a la madre a que surjan sus capacidades maternas y le sea posible cuidar normalmente al niño.

Si el niño se encuentra enfermo, es prematuro o nació con anomalías, se requiere asistencia adicional especializada para que la madre pueda manejar sus sentimientos y elabore un duelo anticipatorio que transcurra normalmente; el objetivo final es que sea capaz de cuidar al niño en las circunstancias particulares de separación que se le imponen y establezca planes realistas para el futuro.

Los eventos perinatales adversos se suman al riesgo previamente identificado de trastornos parentales y/o sociales, por lo que estas familias presentan un gran desafío al equipo de salud.

- Intervenciones durante el período de seguimiento: El propósito general de los cuidados durante este período es proveer en forma *continua* ayuda y servicios a la madre y a la familia para que los padres puedan llevar adelante una crianza efectiva, seguir el crecimiento y desarrollo del niño en forma cercana y evaluar el grado de seguridad del niño en su hogar.

El cuidado debe dirigirse también a mejorar la propia situación emocional y social de los padres. Los servicios deben coordinarse cuidadosamente para evitar la deserción a los programas de seguimiento y la duplicación de esfuerzos» (Ministerio de Salud Pública de la Nación Argentina, 2003, 27).

Cuando se trabaja en Atención Temprana y especialmente si se trata de familias de alto riesgo social, es sumamente importante adaptarse a la familia en lo que respecta a sus valores y conceptos. Habrá que llegar a un equilibrio entre lo que sería más conveniente para el abordaje del vínculo madre-hijo y lo que es realmente posible. Es fundamental lograr de a poco pequeñas mejorías y para esto es fundamental la continuidad en el seguimiento. Es preferible que sea a largo plazo (ya que los cambios de hábito y de estructura no se logran de un día para otro) a que por aspirar a grandes cambios las familias dejen de concurrir al centro de atención. Es importante que esto no ocurra pero a su vez es complicado de sostener tanto por razones económicas como por cuestiones psicosociológicas.

Toda la problemática genera dolor (a veces hasta es más sencillo negarla) y un acercamiento a la realidad que puede modificar los lazos familiares produciendo crisis que son necesarias de ser acompañadas. Es necesario brindar apoyo y sostén a los padres ya que el niño construirá su mundo interno según como éstos se lo signifiquen y el vínculo que formen con él. A veces la terapia de la madre es una condición para el tratamiento del niño (con o sin patología) ya que con el nacimiento se despiertan en ella problemáticas de su propia infancia no resuelta.

Entonces, los síntomas iniciales que presenta o puede llegar a presentar el niño (si es que se realiza una detección precoz) requieren habitualmente de estudios que permitan arribar a un diagnóstico, realizar las interconsultas que correspondan y diseñar una técnica de abordaje en el campo de la Atención Temprana. Pero también es necesario detenerse a investigar si se encuentran o no presentes signos que permitan pensar en la existencia de factores que puedan considerarse como sobreagregados a la patología de base porque no son claramente explicados por la misma.

Es aquí donde debemos justamente considerar los efectos del funcionamiento de-seante y su expresión en el ejercicio de las funciones parentales en su articulación con lo que llamamos la capacidad u organización del registro del bebé. Su detección temprana permitirá el intento de desarticularlos, evitando su estructuración y permitiendo que el niño opere solamente dentro de los límites que su problema orgánico le impone.

Así, podemos observar que el campo de la Atención Temprana tiene distintas instancias: el referente conceptual, la lectura clínica de los factores que estructuran el síntoma discriminando los elementos orgánicos de los sobreagregados, el análisis de los elementos que traducen el modelo conceptual en un montaje clínico, la elección de los dispositivos de abordaje (terapeuta único, equipo interdisciplinario, admisión, derivación, seguimiento), la organización de la intervención específica y el lugar de las técnicas como recursos instrumentales.

«Dado que 230 millones de habitantes de Latinoamérica y del Caribe viven en la pobreza, el conocimiento del impacto de las condiciones socioambientales desfavorables sobre el desarrollo, y el rol que la intervención oportuna puede jugar para evitarlo o atenuarlo, se convierten en una necesidad de los profesionales que tienen como objeto la asistencia y educación del niño pequeño» (Tallis, 1999, 175).

#### NOTAS:

<sup>1</sup> *E.C.R.O.* (Esquema Conceptual Referencial Operativo): Modelo teórico formado por un conjunto de conceptos con el que cada profesional se identifica y que permiten una aproximación adecuada al objeto de estudio.

<sup>2</sup> *Teoría de la quimioafinidad y la empirista*: Según la hipótesis de la quimioafinidad, mecanismos bioquímicos constituidos genéticamente determinarían los contactos finales entre las neuronas, mientras la empirista plantea que es la actividad del sistema la que especifica sus conexiones.

<sup>3</sup> *Matriz*: modalidad con la que cada sujeto organiza y significa el universo de su experiencia y conocimiento. Es una estructura interna compleja y contradictoria. Está socialmente determinada e incluye no sólo aspectos conceptuales sino afectivos, emocionales y esquemas de acción.

<sup>4</sup> *Desarrollo*: El concepto de desarrollo según Lydia Coriat refiere a la utilización de las estructuras, se trata de una transformación diferenciadora, integral, secuencial, progresiva y pausada de las capacidades cada vez más complejas, expresadas en funciones emocionales, intelectuales, psicomotoras y sociales que posibilitan una mejor organización psíquica del individuo, permitiéndole una más adecuada interacción consigo mismo, su familia y la comunidad. Esto le permitirá alcanzar una vida adulta en plenitud.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Badinter, E. (1993). *XY. La identidad masculina*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bottini, P. (2000). *Psicomotricidad: prácticas y conceptos*. Buenos Aires: Ed. Miño y Dávila editores.
- Calmels, D. (2003). *¿ Qué es la psicomotricidad?* Buenos Aires-méxico: Ed. Lumen.
- Castorina, J. y col. (1986). *Psicología genética*. Buenos Aires: Miño y Dávila editores.
- Chokler, M. H. (1998). *Los Organizadores del Desarrollo Psicomotriz*. Bs. As: Editorial Cinco.
- Coriat, H.L. (1997). Estimulación Temprana: la construcción de una disciplina en el campo de los problemas del desarrollo infantil. *Escritos en la infancia*; Año V, N° 8. Bs. As.
- Coriat, L. E. y Jerusalinsky, A. (1997). Desarrollo y maduración. *Escritos de la infancia*; Año V, N° 8. Bs. As.
- Dirección de Educación Especial. Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires (2000). *Neuropsicosociología del desarrollo, marco conceptual para la práctica de la Atención Temprana*. Circular Técnica Parcial N° 5. La Plata. Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires.
- Falk, J. (1997). *Mirar al Niño*. Bs. As: Ariana.
- Foster, O. y Jerusalinsky, A. (1997). Bases neuropsicológicas de la Estimulación Temprana. *Escritos de la infancia*; Año V, N° 8. Bs. As.
- Galeano, Eduardo (1989). *El libro de los abrazos*. España: Siglo Veintiuno Editores.
- Heese, G. (1986). *La estimulación temprana en el niño discapacitado*. Bs. As: Médica Panamericana.
- Mannoni, M. (1990). *El niño deficiente y su madre*. Bs. As: Paidós.
- Mínguez Álvarez, C. La familia como factor de riesgo y socialización del menor. *Revista Puerta Nueva*.
- Ministerio de Salud Pública de la Nación Argentina (2003). *Guía de seguimiento del recién nacido en riesgo*. Bs. As.
- Oiberman, A. (2001). *Observando a los bebés... Estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo*. Bs. As: Lugar Editorial.
- Piaget, J. (1969). *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. Madrid: Aguilar.
- Pikler, E. (1969/1985). *Moverse en libertad. Desarrollo de la motricidad global*. Madrid: Narcea.
- Raineri, María (2002). La mirada de los bebés y su desarrollo temprano. *Revista de la Hamaca* N° 12. Bs. As. Fundari.
- Risueño, A. E. (2000). *Neuropsicología*. Bs. As: Erre Eme.

- Sánchez Asín, A. (1997). *Atención Temprana. Programa de 0 a 3 años*. Barcelona: Cedecs.
- Servicio Agregado de A.T.D.I. de la Escuela N° 507, Avellaneda, Pcia. de Bs. As. (2000) *Alto!!! Riesgo Social Infantil*.
- Stassen Berger, K. (2003). *The Developing Person Through Childhood and Adolescence*. EEUU: Ed. Worth Publishers.
- Stern, Daniel (1983). *La primera relación madre-hijo*. España: Ed. Morata.
- Tallis, J.; Tallis, G.; Echeverría, H.; Garbarz, J. y Fiondella, A. M. (1999). *Estimulación temprana e intervención oportuna. Un enfoque interdisciplinario biopsicosocial*. Madrid: Miño y Dávila Editores.
- Vimala, Schneider (2002). *Manual del instructor de masaje infantil*. EEUU: Ed. Avent.
- Winnicott, D. W. (1989). *Los bebés y sus madres*. Bs. As: Paidós.

#### **PÁGINAS WEB:**

- <http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Patologia/patologia.html>
- [http://www.nacersano.org/centro/9388\\_9935.asp](http://www.nacersano.org/centro/9388_9935.asp)
- <http://www.monografias.com/trabajos12/adicci/adicci.shtml>

#### **RESUMEN:**

Reflexionar acerca de las vicisitudes de los vínculos primarios nos permite unificar en una misma acción la prevención y la promoción de la salud.

La constitución del humano no es estática, es dinámica, cambiante. Es el resultado del potencial genético, influenciado por factores familiares y ambientales, anteriores y presentes. Este concepto «dinámico» implica considerar una dialéctica en la que se involucra lo biótico, lo psíquico y lo social.

La Atención Temprana se ocupa de los bebés con problemas de desarrollo y de sus padres, de las vicisitudes de ser infante y la implicancia de tener un hijo con patologías discapacitantes o con alto riesgo de tenerlas.

A lo largo de este trabajo se presenta un marco teórico que nos permite abordar dicha problemática desde un enfoque biopsicosocial, una guía de seguimiento del recién nacido para alto riesgo social y por último (en la segunda parte) se describe un caso donde se observa que el amor maternal no es, de ninguna manera, un sentimiento puro e ideal ni tampoco simple, sin conflictos, tal como siempre aparece representado por el imaginario colectivo.

Esto último nos lleva a cuestionarnos si la dificultad que el niño transita se debe solamente al déficit capacitario, a la cuestión orgánica o si será que a partir del nacimiento del niño también emerge la verdadera discapacidad de los adultos donde se confunde lo personal con lo parental.

El abordaje desde la Atención Temprana no reside en la estimulación del niño por parte del terapeuta, sino que éste debe intervenir de manera que lo que se reestablezca sea el vínculo madre-hijo.

**PALABRAS CLAVE:**

Atención temprana, vínculo, intervención, riesgo discapacitante

**ABSTRACT:**

To meditate about the vicissitudes of the primary bonds allows to become unified in a single action both, the prevention and the promotion of the health.

The human's constitution is not static, it is dynamic and changing. It is the result of the genetic potential, influenced by family and environmental, previous and present factors. This concept «dynamic» implies to consider a dialectical issue wich biological, psychic and social aspects are involved.

The Early Attention is in charge of the babies with development problems and of their parents, of the vicissitudes of being infant and the implication of having a son with pathologies that disable or with high risk of having them.

Along this work a theoretical mark is presented that allows us to approach this problem from a bio-psycho-social focus, a guide to follow up the baby with social high risk and lastly (in the second part) a case is described where it is observed that the maternal love is not, in no way, a pure and ideal feeling neither simple, without conflicts, just as it always appears represented by the collective imaginary.

This last thing bring us to question us if the difficulty that the child experiences it is only caused by deficit of capacities, as a organic question or if it will be that starting from the child's birth also it emerges the true disability of the adults where the personal things are confused with the family things.

The approach from the Early Attention doesn't lies in the child's stimulation by the therapist, because he or she should intervene to reestablish the bond mother-son.

**KEY WORDS:**

Early attention, bond, intervention, disable risk

**DATOS DE LA AUTORA:**

**Laura Uchitel** es alumna de 4º año de la Licenciatura en Psicomotricidad en la Universidad CAECE. Buenos Aires. Al haber superado el primer ciclo de la licenciatura es Técnica en Educación Psicomotriz.



# Quando a tensão escapa pelo corpo

When the tension escapes for the body

**Vera Lúcia de Mattos**

Antes de apresentar-lhes o caso clínico que trouxe para que possamos refletir, gostaria de introduzir, historicamente, o recurso metodológico que norteou parte de minha intervenção clínica – a relaxação terapêutica na criança de Jean Bergès e Marika Bounes.

A relaxação é, essencialmente, uma experiência pessoal que tem como implicação o corpo.

É, sob diversas formas, uma técnica utilizada por inúmeros especialistas, a partir do momento em que a expressão e a comunicação, verbal ou não, entram em cena.

Costuma-se usar o termo relaxamento para todo e qualquer recurso de modificação tônica-postural. No entanto o correto para denominar as técnicas que promovem essas modificações é o termo relaxação (ação de relaxar). Já, o termo relaxamento deveria ser utilizado para definir o estado que o sujeito atinge quando submetido à qualquer técnica de relaxação.

Uma vez que temos como objeto de estudo *o corpo do sujeito* torna-se importante refletirmos sobre este corpo... de que corpo falamos...

Therèse Bertherat faz linda metáfora quando compara «nosso corpo à nossa casa», mas não é do corpo «coisa», do corpo «órgão» que estamos falando....

*Nosso objeto de estudo é o corpo do sujeito.* Um corpo que funciona de forma particular, singular, caracterizado pela subjetividade.

Podemos prolongar esta investigação pensando a questão do *próprio corpo* e a questão do *corpo próprio* - que diferença conseguiríamos estabelecer entre estas duas expressões?

- *o próprio corpo* seria nosso organismo enquanto conjunto de funções, comum a toda a espécie humana, no entanto podemos ou não ter a consciência do espaço que este ocupa e de sua forma de funcionar nas relações que estabelecemos com mundo.

O que entendemos por corpo próprio?

- *o corpo próprio* é aquele do qual somos proprietários!!! Do qual tomamos posse. Aquele que reconhecemos como nosso e que somos capazes de interpretar sob as mais diversas formas de representação. Um corpo construído a partir das relações estabelecidas através do sensorial, das inscrições feitas pelo Outro (linguagem) e das novas experiências que proporcionam as infinitas representações.

É então, *o corpo do sujeito* que propomos que estudar ao pensarmos as técnicas de relaxação.

No início do século XX, dois autores se destacaram ao se debruçarem sobre os estudos da relação do estado de relax e as reações fisiológicas, estes foram J.H. Schultz e Edmund Jacobson.

Para Schultz, o princípio do método é o de «induzir por meio de exercícios fisiológicos racionais determinados, uma desconexão (mudança de atitude) generalizada na pessoa...» (Schultz, 1911). Este método é considerado uma terapêutica em si e, é abordado em diversas práticas psicoterápicas.

Tal método deriva da prática da hipnose, onde os pacientes relatavam «sensações corporais características de peso, de calor específico» (Geissmann, 1987); dos estudos de fisiologia, onde Schultz pesquisava as alterações fisiológicas sobre tudo ao tônus muscular, às funções motoras, funções vegetativas, regulação de tensão arterial, ritmo cardíaco e respiração nas modificações dos estados de consciência (vigília, hipnose, sono..); e das técnicas de meditação orientais, que buscam uma modificação de atitude tônico postural em diversos estados de consciência. Após observar pacientes em hipnose, este autor buscou recriar as condições da hipnose, sem modificar o estado de consciência do paciente, com o objetivo de relaxar e curar.

Dentre as técnicas derivadas de Schultz, algumas foram adaptadas para a clínica terapêutica da infância e a que melhor se adapta às condições do desenvolvimento infantil é a de Jean Bergès e Marika Bounes (1974).

Para tais autores a relaxação promove na criança uma experiência inédita porque questiona o sujeito e seu corpo na imobilidade! Sabemos que este estado é dificilmente vivido na infância, uma vez que a motricidade é o carro chefe deste período evolutivo. Para eles a relaxação é vista «*não como educação, não como reeducação, nem como pedagogia, mas, sim como uma maneira original de interrogar o corpo, cujas inibições e insuficiências verbais às vezes tornam a psicoterapia verbal bastante difícil*» (Bergès, 1974, 23).

Trata-se de uma técnica que vê o corpo não como a parte portadora do sintoma, mas como forma de expressão do sofrimento do sujeito. A proposta é de uma modificação progressiva entre a relação do corpo e do meio ambiente, e entre as emoções e as respostas que o sujeito lhes dá, por via do corpo.

O importante aqui não é conseguir relaxar, mas sim, estar presente em seu corpo enquanto se está tentando relaxar. Através do contato com as experiências tônicas, promover uma reorganização do esquema e da imagem corporal, resultando numa modificação na representação motora, na produção do movimento.

Diferente de Schultz, não são os efeitos que os autores esperam, mas sim que a criança escute seu corpo, que esse corpo ganhe autonomia e tome seu lugar no mundo.

O método de Bergès-Bounes inicia-se segmentário e paulatinamente vai transformando-se em um método global.

A cada sessão, o toque, a nomeação das partes do corpo, a mobilização das articulações e a sugestão de imagens vão possibilitar a formação de um envelope corporal, de seu preenchimento por meio das sensações, proporcionando a conquista topográfica e topológica do corpo.

Na relaxação a função tônica é lentamente explorada, experimentada nas condições privilegiadas da terapia. A flutuação deste tônus estará ligada diretamente à presença, aproximação, mobilização e distanciamento do terapeuta, fazendo alusão ao «diálogo tônico» de Henry Wallon. A criança «se prepara» para receber o toque e a mobilização feitos pelo terapeuta (hipertonia do apelo) e a resposta a esta intervenção é a modificação tônica (hipotonia da satisfação).

Há um aspecto cognitivo, de ordem topográfica, através da nomeação das partes do corpo a serem mobilizadas, dando à criança a real dimensão do segmento corporal, possibilitando uma re-descoberta do corpo. Essa re-descoberta restaura a imagem corporal e viabiliza novas formas de representação motora a seguir.

Vejamos os aspectos técnicos e os passos que levam a criança (e o terapeuta) a tais descobertas.

As sessões são semanais e a criança é convidada a repetir em casa, a experiência vivida. A cada sessão pede-se que a criança busque, dentro de si, uma imagem de calma e de segurança, em seguida, uma parte do corpo será evocada (por exemplo: braço dominante). Pede-se que a criança volte sua atenção para este seguimento do corpo como se ele fosse a parte mais importante de seu corpo (sugere-se a sensação de peso e de calor); alguns minutos depois avisa-se a criança que o terapeuta vai tocar tal seguimento (o terapeuta toca, nomeando e mobilizando as articulações pertinentes), após mais uns minutos pede-se que a criança espreguice com força, abra os olhos e levante-se.

Aos poucos uma conquista de um novo estado tônico (via processo de figura-fundo) vai sendo adquirida e uma nova imagem corporal vai se restaurando na criança.

É essencialmente este o papel da relaxação, delimitar o espaço do corpo, fundar as coordenadas topográficas do corpo propriamente dito, tornar conhecidos os limites, as fronteiras, pois daí deriva a ação, o movimento. O corpo tocado, nomeado, identificado pelo terapeuta é que vai preencher este envelope e vai ser reconhecido pela criança como sendo o seu.

Aqui chegamos ao caso de Felipe, um menino sadio, inteligente de 5 anos, que vem apresentando desde os 3 anos e meio, tiques nos braços e na boca e língua.

Felipe é filho da segunda união de seus pais, tendo a mãe um filho de sua primeira união (17 anos) e o pai dois filhos de sua primeira união (18 e 19 anos). A família tem excelente padrão de vida e a mãe informa que o pai dá muita importância ao

trabalho, às questões materiais. Apesar de diversos convites, não tive, ainda, a chance de estar com esse pai.

Toda a família paterna era contra o matrimônio do casal e, mais ainda, contra o nascimento desta criança. Segundo relato da mãe, «até trabalho espiritual foi feito para que a gravidez não chegasse a termo»; «As mulheres da família são loucas!». Na ocasião desta narrativa a mãe coloca que este filho veio num lugar muito especial selando a união do casal e ressalta que é o filho predileto do pai.

Felipe é um menino grande para sua idade, e me diz que quer se livrar desse «negócio». Tais tiques só aparecem em situações de grande excitação ou tensão (jogando futebol, quando há um dever complicado, quando há festas) a tal ponto de sua mãe «filmar esse negócio» para mostrar aos médicos. O uso do termo «negócio» me causa estranhamento e então, vou ao Aurélio Buarque de Holanda para investigar o termo, usado por Felipe e sua mãe, toda a vez que se referem a aos tiques e descubro:

*Negócio: 1 Comércio, tráfico; 2 relações comerciais, negociação, transação; 3 combinação, ajuste; 4 caso, coisa, assunto, fato.*

De que negócio Felipe me fala? Que espécie de combinação foi feita? O que foi negociado entre eles? Estas são questões que estarei tentando desvendar durante o processo terapêutico que está apenas em seu início.

Mas alguns momentos clínicos nos permitem elaborar algumas reflexões sobre os tiques enquanto representação do sofrimento infantil.

Para Bergès a complexidade dos tiques só pode ser compreendida se levarmos em conta simultaneamente que se refere a um equipamento psicomotor particular e a uma problemática afetiva instintual aberta: acumulação de tensão, estado de alerta tônico e postural seguida de explosão clônica mais ou menos localizada, integrada, significativa.

Ajuriaguerra vem nos dizer que o tique é, sempre, inoportuno, intempestivo, ato estéril e incompleto. Seria esse o lugar de Felipe?

Na cena clínica, Felipe rapidamente me dar a ver seus tiques. Eles surgem em nossos encontros quando, na ocasião de um jogo de futebol, ele faz os gols e ganha diversas partidas. Poderíamos dizer que eles surgiram, na clínica, numa situação de prazer. Iniciamos a relaxação pela perna direita, uma vez que os braços são as partes encarregadas do sintoma.

Em outra partida, em nosso 4º encontro, eu ganho e, nessa ocasião, pude me deparar com um outro tipo de descarga tônica, diferente da excitação – a explosão agressiva. Segundo Moldofsky (1971) o tique vem reduzir a tensão e sua expressão simbólica traz conflitos que se referem não somente a necessidades sexuais imperiosas, mas também, aos impulsos agressivos.

Surpreendo-me com a força de um menino de 5 anos e tenho dificuldade para conte-lo e não permitir que me machuque! Seus gritos são ouvidos por toda a clínica e me diz que nunca mais vai voltar. Esclareço que estarei esperando-o na próxima semana e ele se despede furioso. Na semana seguinte, ele volta feliz, como se nada de importante houvesse se passado e me conta que fez em casa seu relaxamento muitas vezes, pensando nas duas pernas e na bacia.

No momento da relaxação cobre-se com uma manta e me explica, «você só pode tocar as partes que eu mostrar» – e me dá uma mão, a outra, um pé, o outro, a cabeça. Um corpo que se dá a ver não somente via sintoma.

Aceito o jogo e me pergunto que papel as extremidades teriam para o fechamento do envelope corporal (Cleveland, 1925)? E penso na mudança de um vivido nodal de tensão dolorosa, tão presente nos estados tensionais descritos por Margaret Ribble, sendo substituído por uma certa sensação de calma, na resolução tônica, uma disponibilidade para o brincar. Tal percurso de reconstrução da imagem do corpo vai, ao mesmo tempo sendo realizado no que diz respeito à topologia, ultrapassando o conceito de interior e exterior do corpo para contemplar àquilo que chamamos de relação entre as superfícies. A relaxação vem fornecer um novo vivido sobre o corpo, evocando, com as etapas da generalização, da respiração, aquilo que o corpo apresenta como bordas, os orifícios corporais.

Embora nossos encontros iniciem sempre pelo futebol, Felipe passa a buscar outras brincadeiras e, numa delas, me amarra – e digo – amarrada você pode me controlar – ele afirma que sim - me mata e me coloca imóvel, morta, sem falar nada («porque morto não fala»), vai para um canto da sala, fora do meu campo visual e dispara uma série infundável de tiques que identifico pelo som que sua língua faz. Como estou morta e nada posso dizer, nada digo. Será que fiz bem? Não sei...tive vontade de intervir mas, respeitei nossa combinação, nossa transação, nosso negócio. Para Bergès a questão da morte é fator fundamental na clínica com crianças instáveis e vem constituir um fantasma importante. A oportunidade de vive-lo no espaço clínico-terapêutico, por meio do brincar, pode vir a fornecer a possibilidade de atribuição de novos sentidos a tais angústias.

Nesta sessão, ao relaxar, me dá um dos braços para ser tocado, eu toco, nomeio e mobilizo suas articulações. Ele me dá o outro braço, repito o toque, a nomeação e a mobilização e, pela primeira vez, no momento do espreguiçar, Felipe permanece um longo tempo deitado, toca várias vezes seus braços, sorri, espreguiça e me diz:

- «Esse braço morreu».
- «O que ele disse antes de morrer?» Pergunto.
- «Que o outro braço do negócio também morreu».

Penso que o que morre nesta cena clínica é o lugar onde Felipe se via preso, do qual não conseguia sair, dentro do qual perdia o controle. Os tiques ainda estão presentes, mas menos freqüentes, creio que já há uma nova possibilidade de representação dos mesmos.

Penso que neste momento, ele vislumbra uma outra possibilidade de um novo lugar para si, seu corpo, e poderá ensaiar, a partir de então, a ocupação deste novo espaço na célula familiar, no social, no mundo.

Por intermédio da técnica da relaxação no espaço clínico psicomotor, essa experiência corporal pessoal pode possibilitar a Felipe o vir a ser narrador de sua própria história, a partir de um lugar, que é o corpo, de onde ele possa dizer «EU».

Muito ainda temos que trabalhar, Felipe e eu, mas as reflexões trazidas aqui nos permitem pensar a clínica psicomotora na infância e a riqueza da relaxação como recurso técnico em nossa prática clínica.

**BIBLIOGRAFIA:**

BERGÈS, J. & BOUNES, M. – Relaxation thérapeutique chez l'enfant. Paris, Masson, 1994.

LEVIN, E. – La clínica Psicomotriz, Buenos Aires, Nueva Vision, 1992

**RESUMO:**

Um dos recursos técnicos mais usados em Psicomotricidade é a Relaxação. Por meio de cenas clínicas buscamos, neste estudo, demonstrar os efeitos da técnica Bergès-Bounes na restauração da imagem corporal e na reconstrução do esquema corporal num caso de Instabilidade Psicomotora.

**PALAVRAS-CHAVE:**

Relaxação, instabilidade psicomotora, corpo próprio.

**ABSTRACT:**

One of the most used technical resources in Psychomotricity is the Relaxation. Through clinic situations, we search in this study to show the effects of Bergès-Bounes's technique in the restoring of body image and reconstruction of the corporal structure in a case of psychomotor instability.

**KEY WORDS:**

Relaxation, psychomotor instability, own body.

**DATOS DA AUTORA:**

**Vera Lúcia de Mattos.** Fonoaudióloga (CRFa. nº 2910). Psicomotricista (SBP nº 11). Mestre em Psicologia Social (UGF). Doutora em Fonoaudiologia (UMSA). Professora da UNESA / UNIFOR / UEPA.



# Los bebés prematuros y sus madres\*

The premature babies and their mothers

*Àngels Morral Subirà*

## 1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL TEMA

El tema escogido trata sobre los bebés y sus madres prematuras. El trabajo intenta ser una aproximación teórica sobre el embarazo de la mujer, el parto y cómo la prematuridad puede dificultar el posterior desarrollo del vínculo entre el bebé y su madre. El estudio describe las peculiaridades del nacimiento y posterior hospitalización del bebé prematuro; desde la vivencia del bebé, de la madre, así como la intervención de los profesionales del equipo de atención hospitalaria específico (Prematuros del Hospital de Sant Pau de Barcelona).

El desarrollo del artículo consta de cuatro partes diferenciadas:

La primera es una aportación teórica sobre el embarazo de la mujer y la formación del vínculo afectivo durante los primeros meses de vida. Este primer pretende poner especial atención en los aspectos de interacción madre-bebé, cuando el embarazo no llega a término y se produce un parto prematuro.

La segunda hace referencia a las unidades de cuidados intensivos para prematuros y los profesionales que trabajan en ellas. Para completar este apartado, he incluido una tercera parte; la transcripción de una entrevista realizada a la Dra. Remei Tarragó; psiquiatra infantil que trabaja en la Unidad de Prematuros del Hospital de Sant Pau de Barcelona y la experiencia de una visita guiada por dicho hospital.

La cuarta y última parte, consta de un pequeño estudio sobre cómo la prematuridad puede afectar al desarrollo motor en los tres primeros años del niño.

Finaliza el artículo con unas conclusiones, así como la bibliografía utilizada para realizar el estudio, autores que me han ayudado a entrelazar con notable claridad y

---

\* Este trabajo se enmarca dentro de la memoria final de curso del Postgrado en Terapia Psicomotriz de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación Blanquerna de la Universidad Ramón Llull de Barcelona (España), dirigido por el Dr. Joaquin Serrabona y que responde a la demanda de un trabajo de revisión teórica sobre un tema relacionado con la primera infancia y la psicomotricidad. El trabajo ha sido realizado bajo la supervisión de Marta Rabadán.

sensibilidad cómo un embarazo y parto prematuro pueden crear, no sólo en el bebé sino también en su prematura madre, un punto de partida delicado tanto en lo biológico, como lo emocional y relacional.

Este trabajo está escrito, pensado y documentado desde una perspectiva psicodinámica. Un estudio sobre las emociones, los deseos, el dolor, la culpa, la ambivalencia... en las primeras relaciones. Un recorrido por los orígenes de nuestra existencia, cuando no somos aún ni un ser diferenciado, todo esto con el objetivo de poder comprender mejor el desarrollo emocional, cognitivo, psicomotor e inconsciente del ser humano.

El interés por la búsqueda de estas raíces tan arcaicas proviene en parte de mi actual lugar de trabajo así como mi formación profesional, como educadora de niños y niñas con Trastornos Graves del Desarrollo y de la Personalidad (autismo y psicosis infantil) en el Centro Educativo y Terapéutico Carrilet de Barcelona.

Todo esto sin olvidar nunca mi formación como Psicomotricista que influye decisivamente en la importancia que otorgo a lo corporal, ese cuerpo real, simbólico e inconsciente, lugar de formación del primer yo corporal, espacio de placer y displacer, punto de encuentro entre nuestra realidad interna y nuestro mundo exterior, instrumento de nuestras relaciones y canal de expresión de nuestro inconsciente.

## 2. DESARROLLO

### 2.1. Definición de bebés prematuros. Prehistoria del vínculo: embarazo y parto. Los primeros meses de vida. Partos prematuros. Los bebés y sus madres prematuras

El aumento de las fecundaciones *in vitro* que a menudo suponen partos múltiples, la edad avanzada de las madres, los medios médicos que existen para mantener con vida a bebés de pocas semanas, así como otros factores que comporta la vida en nuestra sociedad, convierten el tema de los partos prematuros en un hecho de máxima actualidad y atención.

Se considera un bebé prematuro aquél que nace antes de las 37 semanas de gestación.

Dentro de lo que llamamos prematuridad hay una clasificación de más a menos semanas de gestación.

Los bebés más prematuros y sus padres son los que van a sufrir de forma más angustiante e intensa los primeros meses de vida. Según las semanas de gestación podemos clasificar a los bebés prematuros en:

- Bebés moderadamente prematuros: aquéllos que nacen entre la semana 35 y 37 de edad gestacional. Pesan entre 1700 y 3400 gramos y la tasa de supervivencia es de un 98-100%.
- Bebés muy prematuros: son los que nacen entre la semana 30 y la 34. Generalmente pesan entre 1000 y 2500 gramos y la tasa de supervivencia es del 98%.
- Bebés extremadamente prematuros: en este grupo se encuentran los nacidos entre la semana 26 y 29. Pesan entre 750 y 1600 gramos. En este grupo y en el siguiente la tasa de supervivencia es más variable, unos días más de

gestación en el útero de la madre pueden aumentar las probabilidades de vida.

- Bebés microprematuros o grandes prematuros: son los bebés nacidos antes de la semana 26 de gestación. Pesan menos de 750 gramos y su estado es realmente crítico. Cuando más se acercan a la semana 26 de gestación más posibilidades tienen de sobrevivir. Los que pesan 750 gramos tiene aproximadamente un 50% de probabilidades de vida.

El embarazo normal de la mujer, consta de nueve meses y, tal como señalan Brazelton y Cramer (1993), tiene la función de preparar física y psicológicamente a los padres para este reto.

De aquí que estos autores digan al respecto que «la preparación psicológica, tanto consciente como inconsciente, está estrechamente entrelazada con las tres etapas físicas del embarazo de cada mujer. Después de los nueve meses, casi todos los progenitores tiene la sensación de estar completos y listos. Cuando este lapso se ve reducido, como en el caso de un parto prematuro, los progenitores se sienten desprevenidos e incompletos. Cuando existen complicaciones físicas, éstas ponen en peligro la adaptación psicológica» (Brazelton y Cramer, 1993, 41).

El embarazo de una mujer se puede dividir en tres fases asociadas al desarrollo del feto:

La primera etapa comprende desde que se les da la noticia de su futura maternidad-paternidad hasta más o menos el quinto mes de embarazo.

En esta etapa se mezclan las emociones de felicidad y júbilo con el principio de conciencia y responsabilidad futura que conlleva ser madre/padre. Se empieza a movilizar todo lo referente a la propia infancia de los futuros padres y las relaciones que ellos establecieron con sus progenitores. Las futuras madres empiezan a modificar sus vidas y hábitos para no perjudicar a su futuro bebé y aparece el temor y la angustia ante posibles dificultades. Como mecanismo de defensa ante esta angustia la madre suele idealizar al futuro bebé, viviéndolo como un hijo plenamente sano, deseado y perfecto.

Es una etapa de plena fusionalidad con el embrión donde hay pocas percepciones físicas. Se puede definir esta etapa como un periodo donde la futura madre se repliega en sí misma, un momento de introspección y de ajustes emocionales para poder reequilibrarse y encontrar una nueva estabilidad.

En la segunda etapa, a partir del quinto mes, los cambios corporales en la mujer y futura madre empiezan a ser evidentes de la misma forma que se empiezan a notar los primeros movimientos del bebé dentro de la madre. Éstos se van volviendo cada vez más vigorosos, más fuertes y presentes. Aquí empieza la primera conciencia de autonomía del bebé que le adjudica su madre. El papel de las ecografías es esencial para este proceso psicológico. Tenemos que tener en cuenta que hay bebés prematuros que pueden nacer a las 26 semanas de gestación, o sea justamente cuando la madre empieza psicológicamente a hacerse la idea de una separación. Ésta, de forma abrupta se hace realidad físicamente con el parto prematuro sin que emocionalmente la madre haya culminado todo el ciclo o proceso necesario de los nueve meses de embarazo. A nivel inconsciente la madre sigue ensayando emocionalmente la posibilidad de que su futuro hijo nazca con alguna discapacidad

o anomalía. Los padres prematuros nunca tienen el tiempo necesario para ensayar esta situación sobretodo para aquellos bebés microprematuros. En esta segunda etapa el rol paterno (función del tercero) empieza a hacerse más evidente y ayuda a la madre a sentir al bebé como un ser separado de ella. En el parto prematuro que se da entre los cinco y seis meses de gestación aún hay por parte de la madre poca conciencia de separación. Por lo tanto aparte de los sentimientos de culpa, los problemas de separación y el ataque que representa para la autoestima de la mujer (tríada de emociones que sufre la mujer ante un parto prematuro), se le tiene que sumar la fuerte herida narcisista vivida de forma muy intrusiva que representa un parto muy prematuro, ya que la vivencia es de un ataque a sí misma, a alguna cosa que aún está muy poco diferenciada de su yo psicológico.

En la tercera etapa (últimos meses de embarazo) los padres ya perciben al bebé como un ser diferenciado. Es aquí cuando el bebé ya tiene un sexo, un nombre, se le prepara un espacio físico dentro de la casa, se le compra ropita.... . Éste a su vez cada día se hace mas presente con sus movimientos. Los padres poco a poco van adjudicando a su bebé una personalidad en función de la cantidad de sus movimientos (será un bebé movido, tranquilo, dormilón, muy activo...).

«Es un mecanismo de personificación del feto de modo que éste no sea un desconocido en el momento de nacer» (Brazelton y Cramer, 1993, 52). Esta personificación también ayuda a la madre a sentir a su hijo como un ser separado de ella y con competencias propias y así disminuyen sus miedos a ser una madre poco competente.

El hecho de imaginar al bebé como un ser fuerte y sano también ayuda a preparar emocionalmente el parto ya que se concibe al futuro bebé como alguien que va a ayudar durante el parto a su madre.

En el momento del parto a término, como describen Brazelton y Cramer (1993) la futura madre ya está preparada para adaptarse a su bebé real, para superar la conmoción que representa la separación física y para hacerse cargo de una nueva relación que va a combinar sus propias necesidades y fantasías con las de un ser diferenciado.

En el caso de los partos prematuros, el proceso no ha sido culminado y el parto se produce en una situación de estrés y riesgo médico; los bebés son separados de sus madres sin posibilidad alguna de verlos o tenerlos unos segundos piel a piel, en los quirófanos el ambiente está contaminado de peligro y posibilidad de muerte.

En los partos normales, esta representación de la muerte se aleja de la mente de la madre ya que su bebé se presenta como un hijo sano, fuerte y vigoroso; en los partos prematuros y sobretodo en los muy prematuros, vida y muerte están muy relacionadas. De la misma forma pasa con el duelo. En todas los partos hay un duelo por el hijo imaginado, fantaseado, pero el bebé real repara rápidamente esta pérdida. En el caso de los prematuros (igual que con los nacimientos de niños con cualquier otro problema) el duelo entre el hijo imaginado y el real es mucho mayor. En los grandes prematuros el aspecto del bebé se aleja mucho de la imagen que todos y todas tenemos dentro de nuestra cabeza de un bebé recién nacido.

Las madres prematuras ante el nacimiento de su hijo expresan casi todas una serie de emociones muy fuertes y a veces ambivalentes que, como describen Klaus y

Kennell (1978), giran en torno a su autoestima, sentimientos de culpa y de separación.

Las madres prematuras sienten problemas de autoestima ya que viven el parto prematuro como un fracaso o defecto personal. El comentario de muchas madres que nos ilustra muy bien esta sensación es «ni siquiera fui capaz de retenerlo hasta el final como las otras madres».

La culpa creo que es el eje fundamental donde se articulan todas las otras emociones. Todas las madres experimentan sentimientos de culpa por haber expuesto al niño a grandes peligros expulsándole de su vientre, sienten que han realizado alguna cosa mala durante el embarazo que es la causa de la prematuridad. Esta culpa dificulta que se pueda establecer una relación sana con su hijo, sobretodo si esta culpa es vivida de forma muy persecutoria.

La prematura madre también experimenta una sensación de pérdida y vacío muy intenso.

En la mayoría de los casos no pueden ver a sus hijos en el momento del parto (por motivos médicos justificados) y todo ello causa que desarrollen un proceso de duelo anticipatorio.

Durante esta separación (hasta que pueden ver a su hijo en la incubadora) imaginan el peor de los desenlaces posibles. Todo ello lleva a que la madre retrase el vínculo con su hijo. La gravedad y el sufrimiento, hacen que estas madres entren en un período de suspenso.

En este punto el padre (o quien realice la función paterna) puede jugar un papel importante. Normalmente en los partos prematuros el padre es el que conoce primero a su hijo y luego se lo presenta a la madre (función inversa de roles). El padre puede ayudar a la madre relatándole poco a poco cómo está el bebé, cómo es físicamente... ayudando a crear un hilo conductor entre la mamá y el bebé para que esta pueda ir imaginando cómo es y cómo está su hijo. Si la ayuda específica hospitalaria es importante no lo es menos una función paterna ajustada.

En el momento del parto los bebés nacidos a término están programados para ajustarse a las fantasías de los padres y desarrollan toda una serie de reflejos y competencias para ayudar a la vinculación con sus progenitores. Cuando nacen, como explica Brazelton y Cramer (1993), los bebés con su apariencia ya estimulan a los padres a cuidar, acariciar e interactuar con él.

Existe un programa innato en los adultos de muchas especies que los hace tender a proteger a cualquier miembro pequeño e indefenso de su propia especie con ciertas características físicas específicas.

Con los bebés prematuros en el momento del parto normalmente la madre, como ya hemos comentado antes, no llega a ver físicamente al recién nacido. El primer encuentro entre la madre y el bebé se dará en la incubadora. Este momento es de vital importancia para el futuro desarrollo del vínculo. La madre está inmersa en un mundo de culpa, angustia, duelo... y tiene que afrontar este primer encuentro que no será fácil. El bebé prematuro, especialmente el muy prematuro, no tiene el aspecto imaginado de los bebés nacidos a término. Es un bebé muy pequeño, arrugado y con la piel rojiza. Está dentro de una incubadora lleno de agujas, tubos, vendas... Este primer momento de contacto entre madre e hijo se tiene que

cuidar mucho por parte de los profesionales psicólogos que trabajan en las unidades de curas intensivas para prematuros de los hospitales.

Antes de entrar en la sala es recomendable explicar a la madre qué es lo que va a ver para que ésta pueda ir haciéndose una idea más acorde con la realidad. También es importante que la madre entre en la sala de incubadoras lo antes posible para que empiece a vincularse, conocer su hijo y reconciliar la imagen ideal con la real. La presencia de la madre en la incubadora el mayor tiempo posible es importante para ella y también para el bebé. Los bebés prematuros igual que los nacidos a término necesitan un *holding* (Winnicott), o sea unos cuidados físicos y emocionales que harán que realmente este bebé exista a nivel psicológico y emocional.

Necesita como todos los bebés, alguien que lo invista, que le ayude a organizarse a diferenciar las sensaciones y emociones... . Alguien que tenga un espacio para él dentro de su cabeza y entre sus brazos. Necesitan la presencia de un «Otro» si es posible la madre, el padre y si no serán los profesionales quienes tendrán que ocupar momentáneamente este espacio. Este «Otro» ocupa la posición de continente del bebé.

Como decía Platón los niños necesitan movimiento, melodía y vida a su alrededor.

Los bebés se interesan más por las melodías de las palabras y su ritmo (*motherese*) que por su contenido. Necesitan que alguien les hable, que les dé palabras a sus movimientos, a sus lloros, a su mirada...

Los reflejos y las competencias de los bebés nacidos a término también se dan en los prematuros aunque como veremos más adelante de diferente forma.

En los prematuros hay algunos reflejos como el de succión que no aparecen hasta más tarde ya que neurológicamente este reflejo aún no está programado.

Todos los bebés, incluso los bebés microprematuros, cuando nacen pueden ver. Su visión es borrosa (como si tuvieran miopía) y su capacidad de enfoque es de unos 50 cm. que justamente es la distancia que hay entre los ojos del bebé y su madre cuando está mamando. Los bebés prematuros tienen una visión más deficiente. El contacto visual y el diálogo tónico son los primeros instrumentos de comunicación y vínculo madre-hijo. Tal y como resaltan Klaus y Kennell (1982) todas las madres de los neonatos desean sostener en brazos y mirar cara a cara a sus hijos. En una investigación científica, Klaus y Kennell, relatan cómo las madres de los prematuros cuando entran en las unidades de cuidados intensivos donde se encuentra su hijo lo primero que hacen es intentar establecer contacto visual con su bebé aunque éste se encuentre dentro de la incubadora. La mirada representa una señal de que les pertenece a pesar de la precoz separación y la angustia del momento.

La audición de los bebés también está programada para que tenga una especial predilección para las voces femeninas y entre ellas la voz de la madre biológica. Estos dos aspectos de la mirada y la audición provocan en las madres una gran alegría y refuerzan rápidamente el vínculo entre ellos. También prefieren los sonidos humanos a los no humanos. En una observación se pudo constatar que cuando los bebés escuchaban sonidos no humanos durante la lactancia dejaban de mamar, mientras que cuando los sonidos eran humanos seguían mamando tranquilamente.

El tacto es junto a la mirada el primer tipo de relación que se establece entre madre e hijo.

El diálogo tónico ayuda al bebé a calmarse, a organizarse a sentirse contenido....

En las unidades de prematuros siempre, que sea posible, se les da leche materna (por vía oral o por sonda gástrica); así, pues, se refuerza la idea que la madre ya desde los primeros momentos le está dando algo suyo y bueno a su hijo, también se intenta que el contacto piel a piel se dé lo antes posible.

## **2.2. Las unidades de cuidados intensivos para prematuros y sus profesionales.**

Los médicos especialistas, las comadronas, enfermeros, psicólogos son, en los momentos del parto y posteriormente, un importante referente emocional para la madre. Una de las funciones del psicólogo es preparar a la madre para el primer encuentro cara a cara con su bebé. El psicólogo encargado de la familia normalmente realiza una serie de entrevistas terapéuticas para ayudar a elaborar todos los sentimientos de culpa, de herida narcisista, de separación precoz... que puede tener la madre, ayudando a la vez a contener y reorganizar a esta familia para que pueda situarse cerca, física y emocionalmente, de su hijo. Los profesionales que trabajan en las unidades de curas intensivas de neonatos, aparte de los aspectos médicos (que, vuelvo a repetir, son realmente importantes, graves y de pronóstico muy variable), también realizan otras funciones más emocionales que creo que son de gran ayuda para los padres y sus bebés. Como definen Klaus y Kennell (1978, 117), los profesionales que trabajan con bebés prematuros tienen que:

- Ayudar a que la madre adapte al pequeño niño que ha gestado, la imagen que conceptualizará sobre el neonato normal ideal.
- Contribuir a disipar el sentimiento de culpa de la madre.
- Ayudar a la madre a gestar un íntimo vínculo afectivo con su hijo, desarrollando una interacción mutua para estar a tono con las necesidades especiales de su hijo según vaya creciendo.
- Permitir que la madre aprenda a cuidar a su hijo cuando éste todavía se halla en el hospital, para que, después del alta, pueda atenderlo, con eficiencia y serenidad.
- Inducir a la familia a trabajar juntos durante la crisis del nacimiento prematuro, ayudando al padre y a la madre a comentar sus dificultades entre sí, mientras intentan lograr soluciones satisfactorias.
- Contribuir a resolver las necesidades especiales de las familias de nueva estructuración social.

Creo que estos seis puntos que he citado textualmente son un resumen de las funciones más emocionales que pueden y hacen en muchas ocasiones los profesionales que trabajan en las unidades de neonatos.

Los equipos que trabajan en neonatos están en una constante tensión. Por una parte está la gravedad médica de éstos y la variabilidad de pronóstico. Por otra parte el trabajo con las familias, sobretodo las madres, puede llegar a ser muy duro. Por esto, estos equipos necesitan un psicólogo, con formación psicodinámica que les ayude a elaborar sus propias ansiedades. Este tiene la función de poder proporcionar un espacio para hablar de las dificultades que se encuentran en el día a día. Como comenta Catherine Mathelin (1998), los profesionales que están mu-

chas horas dentro de las unidades de prematuros, están sometidos a trabajar bajo la mirada constante de las familias. Esto crea un sentimiento paranoico dentro de la unidad que se crece con la ansiedad, los riesgos y el miedo a cometer el más mínimo fallo.

También tienen que soportar el hecho de que van a estar permanentemente cuestionados por los padres, sobretudo por las madres, que inconscientemente pueden pasar de ser vistos como super-hombres/mujeres capaces de salvar a su hijo a personas que les impiden estar con ellos. Todas estas emociones tan fuertes y ambivalentes necesitan encontrar un espacio para trabajarlas en equipo. En realidad estas proyecciones, idealizaciones..., son mecanismos de defensa de la madre para poder sentirse una buena madre, intentos de reparar toda su culpa. La ayuda precoz a estas familias sigue siendo muy importante. El equipo en general, salvo en ocasiones especiales, tiene que actuar como un tercero, simbólicamente como «uno» con el único deseo de ayudar al bebé y a su madre. Esta función cobra más importancia cuando se acerca el alta médica ya que la madre no debe llegar a casa con el sentimiento de rareza e incompetencia delante de su hijo. Debe tener una mínima pero sólida confianza emocional de que va a poder criar a su hijo con la ayuda de su familia.

### **2.3. Entrevista a la Doctora Tarragó, Psicóloga Clínica de la Unidad de Prematuros del Hospital de Sant Pau de Barcelona. Experiencia de la visita que realicé a esta Unidad de Prematuros**

Voy a comentar básicamente tres aspectos tratados en la entrevista y visita que pueden ser de ayuda para tener una visión más global, clara y cercana sobre el tema.

El primero hace referencia a la pregunta de cómo transcurría una mañana dentro de la unidad de prematuros. El día empieza a las siete.

Las enfermeras del turno de noche transmiten a las del turno de día como ha estado cada uno de los bebés de la unidad. A las ocho las enfermeras empiezan a mover niños, bañarlos, darles de comer, pincharlos... Los médicos se incorporan a las nueve. A partir de aquí se ven todos los bebés uno a uno. A las diez empiezan a entrar los especialistas y revisan a los niños que lo requieren. También se alimenta a los bebés (siempre que es posible con leche materna), pero las madres no entran todavía ya que aún están los médicos realizando sus exploraciones. También se realizan pruebas psicológicas.

Sobre las once y media la psicóloga atiende a los padres de aquellos bebés que han ingresado el día anterior.

A las doce entran las madres y todos los médicos están dentro para informar a nivel individual de cómo está su hijo. También reciben información de la psicóloga.

Después las madres empiezan a alimentar a los bebés (con el pecho, con el biberón o bien sacándose leche del pecho para alimentar a su bebé con la sonda). Las madres que pueden sacar a su bebé de la incubadora realizan el método piel a piel, método canguro. Están hasta las tres de la tarde.

Durante todo este tiempo se va hablando con los padres. De dos a tres hay cambio de turno de las enfermeras. Se aprovecha para hacer una reunión de equipo con el objetivo de acoger las ansiedades de todos (siempre hay personal que se queda

dentro de las unidades). A las tres se acaba para el psicólogo el día en la unidad. No cabe decir que para los otros profesionales sigue, sobretodo para los papás y sus bebés.

Creo que la Doctora Tarragó, supo comentar de forma muy simple pero muy gráfica, la rutina en la unidad de prematuros. Esto me dio una primera representación de la realidad un poco más cercana.

Hablando sobre la leche materna pregunté sobre la base científica de sus efectos positivos. La Doctora Tarragó me constató que la leche materna tiene una capacidad de inmunidad infinitamente mayor que las leches prefabricadas. Aparte, los aspectos emocionales que implica: poder dar algo bueno a tu hijo, que le va ayudar a ganar peso y por lo tanto a ser dado de alta de la unidad.

Cuando pregunté sobre el Test de Brazelton me contó que éste lo pasaban cuándo el estado del bebé ya no era crítico. Uno de los objetivos es el demostrar delante de los padres y de los profesionales que el bebé tiene unas competencias, que puede diferenciar, que tiene respuestas diferentes al sonido, a la luz, a las palabras de la madre...

El Test de Brazelton ayuda tanto a los padres como a los profesionales. La Doctora Tarragó habla más bien de competencias iguales entre bebés prematuros y nacidos a término, están todas dentro de la normalidad si tenemos en cuenta las semanas de gestación del bebé prematuro dentro del vientre de la madre.

Después de esta entrevista sólo me faltaba un aspecto para completar las expectativas de mi trabajo: tener la posibilidad de entrar en una Unidad de Prematuros. La Doctora Remei Tarragó y el Hospital de Sant Pau me brindaron esta posibilidad, y no la dejé escapar. La vivencia fue francamente emotiva.

Conseguí entrar en la unidad un lunes a primera hora de la mañana. Llegué a las ocho de la mañana. Me encontré con Remei. Nos pusimos una bata y nos lavamos las manos hasta los codos con un jabón especial. Al entrar observé que el espacio de la Unidad era muy pequeño. Sant Pau tiene actualmente 14 incubadoras y 7 cunas. Próximamente se va a ampliar la planta en un 50% ya que actualmente están saturados.

Empezamos pasando por cada incubadora.

En todas hay un papel con el nombre de cada bebé y algunas tienen dibujitos de sus hermanos, primos... Encuentro que es un detalle de gran sensibilidad. El primer bebé que me sorprende es Sofia. Es un bebé muy pequeño, arrugadita y de piel rojiza. La Doctora Tarragó me cuenta que es una gran prematura que nació hace dos meses y pesó 630 gramos y tuvo muchos problemas. Realmente impacta. Su aspecto físico provoca preocupación. Ahora está más o menos estabilizada y va ganando peso. Pasamos por una incubadora donde había un bebé que me llama la atención por su buen aspecto físico, su piel blanquita y que duerme tranquilamente... le pregunto a la Doctora por Neó, éste es su nombre. Su cara me anticipa que su buen aspecto no responde a la realidad. Cuando nació padeció un infarto cerebral y aún no saben las consecuencias. La respuesta me deja muy afectada. Sigo mirando a Neó mientras pienso que sufrir un infarto cerebral tan pequeño debe de ser de connotaciones graves. Noto que me invade una sensación de tristeza y todas las preguntas que quería hacerle a La Doctora Tarragó se me van de la cabeza. Sólo

puedo mirar y mirar, mi capacidad de razonamiento se ve invadida y anulada por la emoción de la situación. Pienso en los papás de Neó.

Pasamos dentro de otra salita donde están los bebés que ya están mejor, muchos de ellos en cunitas. Allí está Arnau. Está despierto y no para de moverse. Lo tapamos con la sabana pero él se destapa rápidamente con sus piernecillas. La Doctora Tarragó me comenta que vamos a repasar el historial clínico de Arnau y después le pasará algunas de las pruebas del Test de Brazelton. Nació a principios de mayo. Pesó 1860 gr. Durante las dos primeras semanas disminuyó de peso hasta llegar a los 1600gr. Tuvo problemas para respirar al nacer ya que no se le separaban los pulmones. También padeció arritmias cada día durante las primeras semanas. Ahora ya pesa casi 1900gr. Tiene unos ojos grandes y activos. Gira la cabeza hacia la voz de la Doctora, sigue un objeto inanimado con la mirada. También coloca el oído hacia la fuente sonora. Hay algunos items del Test que no se le pasan o bien porque no hay el espacio adecuado o bien por la agresividad de la prueba (son niños que ya han pasado por muchas experiencias agresivas e intrusivas; no hace falta sumarle una más). La Doctora Remei Tarragó va muy rápido pasando el test, pierdo seguramente muchos matices. Arnau es un niño tranquilo y no llora.

A veces se desorganiza (movimientos descontentidos con brazos y piernas). Entonces la Doctora lo acoge entre sus brazos. Arnau se adapta bien a éstos y presenta un contacto ocular activo con la Doctora Tarragó y con el entorno.

Buena señal, pienso. Es un defecto de formación personal dar mucha importancia a estos aspectos relacionales y comunicativos. No se le puede pasar los items de la capacidad de habituación ya que cuando hemos empezado estaba despierto.

Cuando acabamos, una enfermera le da el biberón con la leche de su madre (la tiene guardada en sus respectivos biberones). Come bastante bien, con pausas. Las enfermeras empiezan a darle el biberón a todos.

Se observa un ritmo de trabajo constante y una gran sensibilidad y profesionalidad por su parte. Desde mi punto de vista las enfermeras son un elemento clave y muy importante para estos bebés.

Me marchó en medio de las prisas de todos (enfermeras dando de comer a los bebés, la Doctora tiene una reunión, los médicos empiezan a entrar...), me voy pensando en Sofía, Neó y Arnau. Tres niños con un futuro muy diferente. Los tres sólo tienen en común un embarazo y parto prematuro. Para ellos está dedicado este artículo; para su futuro.

Como dice Catherine Mathelin (1998, 8), «A todos los bebés demasiados apresurados en llegar a la vida».

#### **2.4. Relación entre prematuridad y desarrollo motor en los tres primeros años de vida.**

Para desarrollar este punto puede ser de gran interés observar algunos estudios comparativos de los resultados del Test de Brazelton, entre bebés nacidos a término y bebés prematuros.

El Test de Brazelton valora diferentes items que hacen referencia a las competencias de los bebés a nivel neurológico y comunicativo. También puede ser un instru-

mento para anticipar algunas respuestas del bebé a diferentes estímulos, situaciones....

El Test de Brazelton es un test que se les pasa a los bebés nacidos a término y a los prematuros y que no quiere ser una escala evaluadora de capacidades sino un test que ayuda a los padres a saber cómo es su hijo para poder ayudarles en la vinculación y la crianza.

La Doctora Tarragó en su entrevista comenta que los bebés prematuros poseen también unas competencias pero sus respuestas a los estímulos son diferentes.

Serge Levovici (1998) cita diferentes estudios comparativos entre bebés nacidos a término y prematuros basándose en las respuestas obtenidas en el Test de Brazelton. Estos estudios fueron realizados algunos por Field o Golberg. En general los resultados sí que nos muestran que hay diferencias entre las respuestas de unos y de otros, obteniendo los bebés prematuros puntuaciones más bajas en casi todos los items.

Las conclusiones de estos estudios basados en el Test de Brazelton nos indican que en general los bebés prematuros pueden ser más sensibles a todos los estímulos, con tendencia a desorganizarse más frecuentemente ante los cambios, muy irritables y excitados o bien todo lo contrario, muy tranquilos y con tendencia a desconectarse. También con menos capacidad de habituación y con más dificultades para organizar los procesos motores, como en la movilización pasiva de los miembros, el tono muscular en general, la madurez motriz, los movimientos defensivos, la actividad mano-boca....

Es importante como madre, padre o profesional que atiende a un bebé prematuro tener en cuenta estos indicadores que sí que pueden influenciar y condicionar el posterior desarrollo psicomotor. Así por ejemplo un bebé prematuro que obtenga puntuaciones altas en los items que hacen referencia a la capacidad para calmarse y a la capacidad de habituación sería bueno proporcionarle un ambiente tranquilo y estructurado que le ayude a desorganizarse lo menos posible. También es importante poder anticipar a los padres que su bebé necesitará mucho apoyo para calmarse ante el lloro.

Este ejemplo no es excepción de los bebés prematuros ya que las puntuaciones resultantes del Test de Brazelton son diferentes en todos los bebés y no sólo en los bebés prematuros.

Levovici (1998) dice que en general los bebés prematuros se pueden clasificar en dos grupos. Unos son bebés muy irritables de fácil lloro y que tienden a desorganizarse, a menudo con un tono muscular hipertónico; mientras el otro grupo son bebés muy tranquilos, que duermen mucho y de bajo tono muscular. Ser consciente de ello les puede ayudar mucho para su posterior desarrollo. La crianza de un bebé demasiado tranquilo, que reclama poco, hipotónico... tendría que basarse en una estimulación sensorial y tónica y no dejarse llevar por la tendencia a desconectarse del bebé; en cambio el bebé extremadamente intranquilo necesitará unas pautas de crianza muy diferentes, un ambiente con pocos estímulos estridentes, estructurado y contenedor.

Otra característica de los bebés prematuros a nivel de desarrollo motor es el hecho que éste sufre un retraso de desarrollo hasta aproximadamente los 3 años que es cuando se ajusta al desarrollo normal.

Los bebés prematuros hasta los tres años se rigen, el lo que se refiere a desarrollo motor, con la edad corregida. Ésta es el resultado de restar a la edad del parto, los meses que nació antes. Éste retraso no se considera como un trastorno motor sino como un ritmo de desarrollo más lento que en principio sobre los 3 años se reajusta. Lo que sí es de gran importancia es el grado de prematuridad. En principio y como norma general cuanto más prematuro sea el bebé más probabilidades de encontrarse con más dificultades y no sólo a nivel motor.

En general, muchos de los niños que han nacido prematuros se caracterizan por tener una constitución corporal de talla pequeña, delgaditos... y que en numerosas ocasiones nos transmiten cierta fragilidad corporal y vulnerabilidad.

A los bebés prematuros, una vez dados de alta, se les hace un seguimiento desde el hospital. Cuando la evolución no es la esperada o hay algún aspecto que preocupe a los profesionales éste es derivado a los servicios de atención precoz, los CDIAPS.

### 3. CONCLUSIONES

Se hace difícil extraer unas conclusiones sobre un tema tan complejo y en el que intervienen tantas variables. Dentro de mi cabeza hay una idea que ha estado presente desde que empecé a escribir este trabajo para el postgrado hasta hoy, cuando estoy aquí sentada delante de mi ordenador terminando este artículo, la angustia de estas madres y padres ante un embarazo y parto de un hijo tan diferente al imaginado, al deseado.

Supongo que aquí, en esta palabra, deseo, está en parte una pequeña pieza de la solución a nivel psicoanalítico. El deseo, esta pulsión de vida que poseen algunos bebés prematuros para salir de situaciones muy críticas y el deseo de las madres y padres por ser padres. El deseo sano de tener un hijo/a, con quien comunicarse, con quien compartir. A veces se pueden dar situaciones de gran complejidad emocional en estas familias, pero la ayuda de personal especializado puede y ayuda a estas familias a poder contener y retomar la nueva situación, para reequilibrarse y adaptarse a las necesidades específicas de sus bebés. Supongo que habrá situaciones muy duras sobretodo cuando a la prematuridad se le asocian otras dificultades médicas, neurológicas... entonces el duelo, la culpa y la angustia deben ser mucho mayores y los procesos de elaboración y estabilización serán seguramente un camino más largo y duro.

Todo es un combinado de aspectos personales y circunstancias: los procesos; tantos como bebés y madres prematuras haya en una Unidad de Cuidados Intensivos.

### BIBLIOGRAFÍA:

Brazelton, T. B. y Cramer, B. (1993) *La relación más temprana: padres, bebés y el drama del apego inicial*. Buenos Aires. Paidós.

Klaus, M. y Kennell, J. (1978) *La relación madre-hijo: impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia*. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.

Levovici, S. (1988) *El lactante, su madre y el psicoanalista. Las interacciones precoces*. Buenos Aires. Amorrortu editores.

Mathelin, C. (1998) *La sonrisa de Gioconda. Clínica psicoanalítica con bebés prematuros*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.

### **RESUMEN:**

Este artículo está basado en un trabajo de revisión teórica sobre la formación del vínculo afectivo entre el bebé y su madre. Empezando por su prehistoria, el embarazo y su punto de partida, el parto. Un intento de acercarse a la prematuridad desde un enfoque psicológico que no quiere ser una oposición al enfoque médico, sino, un complemento. Un estudio sobre la prematuridad desde la visión del bebé prematuro, su madre y los profesionales que trabajan en este campo. Un intento de poder predecir qué puede pasar en el futuro desarrollo motor de estos bebés. El objetivo es poder ver el tema desde una globalidad y poder establecer relaciones entre todos los aspectos y todos sus componentes. Este artículo de revisión teórica también guarda un pequeño espacio para la vivencia personal del tema con el relato de una corta pero intensa visita al hospital de Sant Pau de Barcelona, a la unidad de curas intensivas para bebés prematuros.

### **PALABRAS CLAVE:**

Embarazo, Fases, Vínculo afectivo. Parto, Parto prematuro, Bebé prematuro, Prematura madre, Competencias de los bebés, Herida narcisista, Problemas de culpa, Problemas de autoestima, Problemas de separación, Unidad de curas intensivas para prematuros, Holding, Involuntad emocional, Elaboración, Contención, Seguimiento de los bebés y sus familias, Desarrollo motor de los bebés prematuros, Edad corregida, Test de Brazelton.

### **ABSTRACT:**

This article is a summary of a longer report reviewing the theory about the construction from the beginning of the affective link between a mother and her just born baby. The analysis comes from the prehistory of the link, the pregnant period and the childbirth. It has been tried to make an approach to the premature childbirth from the psychological point of view as a complement of the medical point of view. This study has been focused on the premature baby, the mamma and the technicians working in this field, trying to foreseen what will be the future development of the child. The objective is to see this subject from a whole point of view and try to find out the relationship among the different members and their components. This article try to be a technical review of these topics expounded before, but it holds as well a part for a description of a short but intensive visit to the «Sant Pau» Hospital in Barcelona, to the unit of intensive care for premature babies.

**KEY WORDS:**

Pregnancy, Phases, Affective link, Childbirth, Premature childbirth, Premature baby, Premature mother, Baby's competencies, Narcissistic wound, Problem of blame, Problem of self-esteem, Problems of separation, High care units for premature babies, Holding, Emotional investment, Elaboration, Containment, To follow the babies and family situation, Premature baby's engine development, Corrected age, Brazelton's test.

**DATOS DE LA AUTORA:**

**Àngels Morral Subirà.** Maestra del Centro educativo y terapéutico Carrilet de Barcelona para niños y niñas con trastorno autista o psicosis infantil. Tutora de prácticas de psicomotricidad de los alumnos del Postgrado de Psicomotricidad Educativa y Reeducativa con niños del Centro Carrilet. Diplomada en Educación Especial. Postgrado de Formación de Especialistas en Psicomotricidad Educativa y Reeducativa. Postgrado en Psicopatología Psicoanalítica. Postgrado en Psicomotricidad Terapéutica.



# Psicomotricidad y actividad física en la tercera edad

Psychomotricity and physical activity in elderly people

**Rogelio Martínez Abellán**

*«Uno es tan joven como su confianza,  
tan viejo como su temor;  
tan joven como su esperanza;  
tan viejo como su desesperación».*

(Párrafo del texto colocado por el General Mc Arthur en su despacho, entre los retratos de Washington y Lincoln)

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento biológico es un continuum del desarrollo. La muerte es el final del crecimiento, y tanto uno como otro son fenómenos universales e irrevocables de todo ser vivo.

La cultura grecorromana sostenía que la vejez era una de las fatalidades de la vida, pero que podía esperarse una vejez sana y vigorosa. Además, en la ancianidad, podían alcanzarse virtudes como la prudencia, la discreción, la sabiduría y la ecuanimidad. La obra de Cicerón «De Senectute» (Acerca de la vejez), es un ejemplo interesante sobre esta actitud ante la última etapa de la vida. Por supuesto, que en los diferentes autores, según la escuela filosófica o de pensamiento a que pertenecieran, hay variantes en relación con este tema.

Durante los períodos renacentista y barroco, y hasta comienzos del siglo XIX, la vejez se consideró como sinónimo de decrepitud y melancolía. Esta actitud irá cambiando desde mediados del siglo XIX, y hoy día, en pleno siglo XXI se podría afirmar que se está volviendo a una posición más acorde con la cultura grecorromana respecto a la senectud.

Durante la primera mitad del siglo XIX, surgieron cada vez más obras sobre las enfermedades y problemas sanitarios de la vejez. En 1868, Charcot afirmaba: «Hoy ya no es posible negar la importancia que tiene la consideración especial de los problemas del anciano». Dos obras contienen las investigaciones más importantes de esta época: el «Tratado de Geriatría,» de Canstatt, y el «Tratado sobre la enfermedad mental», de Esquirol.

La ciencia que investiga el envejecimiento humano se llama Gerontología y es multidisciplinaria. La Gerontología trata de añadir no sólo años a la vida, sino vida a los años. La Geriatria es la medicina de los ancianos, de la «tercera edad» de las llamadas personas mayores, y trata la asistencia médica y psicológica, la prevención y el tratamiento de las enfermedades de la vejez. La Geriatria se ocupa más de la calidad de vida que de la cantidad; trata de prolongar la vida y no elude el acto de la muerte.

La prevención primaria del envejecimiento no pueden llevarla a cabo los geriatras, ya que se trata de un proceso continuo posterior a la maduración y que se desarrolla unidireccionalmente. En teoría debería comenzar en el nacimiento y actuar sobre:

- El estilo de vida y su régimen, buscando un equilibrio entre educación, trabajo y ocio.
- La alimentación en relación con una dieta que a veces puede ser desmesurada.
- Los accidentes y el estrés físico, psíquico y social, que deben evitarse.

Existe también una prevención secundaria del envejecimiento que actúa sobre los factores de riesgo, que en Gerontología son:

- Aquéllos que aumentan el riesgo individual de enfermedad y muerte después de los 65 años.
- Aquéllos que aumentan el riesgo de que la sociedad tenga que hacerse cargo de nosotros por mal envejecimiento, invalidez e incapacidad, es decir, pérdida de la autonomía física, psíquica y social.

El siglo XX ha venido marcado por un crecimiento sin precedentes de la población mayor de 60 años en relación con el pobre crecimiento demográfico y, como consecuencia, se ha producido un envejecimiento poblacional con inversión de la proporción entre jóvenes y viejos. A principios del siglo XX la relación entre jóvenes y viejos era de 6 a 1, y en el inicio del siglo XXI la relación es de 6 jóvenes por 12 ancianos.

La población mayor de 64 años va a tener una importancia cada vez más grande, tanto en términos relativos –peso demográfico–, como en términos absolutos –número total de mayores de 64 años–. Según Attias (1987) y Torres Ortuño (1996), con este aumento sin precedentes es previsible una auténtica revolución demográfica de los ancianos.

La población española de más de 60 años en el año 2010 alcanzará una cifra de más de 8.364.850, si se mantienen las tasas de natalidad y mortalidad actuales. La población de más de 65 años supondrá el 20% del total.

Para Bazo (1990), las dimensiones demográficas, sin precedentes, que está adquiriendo la vejez, van a condicionar las decisiones políticas, dada la mayor capacidad de presión de este colectivo, que ha pasado de ser un colectivo tradicionalmente pasivo a un colectivo activo. Por lo tanto, los profesionales de la Psicomotricidad y los profesionales de la Educación Física, nos encontramos ante un segmento de la población que merece ser investigado, con el objeto de mejorar sus condiciones y calidad de vida.

## 1. CARACTERÍSTICAS FISOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y MOTRICES EN EL ANCIANO

Pasada la edad de los 60 años, el hombre va perdiendo autonomía, ligada en un principio a razones biológicas y posteriormente a razones psicológicas. El envejecimiento nace de una programación genética, sobre la cual todavía no somos capaces de actuar; sin embargo, sí podemos hacerlo sobre las condiciones sociales, familiares y personales.

La pérdida de autonomía tiene lugar de forma discontinua, como discontinuo es el proceso de envejecimiento. No todos los órganos envejecen al mismo tiempo, aun cuando exista una armonía en la forma de hacerse viejo. Cuando comienza nuestra existencia la vida se reparte entre el ocio y la educación; en la madurez, entre el trabajo y el tiempo libre. La última etapa no debe ser un puro vegetar, puesto que desde la perspectiva psicológica y social el aumento del tiempo libre conlleva una mayor autonomía personal, aunque son características distintas, ya que estamos vetados por nuestras limitaciones corporales. En la tercera edad se pueden adquirir otros conocimientos y abrir otros caminos que nos den mayor posibilidad de hacer más cosas, de ser más libres.

Corredor (1983), señala que la vida del ser humano podría resumirse en un camino de ida y vuelta; al primero se le ha denominado evolución, y al segundo, involución. Pero la media vuelta de regreso no está marcada con claridad, no todas las funciones la llevan a cabo al mismo tiempo. En general, las funciones físicas la inician antes que las mentales, aunque no todas aquéllas lo hacen simultáneamente, pero sin poder hablar de un punto donde la evolución se vuelva involución.

Respecto a la involución fisiológica según Mishara y Riedel (1987), y Ruiz Ogara (1992), se producen los siguientes cambios:

- *Sistema cardiovascular.* Al transcurrir el tiempo, el músculo cardiaco pierde eficacia de bombeo y le cuesta más enviar la misma cantidad de sangre al organismo. Los vasos sanguíneos pierden elasticidad. Los malos hábitos dietéticos propician la formación de depósitos de grasa en el interior de las arterias (arterioesclerosis), lo que reduce su diámetro. Esta pérdida de elasticidad, en combinación con la aterosclerosis hace que al corazón le cueste aún más bombear la sangre al resto de los tejidos. Hay una disminución del gasto cardiaco debido a la rigidez de las arterias y por la estasis que se produce en todo el sistema venoso. La sangre almacenada eleva la presión capilar y hace que aumente la cantidad de líquido que pasa hacia el tejido intersticial, formándose edemas. La presión arterial sistémica se eleva. Disminuye el flujo sanguíneo cerebral, aumenta la resistencia periférica y se hipertrofia la pared del ventrículo izquierdo. La presión arterial del adulto mayor sin patologías asociadas es igual a la del adulto maduro lo mismo que la frecuencia cardiaca. Los ancianos son más propensos debido a los cambios antes descritos a tener hipotensión postural y arritmias.
- *Aparato digestivo.* A medida que la persona va cumpliendo años, se produce una masticación menos eficaz, disminución del sentido del gusto, el reflejo de tragar y los movimientos automáticos que permiten que la comida avance fácilmente por el tubo digestivo se hacen más lentos. El flujo de las secreciones desde el estómago, el hígado, el páncreas y el intestino delgado dismi-

nuye poco a poco, pérdida de elasticidad de la pared intestinal, menor motilidad y reducción del aporte sanguíneo al intestino.

- *Sistema urinario.* Progresivamente los riñones pierden eficacia para eliminar los desechos de la sangre. Los problemas crónicos, como la diabetes o la hipertensión, y la ingesta de ciertos medicamentos pueden dañarlos. Aumenta también las posibilidades de padecer incontinencia urinaria.
- *Sistema respiratorio.* A lo largo del ciclo vital, el aparato respiratorio es vulnerable a las lesiones provocadas por múltiples infecciones, contaminantes ambientales y reacciones alérgicas. Estos factores son aún más nocivos que el proceso de declinación funcional, el cual es parte normal del proceso de envejecimiento. El mecanismo de respiración en los ancianos tiene como característica el hecho de que la inspiración se basa más en el diafragma y requiere un mayor esfuerzo, sobre todo cuando se está en posición decúbito dorsal.
- *Sistema músculo-esquelético.* La masa ósea alcanza su máximo entre los 25 y los 35 años. A partir de ahí (y aún más en las personas que siguen dietas pobres en calcio, tienen déficit de vitamina D y hacen poco ejercicio), los huesos disminuyen en tamaño y densidad. Una consecuencia es la disminución de la estatura. Paralelamente, la pérdida gradual de densidad hace que los huesos sean cada vez más propensos a las fracturas. A su vez, los músculos, los tendones y las articulaciones pierden fuerza y flexibilidad. Este fenómeno conduce en muchas personas a la osteoporosis.
- *Cerebro y Sistema Nervioso.* El número de neuronas disminuye con el paso del tiempo. Sin embargo, el número de conexiones y circuitos entre ellas puede aumentar en ciertas zonas cerebrales, lo que podría ayudar a compensar el proceso de envejecimiento neuronal y mantener la función cerebral. Sin duda, los reflejos se hacen más lentos con la edad y se pierde coordinación, equilibrio, orientación, memoria, atención, concentración, etc.
- *Sistema inmunológico.* Las enfermedades infecciosas son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los ancianos. A esto se asocia el aumento de la susceptibilidad, mayor incidencia de procesos malignos y la disminución de la competencia inmunitaria asociada a la edad.
- *Sistema visual.* Con los años, los ojos producen menos cantidad de lágrimas y son más propensos a las irritaciones. Las retinas se vuelven más finas y los cristalinos pierden transparencia. A partir de los 40 años, aparece la presbicia o vista cansada. Más tarde, los iris se hacen más rígidos y las pupilas responden peor a los cambios de intensidad lumínica. Las cataratas, el glaucoma y la degeneración macular son más comunes a partir de los 60 años aproximadamente.
- *Sistema auditivo.* Una de cada tres personas mayores de 60 años experimenta pérdida de la capacidad de audición. Con el paso de los años, los sonidos y los ruidos pueden dañar las células ciliadas del oído interno. Además, las paredes del canal auditivo y del tímpano aumentan de espesor, lo que dificulta oír frecuencias altas. Los cambios en el oído interno o en los nervios adyacentes, la acumulación de cerumen y algunas enfermedades pueden también afectar al nivel de audición.

- *Sistema vestibular.* El sentido vestibular que ayuda a mantener la postura y el equilibrio, a menudo se deteriora causando mareos y caídas.
- *Piel.* Con el paso de los años, la piel sufre una degeneración progresiva e irrecuperable, tanto en su morfología como en su funcionalidad haciéndose más fina, menos elástica y más frágil. Al disminuir la producción de aceites naturales, se empieza a secar y aparecen las arrugas y las manchas. Además, como consecuencia de la disminución de la sudoración, el cuerpo combate peor las altas temperaturas. El proceso de envejecimiento que afecta a la piel no ocurre de forma gradual y homogénea sino que depende de muchos factores, entre ellos, la raza, condiciones atmosféricas, excesiva exposición a los rayos solares, etc. y es diferente en las distintas zonas de la piel de una misma persona.
- *Sueño.* Las necesidades de sueño cambian poco a lo largo de la vida adulta. Con los años, el sueño se hace menos profundo, lo que puede hacer sentir a la persona que necesita estar más tiempo en la cama. Otro problema frecuente, sobre todo en las personas obesas o con exceso de peso, es la apnea del sueño, que conlleva ronquidos en los que la respiración se interrumpe e impide un descanso eficaz.
- *Peso corporal.* A medida que se avanza en edad, cuesta más controlar el peso. Una explicación es que el metabolismo se hace cada vez más lento y se necesitan ingerir menos calorías. Además, se tiende a ahorrar movimientos, por lo que las calorías que el organismo no consume para mantener sus funciones básicas se acumulan en forma de grasa, sobre todo en la cintura. Este factor debe tenerse muy en cuenta, porque la grasa de esta zona está relacionada con un mayor riesgo de infarto de miocardio. Por otra parte, la pérdida de peso, aunque es concomitante al propio proceso de envejecer, es uno de los problemas de salud más directamente relacionados con el aumento de la morbilidad y mortalidad en las personas ancianas y más aún cuando la pérdida de masa corporal es significativa y está asociada a algún tipo de enfermedad física o psíquica.
- *Sexualidad.* Las necesidades y el desempeño sexual cambian con la edad. En los hombres pueden darse episodios de disfunción eréctil. A los 65 años, el 25% de los hombres tienen dificultades para conseguir o mantener una erección en uno de cada cuatro encuentros sexuales. En la mujer, la vagina tiende a encogerse y sus paredes pierden elasticidad. A partir de la menopausia, aparece la sequedad vaginal, con lo que las relaciones sexuales pueden hacerse dolorosas.

Monedero (1990), indica que respecto a la involución psicológica se producen entre otros aspectos:

- *Lentitud en todas las conductas.* Aspecto que puede estar relacionado con la disminución en peso y volumen del cerebro, así como del número de neuronas, que conlleva una reducción de las sinapsis.
- *Deterioro intelectual.* Ello depende del estado funcional del cerebro. También se produce una disminución de la memoria, que produce una pérdida de las experiencias recientes, mientras se da un buen recuerdo de las antiguas.

- *Reducción de la capacidad de aprendizaje.* Las personas mayores presentan mayor dificultad para realizar aprendizajes y adaptarse a situaciones nuevas, aunque esto sea mucho menor en el anciano que conserva bien las funciones cerebrales.

Según Fonseca (1987), en el ser humano se produce una retrogénesis psicomotora siguiendo una (des)organización vertical descendente que iría de las funciones controladas por la tercera unidad funcional de Luria, hasta las controladas por la primera unidad funcional. Así, la retrogénesis afectará primero a las praxias fina y global (estructuración espaciotemporal, noción del cuerpo, lateralización) para afectar por último a los factores psicomotores que dependen de las funciones reguladas por la primera unidad funcional. Estos factores son la equilibración y la tonicidad.

Ajuriaguerra y cols. (1970), manifestaron que estos cambios vienen caracterizados por una actitud poco elástica, una disminución de los movimientos de acompañamiento de los miembros superiores, una marcha a pequeños pasos y una ligera hipertonia de oposición.

Por lo tanto, respecto a las habilidades psicomotoras, en la vejez se produce/n:

- Un funcionamiento psicomotor más lento, y una modificación del esquema corporal como sistema y función, con una serie de limitaciones, además de la falta de vitalidad.
- Problemas de equilibrio y de orientación, tanto en relación con su esquema corporal como en su sentido cinestésico, provocando entre otras cosas, una disminución de la capacidad de desplazamiento. Y, degeneración del Sistema Nervioso Central, con problemas de menor rapidez y eficacia en cuanto a sus receptores sensoriales.
- Declive de las habilidades perceptivo-motrices (orientación espacial, estructuración espacio-temporal y ritmo).
- Y una involución de las cualidades físicas:
  - *Coordinación.* Se da una disminución progresiva de la habilidad alrededor del 30% hasta los 70 años; en las mujeres es algo más retardado.
  - *Flexibilidad.* Después de los 30 años comienza un declive, ocasionado por la reducción celular y de fibras elásticas en tendones, ligamentos, etc.
  - *Fuerza.* Reducción del 25-30% hasta los 70 años, según el empleo que se haga de los distintos grupos musculares en la vida cotidiana.
  - *Velocidad.* Su disminución, primero lenta, luego más acusada, se observa a partir de los 30, o 40-45 años, en los casos de entrenamiento regular. La causa principal es la disminución de la fuerza y elasticidad del aparato locomotor, y por la involución de los procesos neurofisiológicos.
  - *Resistencia.* La anaeróbica depende de la fuerza y resistencia física, y su disminución se manifiesta de forma similar a estas dos. La aeróbica y dinámica, a partir de los 30 se reduce en el hombre entre un 25-30%, en la mujer entre un 20-25%, hasta los 60 años. La causa de la disminución está en el terreno cardio-circulatorio, pulmonar y muscular.

## 2. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA APLICACIÓN DE LA PSICOMOTRICIDAD Y LA REEDUCACIÓN DE HABILIDADES MOTRICES EN LA TERCERA EDAD

Como seres adaptativos que somos, respondemos a una sencilla regla: «lo que no se usa se atrofia» y también se puede afirmar a la inversa, que si nos mantenemos física, mental y socialmente activos, en condiciones normales, mejora la calidad de vida. Toda intervención en una dimensión, afecta integralmente al individuo (un aumento de su actividad física siempre tendrá repercusiones psicológicas y sociales, así como a la inversa, las tres áreas están íntimamente relacionadas).

Para Fonseca (1987, 12), la psicomotricidad «puede ofrecer un efecto preventivo, conservando una tonicidad funcional, un control postural flexible, una buena imagen corporal, una organización espacial y temporal plástica, una integración y prolongación de las praxias ideomotoras, etc. perfectamente integradas a las necesidades funcionales del anciano, escapando a la inmovilidad, a la pasividad, al aislamiento, a la soledad, a la depresión, a la dependencia, a la institucionalización y a la marginación, dando a la fase terminal de la vida la dignidad que se merece».

Autores como Parreño (1983), Díez Manglano (1991), García Arroyo (1995) García Núñez y Morales (1995) y Linares (1999), manifiestan la necesidad de aplicar programas de gerontopsicomotricidad especialmente en ancianos institucionalizados y sugieren que la estimulación y reeducación psicomotriz en las personas mayores puede ser un procedimiento eficaz para combatir los problemas derivados de la retrogénesis psicomotora.

Benavente (1995, 31), indica que «en el caso de la población anciana discapacitada y ya institucionalizada, la psicomotricidad como abordaje terapéutico tiene la función rehabilitadora y retardadora del deterioro producido por la vejez y la enfermedad».

Justo (2000, 21), resalta la importancia de aplicar programas de estimulación motriz en personas mayores e indica el desarrollo de las sesiones siguiendo el siguiente esquema:

1. Ritual de entrada y saludo inicial en el que se presentan brevemente los objetivos de la sesión.
2. Puesta a punto corporal. Mediante situaciones de movimientos controlados y suaves, acompañados de actividades respiratorias, nos disponemos corporalmente para comenzar la sesión.
3. Movimientos globales de todo el cuerpo, de forma individual o grupal. Mediante propuestas de tipo lúdico se vivencian situaciones de equilibrio, coordinación, espaciales y rítmicas. La introducción de algún objeto y el uso de recursos como la música constituyen elementos primordiales en este trabajo.
4. Actividades de trabajo de las praxias finas.
5. Situaciones de vivencia de la imagen corporal mediante propuestas de toma de conciencia del propio cuerpo.
6. Momento de relajación en el que se invita a los participantes al descanso, a la liberación de tensiones, a la calma y a una vivencia personal del silencio. También se experimentan algunos procedimientos de respiración.

7. Verbalización y ritual de salida. Momento en el que los participantes expresan sus vivencias, impresiones y opiniones de la sesión.

Los beneficios estrictamente a nivel biológico de la psicomotricidad en las personas ancianas se pueden resumir de la siguiente forma:

- *Aparato locomotor*: Aumento de la movilidad articular y estabilidad de las articulaciones, aumento de la fuerza y resistencia muscular (frena la atrofia muscular), mejora la postura corporal, menor propensión a fracturas, etc.).
- *Sistema cardiovascular*: Mejor recuperación tras el esfuerzo, mejora del rendimiento cardíaco (contracción cardíaca, riego sanguíneo general y periférico, tensión arterial...), minimiza el riesgo de arterioesclerosis, hipertensión, etc.
- *Sistema respiratorio*: Aumento del consumo máximo de oxígeno, de la ventilación pulmonar máxima y capacidad vital, oxigenación de la sangre (transporte de oxígeno), etc.
- *Sistema nervioso y sentidos*: Aumenta el riego sanguíneo al cerebro, mejora la velocidad de los impulsos nerviosos, mantiene la coordinación, capacidad de adaptación a situaciones nuevas, mejora la autoconfianza, etc.
- *Otros órganos y sistemas*: Aparato digestivo (aumenta el apetito, mejora la digestión, evita el estreñimiento), homeostasia, composición corporal, sistema inmunológico...

También influye en el sueño, el hambre, en la sensación de bienestar, mejor adaptación a los esfuerzos cotidianos, y tampoco hay que olvidar las mejoras a nivel psicosocial: se sale de la soledad (proporciona una «válvula de escape» a la rutina diaria), la persona descubre su cuerpo tomando conciencia de sus posibilidades y aceptación de sus límites, sentimiento de ser útiles participando en actividades de carácter social, mejora su autonomía física y social (nueva condición social, apertura de sus fronteras sociales), una libertad de elección, una ocupación, una ilusión (jugar con el material, arreglarse antes de la sesión...), organización, esfuerzo, etc. Todos estos beneficios son tanto o más importantes que la mejora física.

Igualmente, es necesario resaltar la importancia que puede tener la psicomotricidad realizada de forma correcta para la recuperación de un gran número de enfermedades, o cuanto menos su prevención, mejora y rehabilitación: hipertensión, arterioesclerosis, enfermedades pulmonares, obesidad, diabetes, cardiopatías, tumores, osteoporosis, osteoartritis, estrés, trastornos psicológicos, etc.

Conocer cómo es el dinamismo motor en las edades avanzadas es una responsabilidad de todos aquellos profesionales que desean dedicarse al trabajo en estos tramos de edad. Las personas mayores no manifiestan las mismas estrategias y actuaciones que los jóvenes o adolescentes, de ahí que analizar sus actuaciones y las razones de las mismas sea una auténtica necesidad.

Welford (1980), manifiesta que existen una serie de estrategias compensatorias que las personas mayores despliegan en el aprendizaje motor y que son de gran interés para los profesionales de la Psicomotricidad:

- a) Trabajan a su propio ritmo. Con el que la experiencia les ha mostrado que es posible tener éxito, no sintiéndose cómodos cuando éste se impone desde el exterior.
- b) Ahorran energía. Conscientes de sus limitaciones gestionan sus recursos de manera más ajustada a las demandas de la tareas; no poseen ese impulso o energía juvenil, sino que son conscientes de que sus recursos deben ser empleados ajustadamente para que las actividades se realicen bien.
- c) Anticipan la propia actuación. Prevén aquello que puede ser necesario para completar la tarea motriz.
- d) Controlan más el curso o desarrollo de sus acciones, con una estrategia que se centra más en la precisión que en la velocidad, lo que a veces les lleva incluso a no terminar una determinada actividad o tarea.

Todo ello vuelve a ser expresión de la actitud conservadora que suele caracterizar a las personas mayores en el aprendizaje de habilidades motrices.

Tratar de elevar la competencia motriz de estas personas estableciendo tareas en las que los ritmos son impuestos desde el exterior, reclamar exigencias muy elevadas y en las que no se sientan capaces de controlar su propio proceso de acción, es un modo fácil y seguro de provocar estrés, ansiedad e incluso desórdenes psicósomáticos. Estos factores son causas suficientes para que las personas mayores abandonen los programas de actividades físicas porque lejos de darles seguridad, se la disminuyen al no sentirse competentes. Todo ello merma su percepción de autoeficacia pudiéndoles introducir en un círculo vicioso de la incompetencia e inactividad nada favorable ni deseado; de ahí la importancia de destacar el papel del ambiente emocional en el que se desarrollen los programas de actividad física.

Ramos y Sánchez (1985) y Martín Mesones (1988), indican que los programas de reeducación psicomotriz para la tercera edad deben regirse por los siguientes criterios:

- *Continuidad.* Es necesaria la presencia de los participantes de una manera regular y constante.
- *Progresividad.* Los esfuerzos realizados y su complejidad deben aumentarse gradualmente a lo largo del desarrollo del programa.
- *Carácter lúdico y práctico.* El diseño de las actividades debe tender a parecerse a un gesto cotidiano, práctico. Estos ejercicios activos y con pocos aparatos o material se desarrollarán en un contexto de divertimento y a ser posible en forma de juego.
- *Flexibilidad y acomodación.* Es precisa una adaptación al ritmo más lento del anciano y una acomodación a las posibilidades de cada participante.
- *Esfuerzo de concienciación.* Durante la sesión y en la realización de cada actividad se insiste en su vivencia, en sentir el movimiento, su ritmo, y su significado más que en su perfecta ejecución.
- *Descartar situaciones adversas.* Las sesiones es aconsejable que se realicen por la mañana, en períodos en que no hay peligro que los sujetos se encuen-

tren realizando la digestión y evidentemente, después de haber descartado posibles contraindicaciones mediante un examen médico.

- *Relación psicomotricista-participante.* Debe ser una relación cordial y motivadora, procurando el psicomotricista darse a entender más que enseñar y aplicando refuerzos positivos.

Villanueva (1991), señala cómo debido a todos los cambios físicos y sociales que se producen en esta etapa, el anciano trata de negar su imagen corporal actual. Aparece una falta de conciencia corporal, intensificada si existe algún tipo de discapacidad o afección que provoque un deterioro o deficiencia. Ello se produce porque el anciano siente que su propio cuerpo, con los cambios que se producen en él, va disminuyendo, añadiéndose a este sentimiento, el que justo dicha disminución abarca valores que, no sólo él, sino la sociedad también considera en más lato grado (resistencia física, motriz, esbeltez, juventud, etc.).

Es entonces cuando el cuerpo aparece como una fuente de angustia y se hace imperioso el negarlo. El anciano deja su cuerpo estar, lo pone en marcha sólo en función de la estricta atención a las necesidades de supervivencia: levantarse, vestirse, comer, etc. El movimiento se va reduciendo además progresivamente. Los músculos encargados de moverse se atrofian más debido a la inactividad. El cuerpo se va convirtiendo en una fuente de dolores. El cuerpo duele y molesta porque además duele y molesta lo que él testimonia.

La falta de movimiento produce una falta de sensaciones que favorece e incrementa la negación de su realidad corporal, con el resultado penoso de un gran aumento de discapacidad y funcionamiento vital que nada tiene que ver con la realidad objetiva de su organismo. Una de las mayores barreras a superar y el objetivo primordial de la intervención del psicomotricista consiste en: facilitar el ingreso en la conciencia del anciano de los recursos psicomotores de su cuerpo, recursos que, aunque diferentes y menores que en edades anteriores, los tiene y pueden ser desarrollados con todos los aspectos buenos y beneficiosos que esto implica.

También es sumamente importante hacer ver y comprender al anciano un proceso que puede resultarle muy doloroso y angustioso: el hecho de conocer las capacidades propias implica la renuncia concreta al deseo de ser aquél que en un pasado llegó a ser y la aceptación de sus propios límites.

Por lo tanto, el objetivo principal del psicomotricista es la reconexión con el cuerpo de las partes sanas, integrándolas con las disminuidas mediante su reconocimiento y aceptación, conformando así una imagen más adecuada de uno mismo y produciéndose así una mejor relación con el mundo y una mejor comunicación.

En el caso de personas con discapacidades psicofísicas, es muy importante trabajar con el reconocimiento psicokinético de las partes sanas, diferenciándolas de las discapacitadas; en la reintegración de la imagen corporal de los miembros afectados, pero recuperables, en el aprovechamiento de las capacidades residuales y en la adaptación a las partes irre recuperables.

La psicomotricidad dirigida a la población mayor no se puede considerar como una cura milagrosa, sino que debiera considerarse como una parte más de los hábitos de vida (aspecto a veces dificultoso, ya que mayoritariamente, no han realizado nunca actividad física de forma regular. A pesar del avance en investigaciones genéticas, bioquímicas, neurofisiológicas, etc., parece ser que el factor de previsión

más preciso sobre la longevidad es el «estilo de vida», término que cada vez se escucha con mayor preocupación. Y el «estilo de vida» incluye la intervención sobre factores relacionados con el medio ambiente como la nutrición, el ejercicio físico, estrés, actitudes psicológicas, etc., mucho más determinantes, sin duda que los factores genéticos y biológicos.

Entre los factores que influyen en la calidad de vida, se pueden citar:

- Estilo de vida y hábitos personales: Alimentación, ejercicio físico, tabaco y alcohol, trabajo, ocupaciones diarias, sueño, control del peso...
- Situación familiar: Explicado en primer lugar por las mejoras psicológicas, y además comporta regularidad de hábitos, mejor alimentación, y un mejor «estilo de vida».
- Ingresos y ocupación: La ocupación supone la calidad de vida, y tras la jubilación, hay que encontrar nuevos objetivos en la vida.

### 3. LOS PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA LA TERCERA EDAD

La actividad física dirigida a las personas mayores hace algunos años era algo casi impensable, aunque actualmente, el nivel de práctica en ancianos es aún ridículo, ya que más de un 60% no tiene absolutamente ninguna limitación física para la práctica; del resto se puede adaptar el ejercicio a sus características fácilmente, y un minúsculo porcentaje realmente tiene impedimentos crónicos que desaconsejan totalmente el ejercicio físico. De todas formas, según Marcos Becerro, Frontera y Gómez Santonja (1995), poco a poco, comienza a haber una conciencia general, ya que sí se reconoce beneficiosa la realización de actividad física, aunque no es suficiente, ya que a pesar de ello, no se practica o se tiene un concepto equivocado por los valores normalmente atribuidos al deporte competitivo, o se cree que con la vida diaria ya se realiza suficiente «deporte».

Para Hernández (1995), los motivos que conducen inicialmente a la práctica son casi únicamente de tipo higiénico-preventivo, aunque pueden existir otros motivos como el de sociabilidad (ocupación del tiempo libre), de hábito (en personas iniciadas y concienciadas), de orgullo (valoración sobre todo en actividades competitivas) y por qué no, de moda.

Organizar un programa de actividad física supone conocer la realidad del grupo sobre el que se va a intervenir: sus intereses, nivel social, experiencias anteriores, estado funcional, etc. y diagnosticar correctamente la situación para saber amoldarnos como profesionales a la gran cantidad de realidades que se pueden encontrar. Para ello, es necesario realizar una posible clasificación del anciano practicante. Dicha clasificación, según Navarro (1996), no se puede hacer en función de la edad cronológica, sino que los aspectos más importantes que deben tenerse en cuenta son su estado de salud y las experiencias anteriores con relación a la actividad física realizada.

- En función del nivel de salud y autonomía:
  - *Anciano sano*: Las características físicas, mentales y sociales no presentan alteraciones importantes. Poseen buena autonomía.

- *Anciano enfermo*: Presenta alguna patología de tipo agudo o crónico; inicialmente no es causa de invalidez ni dependencia. Las precauciones han de ser mayores, pueden presentar discapacidades motoras.
  - *Anciano frágil*: Con posibles contraindicaciones a cierto tipo de ejercicio, pero con posibilidad de practicar guardando las precauciones precisas según cada caso. En él se incluyen algunas patologías crónicas, así como sucesos sociales y psicológicos.
  - *Anciano geriátrico*: Con patología invalidante o pluripatología que limita enormemente la práctica, aunque con programas más individualizados se pueden obtener mejoras importantes.
- Según los hábitos anteriores, se pueden diferenciar estos grupos:
- Los que han realizado actividad física con asiduidad.
  - Los que en alguna etapa han realizado ejercicio físico, pero por diversas causas han abandonado.
  - Los que nunca han realizado actividad física de forma regular.
- Diferenciando posteriormente el tipo de actividad física realizado en los últimos años:
- No practicante.
  - Practicante espontáneo.
  - Practicante constante.

Esta catalogación, unida a otras características que pueden ser de importancia, como las médicas, etnográficas (inmigrantes, autóctonos, etc.), sociales (situación familiar, estado civil, contexto social, institucionalización, etc.), culturales y económicas, nos ayudará como profesionales a adaptarnos correctamente a la realidad del grupo.

Un programa de actividad física siempre debe ir más allá de los meramente beneficios biológicos: para empezar debe conseguir consolidarse, y ello supone una continuidad y estabilidad en el tiempo, e implica una relación pedagógica (de aprendizaje) continua donde se debe tener en cuenta los sujetos practicantes, unos objetivos que traten al individuo y al grupo de forma integral (físicos, psicológicos y sociales), los contenidos a impartir, y una metodología de trabajo. Entrando en juego todos los elementos importantes de una relación pedagógica: motivación, planificación, adaptación, etc. y si el programa es de actividad física, deberemos tener en cuenta los parámetros de distribuciones de intensidad, duración, frecuencia de la actividad, tipo de ejercicio, orientación de la actividad, sistemas corporales implicados, posibles contraindicaciones, etc. La oferta de actividad física existente se puede dividir de la siguiente forma:

- Según el tipo de oferta:
- *Por cuenta propia*: necesita de una formación intrínseca y constancia, y como los ancianos actuales no tienen ni tan siquiera unos conocimientos básicos sobre la actividad física, el máximo exponente de esta modalidad

se encuentra en los paseos. Es positivo estimularlos, sobre todo en grupo, aunque debería realizarse además un trabajo global.

- *Sector privado*: reúne una oferta poco variada, supeditado a modas y ofrecen sus prácticas a aquellos sectores de la sociedad disponibles a invertir tiempo y dinero en el cuidado de sus cuerpos. Buscan rentabilidad económica, y a menudo no cuentan con personal especializado.
- *Sector público*: promueven la actividad física normalmente como acción social, incluyendo así al colectivo mayor.
- Según la periodicidad:
  - *Programas puntuales*: como actividades turísticas, encuentros, celebraciones, rehabilitación terapéutica, etc. donde puede existir una presencia más o menos importante de actividad física.
  - *Programas continuados*: se pueden diferenciar los orientados a una actividad en concreto (bolos, petanca, etc.) o los programas de tipo higiénico-preventivo, utilitario o socio-cultural. Estos últimos son los más interesantes desde el punto de vista de intervención social, pues son los que permiten a los profesionales concienciar y educar en los estilos de vida saludables.
- Según la orientación de la intervención:
  - *El modelo terapéutico*: de objetivos muy delimitados, utiliza las actividades rehabilitadoras para conseguir la mejora de alguna función específica del sujeto que está afectada a causa de la atrofia o la enfermedad, y su actuación acostumbra a ser analítica y específica sobre el órgano o la capacidad afectada. Su acción se delimita a nivel biológico, tras el diagnóstico de una discapacidad, y si bien su función es muy importante en sujetos con dolencias, es mejor prevenir antes de su aparición.
  - *El modelo higiénico-preventivo*: que utiliza las prácticas físicas como medio para conseguir una mejora física. Los objetivos principales van referidos a la mejora de los sistemas del cuerpo (cardiovascular, respiratorio, locomotor, etc.) en busca de la adaptación para la salud física que comporte un incremento de la autonomía física de las personas ancianas. Ello comporta fundamentalmente una pedagogía más directiva, donde las tareas toman significatividad siempre y cuando permitan la mejora de alguna capacidad física del sujeto. El control sobre los parámetros de duración, intensidad, alternancia de cargas, etc. es inevitable.
  - *El modelo recreativo socio-cultural*: que parte de un proceso de participación y creatividad de cada sujeto, en el que la motricidad es una herramienta sin finalidad en sí misma, sino que el objetivo principal es la integración, el protagonismo activo de los participantes, el aspecto lúdico, grupal y recreativo de las prácticas físicas. Se basa en una pedagogía activa, donde lo importante es la participación, la responsabilidad, el placer por la acción, la autonomía, dando prioridad al trabajo en grupo, fomentando la iniciativa y la creatividad. El objetivo físico no es el básico, buscando tanto el desarrollo personal individual como también el grupal.

- *El modelo utilitario*: definidos desde un punto de vista un tanto radical los dos modelos anteriores, el modelo utilitario representa el punto intermedio entre ambos. Ello comporta la utilización de actividades físico-recreativas, con objetivos claramente de mejora física, pero sin olvidar en ningún momento las aportaciones psicológicas y sociales que puede comportar la actividad y que supone una acción integral sobre el sujeto y sobre el grupo. La mejora de la autonomía y de las distintas capacidades físicas es uno de sus objetivos, pero conseguidos a través de actividades y de un trato pedagógico que comporte una interacción entre el grupo, y que no sólo tiene en cuenta las necesidades físicas de este colectivo, sino también sus necesidades psico-sociales y sus motivaciones respecto a la actividad. El diagnóstico correcto del grupo, tiempo disponible, equipamientos utilizables, etc. y una acción global y correctamente orientada conduce sin duda a una mejora de la calidad de vida de los sujetos.
- Finalmente, se puede incluir un modelo orientado a un solo tipo de actividad que puede o no ser competitivo, normalmente realizado de forma autónoma, individualmente o en grupo, hacia actividades que habitualmente ya se realizaban anteriormente a la ancianidad.
- Según el contexto institucional:
  - En residencias (de válidos, mixtas, asistidas).
  - En centros de día, hogares o clubes.
  - En locales sociales.
  - En asociaciones (de vecinos...).
  - En entidades locales (instalaciones deportivas, Ayuntamiento, Patronato de Deportes...).
  - En gimnasios.
  - En centros turísticos (balnearios, hoteles, playas...).

Pont (1996, 76) propone que para el diseño de programas de actividad física para personas mayores se deben tener en cuenta las siguientes premisas:

- a) Trabajo a baja intensidad.
- b) No llegar nunca a límites de cansancio.
- c) No llegar a provocar sudor.
- d) Controlar el ritmo cardíaco.
- e) No es bueno llegar a límites articulares, ni que se produzca dolor durante la realización de un ejercicio.
- f) No es correcto llegar a los límites de trabajo.
- g) Controlar los cambios de posición: Se pueden provocar mareos, pérdida del equilibrio, situaciones de peligro.
- h) Controlar la correcta colocación del cuerpo durante el ejercicio, manteniendo el tono muscular adecuado.

- i) Evitar en todo momento las curvaturas lumbares.
- j) Trabajar siempre en descarga.

Estos programas de actividad física tienen que adaptarse a las características de los sujetos a los que van dirigidos. Para Fontecha (1997; 1999), por lo tanto, no se requieren ejercicios especiales sino específicos, que estén en consonancia con sus capacidades y necesidades.

Para Febrer y Soler (1986), la programación es el elemento de trabajo básico e indispensable cuando se pretende dar coherencia y organización a lo que se pretende enseñar. Deben observarse, por tanto, unos puntos previos como: respetar la heterogeneidad de los grupos, tener en cuenta la falta de tradición motriz y dar tratamiento global a los objetivos del programa, permitir que cada participante elija después de haber explorado un abanico de posibilidades, la manera de desarrollar la situación o tarea propuesta.

Soler y Jimeno (1998), señalan como una dificultad en el diseño de programas la heterogeneidad del grupo. Por otra parte, Hernández (1995), indica que el material a utilizar en las sesiones debe tener las siguientes características: informalidad, calidez, no privacidad, familiaridad y libertad.

#### **4. ALGUNAS REFLEXIONES**

Existe una necesidad y responsabilidad por parte de los profesionales e investigadores por hacer recuperar a las personas mayores el deseo de moverse, de mantener y mejorar los diferentes niveles de competencia, mediante una práctica apropiada, evitando circunstancias que vayan en contra de la forma de pensar o ideas preconcebidas de los ancianos o que supongan un nivel de desconfianza en sus posibilidades que les empujen al abandono.

Sentirse capaz, competente en el dominio del cuerpo y de los objetos, sentirse conocedor de habilidades y de su empleo eficaz, es sin duda uno de los indicadores de su salud percibida, lo cual a su vez es un barómetro de su propia imagen corporal y personal. Que lo pasen bien aprendiendo habilidades motrices, deportivas y recreativas y que, a su vez, se sientan capaces de ser la causa de sus propias adquisiciones, es un objetivo que todos los programas de Psicomotricidad y todos los programas de actividad física debieran mantener.

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- Ajuriaguerra, J. de, et al. (1970). *Psychologie et psychométrie du vieillard. Confrontations Psychiatriques*, 5, 27-35.
- Attias, C. (1987). Consecuencias sociales del envejecimiento. El envejecimiento, una oportunidad para las sociedades del futuro. En, *La ancianidad en el año 2000. Una visión prospectiva* (pp. 117-128). Barcelona: Fundació Caixa de Pensions.
- Bazo, M.T. (1990). *La sociedad anciana*. Madrid. Centro de Investigaciones sociológicas. Madrid: Siglo XXI.
- Benavente Delgado, C. (1995). Psicomotricidad y Terapia Ocupacional en Geriatría. *Psicomotricidad. Revista de Estudios y Experiencias*. N<sup>o</sup> 49, pp. 27-41.

- Corredor, F. (1983). Educación Física para Adultos. *Revista Técnico-Profesional de Educación Física*, 9, 1-2.
- Díez Manglano, J. ; Vela Romero, J.M.; Sanz Rubio, M.C.; Bardina Tremps, E. ; Tricas Moreno, J.M. y Callau Barrio, M.P. (1991). Desarrollo de un programa de reeducación psicomotriz en el anciano. *Revista Esp. Geriatria y Gerontología*, 26, 3, pp. 191-195.
- Febrer, A. de, y Soler, A. (1986). Elementos y recursos para la programación. *Apuntes de Educación Física y Deportes*, 5, 4-8..
- Fernández Lópiz, E. y Liébana, J. A. (1994). Programas de intervención con técnicas de psicomotricidad para la población anciana. *Actas del III Congreso In-fad, Universidad de León*, pp. 138-141.
- Fonseca, V. da (1987). Gerontopsicomotricidad: una aproximación al concepto de retrogenesia psicomotora. *Psicomotricidad. Revista de Estudios y Experiencias*, N ° 25, p.12. Madrid.
- Fontecha Martínez, C. (1997). *Actividad Física Gerontológica. Análisis del contexto*. Madrid: Seminario Permanente de Actividad Física Gerontológica. I.N.E.F.
- Fontecha Martínez, C. (1999). Actividad Física Gerontológica. Habilidad motriz. *Revista de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 13, 37-47
- García Arroyo, M.J. (1995). *Entrenamiento de habilidades psicocorporales en la vejez*. Salamanca: Amarú.
- García Núñez, J.A. y Morales, J.M. (1995). Programa de gerontopsicomotricidad en ancianos institucionalizados. *Psicomotricidad. Revista de Estudios y Experiencias*. N ° 50, pp. 7-30.
- Hernández, M. (1995). *Actividades físico-deportivas para la tercera edad*. Madrid: INSERSO.
- Justo Martínez, E. (2000). Estimulación psicomotriz en personas mayores. *Psicomotricidad. Revista de Estudios y Experiencias*, N ° 65, pp. 19-23.
- Linares, P. (1999). Psicomotricidad y ancianidad. *Revista Polibea*, N ° 51, pp. 14-21.
- Martín Mesones, J.M. (1988). Psicomotricidad y tercera edad: Bases para la introducción de un plan psicomotriz en una institución geriátrica. *Geriatrika*, 4, pp. 500-503.
- Mishara, B.L. y Riedel, R.G. (1987). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata.
- Marcos Becerro, J.F.; Frontera, W. y Gómez Santonja, L. (1995). *La salud y la Actividad Física en las personas mayores*. Madrid: Comité Olímpico Español.
- Monedero, C. (1990). Psicología de la vejez. En, J.R. Parreño (Dir). *Tercera edad sana. Ejercicios preventivos y terapéuticos*. (pp. 33-50). Madrid: INSERSO.
- Parreño, J.R. (1983). *Tercera edad sana. Ejercicios preventivos y terapéuticos*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

- Pont, P. (1996). El material y la música como recursos en un programa de actividades físicas dirigido a personas mayores. *Apuntes de Educación Física y Deportes*, 43, 75-88.
- Ramos, F. y Sánchez, J. (1985). Una experiencia práctica de reeducación psicomotriz en ancianos. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 5, pp. 439-452.
- Soler, A. y Jimeno, M. (1998). *Actividades acuáticas para mayores*. Madrid: Gymnos.
- Torres Ortuño, A.I. (1996). *Autoconcepto y calidad de vida en personas de edad. Un estudio empírico*. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia.
- Villanueva Alemán, P. (1991). Psicomotricidad y expresión sensoriocorporal en Geriatria. *Revista Especialidad Geriatria y Gerontología*, 26, 2, pp. 129-133.

### **RESUMEN:**

Tras realizar una descripción de los cambios que se producen en el envejecimiento especialmente a nivel fisiológico, se plantea la necesidad de integrar actividades o programas de estimulación psicomotriz y de actividad física en el tratamiento general del anciano, de forma que se provoque un enlentecimiento del deterioro funcional inherente a la vejez, mejorando el funcionamiento psicofisiológico del organismo, produciendo el aprendizaje de nuevas destrezas o la mejora de aquellas que ya se poseen y favoreciendo así la comunicación, el contacto social y su calidad de vida.

### **PALABRAS CLAVE:**

Ancianos; envejecimiento; geriatría: involución fisiológica; programas de estimulación y rehabilitación psicomotriz; programas de actividad física; calidad de vida.

### **ABSTRACT:**

After carrying out a description of the changes that they take place especially in the aging at physiologic level, the author thinks about the necessity to integrate activities or programs of psychomotor stimulation and of physical activity in the elderly people general treatment, so it is caused an slow movement of the inherent functional deterioration to the age, improving the psycho-physiologic operation of the organism, producing the learning of new dexterities or the improvement of those that are already possessed and favouring this way the communication, the social contact and their quality of life.

### **KEYWORDS:**

Old men; aging; geriatrics: physiologic involution; psychomotor stimulation and rehabilitation programs; programs of physical activity; quality of life.

**DATOS DEL AUTOR:**

Rogelio Martínez Abellán, es Doctor en Pedagogía y Especialista Universitario en Práctica Psicomotriz Educativa por la Universidad de Murcia. A lo largo de su trayectoria profesional ha trabajado durante 10 años como Psicomotricista con niños con Síndrome de Down y actualmente es profesor de Educación Especial (Departamento de Didáctica y Organización Escolar) en la Facultad de Educación de la Universidad de Murcia (España). Ha investigado y publicado sobre diferentes temas: la práctica psicomotriz y la educación especial (síndrome de Down y deficiencia visual), entre otros.

# Número 17

Febrero 2005

vol. 5 (1)



## RESÚMENES / ABSTRACTS

### **Relación entre el nivel educacional de los padres, y el desarrollo psicomotor de niños y niñas de la ciudad de Talca (Chile)**

*Relation between the householder's educational level and the psychomotor development of children in Talca city (Chile)*

**AUTOR:** Marcelo Valdés Arriagada

**RESUMEN:** El siguiente artículo tiene como propósito describir el desarrollo psicomotor de los niños y niñas de 4 a 5 años de edad que asisten regularmente a establecimientos educacionales de la ciudad de Talca (Chile), respecto del nivel educacional de los padres. Se puede observar que el nivel educacional del jefe de hogar influye sobre el desarrollo psicomotor de las niñas y niños evaluados. Podemos indicar que, los mejores resultados se observan en los subtests de coordinación y lenguaje.

**ABSTRACT:** The following article aims to describe the relation between the psychomotor development of 5 and 4 years old children, who regularly attend to educational centers of Talca commune and the householder's educational level. According to the results, it is possible to find out that the children's psychomotor development is highly determined by the householder's educational level, being this one a fundamental factor in the psychomotor stimulation processes.

### **«... de Maestra a Psicomotricista». Algunos aportes desde la psicomotricidad a la enseñanza**

*«... from a Teacher to a Psychomotricist». Some contributions from the Psychomotricity to the Education*

**AUTORA:** Claudia Ravera

**RESUMEN:** A partir de su doble condición de maestra y psicomotricista, la autora nos ofrece una amplia reflexión sobre las posibles aportaciones de la psicomotricidad a la práctica educativa, tanto en el campo del aprendizaje como en el de las relaciones.

---

Número 17

Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales  
Febrero de 2005

**ABSTRACT:** Starting from her double condition, teacher and psychomotor therapist, the author offers us a wide reflection on the possible contributions from the psychomotricity to the educational practice, as much in the field of the learning as in that of the relationships.

## **La importancia del vínculo en el proceso de separación e individuación (I)**

*The importance of the bond in the process of separation and individuation*

**AUTORA:** Laura Uchitel

**RESUMEN:** Reflexionar acerca de las vicisitudes de los vínculos primarios nos permite unificar en una misma acción la prevención y la promoción de la salud.

La constitución del humano no es estática, es dinámica, cambiante. Es el resultado del potencial genético, influenciado por factores familiares y ambientales, anteriores y presentes. Este concepto «dinámico» implica considerar una dialéctica en la que se involucra lo biótico, lo psíquico y lo social.

La Atención Temprana se ocupa de los bebés con problemas de desarrollo y de sus padres, de las vicisitudes de ser infante y la implicancia de tener un hijo con patologías discapacitantes o con alto riesgo de tenerlas.

A lo largo de este trabajo se presenta un marco teórico que nos permite abordar dicha problemática desde un enfoque biopsicosocial, una guía de seguimiento del recién nacido para alto riesgo social y por último (en la segunda parte) se describe un caso donde se observa que el amor maternal no es, de ninguna manera, un sentimiento puro e ideal ni tampoco simple, sin conflictos, tal como siempre aparece representado por el imaginario colectivo.

Esto último nos lleva a cuestionarnos si la dificultad que el niño transita se debe solamente al déficit capacitario, a la cuestión orgánica o si será que a partir del nacimiento del niño también emerge la verdadera discapacidad de los adultos donde se confunde lo personal con lo parental.

El abordaje desde la Atención Temprana no reside en la estimulación del niño por parte del terapeuta, sino que éste debe intervenir de manera que lo que se reestablezca sea el vínculo madre-hijo.

**ABSTRACT:** To meditate about the vicissitudes of the primary bonds allows to become unified in a single action both, the prevention and the promotion of the health.

The human's constitution is not static, it is dynamic and changing. It is the result of the genetic potential, influenced by family and environmental, previous and present factors. This concept «dynamic» implies to consider a dialectical issue wich biological, psychic and social aspects are involved.

The Early Attention is in charge of the babies with development problems and of their parents, of the vicissitudes of being infant and the implication of having a son with pathologies that disable or with high risk of having them.

Along this work a theoretical mark is presented that allows us to approach this problem from a bio-psycho-social focus, a guide to follow up the baby with

social high risk and lastly (in the second part) a case is described where it is observed that the maternal love is not, in no way, a pure and ideal feeling neither simple, without conflicts, just as it always appears represented by the collective imaginary.

This last thing bring us to question us if the difficulty that the child experiences it is only caused by deficit of capacities, as a organic question or if it will be that starting from the child's birth also it emerges the true disability of the adults where the personal things are confused with the family things.

The approach from the Early Attention doesn't lies in the child's stimulation by the therapist, because he or she should intervene to reestablish the bond mother-son.

### **Quando a tensão escapa pelo corpo**

*When the tension escapes for the body*

**AUTORA:** Vera Lúcia de Mattos

**RESUMO:** Um dos recursos técnicos mais usados em Psicomotricidade é a Relaxação. Por meio de cenas clínicas buscamos, neste estudo, demonstrar os efeitos da técnica Bergès-Bounes na restauração da imagem corporal e na reconstrução do esquema corporal num caso de Instabilidade Psicomotora.

**ABSTRACT:** One of the most used technical resources in Psychomotricity is the Relaxation. Through clinic situations, we search in this study to show the effects of Bergès- Bounes's technique in the restoring of body image and reconstruction of the corporal structure in a case of psychomotor instability.

### **Los bebés prematuros y sus madres**

*The premature babies and their mothers*

**AUTORA:** Àngels Morral Subirà

**RESUMEN:** Este artículo está basado en un trabajo de revisión teórica sobre la formación del vínculo afectivo entre el bebé y su madre. Empezando por su prehistoria, el embarazo y su punto de partida, el parto. Un intento de acercarse a la prematuridad desde un enfoque psicológico que no quiere ser una oposición al enfoque médico, sino, un complemento. Un estudio sobre la prematuridad desde la visión del bebé prematuro, su madre y los profesionales que trabajan en este campo. Un intentó de poder predecir qué puede pasar en el futuro desarrollo motor de estos bebés. El objetivo es poder ver el tema desde una globalidad y poder establecer relaciones entre todos los aspectos y todos sus componentes. Este artículo de revisión teórica también guarda un pequeño espacio para la vivencia personal del tema con el relato de una corta pero intensa visita al hospital de Sant Pau de Barcelona, a la unidad de curas intensivas para bebés prematuros.

**ABSTRACT:** This article is a summary of a longer report reviewing the theory about the construction from the beginning of the affective link between a mother and her just born baby. The analysis comes from the prehistory of the link, the pregnant period and the childbirth. It has been tried to make an approach to

the premature childbirth from the psychological point of view as a complement of the medical point of view. This study has been focused on the premature baby, the mamma and the technicians working in this field, trying to foresee what will be the future development of the child. The objective is to see this subject from a whole point of view and try to find out the relationship among the different members and their components. This article try to be a technical review of these topics expounded before, but it holds as well a part for a description of a short but intensive visit to the «Sant Pau» Hospital in Barcelona, to the unit of intensive care for premature babies.

### **Psicomotricidad y actividad física en la tercera edad**

*Psychomotricity and physical activity in elderly people*

**AUTOR:** Rogelio Martínez Abellán

**RESUMEN:** Tras realizar una descripción de los cambios que se producen en el envejecimiento especialmente a nivel fisiológico, se plantea la necesidad de integrar actividades o programas de estimulación psicomotriz y de actividad física en el tratamiento general del anciano, de forma que se provoque un enlentecimiento del deterioro funcional inherente a la vejez, mejorando el funcionamiento psicofisiológico del organismo, produciendo el aprendizaje de nuevas destrezas o la mejora de aquellas que ya se poseen y favoreciendo así la comunicación, el contacto social y su calidad de vida.

**ABSTRACT:** After carrying out a description of the changes that they take place especially in the aging at physiologic level, the author thinks about the necessity to integrate activities or programs of psychomotor stimulation and of physical activity in the elderly people general treatment, so it is caused an slow movement of the inherent functional deterioration to the age, improving the psycho-physiologic operation of the organism, producing the learning of new dexterities or the improvement of those that are already possessed and favouring this way the communication, the social contact and their quality of life.

## NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

**Collado Vázquez S, Pérez García C, Carrillo Esteban J. (2004). *Motricidad. Fundamentos y aplicaciones*. Madrid: Dykinson.**  
ISBN: 84-9772-332-5 (552 Páginas)

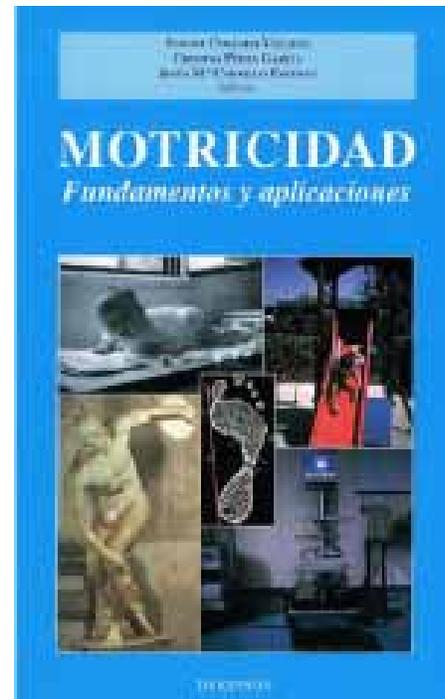
Para la elaboración de este texto se ha contado con un equipo multidisciplinar formado por médicos, psicólogos y fisioterapeutas que han aportado su experiencia clínica, docente e investigadora, contribuyendo así a satisfacer la demanda de una obra como la que se acaba de publicar.

En los 68 capítulos que componen el libro se lleva a cabo una revisión de los fundamentos teóricos y prácticos de la motricidad. Comienza la parte teórica con una clarificación de los conceptos de motricidad y psicomotricidad, una clasificación de la motricidad y los factores que influyen en la misma. Se define así a la motricidad como la acción del sistema nervioso que determina la contracción muscular ante diversos estímulos. En esta definición se consideran de manera central los aspectos funcionales del movimiento. La psicomotricidad, por su parte, resalta la importancia y la imbricación de los procesos de aprendizaje en el acto motor. A continuación se exponen las bases fisiológicas de la motricidad, se describen las estructuras que intervienen en el acto motor y sus adaptaciones a situaciones como uso excesivo, falta de uso y lesión.

El desarrollo del niño es uno de los contenidos importantes. Se recogen aportaciones sobre desarrollo motor y postural, reflejos primitivos, tono muscular, órganos de los sentidos, prensión, exploración, así como estimulación precoz, psicomotricidad y la actividad física en el niño sano y en el niño con patologías crónicas.

Los autores han recogido también con acierto y actualidad la temática de la gerontomotricidad, a la que se dedican varios capítulos que muestran el proceso de envejecimiento, teorías que intentan explicar dicho proceso y cómo se afectan los distintos órganos y sistemas.

Otro bloque es el dedicado a la marcha humana, en el que se expone con precisión y detalle el concepto de marcha, el desarrollo de la misma, los factores que la



modifican, el ciclo de la marcha, su cinética, cinemática y acción muscular, los procedimientos exploratorios, con una amplia ilustración de técnicas muy novedosas y punteras y un estudio comparativo entre la marcha, carrera y salto.

En los temas dedicados a la función manual se describe la función de prensión con una exposición de los distintos tipos de presa y su evaluación. Concluye con el estudio de los aspectos generales de la postura y la evaluación postural.

Por otra parte, complementa perfectamente la obra su parte práctica. Comienza con la valoración de la aptitud física a través de la medición de la frecuencia cardíaca y presión arterial, antropometría y pruebas de esfuerzo. Se aborda la exploración de la coordinación, equilibrio, sensibilidad y reflejos y también la reeducación de trastornos de coordinación y equilibrio mediante ejercicios sencillos o con la utilización de sistemas más sofisticados como las técnicas de posturografía.

Temas que siguen a continuación tales como la exploración de la columna vertebral, las normas posturales y las transferencias son de gran aplicación en campos como la educación en el medio escolar sobre higiene postural, ergonomía, y en la práctica clínica para la movilización de pacientes. Destaca también en esta parte práctica el análisis de la destreza manual.

Los capítulos siguientes hacen referencia a la motricidad del anciano y tratan aspectos como la evaluación y reeducación de la memoria, el análisis del equilibrio y la marcha, y la actividad física y psicomotricidad. Se exponen algunas técnicas complementarias como las plataformas dinamométricas y análisis de huellas plantares, el desarrollo de ejercicios específicos para deformidades podálicas y la utilización de diversas ayudas para la marcha.

Concluye el libro con los capítulos sobre la relajación (Schultz, Jacobson, hipnosis y biofeedback, donde destaca por su interés y claridad didáctica su vinculación al campo básico del aprendizaje. En estos capítulos, con instrucciones pedagógicas y fáciles de seguir, se ilustra, por ejemplo, cómo comenzar con las sesiones de relajación e hipnosis y la importancia de las instrucciones verbales en el desarrollo de las técnicas de Jacobson, Schultz o hipnosis clínica y sugerencias de aplicación en ámbitos como el tratamiento de los trastornos emocionales y del dolor.

En definitiva, se trata de una obra muy didáctica, útil tanto para el estudiante como para el profesional de las Ciencias de la Salud. La acertada manera de armonizar todos los aspectos teóricos y prácticos de la Motricidad hacen de él, un marco de referencia para la consulta y el estudio.

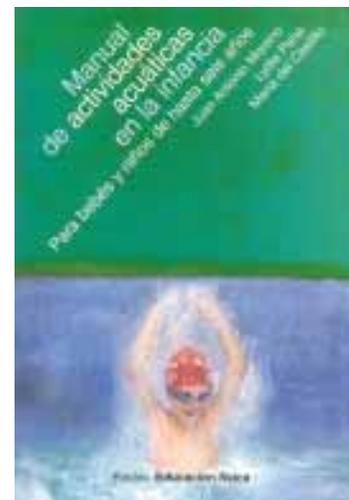
*[Texto tomado de la reseña realizada por Jesús Guodemar Pérez]  
[http://www.uax.es/publicaciones/archivos/CCSAED04\\_001.pdf](http://www.uax.es/publicaciones/archivos/CCSAED04_001.pdf)*

**Dónde solicitar el libro:**

Dykinson, S.L.  
C/ Meléndez Valdés, 61. 28015 - Madrid [España]  
Teléfono: (34) 915442846; Fax: (34) 9154460403  
E-mail: [info@dykinson.com](mailto:info@dykinson.com)  
Web: [www.dykinson.com](http://www.dykinson.com)

**Juan Antonio Moreno, Lydia Pena y María del Castillo (2004). *Manual de actividades acuáticas en la infancia*. Barcelona: Paidós.**

ISBN: 84-493-1614-6 (222 Páginas)



El trabajo en el medio acuático en la etapa infantil es tan importante como complicado de aplicar. Su importancia reside en el desarrollo de una práctica educativa que sobrepasa la mera actividad corporal individual y se extiende a la relación entre padres e hijos. El fin último de «saber nadar» garantiza, simultáneamente, una estimulación del ámbito motor muy beneficiosa para la maduración del niño.

Los griegos decían que era tan importante saber leer como saber nadar, y los actuales estudiosos del comportamiento y el desarrollo motor nos presentan esta práctica como imprescindible para la estimulación y la evolución de ciertas capacidades humanas.

Para nosotros, educadores, todo esto forma parte de un proceso educativo, corporal y relacional, que tiene como medio el agua y que reúne potenciales suficientes para convertirse en un proyecto educativo, social y familiar, quizás incluso preventivo de cierto mal de nuestra sociedad actual, caracterizada por la falta de tiempo para comunicarse y relacionarse.

Podemos decir, entonces, que hace mucho que la «natación para bebés» dejó de ser un simple espacio acuático, donde se ponía a los niños a chapotear o se los estimulaba para conseguir que en el futuro tuvieran un buen dominio de las técnicas natatorias. Fundamentar teóricamente la necesidad y la utilidad de «saber nadar», considerado como un bien social, no necesita una gran profundización.

La importancia educativa y de desarrollo corporal de esta actividad (la estimulación que provoca en movimientos de intensidades y amplitudes diferentes) la colocan, cada vez con más insistencia, en la lista de las acciones educativas preferentes. Incluso es todavía posible encontrar otras justificaciones, como las pertenecientes al ámbito psicológico y psicoterapéutico, con relación a los miedos (el miedo al agua no es un sentimiento aislado, sucede por razones conocidas y normalmente está desencadenado por experiencias negativas o por inducción de ideas equivocadas), al autoconocimiento y al autocontrol que exige de cualquier individuo.

De aquí la «necesidad» de tener eficiencia acuática, tan pronto como sea posible. Incluso sabiendo que nos encontramos con dificultades de naturaleza afectivo-emocional y que cualquier «desatención» en este aspecto puede acarrear perjuicios de desarrollo futuros, se trata por tanto de un aprendizaje imprescindible.

La gran divulgación de la necesidad de saber nadar en edades tempranas, normalmente acompañada de la idea de que un bebé de meses lo puede realizar y, por lo tanto, salvarse si llegara a caer en una zona profunda, ha provocado que a estas prácticas se las denomine «bebés nadadores» o «natación para bebés»,

transmitiendo, desde nuestro punto de vista, una falsa idea de que basta poner un bebé en el agua para que sea capaz de nadar.

De hecho, el término «nadar», como también indica Sarmiento (2003), nos parece un tanto exagerado, entendiendo lo que constituye o significa, en general, el concepto de saber nadar. Entonces, si los niños tienen un desarrollo acuático temporalizado, es importante saber las razones de su puesta en práctica.

No hay duda de que la práctica acuática en la etapa infantil presenta una intención de locomoción acuática en la que se utilizan movimientos que explicitan los patrones básicos del movimiento humano (alternados, cruzados, simultáneos). Con todo, esta competencia motriz no debe confundirse con las «técnicas de natación», porque el estado de desarrollo (cognitivo y motor) de los bebés no permite la coordinación compleja de tales gestos. Esto no significa, sin embargo, que nos opongamos a estas técnicas gestuales, al contrario, somos conscientes de que una buena experiencia inicial confiere una buena base para el aprendizaje técnico de la natación y el resto de disciplinas deportivas acuáticas, lo que justifica también la implementación de la experiencia motriz en el medio acuático en edades tempranas.

Por todo lo anterior, entendemos que las actividades acuáticas para la etapa infantil tienen esencialmente la finalidad de educar y ordenar los aprendizajes de hechos, conceptos, procedimientos, actitudes, valores y normas, para conseguir el desarrollo máximo de las capacidades cognoscitivas, motrices, de actuación social, etc. Todo ello requiere ordenar los objetivos en secuencias de menor a mayor complejidad, adaptándolos en todo momento a las diferentes características evolutivas, así como a la maduración personal del niño en los tres ámbitos de actuación: cognitivo, afectivo y motor.

La acción pedagógica que pretenda ser educativa no puede caer en el estereotipo de presentar patrones motores que hayan de imitarse y repetirse hasta conseguir el objetivo deseado. La acción educativa no puede omitir el procedimiento, porque la base de otros aprendizajes está en él, y, por tanto, si bien conseguir el resultado final es importante, también lo es el camino utilizado y realizado. De esta premisa se deriva una consecuencia metodológica fundamental: «Debemos enseñar a aprender, no enseñar a reproducir».

En esta etapa es necesario descubrir aquello que se ha de aprender, lógicamente a través de situaciones lúdicas, asumiendo la experiencia que comporta aquel aprendizaje e incorporándolo como un elemento nuevo que nos permitirá posteriores aprendizajes. Coincidiendo con las conclusiones obtenidas en el I Congreso de Actividades Acuáticas celebrado en Barcelona en 1990 por SEAE (Servei d'Ensenyament i Assessorament Esportiu) y de forma resumida, presentamos las premisas en las que nos apoyamos en este texto:

- Respetar la evolución natural del niño, así como sus derechos como persona y su individualidad.
- Permitir que el niño viva sus propias experiencias sin imposiciones ajenas a su voluntad.
- Aprovechar todas las posibilidades de desarrollo del niño, potenciándolas y afianzándolas a través de la acción educativa.
- Pretender la autonomía en el agua considerando que el medio acuático

permite evoluciones en tres dimensiones.

- Aprovechar la oportunidad privilegiada que nos proporciona el medio acuático como punto de encuentro, como un núcleo que favorece la comunicación en todos los aspectos: tónico, verbal, gestual y afectivo.
- Facilitar la posterior adaptación a otras actividades acuáticas con mayor dificultad de ejecución.

Para llegar a comunicar este planteamiento en esta etapa presentamos los contenidos de este libro en tres grandes partes.

*Primera parte: Desarrollo y aprendizaje motor acuático en la etapa infantil.* Se establecen los conceptos básicos del desarrollo motor acuático desde el nacimiento del niño hasta los 6 años, así como la evolución de su comportamiento motor en el agua. También se analiza el modelo de aprendizaje para esta etapa.

*Segunda parte: Las relaciones entre los alumnos, los padres y el educador en la actividad acuática infantil.* Se analiza la importancia que tienen los comportamientos afectivos tanto del técnico acuático como de los padres en las interacciones que se producen con el alumno en el contexto acuático.

*Tercera parte: Metodología acuática infantil.* Se presenta una propuesta metodológica de enseñanza desglosada en dos etapas: de 0 a 3 años y de 3 a 6 años. En cada una ellas se proponen distintas fases para la adquisición de las habilidades motrices acuáticas, además de tareas para ayudar en el desarrollo de esas habilidades y una evaluación de las mismas.

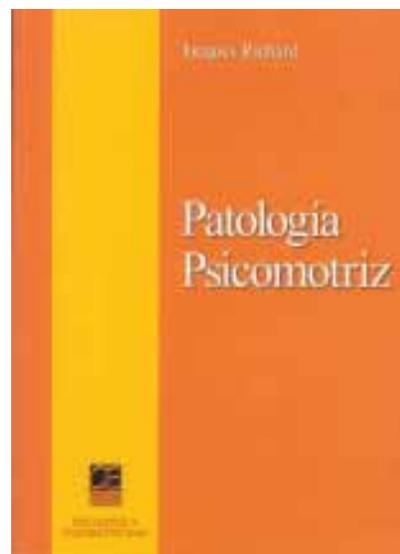
[Texto tomado del Prólogo del libro. Páginas 13-16]

**Dónde solicitar el libro:**

Ediciones Paidós Ibérica  
C/ Mariano Cubí, 92. 08021 - Barcelona [España]  
Teléfono: (34) 932405800; Fax: (34) 932099009  
E-mail: [paidos@paidos.com](mailto:paidos@paidos.com)  
Web: [www.paidos.com](http://www.paidos.com)

**Jacques Richard (2004). *Patología Psicomotriz*. Madrid: CIE Inversiones Editoriales Dossat 2000.**

ISBN: 84-89656-37-1 (222 Páginas)



Hablamos de *psicomotricidad* cuando nos referimos a la *motricidad* en términos de *conducta*. La *psicomotricidad* se expresa por el *movimiento*, *los gestos*, la *actitud* y la *postura*. Los orígenes de la *psicomotricidad*, que se remontan a finales del siglo XVIII, son esencialmente médicos, filosóficos y psicológicos. De ahí deriva una forma peculiar de tratamiento, la *terapia psicomotriz* aplicada por los denominados profesionales de la salud, formados especialmente a tal efecto como terapeutas de *psicomotricidad*.

La *psicomotricidad* debe a la medicina las primeras descripciones clínicas y el registro de sus manifestaciones patológicas pero, los fenómenos *psicomotores* se han comprendido y nutrido con la reflexión filosófica, sobre todo en lo concerniente a la relación entre las nociones de *psique* y *soma*; también con la investigación psicológica que, en su desarrollo, se ha ocupado más de *normalidad* que de *funcionalidad*. También se han enriquecido con el valor concedido a la *metapsicología* y, a través de ella, al *inconsciente*. Luego se vieron influidos por otras posiciones ideológicas, como por ejemplo el *conductismo* o el *cognitivism*o.

Solamente después de pasados cuarenta años se perfila y afirma progresivamente la nueva función del *terapeuta de psicomotricidad*, que desde hace mucho tiempo ha estado dominada por una orientación muy educativa o reeducativa antes de que su dimensión relacional asumiera un papel esencial.

Sometido a la acción, el *terapeuta de psicomotricidad* en su historia más reciente ha aportado una visión personal sobre la semiología del comportamiento, del que ha desvelado con sus conceptos, su vocabulario y sus objetivos, aspectos hasta entonces mal conocidos. Sin embargo, ocurre que a menudo se solicita su intervención sobre la base de un diagnóstico médico, que debe trasladar al ámbito específico de su método de tratamiento. Esta descodificación le permite arrojar nueva luz sobre los síntomas propios de la afección que el médico trata. Pero, sobre todo, se embarca en un proceso terapéutico que le es propio o que puede completar el ya emprendido por el médico.

Si se quiere comprender cómo se organizan y reparten entre las diferentes profesiones de la salud las ofertas terapéuticas, es necesario detenerse en la cuestión primordial, la de la *patología psicomotriz*, que constituye el objeto de esta obra.

Hablar de *patología* es, en el ser humano, considerar un perjuicio para su organismo; habitualmente es explicar lo que constituye la justificación de su abordaje terapéutico. Pero sobre todo es defender un método de intervención encarado a erradicar la afección en que se basa la *patología*. Para el *terapeuta de psicomotrici-*

dad hablar de patología es, en primer lugar, definir un campo de acción terapéutico preciso y limitado, que puede ser también el mismo del médico. Pero, aún más, consiste en recurrir a un procedimiento específico cuyas modalidades y finalidad son esencialmente adaptativas.

Para el médico, la patología psicomotriz se define en función de los valores que él le otorga a la *afección*. La afección sienta las bases de lo que es *patológico*. Es la que hace sufrir al ser vivo o es una realidad consistente en la presencia o evolución de un proceso mórbido. Cuando es física, altera, a nivel de lesión o en el plano funcional, el estado somático del organismo; cuando es mental, está determinada por un acontecimiento o una serie de acontecimientos que alteran el psiquismo y se manifiestan en forma de una perturbación del comportamiento y la conducta, dificultando la adaptación del individuo a su medio.

En términos metodológicos, la *enfermedad* es el perfil operativo que atribuye, conforme a su razonamiento, a la afección para encuadrarla en un proceso causal que condiciona la terapéutica. Es el dato de una elaboración intelectual; carece de realidad por sí misma.

El médico pone su sello a lo lesional, a lo funcional y al procedimiento, y el terapeuta de psicomotricidad se descubre, en el ámbito del campo psicomotor, en la funcionalidad de lo lesional, en lo que es propio del interjuego a ese nivel de los diferentes sistemas del organismo y en la disposición o las particularidades de la gestión de sus cuidados. Su causalidad tiene su punto de partida en la búsqueda de los mecanismos que inducen un comportamiento o una conducta psicomotriz, sin situarlos en relación a lo patológico. Su finalidad estriba en la aclimatación del individuo a su entorno. El terapeuta de psicomotricidad puede ciertamente trabajar sobre la patología delimitada por el médico integrándola en su modo de pensamiento. Las observaciones que éste recoge con su propia observación permiten a su vez al médico enriquecer y perfeccionar su saber sobre lo que, desde su reflexión, considera patológico.

Obrando así, el psicomotricista debe pues situarse en relación a la nosografía *médica*, a la que convendremos en asignar la descripción de las afecciones, y en relación a la nosología médica, que se entenderá como el sistema de clasificación de dichas afecciones. Porque es ahí donde las categorías *psicomotrices* que el terapeuta desarrolla pueden permitirle afirmar claramente su autonomía y su justa contribución a que el individuo se adapta mejor a su entorno.

No es menos evidente que, por históricos que sean, algunos de los estados psicomotores descritos, como el de la debilidad motora de E. DUPRE, se han vuelto, con la evolución conceptual habida tanto en medicina del comportamiento como en terapia psicomotriz, demasiado imprecisos para delimitar la realidad de lo que ahora se observa y determinar la línea más útil para el desarrollo del proceso terapéutico. En efecto, al mismo tiempo que la noción de debilidad motriz se ha acompañado de aportaciones inéditas, como la de la paratonía, progresivamente se ha visto que multitud de síntomas se han incluido abusivamente en un cuadro de referencia que parece pretender conceder el estatus de enfermedad a lo que podría tener solamente el valor de síndrome o ser de tipo psicomotor.

Nuestra intención es por tanto autenticar, a partir de la experiencia de la medicina, la naturaleza actual de la práctica del terapeuta de psicomotricidad, que ya no

puede apelar a objetivos paramédicos. Le es entonces sumamente necesario obligarse en su desarrollo, delimitar cada vez mejor la calidad y las fronteras de su conocimiento y de su acción. Este es el único medio de que dispone, no solamente para hacer reconocer sino para mantener una especificidad que ya no se pone en duda.

De estas observaciones dan cuenta la estructura misma de esta obra. En la primera parte, se recuerdan primero, la manera como se distinguen la noción de psicomotricidad, y por otra parte, la forma en que se ha forjado la noción de desorden psicomotor. En una segunda parte se describen los principales aspectos de la semiología médica de los comportamientos motores y las conductas motrices, así como los diferentes síndromes y las enfermedades psicomotrices que corresponden a este abordaje concreto. La tercera parte se consagra exclusivamente a las aportaciones, a la patología y al instrumento conceptual del terapeuta de psicomotricidad; se acompaña con la ilustración de un proceso en terapia psicomotriz.

En efecto, nos ha parecido necesario y útil para su mejor aplicación, situar en su registro respectivo los aspectos del saber que enriquecen con más frecuencia esta práctica curativa y que contribuyen a cubrir los mismos tipos de necesidades, las del hombre que sufre.

La terapia psicomotriz vive un periodo en que, después de haber dado a conocer sus fines, sus conceptos, su vocabulario, su metodología y sus categorías clínicas, intenta hacerse respetar frente a la medicina causalista y otras profesiones de la salud, un campo de acción terapéutica que le es propio.

En este movimiento, debe saber traducir constantemente a su registro las demandas de intervención hechas con un espíritu diferente y en un marco que no es el suyo. Desde este punto de vista, todavía resulta difícil admitir que es preferible tratar los problemas que pertenecen a su campo, a su práctica. De este modo, conserva la ventaja de descubrir para el paciente y no tratar cuestionamientos esenciales. Ya sea psiquiatra o se centre en el comportamiento, el médico que requiere su colaboración debe adoptar su modo de pensamiento.

Con nuestros colegas Phillippe BOVIER, Krisztof FORTINI y Nathalia VASSILIU, y con Odile AGOLINI, Véronique DELI, Magali GENOUD, Elise RAMSEIER, Sandra SACCHEO, terapeutas de psicomotricidad, hemos intentado, a lo largo de estos veinticinco últimos años, responder a ciertos interrogantes planteados por la patología psicomotriz en una práctica cotidiana pacientemente elaborada, en una investigación que ha puesto a prueba nuestras certidumbres y ha aclarado nuestras dudas, así como en la enseñanza que de todo ello resulta. Estén seguros de nuestra profunda gratitud a Lina RUBIO y al resto de equipo de la Escuela Internacional de Psicomotricidad de Madrid, sin quienes esta obra quizás no habría salido a la luz.

*[Texto tomado del Prólogo del libro. Páginas 15-20]*

**Dónde solicitar el libro:**

CIE Inversiones Editoriales Dossat 2000  
Av. Pío XII, 57. 28016 - Madrid [España]  
Teléfono: (34) 913591090; Fax: (34) 913 509381  
E-mail: comercial@ciedossat.com  
EWeb: www.ciedossat.com



# Normas de publicación

## **Aspectos formales:**

Los autores enviarán el trabajo por correo electrónico a la Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales (revista@iberopsicomot.net) por el sistema de «archivos adjuntos» (*attach files*) mediante un archivo con el texto del artículo, bibliografía, palabras clave, resumen, *abstract*, *keywords*, 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, symposium, jornadas...).
- Estará escrito en español o portugués y se enviará, preferiblemente, en formato de Microsoft Word (DOC o RFT). En cualquier caso, en el mensaje de correo electrónico junto al que se envíen los ficheros debe quedar especificado claramente el programa y versión utilizado en la elaboración del texto. Los gráficos se presentarán en ficheros GIF o JPG, un fichero por cada gráfico, con nombres correlativos (graf1, graf2, etc.).
- Los trabajos serán presentados en formato de página A4 o Letter, 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 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.
  - KEYWORDS: 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 publicación y de citas propuesto por la A.P.A. (1994) *Publication Manual* (4th ed.). Para citar 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 entre paréntesis. Si se citan exactamente las palabras de un autor, éstas deben ir entre comillas y se incluirá el número de la página. *Ejemplo:* "encontrar soluciones a los problemas sociales era mucho más difícil de lo que originalmente se pensaba" (House, 1992, 47).
  - Cuando se utilice una paráfrasis de alguna idea, debe darse el crédito del autor. *Ejemplo:* House (1992) señala que es necesario tener en cuenta los intereses de todas las partes implicadas.
  - La estructura de las referencias bibliográfica 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./eds.), *Título del libro*, (pp. páginas). Ciudad de publicación: Editorial.

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 para que informen 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 en efectivo a los autores por la publicación de los artículos. En cambio, a quienes les sea publicado un artículo se les dará acceso al número completo en que aparece.

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.



**www.iberopsicomot.net**  
**vol. 5 (1)**



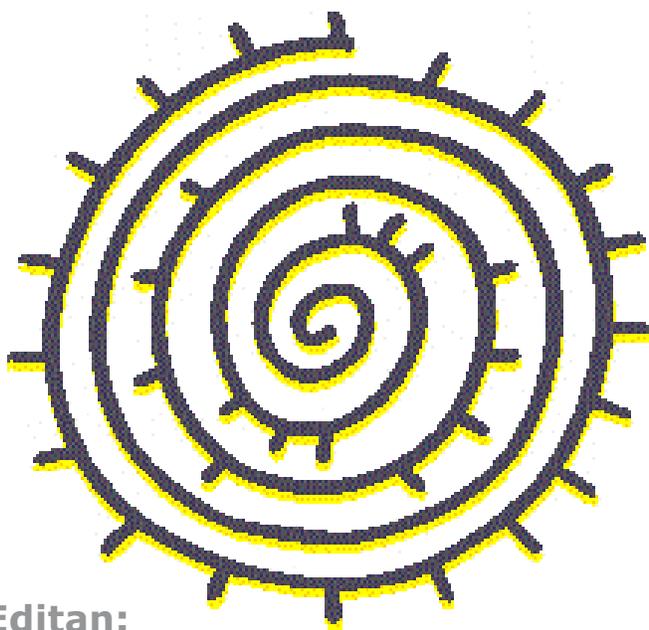
**Número 17**  
***Febrero de 2005***

vol. 5 (1)

Número 17

Febrero de 2005

[www.iberopsicomot.net](http://www.iberopsicomot.net)



Editan:  
Asociación de Psicomotricistas  
del Estado Español y Red  
Fortaleza de Psicomotricidad

ISSN: 1577-0788

R e v i s  
t a I b e r  
o a m e r  
i c a n a  
d e P s i  
c o m o t  
r i c i d a  
d y T é c  
n i c a s  
C o r p o  
r a l e s

