



NOVIEMBRE 2014

NÚMERO

39

Revista  
Iberoamericana de  
Psicomotricidad y  
Técnicas  
Corporales

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

ISSN: 1577-0788



## Staf

### Fundador

• Pedro P. Berrueto (España)

### Director

• Juan Mila (Uruguay)

### Director Asociado

• Miguel Sassano (Argentina)

### Consejo de Redacción

• Monserrat Antón (España)

• Pilar Arnaiz (España)

• Pablo Bottini (Argentina)

• Dayse Campos (Brasil)

• Misericordia Camps (España)

• Blanca García (Uruguay)

• Lola García (España)

• Alfonso Lázaro (España)

• Cristina de León (Uruguay)

• Miguel Llorca (España)

• Leila Manso (Brasil)

• Rui Martins (Portugal)

• Rogelio Martínez (España)

• Roberto Paterno (Argentina)

• Rosa María Peceli (Uruguay)

• Claudia Ravera (Uruguay)

• Joaquín Sarrabona (España)

• Begoña Suárez (México)

• Alicia Valsagna (Argentina)

### Corrección:

Lic. Susana Lamaison

### Diagramación

Lic. Marcela Golía

### Edita

Red Fortaleza de Universidades con  
Formación en Psicomotricidad

Universidad de Morón (Argentina)

Asociación de Psicomotricistas del  
Estado Español

ISSN: 1577-0788

## Sumario

### EDITORIAL

- |   |         |
|---|---------|
| 1.- LA EMOCIÓN DE ASISTIR A CLASE SE GENERA EN LA SALA DE PSICOMOTRICIDAD.<br><i>THE EXCITEMENT OF GOING TO SCHOOL BELONGS TO THE PSYCHOMOTRICITY ROOM.</i><br>Maite A. Labarga Hermenegildo  | 3<br>13 |
| 2.- LA INTERVENCIÓN DESDE LA PSICOMOTRICIDAD RELACIONAL EN LA PSICOSIS INFANTIL<br><i>THE INTERVENTION FROM THE RELATIONAL PSYCHOMOTRICITY IN CHILDHOOD PSYCHOSIS</i><br>Josefina Sánchez Rodríguez   | 26      |
| 3.- CUANDO NADIE SE LO ESPERA AMANECEN LOS LUNES.<br>El Campo intergeneracional en psicomotricidad<br><i>JUST WHEN NO ONE EXPECTS IT, ALONG COME MONDAYS.</i><br><i>The inter-generational field in Psychomotricity</i><br>Lola García Olalla   | 41      |
| 4.- GERONTOPSIKOMOTRICIDAD Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: UN MODELO DE ATENCIÓN AL BINOMIO PACIENTE – CUIDADOR.<br><i>GERONTOPSYKOMOTRICITY AND ALZHEIMER DISEASE: A MODEL OF MINDING FOR PATIENTS AND KEEPERS.</i><br>Soledad Vázquez y Juan Mila  | 59      |
| 5.- MODALIDADES DE CRIANZA Y CONSECUENCIAS COMPORTAMENTALES EN LOS NIÑOS.<br>Nuevamente la famosa confusión entre el ser y el tener<br><i>PARENTING METHODS AND CONSEQUENCES ON THE BEHAVIOR OF CHILDREN.</i><br><i>Again the confusion between being and have.</i><br>Pablo Luis Bottini | 78      |
| 6.- DENTRO Y FUERA: JUGANDO A DIFERENCIARNOS.<br><i>INSIDE AND OUT: PLAYING TO DIFFERENCE OURSELVES.</i><br>Miguel Llorca Llinares y Josefina Sánchez Rodríguez   | 86      |
| 7.- LA INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ EDUCATIVA Y LA SUPERACIÓN DE FOBIAS: ESTUDIO DE CASO<br><i>EDUCATIVE PSYCHOMOTIVE INTERVENTION AND OVERCOME OF PHOBIAS: A CASE STUDY.</i><br>Alfonso Lázaro Lázaro y Cristina Roqueta Féliz   | 93      |
| 8.- LUCES Y PENUMBRAS DE LA NEUROEDUCACIÓN.<br>LIGHTS AND SHADOWS OF NEUROEDUCATION.<br>Roberto M. Paterno  | 122     |
| 9.- EXPERIENCIAS INFANTILES TEMPRANAS: FAJADO Y TELEFAGIA EN BEBÉS.<br><i>EARLY CHILDHOOD EXPERIENCES: SWADDELED AND TELEFAGIA ON BABIES.</i><br>Carolina Casterá, Sofía de León, Lucía de Pena, Lucía Lago y María José Rodríguez  | 127     |
| <b>NORMAS DE PUBLICACIÓN</b>  | 144     |

## La necesaria sinergia de esfuerzos

Nuestra Red Latinoamericana de Universidades con Formación en Psicomotricidad en forma constante y persistente continúa trabajando. Pese a las múltiples dificultades (no contamos con financiación alguna y todas las actividades que desarrollan nuestros compañeros son *ad honorem*) se siguen sumando hechos que cristalizan de la mejor forma nuestros esfuerzos.

En el último semestre del año 2014 se logró concretar la realización del 1er. Seminario Internacional de la Red Latinoamericana de Universidades con Formación en Psicomotricidad "*Psicomotricidade: um olhar à primeira infancia*" en Fortaleza/Ceará, Brasil, en setiembre de 2014. También, nuestra Institución apoyó la realización, en octubre 2014, del II Congreso Internacional de Psicomotricidad de Chile, organizado por CICEP, y en el marco del mismo se desarrolló el 3er Encuentro Latinoamericano de Académicos de Psicomotricidad.

Destacamos el trabajo que nuestros compañeros vienen desarrollando, con el liderazgo de Dayse Campos, en la organización del 1er Congreso Internacional de la Red Latinoamericana

de Psicomotricidad que se desarrollará del 1 al 3 de octubre de 2015, en la ciudad de Ceará/Brasil.

Un capítulo aparte, por la relevancia académica y política, merece la firma, en julio de 2014, en la ciudad de París – Francia (con la presencia en pleno de los integrantes de nuestra Comisión Directiva) de la **Declaración de Psicomotricidad de Paris**.

Esta declaración es el fruto del trabajo conjunto, desarrollado a lo largo de casi dos años, de las autoridades de las tres Instituciones Internacionales de Psicomotricidad: El Forum Europeo de Psicomotricidad, la Organización Internacional de Psicomotricidad y Relajación y la Red Latinoamericana de Universidades con Formación en Psicomotricidad (*A continuación se adjunta la citada declaración*).

Queridos Compañeros, queridos colegas, como siempre, renovamos nuestro compromiso de continuar trabajando.

Miguel Sassano  
Director Asociado

Juan Mila  
Director



## Declaración de Psicomotricidad de Paris

**LA RED FORTALEZA DE PSICOMOTRICIDAD** (RED LATINOAMERICANA DE UNIVERSIDADES CON FORMACIÓN EN PSICOMOTRICIDAD) tiene el agrado de comunicar la firma de un valioso documento conjunto, por parte de las tres organizaciones más importantes del mundo en relación con la Psicomotricidad.

En este fecundo evento, al que asistieron los

miembros de la Comisión Directiva de la RED Juan Mila, Pablo Bottini y Miguel Sassano , declaramos:

PARIS, JULIO de 2014: FIRMA DE LA DECLARACIÓN DEL FORUM EUROPEO DE PSICOMOTRICIDAD, DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE PSICOMOTRICIDAD Y RELAJACIÓN Y DE LA RED LATINOAMERICANA DE UNIVERSIDADES CON FORMACIÓN EN PSICOMOTRICIDAD.





### DECLARATION

THE EUROPEAN FORUM OF PSYCHOMOTRICITY (EFP), L'ORGANISATION INTERNATIONALE DE PSYCHOMOTRICITE ET DE RELAXATION (OIPR) AND LA RED LATINOAMERICANA DE UNIVERSIDADES CON FORMACIÓN EN PSICOMOTRICIDAD (RED FORTALEZA DE PSICOMOTRICIDAD) are international institutions involved in the development of psychomotricity through high quality innovative activities in the area of education, professional development, research and political initiatives.

THE FUNDAMENTALS AND ACTIVITIES OF THESE THREE INSTITUTIONS ARE BASED ON THE FOLLOWING PRINCIPLES:

### DECLARATION

LE FORUM EUROPEEN DE LA PSYCHOMOTRICITE (FEP), L'ORGANISATION INTERNATIONALE DE PSYCHOMOTRICITE ET DE RELAXATION (OIPR) ET LA RED LATINOAMERICANA DE UNIVERSIDADES CON FORMACIÓN EN PSICOMOTRICIDAD – (RED FORTALEZA DE PSICOMOTRICIDAD) - sont des institutions internationales qui participent au développement de la psychomotricité par des activités d'excellence et innovantes de formation, développement professionnel, recherche et initiatives politiques.

LES FONDEMENTS ET ACTIVITES DE CES TROIS INSTITUTIONS SONT BASES SUR LES PRINCIPES SUIVANTS:

### DECLARACIÓN

EL FORO EUROPEO DE LA PSICOMOTRICIDAD (FEP), LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE PSICOMOTRICIDAD Y RELAJACIÓN (OIPR), Y LA RED LATINOAMERICANA DE UNIVERSIDADES CON FORMACIÓN EN PSICOMOTRICIDAD (RED FORTALEZA DE PSICOMOTRICIDAD) - son instituciones internacionales que participan en el desarrollo de la psicomotricidad mediante actividades de excelencia y la formación innovadora, de desarrollo profesional, de investigación e iniciativas políticas.

LOS FUNDAMENTOS Y ACTIVIDADES DE ESTAS TRES INSTITUCIONES SE BASAN EN LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS :

1) The psychomotrician is the qualified professional to implement psychomotor practice individually or in groups.

2) The recognition of the profession and the professional identity of the psychomotrician relies on basic education, specifically, at the level of Higher Education, from a Bachelor degree to a Masters degree according to different cultures and countries, and accredited by official national authorities and/or government.

3) Research programmes in psychomotor functioning and development as well as scientific studies proving the effectiveness and usefulness of psychomotor approaches (evaluation, prevention, education, reeducation, and therapy) are necessary.

4) The results of research must improve the scientific quality of educational programmes and therefore of professional competences.

5) Psychomotricity must

1) Le psychomotricien est le professionnel qualifié pour mettre en application l'intervention psychomotrice, individuellement ou en groupe.

2) La reconnaissance de la profession et de l'identité professionnelle du psychomotricien s'appuie sur sa formation de base, qui doit être spécifique, de niveau d'enseignement supérieur, de grade Licence à Master selon les cultures et pays, et accréditée par les instances nationales officielles et/ou gouvernementales.

3) Des programmes de recherche portant sur le fonctionnement psychomoteur et son développement, ainsi que des études scientifiques prouvant l'efficacité et l'utilité des prises en charge (évaluation, prévention, éducation, rééducation, thérapie) sont indispensables.

4) Les résultats de la recherche doivent améliorer la qualité scientifique des programmes de formation et donc les compétences professionnelles.

5) La psychomotricité doit se

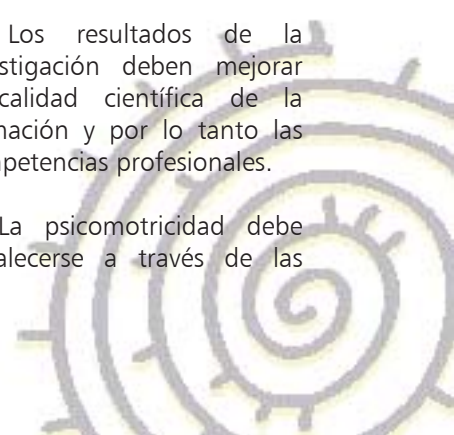
1) El psicomotricista es el profesional calificado para implementar la intervención psicomotriz de forma individual o en grupos.

2) El reconocimiento de la profesión y de la identidad profesional del psicomotricista se basa en la formación básica, que debe ser específica de nivel de enseñanza superior, grado licenciado o magister, según las diferentes culturas y países, y acreditados por organismos nacionales oficiales o gubernamentales.

3) Se requieren programas de investigación sobre el funcionamiento y el desarrollo psicomotor, así como los estudios científicos que demuestren la eficacia y la utilidad de la intervención (evaluación, prevención, educación, reeducación, terapia).

4) Los resultados de la investigación deben mejorar la calidad científica de la formación y por lo tanto las competencias profesionales.

5) La psicomotricidad debe fortalecerse a través de las



be strengthened through institutional relationships between the structures of education, research and the professional associations in the different countries.

#### THE THREE INSTITUTIONS DECLARE:

1. The psychomotrician practices his trade in the fields of:

- Education and prevention, in the logic of development of individual potential as well as with people in situations of vulnerability;
- Re-education and therapy directed to people with developmental, learning, adaptation, and behavioural or psychiatric problems.

At these levels, psychomotor intervention is also addressed, depending on the age and the possible pathology, to the family, school, professional and social environment, from a bio-psycho-social perspective.

2. Psychomotricity considers, from a global view of the human being, that the interactions between the

renforcer grâce à des relations institutionnelles entre les structures de formation, de recherche et les associations professionnelles des différents pays.

#### LES TROIS INSTITUTIONS DECLARENT :

1. Le psychomotricien exerce son métier dans les champs de :

- L'éducation et la prévention, dans une logique de développement des potentiels individuels ainsi qu'auprès de personnes en situation de vulnérabilité ;
- La rééducation et la thérapie, auprès de personnes souffrant de troubles du développement, des apprentissages, de l'adaptation, du comportement ou psychiatriques.

A ces niveaux l'intervention du psychomotricien est aussi dirigée, en fonction de l'âge et de l'éventuelle pathologie, vers la famille, l'école, l'environnement professionnel et social, dans une perspective bio-psycho-sociale.

relaciones institucionales entre las estructuras de la educación, de investigación y las asociaciones profesionales de diferentes países.

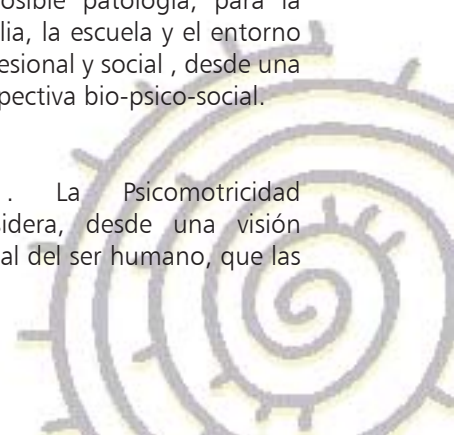
#### LAS TRES INSTITUCIONES DECLARAN :

1 . La psicomotricidad ejerce su oficio en los campos de :

- La educación y la prevención, en una lógica de desarrollo del potencial individual, así como de las personas en situación de vulnerabilidad;
- La rehabilitación y la terapia para las personas con discapacidades del desarrollo, de aprendizaje, de adaptación, del comportamiento o psiquiátricos.

A estos niveles la intervención del psicomotricista se dirige, en función de la edad y de la posible patología, para la familia, la escuela y el entorno profesional y social , desde una perspectiva bio-psyco-social.

2 . La Psicomotricidad considera, desde una visión global del ser humano, que las



psychological, perceptual and motor aspects, shape psychomotor functions, which are deployed in the physical and human environment. These consist of tonic-postural and motor regulation, spatial-temporal competences and representations of the body, which depends on neurological maturation and ecological/environmental conditions. Therefore, an approach that unites physical, emotional, cognitive and affective functioning is needed.

In this psycho-neuro-developmental framework, by definition, psychomotor disorder does not necessarily respond to a specific neurological disease nor to a stable nosological entity. All psychomotor functions, and also larger human functions may be affected, often in the form of syndromes.

3. The acts of psychomotricians are performed on psychomotor functions and the larger human functions in their sensorimotor, perceptive-motor, emotional, cognitive and interpersonal

2. La psychomotricité considère, à partir d'une vision globale de l'être humain, que les interactions entre les registres psychologiques, perceptifs et moteurs modèlent les fonctions psychomotrices, qui se déploient dans l'environnement matériel et humain. Celles-ci sont constituées de la régulation tonicoposturale, de la motricité, des compétences spatio-temporelles et des représentations du corps et sont dépendantes de la maturation neurologique et des conditions écologiques/environnementales. De ce fait, un abord conjoint des fonctionnements physiques, émotionnels, affectifs et cognitifs est nécessaire.

Dans ce cadre neuro-psycho-développemental, par définition, le trouble psychomoteur ne répond pas nécessairement à une atteinte neurologique unique ni à une entité nosographique stable. Toutes les fonctions psychomotrices mais aussi les grandes fonctions humaines peuvent en être affectées, souvent sous forme de syndromes.

3. Les actes des psychomotriciens





components.

4. The psychomotrician intervenes in co-operating teams with teachers, the staff in health (medical) and social fields, in the field of business and leisure, and with people of all ages.

5. Psychomotor diagnosis is based on psychomotor semiology and developed based on a psychomotor assessment. This means the study of sensory, perceptual, motor, physical, cognitive, emotional and relational functions carried out in behavior. It describes a) the maturational level, b) the performance, c) the quality of adjustment to the contexts of action, and d) the constancy of expression, particularly under the influence of emotions. Psychomotor assessment consists of observation techniques and qualitative and quantitative assessment techniques.

It allows the designing of intervention around focused objectives and to verify its effectiveness.

6. Individually as well as in

agissent sur les fonctions psychomotrices et les grandes fonctions humaines dans leurs composantes sensorimotrices, perceptivo motrices, émotionnelles, cognitives et interpersonnelles.

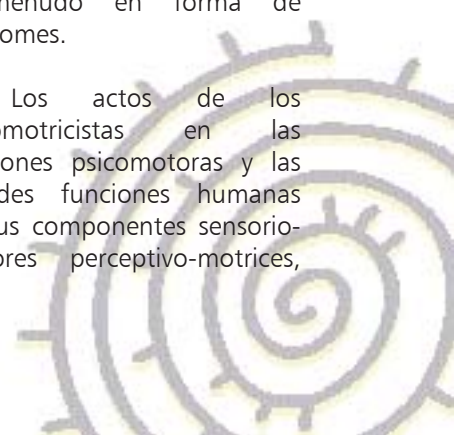
4. Le psychomotricien intervient au sein de l'équipe éducative, de santé (médicale) et sociale, dans le domaine de l'entreprise et des loisirs, et auprès de personnes de tous âges.

5. Le diagnostic psychomoteur est fondé sur la sémiologie psychomotrice et élaboré à la suite d'un bilan psychomoteur. Il s'agit d'une étude des fonctions sensorielles, perceptives, motrices, physiques, cognitives, émotionnelles et relationnelles mises en œuvre dans les comportements. On y décrit a) le niveau maturatif, b) la performance, c) la qualité d'ajustement aux contextes d'action, et d) la constance de l'expression, notamment sous l'effet des émotions. Le bilan est composé de techniques d'observation et d'évaluation qualitatives et quantitatives. Il permet de concevoir l'intervention autour d'objectifs ciblés et de vérifier son

interacciones de los registros psicológicos, perceptivos y motores, modelan las funciones psicomotoras, que se despliegan en el entorno físico y humano. Estos consisten en el control tónico-postural, la motricidad, las competencias espacio-temporales y de las representaciones del cuerpo y dependen de la maduración neurológica y de las condiciones ecológicas/ambientales. Por lo tanto, es necesario un abordaje conjunto de los funcionamientos físico, emocional, afectivo y cognitivo.

En este contexto psico-neuro-desarrollo, por definición, el trastorno psicomotor no responde necesariamente a una disfunción neurológica única o una entidad nosológica estable. Todas las funciones psicomotoras, pero también las grandes funciones humanas pueden verse afectadas, a menudo en forma de síndromes.

3. Los actos de los psicomotricistas en las funciones psicomotoras y las grandes funciones humanas en sus componentes sensorio-motores perceptivo-motrices,



groups, the psychomotrician intervenes through bodily mediations, according to an educational, re-educative and/or therapeutic project, that is specific and personalized, including:

- The organization of the temporal and spatial frames.
- The choice of techniques, exercises, games, mediations, materials, situations of experience, expression and metallization.
- The type of relation, structured, semi-structured or open, based on infra verbal, verbal and non-verbal communication including the tonic emotional dialogue.
- The modalities of intervention according to the environment.

Psychomotor intervention can include many techniques, mediations and methods: physical games; postural, motor and gestural control (co-ordination and praxis); the development of representation and mental imagery, formalization of mental procedures; mediations from artistic practices; fun, creative and expressive, sports and adapted physical activities,

efficacité.

6. En individuel comme en groupe le psychomotricien intervient, par les médiations corporelles, selon un projet éducatif, rééducatif et/ou thérapeutique spécifique personnalisé qui comprend :

- L'organisation du cadre temporel et spatial ;
- Le choix des techniques, exercices, jeux, médiations, matériels, situations d'expérience, d'expression et de mentalisation ;
- Le style de relation, directive, semi-directive ou libre, fondée sur les communications infra verbales, verbales, non verbales, dont le dialogue tonicoémotionnel ;
- Les modalités d'intervention auprès de l'entourage.

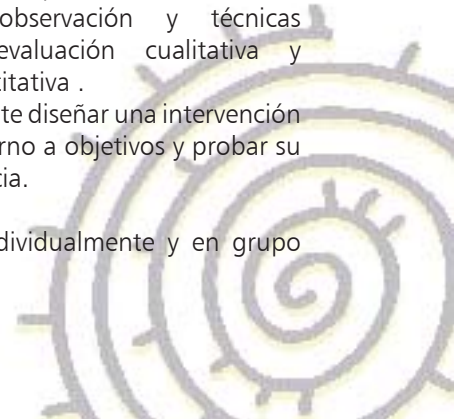
La prise en charge peut inclure de nombreuses techniques, médiations et méthodes: jeux corporels, contrôle postural, moteur et gestuel (coordinations et praxies), développement de la représentation et de l'imagerie mentale, formalisation de procédures mentales; médiation issues des pratiques artistiques, ludiques,

emocionales, cognitivos e interpersonales.

4. El psicomotricista puede intervenir encuadrado en un equipo educativo, de salud y social, en el campo empresarial y de ocio, y con personas de todas las edades. .

5. El diagnóstico psicomotriz se basa en la semiología psicomotriz y es elaborado con base en una evaluación psicomotriz. Se trata de un estudio de las funciones sensoriales, perceptivas, motoras, físicas, cognitivas, emocionales y relacionales expresas en el comportamiento. Describe a) el nivel de maduración, b) la performance, c) la calidad de los ajustes al contexto de la acción, y d) la coherencia de expresión , en particular bajo la influencia de las emociones. El examen es compuesto de técnicas de observación y técnicas de evaluación cualitativa y cuantitativa . Permite diseñar una intervención en torno a objetivos y probar su eficacia.

6. Individualmente y en grupo



mediations with an animal or digital technologies, methods of sensory integration, sensorimotor and perceptive-motor stimulations, relaxation, therapeutic touch, verbalization of experiences and situations, of verbal and non-verbal communication; cognitive remediation; graphomotricity and graphotherapy, logical-mathematical re-education, re-education of attention disorders, concentration, etc.

This declaration is the expression of shared principles between the EFP, OIPR and Red Fortaleza in order to provide a conceptual and methodological reference for the development of psychomotricity and to promote the profession of Psychomotricians at the European and other International levels, for the benefit of professionals and also of target populations of their practices.

créatives et expressives, des sports et activités physiques adaptées, médiations par l'animal ou les technologies numériques ; méthodes d'intégration sensorielle, de stimulations sensorimotrices et perceptivomotrices, de relaxation, de toucher thérapeutique, de verbalisation des vécus et des situations, de communication verbale et non-verbale ; remédiation cognitive ; graphomotrices et de graphothérapie, de rééducation logico-mathématique, de rééducation des troubles de l'attention-concentration, etc.

Cette déclaration est l'expression du partage de principes entre le FEP, l'OIPR, et la Red Fortaleza dans le but de apporter des référentielles conceptuelles et méthodologiques au développement de la psychomotricité et de promouvoir la profession de psychomotricien au plan Européen et d'autres au niveau international, pour le bénéfice des professionnels et des populations cibles de leurs interventions.

el psicomotricista interviene a través de mediaciones corporales, en acuerdo con un proyecto educativo, reeducativo o terapéutico específico y personalizado, lo cual incluye:

- La organización del cuadro temporal y espacial;
- La elección de las técnicas, ejercicios, juegos, mediaciones, materiales, situaciones de experiencia, la expresión y la mentalización ;
- El estilo de relación , directivo, semi-directivo o libre, basada en las comunicaciones infra verbales, verbales y no verbales, incluyendo el diálogo tónico-emocional ;
- Las modalidades de intervención sobre el entorno.

La intervención psicomotriz puede incluir numerosas técnicas, mediaciones y métodos: juegos corporales, control postural, motor y gestual (coordinaciones y praxis ), el desarrollo de la representación y de las imágenes mentales, la formalización de procedimientos mentales, las mediaciones de las prácticas artísticas, actividades lúdicas, creativas y expresivas, deportes y actividades físicas adaptadas, la mediación animal



NÚMERO

**39**

NOV / 2014

By of the European Forum of  
Psychomotricity  
(EFP)

Rui Martins  
(EFP President)

Par l'Organisation  
Internationale de  
Psychomotricité et de  
Relaxation  
(OIPR)

Gérard Hermant  
(Secrétaire Générale de l'OIPR)  
(EFP President)

Por la Red Latinoamericana de  
Universidades con Formación  
en Psicomotricidad  
(Red Fortaleza de  
Psicomotricidad)

Juan Mila Demarchi  
(Presidente de la Red  
Fortaleza de Psicomotricidad)



# La emoción de asistir a clase se genera en la Sala de Psicomotricidad

*The excitement of going to school belongs to the Psychomotricity Room*

**Maite A. Labarga Hermenegildo**

## **DATOS DE LOS AUTORES**

**Maite A. Labarga Hermenegildo** es Maestra, Pedagoga y Psicomotricista. EULEN Servicios Sociosanitarios S.A., Tenerife. España.

Dirección de contacto: [maitelabargahermenegildo@gmail.com](mailto:maitelabargahermenegildo@gmail.com)

## **RESUMEN**

La apuesta por la promoción de la asistencia escolar desde las competencias sociopersonales de los niños y niñas, a través de la psicomotricidad relacional y vivencial, y aderezada con técnicas de la intervención centrada en soluciones, convierte a la emoción en generadora de mejoras en su autoconcepto, su asistencia escolar y por tanto, la redefinición de su identidad en sí mismos y mismas, y en los diferentes escenarios de desarrollo -psicomotricista-maestro/a-comunidad escolar-familia-iguales.

## **PALABRAS CLAVE**

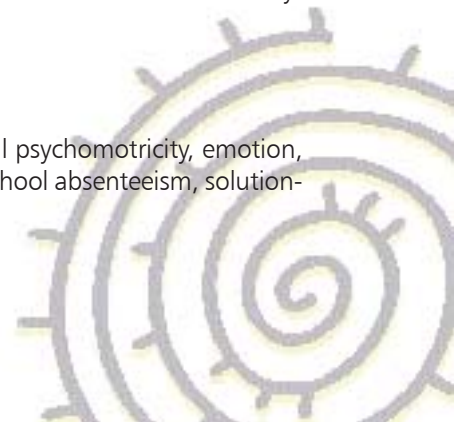
Psicomotricidad, relacional y vivencial, emoción, asistencia escolar, absentismo escolar, intervención centrada en soluciones.

## **ABSTRACT**

As strategy to reduce the drop out of school, the social and personal skills of the children are crucial in the relational and existential psychomotricity approach, besides the solution-focused therapy. In this way, the feeling deals with the improvement of themselves as their own concept, consequently their participation at the school and thus their own identity redefinition in private and social scenarios like psychomotrician-teacher-school community-family-school mates.

## **KEY WORDS**

Relational and existential psychomotricity, emotion, attendance to school, school absenteeism, solution-focused therapy.



“(…) Si dicen perdido yo digo buscando, si dicen no llegas de puntillas alcanzamos y sí, seguiremos, si dicen caíste yo digo me levanto, si dicen dormido es mejor soñando (…).”

(Macaco, Seguiremos).

### Justificación.

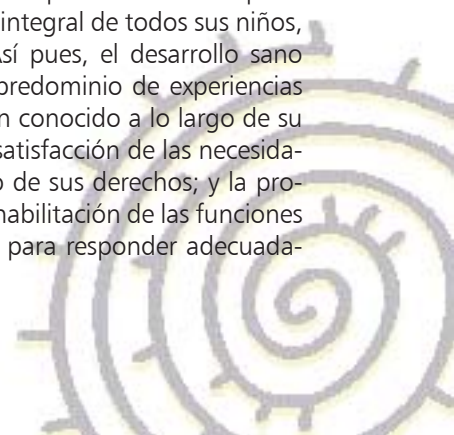
El trabajo que se presenta forma parte de la respuesta, en materia de bienestar y protección a la infancia y la adolescencia, que el municipio de San Cristóbal de La Laguna en Tenerife -Canarias, España-, dispone para abordar la presencia del factor absentismo escolar en el alumnado, el cual correlaciona directamente con el fracaso escolar y el abandono prematuro de la escolaridad. Tiene como finalidad promover la asistencia escolar y los contextos sociales inclusivos en los niños, niñas y adolescentes en edad escolar obligatoria, con residencia habitual en esta localidad.

La puesta en marcha del Servicio de Apoyo a la Asistencia Escolar -adscrito a la Unidad de Menores y Familia del municipio, y gestionado por la empresa privada EULEN Servicios Sociosanitarios S.A., desde 2001- responde a la competencia que se asigna en la Ley de ámbito autonómico 1/97, de Atención Integral a los Menores, en su artículo 19.1.b “Obligaciones de los centros escolares. 1. Los responsables de los centros escolares, los consejos escolares y el personal educativo están obligados a colaborar con los servicios municipales competentes para garantizar la escolarización obligatoria. A estos efectos, deberán: (...) b) establecer de común acuerdo con los órganos municipales competentes las medidas precisas para combatir el absentismo escolar. (...)”.

Ser bien tratados es una necesidad básica del ser humano y cuidar y aceptar ser cuidado, una condición

para vivir en buena salud. Por tanto, cuidar y tratar bien a los niños, niñas y adolescentes, forma parte de la genética singular de la condición humana. Este aspecto es defendido por Barudy y Dantagnan (2007), contemplan entre las prioridades humanas el bienestar y la salud de todos los niños, niñas y adolescentes, y en particular de aquellos y aquellas cuyos derechos han sido vulnerados. De manera que uno de los derechos fundamentales es que las necesidades sean satisfechas, tanto por sus padres, madres y cuidadores/as, como por el conjunto de la comunidad. Y es este encuadre de responsabilidad, el que permite caminar hacia la posibilidad de construir un espacio común de acción, de corresponsabilidad, en red. Si hay corresponsabilidad habrá salud democrática, por tanto, habrá bienestar infantil.

El bienestar infantil es el resultado de un proceso sostenido por prácticas de buenos tratos, en las que confluyen las aportaciones y las responsabilidades de los padres, las madres y los otros miembros de la familia. Y es también la consecuencia de los esfuerzos y recursos coordinados que la comunidad pone al servicio del desarrollo integral de todos sus niños, niñas y adolescentes. Así pues, el desarrollo sano es la consecuencia del predominio de experiencias de buen trato que hayan conocido a lo largo de su vida, que garanticen la satisfacción de las necesidades infantiles; el respeto de sus derechos; y la promoción, el apoyo y la rehabilitación de las funciones parentales y marentales para responder adecuada-



mente a las necesidades de sus hijos e hijas. De esta manera los buenos tratos y el bienestar infantil se convierten en factores resilientes de nuestros hijos e hijas, es decir, de los ciudadanos y ciudadanas de una sociedad sana democráticamente.

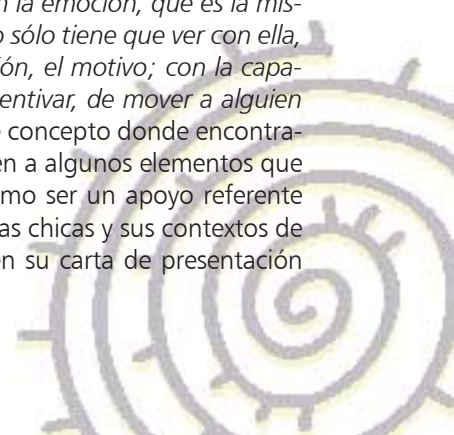
Tal y como se expone en el Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016, en su objetivo 6, "(...). Los sucesivos informes PISA ponen en cuestión los resultados de nuestro sistema educativo. Precisamente las medidas que se incluyen en este objetivo, van destinadas a prevenir el fracaso escolar y el absentismo escolar, a reforzar la enseñanza en valores, (...)."; tiene el Sistema Educativo múltiples retos que abordar, "alto índice de abandono prematuro" relacionado directamente con situaciones previas de absentismo escolar, que han ido aumentando hasta cronificarse y llegar al abandono; "fracaso escolar", siendo causa y efecto del absentismo que evoluciona hacia el abandono y de la inadecuada, por no decir deficiente, respuesta personal e individualizada que hace el sistema educativo a las necesidades de aprendizaje de/la menor, sin olvidar que no sólo son de tipo cognitivo, sino también y en primera instancia, emocionales, entrando en juego la esfera familiar y personal como elementos que no nutren la motivación hacia la formación y los aprendizajes escolares.

Contemplar el absentismo escolar como síntoma de "mala salud democrática", es una idea interesante, puesto que su presencia no asegura el cumplimiento de un derecho fundamental -la educación-, comprometiendo el desarrollo integral de la persona y por tanto su bienestar, convirtiéndose en un factor promotor de desigualdad y exclusión social, y favoreciendo la desprotección y el riesgo social.

Retomando la idea que se expone en líneas anteriores en relación con la corresponsabilidad social, el desarrollo del absentismo escolar implica a varios agentes sociales, educativos e institucionales, poniendo de manifiesto que éste se configura como una de las piedras angulares de una realidad social y educativa que afecta a todos/as, relacionándolos entre sí. Éste es origen y consecuencia de múltiples situaciones personales, sociales, familiares y escolares, y es por ello que la aproximación a esta circunstancia debe hacerse en red, de forma coordinada entre los recursos comunitarios de índole social, escolar, judicial y sanitaria. Sólo así se podrá trabajar hacia procesos de inclusión social, abordando las realidades familiares que promueven, mantienen, inciden o resuelven la baja asistencia escolar. Y es apoyando la asistencia escolar que es posible prevenir y sanear múltiples situaciones personales, escolares y familiares que dificultan las posibilidades de un desarrollo armónico en la niñez y la adolescencia, y de una promoción social real. (Labarga, 2009). Y es aquí donde se inicia la andadura para dar un lugar a la emoción desde la práctica psicomotriz.

### Propósitos.

El Dr. Ángel Gabilondo (2003) plantea que "*move-re significa mover, movimiento y que el movimiento tiene mucho que ver con la emoción, que es la misma palabra, pero que no sólo tiene que ver con ella, también con la motivación, el motivo; con la capacidad de motivar, de incentivar, de mover a alguien a hacer algo*". Es en este concepto donde encontramos ideas que responden a algunos elementos que nos inquietan, sobre cómo ser un apoyo referente y firme para los chicos, las chicas y sus contextos de desarrollo, que tienen en su carta de presentación



baja asistencia escolar, bajo autoconcepto personal, académico y social, y por tanto, unas competencias sociales y académicas poco desarrolladas, significando desadaptación, en algunos casos; llevándonos a la conclusión de que necesitamos emociones comunes, conmoción, la posibilidad de compartir una emoción con los/as otros/as, de motivarnos, es decir, de movernos, para promover la mejora. Por tanto, si lo que nos mueve, lo que nos emociona y nos conmueve, nos motiva; y la promoción de la asistencia escolar favorece la modificación de realidades personales, escolares y familiares; el servicio municipal se convierte en un instrumento para potenciar el desarrollo armónico de nuestros niños y niñas, posibilitando la identificación de qué factores de protección promueven la asistencia a clase, la motivación personal y la participación en la vida escolar.

Y es en este marco donde se articulan las tres patas de nuestra acción, la **psicomotricidad relacional y vivencial**, que se nos muestra como una disciplina que ofrece la posibilidad de potenciar las competencias sociales, personales y escolares, integrando las diversidades individuales y promoviendo nuevos modelos relacionales, comportamentales y de aprendizaje, priorizando la disponibilidad tónica y la calidad afectiva de las relaciones, en las que el cuerpo y la expresividad psicomotriz se abordan como totalidad del ser. Y el **trabajo en red** junto a los chicos y chicas, la escuela y sus familias, desde un planteamiento **sistémico centrado en soluciones**, que nos posibilita construir nuevos cursos de acción desde los recursos de las personas, ampliando las soluciones eficaces que cada uno/a ponemos en marcha por nosotros/as mismos/as, al afrontar las diferentes realidades, favoreciendo nuestro au-

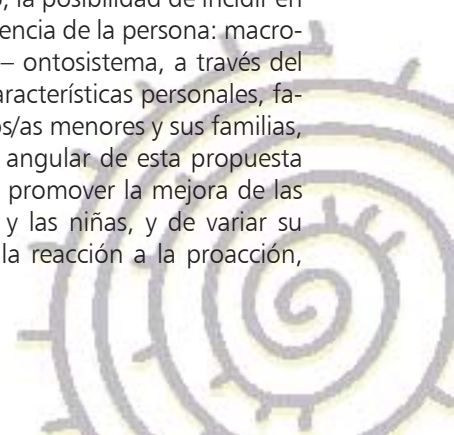
toconcepto y potenciando nuestras competencias personales y socioescolares.

Teniendo en cuenta las características citadas en líneas superiores, los objetivos que acoge el trabajo sobre las competencias sociopersonales en chicos y chicas con absentismo escolar y dificultades de relación con los otros, bajo autoconcepto, conductas desafiantes, bajo autocontrol, desmotivación escolar, bajo nivel en las competencias curriculares y baja autonomía emocional, se centran en:

- Posibilitar un concepto positivo de sí mismos/as en los/as menores.
- Garantizar el reconocimiento de las competencias de los/as menores por sus familias, sus profesores/as y sus compañeros/as.
- Generar emoción por mejorar, aprender y asistir a clase en los/as menores.
- Propiciar relaciones interpersonales democráticas y respetuosas en los/as menores.
- Crear un espacio de intercomunicación en la red de apoyo al/la menor.
- Fortalecer los factores personales resilientes de los/as menores y sus familias.

#### **Metodología.**

La protección a la infancia y adolescencia, encuentra en el desarrollo de programas educativos con marcado carácter preventivo, la posibilidad de incidir en los tres sistemas de influencia de la persona: macrosistema – microsistema – ontosistema, a través del fortalecimiento de las características personales, familiares y escolares de los/as menores y sus familias, constituyendo la piedra angular de esta propuesta de trabajo; al objeto de promover la mejora de las realidades de los niños y las niñas, y de variar su estar vital, pasando de la reacción a la proacción,





de la vulnerabilidad a la resiliencia, apostando por la relación afectiva que genera emoción y promueve una relación escolar y familiar sana, y protectora.

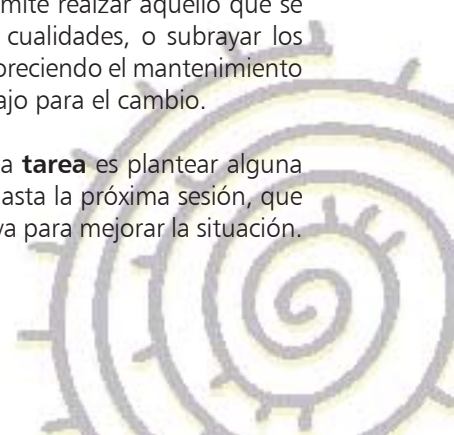
El trabajo educativo que utiliza el propio cuerpo como vehículo de conocimiento de sí mismo, no se olvida de las funciones preventiva (Burton) y preventiva. Y es a través de los cauces de la disciplina de la psicomotricidad que se provee de nuevos registros vivenciales que permiten estructurar nuevas estrategias para el desarrollo adaptativo de las competencias sociopersonales, evitando que se generen carencias al respecto; por ejemplo, para tolerar la espera, la adecuada resolución de conflictos, el establecimiento de relaciones respetuosas, el manejo de la frustración; así como las dificultades en los aprendizajes escolares relacionados con una imprecisa estructuración de su esquema corporal; dificultades en su coordinación óculo-manual, la orientación espacial y la lateralidad; y por inmadurez en su motricidad fina y gruesa; entre otros, entendiendo que este tipo de desajustes (sociales y escolares) repercuten directamente en la aparición de la desmotivación escolar y en el bajo nivel académico, convirtiéndose en baja asistencia escolar y más que probable abandono de la escolaridad, y en el establecimiento de sus relaciones.

La **psicomotricidad relacional y vivencial** nos permite plantear un trabajo corporal desde un lugar de libertad en el que realizar propuestas, procurando sugerir situaciones de búsqueda y aceptando que los niños y las niñas puedan hacer sus propias elaboraciones; en el que la relación afectiva es abanderada por el respeto, la escucha y la atención a sus necesidades de reconocimiento y de autoafirmación social y personal, asegurando la legitimidad de su

emoción como elemento privilegiado a lo largo de la sesión, construyendo el trampolín para visibilizar sus competencias sociopersonales y ampliarlas, radialmente, hacia los contextos de desarrollo de los chicos y las chicas –familiar, escolar y social-.

Y la **intervención sistémica centrada en soluciones** nos da la posibilidad de confiar en los recursos de las personas, considerando que tienen la capacidad suficiente para enfrentarse exitosamente a las dificultades y que ya ponen en práctica eficazmente. Localizarlos y marcar la diferencia que suponen en sus vidas para luego ampliarlos, son los aliados perfectos que nos sugieren algunas técnicas de este modelo de intervención, como:

- a) El trabajo con **excepciones** permite *elicitar*, identificar las capacidades que ya se tienen y se ponen en práctica; *ampliar y analizar*, tomar conciencia de qué es diferente a lo que ha estado ocurriendo y que es relevante para el cambio; y *atribuir control*, descubrir qué explicación tiene el que las cosas vayan mejor.
- b) La **redefinición** trata de reencuadrar los significados que se atribuyen a las situaciones y a la conducta de las personas implicadas.
- c) El uso del **elogio** permite realzar aquello que se está haciendo bien, las cualidades, o subrayar los recursos personales, favoreciendo el mantenimiento de la disposición al trabajo para el cambio.
- d) La proposición de una **tarea** es plantear alguna cosa a hacer o pensar, hasta la próxima sesión, que sea constructiva y positiva para mejorar la situación.



e) Las **preguntas escala** tratan de hacer que las personas valoren diversos aspectos relacionados con la situación o acontecimiento a modificar, para tomar conciencia de los avances y de la confianza en el mantenimiento de éstos, por ejemplo.

Estas técnicas se convierten en las claves de nuestra apuesta por un trabajo en red, donde la ampliación de esas capacidades va desde la sala de psicomotricidad hacia el niño/a, llegando al colegio y la familia, a través de las agendas escolares; reconstruyendo la “identidad de los chicos y chicas” y el concepto que de ellos y ellas se tiene en los diferentes escenarios de desarrollo, así como la respuesta que se les da.

La sesión de psicomotricidad transcurre organizada en diferentes tiempos:

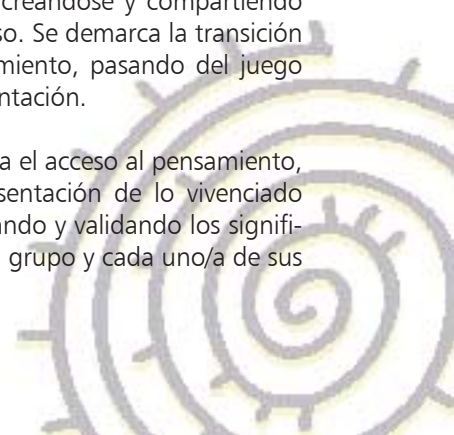
**Entrada:** dejan sus pertenencias en el lugar destinado para ello, se quitan sus zapatos y se sientan en “la casa de la psicomotricista” –espacio creado para favorecer las relaciones sanas y protectoras-, donde nos damos la bienvenida, recordamos las normas y cada uno/a verbaliza lo que desea, generalmente relacionado con acontecimientos de sus esferas escolares, familiares o personales; y es en este momento que se incorpora/n alguna/s pregunta/s escala para valorar, por ejemplo, el trabajo en el centro educativo, el comportamiento –en casa y en el aula- y el bienestar personal, ayudándonos sus respuestas a valorar los avances del/ la menor, y a obtener nuevas tareas -propuestas de mejora- propiciando que se genere el diálogo entre todos/as los/as componentes del grupo y que elaboren el proyecto de juego para la sesión en la que emerja algún elemento que permita compartir.

**Juego libre:** a través de la organización del espacio

y la propuesta de materiales, como “excusa” para la relación, el grupo elabora juegos y establece relaciones de carácter simbólico y en algunos casos reales, en las que la figura de la psicomotricista toma como proyecto de acción el acompañamiento de los/as menores a través de la decodificación de la expresividad psicomotriz de los chicos y chicas, respondiendo a sus necesidades personales y grupales (dificultad para asumir los límites, agresividad, dificultad para iniciar relaciones con los/as iguales, baja tolerancia a la frustración, desafío a las figuras de autoridad, dificultades para resolver los conflictos asertivamente, baja autoestima, necesidad de reconocimiento del/la adulto/a y los/as iguales, dificultades en la atención y la permanencia en los juegos y relaciones, uso poco creativo de los materiales, relaciones exclusivas con el adulto, dificultades para elaborar un proyecto de juego -planificar-, torpeza motriz, escasa intención comunicativa, y conductas de aislamiento), siendo compañera simbólica en sus juegos; invitando; conteniendo afectivamente como apuesta por la emoción y la relación afectiva constructiva; reforzando; reconociendo; y frustrando, entre otras, siempre desde el lugar de símbolo de ley aseguradora.

**Vuelta a la calma:** tiempo que permite disminuir el ritmo motor, surgen encuentros y relaciones afectivas desde la quietud, creándose y compartiendo espacios para el descanso. Se demarca la transición de la vivencia al pensamiento, pasando del juego espontáneo a la representación.

**Representación:** facilita el acceso al pensamiento, dando paso a la representación de lo vivenciado -reconociendo, concretando y validando los significados de lo vivido por el grupo y cada uno/a de sus



miembros-, una vez tomada distancia de la emoción, a través del lenguaje plástico y verbal.

Es en la última parte de este tiempo que se hace uso de las agendas escolares, se anotan cuestiones relevantes sobre ellos y ellas, es el momento de destacar aspectos positivos que se han puesto de manifiesto en el trascurso de la sesión (excepciones) y de promover el uso de la agenda en la familia y el profesorado, en relación con aquellas cosas que los chicos y chicas han modificado positivamente y van bien. Aquí también se retoma la información obtenida al principio de la sesión con las preguntas escala, llegando el momento de concretar las tareas o misiones a realizar –son compromisos de mejora que adquieren consigo mismos/as y la psicomotricista-, tendrán forma de “buenas noticias” y entrarán en vigor desde este momento hasta el próximo encuentro.

### Resultados y conclusiones

A lo largo de la intervención realizada, unas veces con la duración de un curso académico y otras de varios, comienzan a percibirse mejoras en los/as menores desde los diferentes escenarios de relación, escuela-familia-psicomotricidad y lo que desde nuestro punto de vista toma absoluta relevancia, es que **ellos y ellas perciben sentirse mejor, perciben mayor bienestar personal** en sus contextos de desarrollo, manifiestan ser un “¡ejemplo positivo en el cole!” para el resto de los /as compañeros/as, comienzan a ser mediadores/as de los conflictos de sus iguales en el patio, son incorporados/as con funciones de responsabilidad al programa de Seguridad Vial, pasan a ser encargados/as del huerto, ayudan en la gestión de la biblioteca y tienen más ganas por ir al colegio”, entre otras cuestiones.

Al respecto de los cambios percibidos y realizados, los chicos y las chicas, se expresan de la manera en relación con su autoconcepto, con sus capacidades, con sus motivaciones, con los logros alcanzados y con sus relaciones personales.



**ANTES**

"Era muy muy muy malo; tiraba las cosas a la gente en el comedor; tiraba la comida y tiraba las maletas a los compañeros; no le tenía respeto a mi madre; tenía muchas copias de castigo". "Mal, porque siempre me estaba metiendo en líos; no respetaba el turno; no hacía la tarea; me subía a la mesa de pie; cuando me dicen que no podía jugar, les quitaba el juguete". "Insultaba a la profe; rompía las partes y no los llevaba a casa; contestaba mal; me reía de los compañeros; insultaba y pegaba; no hacía caso a mi familia". "Era mala y me portaba mal; me metía con los compañeros; no hacía la tarea; no escuchaba a la profe; no quería venir." "No quería venir al cole: me hacía el malo; no hacía caso a los profes; decía mentiras; me metía en problemas".

**AHORA**

"Me porto bien; cuento hasta 10 antes de pegar y enfadarme; no contesto mal a los mayores; mi madre está más contenta porque le hago más caso; termino las tareas; estoy menos en el despacho del jefe de estudios". "Me como todo el potaje; estoy mejorando en clases especiales; pienso antes de actuar; dejé las peleas; estoy haciendo las tareas; ayudo en casa; no me peleo con mis hermanos, se lo digo a mi madre". "Me porto bien en casa y en el cole; respeto a los profes y a los demás; hago la tarea siempre, la de casa también; están contentos conmigo en casa". "Vengo a clase; he cambiado: hago las tareas esforzándome para aprender, me estoy portando bien, haciendo caso a los profes; tengo cosas que cambiar". "Me veo superbién; aprobé algunos exámenes; estoy estudiando y haciendo todas las tareas que me mandan para casa; hago más caso a los profesores y me peleo menos con mi hermano".

**MI META**

"Súper bien, portarme bien muchísimas veces; no pegar a la gente; no insultar; arreglar las cosas sin pelear". "Me portaría muy bien: no tendría problemas con nadie, ayudaría a mis padres, respetaría al profe, no pegaría a nadie y sería muy bueno". "Portarme "superbién"; no réirme de la gente; respetar; enseñar a hacer el bien". "Ser buena, respetar a los demás y hacer amigos". "No estar castigado; respetar a todos; jugar con los amigos; ir aprobando y no pelear con mi hermana". "Respetar a los demás; nunca pelearse; ser mejor persona; dejar de ir por la calle y el comedor de chulo; y enseñar a los demás niños lo que he aprendido".



**¿QUÉ HAS APRENDIDO  
VINIENDO AQUÍ?:**

"la convivencia de los alumnos y el comportamiento". "A esperar, a respetar, antes no tenía amigos, ahora sí tengo". "Que hay que venir más para no perderme las clases".

**¿PARA QUÉ TE HA SERVIDO?**

"Estar feliz y no estar tan triste". "Divertirme y aprender". "Corregir muchas cosas".

**Si quisieras decirle a un amigo que viniese a psicomotricidad, ¿qué le dirías? "VETE A PSICOMOTRICIDAD, PORQUE CUANDO YO ESTUVE ALLÍ..."**

"Te diviertes, te comportas como una niña muy buena y tu madre se pone contenta, como la mía".

**¿QUÉ HAS APRENDIDO VINIENDO  
AQUÍ?:**

"la convivencia de los alumnos y el comportamiento". "A esperar, a respetar, antes no tenía amigos, ahora sí tengo". "Que hay que venir más para no perderme las clases".

**¿PARA QUÉ TE HA SERVIDO?**

"Estar feliz y no estar tan triste". "Divertirme y aprender". "Corregir muchas cosas".

**Si quisieras decirle a un amigo que viniese a psicomotricidad, ¿qué le dirías? "VETE A PSICOMOTRICIDAD, PORQUE CUANDO YO ESTUVE ALLÍ..."**

"Te diviertes, te comportas como una niña muy buena y tu madre se pone contenta, como la mía".



**CUANDO ELENA APUNTABA AL FINAL DE LA SESIÓN LA NOTITA, AL LEERLA, YO...:**

"Se lo enseñaba a mi madre y se ponía toda contenta". "Me sentía bien porque ella siempre nos ponía cosas buenas". "Me sentía bien no, genial".

**¿ESAS NOTITAS, QUIÉNES LAS SOLÍAN LEER?:**

"Los profes y mi familia". "Mi tía, mis primas y mi tío". "Mi madre y mis abuelos".

**¿QUÉ TE DECIÁN ESAS PERSONAS AL LEER LO QUE HABÍAN PUESTO DE TI?:**

"Felicidades y que siga así". "Se ponían orgullosos de mí". "Muy bien, eres la mejor".

**RECUERDAS ALGUNAS DE LAS COSAS QUE SE PUSIERON EN ESAS NOTITAS:**

"Que me había portado muy bien y que había cambiado mucho". "Que he mejorado y que estoy haciendo amigos y ya no me acuerdo de más". "Que era bueno jugando al fútbol"; "Hoy C. ha convivido con sus iguales".

Sus **familias** reciben buenas noticias sobre ellos/as (antes sólo recibían información sobre cosas negativas acontecidas en el colegio), permitiendo redefinir el concepto que de ellos/as tienen, modificándose las relaciones familiares.

**¿QUÉ HA CAMBIADO DESPUÉS DE HABER ESTADO EN PSICOMOTRICIDAD?:**

**EN CASA**

"Recojo y respeto". "He cambiado, de tanto pelear y tanto pegar". "Somos más felices". "Mi madre dice que soy más buena, que cumplo". "Hacemos cosas juntos sin enfadarnos".

**EN EL COLE**

"Aprendí más". "Antes me pegaban y me escupían, y ahora se ríen conmigo". "Respeto, no pego, ayudo y aprendo".

**CON LOS AMIGOS**

"Ahora tengo". "Ayudarles en lo que puedo".



Y el **profesorado** inicia una nueva visión de su alumno/a, constatando mejoras académicas en algunos casos y relacionales en la mayoría de ellos/as, construyéndose un nuevo autoconcepto académico hacia éstos/as y nuevos cursos relacionales a través del cambio de expectativas.

### EDUCADORA

"Hoy estoy contenta, muy contenta con C. Ajustado en sus relaciones, respetuoso y colaborador. Muy bien con sus guales y con el adulto. Vamos a fijarnos en todas las cosas que comienzan a ir mejor, para que me las vayan comentando, ¡gracias!". "¡Hoy Y. ha estado bien!, intentando incluirse en este grupo ya cohesionado; ganando poco a poco en seguridad y autonomía. ¡Es una campeona!". "¡Qué buena noticia me ha dado Don Abel! (su tutor). Me ha contado que A. ha progresado en mates! ¡con lo difícil que es mates! ¡Incluso lo llevé a Don Miguel (jefe de estudios) para que él también lo viera!. Aquí en la sesión ha estado bien, jugando a la fuerza y midiéndose con sus iguales, ¡pero sin pasarse, siendo cuidadoso!

### TUTORA

C. se ha portado bien. Ha sido considerado con los compañeros, aunque tiene que hacer tareas de casa. "Ha mejorado bastante desde que asiste normalmente a clase. Estoy encantada. Trabaja mucho y está aprendiendo a escribir". "Muy buen comportamiento, participó en clase e hizo tarea".

No cabe duda de que la relación afectiva y empática es abono para el terreno sobre el que se van a sembrar las ideas para el cambio; genera emoción por mejorar, que emerge en los/as pequeños/as e inmediatamente se contagia a sus compañeros/as, familias, profesores, amigos /as y psicomotricista. Es la oportunidad que nos brinda el absentismo escolar si lo abordamos desde la psicomotricidad con una visión centrada en soluciones.

Con gratitud a los chicos y chicas que participan en los grupos, a sus familias y centros educativos, porque les emocione seguir escribiendo su cuento.



**BIBLIOGRAFÍA**

BARUDY, J. Y DANTAGNAN, M. (2007). LOS BUENOS TRATOS A LA INFANCIA: PARENTALIDAD, APEGO Y RESILIENCIA. GEDISA. BARCELONA.

BARUDY, J. (1998). EL DOLOR INVISIBLE DE LA INFANCIA. UNA LECTURA ECOSISTÉMICA DEL MALTRATO INFANTIL. PAIDÓS, BARCELONA.

BEYEBACH, M. (2010). 24 IDEAS PARA UNA PSICOTERAPIA BREVE. HERDER, BARCELONA.

BEYEBACH, M. (1999). INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES. EN J. NAVARRO, A. FUERTES Y T. UGIDOS (ED.). INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL. AMARÚ, SALAMANCA.

BEYEBACH, M. Y RODRÍGUEZ, A. (1994). TERAPIA SISTÉMICA BREVE: TRABAJANDO CON LOS RECURSOS DE LAS PERSONAS. EN M. GARRIDO, M. Y GARCÍA, J. (COMP.): PSICOTERAPIA: MODELOS CONTEMPORÁNEOS Y APLICACIONES. PROMOLIBRO, VALENCIA.

BERRUEZO, P. P. (2001). EL CONTENIDO DE LA PSICOMOTRICIDAD. REFLEXIONES PARA LA DELIMITACIÓN DE SU ÁMBITO TEÓRICO Y PRÁCTICO. REVISTA DE PSICOMOTRICIDAD Y TÉCNICAS CORPORALES VOL. 1, Nº. 1, FEBRERO 2001. DISPONIBLE EN [HTTP://WWW.IBEROPSIKOMOT.NET/2001/NUM1/1RIPTC.PDF](http://www.iberopsicomot.net/2001/NUM1/1RIPTC.PDF)

BERRUEZO, P. (2000). EL CONTENIDO DE LA PSICOMOTRICIDAD, EN BOTTINI, P. Y COL. (COMP.) PSICOMOTRICIDAD: PRÁCTICAS Y CONCEPTOS. MIÑO Y DÁVILA. BUENOS AIRES.

BOTTINI, P. Y COL. (2000). PSICOMOTRICIDAD: PRÁCTICAS Y CONCEPTOS. MIÑO Y DÁVILA, BUENOS AIRES, ARGENTINA.

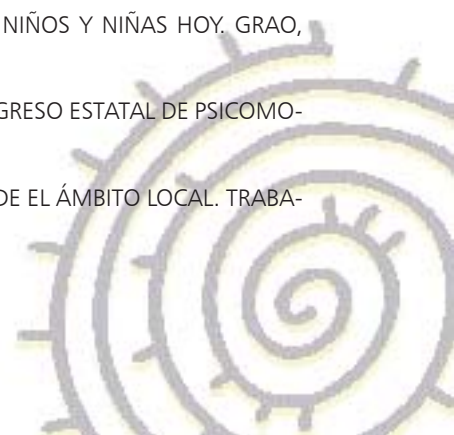
BURTON, J. (1999). CONFLICTO CONSORCIO DE INVESTIGACIÓN PERSONAL. ST. MARTIN PRESS, NEW YORK. P 295.

CYRULNIK, B. (2002). LOS PATITOS FEOS. LA RESILIENCIA: UNA INFANCIA INFELIZ NO DETERMINA LA VIDA. GEDISA, BARCELONA.

FUNES, J. (2008): EL LUGAR DE LA INFANCIA. CRITERIOS PARA OCUPARSE DE LOS NIÑOS Y NIÑAS HOY. GRAO, BARCELONA.

GABILONDO, A. (2003). ÉTICA Y PROFESIÓN. CONFERENCIA IMPARTIDA EN EL II CONGRESO ESTATAL DE PSICOMOTRICIDAD. MADRID, ESPAÑA.

LABARGA, M. (2009). EL PRINCIPIO DE UNA MIRADA AL ABSENTISMO ESCOLAR DESDE EL ÁMBITO LOCAL. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DEA EN LA ULL (INÉDITO).





LAPIERRE, A. Y AUCOUTURIER, B. (1977D). SIMBOLOGÍA DEL MOVIMIENTO. CIENTÍFICO-MÉDICA. BARCELONA.

LAPIERRE, A. (1991). JUEGO, CONTACTO Y RELACIÓN. CUADERNOS DE PSICOMOTRICIDAD Y EDUCACIÓN ESPECIAL, 1. ELLEA. BUENOS AIRES. P. 5-11.

LLORCA, M. Y SÁNCHEZ, J. (2008). RECURSOS Y ESTRATEGIAS EN PSICOMOTRICIDAD. ALJIBE. MÁLAGA.

LLORCA, M. Y COL. (2002). LA PRÁCTICA PSICOMOTRIZ: UNA PROPUESTA EDUCATIVA MEDIANTE EL CUERPO Y EL MOVIMIENTO. ALJIBE, MÁLAGA.

MACHÍN, A. (2006). INFORME DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS RECURSOS Y TIPOLOGÍA DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A MENORES EN SITUACIÓN DE RIESGO DEL MUNICIPIO DE LA LAGUNA II. (INÉDITO).

VIEIRA, J.L., BELLAGUARDA, M<sup>a</sup> I. Y LAPIERRE, A. (2005). PSICOMOTRICIDADE RELACIONAL: A TEORÍA DE UMA PRÁTICA. CIAR, CURITIBA, BRASIL.

LEY 1/1997, DE 7 DE FEBRERO, DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS MENORES (B.O.C. 23, DE 17.2.97) (1). GOBIERNO AUTÓNOMO DE CANARIAS. ESPAÑA.

II PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA 2013-2016 (APROBADO POR ACUERDO DE CONSEJO DE MINISTROS EL 5 DE ABRIL DE 2013). MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD DEL GOBIERNO DE ESPAÑA.

*DISERTACIÓN REALIZADA EN EL MARCO DEL SEGUNDO CONGRESO INTERNACIONAL DE CHILE – NOVIEMBRE DE 2014.*



# La intervención desde la psicomotricidad relacional en la psicosis infantil

*The intervention from the relational psychomotricity in childhood psychosis*

**Josefina Sánchez Rodríguez**

## DATOS DE LA AUTORA

Licenciada y Doctora en Pedagogía. Profesora Titular del Departamento de Didáctica e Investigación Educativa de la Universidad de La Laguna (España). Coordinadora del Servicio de Psicomotricidad de la Facultad de Educación. Dirección de contacto: jsrodri@ull.es

## RESUMEN

La psicosis infantil con origen orgánico o social refleja la dificultad del niño para construir una vinculación segura con la madre o figura de apego. Esta falta importante de registros vinculares positivos ocasiona que el niño viva con una angustia de muerte latente, un temor a la destrucción que lo lleva a entrar en un proceso de indiferenciación y alteración de la percepción de la realidad como mecanismo de defensa para poder existir.

La comprensión de la psicosis y la necesidad de reparación y regresión están basadas en las aportaciones de Winnicott, y el desarrollo de esta reparación en la relación en el juego espontáneo, corporal y simbólico con el niño, como espacio de la psicomotricidad.

La psicomotricidad relacional desarrolla un marco de intervención basado en la construcción de

## ABSTRACT

Childhood psychosis with organic and/or social origin, reflecting the difficulty of the child to build a secure link with the mother or attachment figure. This significant lack of positive relational registers causes the child to live with a distress of death latent, is a fear of destruction that leads to enter into a process of differentiation and impaired perception of reality as a defense mechanism to exist.

The understanding of psychosis and the need to repair and regression are based on the contributions of Winnicott, and development of this repair in the relationship in spontaneous corporal and symbolic play with the child, as space the psychomotricity. The relational psychomotricity develops a framework for intervention based on the construction of a security relationship with the child, initially creating a primary transference

un vínculo de seguridad con el niño, creando inicialmente una relación transferencial primaria, para situarlo con posterioridad en una relación triangular desde la que poder ir recreando una historia de vida a la que el niño con psicosis no había tenido acceso.

Palabras clave: Psicosis infantil, intervención psicomotriz, estructuración psíquica, relación transferencial

relationship, to situate later in a triangular relationship from which to go recreating a life story to the child with psychosis had no access.

Key words: Childhood psychosis, psychomotor intervention, psychic structure, transferential relationship.

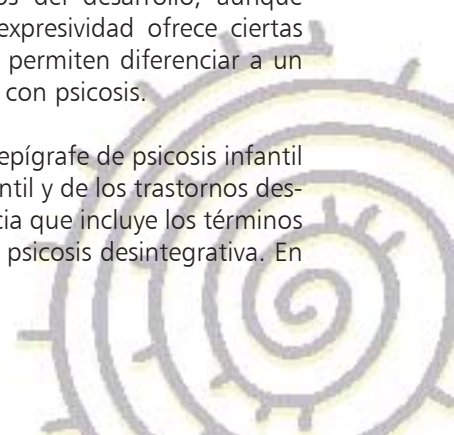
Este trabajo es fruto de nuestra experiencia y aprendizaje durante diez años de trabajo con niños y niñas de diferentes edades que han presentado un trastorno psicótico. A partir de las diferencias y similitudes entre ellos, de la puesta en práctica y revisión de las estrategias de intervención que hemos ido utilizando, hemos tratado de desarrollar un pequeño esbozo teórico sobre la comprensión de la expresividad del niño con psicosis infantil, y fundamentar a partir de lo sucedido en la vivencia de la ruptura vincular, nuestra intervención desde la psicomotricidad relacional. El trabajo que presentamos es el resultado de la formación personal recibida de Anne Lapierre durante más de 20 años de encuentros en la Universidad de La Laguna, de la reflexión y la supervisión de nuestra práctica profesional de forma regular, y del desarrollo de Seminarios teóricos en los que complementamos y profundizamos en la intervención desde la psicomotricidad relacional. Sin la presencia de Anne y sin el apoyo, la mirada y la colaboración de los psicomotricistas del Servicio de la Universidad de La Laguna, no hubiera tenido un sostén desde el que sentirme acompañada para comprender la herida primaria de la psicosis y adentrarme en el intento

de reparación que supone nuestra profesión.

### 1.- La psicosis infantil.

La psicosis infantil ha sido una categoría diagnóstica controvertida debido a su comorbilidad con otros trastornos y a su utilización para referirse al autismo y a los trastornos generalizados del desarrollo. El diagnóstico de Psicosis y Esquizofrenia infantil fue utilizado hasta los años ochenta por autores como Ajuriaguerra, 1973 y Lebobici *et al.* 1984, pero con posterioridad quedó relegado a los trabajos psicoanalíticos, desapareciendo de las nomenclaturas de los trastornos infantiles a los que hacía referencia. Es pues una terminología confusa que forma parte de un continuo de los trastornos infantiles vinculares, y que guarda relación con los trastornos generalizados del desarrollo, aunque consideramos que su expresividad ofrece ciertas peculiaridades que nos permiten diferenciar a un niño autista de un niño con psicosis.

En el CIE 10 aparece el epígrafe de psicosis infantil dentro del autismo infantil y de los trastornos desintegrativos de la infancia que incluye los términos de psicosis simbiótica y psicosis desintegrativa. En

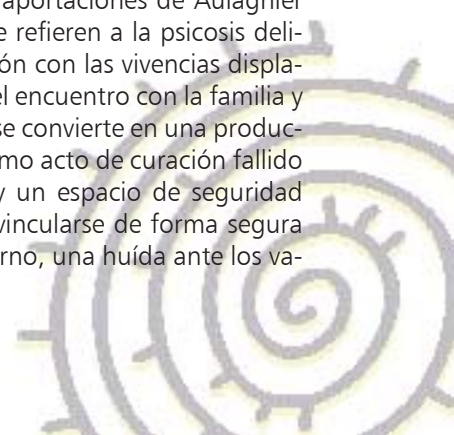


la actualidad, en el DSM-5 los síntomas psicóticos vienen incluidos dentro de la esquizofrenia, refiriendo como criterios de inclusión las alucinaciones e ideas delirantes, el lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado y síntomas negativos. Cuando observamos la descripción de estos indicadores, destacamos que en general vienen referidos a la etapa adulta más que a la niñez, sin embargo, desde el campo de la psiquiatría, ya en 1906, Bleuler planteó que algunos enfermos psicóticos lo eran desde su infancia. Lutz, en 1937, realizó las primeras descripciones de un cuadro que denominó "Esquizofrenia infantil", señalando que los niños que la presentaban tenían problemas en las relaciones, pérdida de la necesidad de relacionarse, aislamiento, atontamiento, disociaciones de la afectividad, apatía o excitación impulsiva (Muiña, 2012). En 1973, Ajuriaguerra, describió el cuadro de "Psicosis en el niño", entendiéndolo como un trastorno en la organización del Yo y de la relación con el medio exterior. Señaló como rasgos característicos, la fragmentación del cuerpo y del espacio, comportamientos hiper-rígidos o no consistentes, vida fastasmática pobre o mágicamente alucinatoria, comunicación distorsionada o restringida y particularidades en el uso de los objetos.

Malher en 1958, caracterizó a esta problemática como "Psicosis simbiótica", diferenciándola de las "Psicosis autística o Autismo primario patológico". Pensaba que en los niños que presentaban Psicosis simbiótica la relación entre la madre y el niño no daba lugar a un proceso de separación; este proceso no podía ser soportado por el pánico que producía. Ella planteaba que en el intento de mantener la simbiosis, el niño presentaba alucinaciones

somáticas en las que intentaba reunirse narcisísticamente con su madre. El autismo primario, a diferencia, haría relación a la inexistencia de este vínculo primario. La descripción de estos perfiles coincide con los planteamientos de Tustin (1981), quien comenta que en la psicosis simbiótica, los niños parecen estar todo el tiempo intentando entrar en el cuerpo de los otros, indiferenciarse o mimetizarse con el otro; cuando presentan algún tipo de juego es estereotipado, manifestando allí también enredo y confusión; se presume que pueden tener alucinaciones auditivas, olfativas y visuales. Para Tustin, estos niños se diferencian de aquellos que se encuentran totalmente encapsulados, que viven en un mundo ajeno al otro, estableciendo así una diferenciación entre autismo y psicosis. Este tipo de trastorno correspondería, de acuerdo con el CIE 10, con la Psicosis precoz deficitaria o Disarmonías Psicóticas que se detectan entre los tres y los cuatro años.

De acuerdo con los planteamientos de Mahler y Tustin, Muiña (2012) y Punta Rudolfo (2006) sostienen que existen diferentes tipos de psicosis en función del momento de la constitución de la subjetividad en la que se presenta; en los cinco primeros años nos encontraremos con la psicosis simbiótica o de la primera infancia. A partir de los 6 o 7 años, recogiendo las aportaciones de Aulagnier (1975), estos autores se refieren a la psicosis delirante que guarda relación con las vivencias displacenteras generadas en el encuentro con la familia y con el medio. El delirio se convierte en una producción propia del niño como acto de curación fallido que le aporta certeza y un espacio de seguridad ante la dificultad para vincularse de forma segura con su familia y su entorno, una huida ante los va-



o las sensaciones de no existir. En estos casos, la trama relacional que subyace describe como el niño no ha podido situarse entre la pareja progenitora, mostrando imposibilidad para interpretar su realidad histórica, para integrar su origen.

En el proceso de construcción del psiquismo, la psicosis puede acompañar al niño desde la etapa intrauterina, aproximadamente a partir del segundo trimestre, donde a través del líquido amniótico los niños reciben hormonas tóxicas como el cortisol que afectan al desarrollo de su sistema nervioso tal como muestran las últimas investigaciones en neurociencia (Del Águila, 2012; Conzález, 2008, Curbelo, 2008). La angustia, el rechazo, las manifestaciones de estrés, el maltrato o la indiferencia pueden provocar que los niños nazcan con un trastorno vincular primario que afectará todo su desarrollo.

El origen de la psicosis infantil estaría de esta manera ligado a las frustraciones precoces vinculadas a la oralidad como son el chupar, morder o devorar que hacen referencia a la dificultad de integrar a la madre, como persona que satisface las necesidades primarias de nutrición afectiva. Siguiendo las ideas de Winnicott, esta dificultad podría venir dada por el exceso o defecto de la atención materna, bien porque el niño parta de un entorno sobreprotector y simbiótico, donde no percibe la diferencia del otro (hablaríamos entonces de psicosis simbiótica ante la dificultad para la separación), bien por las vivencias recurrentes de abandono o rechazo que dejarían al niño en el vacío y recurriría a conductas autoestimulantes para satisfacer sus necesidades, como ocurre en el apego desorganizado. Para construirse de un modo sano, el niño

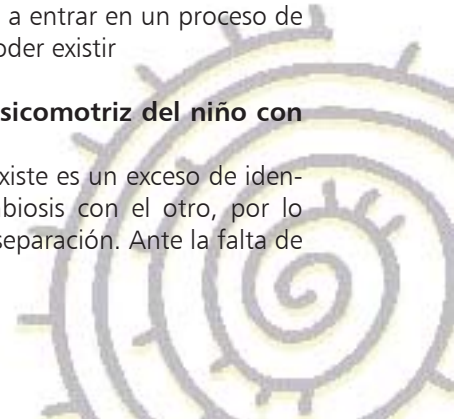
necesita tener registros equilibrados de la presencia y ausencia del otro, o en palabras de Winnicott, necesitaría una madre suficientemente buena (Winnicott, 1971, 1996); la construcción de una imagen especular de su ser y existir; ya que es a través de la mirada del otro que nuestro cuerpo se organiza y significa (Sami Ali, 2000). El origen de la psicosis tiene entonces una causa relacional fundamentada en la relación primaria del bebé con su figura maternante.

Si bien para nuestra intervención desde la psicomotricidad relacional es fundamental comprender esta dinámica, no podemos obviar que en muchas ocasiones, el origen de este trastorno puede ser debido a una causa biológica, a factores hereditarios o a accidentes neurológicos, tal como muestran los estudios de neuroimagen, que afectan a la competencia que tiene el niño para poder vincularse con su figura de apego (Olza, 2006; Milán, 2006).

De origen por tanto bio-social, la psicosis supone la ausencia de una vinculación segura con la madre o figura de apego, ya sea por causas orgánicas o por las dificultades del entorno maternante para dar respuesta a las demandas primarias. Esta falta importante de registros ocasiona que el niño viva con una angustia de muerte latente, un temor a la destrucción que lo lleva a entrar en un proceso de indiferenciación para poder existir

## **2.- La expresividad psicomotriz del niño con psicosis**

En el psicótico lo que existe es un exceso de identificación, hay una simbiosis con el otro, por lo que no le es posible la separación. Ante la falta de



construcción de su unidad, de su identidad, el niño con psicosis vive amenazado de angustias arcaicas (Winnicott, 1972, Aucouturier, 2007) tiene miedo a fracturarse, a explotar por la invasión de un entorno que vive como amenazante. Para Lapierre, (2012) el psicótico tiene un cuerpo vacío, no tiene la conciencia de existir, de sentir, y para sobrevivir realiza muchas identificaciones proyectivas. En la psicosis nos encontramos con un cuerpo no habitado, un cuerpo extraño, invadido, donde otros hablan de otros tiempos: voces, mandatos, marcas que imprimen al sujeto una vivencia de extrañamiento y no pertenencia (Fernández y Ruiz, 2005). Es el cuerpo poblado de fantasmas que lo incitan a la destrucción debido a la angustia de sus pulsiones ambivalentes entre la necesidad de ser amado y el temor a ser destruido.

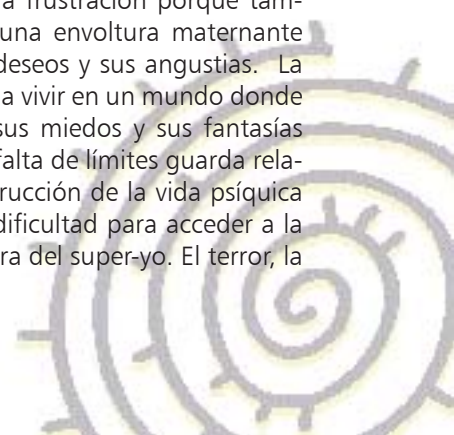
Sus miedos se proyectan en las personas, personajes o objetos persecutorios a los que identifica como elementos de los que debe protegerse y no puede, debido a que invaden sus pensamientos y su mundo imaginario, utilizando el delirio como posibilidad de sobrevivir.

Como afirmaba Ajuriaguerra, el niño con psicosis presenta un yo desestructurado que se manifiesta en su cuerpo y su discurso. Hay una falta de tonicidad que le impide sostenerse y se afianza a través del anclaje sensorial, de las estereotipias compulsivas de su cuerpo que le ayudan a sentir que no desaparece. En la sala de psicomotricidad observamos como el niño con psicosis no es capaz de permanecer sentado o de pie sin movimientos incontrolados, buscando sentir su cuerpo y situarse frente al otro a través de continuos saltos, idas y venidas, así como en la búsqueda de sensaciones

físicas que aporten la estructura envolvente que él no tiene (Sassano, 2008); para ello los materiales blandos sensoriomotores ofrecen un continente amable del que el niño carece.

Su discurso también se muestra falto de coherencia, de unidad. El imaginario del niño psicótico invade su cuerpo y mundo real y pasa de una imagen a otra, de una conversación a otra como si su mundo se situara en un estado onírico (Sami Ali, 2000) donde las coordenadas espacio-temporales no existen. En este discurso delirante y con falta de coherencia, hemos de estar atentos a su contenido pues algunas de sus imágenes y construcciones reflejan su sufrimiento psíquico.

En la expresividad de estos niños y niñas, la falta de elaboración de un continente psíquico, de un yo piel que contenga y dé significado a sus sensaciones, siguiendo las palabras de Anzieu (2002), genera una confusión entre dentro y fuera, entre fantasma y realidad que genera que el niño psicótico se manifieste con falta de límites en su expresividad corporal y relacional. La falta de construcción de su identidad al no conseguir diferenciarse del otro, lo lleva a un mundo de expresión pulsional donde los límites no existen, el niño psicótico pasa de la emoción al acto sin existir un filtro que lo regule, no aguanta la frustración porque tampoco ha contado con una envoltura maternante positiva que frene sus deseos y sus angustias. La indiferenciación lo lleva a vivir en un mundo donde proyecta en los otros sus miedos y sus fantasías para poder existir. Esta falta de límites guarda relación tanto con la construcción de la vida psíquica primaria como con su dificultad para acceder a la constitución de la barrera del super-yo. El terror, la



necesidad de afecto, la rabia, pasan del deseo pulsional directamente a la acción sin tener conciencia de lo que hace él o hace el otro. Para el niño psicótico no existe la figura del tercero, el padre como garantía de las normas, como agente que facilita la integración y canalización de la pulsión de amor y de agresividad (Winnicott, 1955; cit. Duparc, 2005). La presencia paterna canaliza la situación de diferenciación, favorece la vivencia de la pérdida del objeto materno y su recuperación en el plano imaginario, permitiendo la estructuración dentro-fuera que no ha sido posible en el niño con psicosis. La falta de referencia triangular, cuando el tercero no ha entrado en la relación, ocasiona que el control y la represión de las pulsiones destructivas no sean posibles.

Su mundo imaginario expresado en su cuerpo y su juego se muestra lleno de identificaciones, proyectando en el psicomotricista o en los materiales sus miedos y sus deseos. A través de la puesta en escena de este mundo imaginario el niño psicótico consigue vivir. A este respecto queremos destacar, como la sala de psicomotricidad es un escenario fundamental para poder movilizar las proyecciones del niño. También queremos reflexionar sobre el efecto de la medicación antipsicótica, que busca disminuir el sentimiento de angustia y la invasión de imágenes destructivas, pero que provoca un freno general a la capacidad que tiene el niño para poder expresar su mundo imaginario, dejándolo en el vacío.

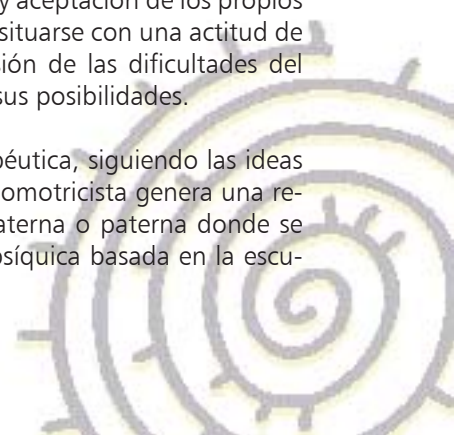
El niño con psicosis, ante su angustia, "(...) el recuerdo (perdido) de una angustia impensable (...)" (Winnicott, D., 1967, p. 262), necesita controlar todo cuanto sucede; a pesar de su apariencia des-

ubicada, registra cuantos cambios y acontecimientos suceden dentro y fuera de la sala de psicomotricidad (Lapierre, 2012). Una forma de sentir que sabe lo que va a ocurrir es buscar la atemporalidad mediante rituales y situaciones repetitivas, tanto en el juego como en el discurso. Saber lo que va a ocurrir le ayuda a calmar su angustia de no poder existir, también le permite estar seguro de la respuesta del otro y le genera un sentimiento de continuidad ante su percepción fragmentada de la realidad. Se sitúa en la omnipotencia para poder sobrevivir, tratando de controlar todo cuanto hace o dice el otro. Lo imprevisible lo sorprende y desestabiliza, le genera temor. Sentirse prepotente le permite encontrar una coraza resistente a la situación amenazante en la que vive.

### **3.- La intervención ante la psicosis desde la psicomotricidad relacional**

La intervención psicomotriz ante un niño con psicosis se muestra ajustada en la medida en que el psicomotricista es capaz de afinar y profundizar en las actitudes de capacidad de escucha, disponibilidad corporal y empatía tónica. La capacidad de escucha implica tener una actitud congruente, en palabras de Sassano, 2008; actitud de autenticidad, tratando de ser uno mismo en la relación con el otro, en actitud de acompañamiento y convicción, seguridad interna y aceptación de los propios límites y carencias para situarse con una actitud de aceptación y comprensión de las dificultades del niño con confianza en sus posibilidades.

En la intervención terapéutica, siguiendo las ideas de Winnicott, el/la psicomotricista genera una relación transferencial materna o paterna donde se genera una intimidad psíquica basada en la escu-



cha sensible y la empatía.

“el analista es como una madre viva que se deja amar y odiar, descubrir como real y utilizable (...) De manera que puedan surgir entonces nuevas posibilidades de representación y simbolización” (Rabain, 2005, 79).

Intervenir supone en primer lugar ser capaz de crear una relación transferencial para construir un vínculo con el niño con la importante tarea de convertirnos en la madre buena que es capaz de contenerlo y darle un lugar.

### 3.1.- Crear un vínculo con el niño

La sala de psicomotricidad, la posibilidad de expresar sus fantasías y encontrar referencias corporales ante un adulto disponible a participar y aceptar sus producciones es ya un entorno contenedor en sí mismo, donde el niño puede bajar su nivel de angustia para sentirse más cómodo y con mayor percepción de la realidad exterior a él. La intervención en la sala de psicomotricidad posee una estructura, un *setting* (encuadre) al que el niño debe ajustarse. Existe una permanencia del psicomotricista, de las normas, de algunos materiales y espacios, de los momentos de la sesión que se mantienen independientemente de los deseos del niño y que ayudan a darle continuidad en su existencia.

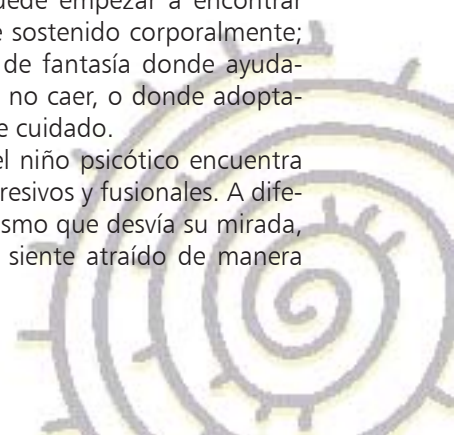
Ante las carencias vinculares primarias, el psicomotricista se sitúa en relaciones arcaicas maternas que hacen referencia a juegos primarios de incorporación del otro a través de la oralidad, el olor, el encuentro de la mirada y las sensaciones de sostén. Trabajar la oralidad supone entrar en juegos corporales y con los materiales, donde la boca está presente desde el chupar, comer o morder. Estos

juegos pueden ser vividos por el niño con el placer de ser alimentado, nutrido, amado e incorporado, aumentando su narcisismo primario, que en el niño psicótico se encuentra herido, pero también pueden ser vividas como situaciones amenazantes de destrucción que pueden generar una respuesta violenta, por lo que deben ser realizados con ternura y mesura para no generar terror (Lapierre, 2012).

Entre los mediadores vinculares primarios, el olfato es el sentido más desarrollado del bebé en los procesos del apego. Para el niño psicótico, independientemente de su edad, el olor es una fuente importante de vinculación; a través del olfato nos incorpora o rechaza, nos conoce e identifica como una forma muy primaria de sentirnos dentro. La permanencia de nuestro olor, de nuestro perfume, y la posibilidad de que nuestros objetos se encuentren cargados de nuestro olor, va a posibilitarnos que el niño llegue con confianza a nuestro cuerpo o pueda separarse del mismo, utilizando los materiales como sustitutos simbólicos de nuestra presencia.

A través de los juegos sensoriomotores de saltar, deslizarse, ser arrastrado o escalar, podemos ir generando experiencias de contacto corporal con el otro, donde el niño puede empezar a encontrar la confianza de sentirse sostenido corporalmente; también en los juegos de fantasía donde ayudamos al niño a vencer, a no caer, o donde adoptamos roles maternos de cuidado.

A través de la mirada el niño psicótico encuentra también momentos regresivos y fusionales. A diferencia del niño con autismo que desvía su mirada, el niño con psicosis se siente atraído de manera





fusional por nuestros huecos, ojos, boca, orejas, en los que se engancha como una posibilidad de entrar. Mirarlo con la misma intensidad es hacerle de espejo, es ayudarlo a perder el miedo de poder volver a estados fusionales de pérdida en el cuerpo del otro.

Crear un vínculo con el niño es recrear, a través de los mediadores y la estructura de la sesión, un ambiente maternante que asegure al niño desde lo profundo, tratando de pasarle algo positivo. Supone desarrollar la empatía en el juego para acompañarlo en su fantasía, poder jugar con sus delirios y terrores, participar en su locura para comprender su imaginario, para partir de sus deseos, de sus intereses y de sus temores. Solamente si el niño puede desarrollar un juego libre, sin secuencias preestablecidas, podrá expresar su imaginario. Liberar el imaginario permite elaborar de otra manera la situación de conflicto con el fin de no desembocar en el impasse, supone según Sami Ali (1992), conciliar lo inconciliable.

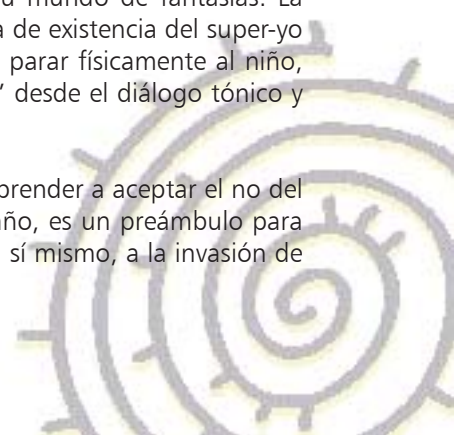
Si el paciente no puede jugar, se le debe acompañar para que pueda empezar a hacerlo. Las identificaciones cruzadas tienen lugar cuando se comparte una experiencia, es decir cuando se crea un espacio transicional donde es posible el juego y la creatividad. Este espacio es conceptualmente muy próximo al espacio intersubjetivo, porque se permiten y se potencian las subjetividades de los dos integrantes del proceso, con la obviedad de que el analista debe cuidar del encuadre y por lo tanto de la relación (Winnicott, 1972).

**3. 2.- Referencia a la realidad y diferenciación**  
Encontrarnos con el niño psicótico, sentir su afecti-

vidad y su odio, sentir en nosotros la ambivalencia de sus sentimientos, acompañarlo en sus fantasías y delirios es el primer paso para llegar a él, pero después debemos ayudarlo a salir de su experiencia simbiótica y diferenciarse, para que pueda organizar el dentro y el fuera. Para el niño psicótico simbiótico la separación supone la ruptura de la vinculación, la vivencia de la angustia y el abandono. Por este motivo, la toma de distancia ha de ser progresiva para que pueda tolerarse, podemos empezar a través del juego a tomar distancia mediante el uso del material como mediador, de la voz, también a través de pequeñas frustraciones y algunas referencias a la realidad que lo ayuden a comprender que no todo está permitido, que existe una ley y existe un no (Lapierre, 2012). Los materiales, los turnos, el anclaje a estructuras del juego, a imágenes o a dibujos, pueden ser referencias concretas que lo ayuden a no estar perdido en la prepotencia del delirio y la fantasía. Situarse en la realidad, fuera de su mundo psicótico escindido (Winnicott, 1979) es generar la posibilidad de instaurar relaciones con su entorno, donde el otro existe de manera diferenciada a como él lo percibe e imagina.

Asumir la separación supone aceptar la frustración y los límites. Se trata de ayudar al niño a perder el control mágico de su mundo de fantasías. La falta de normas, la falta de existencia del super-yo hace que sea necesario parar físicamente al niño, trabajar el "no se hace" desde el diálogo tónico y la contención corporal.

Para el niño psicótico aprender a aceptar el no del otro, sin violencia ni daño, es un preámbulo para aprender a decirse no a sí mismo, a la invasión de



sus pensamientos delirantes o paranoicos. Supone aceptar que existe otra realidad independiente de sus deseos y fantasías. Asumir los límites que propone el otro ayuda al niño a vivir con más seguridad, más tranquilidad; porque le devolvemos una imagen del otro competente, que sabe aquello que le hace bien o mal, que le da estructura. Aceptar los límites del otro supone un grado de permeabilidad donde ciertas normas pueden entrar y sostener la psique infantil.

Frustrar al niño supone para el psicomotricista, en ocasiones, tener la capacidad de sostener y contener su rabia, demostrándole que no nos pueden destruir, haciendo de imagen especular, para que así ellos también aprendan que se pueden sostener y por tanto controlar.

### **3.3.- Jugar con sus miedos y angustias**

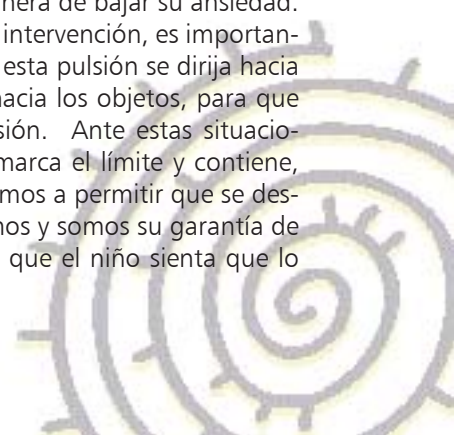
Para lograr una estructura más sólida del yo, el psicomotricista, tal como hace el niño, puede también entrar en juegos de provocación que rompan la estructura rígida del delirio. Podemos entrar en juegos arcaicos de devoración generando imágenes de personajes destructores, o utilizar los personajes amenazantes del niño como una manera de entrar a jugar con sus miedos (Sánchez, 2007). Una de las mayores dificultades o nudos en el desarrollo del niño psicótico es la activación de sus temores a ser abandonado, por lo que los juegos de desaparecer o de ignorar al otro activan la proyección de una figura maternante mala.

En su temor a ser destruido, el niño agrade a los otros como resonancia a su sufrimiento. Su falta de control pulsional provoca que esta agresividad sea poco aceptable ya que tiene poco acceso a

la posibilidad de simbolizar. Crear una relación afectiva, darle referencias tónicas y corporales va permitiendo al niño liberar su angustia al poder ir expresando su agresividad mediante mediadores como el grito y los materiales. Bajar la angustia posibilita aprender a expresar su rabia de una forma más ajustada y simbólica. En ocasiones, para movilizar las emociones del niño podemos provocar una agresividad bastante fuerte, ajustada a su pulsionalidad, teniendo el cuidado de no aterrorizarlo.

En el contexto de la intervención psicomotriz, donde el niño puede moverse, reírse, llorar, enfadarse, la angustia inicial va diluyéndose, disminuyendo su deseo destructivo en la medida en que el niño va comprendiendo que en este lugar no destruye al otro, puesto que el psicomotricista aguanta su destrucción, y como resonancia, puede ver que él tampoco se destruye. El niño se reasegura al sentir y ver que a través de este juego tónico-corporal-agresivo nadie se destruye, el psicomotricista le devuelve que no tiene miedo de sus pulsiones destructivas y así ambos van aprendiendo que pueden ser reguladas y controladas.

En ocasiones, cuando la angustia de destrucción es muy fuerte, el niño vuelca la agresividad hacia sí mismo como una manera de bajar su ansiedad. Desde nuestro lugar de intervención, es importante movilizarlo para que esta pulsión se dirija hacia fuera, hacia el otro o hacia los objetos, para que disminuya la autoagresión. Ante estas situaciones el psicomotricista marca el límite y contiene, mostrándole que no vamos a permitir que se destruya porque lo queremos y somos su garantía de seguridad; tratando de que el niño sienta que lo



hacemos por amor, como una presencia que da vida (Álvarez, 2002).

Siguiendo los planteamientos de Winnicott sobre el *breakdown* (1962) como la angustia del sujeto de encontrarse de nuevo en un estado de no-integración sin nadie capaz de sostenerlo, Lapierre (2012) plantea que en la terapia es importante dejar el tiempo a los niños de caer, de sentir la angustia y el miedo para poder reparar. Es importante dejar el tiempo al niño para reencontrarse con sus miedos y sus angustias, de forma que lo ayudemos a tomar conciencia de que estos pueden ser superados. Si los niños no se enfrentan a estos miedos, viven en una representación, pero no llegan a la emoción y se quedan dentro de un discurso irreal defensivo que les impide conectarse con sus heridas y dificultades. Hay que entrar en lo que duele para reconstruir; provocar una angustia tolerable, ya que en los niños psicóticos, las crisis de mucho terror se transforman en violencia.

El gran temor a la destrucción del niño psicótico, si bien se expresa a través de figuras o imágenes amenazantes, estas son en muchos casos mecanismos de defensa ante su miedo al encuentro con la "madre buena", a contactar con sus necesidades tempranas insatisfechas, su gran necesidad de ser amado y cuidado. En su acompañamiento al niño, el psicomotricista trata de instaurar una confianza básica (Erickson, 1950) y desarrollar un sostén adecuado que permita al niño lograr la integración, la personificación y la realización de su yo corporal y psíquico. A modo de símil, Lapierre (2012) plantea que desde la intervención trataríamos de generar una sutura a una fisura que se ha creado en la construcción de este psiquismo, pero que

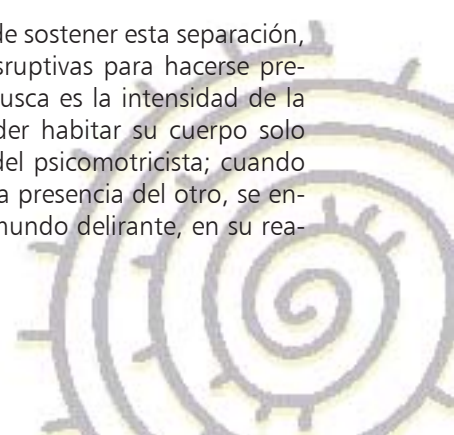
en algunos casos, cuando la ruptura es grande, la reparación solo puede ser parcial, a pesar de que podamos llegar a un encuentro pertinente.

Con algunos niños muy perturbados o ya mayores, llegar a este encuentro afectivo de sostén es complejo, y en la búsqueda de esta relación primaria el niño se pierde ante la predominancia de instintos sexuales que se activan en el encuentro con el otro de sus zonas erógenas. En estos casos es fundamental la disponibilidad corporal y la modulación tónica que puede realizar el psicomotricista con su cuerpo para ir aceptando y modificando el encuentro en una relación de sostén afectivo.

### **3.4.- Diferenciarnos para existir: el trabajo en pareja.**

En la intervención psicomotriz es fundamental crear un espacio de comunicación para continuar existiendo a pesar de la separación simbiótica. Como hemos comentado anteriormente, es difícil para estos niños sostenerse y sentir que el vínculo sigue existiendo cuando existe una toma de distancia. Este espacio de comunicación solo es posible cuando el niño nos ha permitido entrar y ha podido registrar la presencia del otro como una base de seguridad que permanece aunque no se encuentre físicamente en interacción con él.

Cuando el niño no puede sostener esta separación, recurre a conductas disruptivas para hacerse presente, porque lo que busca es la intensidad de la presencia del otro, poder habitar su cuerpo solo si está bajo la mirada del psicomotricista; cuando siente que ha perdido la presencia del otro, se encierra de nuevo en su mundo delirante, en su realidad paralela.



Para generar este sentimiento de diferenciación, de poder vivir sin el contacto con el otro, contamos para la intervención terapéutica con el trabajo en pareja, lo que implica introducir al tercero en la relación, después de haber creado un vínculo primario con el niño (Lapierre, 2006; Sánchez y Llorca, 2009).

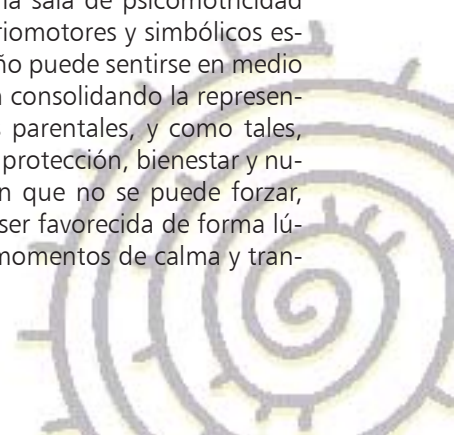
Esta intervención se apoya en la relación a partir de la interiorización de la imagen materna seguida de una proyección en el espacio de esa relación. Este pasaje al cuerpo imaginario solo es posible por la referencia al tercero que diferencia la relación madre-hijo. El cuerpo y el espacio encuentran ahí la posibilidad de constituirse en su dimensión imaginaria: se estructuran a partir de la relación. Siguiendo los planteamientos de Winnicott (1971), el rol del padre es esencial en la etapa en que el niño necesita construirse con una identidad propia, más allá del yo de su madre. Es gracias al sostén de esta figura, que el niño puede integrar todos sus impulsos destructivos en sus impulsos de amor (Duparc, 2005).

Inicialmente, en la vida del niño psicótico, el tercero es sentido como una cosa externa, porque el niño se ha quedado en un estado de indiferenciación. A medida que en la intervención psicomotriz vamos creando un vínculo con esta figura que va formando parte de una pareja indestructible, el niño puede estructurarse, comprender que su referencia es separada de su figura primaria porque ha nacido de dos cuerpos; la presencia de los dos lo reintroduce en el inicio de su existencia como ser diferenciado (Lapierre, 2012). Desde la psicomotricidad relacional, para lograr la estructuración personal, el psicomotricista deja de ser una figura

única de referencia para situarse en una pareja de intervención.

Cuando se interviene con niños psicóticos se deben generar relaciones triangulares para darle un registro que no tiene, la existencia de un tercero. Es generalmente la figura femenina, la psicomotricista, la que da cuerpo a este tercero, reconociéndolo y dándole su espacio, siguiendo las palabras de Winnicott, es introducir la presencia del padre en la vida psíquica de la madre, o como afirma Lacan, es ir creando el espacio para la vivencia del padre real, simbólico e imaginario (Lacan, 1994). De acuerdo con estos planteamientos, es la figura femenina la que reconoce, se apoya y deja espacio a este tercero en la relación con el niño, quien inicialmente vive a esta figura desde un "falso Edipo" como la presencia de un hombre al lado de su objeto de amor, con sentimientos de celos, pero no, con la imagen del padre ley y límite. Inicialmente para el niño psicótico, este padre solo representa, como imagen, el reflejo de un deseo de posesión fusional. Para Winnicott, el niño psicótico sufre de una falta de integración que se sitúa antes de la constitución de un Edipo fantasmático interno y de los conflictos con la realidad (Winnicott, 1952).

La consolidación de esta pareja como referente se va desarrollando en la sala de psicomotricidad mediante juegos sensoriomotores y simbólicos espontáneos, donde el niño puede sentirse en medio de dos cuerpos que van consolidando la representación de las imágenes parentales, y como tales, ambos participan en su protección, bienestar y nutrición. Es una situación que no se puede forzar, obligar, pero que debe ser favorecida de forma lúdica y también, en los momentos de calma y tran-



quilidad durante y al final de las sesiones. El niño va percibiendo y va interiorizando una imagen de sus psicomotricistas como pareja.

La presencia de esta pareja nos permite generar procesos de identificación en el niño con un hombre o una mujer e internalizar este modelo de relación parental para dirigirse a los otros en relaciones afectivas. Hacer de padre o de madre no supone caer en estereotipos sobre lo que un hombre o una mujer deben hacer, correspondiendo todas las funciones de la crianza a ambos progenitores. La riqueza de esta intervención es que poner límites, cuidar, proteger, se realiza desde cuerpos y maneras de estar diferentes; es esta diferencia la que permite al niño poder irse situando en un contexto relacional más amplio. Damos así la posibilidad de que el niño pueda tomar conciencia de que existe más de una sola persona gratificante en el mundo, y también aprende a llenar las carencias de su relación primaria con otras personas sustitutas que irá encontrando en su vida.

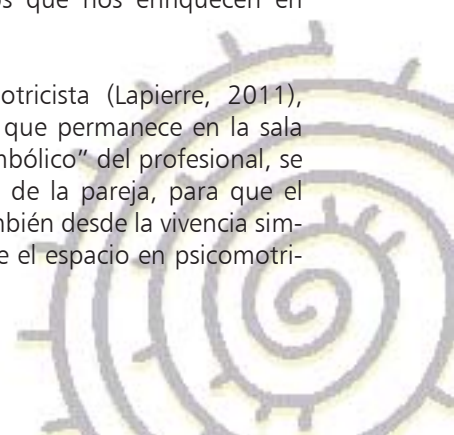
El niño debe establecer relaciones diferenciadas con los dos terapeutas que constituyen la pareja, no se puede querer ni actuar de la misma manera con los dos, como intentan reproducir muchos niños con psicosis en esta situación de intervención, utilizando a uno como imagen especular del otro, de forma que no los diferencia sino que sigue situándose en una relación primaria dual, respondiendo a una necesidad pulsional de fusión.

La relación en pareja supone dejarle un espacio relacional a nuestro compañero psicomotricista para que pueda encontrarse con el niño. Para uno puede ser establecer un contacto, y para el otro separarse o poner distancia. Para uno será conducir

al niño al otro, haciendo un puente entre ambos para ayudar al niño a perder sus aprehensiones y también, será un aprendizaje para uno de los psicomotricistas de quedarse solo. Es aceptar ser el mal amado, perder la preferencia afectiva del niño cada vez que aparece la otra figura. Cuando la relación es desigual, preferentemente con uno de los dos, el que es más amado debe dejar un espacio al otro, incluyéndolo, reconociéndolo y validándolo con poder delante del niño.

Esta intervención requiere tener profesionalmente confianza en el otro, confiar en sus elecciones de intervención y desarrollar también una gran capacidad de empatía y complicidad. En la sala de psicomotricidad nuestro compañero o compañera se convierte simbólicamente en nuestra pareja desde una profunda relación de confianza mutua; ya que siguiendo los planteamientos de Winnicott sobre el transfer, es fundamental sentirnos como pareja parental para tomar conciencia y favorecer las proyecciones de esta relación triangular. La relación de pareja nos ayuda como profesionales también, a comprender y tomar conciencia de nuestras fijaciones en la relación que establecemos con los niños o con nosotros. Al trabajar con otra persona aprendemos otras maneras de llegar al niño, descubrimos otras respuestas en él; encontramos otros gestos y registros que nos enriquecen en nuestro hacer.

El espacio del psicomotricista (Lapierre, 2011), el tapete o colchoneta que permanece en la sala como "casa- cuerpo simbólico" del profesional, se convierte en el espacio de la pareja, para que el niño pueda situarse también desde la vivencia simbólica de lo que supone el espacio en psicomotri-

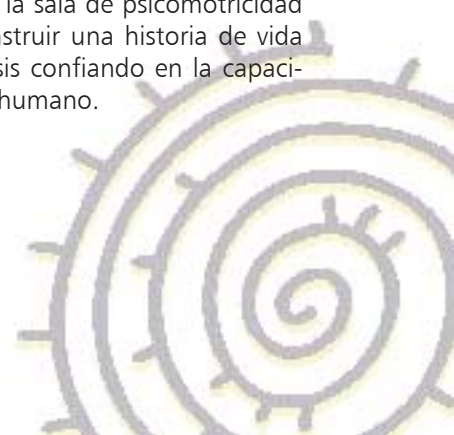


cidad relacional. Puede ser invitado o simplemente entrar en este sitio, encontrando un lugar posible donde situarse, pero también puede ayudárselo a sentirse fuera, a encontrar un espacio donde investirse, si puede encontrarlo. De acuerdo con los planteamientos de Winnicott, sería la posibilidad de encontrar el estadio del uno, de la soledad asumida a partir de la aceptación de la relación parental (Winnicott, 1958).

En definitiva, la cointervención desde la psicomotricidad relacional supone la construcción a nivel simbólico de una casa en la que hay una pareja de psicomotricistas que representan al padre y a la madre. Esta pareja puede permanecer junta, pero también se puede presentar por separado durante la intervención, cuando el niño tenga la necesidad de elaborar ciertas dificultades con el uno o el otro. En esta casa simbólica va a poder renacer, encontrar otros registros que permitan en parte reparar ciertas carencias o heridas encontradas en la primera infancia, siguiendo los planteamientos de Winnicott (Rabain, 2005), sobre la transferencia y la regresión como lugar de reparación en el niño psicótico, proponiendo la necesidad de que el analista se sitúe como una madre viva. Desde la intervención terapéutica en la psicomotricidad relacional esta propuesta se amplía a la presencia real de dos personas que construyen una relación triangular con el niño, para ir acompañándolo en su crecimiento, siendo profundamente amado y sostenido. Esto no quiere decir, como hemos comentado al hablar de la omnipotencia del niño con psicosis, que todo está permitido, ya que ciertas frustraciones son indispensables para crecer como ciertos límites son estructurantes.

Con los niños con psicosis, es necesario tratar de reintroducir la relación primaria arcaica, como si intentáramos ayudarlos a renacer. Es importante situarlo entre el cuerpo del padre y de la madre, para que el niño integre en su cuerpo la presencia de dos que lo pueden proteger, nutrir y asegurar. La pareja puede poner límites a la relación simbiótica que se produce entre el niño y su psicomotricista de referencia que transfiere la imagen vincular entre madre e hijo. El tercero siguiendo las ideas de Freud y Winnicott, se hace presente y ayuda al crecimiento del niño o la niña, fortaleciendo la relación de pareja y ayudando al niño a separarse de las relaciones fusionales, generando nuevos registros de apertura a lo social.

Como síntesis de este trabajo, planteamos por tanto que la intervención en la psicosis desde la psicomotricidad relacional se constituye siguiendo un proceso que va desde la construcción o el restablecimiento de una relación vincular arcaica con el niño para ir creando progresivamente, a nivel simbólico, una casa en la que estará presente una pareja que representa al padre y la madre. Esta pareja puede estar junta o separada en función de las necesidades del niño. En esta casa simbólica va a poder renacer, reparar y ser acompañado al mundo social, desde una nueva vivencia de sostén. A través de la vivencia en la sala de psicomotricidad vamos a intentar reconstruir una historia de vida para el niño con psicosis confiando en la capacidad reparadora del ser humano.



**BIBLIOGRAFÍA**

- ÁLVAREZ, A; MICHELENA, P. M. (2002). UNA PRESENCIA QUE DA VIDA. MADRID. BIBLIOTECA NUEVA.
- AJURIAGUERRA, J. (1973). MANUAL DE PSIQUIATRÍA INFANTIL. BARCELONA. TORAY- MASSON.
- ANZIEU, D. (2002). EL YO PIEL. MADRID. BIBLIOTECA NUEVA.
- AULAGNIER P. (1975). LA VIOLENCIA DE LA INTERPRETACIÓN. DEL PICTOGRAMA AL ENUNCIADO. BUENOS AIRES. AMORRORTU, 1991.
- AUCOUTURIER, B. (2007). LOS FANTASMAS DE ACCIÓN Y LA PRÁCTICA PSICOMOTRIZ. BARCELONA. GRAO.
- CURBELO, L. M. E., PUPO, M. A., CEPERO, M. C. (2008). ESTIMULACIÓN PRENATAL TEMPRANA: CONSIDERACIONES ACERCA DE SUS EFECTOS SOBRE EL RECIÉN NACIDO, PADRES Y FAMILIA. MEDICENTRO ELECTRÓNICA, 12(4).
- DEL ÁGUILA, A. (2012). INFLUENCIA DEL ESTRÉS Y DEPRESIÓN PRENATAL EN EL DESARROLLO DEL NIÑO. REVISTA PERUANA DE PEDIATRÍA AGO-DIC, 65(3), 158-169.
- DUPARC, F. (2005). EL PADRE EN WINNICOTT ¿ES SUFICIENTEMENTE BUENO? EN BOUSHIRA, J. Y DURIEUX, M. (2005) WINNICOTT INSÓLITO. BUENOS AIRES. NUEVA VISIÓN.
- ERIKSON, E. H. (1950). SYMPOSIUM ON HEALTHY PERSONALITY, EN M.J. SENN, N. YORK: J. MACY, H. FOUO.
- FERNÁNDEZ R. L. Y RUIZ, V. (2005). EL CUERPO DEL PSICÓTICO EN LA TRAMA GENERACIONAL. ANUARIO DE INVESTIGACIÓN, 2004, 534-550.
- GONZÁLEZ, W. (2008). ETOLOGÍA DEL APEGO Y DEL RECONOCIMIENTO EN EL SER HUMANO. REV. EL HOMBRE Y LA MÁQUINA, 31. RECUPERADO EN [HTTPS://DRIVE.GOOGLE.COM/VIEWERNG/VIEWER?URL=HTTP://WWW.REDALYC.ORG/PDF/478/47803104.PDF](https://drive.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.redalyc.org/pdf/478/47803104.pdf)
- LACAN, J. (1994). LA RELACIÓN DE OBJETO. BARCELONA. PAIDÓS.
- LEVOBICI, S. (1984). EL LACTANTE, LA MADRE Y EL PSICOANALISTA, PARIS, LE CENTURION.
- LAPIERRE, A. M. (2006). SEMINARIO DE SUPERVISIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN TRIANGULAR. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA.
- (2011). EL ESPACIO EN LA SALA DE PSICOMOTRICIDAD. SEMINARIO DE PSICOMOTRICIDAD RELACIONAL. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA.
- (2012). COMPRENDER LA PSICOSIS Y SU INTERVENCIÓN DESDE LA PSICOMOTRICIDAD RELACIONAL. SEMINARIO DE PSICOMOTRICIDAD. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA.
- MAHLER, M. (1958). SIMBIOSIS HUMANA: LAS VICISITUDES DE LA INDIVIDUACIÓN. MÉXICO. ED. JOAQUÍN MORTIZ.



MILÁN, J. F. P. (2006). TENDENCIAS ACTUALES EN LA INVESTIGACIÓN DE LAS PSICOSIS. NEUROIMAGEN Y ESQUIZOFRENIA. REV. HOSP. PSIQUIÁTRICO DE LA HABANA 2006; 3(3).

MUIÑA, D. (2012). PSICOSIS EN LA INFANCIA, EN LA NIÑEZ Y EN LA PUBERTAD. BOCETOS DE PSICOPATOLOGÍA INFANTO JUVENIL. FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES. RECUPERADO EN [HTTP://WWW.PSI.UBA.AR/ACADEMICA/CARRERASDEGRADO/PSICOLOGIA/SITIOS\\_CATEDRAS/ELECTIVAS/102\\_INFANTO\\_JUVENIL/MATERIAL/PSICOSIS.PDF](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/102_infanto_juvenil/material/psicosis.pdf)

OLZA, I. (2006). LA TEORÍA DE LA PROGRAMACIÓN FETAL Y EL EFECTO DE LA ANSIEDAD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO EN EL NEURODESARROLLO INFANTIL. EN BLÁZQUEZ (ED) UNIVERSITARIAS DE ZARAGOZA, 2006.

PUNTA RUDOLFO, M. (2006). LA CLÍNICA DEL NIÑO Y SU INTERIOR. BUENOS AIRES. PAIDOS.

RABAIN, J-F. (2005). EL ÁRBOL DE WINNICOTT. "MI MADRE, BAJO EL ÁRBOL, LLORA". EN BOUSHIRA, J. Y DURIEUX, M. (2005) WINNICOTT INSÓLITO. BUENOS AIRES. NUEVA VISIÓN.

SAMI ALI. M. (1992). CUERPO REAL, CUERPO IMAGINARIO. BUENOS AIRES. AMORRORTU  
(2000) EL IMPASSE RELACIONAL. MADRID. SÍNTESIS.

SÁNCHEZ R. J. (2007). JUGANDO CON LOS MIEDOS. REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOMOTRICIDAD Y TÉCNICAS CORPORALES, 25, 97-110.

SÁNCHEZ, R. Y LLORCA, M. (2009). SOMOS TRES. LA CONSTRUCCIÓN DE UNA RELACIÓN TRIANGULAR EN LA INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ. REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOMOTRICIDAD Y TÉCNICAS CORPORALES, 33, 99-109.

SASSANO, M. (2008). EL VÍNCULO AFECTIVO COMO CAMINO ENTRE EL NO TENER CUERPO AL SER PERSONA. REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOMOTRICIDAD Y TÉCNICAS CORPORALES, 30, 109-153.

TUSTIN, F. (1981). AUTISMO Y PSICOSIS INFANTILES. BARCELONA. PAIDOS.

WINNICOTT, D.W. (1952). LA PSICOSIS Y EL CUIDADO DE LOS NIÑOS. EN ESCRITOS DE PSIQUIATRÍA Y PSICOANÁLISIS. BARCELONA. PAIDÓS. 1999.

(1958). LA CAPACITÉ D'ETRE SEUL. EN DE LA PÉDIATRIE Á LA PSICHANALYSE, PARIS, PAYOT.

(1962). LA INTEGRACIÓN DEL YO EN EL DESARROLLO DEL NIÑO. LOS PROCESOS DE MADURACIÓN Y EL AMBIENTE FACILITADOR. BUENOS AIRES. PAIDOS. 1993.

(1967). EL CONCEPTO DE INDIVIDUO SANO. EN EL HOGAR, NUESTRO PUNTO DE PARTIDA. ENSAYOS DE UN PSICOANALISTA. (P. 27-47) BARCELONA: PAIDOS, 1996.

(1971). REALIDAD Y JUEGO. BUENOS AIRES: GEDISA.

WINNICOTT, D. W. (1972). CLÍNICA PSICOANALÍTICA INFANTIL. BUENOS AIRES: HORMÉ (1993).

(1996). ACERCA DE LOS NIÑOS. BARCELONA: PAIDOS, 1998.

DISERTACIÓN REALIZADA EN EL MARCO DEL SEGUNDO CONGRESO INTERNACIONAL DE CHILE – NOVIEMBRE DE 2014.





# Quando nadie se lo espera amanecen los lunes. El campo intergeneracional en psicomotricidad

*Just when no one expects it, along come Mondays.  
The inter-generational field in Psychomotricity*

**Lola García Olalla**

## DATOS DE LA AUTORA

**Lola García Olalla** es Doctora en psicología y psicomotricista. Profesora del Departamento de Psicología de la Universidad Rovira i Virgili (Tarragona, España). Miembro del grupo de investigación "Desarrollo psicológico e intervención psicomotriz" en esta universidad. Codirectora del "Especialista Universitario en Educación psicomotriz y desarrollo psicológico" y del "Máster en Educación y terapia psicomotriz". Coordinadora de diversos proyectos de investigación y transferencia sobre atención a la infancia y gerontopsicomotricidad. Autora de diversas publicaciones sobre desarrollo psicológico y psicomotricidad. Dirección de contacto: [lola.garcia@urv.cat](mailto:lola.garcia@urv.cat)

## RESUMEN

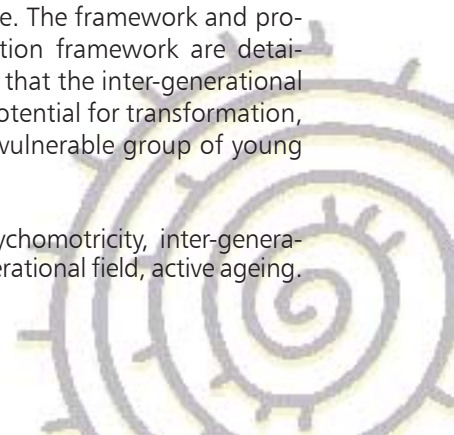
Se presenta la experiencia realizada en una residencia de adultos mayores donde los talleres de gerontopsicomotricidad se transforman en proyectos intergeneracionales. En los talleres coinciden jóvenes de trece a quince años con adultos muy mayores que presentan alto grado de deterioro motor y cognitivo. Se detalla el marco y propuestas de la intervención. Los resultados apuntan que el taller intergeneracional tiene un gran potencial de transformación, especialmente para el colectivo de jóvenes más vulnerables.

Palabras clave: Gerontopsicomotricidad, proyecto intergeneracional, campo intergeneracional, envejecimiento activo.

## ABSTRACT

The paper presents the study undertaken in a residence for senior citizens, where the geronto-psychomotricity workshops are transformed into intergenerational projects. In the workshops young people aged from thirteen to fifteen are combined with very elderly adults with a high degree of motor and cognitive decline. The framework and proposals for the intervention framework are detailed. The results indicate that the inter-generational workshop has a great potential for transformation, especially for the most vulnerable group of young people.

Key words: Geronto-psychomotricity, inter-generational project, inter-generational field, active ageing.



*La intergeneracionalidad abraza los tres tiempos en que los seres humanos somos: ayer, hoy y mañana (Sánchez, Kaplan y Sáez, 2010)*

## 1. INTRODUCCIÓN

El título es un enigma, una sorpresa, que irá desvelando poco a poco, y también una metáfora vinculada a los lunes, ¿Qué representan para ustedes los lunes?... , quizás algunos lunes pueden cambiar de signo. ¿Por qué un enigma? Un enigma nos plantea algo que no se alcanza a entender, algo de difícil comprensión e interpretación, porque cuando comenzamos este trabajo no sabíamos qué pasaría, pero intuíamos que algo bueno podía suceder. Y esta intuición nos impulsó a trabajar en firme por la experiencia.

Presentamos un trabajo relacionado con el ciclo vital y la intervención en dos momentos particulares de este ciclo: la adolescencia y la vejez, pero también tiene que ver con la interdisciplina, la reconstrucción corporal, la intersubjetividad y la construcción de vínculos.

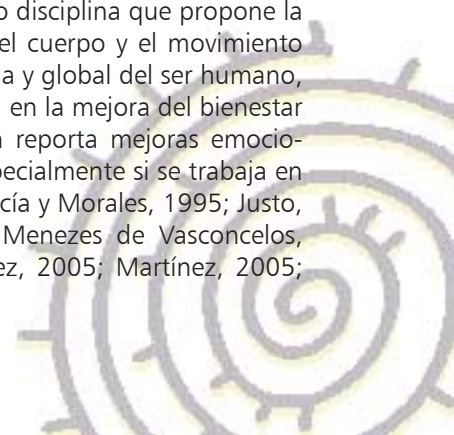
Y tiene que ver con la historia, la historia de cómo hemos ido construyendo la psicomotricidad con las personas mayores y muy mayores en la residencia de las Magnolias, en Sitges (Barcelona, España) desde el año 1999 y de la cual hemos dejado constancia en diversas comunicaciones y artículos (García Olalla, 2009; 2011). Desde entonces realizamos un taller de psicomotricidad los jueves al que asisten mayores con diverso grado de afectación psicomotora y cognitiva (niveles leve, medio y grave de deterioro cognitivo), pero con ciertas capacidades intersubjetivas, que les permiten disfrutar y beneficiarse del trabajo de grupo en psicomotricidad.

Hace dos años decidimos iniciar un nuevo grupo para dar cabida a mayores con un grado severo de deterioro cognitivo, capacidades muy comprometidas a nivel de discurso (comprensión y expresión), y movilidad muy reducida. Es el grupo de los lunes. Ambos trabajos se planifican, desarrollan y evalúan por la terapeuta ocupacional del centro y la psicóloga.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 La gerontopsicomotricidad como disciplina emergente en el ámbito de trabajo e investigación sobre envejecimiento activo

La gerontopsicomotricidad constituye un área de conocimiento que ha creado un conjunto de técnicas de intervención referentes a la promoción, la prevención, el diagnóstico y la terapéutica, adecuadas en el abordaje integral de personas que se encuentran en el proceso de envejecimiento y vejez (Soler Vila, 2005; Mila y cols., 2008; Menéndez y Brochier, 2011). Como disciplina que propone la intervención a través del cuerpo y el movimiento desde una visión unitaria y global del ser humano, ha mostrado su eficacia en la mejora del bienestar corporal, pero también reporta mejoras emocionales y relacionales, especialmente si se trabaja en un formato grupal (García y Morales, 1995; Justo, 2000; Lorente, 2003; Menezes de Vasconcelos, 2003; Enriquez y Núñez, 2005; Martínez, 2005;



Olave y Ubilla, 2011).

La gerontopsicomotricidad se va constituyendo como una disciplina emergente que va tomando cuerpo, de manera simultánea a un nuevo discurso sobre el envejecimiento en positivo o envejecimiento activo. Como dicen nuestros colegas Tuzzo y Mila:

*“Se puede aprender a envejecer satisfactoriamente. Promover el envejecimiento activo y participativo significa apropiarse de una longevidad saludable o con un “éxito” que les pertenece, dado que no hay una vejez, sino “vejezes”, cada una con su propia singularidad, tanto en la forma en que se envejece, como en la tonalidad afectiva que la acompaña”* (Tuzzo y Mila, 2009, p. 223).

El proceso biológico de envejecer supone un declive en la eficiencia y eficacia de todos los sistemas biológicos; como consecuencia aumenta la vulnerabilidad ante enfermedades crónicas y agudas. Pero también en este proceso hay grandes diferencias individuales en las formas de envejecer, en función de variables personales y socioculturales. Cada individuo toma parte activa en su propio proceso de envejecimiento.

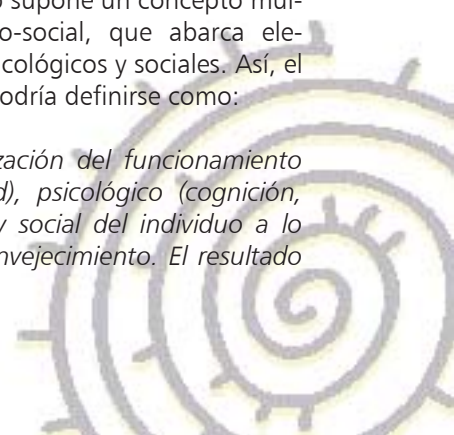
El planteamiento biomédico tradicional ha promovido una visión negativa de la vejez y el envejecimiento. Butler (1969) ha acuñado el concepto de edaísmo (*ageism*) para referirse a la discriminación sobre las personas mayores como consecuencia de imágenes estereotipadas. Según Fernández-Ballesteros (2009) las visiones negativas del envejecimiento tienen una repercusión perversa en la sociedad en un doble sentido: refuerzan las creen-

cias y visiones negativas, amenazan a individuos y grupos de mayores y actúan como profecías que acarrearán su propio cumplimiento. Estas imágenes son una amenaza social y, por consiguiente toda política con relación al envejecimiento debería ir precedida por cambios en esta visión negativa. Además, se trata de una visión que va en contra de la evidencia científica. De igual modo, reducir el estudio de la vejez a sus correlatos positivos sería acientífico y parcial.

La visión positiva en el ámbito de la gerontología se inicia en las últimas décadas del siglo XX, y atañe al ámbito de la biomedicina y de las ciencias sociales. En el contexto biomédico se acuña la expresión *healthyaging* y en la literatura psicológica y social *successfulaging*; en la última década toma fuerza el término *active aging*. Esta nueva visión considera que los individuos envejecen con trayectorias diferentes en función de la interacción entre el individuo y sus circunstancias vitales, en función también de cómo cada persona afronta el declive, el deterioro y las pérdidas. Existen además consecuencias positivas de la edad, y la plasticidad es cualidad de la condición humana a lo largo de toda la vida y, por tanto, también de la vejez (Fernández-Ballesteros, 2009).

El envejecimiento activo supone un concepto multidimensional, bio-psico-social, que abarca elementos biomédicos, psicológicos y sociales. Así, el envejecimiento activo podría definirse como:

*“El proceso de optimización del funcionamiento físico (incluida la salud), psicológico (cognición, emoción, motivación) y social del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento. El resultado*



*de este proceso es un alto nivel de funcionamiento físico y mental, una adecuada regulación emocional-motivacional y un elevado nivel de interacción y participación social"* (Fernández-Ballesteros, 2009).

Como dice Ursula Lehr (2009), la vejez no debe ser contemplada como un problema, sino como una oportunidad y un desafío; no debemos preguntar sólo por las pérdidas, por los déficit; tenemos que preguntar por el nuevo potencial de las personas muy mayores como capital humano.

## **2.2 El campo intergeneracional como nuevo escenario de práctica e investigación en psicomotricidad**

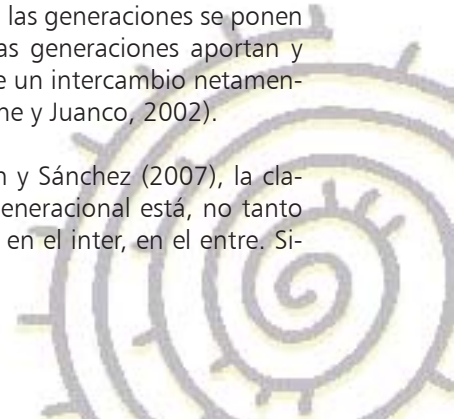
*"Los cambios demográficos están modelando una nueva sociedad y se acelerarán a partir de 2010: cada vez habrá menos jóvenes y adultos, cada vez habrá más trabajadores de edad, jubilados y ancianos. Nuestras sociedades deberán inventar nuevas vías para valorizar el potencial de crecimiento que representan las jóvenes generaciones y los ciudadanos de edad más avanzada. Será necesario que todos los agentes contribuyan a gestionar estos cambios: deben desarrollarse nuevas formas de solidaridad entre las generaciones, hechas de apoyo mutuo y transferencia de competencias y experiencias"* (Comisión Europea, 2005: 23).

El campo intergeneracional es el conjunto de conocimientos (teorías, investigaciones, prácticas) y de acciones (en especial las políticas públicas y los programas intergeneracionales) encaminados a aprovechar de modo beneficioso el potencial de la intergeneracionalidad en tanto encuentro e in-

tercambio con personas y grupos pertenecientes a distintas generaciones (Sánchez, 2007). Miriam Bernard (2006) sostiene que el campo intergeneracional se articula en torno a cuatro dimensiones: la investigación, las políticas, las prácticas y las teorías que abordan la intergeneracionalidad. Tomando estas dimensiones como referente, Sánchez (2007) propone que el campo intergeneracional arranca y tiene su centro en las prácticas intergeneracionales. Sin prácticas, sin proyectos, sin programas, no hay nada que investigar. La investigación y elaboración de explicaciones de las distintas prácticas intergeneracionales viene después. Sin duda es cierto que el campo intergeneracional precisa dotarse de una sólida base de investigación y teorías que puedan orientar las prácticas intergeneracionales, y que guíen, a la larga, la toma de decisiones sobre las políticas más convenientes para impulsar la intergeneracionalidad.

Los Programas Intergeneracionales (PI) están diseñados para que personas mayores y jóvenes sin lazos biológicos se impliquen en interacciones que promuevan lazos afectivos entre generaciones y sistemas de apoyo positivo que ayuden a mantener el bienestar y la seguridad de las generaciones jóvenes y mayores (Newman, 1997). Cada generación pone en funcionamiento los recursos que posee, y que frecuentemente permanecen ocultos y suelen activarse cuando las generaciones se ponen a trabajar juntas; ambas generaciones aportan y reciben algo, se trata de un intercambio netamente bidireccional (Albuérne y Juano, 2002).

Como señalan Newman y Sánchez (2007), la clave del término (inter) generacional está, no tanto en lo generacional sino en el inter, en el entre. Si-



guiendo a estos autores y a partir del análisis realizado por MacCallum y cols. (2006), una clave del éxito es que los PI ofrecen oportunidades para el desarrollo de relaciones: tienen una duración suficiente para permitir el establecimiento de relaciones y rupturas de estereotipos; las actividades favorecen las relaciones, cuya naturaleza se cuida intentando que sean abiertas, tolerantes, y que no persigan enjuiciar al otro; se promueve la reciprocidad. Investigaciones diversas avalan que los programas intergeneracionales contribuyen a reforzar la interacción y establecer lazos emocionales, benefician la autoestima del mayor y su sentimiento de utilidad. Sentirse querido y acompañado se constatan como necesidades prioritarias, según autoinformes de los propios mayores (Albuérne y Juanco, 2002).

Los participantes en el curso "Actuaciones para promover las relaciones intergeneracionales", organizado por el IMSERSO y la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo, que tuvo lugar en octubre de 2008 en La Antigua (Guatemala), aportaron la siguiente definición:

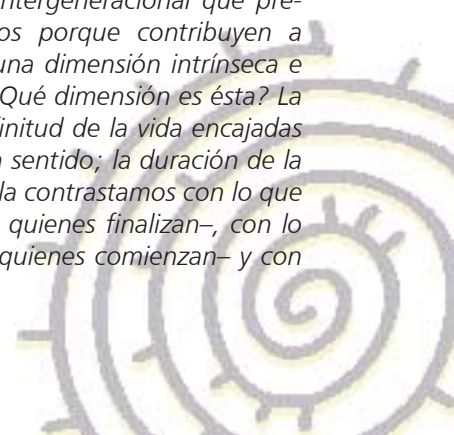
*"Los programas intergeneracionales son medios, estrategias, oportunidades y formas de creación de espacios para el encuentro, la sensibilización, la promoción del apoyo social y el intercambio recíproco, intencionado, comprometido y voluntario de recursos, aprendizajes, ideas y valores encaminados a producir entre las distintas generaciones lazos afectivos, cambios y beneficios individuales, familiares y comunitarios, entre otros, que permitan la construcción de sociedades más justas, integradas y solidarias"* (W.A.A., 2008).

A la hora de justificar los programas intergeneracionales, el argumento del distanciamiento generacional familiar ha ido dejando paso al de los problemas comunes que afectan a jóvenes y mayores: baja autoestima, aislamiento, falta de sistemas de apoyo adecuados, estereotipos negativos y desconexión con la familia y con la sociedad (Sánchez, Kaplan y Sáez, 2010).

En la base y sentido de la intergeneracionalidad encontramos la propia esencia y razón de la existencia humana. Como afirman Sánchez, Kaplan y Sáez (2010):

*"Todo ser humano es intergeneracional. Somos y existimos porque, inmediatamente después de nacer, comenzamos a cruzarnos con otras personas que con un recorrido más largo en sus propios cursos vitales, apoyan nuestra existencia: pensamos en padres, maestros y otras personas adultas, parientes o no, de quienes irremisiblemente dependemos para salir adelante en nuestras fases más tempranas de la vida. En esos momentos nadie dudaría de lo imprescindible del contacto intergeneracional."*

*Los programas intergeneracionales aparecen así como una vía para el desarrollo de las nuevas formas de solidaridad intergeneracional que precisamos. Son necesarios porque contribuyen a expandir y enriquecer una dimensión intrínseca e íntima de lo humano. ¿Qué dimensión es ésta? La vivencia del inicio y la finitud de la vida encajadas en una época que le da sentido; la duración de la vida sólo se entiende si la contrastamos con lo que se extingue –la vida de quienes finalizan–, con lo que estalla –la vida de quienes comienzan– y con*



*lo que se mantiene –la vida de quienes continúan, día a día, su curso vital–. La intergeneracionalidad abraza los tres tiempos en los que los seres humanos somos: ayer, hoy y mañana. Conforme se extiende la esperanza de vida y, por tanto, se alarga la duración de estos tiempos aumenta también la coincidencia con otros, el cruce con otros, la interdependencia de otros. Y ahí es donde los programas intergeneracionales tienen su principal razón de ser. Luego, además, puede haber otras razones coyunturales, pero ésta es la razón de fondo, la razón intemporal" (Sánchez, Kaplan y Sáez, 2010).*

En cuanto a los beneficios de los programas intergeneracionales, partiendo de la revisión de Mac Callum *et al.* (2006) y recogida por Pinazo y Kaplan (2007), seleccionamos aquellos que nos resultan relevantes en los PI de psicomotricidad:

En las personas mayores:

- Pasarlos bien e implicarse en actividades físicas.
- Cambios en el humor, aumento de la vitalidad.
- Mejora-Incremento en el sentimiento de valía personal.
- Incremento de la autoestima y de la motivación.
- Oportunidades de aprender.
- Renovado aprecio por las propias experiencias de la vida pasada.
- Desarrollo de la amistad con gente más joven.
- Aprender acerca de la gente joven.
- Exponerse a la diferencia.

En niños y jóvenes:

- Incremento del sentimiento de valía, autoestima y confianza en uno mismo.
- Menor soledad y aislamiento.
- Tener acceso al apoyo de adultos durante mo-

mentos de dificultad.

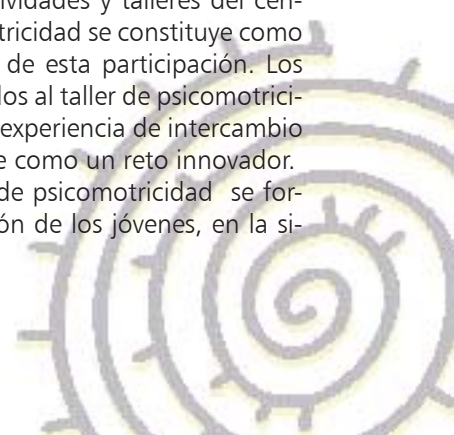
- Aumento del sentimiento de responsabilidad social.
- Percepción más positiva de las personas mayores.
- Mayor conocimiento de la heterogeneidad de las personas mayores.
- Dotarse de habilidades prácticas.

### 3. DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Se presenta la experiencia de dos talleres intergeneracionales en psicomotricidad, que inician su funcionamiento en 2011 a partir de los talleres de gerontopsicomotricidad ya implementados en nuestro centro desde 1999.

#### 3.1 Primer tiempo: el taller de los jueves

El inicio de esta experiencia surge en el curso 2011-12. Desde el colegio Escola Pía de Sitges (Barcelona) solicitan realizar en nuestro centro una actividad de voluntariado a desarrollar durante un curso escolar por un grupo de jóvenes de 3º y 4º de educación secundaria obligatoria. Esta propuesta inicial es acogida y elaborada por nuestra residencia, que ofrece a los jóvenes participar tres días por semana en diversas actividades y talleres del centro. El taller de psicomotricidad se constituye como uno de los escenarios de esta participación. Los jóvenes quedan asignados al taller de psicomotricidad de los jueves. Esta experiencia de intercambio con adolescentes se vive como un reto innovador. Los objetivos del taller de psicomotricidad se formulan, desde la inclusión de los jóvenes, en la siguiente dirección:



- Promover el mutuo conocimiento y la construcción de una imagen ajustada de los mayores por parte de los jóvenes, eliminando miedos, estereotipos y prejuicios.
- Reconocerse mutuamente como personas valiosas y dignas de estima, capaces de proporcionar y recibir ayuda (perspectiva bidireccional).
- Promover la escucha y disponibilidad, que permita la sintonía emocional en situaciones de participación conjunta.
- Vivenciar el placer del movimiento y el juego en situaciones de interacción.
- Rescatar potencialidades y recursos vinculados al placer del movimiento y la acción, que se amplifican cuando trabajamos con los otros.

En la experiencia participaron 40 jóvenes (20 chicas y 18 chicos) de entre 14 y 16 años. En el taller de psicomotricidad participaron 13 residentes (10 mujeres y 3 varones), con edades comprendidas entre 80 y 99 años. Seis presentan algún tipo de deterioro cognitivo (dos leve, dos moderado y dos grave). En cuanto al grado de movilidad, sólo dos son autónomos, el resto precisa ayudas técnicas (uno bastón, tres caminador y siete sillas de ruedas).

El taller de psicomotricidad tiene una duración aproximada de 1 hora y 15 minutos, y se organiza en cinco tiempos:

**1. La bienvenida.** Recordamos el nombre y recibimos a los jóvenes. Suele plantearse una cuestión sobre algún aspecto de nuestra identidad, que nos identifica, vinculada al pasado, al momento actual, o a nuestros deseos y proyectos de futuro.

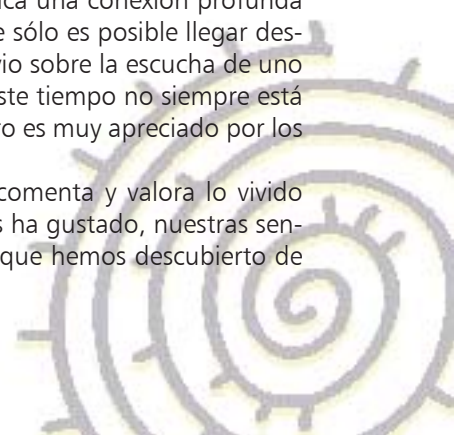
**2. El bienestar corporal.** Un tiempo para el en-

cuentro con uno mismo, desde el cuerpo. Trabajamos la postura, la respiración, el tono, la movilidad articular, mediante microestiramientos, relajación y movilización de los segmentos corporales. Se busca conectar con las sensaciones propioceptivas, internas, ampliar la conciencia del cuerpo, disminuir las tensiones musculares, el malestar y el dolor corporal. Es un trabajo centrado en el tono, como vehículo del bienestar y como puerta de entrada a otro tiempo, más conectado con las emociones y la relación con los otros. Así pasamos de un tiempo corporal a un tiempo relacional.

**3. El juego y la relación.** Se trabaja la expresividad motriz a partir del movimiento, el juego y la relación con los otros. Utilizamos objetos ligeros y fáciles de manejar como intermediarios de la relación. La música suele acompañar las situaciones de juego. El formato de trabajo es diverso: parejas, pequeño grupo o gran grupo. El placer de la acción y de la interacción modifica la expresividad y proporciona bienestar. Se crean situaciones que permiten momentos para la creatividad y la sintonía emocional.

**4. El masaje.** Un tiempo para la reapropiación corporal y distensión muscular mediante la ayuda del otro. Es un trabajo sobre la escucha y el ajuste tónico-emocional. Implica una conexión profunda con el otro a la que sólo es posible llegar después de un trabajo previo sobre la escucha de uno mismo y de los otros. Este tiempo no siempre está presente en el taller, pero es muy apreciado por los mayores.

**5. La despedida.** Se comenta y valora lo vivido en la sesión. Lo que nos ha gustado, nuestras sensaciones y vivencias, lo que hemos descubierto de



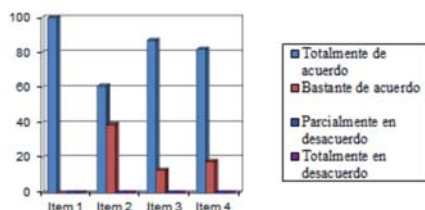
nosotros, y también lo que hemos conseguido gracias a la participación de la otra generación.

El rol de los jóvenes en el taller de psicomotricidad se ha ido transformando desde un papel de ayudantes a partenaires. Esta modificación es producto de un cambio de perspectiva relacional hacia una mayor reciprocidad.

Al final del último curso escolar se valoró el programa entre los jóvenes a partir de un cuestionario anónimo que contemplaba cuatro aspectos: grado de satisfacción con la experiencia, valoración de su participación, mejora del conocimiento sobre los mayores y reconocimiento percibido. Los resultados apuntan, por orden de valoración, los siguientes datos: el 100% de los jóvenes se sienten totalmente satisfechos con la experiencia; conocen mucho mejor (87%) o bastante mejor (13%) la vida de los mayores; consideran que los mayores aprecian mucho (82 %) o bastante (18 %) su participación, y creen que su participación ha incrementado mucho (61%) o bastante (39%) el beneficio de los talleres.

En relación con la cuestión abierta ¿Qué te ha aportado esta experiencia? Hemos agrupado las respuestas en seis categorías. En la tabla 1 se aportan los datos relativos a: categorías encontradas, frecuencias de aparición y ejemplos para cada categoría. Podemos afirmar que esta experiencia ha aportado a los jóvenes un mayor conocimiento de las personas mayores y de su vida en la residencia; realizan una valoración muy positiva de su ayuda a las personas mayores y consideran que ha sido una experiencia valiosa que además les ha proporcionado un cambio de perspectiva sobre esta etapa de la vida y generado nuevas actitudes hacia la misma, como la empatía, el respeto e incluso la admiración.

Gráfica 1. Valoración del PI por el grupo de jóvenes



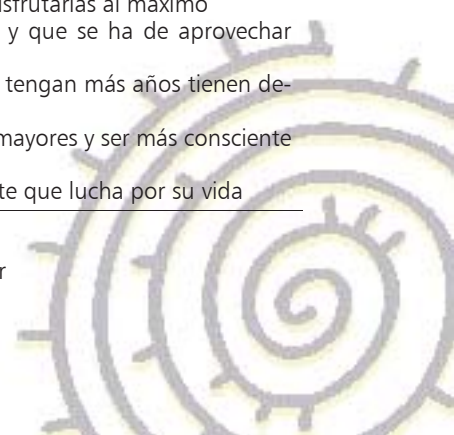
1. Me siento satisfecho de haber participado en este proyecto
2. Creo que mi participación ha servido para que las actividades sean más provechosas
3. Ahora conozco mejor la vida de las personas mayores en una residencia
4. Los mayores aprecian nuestra participación en las actividades





Tabla 1. Aportaciones del PI según el grupo de jóvenes

Aportaciones (agrupadas según categorías)	N	Ejemplos
Conocer más a la persona mayor	15	<p>Conocer su vida más profundamente</p> <p>Diferenciar las enfermedades que los pueden afectar</p> <p>Conocer cómo viven y sienten las personas mayores</p> <p>Conocer su vida personal</p> <p>Conocer sus gustos y sensaciones</p> <p>Conocer la alegría que tienen algunos y los problemas que tienen otros</p>
Experiencia placentera y valiosa	14	<p>Es una experiencia que merece la pena vivir alguna vez</p> <p>Mucha felicidad y me ha encantado participar</p> <p>Ha sido una experiencia que me ha gustado muchísimo</p> <p>Ha sido una gran experiencia que nunca había hecho</p> <p>Lo he pasado muy bien y espero repetir</p> <p>Me ha aportado felicidad y alegría</p>
Altruismo. Hacer cosas por ellos, ayudar	10	<p>Poder hacer alguna cosa buena por ellos</p> <p>Poder ayudarlos y saber que ellos agradecen nuestra ayuda</p> <p>Me he dado cuenta de que necesitan nuestra ayuda y están muy felices cuando venimos</p> <p>Valoro mucho todos los ratos que he estado con ellos y haberlos podido ayudar</p> <p>Es importante ayudarlos porque nosotros también seremos mayores y necesitaremos ayuda</p> <p>Vale la pena ver que sonrían cuando venimos</p>
Conocer la vida de la residencia	9	<p>Conocer la vida dentro de la residencia</p> <p>Conocer todas las actividades que hacen en una residencia</p> <p>Ver cómo viven las personas mayores en una residencia</p>
Cambio de perspectiva	7	<p>Darme cuenta de lo que son capaces de hacer</p> <p>Conocer todas las etapas de la vida y disfrutarlas al máximo</p> <p>Valorar las pequeñas cosas de la vida y que se ha de aprovechar cada día</p> <p>Saber que son como nosotros, aunque tengan más años tienen derecho a una segunda oportunidad</p> <p>Sentir más empatía hacia las personas mayores y ser más consciente de todas las etapas de la vida</p> <p>Me he sentido feliz de ver que hay gente que lucha por su vida</p>
Aprender a relacionarse	2	<p>Saber relacionarme con ellos</p> <p>Tener más respeto hacia la gente mayor</p>



Con relación al colectivo de mayores, hemos recabado su opinión al finalizar uno de los talleres y señalan como aportaciones de esta experiencia:

- Conectan con su juventud y recuperan la memoria de esta etapa (nos rejuvenece, nos trae buenos recuerdos);
- Vivencia de nuevos juegos y situaciones que no pudieron vivir cuando eran jóvenes;
- Diversión y alegría en las actividades compartidas;
- Influencia mutua. Señalan expresamente que los jóvenes aprenden de ellos y conocen experiencias que los ayudarán, y ellos descubren experiencias nuevas gracias a su ayuda. Se reconocen y valoran la perspectiva del intercambio y la influencia mutua (Ellos aprenden de nosotros el contacto y nosotros aprendemos de ellos cosas que no hemos tenido).

### **3.2 Segundo tiempo: el taller de los lunes**

Una nueva demanda surge para el curso 2013-14. Desde un instituto de educación secundaria de la comarca nos piden organizar una experiencia similar con algunos "alumnos especiales". Es un grupo de cuatro jóvenes entre 14 y 16 años, que cursan tercer y cuarto curso de educación secundaria obligatoria y que cuenta con un educador social como figura de apoyo y acompañamiento. Se trata de alumnos con carencias y problemas emocionales, problemas conductuales y con pocos referentes familiares. El educador nos cuenta que para su edad tienen pocos recursos verbales, se explican con palabras sueltas en lugar de frases. Es todo lo que sabemos sobre ellos al inicio de la experiencia.

Ha llegado un nuevo reto. Planteamos al equipo

educativo del centro escolar la posibilidad de integrar este grupo de jóvenes a nuestro taller de psicomotricidad de los lunes. Asumimos el reto de un nuevo grupo intergeneracional, el grupo de los lunes, que reúne a las personas de ambos colectivos de "máxima vulnerabilidad": una cuarta de edad con alto grado de dependencia y deterioro cognitivo grave, y jóvenes en situación de riesgo.

#### **3.2.1 Inicio de la experiencia**

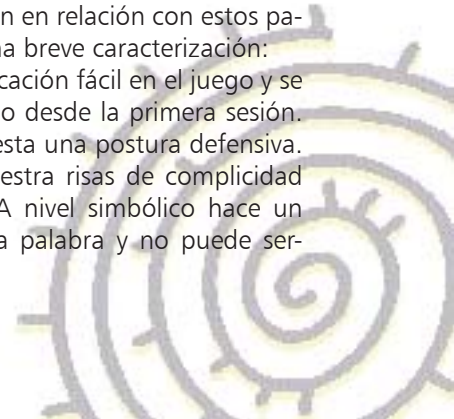
Nos encontramos el 17 de febrero de 2014 con Felipe, Juan, Daniel y Paula. El trabajo concluyó el 9 de junio. Cuatro meses y 15 lunes. La terapeuta ocupacional de nuestro centro asume la gestión de las sesiones y su educador social tendrá una participación activa en las mismas. La psicóloga asume el compromiso de la supervisión de las sesiones y la coordinación del proyecto. Hemos comenzado una experiencia piloto.

Durante las primeras sesiones nos proponemos observar la expresividad psicomotriz de cada joven en el curso de la relación, especialmente:

- El movimiento y la gestualidad
- Las modalidades preferentes de participación
- Las manifestaciones afectivas y emocionales
- Los registros simbólicos

Pasadas tres sesiones, vamos construyendo una imagen sobre cada joven en relación con estos parámetros. Anotamos una breve caracterización:

Juan muestra una implicación fácil en el juego y se advierte un gran cambio desde la primera sesión. A nivel corporal manifiesta una postura defensiva. Es de sonrisa fácil. Muestra risas de complicidad con sus compañeros. A nivel simbólico hace un uso muy limitado de la palabra y no puede ser-



virse de ella para expresar sus sentimientos. Daniel se implica en el juego con gran facilidad, presenta un tono relajado en general, es provocador con sus compañeros. Igual que Juan apenas utiliza el lenguaje y no puede identificar sus sentimientos. A Felipe le cuesta comenzar a involucrarse en la actividad, es más cauteloso. Presenta un tono tenso. Corporalmente nos transmite timidez, una gran contención emocional, inhibición y a veces evitación (deseo de marchar). Dificultad para adaptarse a las normas. Apenas habla. Paula presenta una postura corporal cerrada (piernas y brazos siempre cruzados), se esconde parcialmente tras su larga melena. En todas las sesiones tiene la necesidad de salir varias veces. Durante la actividad presenta numerosas rupturas, mirando al exterior, lo que hacen los otros. Igual que el resto, apenas toma la palabra y no puede hablar sobre lo que siente. El educador les pide al final de la sesión su valoración por escrito, pero ellos se quedan en blanco y dicen "no sabemos".

Al cabo de tres sesiones tenemos un intercambio con el educador social. Nos informa que *"los chicos están supercontentos; han cambiado (por ejemplo, llegan a acuerdos sobre si vienen en tren o en bus); son la envidia del instituto; todos quieren venir"*. Estas palabras son un gran aliento para nosotros.

Nuestras primeras observaciones nos permiten constatar que ambos colectivos, jóvenes y mayores, presentan algunas características comunes:

- Registro de la experiencia a partir de modalidades preferentemente sensoriales
- Minimalismo en las señales de comunicación
- Fragilidad en la interacción

- Expresividad emocional a través del gesto o de mediadores corporales
- Acceso muy limitado al registro simbólico y a la palabra

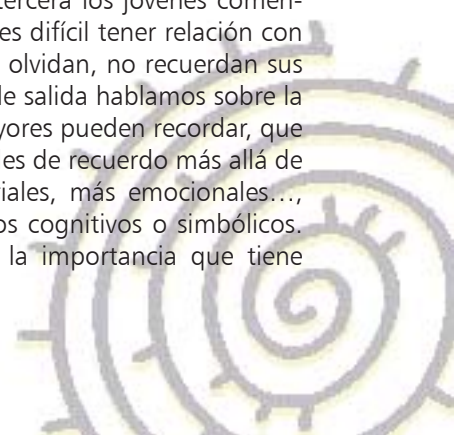
A nivel de expectativas, suponemos que se espera poco de ellos en la institución, puesto que ambos constituyen los colectivos "menos competentes". Por nuestro lado estamos convencidos de que las expectativas condicionan y modelan el curso de su participación. Solo un trabajo basado en la escucha, el respeto y el reconocimiento, que constituyen justamente principios de acción de la práctica psicomotriz, permitirá aflorar lo mejor de cada uno.

### 3.2.2 Desarrollo del taller

El funcionamiento de las sesiones en cuanto a tiempos, espacios y materiales es una adaptación del anterior, que vamos ajustando en función de las personas y devenir de las sesiones. Relatamos algunos apuntes sobre la experiencia a partir de los tiempos de la sesión.

#### 1. Presentación/Bienvenida

Recordamos nuestros nombres, ya olvidados para muchos de los mayores. Entre todos recordamos, reconstruimos un poco de cada identidad. Antes de entrar en la sesión tercera los jóvenes comentan a su educador que es difícil tener relación con los mayores "porque lo olvidan, no recuerdan sus nombres". En el ritual de salida hablamos sobre la memoria, cómo los mayores pueden recordar, que existen otras modalidades de recuerdo más allá de la palabra, más sensoriales, más emocionales..., no son siempre registros cognitivos o simbólicos. Nos llama la atención la importancia que tiene



para ellos el recuerdo, la continuidad de la relación, en definitiva la construcción del vínculo.

## 2. Trabajo sobre el tono

Concedemos gran importancia al trabajo postural y tónico en este grupo. Hemos iniciado una nueva propuesta: los jóvenes facilitan los estiramientos del mayor, le ayudan a tomar la postura, conducir el movimiento, y acompañar la respiración. Para ellos supone un gran trabajo sobre la escucha, el acompañamiento y el ajuste tónico al otro. Antes de proceder al trabajo explicamos el sentido del mismo y los requisitos para su desarrollo. Nuestro rol es facilitar que la propuesta funcione: promover la escucha del otro, dar pequeñas indicaciones para un mejor ajuste.

## 3. El juego y la relación

Trabajamos con materiales diversos, siempre muy ligeros, que puedan manipular: globos, pelotas, telas, pañuelos... Las modalidades sensoriales de percepción y relación con los objetos están ahora muy limitadas, pero existen recursos que debemos rescatar, y que nos sirven para entrar en la relación con el otro. La mayoría oye poco, algunos ven con dificultad, la coordinación fina para manipular objetos presenta grandes limitaciones para casi todos. Los jóvenes van tomando conciencia y ajustando su intervención a las posibilidades de los mayores. Para los jóvenes cualquier propuesta de juego supone un gran ejercicio de descentración, escucha y ajuste al otro.

En muchas ocasiones proponemos que sean ellos quienes elijan los objetos, lo que permite proyectar su historia sobre el mismo. Se procede a una exploración sensorial del objeto (su peso, su tacto, su color...), lo manipulamos, exploramos sus posibili-

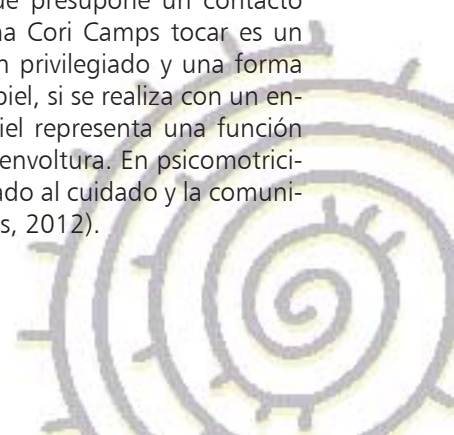
dades. Este tiempo favorece la emergencia de imágenes, de recuerdos, vinculados a nuestra historia, a un tiempo pasado, pero también la proyección hacia el futuro: qué podemos hacer con el objeto, para construir, jugar, representar... En el objeto se proyectan afectos y representaciones.

Trabajamos también sobre el ritmo, la música, a través del sonido con diversos materiales. Se parte de un ritmo personal, a veces se llega al caos, pero lentamente va llegando el acuerdo, los ritmos se encuentran, se armonizan.

Al inicio del taller se observa la cara sin expresión o triste de los mayores, pero esta expresión se transforma progresivamente. En el curso de los juegos aparecen las sonrisas, las risas, la diversión. Los jóvenes participan activamente en la dinamización del grupo. Ellos también disfrutan, se ríen. El clima general es de placer. Además nos ha sorprendido en el grupo de jóvenes su capacidad de escucha, su espera, su atención y su delicadeza en la relación con los mayores.

## 4. Masaje

Constituye una de las propuestas cuyo efecto más nos ha sorprendido y modificado nuestras propias expectativas sobre los jóvenes, sobre su capacidad de ajuste, respeto y empatía tónica. Nos ha emocionado su sensibilidad escondida que se habilita en este intercambio que presupone un contacto piel a piel. Como afirma Cori Camps tocar es un medio de comunicación privilegiado y una forma de trabajar sobre el yo-piel, si se realiza con un encuadre adecuado. La piel representa una función de contención, límite y envoltura. En psicomotricidad el tacto está vinculado al cuidado y la comunicación no verbal (Camps, 2012).



### 5. Despedida

Algunos días nos sorprenden las palabras de los mayores al finalizar el taller, ya que son personas con muy pocos recursos verbales. La sesión previa a las vacaciones de Semana Santa los jóvenes verbalizan a Ana que la echarán de menos estas vacaciones. Paula, al salir le da un gran abrazo y le dice: *"yo sí que te voy a echar de menos!!"*

El último día existe en el ambiente una gran emoción, concurren sentimientos de alegría y tristeza por la separación. Cada uno habla sobre lo que le ha aportado este trabajo, también los responsables, las tres generaciones toman la palabra y se reencuentran en un cierre emocionado.

### 6. El escrito, la reflexión

Durante el último mes pedimos a los jóvenes que escriban al final de la sesión lo que han vivido, lo que han sentido, en un cuaderno especial que hemos comprado para cada uno. Será su diario de sesiones. El primer día que se lo planteamos nos preguntan preocupados si tendrán que escribir mucho, presentan dudas sobre su capacidad. Les decimos que lo que ellos quieran, que no piensen demasiado, que escriban con libertad. Nos sorprende que desde el inicio afrontan la tarea con gran concentración y silencio. Los escritos finales tras la sesión son para nosotros instrumentos potentes de evaluación de la experiencia. Lo ilustramos con dos de sus escritos:

*"Bueno yo he sentido mucha amabilidad, mucha dulzura, amor y cariño entre nosotros, nuestra parte y su parte. Me alegra bastante ver como se divierten, como son ellos mismos, la confianza que nos transmiten y dejan transmitir. Sé que no se acordarán de nosotros mucho, pero ese cariño sé que se les queda grabado. Ellos a mí me alegran*

*los lunes, es una sensación bastante grande la que se siente cuando estás con ellos, se les ve la cara feliz a la hora de jugar, a la hora de hacer no nos cuesta, bueno a mí me gusta estar con ellos y seguro que a ellos conmigo".*

*"Hoy me he sentido muy confiado, con muchas ganas; por ser el último día, tenía ganas de jugar más con ellos, ellos han estado muy dinámicos, me da mucha pena que se acabe, la verdad. Las despedidas no me gustan, el momento de dar los besos, los abrazos me ha dado mucha pena porque se han despedido con ilusión, ha sido muy conmovedor y triste a la vez.*

*Hemos utilizado un globo y hemos escrito todos los nombres, pero por mala suerte se ha petado todo. Y así se acaba, ha sido una experiencia muy bonita y muy tierna. He aprendido mucho en este taller, al no tener a mis abuelos cerca me he sentido familiarizado y con ganas de dar mi energía a estos adorables ancianos, con ganas de que les cambiemos la rutina".*

### 3.2.3 Valoración de la experiencia

Por tratarse de una experiencia piloto nos ha parecido importante recabar la valoración de los profesionales implicados en la misma. El educador social que acompañó a los jóvenes destaca las siguientes aportaciones: toma de conciencia por los jóvenes de una nueva realidad, un nuevo sentido de responsabilidad, una nueva vivencia sobre valores sociales y educativos, y un gran enriquecimiento personal.

Por nuestro lado hemos valorado, a partir de la observación, algunos indicadores que nos informa sobre la transformación en ambos colectivos:

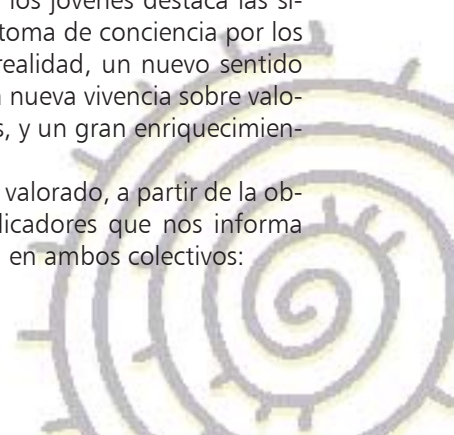


Tabla 2. Indicadores de transformación en el grupo de mayores

Inicio de la experiencia	Final de la experiencia
Inexpresividad	Expresividad
Semblante serio, triste, desconectado	Semblante risueño: sonrisas, risas, alegría, placer
Postura cerrada sobre sí mismo	Participación e implicación en las dinámicas
Cierta desconfianza ante los jóvenes	Aceptación del otro, complicidad
Algunas resistencias al ser acompañados	Seguridad en el movimiento Sentir corporal hacia el bienestar Despertar de la palabra

Tabla 3. Indicadores de transformación en el grupo de jóvenes

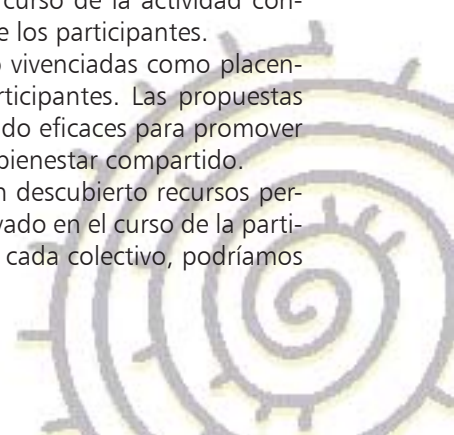
Inicio de la experiencia	Final de la experiencia
Postura cerrada: cuerpo encorvado, que se tapa y protege	Rápida integración e implicación en las propuestas
Inhibición, evitación de la mirada	Atentos a las palabras de la psicomotricista
Asustados, parados	Altas expectativas hacia los mayores
Sin palabras	Acompañamiento a los mayores no haciendo por ellos, sino ayudando donde ellos solos no pueden llegar Sensibilidad, escucha, ajuste Generadores de clima de diversión y juego espontáneo Relación caracterizada por el placer y la complicidad

En un encuentro reciente uno de los jóvenes nos comentó: *"He descubierto que soy muy sensible a las personas mayores, podría estudiar para trabajar con ellos y poder cuidarlos"*. Y otro *"He descubierto que me han ayudado a ayudarlos"*.

#### 4. CONCLUSIONES

Para el grupo de los jueves y, en relación con los objetivos que nos habíamos propuesto, podemos afirmar que:

- Ambos grupos, jóvenes y mayores, han mejorado el conocimiento mutuo, y han podido construir y ajustar la imagen del grupo con quien han compartido la experiencia. Esto ha sido así especialmente para el grupo de jóvenes, en quienes el impacto de la experiencia ha sido mayor.
- Ambos colectivos, jóvenes y mayores, se han valorado mutuamente como personas valiosas, capaces de aportar y recibir ayuda del otro, si bien estas ayudas son específicas para cada grupo.
- El grado de escucha y disponibilidad ha sido variable para cada persona y también en función de la actividad, pero sí estamos en condiciones de afirmar que, a medida que ha avanzado la experiencia, se han incrementado los niveles de implicación y sintonía en el curso de la actividad conjunta para la mayoría de los participantes.
- Las sesiones han sido vivenciadas como placenteras por todos los participantes. Las propuestas de juego se han mostrado eficaces para promover situaciones de placer y bienestar compartido.
- Ambos colectivos han descubierto recursos personales que se han activado en el curso de la participación conjunta. Para cada colectivo, podríamos



señalar la activación de competencias preferentes: en el caso de los mayores competencias motrices y creativas; en el caso de los jóvenes competencias emocionales y comunicativas.

La evaluación revela un alto grado de satisfacción con el programa en ambos colectivos. Los jóvenes consideran que han vivido una experiencia valiosa, que ha generado un conocimiento más ajustado y profundo de los mayores, modificado su percepción y sus propias actitudes en la relación. Se aprecia en sus reflexiones un cambio de perspectiva que alcanza al conjunto del ciclo vital.

Se confirman los resultados ya apuntados en investigaciones previas, sobre el cambio en la percepción de los mayores por parte de los jóvenes tras la experiencia del programa intergeneracional, hacia un mayor reconocimiento (Albuérne y Juanco, 2002). Como decía uno de los jóvenes al valorar la experiencia: *"Ahora ya sé que los abuelos, por mucho que parezcan apagados, siempre tienen el corazón y el alma en marcha, con ganas de hacer cosas, y con ilusión de que les hablen y los comprendan"*.

Este curso nos planteamos un objetivo común para ambos grupos:

- Reflexionar sobre la experiencia desde el sentido de cada propuesta, de cada actividad, sobre los materiales y recursos utilizados. Analizar qué promueve cada una, qué recursos personales y vivencias actualiza, qué aporta a la transformación personal y a las competencias comunicativas y simbólicas.
- El valor de la postura, el tono, el movimiento, en la construcción del esquema y la imagen corporal. Pensar sobre el cuerpo como vehículo y depositario

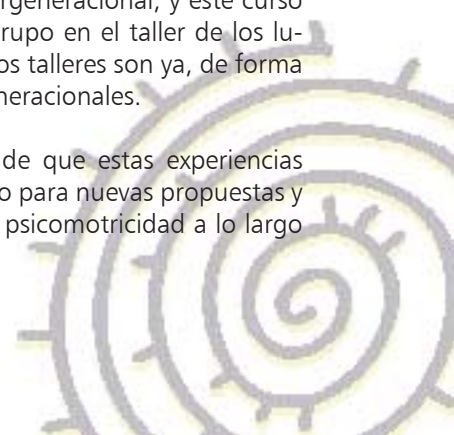
de vivencias, afectos y emociones.

- Reflexionar sobre los caminos, estrategias y propuestas que promueven la intersubjetividad y la creación de vínculos.
- Ajustar la imagen que cada generación construye del otro a partir de este intercambio, potenciando los recursos y siendo conscientes de los efectos optimizadores de las expectativas positivas y su autocumplimiento.
- Fomentar la solidaridad entre generaciones a partir de la reflexión sobre el trabajo realizado.

Para ello es preciso:

- Perfilar estrategias y propuestas de trabajo en los talleres intergeneracionales que maximicen los beneficios de este intercambio.
- Promover emociones positivas (afectos positivos y bienestar) en el curso de la interacción, que sabemos actúan como factores protectores de salud física y mental.
- Reconstruir el rol del psicomotricista como mediador en estos intercambios.
- Reflexionar sobre el trabajo interdisciplinar: el lugar de cada profesional y la construcción de un proyecto común que implique a las instituciones. Ambos colectivos de jóvenes han solicitado la continuidad de la experiencia, que actualmente sigue en curso. El grupo de los jueves forma ya un grupo estable como taller intergeneracional, y este curso ha iniciado un nuevo grupo en el taller de los lunes, de modo que ambos talleres son ya, de forma estable, talleres intergeneracionales.

Tenemos la esperanza de que estas experiencias sirvan de ánimo y aliento para nuevas propuestas y formatos de trabajo en psicomotricidad a lo largo del ciclo vital.



**BIBLIOGRAFÍA**

- ALBUERNE, F. Y JUANCO, A. (2002). INTERGENERACIONALIDAD Y ESCUELA: TRABAJAMOS JUNTOS, APRENDEMOS JUNTOS. REVISTA INTERUNIVERSITARIA DE FORMACIÓN DEL PROFESORADO, 45, 77-88.
- BERNARD, M. (2006). RESEARCH, POLICY, PRACTICE AND THEORY: INTERRELATED DIMENSIONS OF DEVELOPING FIELD. JOURNAL OF INTERGENERATIONAL RELATIONSHIPS, 4 (11), 5-21.
- BUTLER (1969). AGEISM: ANOTHER FORM OF BIGOTRY. THE GERONTOLOGIST, 9, 212-252.
- CAMPS, C. (2012). PIEL, ENVOLTURA, TOCAR Y SER TOCADO: EL LUGAR DEL TACTO EN PSICOMOTRICIDAD. REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOMOTRICIDAD Y TÉCNICAS CORPORALES, 37, 4-43.
- COMISIÓN EUROPEA (2005). FRENTE A LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS, UNA NUEVA SOLIDARIDAD ENTRE GENERACIONES. LUXEMBURGO: OFICINA DE PUBLICACIONES OFICIALES DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS.
- ENRÍQUEZ, A. Y NÚÑEZ, M. (2005). PSICOMOTRICIDAD CON PERSONAS MAYORES SORDAS. REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOMOTRICIDAD Y TÉCNICAS CORPORALES, 19, 117-136.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2009). ENVEJECIMIENTO ACTIVO. CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA. MADRID: PIRÁMIDE.
- GARCÍA NÚÑEZ, J. A. Y MORALES GONZÁLEZ J. M. (1995). PROGRAMA DE GERONTOPSICOMOTRICIDAD EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS. REVISTA DE ESTUDIOS Y EXPERIENCIAS, 50, 7-30.
- GARCÍA OLALLA, L. (2009). REAPROPIACIÓN Y CONCIENCIA CORPORAL EN LA TERCERA EDAD A TRAVÉS DE LA PSICOMOTRICIDAD. REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOMOTRICIDAD Y TÉCNICAS CORPORALES, 33, 37-44.
- GARCÍA OLALLA, L. (2011). UNA EXPERIENCIA DE PSICOMOTRICIDAD EN LA TERCERA EDAD. ENTRE LÍNEAS. REVISTA ESPECIALIZADA EN PSICOMOTRICIDAD, 27, 18-23.
- JUSTO MARTÍNEZ, E. (2000). ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ EN PERSONAS MAYORES. REVISTA DE ESTUDIOS Y EXPERIENCIAS, 65, 19-23.
- LEHR, U. (2009). PRÓLOGO A ENVEJECIMIENTO ACTIVO. CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA. ROCÍO FERNÁNDEZ-BALLESTEROS. MADRID: PIRÁMIDE.
- LORENTE RODRÍGUEZ, E. (2003). INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ CON PACIENTES CON DEMENCIA: UNA PROPUESTA REHABILITADORA. REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOMOTRICIDAD Y TÉCNICAS CORPORALES, 11, 13-28.
- MACCALLUM, J.; PALMER, D.; WRIGHT, P.; CUMMING-POTVIN, W.; NORTHCOTE, J.; BOOKER, M. Y TERO C. (2006). COMMUNITY BUILDING THROUGH INTERGENERACIONAL EXCHANGE PROGRAMS. AUSTRALIA: NACIONAL YOUTH



MARTÍNEZ ABELLÁN, R. (2005). PSICOMOTRICIDAD Y ACTIVIDAD FÍSICA EN LA TERCERA EDAD. REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOMOTRICIDAD Y TÉCNICAS CORPORALES, 17, 89-106.

MENÉNDEZ, C. Y BROCHIER, R.B. (2011). LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA PSICOMOTRICIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES: SUS CONTRIBUCIONES PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO, SALUDABLE Y SATISFACTORIO. TEXTOS Y CONTEXTOS, 10 (1), 179-192.

MENEZES DE VASCONCELOS, M. (2003). A PSICOMOTRICIDADE COMO PROMOTORA DE QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRAIDADE. REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOMOTRICIDAD Y TÉCNICAS CORPORALES. 2003. Nº 12, 51-60.

MILA, J.; TUZZO, R.; GIL, J.; VARELA, A.; CAVALLERI, F.; CHAMARELO, A.; MARTINO, P.; VÁZQUEZ, J. Y VÁZQUEZ, S. (2009). EQUIPO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA EN GERONTOPSICOMOTRICIDAD. REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOMOTRICIDAD Y TÉCNICAS CORPORALES, 33, 41-44.

NEWMAN, S. (1997). CREATING INTERGENERATIONAL PROGRAMS. NEW YORK: HAWORTH PRESS.

NEWMAN, S. Y SÁNCHEZ, M. (2007). LOS PROGRAMAS INTERGENERACIONALES: CONCEPTO, HISTORIA Y MODELOS. EN M. SÁNCHEZ (DIR.), PROGRAMAS INTERGENERACIONALES. HACIA UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES. WWW.LACAIXA.ES/OBRASOCIAL.

OLAVE, C. Y UBILLA, P. (2011). PROGRAMA DE ACTIVACIÓN PSICOMOTRIZ EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS CON DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN. PSICOGERIATRIA, 3 (4), 173-176.

PINAZO, S. Y KAPLAN, M. (2007). LOS BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS INTERGENERACIONALES. EN M. SÁNCHEZ (DIR.) PROGRAMAS INTERGENERACIONALES. HACIA UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES, 77-121. BARCELONA: FUNDACIÓN LA CAIXA.

SÁNCHEZ, M. (DIR.) (2007). PROGRAMAS INTERGENERACIONALES. HACIA UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES. BARCELONA: FUNDACIÓN LA CAIXA. HTTP://OBRASOCIAL.LACAIXA.ES

SÁNCHEZ, M.; KAPLAN, M. Y SÁEZ, J. (2010). PROGRAMAS INTERGENERACIONALES. GUÍA INTRODUCTORIA. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO)

SOLER VILA, A. (2005). ENVEJECIMIENTO ACTIVO. UNA INTERVENCIÓN A TRAVÉS DEL CUERPO Y EL MOVIMIENTO (1). REVISTA ENTRE LÍNEAS, 17, 5-12.

SOLER VILA, A. (2005). ENVEJECIMIENTO ACTIVO. UNA INTERVENCIÓN A TRAVÉS DEL CUERPO Y EL MOVIMIENTO (2). REVISTA ENTRE LÍNEAS, 18, 5-10.



TUZZO, R. Y MILA, J. (2008). LA FORMACIÓN DE PSICOMOTRICISTAS EN EL CAMPO DEL ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ. INTERFASES NECESARIAS. REVISTA INTERUNIVERSITARIA DE FORMACIÓN DEL PROFESORADO, 62, 22(2), 221-231.

VEGA, J. (1994). PROGRAMAS INTERGENERACIONALES. EN J. BUENDÍA (COMP.) ENVEJECIMIENTO Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD. MADRID: SIGLO XXI.

VILLAR, F. (1997). INTERGENERACIONAL O MULTIGENERACIONAL? A QUESTION OF NUANCE. JOURNAL OF INTERGENERACIONAL RELATIONSHIPS, 5 (1), 115-117.

W.AA. (2008). DOCUMENTO INÉDITO. CITADO EN M.SÁNCHEZ; M. KAPLAN Y J. SÁEZ, (2010). PROGRAMAS INTERGENERACIONALES. GUÍA INTRODUCTORIA. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO)

DISERTACIÓN REALIZADA EN EL MARCO DEL SEGUNDO CONGRESO INTERNACIONAL DE CHILE – NOVIEMBRE DE 2014.



# Gerontopsicomotricidad y enfermedad de Alzheimer: Un modelo de atención al binomio Paciente – Cuidador.

*Gerontopsychomotricity and Alzheimer disease: a model of minding for patients and keepers.*

Soledad Vázquez y Juan Mila

## DATOS DE LOS AUTORES

**Soledad Vázquez** es Licenciada en Psicomotricidad. Especialista en Gerontopsicomotricidad. Docente Asistente Grado II en la Cátedra de Geriátría y Gerontología, de la Carrera de Especialista en Gerontopsicomotricidad de la Escuela de Graduados de Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay. Dirección de contacto: solvazcar@gmail.com

**Juan Mila** es Profesor Director de la Licenciatura de Psicomotricidad EUTM. Carrera de Especialización en Gerontopsicomotricidad Escuela de Graduados Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay. Dirección de contacto: Juanmila51@hotmail.com

## RESUMEN

En el contexto sociodemográfico actual en el que se registra un aumento marcado en la expectativa de vida y un envejecimiento poblacional, comienza a visualizarse un crecimiento significativo de las demencias. Entre las posibilidades terapéuticas se encuentran las llamadas terapias no farmacológicas que apuntan sin lugar a dudas a paliar los efectos devastadores de la enfermedad pero que en general son parciales enfocándose en uno u otro miembro,

## ABSTRACT

In the current social context, there is registered an increase of the life expectation and a population aging. A significant growth of the dementias begins to be visualized. Among the therapeutic possibilities we found the non-pharmacological therapies, but that in general are partial being focused in one or another member (patients or caregivers). The Geriatric Psychomotor Therapy has designed a device of attention to the binomial

ya sea el propio enfermo o en los cuidadores. Desde la Gerontopsicomotricidad se ha diseñado un dispositivo de atención al binomio paciente-cuidador de manera simultánea, en el entendido de que es a partir de este trabajo que se pueden operar cambios sostenibles en el tiempo al formar a los cuidadores como los principales agentes estimuladores, capaces de replicar y amplificar las experiencias adquiridas a todos los ámbitos de su vida diaria, al tiempo que se intenta disminuir los niveles de sobrecarga.

**PALABRAS CLAVE:** Demencia, Alzheimer, Gerontopsicomotricidad, Cuidador.

## 1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el aumento de la expectativa de vida, acompañado de un envejecimiento demográfico, ha provocado un crecimiento significativo de la prevalencia de las demencias a nivel mundial, siendo la Enfermedad de Alzheimer la más frecuente de ellas.

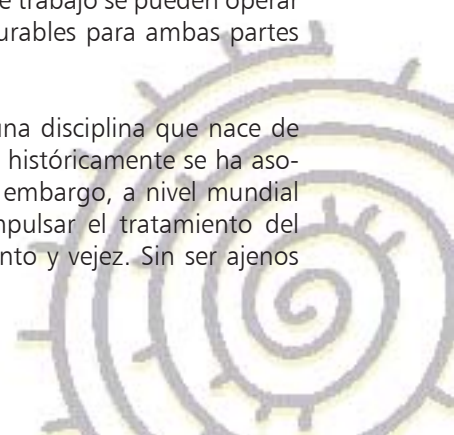
Actualmente, constituye un problema de salud pública y de asistencia sanitaria importante, con una transcendencia que va más allá de lo puramente médico-psicológico, teniendo repercusiones laborales, económicas, sociales, etc., debido a la carga que supone para los que acompañan a la persona con demencia, así como las inversiones en cuidados que hay que realizar. Sin embargo y a pesar de la importancia social y económica de esta enfermedad, la actitud hacia la misma suele ser nihilista. Se ha planteado incluso que poco o nada se podía hacer, y cualquier esfuerzo ha sido criticado por su costo. Es en ese contexto en el que surgen las llamadas terapias no farmacológicas para los pacien-

tes, y las asociaciones que buscan nuclear y brindar asistencia a las familias, así como impulsar la profesionalización de los cuidados. Sin embargo, todos estos tipos de intervención, que apuntan sin lugar a dudas a paliar los efectos devastadores de la enfermedad, en general son parciales enfocándose en uno u otro miembro, ya sea el propio enfermo, o su familia, o en los cuidadores.

**KEY WORDS:** Dementia, Alzheimer Disease, Psychomotor Therapy, Caregiver.

Resulta entonces importante presentar el papel que la Gerontopsicomotricidad como especialidad puede tener, con una mirada particular e integradora que toma al binomio paciente-cuidador como objeto de intervención, en el entendido que a través de esta forma de trabajo se pueden operar cambios positivos perdurables para ambas partes y para la relación.

La Psicomotricidad es una disciplina que nace de la Neuropediatría y que históricamente se ha asociado a la infancia. Sin embargo, a nivel mundial se ha comenzado a impulsar el tratamiento del proceso de envejecimiento y vejez. Sin ser ajenos



a esta realidad, la Licenciatura en Psicomotricidad poco a poco comienza a incluir esta temática en su formación de grado, se integra a la Red Temática de Envejecimiento y Vejez de la Universidad de la República, se realizan múltiples contactos e intercambios con profesionales especialistas extranjeros, así como el convenio para la tarea de investigación. Actualmente con el impulso de la Dirección de la Licenciatura se forma la Carrera de Especialista en Gerontopsicomotricidad que apunta a la formación de especialistas con un perfil de trabajo tanto en Atención Primaria de Salud, como en el ámbito de la clínica y terapéutica.

## 2. DEL ENVEJECIMIENTO NORMAL A LA DEMENCIA.

En todas las especies conocidas se lleva a cabo el proceso vital que conduce indefectiblemente a la muerte, y de no producirse ésta por enfermedades o accidentes de manera temprana, se ve precedida por una etapa llamada envejecimiento que representa desde el punto de vista médico, un deterioro anatómico y declive de las funciones. Si bien el envejecimiento es un proceso que se extiende prácticamente a toda la vida, incluso desde antes del nacimiento, el mismo se acentúa en los últimos años existiendo una enorme variabilidad entre los distintos individuos que dependerá de factores genéticos, ambientales y de las enfermedades que puedan coexistir. Cada día perdemos millares de células de las cuales algunas son de fácil renovación y otras lo hacen de manera casi nula. Es el caso de las neuronas que como es sabido, constituyen células de tipo postmitóticas, razón que condiciona su capacidad de regeneración. Es por

esta razón y por la acumulación de cambios moleculares, que en edades avanzadas se observa el declive de las habilidades cognitivas, sobre todo en relación con las funciones ejecutivas, la atención, los procesos de aprendizaje y de almacenamiento de informaciones nuevas.

Tomando como punto de partida estos cambios en la estructura y el funcionamiento cerebral asociados a la edad, se plantea un continuo cuyo extremo sería la demencia instalada, pasando por el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y las fases preclínicas de ésta. Si bien las fronteras entre los diferentes cuadros son difusas, sobre todo por los mecanismos de compensación que el Sistema Nervioso es capaz de desarrollar, la diferencia fundamental entre el DCL y la demencia radica en la gravedad de la afectación de las funciones intelectuales y de las repercusiones sobre el desempeño social, laboral y actividades de la vida diaria del individuo. Se define entonces la demencia como *"un síndrome adquirido, producido por causa orgánica capaz de provocar un deterioro persistente en las funciones mentales superiores que conlleva a una incapacidad funcional tanto en el ámbito social como laboral, en personas que no padecen alteración del nivel de conciencia."* (Alberca S.; López-Pousa S., 2006). El diagnóstico es clínico y se realiza siguiendo los criterios de la American Psychiatry Association (DSM-IV) y los de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), independientemente de los criterios diagnósticos específicos validados para cada uno de los subtipos de demencia.

En general, dentro de las funciones afectadas con más frecuencia se encuentran la memoria, las fun-



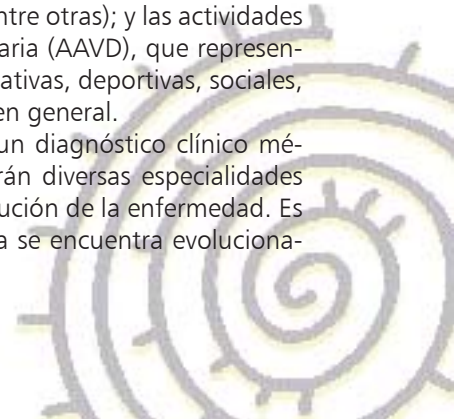
ciones ejecutivas, y la personalidad, siendo la afectación suficientemente grave como para interferir en la autonomía del sujeto. A su vez, el síndrome demencial puede ser debido a numerosas causas entre las cuales se destacan las causas neurodegenerativas, vasculares, las enfermedades neurológicas, endócrinas, autoinmunes, las infecciones, las causas metabólicas, nutricionales, los traumatismos, y las causas ambientales (Agüera Morales E., 2011).

En cuanto a su clasificación, las demencias pueden dividirse en dos grandes grupos que guardan relación con su ubicación topográfica según sean corticales, subcorticales o de afectación mixta, sumándose un cuarto grupo representado por las demencias focales en las que se afectarían funciones dependiendo de la zona afectada. Los tipos de demencia más frecuentes que se encuentran son: la Enfermedad de Alzheimer, de inicio insidioso y curso progresivo, que afecta la memoria, el lenguaje, la personalidad y la función ejecutiva (Agüera Morales E., 2011); la Demencia Vasculares con comienzo abrupto o escalonado y evidencia de enfermedad cerebrovascular (Kmaid, A. En prensa); la Demencia por Cuerpos de Lewy, con alteraciones extrapiramidales, cognitivas, delirios y alucinaciones; la Demencia Frontotemporal que se caracteriza por las alteraciones psico-conductuales al inicio y no tanto las de carácter mnésico como en el caso de la demencia tipo Alzheimer.

Lo que es claro, es que independientemente del tipo de demencia que se trate, nos encontramos frente a una patología que afecta de forma extrema y definitiva la vida de quien la padece y de su entorno.

### 3. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es la forma más frecuente de demencia en la tercera edad, constituyendo casi el 50% de las mismas. Su prevalencia es del 6 al 10% en la población de más de 65 años, duplicándose esta cifra cada 5 años a partir de los 60 años. El inicio aparece entre los 40 y los 90 años, aunque la mayoría la desarrollan a partir de los 65 y una vez que se diagnostica la enfermedad, la esperanza de vida se reduce a la mitad (Lorente, 2003). Consiste en una degeneración irreversible e incurable del cerebro que produce pérdida de la memoria, desorientación, y en algunos casos, alteraciones de la personalidad. Es posible medir su evolución en términos de capacidad funcional, que se deteriora, como en otras enfermedades crónicas, en paralelo al progreso de la enfermedad. La capacidad funcional se evalúa en función de la habilidad del sujeto para valerse por sí mismo a través de diversas actividades que se clasifican en orden creciente de complejidad, de esta manera: actividades básicas de la vida diaria (ABVD), que permiten al anciano valerse por sí mismo en el hogar y se relacionan con el autocuidado; actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que le permiten valerse fuera de su hogar (usar medios de transporte, usar el teléfono, realizar compras, manejar sus finanzas, entre otras); y las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD), que representan las actividades recreativas, deportivas, sociales, y de integración social en general. Se trata ante todo de un diagnóstico clínico médico, en el que aportarán diversas especialidades dependiendo de la evolución de la enfermedad. Es así como si la demencia se encuentra evolucionando



da y hay impacto en las AVD, el diagnóstico del Especialista en Geriátrica, del neurólogo, o del psiquiatra serán suficientes. De existir dudas diagnósticas, sobre todo en las etapas pre-clínicas, el estudio Neuropsicológico es de mucha utilidad, sobre todo para el diagnóstico diferencial.

Ubicar al paciente en un estadio determinado de la enfermedad es útil, en tanto permite realizar predicciones sobre la progresión de la misma y programar los diferentes tipos de tratamiento, así como atender a los aspectos sociales y legales necesarios. A tales propósitos, se han diseñado escalas globales que gradúan la progresión de la enfermedad de Alzheimer en distintos estadios que se vinculan con la conducta, el nivel cognitivo y las funciones presentes, a saber: Clinical Dementia Rating (CDR) que privilegia la memoria sobre los demás dominios, la Global Deterioration Scale (GDS) que permite comparar puntajes con el MMSE, y el Functional Assessment Scale (FAST) que es una ampliación de la anterior y determina con más precisión los estadios más avanzados, entre otras escalas que estadifican las demencias. A su vez, otra escala de evaluación multidimensional es la Alzheimer Disease Assessment Scale (ADAS), que ha sido diseñada para evaluar multidimensionalmente a los pacientes con EA, y comprende pruebas realizadas al paciente, así como la información del cuidador y los datos relevados de la entrevista. En el curso de la EA se observa una degeneración progresiva de las habilidades cognitivas, la cual se da en sentido inverso a la adquisición de las mismas en función de la teoría de la evolución de la inteligencia infantil, desarrollada por Jean Piaget en 1936. Se puede entonces apreciar que, a los diferentes estadios evolutivos de la enfermedad,

le corresponderán los estadios de deterioro de los procesos cognitivos, desde el Estadio de las Operaciones Formales hasta el de la Inteligencia Sensoriomotriz.

### **Cuadro I**

#### **Correspondencia entre los estadios GDS y FAST, y los períodos del desarrollo cognitivo.**

Fuente: Reisberg B. (1985). Modificada por Tárraga L. (1999)

Dentro de los síntomas que acompañan el curso de la enfermedad, los denominados síntomas conductuales y psicológicos de las demencias (SCPD) son quizás los que más afectan al enfermo y su entorno. En general, son la causa de consulta, y aumentan las posibilidades de institucionalización. Los mismos se definen como "*Síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, el estado de ánimo o la conducta que a menudo se presentan en pacientes con demencia*". (Alberca S.; López-Pousa S., 2006). Los SPCD varían en el curso de la enfermedad, aunque en general los síntomas de tipo afectivo aparecen al comienzo, mientras que las conductas de agitación y los síntomas psicóticos son más frecuentes en estadios moderados.

### **Cuadro II**

#### **Principales síntomas psico-conductuales de las demencias.**

Fuente: elaboración propia.

Para la valoración de los SPCD existen instrumentos que se basan en la observación del enfermo y en la información del cuidador. Entre ellas, algunas que evalúan ciertos síntomas específicos y que



son aplicadas al informante (Test de Cornell, escala de Depresión, y otras que evalúan varias conductas simultáneamente (BEHAVE-AD, NPI). Siempre es importante tener en cuenta que un trastorno psico-conductual puede deberse a un Episodio Confusional Agudo (*delirium*) ocasionado por alguna causa tratable, como deshidratación, infección urinaria, causas ambientales o las dificultades para comprender el entorno, o bien por actitudes del cuidador. Es por esta razón que se vuelve tan importante la evaluación exhaustiva de estos síntomas, para poder realizar un proyecto terapéutico que se adapte a las necesidades del paciente y de su entorno.

Dentro de los tratamientos farmacológicos actualmente más aceptados, se encuentran los Inhibidores de la acetilcolinesterasa con acción sobre la cognición y desempeño funcional y los psicofármacos utilizados para tratar los SPCD, entre los cuales se destacan ansiolíticos, antidepressivos (ISRS) y los que actúan sobre los síntomas psicóticos, que son los neurolepticos antipsicóticos atípicos. Pero como se dijo anteriormente, los SPCD además de deberse a razones inherentes al proceso mórbido, en muchas ocasiones pueden estar relacionados a causas ambientales que pueden ser tratadas de manera no farmacológica.

Es por esa razón que en las últimas décadas se ha producido una expansión de la aplicación de las llamadas terapias no farmacológicas en la EA que tendrían entre otras, las siguientes ventajas (Muñoz, R.; Olazarán, J., 2011):

- No generan efectos secundarios ni interacciones farmacológicas.
- Al ser llevadas a cabo en un contexto interpersonal, intervienen positivamente sobre el estado de

ánimo y secundariamente sobre la conducta.

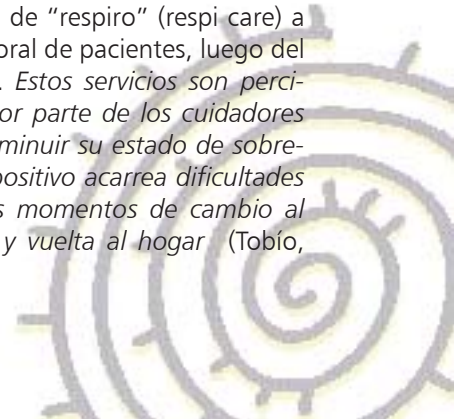
- Aplicadas bien pueden ser más económicas.

Sin embargo, la comunidad científica continúa escéptica frente a este tipo de intervenciones y esto se debe, en gran medida a los escasos estudios rigurosos de eficacia. Se tienen pocos casos y muchas dificultades para la validación de una terapia, por la gran variabilidad entre estudios que hacen muy difícil la comparación entre ellos. Lo que se obtiene finalmente, es la existencia de una tendencia hacia la eficacia que no puede demostrarse estadísticamente, no porque no exista, sino por la falta de casuística.

Del mismo modo, al ser identificados y estudiados, recientemente los efectos que los cuidados prolongados tienen para el entorno de una persona con demencia, y de cómo el estado de salud y de ánimo repercute a su vez en la calidad de los cuidados brindados, se crean los programas de apoyo e intervención con las familias y cuidadores.

En general, los programas de apoyo a los cuidadores de personas dependientes tienen como objetivo, disminuir la sobrecarga que conlleva esta tarea. En términos generales, las mismas se dividen en dos grandes tipos, a saber: los recursos formales, y los programas de apoyo psicosocial.

En el primer grupo se ubican aquellas instituciones que brindan un servicio de "respiro" (*respi care*) a través del ingreso temporal de pacientes, luego del cual vuelve a su hogar. *Estos servicios son percibidos como positivos por parte de los cuidadores quienes manifiestan disminuir su estado de sobrecarga, aunque este dispositivo acarrea dificultades para el paciente en los momentos de cambio al ingreso a la residencia y vuelta al hogar* (Tobío,





C. *et al.*, 2010). Por otro lado, se encuentran los programas de apoyo psicosocial, que tienen como objetivo reducir el estrés, el malestar y la carga que experimentan los cuidadores (Montorio, 1995). Este tipo de intervención se lleva a cabo a través de grupos de autoayuda, entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales como herramienta para la resolución de problemas cotidianos, y programas de formación.

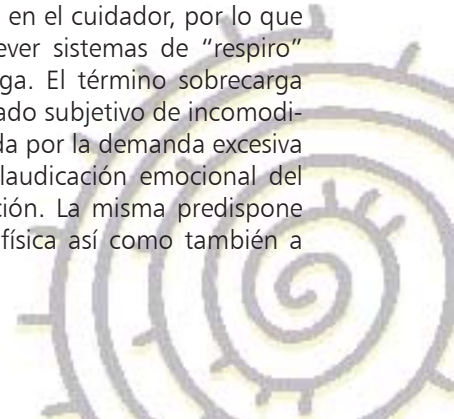
#### 4. EL CUIDADOR DEL ENFERMO DE ALZHEIMER

A lo largo de la vida todos los seres humanos atravesamos situaciones en las que necesitamos ser cuidados por otras personas, y la vejez cuando es vivida con dependencia es un ejemplo de ello. Al hablar del cuidador, nos referimos a aquella persona sobre quien recaen las principales responsabilidades en cuanto al cuidado y a la toma de decisiones que afecten al anciano a su cuidado. Las interacciones de un miembro de la familia que ayuda a otro de manera regular a realizar actividades que son necesarias para llevar a cabo una vida independiente son lo que llamamos cuidados informales en contrapartida a los cuidados formales o remunerados.

En la actualidad, la atención a las personas con dependencia sigue recayendo principalmente en las familias y en particular en las mujeres, con una dedicación diaria en su mayoría. Sobre la base de los resultados obtenidos por una investigación realizada por el IMSERSO España, se relevaba que el año 1996 el perfil de los cuidadores era en su gran mayoría de mujeres mayores de 49 años, casadas, con bajos niveles de estudio. La convivencia

con el familiar dependiente era permanente y no accedían a la actividad laboral. A su vez, el cuidado informal era realizado a diario, depositando en el mismo más de 5 horas al día (Pérez Salanova; Yanguas Lezaun, 1998).

Según Savio, I. (2000), en Uruguay el 80% de los cuidadores también son mujeres, y la mitad de ellas tiene 50 años o más. Por otro lado, más de la mitad de ellas asume el rol de cuidador principal por períodos promedio de once años, realizando actividades entre las que se encuentran con mayor frecuencia, preparar y dar medicación (60%), realizar trámites y coordinar la atención sanitaria (80%), trasladar al anciano a las consultas médicas (90%), ayudarlo a movilizarse en el hogar (70%), ayudarlo a bañarse (55%), ayudarlo a usar el inodoro (50%), y ayudarlo a comer (30%). En la mayoría de los casos cuidar a una persona cercana o familiar puede ser de las experiencias más dignas y merecedoras de reconocimiento por parte de la sociedad. Es una actividad que normalmente no está prevista y para la cual no se está preparado, planteando la necesidad de profundizar sobre la relación entre la persona dependiente y el cuidador, ya que no siempre la tarea de cuidar tiene como motivación el afecto y en muchas ocasiones es asumida como una obligación para el cuidador. Estas son actividades que pueden generar consecuencias de salud en el cuidador, por lo que parecería necesario prever sistemas de "respiro" para evitar la sobrecarga. El término sobrecarga se relaciona con un estado subjetivo de incomodidad o molestia originada por la demanda excesiva de cuidados o de la claudicación emocional del cuidador ante la situación. La misma predispone a problemas de salud física así como también a



situaciones de maltrato, tales como la negligencia. En cuanto a la sobrecarga de los cuidadores, se identifican diversas complicaciones que pueden surgir en forma y tiempo variables, a saber: un 70% de los cuidadores presentan problemas de salud mental, un 50% de salud física y un 50% ven afectadas sus finanzas a causa de este rol (Tobío, C. *et al.*, 2010).

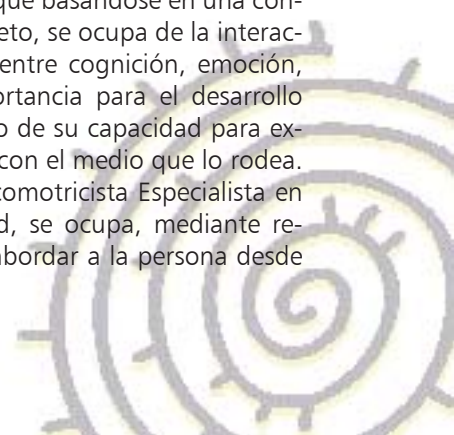
*"Esta carga es percibida de diferentes maneras por los distintos cuidadores, habiendo quienes viven como extremadamente estresantes algunas de las tareas, para otros los problemas conductuales sean lo más difícil de sobrellevar, e incluso existan cuidadores para los que la experiencia de cuidado sea vivida como emocionalmente satisfactoria."* (Thompson y Gallagher, 1996). Es así como no existe una única manera de afrontar la responsabilidad de cuidar de otro. Lo que persiste es una interiorización del mandato social de la ética del cuidado, del cuidado como deber. Surge la queja pero la tarea se asume sin opción.

El estudio de los cuidados informales se ha analizado desde diversas perspectivas entre las que se destacan el análisis de las dinámicas familiares y el de la psicología sistémica. El primer enfoque otorga especial importancia a la historia de las relaciones entre los sujetos involucrados en la relación de cuidado, en el entendido que esta relación es la manifestación de un trayecto familiar en el que se han sucedido distintos avatares que han llevado a asignar roles, configurar estilos de comunicación de ese sistema familiar. Se habla de la existencia o no de un contrato y los beneficios que podrán ser para ambos o para una sola de las partes.

La segunda perspectiva de análisis de la relación entre la persona dependiente y su familia es la sistémica, que define a la familia como un sistema que se organiza como un todo y no como la suma de sus integrantes (Pérez Salanova, Yanguas Leza, 1998). De este modo, las reacciones familiares frente al envejecimiento, la dependencia o la muerte formarán parte de mecanismos para mantener el equilibrio del sistema familiar que se ve alterado por el cambio. Desde este punto de vista es importante que se tenga en cuenta cuando se planifica una intervención, que ésta debe ser siempre con el paciente y con su familia también, ya que la desatención de la demanda familiar (por más que el paciente esté siendo atendido) se trasladará a la familia toda.

## **5. UN MODELO DE INTERVENCIÓN GERONTOPSIKOMOTRIZ CENTRADO EN EL BINOMIO PACIENTE-CUIDADOR.**

La Gerontopsicomotricidad como Especialidad de la Psicomotricidad, entiende al cuerpo y el movimiento como una forma de conexión con el mundo, como la materialización a través del acto de un procesamiento central, que al mismo tiempo expresa una manera de ser de la personalidad "en situación" y revela emociones y sentimientos. Se trata de una disciplina que basándose en una concepción integral del sujeto, se ocupa de la interacción que se establece entre cognición, emoción, movimiento y su importancia para el desarrollo de la persona, así como de su capacidad para expresarse y relacionarse con el medio que lo rodea. De esta manera, el Psicomotricista Especialista en Gerontopsicomotricidad, se ocupa, mediante recursos específicos, de abordar a la persona desde



la mediación corporal y el movimiento, influyendo así en la función psíquica y cognitiva del sujeto. Sobre la base de la evidente progresión de la enfermedad, nos posicionamos desde el concepto de Retrogénesis (Ajuriaguerra, 1982; Reisberg, 1984; Da Fonseca, 1986), para hacer referencia a los mecanismos degenerativos inversos al proceso ontogénico del desarrollo normal del ser humano pudiendo evidenciarse que los estadios más avanzados de la enfermedad se corresponden con edades más tempranas de adquisición de habilidades, y por ende, de mayor dependencia con el entorno. Anteriormente, en este artículo, han sido abordadas las múltiples dimensiones que comprende la relación entre el enfermo de Alzheimer y su cuidador informal, el cual es generalmente un familiar. Asimismo, se ha explicado la importancia de actuar oportunamente sobre aquellos mecanismos cerebrales capaces de compensar, silenciar o retrasar los déficit producidos por el proceso de deterioro, capacidad llamada Plasticidad Neuronal. Es entonces, en esa convergencia entre la realidad del enfermo en proceso de deterioro progresivo, el cuidador con su realidad cambiante en tanto la enfermedad avanza, la neuroplasticidad como recurso de protección; inmerso todo esto en un entorno determinado, que nos posicionamos para el diseño de nuestro abordaje. Se plantea la necesidad de intervenir con el enfermo, pero en el entendido que de poco o nada servirá el trabajo sistematizado de estimulación cognitiva, funcional y psicomotriz, si no garantizamos una continuidad de las acciones en el resto de los medios en los que éste se desenvuelve habitualmente. Del mismo modo y tal como están presentadas las coyunturas sociales actuales en nuestro medio, resulta difícil pensar en un servicio de "alivio" a

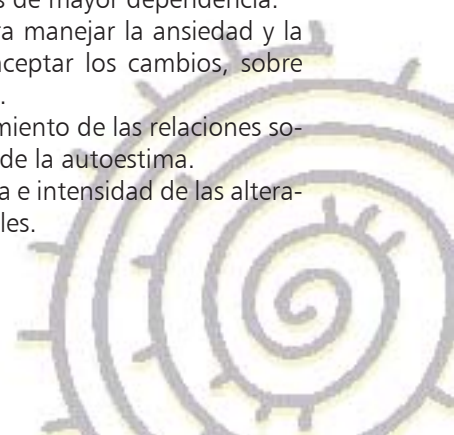
la sobrecarga del cuidador que responda integralmente a la demanda creciente de cuidados, dada por la progresión de la enfermedad, y por el carácter afectivo que tiene este tipo de dependencia. De este modo, se propone dirigir estratégicamente el foco de atención y pasar a concebir, no al enfermo o bien al cuidador, sino al binomio como objeto de atención. Este binomio, que tendrá sus características particulares de construcción vincular, de modalidades de relacionamiento entre sí y con el resto de las personas, será el objetivo para la planificación de un modelo de intervención centrada en el mejoramiento de la calidad de vida de la propia diada.

## **6. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN GERONTOPSICOMOTRIZ**

Se plantea una modalidad de trabajo en la que se prevén objetivos para cada una de las partes, y una serie de objetivos para el binomio, a saber:

### **6.1. Objetivos con los pacientes:**

- Entrenar las capacidades cognitivas remanentes con el fin de enlentecer el progreso del deterioro de las mismas.
- Construir estrategias de compensación del déficit funcional, de manera de comprimir hacia edades más avanzadas las fases de mayor dependencia.
- Elaborar recursos para manejar la ansiedad y la angustia, para poder aceptar los cambios, sobre todo en etapas iniciales.
- Favorecer el mantenimiento de las relaciones sociales como reforzador de la autoestima.
- Disminuir la frecuencia e intensidad de las alteraciones psico-conductuales.



### **6.2. Objetivos con los cuidadores:**

- Ofrecer un recurso de alivio para el cuidador.
- Sensibilizar acerca de síndrome de sobrecarga y la importancia del autocuidado.
- Favorecer un espacio de intercambio con otros familiares cuidadores que atraviesan su misma situación, con miras a la construcción de redes de sostén socioafectivo.
- Brindar información práctica sobre el curso de la enfermedad y pautas útiles para sobrellevar las diferentes dificultades que se presentan.
- Elaborar rutinas y alternativas al tiempo ocioso improductivo.

### **6.3. Objetivos con el binomio:**

- Propiciar un espacio de disfrute, posibilitando el acceso a la experiencia positiva compartida, que resignifique la relación.
- Favorecer a través de actividades de tipo vivencial la relación de ayuda.
- Trabajar a partir de actividades compartidas, la habilitación de la autonomía con las habilidades prácticas que la componen.

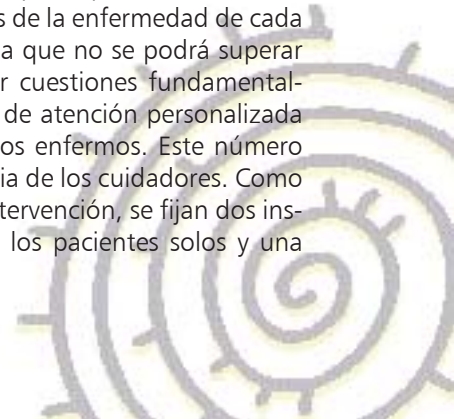
## **7. DESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO DE INTERVENCIÓN GERONTOPSIKOMOTRIZ.**

Se propone un modelo de atención grupal para pacientes y cuidadores en el entendido de que es a partir del trabajo sobre el binomio que se pueden operar cambios sostenibles en el tiempo. Para ello, los esfuerzos radicarán en formar a los cuidadores como los principales agentes estimuladores de sus familiares, capaces de replicar y amplificar las experiencias del centro a todos los ámbitos de su vida diaria. De esta manera no solo estarán mejorando sustancialmente la calidad de vida del enfer-

mo sino también combatiendo uno de los principales factores de riesgo para ambas partes de esta relación y para la relación misma, que es el llamado tiempo ocioso improductivo. Ese tiempo en el que las horas transcurren de una forma monótona, sin una finalidad, sin un proyecto mínimamente motivador, es un tiempo que tanto el enfermo como su cuidador viven con ansiedad y que por lo general culmina con una manifestación psico-conductual desajustada como vía de descarga para la energía retenida a lo largo de una jornada tediosa.

Pero por otro lado, resulta obvio que el único propósito de la vida de un individuo no puede ser de modo alguno, cuidar a otro ni que con ello pueda sentirse enteramente satisfecho. Es así como, si se pretende diseñar un dispositivo que atienda al binomio enfermo-cuidador, se debe estar atento a las necesidades propias del cuidador, en términos de tiempo real para sus asuntos. Y esto se logra solamente a través de hacerse cargo del enfermo, de forma sustituta y confiable durante un tiempo prudencial que le permita, al menos, dos traslados y una hora de permanencia en un lugar que no sea las instalaciones donde se llevará a cabo la intervención.

En ese sentido, se plantea un encuadre de trabajo grupal con un número de participantes acorde a las características evolutivas de la enfermedad de cada uno, teniendo en cuenta que no se podrá superar los diez integrantes por cuestiones fundamentalmente de posibilidades de atención personalizada del coordinador hacia los enfermos. Este número se duplicaría en presencia de los cuidadores. Como frecuencia óptima de intervención, se fijan dos instancias semanales para los pacientes solos y una



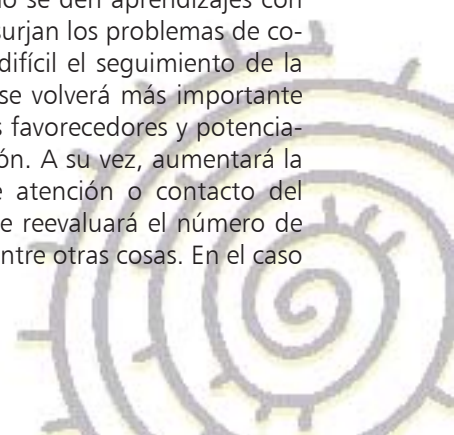
instancia bisemanal en la que concurrirían a toda la sesión junto a sus cuidadores. Las frecuencias diferenciales se justifican por la evidente necesidad de estimulación frecuente e intensa al paciente, capaz de operar cambios en la progresión de la enfermedad, en contrapartida a una necesidad del cuidador de obtener informaciones prácticas y puntuales, un adiestramiento específico y por unidades temáticas, por un espacio espaciado en el tiempo donde intercambiar con el grupo, y por sobre todo, por la necesidad acuciante de un espacio-tiempo propio.

Por lo antedicho es que una duración de tres horas por cada sesión, resultaría suficiente para cumplir con los objetivos propuestos. Este tiempo se estructuraría en lo que llamaremos unidades de trabajo formadas cada una, por un Núcleo de Actividad y una etapa posterior de Representación. Se intenta así hacer un manejo eficiente de los niveles de energía en términos de descarga motriz y ansiedad, y posibilidades de mantenimiento de atención a lo largo de toda la jornada de trabajo. A continuación se describen entonces las características más salientes de cada una de las modalidades de sesión, según se trate de pacientes solos o de los binomios enfermo-cuidador.

### **7.1. Sesión de intervención Gerontopsicomotriz con pacientes solos.**

La sesión de Intervención Gerontopsicomotriz se compone de los dos momentos ritualizados al principio y al final, y las tres unidades de trabajo antes mencionadas. Respecto al primer momento, o Momento de Reencuentro está dado por una actividad de Orientación a la Realidad, en la que se reconstruye colectivamente la fecha del día, mes,

estación y demás datos de orientación témporo – espaciales más elementales, y sobre hechos públicos relevantes como forma de estimular un nivel más complejo de orientación. Asimismo, se apunta a la cohesión grupal además de los objetivos cognitivos, al reconocer a aquellos participantes que asisten a la sesión, así como recordar a aquellos compañeros que no han asistido y comentar el por qué de su ausencia. A continuación, se da paso al segundo momento, o Primera Unidad de Trabajo de aproximadamente unos 45 minutos de duración en total, que se encuentra dividida en un núcleo de mayor actividad, donde se centrará el fuerte de las propuestas de estimulación motriz, seguido por una instancia de Representación de lo vivenciado por medio de alguna técnica seleccionada. La metodología de trabajo es de acuerdo con los objetivos de la Estimulación Psicomotriz, en la que se entrenan aquellas habilidades psicomotoras que ayuden al mantenimiento y la mejora en las funciones en relación con sus actividades de la vida diaria y a mejorar su calidad de vida. Si bien se plantean estos objetivos como generales, según el grado de deterioro de cada paciente, se elaborará un proyecto terapéutico con objetivos individualizados. Es así como en los estadios más leves de la enfermedad se podrá trabajar como en un grupo con pacientes sin patología, aunque prestando especial atención a que no se den aprendizajes con errores. A medida que surjan los problemas de comunicación y sea más difícil el seguimiento de la dinámica de la sesión, se volverá más importante el apoyo con materiales favorecedores y potenciadores de la comunicación. A su vez, aumentará la demanda individual de atención o contacto del terapeuta, por lo que se reevaluará el número de integrantes por grupo entre otras cosas. En el caso



de los pacientes en estadios moderados, el objetivo fundamental será que puedan seguir la sesión, disminuir las alteraciones psico-conductuales y lograr canalizar positivamente la descarga motriz en forma de ejercicio adaptado. De esta manera queda manifiesta la importancia de realizar un proyecto flexible y dinámico en el que se vaya acompasando la evolución de la enfermedad y las características individuales de los enfermos. Las posibilidades de intervención psicomotriz son muy variadas si se tiene en cuenta que se trabajan a un mismo tiempo y de muy diversas formas las dimensiones motriz, cognitiva, afectiva y social.

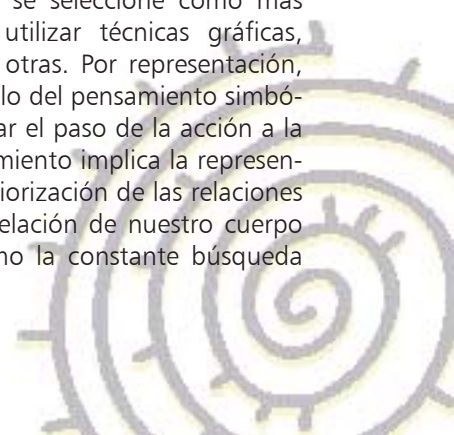
Las tareas deben ser sencillas, con instrucciones concretas y sin grandes exigencias, para evitar la frustración de no comprender las consignas o no poder realizarlas, sobre la base del trabajo sobre praxia fina y praxia global. En el primer grupo se ubicarían la praxia clásicas: ideatoria, ideomotriz, constructiva, etc. Dentro de la praxia global entrarían la coordinación dinámica, equilibrio, control postural, marcha, etc. (Lorente, 2003). Se abordarán los contenidos cognitivos haciendo foco en las funciones superiores tales como la atención, la memoria, la funciones ejecutivas, la orientación témporo-espacial y noción del esquema corporal, así como será de gran importancia la elaboración de lo que en Gerontopsicomotricidad llamamos una conciencia corporal actualizada. Nos referimos de esta manera a la posibilidad del sujeto (sobre todo en las etapas iniciales de su enfermedad) de acomodar la percepción de sí mismo a las posibilidades reales actuales.

Los aspectos sociales como la cohesión de grupo, las habilidades sociales, y los aspectos afectivos

como la motivación y la autoestima se vuelven fundamentales en este tipo de abordaje. Todos estos contenidos serán introducidos a través de estrategias de mediación, pudiendo entonces proponer danzas, juegos, y la incorporación de diferentes elementos que resulten efectivos a los propósitos terapéuticos. Para esto se les da a las actividades un carácter procedimental, en el entendido de que los pacientes con enfermedad de Alzheimer se benefician de los procedimientos al conservar la memoria implícita hasta fases avanzadas. (Lorente, 2003).

La Segunda Unidad de Trabajo, de aproximadamente una hora de duración, comprende un núcleo de actividad en el que se comparte un alimento y se busca estimular los elementos cognitivos y práxicos involucrados. El final está dado, por una instancia distendida de sobremesa en la que se favorecerán los intercambios espontáneos entre participantes, o bien el reposo previo a la siguiente actividad.

Como última actividad de la jornada, se encuentra la Tercera Unidad de Trabajo, con una duración estimada de 50 minutos, en la que se presentan propuestas de habilidad manual fina y de representación de lo vivenciado en la sesión, a través de algún registro que se seleccione como más apropiado, pudiendo utilizar técnicas gráficas, plásticas, orales, entre otras. Por representación, entendemos el desarrollo del pensamiento simbólico que nos permite dar el paso de la acción a la mentalización. El movimiento implica la representación mental y la interiorización de las relaciones espaciales es decir la relación de nuestro cuerpo con el espacio así como la constante búsqueda



de experimentar y tener información acerca de los objetos.

Finalmente, como forma de dar cierre a la sesión, se lleva a cabo el Ritual de Despedida. Los rituales tienen como función asegurar al sujeto permitiéndole anticipar las actividades y organizarse. Como se ha mencionado anteriormente en el desarrollo de este trabajo, los enfermos de Alzheimer sufren una gradual desestructuración de su esquema espacio-temporal, que no les permite realizar anticipaciones u organizarse en sus actividades. Esto es vivenciado con una fuerte carga afectiva debido a la permanente incertidumbre de lo que vendrá, por lo que resulta imprescindible incluir este aspecto en el abordaje terapéutico. Es así como se introducen los llamados "rituales" como momentos de referencia estable dentro de la sesión, al inicio y final de la misma. Pero no se trata de cualquier acción repetida de manera idéntica a lo largo de las sesiones, sino que tiene su contenido y objetivos específicos. Así, el ritual de entrada o bienvenida oficiará de asegurador y reafirmador del sujeto en su pertenencia a un grupo, nombrando a quienes están y recordando a quienes no han asistido. Es una manera de reconocer al otro y de ser reconocidos. Del mismo modo, en el ritual de entrada se recordará y reafirmará el encuadre de la sesión y se anticiparán las diferentes actividades que se desarrollarán. Por su parte, el ritual de despedida, tiene el mismo objetivo de asegurar y organizar la actividad, esta vez actuando como cierre de la misma. Se intenta que llevando a cabo de manera repetida e invariable un mismo estímulo, el mismo oficio de referencia estable para asociar con un momento, que en este caso es el fin de la sesión. De esta manera se puede proponer una canción, o

un recitado, o cualquier otra propuesta que sirva a tales efectos.

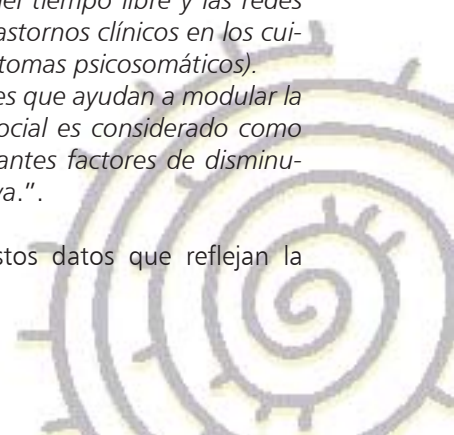
## 7.2. Sesiones con los binomios pacientes-cuidadores.

Al llegar al centro, los cuidadores y los enfermos se separan disponiéndose en salones diferentes para la Primera Unidad de Trabajo, que tendrá características individuales según el grupo.

Primera Unidad de Trabajo para Cuidadores: De las investigaciones sobre la temática de estrés y sobrecarga del cuidador (Woods, 1996) se pueden relevar las siguientes afirmaciones:

- *"Las relaciones de parentesco y género entre el cuidador y la persona cuidada matizan el tipo de sentimientos y las obligaciones del cuidador.*
- *El nivel socioeconómico se relaciona con la carga experimentada por los cuidadores, de tal manera, que a menor estatus socioeconómico menores recursos y mayor carga.*
- *Respecto a los estresores: las ayudas en actividades de la vida diaria tienen menores consecuencias en el cuidador que los problemas conductuales o emocionales. La dependencia física ocasiona menor estrés al cuidador que la dependencia psíquica.*
- *Las consecuencias del cuidado más comunes son: los conflictos familiares, los problemas laborales y la disminución del tiempo libre y las redes sociales, aumento de trastornos clínicos en los cuidadores (sobre todo síntomas psicósomáticos).*
- *Respecto a las variables que ayudan a modular la sobrecarga: el apoyo social es considerado como uno de los más importantes factores de disminución de la carga subjetiva."*

Teniendo en cuenta estos datos que reflejan la



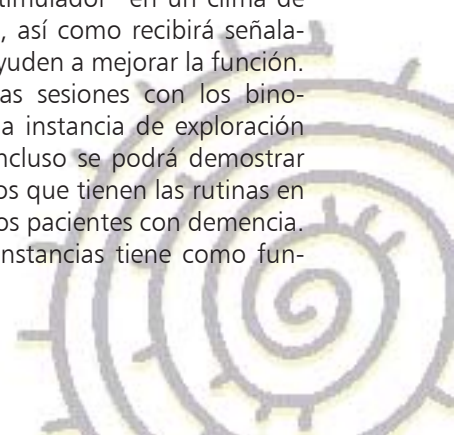
realidad de la mayoría de los cuidadores informales, se propondrá a los familiares un espacio y un tiempo dentro del encuadre de las sesiones, que se destinará al intercambio entre pares y a la construcción grupal de un saber acerca de la enfermedad y sus características, así como de alternativas y estrategias para hacer frente a las complicaciones más frecuentes. Se buscará asimismo, promover a los cuidadores para que faciliten la estimulación de funciones cognitivas del paciente, así como favorecer su inclusión en las rutinas cotidianas. Todo ello puede mejorar los efectos del fármaco y de la intervención cognitiva. Este espacio que no superará la primera hora de duración, destinado a los cuidadores sería coordinado por el Psicólogo del equipo, participando también de forma activa el Lic. en Trabajo Social. El tiempo destinado a tales efectos coincide con la Primera Unidad de Trabajo de los pacientes, los cuales permanecen en el salón principal. La dinámica de trabajo es la ya expuesta en la descripción de la sesión con los pacientes solos.

Segunda Unidad de Trabajo (reencuentro de binomios): Como ya se expuso, luego de la Primera Unidad de Trabajo, se produce un reencuentro con sus cuidadores, dando paso a la Segunda Unidad de Trabajo, cuya importancia y objetivo principal radican en la habilitación y la estimulación de la autonomía de los pacientes. A través de la propuesta de "compartir un alimento", el Gerontopsicomotricista introduce a un mediador (el momento de alimentación) y es a través de éste que puede observar el grado de autonomía al que es habilitado o restringido el paciente por su cuidador. Podrá entonces observar directamente, aquellas praxias más conservadas o más comprometidas en rela-

ción con los elementos que ponga a disposición, las actitudes de su referente respecto a errores cometidos, y de esta manera, el momento de alimentación se transformará en un verdadero espacio de intervención psicomotriz, para la observación, pero sobre todo para realizar pautas y señalamientos oportunos.

Culminado este momento, al cual se le dedicará aproximadamente una hora, por la complejidad del armado y desarmado, teniendo en cuenta que uno de los objetivos es que los propios pacientes participen de esa tarea y que sus cuidadores aprendan a tolerar la espera y frustración ante errores o accidentes, se pasará al tercer y último momento de trabajo conjunto.

Durante la Tercera Unidad de Trabajo de las sesiones con los binomios, se respetará la modalidad de actividades de menor amplitud motriz a las que los pacientes ya están habituados, pero el Gerontopsicomotricista buscará también proponer aquellas movilizaciones que considere oportuno que los cuidadores aprendan. De esta manera, el coordinador podrá oficiar como modelo en cuanto a calidad y cantidad de movilizaciones, así como a los efectos o reacciones que ciertas manipulaciones pueden generar en su familiar. El cuidador, tendrá la oportunidad de hacer preguntas y de explorar sus posibilidades como "estimulador" en un clima de contención y seguridad, así como recibirá señalamientos o pautas que ayuden a mejorar la función. Todo lo realizado en las sesiones con los binomios, será entonces una instancia de exploración y aprendizaje mutuo, incluso se podrá demostrar "en situación" los efectos que tienen las rutinas en el comportamiento de los pacientes con demencia. La ritualización de las instancias tiene como fun-





ción brindar seguridad a los pacientes, dándoles la posibilidad de anticipar lo que vendrá posteriormente, aunque no logren recordarlo si se lo solicitamos verbalmente.

## 8. EL EQUIPO.

Para que un modelo de atención de estas características pueda ser llevado a cabo, es imprescindible contar con un equipo cohesivo. Es precisa la acción altamente coordinada y coherente de modo de engranar todas las piezas de funcionamiento simultáneo y sinérgico, que aunque coordinado por disciplinas distintas, tengan objetivos comunes, idea esta que resume la esencia del trabajo interdisciplinario.

En primer lugar, hace falta la intervención médica especializada, para realizar una valoración exhaustiva que permita precisar el diagnóstico del paciente, así como estadificarlo en la evolución de su enfermedad. Este tipo de valoración y de seguimiento debería sistematizarse cada seis meses o cada vez que se registraran cambios observados por los técnicos o referidos por el cuidador.

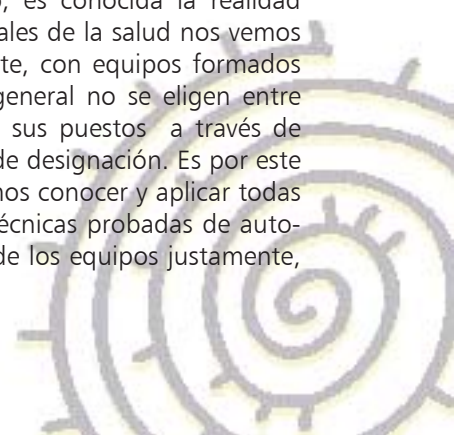
Si bien el proyecto de atención es pensado para ser coordinado por el Psicomotricista especialista en Gerontopsicomotricidad, por su carácter integrador y su visión global de la estimulación multidimensional, dicha forma de concebir al paciente no es exclusiva de la disciplina y menos aún, ella se puede bastar a sí misma, sino que precisa necesariamente del trabajo interdisciplinario para cumplir los objetivos propuestos.

Sería impensable plantearse el trabajo con los cuidadores, para prevenir o disminuir sus niveles de

sobrecarga, si no se vieran implicadas la Psicología o el Trabajo Social. Sería a su vez igualmente insuficiente, analizar el vínculo sin tener la perspectiva psicológica en términos de relación de dependencia afectiva y solo conformarse con ver al binomio como vehículo de estimulación psicomotriz.

De más está decir que existen otras disciplinas cuyos aportes serían de gran utilidad para el abordaje de los pacientes enfermos de Alzheimer y sus cuidadores, tales como los Terapeutas Ocupacionales para intervenir en las adaptaciones necesarias de los domicilios, o los Lic. en Fonoaudiología, especialistas en el abordaje de los trastornos de la deglución y del lenguaje tan característicos de los estadios severos de la enfermedad. No obstante, de más está decir también que si lo que se pretende es dejar planteado un modelo de atención posible de ser implementado en nuestro medio, tal como están presentadas las condiciones, lo más aconsejable será contar con un equipo que logre optimizar al máximo, el mínimo de integrantes posible, necesarios para dar respuesta al abordaje planteado.

Por todo lo expuesto hasta aquí es que el trabajo en equipo es fundamental para lograr que un modelo de este tipo pueda tener el éxito que se propone. Sin embargo, es conocida la realidad en la que los profesionales de la salud nos vemos inmersos cotidianamente, con equipos formados por personas que en general no se eligen entre sí, sino que acceden a sus puestos a través de concursos u otras vías de designación. Es por este motivo que más debemos conocer y aplicar todas aquellas estrategias y técnicas probadas de autocuidado y de cuidado de los equipos justamente,



porque es un deber construir o al menos tender a la interdisciplina, no como una afinidad natural entre personas, sino como un conjunto de actores con un objetivo compartido, con roles claramente delimitados y niveles de comunicación saneados.

## 9. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.

La valoración de la eficacia del plan terapéutico se medirá respecto de parámetros de autonomía, impresión subjetiva de mejora por parte del cuidador, capacidad funcional en relación con las AVD, alteraciones de la conducta, función cognitiva, impacto afectivo sobre el entorno y la calidad de vida general. Con relación a los tipos de intervención enfocada a los cuidadores, Zarit (1989) plantea la necesidad de incorporar la evaluación rigurosa de los efectos que tienen en términos de mejora de la calidad de los cuidados. Las intervenciones deben necesariamente tener repercusión sobre las personas a quienes se destinan los cuidados, ya que de no ser así se corre el riesgo de considerar a la persona dependiente como un objeto receptor de cuidados y no como un sujeto. De esta manera, se plantea la aplicación de escalas de valoración específicas para cada uno de los objetivos propuestos, con un tiempo inter-evaluación de no menos de seis meses, ya que es el tiempo mínimo que se estipula normalmente para valorar el efecto de cualquier tipo de tratamiento. Para la evaluación del impacto de la intervención en todas sus dimensiones, se seleccionaron, las técnicas más ampliamente utilizadas por la comunidad científica de modo de eventualmente, poder realizar comparaciones con otros modelos de atención existentes o futuros. Asimismo, será de utilidad diseñar un

cuestionario de percepción subjetiva de evolución con el fin de evaluar esta dimensión. Cabe resaltar que se prestó especial atención en la selección de las escalas, en tomar aquellas que pudieran evaluar directa o indirectamente el estado del paciente, de modo de no condicionar la evaluación al estadio en el que se encuentre la enfermedad.

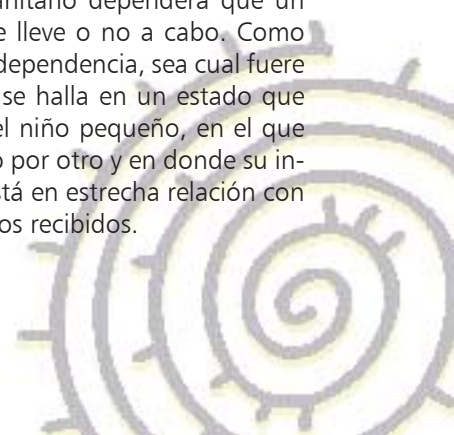
Es así que se expone el siguiente cuadro en el que se detallan los instrumentos de evaluación que se utilizarán para medir el cumplimiento y el seguimiento en el tiempo de cada uno de los objetivos prefijados.

### CUADRO III Evaluación de resultados de la intervención.

Fuente: elaboración propia.

## 10. REFLEXIONES FINALES.

En situación de dependencia, un sujeto depende de su cuidador, no solo para satisfacer sus necesidades más básicas, sino que también, será éste quien mediará entre el sujeto dependiente y el medio que lo rodea. Del cuidador dependerá el grado de contacto que el paciente tenga con la realidad actual, con las personas y los objetos; de su adhesión con el personal sanitario dependerá que un tratamiento indicado se lleve o no a cabo. Como vemos, en situación de dependencia, sea cual fuere su causa, un individuo se halla en un estado que puede rememorar al del niño pequeño, en el que el mundo es presentado por otro y en donde su indemnidad emocional está en estrecha relación con la calidad de los cuidados recibidos.



La diferencia radica en que el niño no conoce la autonomía, tiene en general una tendencia positiva hacia el desarrollo lo cual es altamente gratificante para su "cuidador", quien por su parte también posee una tendencia innata a brindarle cuidados amorosos. Sin embargo, el adulto mayor conoce muy bien la autovalidez y la autonomía ya que ha gozado de ella toda su vida. Este sujeto, ya ha atravesado todas las etapas del desarrollo humano, ha sido jefe/a de familia, productivo y significativo para otros. Y es esa autonomía que conoce tan bien, y que alguna vez incluso no tuvo relevancia frente a otras circunstancias de la vida, que cobra ahora la dimensión de pérdida irreversible, de dependencia. En cuanto a sus cuidadores, por más ideal que deseemos plantear el escenario, y por más amorosa que sea la relación entre las partes, la tarea de satisfacer las necesidades de un adulto mayor dependiente, es algo para lo que nadie se encuentra innatamente preparado, pero debemos, mal que nos pese, llevar a cabo o delegar en otros sujetos idóneos.

Es entonces cuando todos nuestros esfuerzos como equipo de salud deberán radicar en cargar de significación la tarea de cuidado, y de orientarla hacia los términos de productividad a los que los sujetos humanos estamos tan acostumbrados y con los que nos sentimos cómodos, porque es precisamente cuando "ya no podemos hacer nada", que comenzamos a "no hacer nada". De esta manera, se pone en evidencia la dificultad que se plantea para el abordaje en los estadios moderados y avanzados de la Enfermedad de Alzheimer, en los que los pacientes comienzan a "quedar fuera" de los criterios de inclusión fijados para los programas de estimulación y los centros diurnos. Es ahí en donde

la calidad del vínculo construido entre el enfermo y su cuidador, y las herramientas con las que cuentan se volverán decisivas para que la voluntad no se desmorone y el abandono no se abra paso.

Si bien el presente artículo propone un modelo de atención que genere cambios sustentables a largo plazo, queda abierta la necesidad de crear espacios en donde pensar y planificar modalidades de atención interdisciplinaria, enfocadas en el trabajo en domicilio con los pacientes y sus cuidadores, con el fin de continuar esa tarea tan preciada de acompañamiento y sostén familiar, y por qué no, de estimulación del más mínimo canal remanente, de conexión con el medio que el sujeto enfermo conserve. Tal estimulación ya no tendrá los mismos objetivos que en los estadios leves, pero se podrá actuar paliativamente hasta el final de su existencia de manera de garantizar calidad de vida y sobre todo dignidad.



**BIBLIOGRAFÍA**

AGÜERA MORALES E., TÚNEZ FIÑANA I.(2011). DEMENCIA. REV. MEDICINE; 10(76):5123-8.

ALBERCA, R; LÓPEZ – POUZA, S. (2006) .ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS. 3ª EDICIÓN. MADRID: ED. MÉDICA PANAMERICANA.

BOADA M., CEJUDO J.C., TÁRRAGA LL., LÓPEZ O.L. Y KAUFER D. (2002) "NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY QUESTIONNAIRE (NPI-Q): VALIDACIÓN ESPAÑOLA DE UNA FORMA ABREVIADA DEL NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI). NEUROLOGÍA. 17(6): 317-23

CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES Y OTROS PROBLEMAS DE SALUD (1992), DÉCIMA EDICIÓN (CIE-10) DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

CUMMINGS, J.L. (2004). ALZHEIMER'S DISEASE. REV. J MED; (351):56-67.

FIERRO, A. (COMPILADOR). "APORTES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES". EN PRENSA.

FOLSTEIN M.F., FOLSTEIN S.E. Y MCHUGH P.R. (1975) "MINI-MENTAL STATE. A PRACTICAL METHOD FOR GRADING THE COGNITIVE STATE OF PATIENTS FOR THE CLINICAL". JOURNAL OF PSYCHIATRIC RESEARCH; 12 (3): 189-198.

GARCÍA MEILÁN, J.J.; CARRO RAMOS, J (2011) (INCYL). PROGRAMA DE ACTUACIÓN COGNITIVA INTEGRAL EN DEMENCIAS (PACID). MADRID: ED. MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, SECRETARÍA GENERAL DE POLÍTICA SOCIAL Y CONSUMO, INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO).

INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO) (2011). REEDUCACIÓN PSICOMOTRIZ Y ALZHEIMER. MADRID: ED. MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, SECRETARÍA GENERAL DE POLÍTICA SOCIAL Y CONSUMO, INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO).

LLANERO LUQUE, M.; RUIZ SÁNCHEZ DE LEÓN, J.M.; MEDRANO IZQUIERDO, P.; FERNÁNDEZ GARCÍA, C. (2011). TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. REV. MEDICINE; 10 (76): 5138-44.

LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J.; VALDÉS MIYAR, M. (2011) DSM-IV-TR. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. TEXTO REVISADO. BARCELONA: ED. MASSON.

LORENTE RODRÍGUEZ, E. (2003). INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ CON PACIENTES CON DEMENCIA: UNA PROPUESTA REHABILITADORA. REV. IBEROAMERICANA DE PSICOMOTRICIDAD Y TÉCNICAS CORPORALES; 11: 13-28.

MARTÍNEZ DE LA IGLESIA, J.; ALBERT COLOMER, C.; BORGES GUERRA, M.; SÁNCHEZ MÉNDEZ, V. (2011). MANEJO GENERAL Y EXTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CON DEMENCIA. REV. MEDICINE; 10 (76): 5156-63.

MEAD, M. (1971) CULTURA Y COMPROMISO. BUENOS AIRES: GRANICA.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. (2002). SECRETARÍA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES. INSTITUTO



DE MIGRACIONES Y SERVICIOS SOCIALES. INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN AFECTADOS DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER CON DETERIORO LEVE. MADRID: ED. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. SECRETARÍA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES. INSERSO.

MOHS, ROSEN Y DAVIS. (1983,1984) ALZHEIMER`S DISEASE ASSESMENT SACALE (ADAS).

MONTORIO, I. (1994). LA PERSONA MAYOR. GUÍA APLICADA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA. MADRID : ED. MINISTERIO NACIONAL DE ASUNTOS SOCIALES. INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES.

MUÑIZ, R.; OLAZARÁN, J. MAPA DE TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA DEMENCIAS TIPO ALZHEIMER. DOCUMENTO PREPARADO PARA EL CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL (CRE) DE ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS DE SALAMANCA POR FUNDACIÓN MARIA WOLFF Y EL INTERNATIONAL NON PHARMACOLOGICAL THERAPIES PROJECT. DISPONIBLE EN: [HTTP://ALZHEIMERUNIVERSAL.BLOGSPOT.COM/2011/06/MAPA-DE-TERAPIAS-NO-FARMACOLOGICAS-EN.HTML#AXZZ28Z3PMZYF](http://ALZHEIMERUNIVERSAL.BLOGSPOT.COM/2011/06/MAPA-DE-TERAPIAS-NO-FARMACOLOGICAS-EN.HTML#AXZZ28Z3PMZYF)

PECHENY J., MINISTER D. (1973) "LA CONVIVENCIA TRIGENERACIONAL. SU INFLUENCIA SOBRE LA SALUD MENTAL DEL ANCIANO". BUENOS AIRES : REV. MEDICINA DE LA TERCERA EDAD, N°5.

PÉREZ SALANOVA M.; YANGUAS LEZAUN J.J. (1998) DEPENDENCIA, PERSONAS MAYORES Y FAMILIAS. DE LOS ENUNCIADOS A LAS INTERVENCIONES. REV. ANALES DE PSICOLOGÍA, 14(1): 95-104.

POTEL, C. (2008). (COMPILADOR). PSYCHOMOTRICITÉ: ENTRE THÉORIE ET PRATIQUE. 2ª EDICIÓN. PARIS : ED. INPRESS.

REISBERG, B.; FERRIS S.; DE LEON M.J.; CROOK T. (1982). THE GLOBAL DETERIORATION SCALE FOR ASSESMENT OF PRIMARY DEGENERATIVE DEMENTIA. AM J PSYCHIATRY, (139): 1136-1139.

SAVIO, I.; LUCERO, R.; FIERRO, A.; LEVI, S.; ATCHUGARRY, M.; CASALI, G.; ROLANDO, D. (2004) MANUAL DE GERIATRÍA Y PSICOGERIATRÍA. TOMO I. MONTEVIDEO : ED. OFICINA DEL LIBRO FEFMUR.

TÁRRAGA, L.; BOADA, M. (1999).VOLVER A EMPEZAR. EJERCICIOS PRÁCTICOS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER. BARCELONA : ED. GLOSA EDICIONES. TOBÍO, C.; AGULLÓ TOMÁS, M.S.; GÓMEZ, M. V.; MARTÍN PALOMO, M. T., (2010). EL CUIDADO DE LAS PERSONAS. UN RETO PARA EL SIGLO XXI. BARCELONA: ED. FUNDACIÓN "LA CAIXA".

TUZZO, R.; MILA J., (2007). LA FORMACIÓN DE PSICOMOTRICISTAS EN EL CAMPO DEL ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ. INTERFASES NECESARIAS. REV. IBEROAMERICANA DE PSICOMOTRICIDAD Y TÉCNICAS CORPORALES, 28: 59-68.

ZAMARRÓN CASSINELLO, M.D.; TÁRRAGA MESTRE, L.; FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (2008) PLASTICIDAD COGNITIVA EN PERSONAS CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER QUE RECIBEN PROGRAMAS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA. REV. PSICOTHEMA, 20 (3): 432-437.



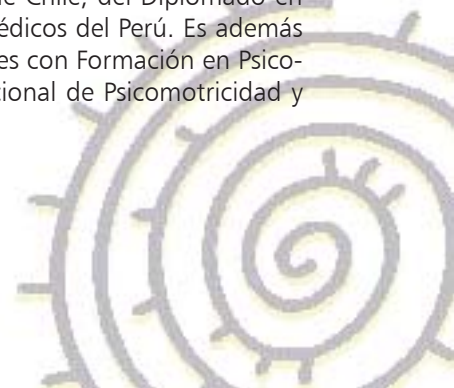
# Modalidades de crianza y consecuencias comportamentales en los niños. Nuevamente la famosa confusión entre el ser y el tener

*Parenting methods and consequences on the behavior of children.  
Again the confusion between being and have.*

**Pablo Luis Bottini**

## DATOS DEL AUTOR

**Pablo Luis Bottini** es Psicólogo Social y Psicomotricista. Es Coordinador del Dispositivo Estratégico en Psicomotricidad del Ce.S.A.C. N°: 24. Hospital Piñero, Ministerio de Salud G.C.A.B.A. Buenos Aires; ex Coordinador del Equipo de Psicomotricidad y la Sala de Juego del Hospital de Día Pediátrico del H. Durand, Ministerio de Salud G.C.A.B.A, Buenos Aires. Argentina. Docente en la Licenciatura en Psicomotricidad de la Universidad de Morón, Argentina; de la Universidad UNIBE de Asunción, Paraguay; del Diplomado en Psicomotricidad de la Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile; del Diplomado en Psicomotricidad Educativa y Terapéutica de la Asociación de Tecnólogos Médicos del Perú. Es además Secretario General de la Red Fortaleza, Red Latinoamericana de Universidades con Formación en Psicomotricidad; Profesor *Honoris Causa* y delegado de la Organización Internacional de Psicomotricidad y Relajación (O.I.P.R.), Paris, Francia y Codirector de la Asociación Muove.  
Dirección de contacto: [bottinipablo@hotmail.com](mailto:bottinipablo@hotmail.com)



## RESUMEN

El presente escrito aborda la problemática de las consecuencias negativas que se están observando en la crianza de los niños pequeños por la inadecuada utilización de los dispositivos tecnológicos de forma impropia y abusiva. Los jóvenes padres de los niños, capturados por el bombardeo mediático, consumen sus horas detrás de estos dispositivos y desatienden la importancia de la relación con sus hijos, llegando al maltrato.

Palabras clave: Modalidades de crianza. Comportamiento infantil. Tecnología. Marketing. Consumismo.

## ABSTRACT

The present study adresses the troublesome due to the negative consequences observed during children's upbringing and its inappropriated interaction with technological devices. Young parents, captured by the constant media bombardment on their daily basis, through the same devices, neglect the importance of the relationship with their children, situation that commonly ends up in parental maltreatment.

Key words: Parenting methods, Child's behaviour, Technology, Marketing, Excessive consumption.

Los niños están enojados... ¡y tienen sus buenas razones!

Una serie de objetos supuestamente destinados a su cuidado han sido desarrollados por los fabricantes de juguetes y otros elementos destinados a ese fin y se han impuesto en el mercado "de lo infantil".

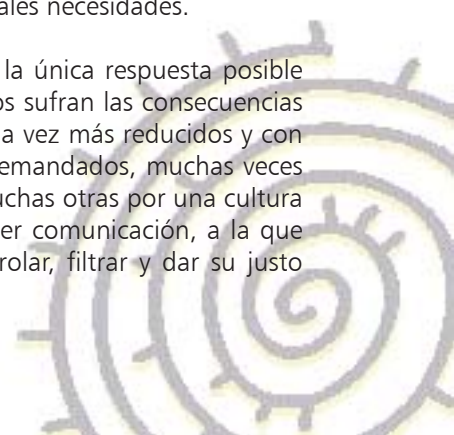
Estos son comprados por padres, abuelos, tíos y amigos de la familia sin tener demasiada claridad de las consecuencias que los mismos tienen verdaderamente sobre su desarrollo.

Y lo que es aún peor, se imponen en los espacios institucionales destinados al cuidado de los niños, tales como escuelas maternas e infantiles.

Los colgamos, recurriendo a unos hermosos y coloridos "jumping" infantiles; los acorralamos, recurriendo a estrechos y supuestamente seguros "co-

rralitos", los atrapamos, en sofisticados elementos parecidos a una ruca moderna, los ponemos en situaciones ridículas, disfrazándolos para nuestro mero goce y les brindamos objetos muy atractivos, tales como computadores, reproductores de D.V.D., etc., con el solo afán de aquietarlos, de ponerlos en situación supuestamente divertida para ellos, sin darnos cuenta de que en realidad nos divertimos de ellos, volviéndolos objeto de nuestro disfrute y desconsiderando las consecuencias negativas de nuestro hacer. En fin, los hacemos participar de un tipo vida en la que no se tiene ni la menor idea de sus reales necesidades.

Es esta aparentemente la única respuesta posible para evitar que los niños sufran las consecuencias de vivir en espacios cada vez más reducidos y con padres cada vez más demandados, muchas veces por su trabajo, pero muchas otras por una cultura del hedonismo y la híper comunicación, a la que no se sabe cómo controlar, filtrar y dar su justo



lugar en nuestras vidas.

Incluso, al extremo de ponerlos en riesgo! Tal es el caso de la situación expuesta en un diario mexicano que muestra una secuencia angustiante de ver relacionada con la caída de una niña de su carro de bebé. (Reporte Índigo, 2012).

Este estado de cosas, llamó poderosamente nuestra atención desde hace tiempo, ya que sin dudas el tipo de vínculo que las familias establecen con sus hijos se aleja mucho de lo que ellos realmente necesitan para lograr un desarrollo armónico, tendiente a la autonomía acorde a su etapa madurativa y los costos y consecuencias en su desarrollo se hacen notar rápidamente.

Niños híper demandantes y dependientes en exceso, que no encuentran otra manera de transitar su vida si no es en la sumisión y constante vigilancia de un adulto o los elementos que este dispone para su cuidado. Niños inseguros de sí y de sus capacidades, limitados en sus verdaderas posibilidades de despliegue psicomotor.

Conclusión, padres híper demandados, pendientes en forma continua de resolver las necesidades por ellos mismos creadas en los niños por un sistema de crianza que confunde la lógica dependencia de los niños para las cuestiones relativas a la higiene y alimentación con incompetencia y necesidad de control continuo. O sea, enfrentamiento continuo como forma de relación.

Mencionaré los elementos nocionales que están presupuestos en este análisis, a los que no desarrollaré por cuestiones de espacio:

La noción de cuerpo, atravesada por las instituciones de salud, educación, comercio, publicidad y estado, que impactan en nuestra Corporeidad (Merleau Ponty, 2002) por su imposición de poder (Vander Zanden, 2002), generando un proceso de Corporización (Bourdieu, 1991), en tanto Encarnadura Normativa.

Es así como podemos sintetizar al adulto en su "función obstaculizadora" de la siguiente forma:

El adulto como obstaculizador del Desarrollo Autónomo del niño:

Parte de la confusión

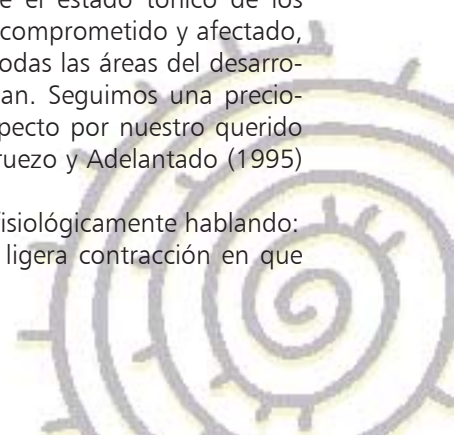
DEPENDENCIA = INCOMPETENCIA

Genera entonces:

- Avasallamiento de la capacidad competente del niño.
- Dependencia excesiva.
- Demanda exacerbada.
- Irritabilidad.
- Sumisión (Bottini, 2014)

Las consecuencias a largo plazo de esta situación generada por el adulto pueden llegar a ser realmente nefastas, ya que el estado tónico de los niños se ve seriamente comprometido y afectado, afectándose entonces todas las áreas del desarrollo que con él se asocian. Seguimos una preciosa síntesis hecha al respecto por nuestro querido amigo Pedro Pablo Berruezo y Adelantado (1995) al respecto:

Tono muscular - Neurofisiológicamente hablando:  
Estado permanente de ligera contracción en que





se encuentran los músculos estriados.

- Función:
- Telón de fondo para las actividades motrices y posturales.
- Se relaciona con:
- El esquema y la imagen corporal.
- El estado emocional - afectivo de la persona.
- Los procesos de atención y percepción (cognición).

Todos estos son los procesos que se ven comprometidos como consecuencia de una inadecuada crianza infantil que compromete el fluido y armónico despliegue motriz del niño, y que por consiguiente, obstaculiza la modulación tónica.

Destacamos entonces la función que la Psicomotricidad cumple en el desarrollo infantil. Esto es concretamente lo que se ve obstaculizado:

La psicomotricidad ocupa un lugar fundamental en la educación infantil, ya que en esta etapa se desarrollan en conjunto el aparato motor, la dimensión afectiva y la intelectual.

La motricidad cumple dos funciones:

La primera, hace posible la comunicación con las otras personas por medio de los movimientos expresivos.

La segunda, permite los desplazamientos del cuerpo en el espacio y la manipulación de los objetos (García y González, 2007:1).

Observar el negativo estado de las cosas y ver los nefastos resultados que la situación descrita conlleva en la relación adulto – niño en la crianza nos motivó a buscar otras formas posibles de llevar adelante la misma.

Nuestra evaluación como psicomotricistas de lo observado y visto como resultado de esta confusión imperante es muy clara...o hacemos algo desde nuestra tarea clínica y como formadores de futuros colegas y profesores o simplemente quedamos como espectadores pasivos y sometidos a los “diseños del mercado”.

Y dimos entonces con el descubrimiento de que existe otra forma de concebir la crianza y por consiguiente “administrar” la vida de los niños pequeños.

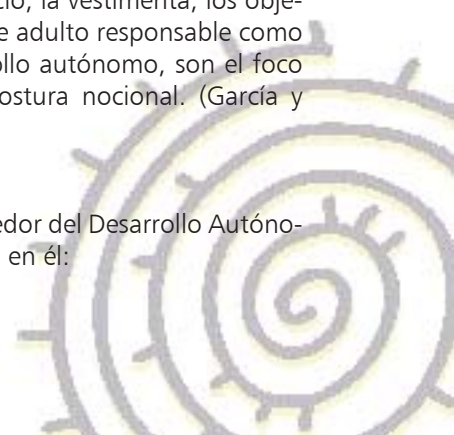
Resultado de la investigación llevada adelante por el método observacional con dos mil niños, la Dra. Emmi Pikler (2000) hace ya muchos años que llamó la atención acerca de los beneficios de lo que ella dio en llamar Desarrollo Motor y Postural Autónomo. Pueden encontrar en Internet referencias bibliográficas al respecto.

Desde esta postura nocional se concibe al adulto como un favorecedor del desarrollo del niño, considerando cuatro factores, dados en llamar del entorno, de modo de favorecer así la crianza del niño.

La disposición del espacio, la vestimenta, los objetos y su propia figura de adulto responsable como favorecedor del desarrollo autónomo, son el foco de atención en esta postura nocional. (García y González, 2007).

Decimos así que:

El adulto como favorecedor del Desarrollo Autónomo observa al niño y ve en él:



- Su capacidad de despliegue autónomo.
- Dispone un espacio adecuado para ello.
- Fomenta en el niño la comunicación y el autocuidado, por medio del diálogo tónico y corporal.
- Hace del momento de la alimentación un tiempo-espacio para la nutrición.

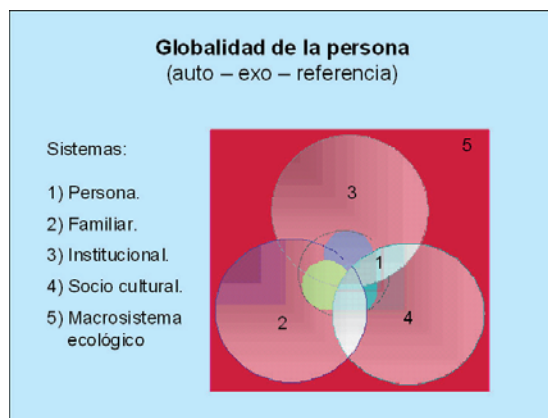
Y es aquí como nos encontramos con una importante comunión de ideas con los desarrollos nacionales que venimos sosteniendo desde hace ya mucho tiempo y que a la luz del Paradigma de la Complejidad (Morín, 1990) dimos en llamar Globalidad de la Persona, lo que presupone el multicondicionamiento bio – psico – socio – eco - cultural del desarrollo psicomotor (Bottini, 1998).

Podemos decir entonces que si, como habíamos afirmado, la motricidad cumple dos funciones: la primera hace posible la comunicación con las otras personas por medio de los movimientos expresivos y, la segunda permite los desplazamientos del cuerpo en el espacio y la manipulación de los objetos, estamos en condiciones de afirmar que el desarrollo psicomotor autónomo en la temprana infancia es indisoluble del desarrollo de la persona toda, en su multicondicionamiento BIO-PSICO-SOCIO-ECO-CULTURAL, pues no hay motricidad que nos sea el resultado de la relación de la persona con su entorno, lo que la transforma en psicomotricidad desde el nacimiento mismo (Wallon, 1982).

Concebido el cuerpo como sistema complejo y autoorganizado (Simon *et. al.*, 1988), es que vemos como por medio de un proceso de base informacional, (Bateson, 1985) este necesario e ineludible sustento material de lo humano deviene en instrumento de su desarrollo, recibiendo del contexto

en que se encuentra inserto y se desenvuelve sus condicionamientos e influyendo en él en forma dialéctica (Von Foerster, 1991).

Y compartimos con ustedes este gráfico de los diferentes sistemas y subsistemas que constituyen a la persona en desarrollo, tanto a nivel de sí, como de ella en contexto.



Bottini, 2014.

Sin dudas ser conscientes de que influyendo en cualquiera de los sistemas aquí presentes influimos ineludiblemente en todos ellos, favorecerá una tarea clínica y docente tendiente al mejor desarrollo psicomotor posible en cada niño.

Así concebimos nuestra función como psicomotricistas...sabiendo que, como dice Packman, parafraseando a Edgard Morín, al referirse al Paradigma de la Complejidad, respecto del desarrollo humano, que implica al desarrollo psicomotor: "(...) entendemos que el estudio de cualquier aspecto de la experiencia humana ha de ser, por

*necesidad, multifacético. Es que vemos cada vez más que la mente humana, si bien no existe sin cerebro, tampoco existe sin tradiciones familiares, sociales, genéricas, étnicas, raciales, que solo hay mentes encarnadas en cuerpos y culturas, y que el mundo físico es siempre el mundo entendido por seres biológicos y culturales"* (Packman, 1994: 18)

Nos alineamos con el pensamiento de este fructífero pensador para definir entonces la función del psicomotricista como aquel que:

*"...tiene un modo de intervención que vehiculiza el accionar del sujeto, no busca enseñar ni recuperar daños motores particulares, sino que ejerce una acción tendiente a la mayor armonía posible en cada persona"* (Bottini y Sassano, 2000).

En contraste con lo visto al prestar atención al accionar de los adultos en su relación con los niños en la crianza, podemos recomendarles las imágenes de los niños criados en el Instituto Lóczy, dirigido durante años por la ya mencionada Dra. Pikler (Asociación Pikler Lóczy, 2014), proponiéndoles un "contrapunto" entre ellas y distinguiendo las consecuencias, en un mismo estadio de evo-

lución psicomotriz, que conllevan para el niño en desarrollo una y otra postura acerca de las modalidades de crianza.

Concluimos entonces que:

*"...el cuerpo se construye en el espacio lúdico fundado en las relaciones tempranas de la persona, a la vez que el juego siempre remite al cuerpo, quien al ponerse en juego, se construye a sí mismo en permanente interacción con los otros"* (Bottini, 2008).

Y de eso se trata, de atender a la constructividad corporal en sus necesidades de despliegue, expresión y desarrollo. Solo así, generaremos futuras personas socialmente aptas, competentes y con capacidad de Adaptación Crítica (Bottini, 2003).

De nosotros, adultos responsables, depende que esa construcción vaya en el sentido que los niños realmente necesitan para su mejor desarrollo.

---

## BIBLIOGRAFÍA

BATESON, G. (1985) PASOS HACIA UNA ECOLOGÍA DE LA MENTE. BUENOS AIRES: EDICIONES CARLOS LOHLÉ.

BERRUEZO Y ADELANTADO, P. P. (1995) LA PELOTA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR. MADRID: CEPE.

BOTTINI, P. (1998) PSICOMOTRICIDAD Y AUTISMO: UNA PRAXIS COMPLEJA PARA UN COMPLEJO TRASTORNO. EN: TALLIS, J, (COORD.) AUTISMO INFANTIL: LEJOS DE LOS DOGMAS. MADRID: MIÑO Y DÁVILA.  
(2008) PRÁCTICA PSICOMOTRIZ. ANTECEDENTES E INDICACIONES. EN: H D PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DEL HOSPITAL DURAND. VOLUMEN VI, Nº 1. BUENOS AIRES: GUADALUPE.

(2014) "LA CULTURA DEL CONSUMO COMO OBSTACULIZADOR DEL DESARROLLO PSICOMOTOR" SEMIOLOGÍA Y PERFIL (ES) PSICOMOTOR(ES) INTERACCIONES CUERPO-ENTORNO, DESEO – REPRESENTACIÓN. XXXIIIº UNIVERSIDAD DE VERANO – ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE PSICOMOTRICIDAD Y RELAJACIÓN (O.I.P.R.) PARIS, FRANCIA (JULIO DE 2014).

BOTTINI, P. Y SASSANO, M. (2000) APUNTES PARA UNA HISTORIA DE LA PSICOMOTRICIDAD. EN: BOTTINI, P. (COMP.) PSICOMOTRICIDAD PRÁCTICAS Y CONCEPTOS. MADRID: MIÑO Y DÁVILA.

GARCÍA, A. Y GONZÁLEZ, L. (2007) DESARROLLO MOTOR Y POSTURAL AUTÓNOMO. EN: DESARROLLO INFANTIL – PRIMER AÑO DE VIDA. BUENOS AIRES: DIRECCIÓN NACIONAL DE MATERNIDAD E INFANCIA - MINISTERIO DE SALUD. PRESIDENCIA DE LA NACIÓN.

MERLEAU-PONTY, M. (2002) FENOMENOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN. MADRID: EDITORA NACIONAL.

PACKMAN, M. (1990) PRÓLOGO, EN: MORÍN, E., INTRODUCCIÓN AL PENSAMIENTO COMPLEJO. BARCELONA: GEDISA.

PIKLER, E. (2000) MOVESE EN LIBERTAD. DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD GLOBAL. MADRID: NARCEA.

SIMÓN, F., STIERLIN, H. Y WYNNE, L. (1988) VOCABULARIO DE TERAPIA FAMILIAR. BUENOS AIRES: GEDISA.

VANDER ZANDEN, J. W. (2002) MANUAL DE PSICOLOGÍA SOCIAL. BUENOS AIRES: PAIDOS.

VON FOERSTER, (1991) PRINCIPIOS DE AUTOORGANIZACIÓN EN UN CONTEXTO SOCIOADMINISTRATIVO, EN: LAS SEMILLAS DE LA CIBERNÉTICA. BARCELONA: GEDISA.

WALLON, H. (1982) ORÍGENES DEL CARÁCTER EN EL NIÑO. BUENOS AIRES: NUEVA VISIÓN.

#### FUENTES ELECTRÓNICAS:

ASOCIACIÓN PIKLER LÓCZY (2014) & CSATÁRI, I. Y O. LÓCZY VIDEO. HUNGRÍA: BETA & KRAKO. (ON LINE) [HTTP://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=6S5GBBNJF2Y](http://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=6S5GBBNJF2Y) CONSULTADO 15/10/2014

BOTTINI, P. (2003) PRÁCTICA PSICOMOTRIZ E INSTITUCIÓN ESCOLAR: REFLEXIONES CRÍTICAS. REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOMOTRICIDAD Y TÉCNICAS CORPORALES. UNIVERSIDAD DE MORÓN. Nº 11. [WWW.IBEROPSIOMOTRICIDADUM.COM](http://WWW.IBEROPSIOMOTRICIDADUM.COM) CONSULTADO 15/10/2014.

REPORTE ÍNDIGO (2012) PRIMERO EL SMARTPHONE, DESPUÉS LOS HIJOS. ZÓCALO SALTILLO. 6/12/2012. (ON LINE).



DISERTACIÓN REALIZADA EN EL MARCO DEL SEGUNDO CONGRESO INTERNACIONAL DE CHILE – NOVIEMBRE DE 2014.



# Dentro y fuera: jugando a diferenciarnos

*Inside and out: playing to difference ourselves*

**Miguel Llorca Linares y Josefina Sánchez Rodríguez**

## DATOS DE LOS AUTORES

**Miguel Llorca Linares y Josefina Sánchez Rodríguez** son Profesores Titulares de la Universidad de La Laguna. Coordinadores del Seminario de Psicomotricidad de la Facultad de Educación de la ULL. Direcciones de contacto: mllorca@ull.es y jsrodri@ull.es

## RESUMEN

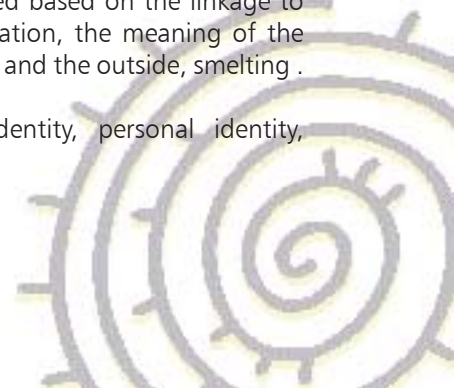
En el presente artículo abordamos el proceso complejo de construcción de la identidad personal en el que adquiere una especial importancia la respuesta que se le da al individuo desde su entorno materno. Se analiza el acompañamiento que se hace desde la sala de psicomotricidad para favorecer la toma de conciencia de sus límites corporales, partiendo de la vinculación al otro hasta la diferenciación, del significado de la vivencia del dentro y del fuera, de la fusión a la separación.

**PALABRAS CLAVE:** Identidad corporal, Identidad personal, psicomotricidad.

## ABSTRACT

In this paper we address the complex process of construction of personal identity which is particularly important response that is given to the individual from materno environment. The accompaniment is made from the psychomotor room to promote awareness of its corporate limits of separation is analyzed based on the linkage to another until differentiation, the meaning of the experience of the inside and the outside, smelting .

**KEY WORDS:** Body identity, personal identity, psychomotor.



## La construcción de la identidad personal.

La construcción de la identidad personal es un proceso complejo que no depende exclusivamente del individuo sino que en él también cobra una especial importancia la respuesta del entorno en el que se desarrolla el individuo.

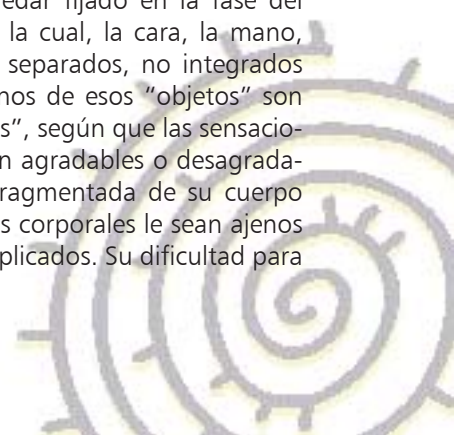
En el momento de nacer el bebé está totalmente indiferenciado y dependiente de su madre, dependencia física y afectiva que requiere de un entorno maternante que cubra sus necesidades para poder sobrevivir y ayudarlo a diferenciarse como persona, procurándole una “base segura” sobre la que ir afianzado su desarrollo. Para sobrevivir y favorecer el proceso de vinculación, el bebé nace con una serie de reflejos arcaicos, como la succión y el agarre, así como pautas conductuales, como pueden ser el llanto, el movimiento, la actitud corporal reflejada en su tono muscular, que ocasionan una respuesta por parte de su madre que de forma ajustada lo sostiene y mueve, favoreciendo la creación de los vínculos primarios fundamentales para el “apuntalamiento” de la construcción del psiquismo. Así pues, la capacidad para sentir y pensar no es una conquista natural, necesita de otras personas con las que vincularse, que le ayuden a diferenciarse tomando conciencia inicialmente de su “yo corporal”. Vinculación propiciada por la actitud empática de la madre en relación con los aspectos físicos y emocionales, con la capacidad ajustada para estimularlo mediante la presentación de objetos que ayudarán a la diferenciación entre él y su madre y entre él y el mundo. Para Bowlby (1998), la necesidad de establecer vínculos afectivos y duraderos es la pulsión más primitiva.

Ya hemos hablado en otro trabajo (Llorca y Sán-

chez, 2009) del proceso de construcción de la identidad personal y del lugar que ocupa el cuerpo en este proceso. Aquí nos planteamos reflexionar sobre lo que implica tener un cuerpo y las dificultades que pueden presentar las personas con TEA en la construcción de su yo corporal, mediatizadas por su falta de intersubjetividad, de percibir al otro como sujeto, impidiendo la diferenciación, sin percibir los límites entre el interior y el exterior (dentro y fuera), entre el YO y el NO YO (la diferenciación). Tratando de reflexionar sobre nuestro trabajo con niños con autismo y por lo tanto con dificultades en la construcción de su yo corporal, me encuentro con el libro *No todo sobre el autismo* (Carbonell; Ruiz, 2013) en el que hay un capítulo dedicado al cuerpo del autista que me ayuda a organizar mis reflexiones y repensar la práctica. Para estos autores llegar a tener un cuerpo implica construir una imagen propia e identificarse con ella, y ser capaz de ordenar la satisfacción que se obtiene de ese cuerpo.

### Construir una imagen propia e identificarse con ella:

Al niño o niña con autismo le resulta difícil construir una imagen propia, no tiene conciencia de la unidad de su cuerpo, lo percibe de forma fragmentada, se puede quedar fijado en la fase del objeto parcial, durante la cual, la cara, la mano, el seno..., son objetos separados, no integrados en un ser global. Algunos de esos “objetos” son “buenos” y otros “malos”, según que las sensaciones que produzcan sean agradables o desagradables. Esta percepción fragmentada de su cuerpo hace que los fenómenos corporales le sean ajenos y extremadamente complicados. Su dificultad para



tener una imagen global de sí mismo conlleva que cualquier sensación o actividad, como malestar o dolor en una parte de su cuerpo, o como cortar las uñas o el pelo, pueda convertirse en motivo de incertidumbre y temor.

La unidad del yo corporal aparece hacia los 8-9 meses por referencia a la imagen preferencial de la madre, de tal manera que los “objetos parciales”, buenos o malos, se encuentran reunidos en el mismo objeto total y en la misma persona. Pese a seguir dependiendo de su madre, en el bebé con un desarrollo ajustado, empieza a producirse la toma de distancia progresiva de su madre utilizando en primer lugar los mediadores corporales, mirada y voz fundamentalmente, y posteriormente los objetos como mediadores de la relación (Lapierre, 2008).

En el caso de los niños y niñas con TEA, no poder construir su unidad imaginaria supone no poder identificarse con los demás, al no tener conciencia del YO no puede percibir a los otros (NO YO) como sujetos, y por supuesto tampoco puede percibirse como uno más de ellos, por esto, estar en un grupo puede convertirse en una experiencia insostenible.

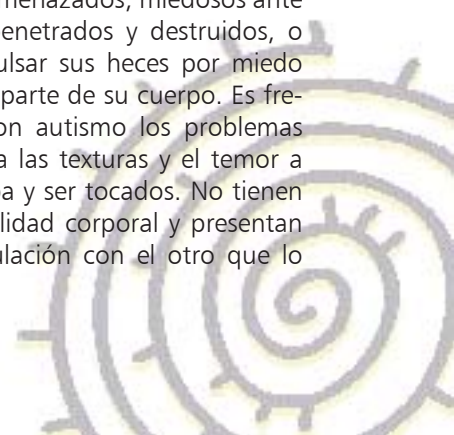
### **Ordenar la satisfacción que se obtiene del cuerpo:**

Desde el momento del nacimiento, las sensaciones de placer y de displacer las percibimos a través de nuestro cuerpo. Originariamente son las huellas de placer y displacer inscritas en nuestro cuerpo las que irán ayudando a percibirlo, en función de la relación y respuesta que obtenemos de las perso-

nas de nuestro entorno. El almacenamiento de información de estas huellas formarán la “memoria originaria” de todas las experiencias pulsionales, vividas durante el periodo de indiferenciación, antes de la constitución del YO (Camps, 2002). Es la permanencia y la continuidad de las percepciones de origen interno y la intermitencia, así como la variedad de las percepciones de origen externo, lo que va a crear poco a poco un yo-permanente y un no yo-fluctuante.

El sujeto organiza las satisfacciones corporales a través de órganos y funciones, vinculadas a los objetos de la pulsión que se constituyen alrededor de los cinco orificios del cuerpo: la boca, los esfínteres, los genitales, los ojos y los oídos y a través de la envoltura y los registros que van quedando inscritos en la piel. Cada uno de estos órganos se va construyendo a partir de su función vinculada al otro más allá de la mera satisfacción de la necesidad.

En el caso de los niños y niñas con autismo se constata que tienen dificultades con las funciones vinculadas a estos objetos pulsionales, presentando dificultades para comer, hablar, controlar esfínteres, se tapan los oídos ante ruidos fuertes, sordera selectiva, cierran los ojos, miran de reojo, se sienten invadidos y amenazados, miedosos ante la posibilidad de ser penetrados y destruidos, o imposibilitados de expulsar sus heces por miedo a desprenderse de una parte de su cuerpo. Es frecuente en los niños con autismo los problemas de la piel, la reacción a las texturas y el temor a desprenderse de su ropa y ser tocados. No tienen conciencia de su globalidad corporal y presentan dificultades en la vinculación con el otro que lo





ayudaría a ir tomando conciencia de las diferentes partes de su cuerpo a partir de la relación y las huellas de placer y displacer, quedando perdidos y sin capacidad para situar los objetos de la satisfacción en el entramado simbólico.

Estas dificultades con el cuerpo propio se manifiestan de maneras muy distintas, les desborda la emoción y aparecen las estereotipias corporales o buscan lugares en los que sentir los límites corporales e, incluso, contenerse. No tener construido el cuerpo, ni en su imagen, ni en el circuito de satisfacción (Carbonell; Ruiz, 2013), deja al sujeto sin una percepción de los límites, de lo que está dentro y de lo que está fuera.

En el proceso de acompañamiento para la construcción de su imagen corporal, partimos de nuestra disponibilidad corporal para favorecer su vinculación y evolución a partir de experiencias placenteras y ayudarlos a la diferenciación del dentro y del fuera.

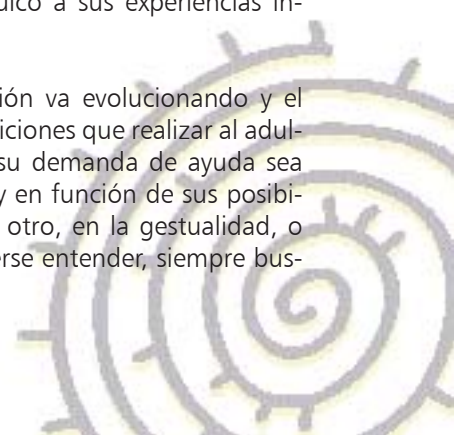
### **Acompañamiento en el proceso de construir su identidad como persona.**

Lo primordial para favorecer la vinculación será hacernos presentes en la vida del niño, conseguir la empatía necesaria para sacarlo de su soledad, procurando relaciones placenteras, de forma que primeramente nos reconozca y luego nos busque para jugar. Teniendo en cuenta que muchos de ellos tienen dificultad para el contacto, podemos tratar de entrar en relación a través de los mediadores corporales, tales como la mirada, la voz y el gesto. Se trata, ni más ni menos, de utilizar las estrategias que utiliza inicialmente la madre para entrar en relación con su hijo (Llorca y Sánchez, 2003).

Así pues, para hacernos presentes podemos utilizar como estrategias los juegos circulares, que magistralmente realizan las madres, juegos de estructura muy básica con respuesta contingente ante cualquier iniciativa del niño que demande continuidad, lo que genera modelos elementales de anticipación y de intencionalidad en la acción: te hago cosquillas y espero a que me mires, tomes mis manos o pidas más, para hacértelas nuevamente. Los juegos circulares nos permiten ir introduciendo juegos de anticipación: una canción que lleva asociada determinados movimientos; los turnos y la imitación: ahora tú, ahora yo, procurando ir añadiendo la utilización de objetos en estos turnos, inicialmente con juguetes de fácil manipulación que le resulten atractivos y que, en ocasiones, pueden implicar demanda de ayuda, favoreciendo el interés por la otra persona y la toma de conciencia de la existencia del otro. A través de la escucha y disponibilidad corporal del psicomotricista, del diálogo tónico que se establece, el niño podrá ir construyendo los procesos de intersubjetividad primaria.

El encuentro con el otro, la contención y el sostén corporal en los procesos lúdicos placenteros que se van creando, van a permitir al niño ir tomando conciencia de sus límites corporales y construyendo un continente psíquico a sus experiencias internas.

A medida que la relación va evolucionando y el niño encuentra más peticiones que realizar al adulto, procuraremos que su demanda de ayuda sea cada vez más explícita y en función de sus posibilidades, se apoye en el otro, en la gestualidad, o en la palabra para hacerse entender, siempre bus-



cuando la respuesta emocional y poniendo palabra a esa emoción.

Para favorecer este proceso y acompañarlo en el camino desde la indiferenciación (el dentro) a la diferenciación (el fuera) nos apoyamos en los materiales y la distribución del espacio de la sala de psicomotricidad.

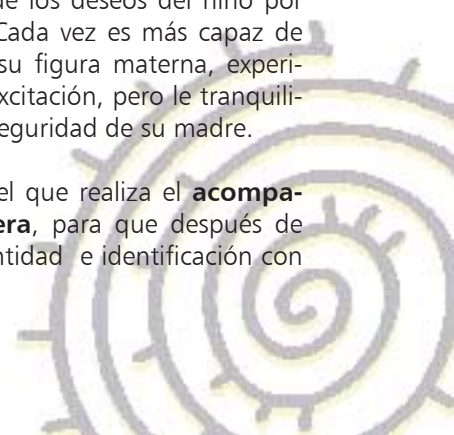
Contar con materiales contenedores facilitará la **vivencia placentera del dentro**, procurando el encausamiento de la emoción desbordada y la posibilidad de sentir los límites de su cuerpo. Sentirse contenido lo calma y hace bajar su tono, con el riesgo de aislarse de su entorno y perderse en la sensación regresiva, por lo que con mucha cautela trataremos de hacernos presentes, presionando suavemente para ayudar a sentir los límites corporales y utilizando los mediadores corporales para procurar establecer una relación que nos permita acompañarlo desde fuera para luego intentar **compartir ese dentro**, cuando sea posible, ayudando al proceso de identificación con el otro.

A través de la empatía, del encuentro en el juego corporal placentero, podremos encontrar momentos en los que conectar con el niño, donde poder compartir experiencias de disfrute o de frustración tratando de llegar a situaciones de complicidad y confianza. Compartir el dentro supone reestablecer el vínculo primario, venciendo el temor a ser invadido y destruido por el otro, rompiendo el caparazón protector construido por el autista (Tustin, 2006) para volver a vivir estados regresivos y fusionales que le devuelvan el sentimiento de plenitud y globalidad al ser acompañado por el cuerpo del otro.

Para muchos niños con autismo, llegar a este proceso de acercamiento al cuerpo del adulto es difícil, pues sus barreras al establecimiento del vínculo son muy fuertes. Observamos como en ocasiones, cuando llegamos a establecer una relación cercana con ellos, abandonan su cuerpo y desconectan de sus sensaciones como forma de huir ante el encuentro emocional con el otro. Compartir los espacios del dentro que tenemos en la sala de psicomotricidad (dentro del plinto, de los cojines, de un aro) es una manera simbólica de acceder al cuerpo, de compartir con el niño una relación corporal cercana venciendo el temor a la fusionalidad, pudiendo compartir emociones y hacer de espejo de los sentimientos del otro para construir una relación basada en la intersubjetividad.

En este proceso de toma de conciencia de sí mismo y del otro, y como reacción a la pérdida del objeto primario surgen los juegos reaseguradores de aparecer y desaparecer, propiciando la creación del símbolo de la madre ausente, del objeto que desaparece, al igual que ocurre con el resto de juegos de contenidos presimbólicos (vaciar y llenar, apilar y tirar, dispersar y agrupar) (Aucouturier, 2004). La curiosidad se desplaza hacia "el mundo externo" y del "otro", jugando la madre nuevamente un papel fundamental que desde su seguridad afectiva favorece el desarrollo de los deseos del niño por descubrir su entorno. Cada vez es más capaz de moverse y alejarse de su figura materna, experimentando emoción y excitación, pero le tranquiliza poder regresar a la seguridad de su madre.

Es ese otro también, el que realiza el **acompañamiento en el afuera**, para que después de construir su propia identidad e identificación con



el otro en el dentro y en la proximidad, sea capaz de percibir a la otra persona como sujeto, que lo acompaña en su juego y exploración de la sala, abriéndolo al mundo social. Es en esta fase de la intervención cuando podemos introducir materiales favorecedores para acceder al simbolismo, materiales más o menos estructurados que ayuden a elaborar el juego y sobre todo, que nos permitan hacer una decodificación simbólica de su uso y continuar manteniendo un espacio de comunicación con el niño (Lapierre, 2011). La creación de este espacio de comunicación a través de los materiales y los mediadores corporales nos permitirá seguir incluyendo la presencia del otro para no sentir angustia ni vacío cuando dejan de sentirse contenidos por una relación más directa y cercana. En muchas ocasiones, cuando el niño autista deja de sentir a su lado la presencia y propuesta del adulto recurre a acciones y estimulaciones repetitivas que lo ayuden a sentirse contenido y protegido frente a su sentimiento de pérdida, angustia y confusión.

En psicomotricidad relacional, el psicomotricista tiene su espacio (Lapierre, 2011), es un lugar delimitado por una colchoneta o alfombra que representa simbólicamente el cuerpo del psicomotricista, es un lugar de seguridad afectiva al que el niño puede acudir durante el desarrollo de la sesión, un lugar de tranquilidad, donde no se puede pelear. En el proceso de diferenciación será importante la toma de conciencia de este lugar al que acudir cuando necesita al psicomotricista, y la construcción del espacio propio, un lugar que el niño asume como suyo y que le permite situarse en un entramado más simbólico, buscándolo como refugio, lugar de descanso o lugar para desarrollar su juego, diferenciado o compartido con los otros en función de su deseo.

El proceso de identificación personal concluye cuando el niño es capaz de entrar y salir de la relación, y de entrar y salir del espacio del psicomotricista teniendo su propio espacio diferenciado.

---

## BIBLIOGRAFÍA RESEÑADA

AUCOUTURIER, B. (2004): LOS FANTASMAS DE ACCIÓN Y LA PRÁCTICA PSICOMOTRIZ. GRAÓ: BARCELONA.

BOWLBY, J. (1988): LA BASE SEGURA. ROUTLEDGE: LONDRES.

CAMPS, C. (2002): EL ESQUEMA CORPORAL. EN LLORCA *ET AL* (COORD): LA PRÁCTICA PSICOMOTRIZ: UNA PROPUESTA EDUCATIVA MEDIANTE EL CUERPO Y EL MOVIMIENTO. ALJIBE: MÁLAGA.

CARBONELL, N.; RUIZ, I., (2013): NO TODO SOBRE EL AUTISMO. GREDOS: MADRID.

LAPIERRE, A. (2008): "LA FORMACIÓN DEL PSICOMOTRICISTA". CURSO DE EXPERTO EN PSICOMOTRICIDAD. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA. TENERIFE.

LAPIERRE, A. (2011): EL ESPACIO EN PSICOMOTRICIDAD. SEMINARIO IMPARTIDO EN LA ULL.

LLORCA, M. Y SÁNCHEZ, J. (2003): CRECIENDO JUNTOS: UN ACERCAMIENTO DESDE LA EDUCACIÓN PSICOMOTRIZ A LAS PERSONAS CON ESPECTRO AUTISTA. REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOMOTRICIDAD Y TÉCNICAS CORPORALES". N° 10. P. 11-24. ASOCIACIÓN DE PSICOMOTRICISTAS DEL ESTADO ESPAÑOL Y RED FORTALEZA DE PSICOMOTRICIDAD.

LLORCA M. Y SÁNCHEZ, J. (2009): LA FRAGILIDAD DE LA IDENTIDAD: JUGAMOS A CRECER. REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOMOTRICIDAD Y TÉCNICAS CORPORALES, 33, PÁG. 55-60.

WING, L. (1998): EL AUTISMO EN NIÑOS Y ADULTOS. PAIDÓS: BARCELONA.

DISERTACIÓN REALIZADA EN EL MARCO DEL SEGUNDO CONGRESO INTERNACIONAL DE CHILE – NOVIEMBRE DE 2014.



# La intervención psicomotriz educativa y la superación de fobias: Estudio de caso

*Educative psychomotive intervention and overcome of phobias: A case study*

**Alfonso Lázaro Lázaro y Cristina Roqueta Félez**

## DATOS DE LOS AUTORES

**Alfonso Lázaro Lázaro** es Doctor en Pedagogía, Psicopedagogo, Profesor de Educación Especial y de Educación Física. Psicomotricista.

**Cristina Roqueta Félez** es Diplomada en Profesorado de Educación General Básica, especialidad de Educación Especial. Diploma universitario de posgrado en Perturbaciones de la Audición y del Lenguaje (Logopedia) de la Universidad de Zaragoza.

Ambos autores trabajan en el colegio público de Educación Especial Gloria Fuertes de Andorra (Teruel) y comparten el Centro de Recursos para la educación en dos ámbitos: el de trastornos del tono y el movimiento y el de las dificultades del lenguaje.

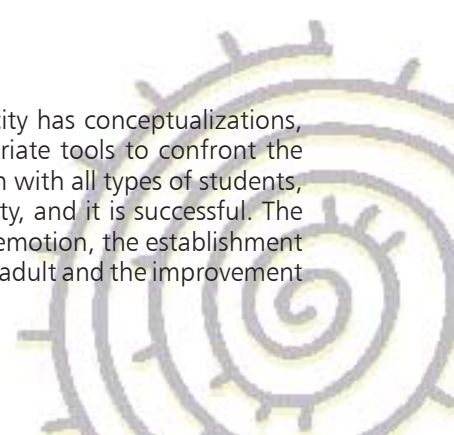
Direcciones de contacto: [alfon2la@arrakis.es](mailto:alfon2la@arrakis.es)

## RESUMEN

La Psicomotricidad cuenta hoy con conceptualizaciones, técnicas e instrumentos adecuados para encarar la intervención educativa en alumnado con y sin discapacidad y obtener éxito. La oportunidad de expresar la emoción, el establecimiento del vínculo seguro con el adulto, la mejora en la integración

## ABSTRACT

Today the Psychomotricity has conceptualizations, techniques and appropriate tools to confront the educational intervention with all types of students, with or without disability, and it is successful. The opportunity to express emotion, the establishment of a secure link with the adult and the improvement



sensorial a través, sobre todo, de la práctica del estímulo vestibular, han constituido la base sobre la que ha pivotado la transformación del niño objeto de estudio y, en buena parte, de su familia.

El artículo se inicia con la reflexión sobre el papel de las emociones y sentimientos en las sesiones de Psicomotricidad a la luz de algunos estudios recientes, y con el repaso de las características básicas del sistema vestibular humano y la conveniencia de su adecuada estimulación. A continuación, se presenta el caso de E. con las primeras evaluaciones llevadas a cabo y con la decisión de efectuar la intervención psicomotriz educativa. Se explican, a grandes rasgos, los principios metodológicos seguidos y se detallan las evaluaciones primera y última de los tres años ininterrumpidos de intervención educativa. Finalmente, se describen los diarios de sesiones del primer y último año, con las notas tomadas inmediatamente después de finalizar cada una de las sesiones y se articulan algunas conclusiones.

Palabras clave: Intervención psicomotriz educativa, emoción, estimulación vestibular.

in sensory integration through the practice of vestibular stimulation, have been the base on which it has been pivoted the transformation of the child under study without forgetting the role of his family. This report begins with the reflexion about the role of emotions and feelings in the psychomotor sessions according to recent research, and with the basic features of the vestibular system as well as the importance of adequate stimulation. Then the case of E. is presented with initial assessment and the subsequent decision to start the psychomotor educational intervention. After that, it explains the main methodological principles, the first and the last evaluations of these three years of educational intervention. Finally, it describes daily sessions during the first and the last year, with written notes after finishing the sessions, and also it offers some conclusions.

Key words: psychomotor educational intervention, emotion, vestibular stimulation.

---

## 1. Algunos aspectos sobre las emociones y las sesiones de Psicomotricidad

Las emociones y su expresión a través del cuerpo se encuentran siempre presentes en cada una de las sesiones de psicomotricidad y conforman el entramado sobre el que se teje la relación con los niños y niñas que crecen. Así ha sido también con el caso de E. que analizaremos en los capítulos siguientes. Pero antes, digamos algunas palabras sobre la importancia de las emociones y los sentimientos en el devenir humano.

Nuestra pirámide del desarrollo, publicada por primera vez en la Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales (Lázaro y Berruezo, 2009), contemplaba la emoción como un vector que atravesaba de parte a parte, transversalmente, todas las etapas del desarrollo del niño/a y la enunciamos como "de la emoción a las habilidades sociales". Allí decíamos que no podemos concebir el desarrollo del individuo humano sin la presencia de la emoción, que acompaña al niño/a desde los primeros momentos, en conexión continua y

constante con sus pequeñas adquisiciones que así reciben el valor social que merecen. El desarrollo de la personalidad va a estar muy determinado por las experiencias emocionales, que conducirán al establecimiento de normas sociales, de criterios morales y a la adquisición de una serie de destrezas o habilidades para la vida social.

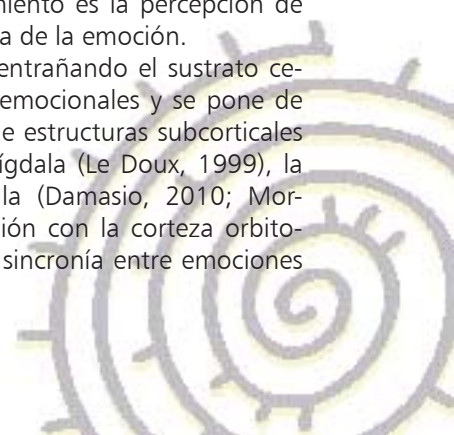
El gran profesor y buen amigo Pedro Pablo Berrueto (2009) incluía la dimensión emocional entre los cuatro ejes sobre los que pivota el desarrollo: el cuerpo hace (dimensión funcional); el cuerpo se comunica (dimensión relacional); el cuerpo conoce (dimensión racional) y el cuerpo siente (dimensión emocional). Esta última abarca al cuerpo que experimenta, que vibra, que se expresa en la relación con los otros. Y esta relación subraya que los aspectos tónico-emocionales se encuentran en la base de la experiencia del niño y la niña pequeños, tal como pusieron de relieve los grandes pioneros de la Psicomotricidad como disciplina, Wallon (1979) y Ajuriaguerra (1983), quienes postularon que las emociones, esencialmente, tienen una función de expresión, una función plástica, que son una formación de origen postural y que tienen por material el tono muscular.

Ningún estudioso sobre las emociones puede desconocer la obra de Darwin y su aguda mirada sobre su evolución y su función adaptativa. En su libro *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales* (2009), publicado por primera vez en el año 1872, argumentaba que: "La coincidencia de ciertas expresiones en especies distintas como los movimientos de los mismos músculos en la risa del hombre y de diversos monos, se hacen algo más inteligibles si creemos que descienden de un pro-

genitor común". Para profundizar en su estudio observó la expresión de las emociones en los niños y en los enfermos mentales; preguntó a personas cultas sobre la expresión de la emoción a través del rostro; observó las expresiones emocionales en pinturas y esculturas famosas; indagó sobre si en todas las culturas se expresaban las emociones de la misma manera; y estudio detalladamente la expresión de varias pasiones en animales comunes. Después de todo ello, concluyó que: "El mismo estado de ánimo se expresa con notable uniformidad en todo el mundo, y este hecho es en sí mismo una prueba de la estrecha similitud entre todas las razas del género humano en cuanto a estructura corporal y disposición mental" (2009, 39).

Los estudios actuales sobre las emociones y los sentimientos se abordan desde la Neurociencia y sus hallazgos, en los últimos años, contribuyen a un mayor entendimiento respecto a su origen, a su localización cerebral y a las relaciones entre el cuerpo, el cerebro y la mente. Hoy se sabe que las emociones se encuentran al servicio de la supervivencia de la especie (Mora, 2000) y se distingue entre emoción y sentimiento (Damasio, 2005; 2010). Básicamente, la emoción consiste en un programa de acción que se desencadena automáticamente en presencia de un estímulo emocionalmente competente y el sentimiento es la percepción de ese estado, la conciencia de la emoción.

Poco a poco se va desentrañando el sustrato cerebral de los procesos emocionales y se pone de relieve la importancia de estructuras subcorticales complejas como la amígdala (Le Doux, 1999), la corteza insular, o ínsula (Damasio, 2010; Morgado, 2012) y su relación con la corteza orbitofrontal para que exista sincronía entre emociones



y sentimientos. En este sentido, nos ha llamado la atención la publicación de la obra de Davidson (2012) *El perfil emocional de tu cerebro*, sobre las seis dimensiones (resistencia, actitud, intuición social, autoconciencia, sensibilidad al contexto y atención), con concretas bases cerebrales, que pueden constituir una radiografía sobre el estado actual de nuestras emociones.

Las emociones básicas (alegría, ira, miedo, tristeza, desagrado y sorpresa) se reflejan a través del rostro, porque es la cara y sobre todo el triángulo invertido que forman los ojos, la nariz y la boca, el que más rápido y mejor refleja cada una de ellas. Por eso, de la expresión corporal de las emociones, quizás la parcela que más atención ha concitado se refiere a su expresión facial. Nosotros repasamos algunos estudios referidos a la expresión corporal de las emociones y a la comprensión de que el cuerpo engloba al cerebro y a la mente y constituye una globalidad en desarrollo en Lázaro, 2002; 2006.

Este conjunto de conductas básicas emocionales que heredamos deben ser orientadas por el influjo cultural y educativo, deben ser pulidas, sobre todo en los primeros años de vida por el medio familiar y el medio escolar, con el fin de conseguir un adulto emocionalmente maduro. El niño/a debe aprender a utilizar oportunamente sus emociones, a canalizar su ímpetu, a disfrutar de sus vivencias, porque dominar las emociones no debe implicar el coste de quedarse sin ellas.

Por otra parte, no cabe duda de que las emociones y los sentimientos conducen a la motivación y la motivación constituye un requisito esencial para aprender, por lo que la educación eficaz, en general, debería tener en cuenta estos significados

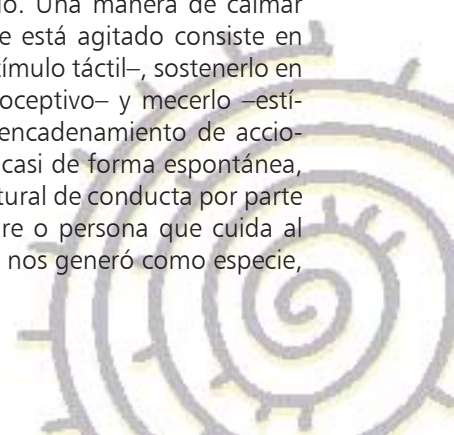
(Flórez y Diersen, 2000; Fernández Abascal y otros, 2003). Enseñar, tal como indica el último autor citado, constituye un acto emocional por acción o por omisión, por diseño o por defecto y que *para ser un profesor eficaz es necesario serlo a través de las emociones* (en cursiva en el original).

Todos estos aspectos descritos sobre las emociones y los sentimientos han florecido en las sesiones de psicomotricidad con E. y han contribuido claramente a mantener ese clima de empatía, de apego seguro, de vinculación y de confianza para afrontar los retos propuestos.

## 2. Empezar por estimular el sistema vestibular

La primera vez que vimos a E. nos llamaron poderosamente la atención sus dificultades de integración de los estímulos vestibulares, como se pone de relieve en el primer informe emitido desde el Centro de Recursos del Colegio Gloria Fuertes. Nosotros hemos dedicado gran parte de nuestra vida profesional a profundizar sobre el origen, la naturaleza y las implicaciones educativas del sistema vestibular.

Como describimos en Lázaro (2006), las raíces de este conocimiento provienen del desarrollo del ser humano como individuo. Una manera de calmar a un niño pequeño que está agitado consiste en tocarlo y acariciarlo –estímulo táctil–, sostenerlo en brazos –estímulo propioceptivo– y mecerlo –estímulo vestibular–. Este encadenamiento de acciones surge en la crianza casi de forma espontánea, como una secuencia natural de conducta por parte del adulto, padre, madre o persona que cuida al niño. En el proceso que nos generó como especie,





no es difícil comprender la importancia del tacto y la propiocepción para conformar grupos con vínculos afectivos estables, que les mantuvieran unidos para poder afrontar con mayores garantías la supervivencia, y es fácil entender la importancia de la orientación de la cabeza y la postura erecta para una adaptación más eficaz (Reeves y otros, 1997; Arsuaga y Martínez, 1998; Bermúdez de Castro y otros, 2004).

Nuestro interés inicial por una de estas estimulaciones básicas, la vestibular, surgió a raíz de la incorporación a los centros escolares de alumnado con discapacidades muy importantes en su desarrollo, con la idea de ofrecerles una entrada sensorial que les condujera a mayores niveles de alerta y de activación emocional, y que contribuyera a su bienestar físico y psíquico.

El sistema laberíntico-vestibular, situado en el oído interno, es el encargado de regular la postura, el equilibrio, el tono muscular y la orientación espacial, y sus receptores responden a la acción de la gravedad, a las aceleraciones lineales y a las aceleraciones angulares. Los núcleos vestibulares distribuyen la información a la médula espinal (control de los músculos); al cerebelo (vermis: propiocepción inconsciente); a los músculos oculares (movimientos de los ojos); a la corteza cerebral (percepción consciente); y a la formación reticular (arousal). Todo lo cual lleva a considerar que "existe una relación entre el sistema vestibular y el sistema atencional. Cuando se produce un cambio en el sistema vestibular, se refleja en un cambio en la atención" (Rodríguez, 2014).

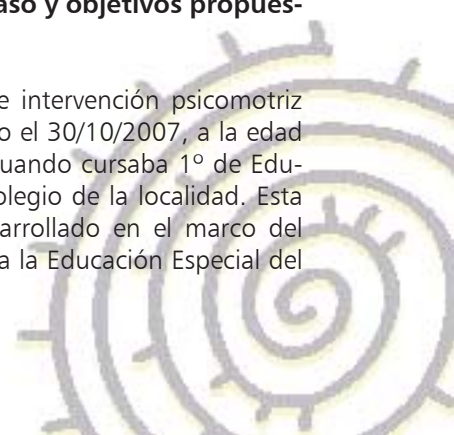
Efectuamos observaciones en el marco escolar en

las que se ponía de relieve que, tras la aplicación de distintos estímulos vestibulares, se producían cambios importantes en la expresión emocional y en la comunicación con el entorno humano, en niños y niñas con distinto grado de discapacidad. Al seguir profundizando sobre este tipo de estímulos, entendimos un hecho que se repite muy a menudo. Si el ser humano pretende obtener sensaciones de intensidad alta o si su objetivo consiste en lograr estados de calma, casi siempre utiliza la activación en mayor o menor grado de su sistema laberíntico-vestibular. De esta manera, la gran mayoría de las actividades de riesgo y aventura (volar en parapente, escalar, esquiar...) y otras tantas que producen sosiego (bailar, mecerse...) contienen distintas dosis de estímulos vestibulares.

La estimulación adecuada de este sistema, en el caso de E., se ha convertido en la palanca que ha propulsado todo el desarrollo psicomotor posterior. La mejora en la integración de los estímulos vestibulares ha propiciado los logros en conductas motrices de base (saltar, equilibrarse, caer, atrapar móviles...); algunos avances en la superación de fobias; pequeñas transformaciones en sus rasgos de personalidad; y la asunción de retos en situaciones nuevas.

### 3. Presentación del caso y objetivos propuestos

Iniciamos el proceso de intervención psicomotriz educativa con E., nacido el 30/10/2007, a la edad de 3 años y 5 meses, cuando cursaba 1º de Educación Infantil en un colegio de la localidad. Esta intervención se ha desarrollado en el marco del Centro de Recursos para la Educación Especial del



colegio público Gloria Fuertes de Andorra (Teruel) y las sesiones se han llevado a cabo en el aula de psicomotricidad cuyo equipamiento y materiales pueden consultarse en la página web del centro ([www.colegiogloriafuertes.es](http://www.colegiogloriafuertes.es)), pinchando en Psicomotricidad.

El caso de E. se derivó a este Centro de Recursos desde el Equipo Psicopedagógico de Andorra (Teruel), con el informe favorable de la inspección educativa de la provincia.

Los datos del informe psicológico revelan que E. presenta un Retraso en el Desarrollo considerándolo como alumno con necesidades de apoyo educativo. Los datos médicos, tanto neurológicos como pediátricos, son normales.

Antes de iniciar el proceso de intervención psicomotriz se efectuó una evaluación inicial en los ámbitos de Psicomotricidad y Logopedia y un informe (abril de 2011) con pautas específicas para ayudar y orientar a los profesionales de la escuela ordinaria en la que E. se encuentra escolarizado, que se resumirá más adelante.

El programa se inició en el mes de octubre del año 2011, a razón de 2 sesiones semanales de 1 hora de duración, de 9 a 10 de la mañana, en horario que no interrumpía ninguna de sus actividades en la escuela ordinaria. Todas las evaluaciones se grabaron en vídeo para llevar a cabo un análisis pormenorizado de sus habilidades, poder datar sus progresos y realimentar los objetivos de la intervención.

Estos objetivos se describieron de la siguiente manera:

- Establecer el vínculo de apego seguro con el psi-

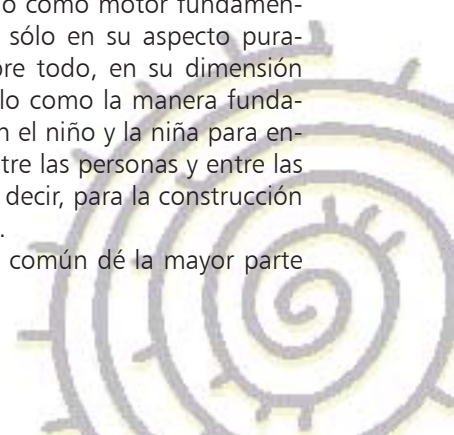
comotricista a través de la relación empática.

- Iniciar la estimulación del sistema vestibular a través de aceleraciones lineales en primer lugar y angulares en segundo lugar.
- Ejercitar las conductas motrices de base: la equilibración general, la coordinación dinámica general y la coordinación visomotriz.
- Ampliar el periodo de atención y las imitaciones en espejo.
- Aumentar el repertorio de sonidos y de palabras vinculadas a gestos y acciones.

#### **4. Metodología de intervención psicomotriz aplicada**

Los aspectos metodológicos cobran especial relevancia en el marco del aula de psicomotricidad mencionada y se vinculan con la experiencia acumulada del profesional que interviene. Diseñar el espacio, fabricar objetos y materiales, imaginar situaciones educativas, repensar acciones y movimientos, todo ello contribuye a que los procesos metodológicos fluyan en el aula de psicomotricidad. En algunos de nuestros libros anteriores (Lázaro, 2010; Berruezo y Lázaro, 2009) reflejamos algunos de ellos que se actualizan en este caso concreto y que resumimos a continuación.

- Consideramos el juego como motor fundamental de cada sesión. No sólo en su aspecto puramente motor sino, sobre todo, en su dimensión simbólica, entendiéndolo como la manera fundamental de que disponen el niño y la niña para entender las relaciones entre las personas y entre las personas y las cosas, es decir, para la construcción social del conocimiento. Quizás el denominador común dé la mayor parte



de las concepciones sobre el juego, cuando tratan de aproximarse a una definición, sea que es una actividad gratuita en la que existe una pérdida de vinculación entre los medios y los fines, en la que se reducen las consecuencias de los errores que los jugadores/as cometen, aparentemente sin finalidad y sin fin, que proporciona placer y que existe en todas las culturas y civilizaciones.

Algunos estudios recientes Gray, (2014); Ahne, (2013), ponen de relieve que la mejor manera de enriquecer el cerebro de los niños y las niñas que crecen consiste en ofrecerles espacios y tiempos con sus iguales, sin presiones de los adultos, para poder ejercitar la actividad fundamental de la infancia: el juego, tanto el motor como el simbólico.

- Entendemos que tenemos que edificar la intervención educativa sobre el deseo de actuar del niño. Vehicular este deseo es la tarea principal que debe asumir el/la psicomotricista a la luz de su formación y de su competencia. Enmarcar ese deseo, contenerlo, a la vez que alentarlos para que se exprese y crezca, supone un reto para todo psicomotricista que le hace situarse a la vez dentro y fuera de la acción del niño y la niña, interaccionando corporalmente a través de lo tónico-emocional, al mismo tiempo que imponiendo límites educativos claros.

- Establecemos el diálogo con el/la niño/a a través de lo tónico-emocional que se encuentra en la base de las comunicaciones ser-mundo, como se sabe a partir de algunos estudios mencionados sobre la emoción y su relación con el psiquismo.

- La intervención del/de la psicomotricista deviene modulada a través de la proxémica (la disciplina

que estudia el valor de la distancia con función comunicativa), la mirada, el espacio, la gestualidad, el objeto y los límites educativos.

Todos estos principios se han aplicado al caso que nos ocupa y se han mostrado una vez más operativos. El juego corporal, la motivación intrínseca, la experiencia tónico-emocional intensa y los límites educativos quedan plasmados en cada sesión, por ejemplo, en los juegos con grandes pelotas en cama elástica, en la construcción de la casita, en las caídas placenteras y en la firmeza a la hora de recoger y salir del aula. Las descripciones de las vivencias quedan plasmadas en el diario de sesiones que se relata al final de este artículo.

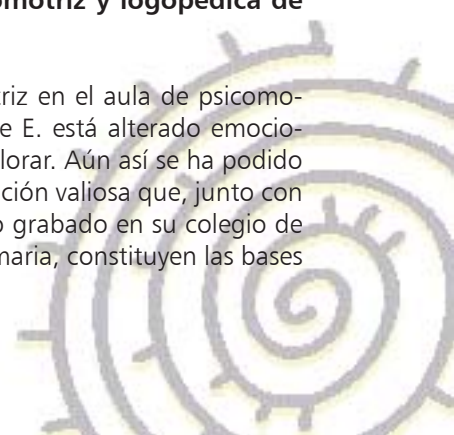
## 5. Evaluaciones y valoración

A lo largo de la intervención psicomotriz educativa se han llevado a cabo 4 informes del Centro de Recursos, en los ámbitos de psicomotricidad y logopedia, en las siguientes fechas: abril de 2011, junio de 2012, junio de 2013, y mayo de 2014. Todos ellos a petición del Equipo Psicopedagógico de Andorra (Teruel).

Resumimos, a continuación, los elementos más sobresalientes del primero y del último informe.

### 5.1. Evaluación psicomotriz y logopédica de abril de 2011

La evaluación psicomotriz en el aula de psicomotricidad es difícil porque E. está alterado emocionalmente y no cesa de llorar. Aún así se ha podido obtener alguna información valiosa que, junto con la contenida en el vídeo grabado en su colegio de educación Infantil y Primaria, constituyen las bases



para el presente informe.

E. no presenta problemas de conducta y acepta muy bien el contacto corporal. Sus problemas de lenguaje son muy importantes, como después se analizará. En la entrevista con la madre comenta los siguientes aspectos: le hicieron la cesárea porque en el vientre materno estaba en una postura de sentado y podía tener problemas con el cordón umbilical; es un niño que siempre duerme mucho, que come muy bien y con gran avaricia.

La madre pensó que algo no iba bien porque E. no se movía como los demás niños, pero ella lo achacaba a la falta de estímulos; controla esfínteres por el día pero por la noche tiene que utilizar el pañal; no acudió a ninguna guardería ni se diagnóstico por parte de Atención Temprana; empezó el colegio en el actual curso escolar y el primer trimestre faltó mucho a clase; tiene otitis recurrentes y lo visita en Alcañiz el Doctor Gañet.

Presenta miedos a situaciones nuevas y también a perros, a determinadas personas y, sobre todo, se asusta mucho con los ruidos fuertes; le gusta que lo toquen y lo acaricien pero no le gusta tocar texturas nuevas y se pone muy nervioso; no tolera los estímulos vestibulares. A los 2 años o 2 años y medio montó con su padre en un carrusel y lo tuvieron que bajar inmediatamente porque se puso muy nervioso; desde hace un mes parece que presenta cierto despertar motor y disfruta corriendo. Ahora empieza a subir escaleras agarrado a la baranda; tiene muy poca autonomía personal y su madre le hace prácticamente todo; en general, mantiene buenas relaciones con el entorno familiar excepto con un abuelo.

La **evaluación psicomotriz**, a los 3 años y 6 meses de edad cronológica, presenta las siguientes características.

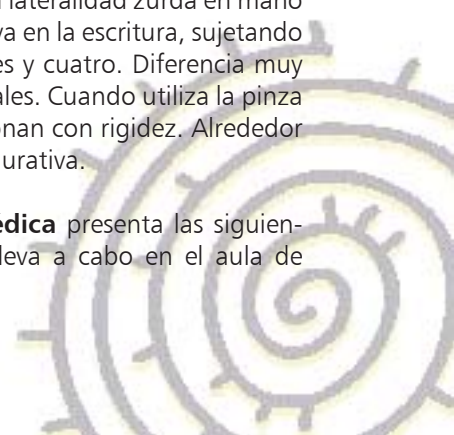
a. *Coordinación Dinámica General (CDG)*. *Genu recurvatum* en rodillas, especialmente en la derecha. En la carrera no hay fase de vuelo. Salto apoyando la pierna izquierda y levantando solo la derecha del suelo con caída de talones. Ligero valgo de tobillos. Menos de 2 años de edad madurativa.

b. *Equilibración General*. Se mantiene 5 segundos con los pies separados aproximadamente 15 centímetros en colchoneta de saltos. Puede caminar en cama elástica y aguanta el equilibrio mientras ando con él. Puede mantener el equilibrio de pie en plataforma de ruedas que se mueve muy lentamente, aun estando alterado emocionalmente. Menos de 2 años de edad madurativa.

c. *Estimulación laberíntica*. No tolera el estímulo vestibular, ni aceleración rectilínea ni angular. Su madre dice que no lo puede montar en los columpios porque se pone muy nervioso. No ha tenido nunca experiencia vestibular.

d. *Coordinación viso-motriz*. No hay problemas de patrón al lanzar; apunta lateralidad zurda en mano y pie. Pinza muy primitiva en la escritura, sujetando el útil con los dedos tres y cuatro. Diferencia muy importante con sus iguales. Cuando utiliza la pinza los otros dedos se flexionan con rigidez. Alrededor de 2 años de edad madurativa.

La **evaluación logopédica** presenta las siguientes características. Se lleva a cabo en el aula de



logopedia y se encuentra presente la maestra de Audición y Lenguaje que atiende al alumno en el centro ordinario. E. colabora en todas las actividades planteadas, destacando su intencionalidad comunicativa durante la interacción con los adultos y los objetos. Su competencia comunicativa, tomando como referencia las dimensiones comunicativas-lingüísticas, se caracteriza por los siguientes aspectos:

a. *Forma*. Modalidad Comunicativa Gestual: E. usa esta modalidad comunicativa de forma prioritaria en la interacción con los adultos. Modalidad Comunicativa Oral: Apenas utiliza esta modalidad comunicativa para interactuar con los adultos y presenta inmadurez de los órganos bucofonatorios. Modalidad Comunicativa Gráfica: Presta atención a las ayudas visuales que están presentes en el aula de logopedia, señalando de forma espontánea las fotografías de los tableros de comunicación para llamar la atención del adulto, identificando aquellas que le son familiares.

b. *Contenido*. La vertiente comprensiva comunicativa, como suele ser habitual en el desarrollo evolutivo, se sitúa por delante del componente expresivo. Su caudal expresivo es muy reducido y se compone de gestos y vocalizaciones muy reducidas al contexto escolar y familiar.

c. *Uso*. Hace un uso funcional de sus señales comunicativas (gestuales y orales) no observándose desviación pragmática del patrón evolutivo de comunicación. Utiliza una comunicación multimodal (sonrisa, llanto, cambios de expresión facial, gestos naturales y emisiones vocálicas) para expresar diferentes funciones comunicativas.

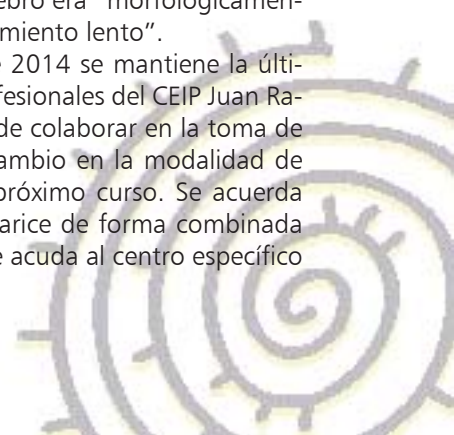
**Propuesta de intervención educativa.** Después de todo lo expuesto hasta aquí, los profesionales del Centro de Recursos consideran que E. se beneficiaría mucho de un programa psicomotor que podría llevarse a cabo por el coordinador de dicho centro el próximo curso escolar, dos veces por semana, en el aula de psicomotricidad del Colegio Gloria Fuertes, a primera hora de la mañana. Se podría considerar como una atención ambulatoria de psicomotricidad.

## 5.2. Evaluación psicomotriz y logopédica de mayo de 2014

Desde el mes de octubre de 2011, E. acude al centro, en la modalidad de atención ambulatoria, dos sesiones semanales de 1 hora de duración cada una, con el fin de recibir estimulación psicomotriz a cargo del coordinador del Centro de Recursos Alfonso Lázaro, quien mantiene reuniones de coordinación con los profesionales del CEIP Juan Ramón Alegre para intercambiar información sobre la evolución del alumno.

Según informaciones de la madre, en octubre 2013, el médico y el neurólogo lo vieron muy cambiado y, después de efectuarle diferentes pruebas, concluyeron que su cerebro era "morfológicamente normal con funcionamiento lento".

En el mes de marzo de 2014 se mantiene la última reunión con los profesionales del CEIP Juan Ramón Alegre, con el fin de colaborar en la toma de decisiones de cara al cambio en la modalidad de escolarización para el próximo curso. Se acuerda que el alumno se escolarice de forma combinada en ambos centros y que acuda al centro específico



dos tardes a la semana para recibir atención psicomotriz grupal. El resto de los días permanecerá con su grupo de referencia (1º Educación Primaria) y acudirá a sesiones de psicomotricidad al edificio de Educación Infantil.

**La evaluación psicomotriz**, a la edad cronológica de 6 años y 7 meses, presenta las siguientes características. Esta evaluación se imbrica con la intervención y se concreta en varias grabaciones de vídeo a lo largo del curso en las que se aprecian, sin duda, los logros del programa de intervención. Igualmente, se tienen en consideración los resúmenes de cada una de las sesiones para datar y reflexionar sobre estos logros, así como para retroalimentar el proceso de intervención educativa. En general, se han producido avances comparando el sujeto consigo mismo pero, cada vez más, existe mayor diferencia con sus iguales. Mejora algunas habilidades psicomotrices, tal como se pone de relieve a continuación; se producen algunos adelantos en el lenguaje; supera algunas de sus fobias a objetos y situaciones en el aula; emerge el acceso a un mayor grado de autonomía y la afirmación de su personalidad al oponerse al adulto; persisten las dificultades en su autonomía personal; y aumenta su motivación por los inicios del proceso lectoescritor.

*a. Coordinación Dinámica General (CDG)*

Respecto al informe anterior, se han seguido produciendo avances. Continúan las mejoras en el salto en cama elástica, aunque persiste la no simultaneidad de ambas piernas. Mejora en rapidez de ejecución con tareas de alta emocionalidad (juegos diversos en cama elástica) y existe mucha mayor resistencia a la frustración; acepta muy bien la pro-

piocepción fuerte en todo el cuerpo, especialmente en la cabeza. Descubre y ejercita muy ávidamente el placer sensomotriz en interacción con el adulto. Mayor confianza en sus posibilidades motrices que se muestra, por ejemplo, al correr deprisa por el borde de la cama elástica o al bajar cabeza abajo por la escalera, de manera espontánea.

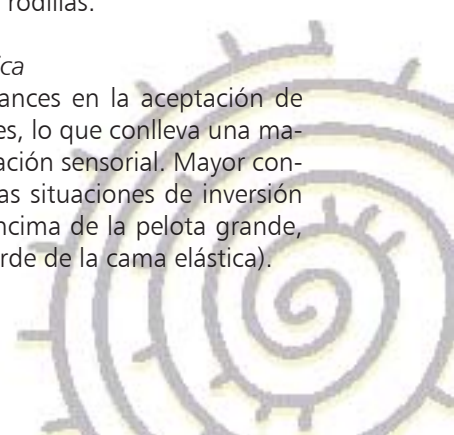
En el salto, sigue lanzando la pierna derecha antes que la izquierda y pierde la simultaneidad de la batida y, por tanto, en la llegada a la superficie. Salta una cuerda en el suelo pero sin simultaneidad y con caída de talones. Mejora en la batida y en la fase de vuelo. Edad madurativa alrededor de 3 años y medio.

*b. Equilibración General*

Avances en situaciones de equilibración en banco sueco y barra de equilibrio, así como en superficies inestables. Aguanta 10 veces en balancín grande subiéndose él solo, lo cual constituye un logro importante. Se mantiene en barra de equilibrio, sin apoyos y con separación de pies 10 centímetros, 10 segundos. Sigue superando sus miedos a la pelota grande de pinchos, a la propiocepción con ella y a la inversión en ella. Edad madurativa alrededor de 3 años y medio. Se mantiene en la postura del caballero pero al doblar el cuerpo por la cintura flexiona ligeramente las rodillas.

*c. Estimulación laberíntica*

Han continuado los avances en la aceptación de los estímulos vestibulares, lo que conlleva una mayor eficacia en la integración sensorial. Mayor confianza y seguridad en las situaciones de inversión con precipicio visual (encima de la pelota grande, cabeza abajo y en el borde de la cama elástica).



*d. Coordinación viso-motriz*

Ligeros avances en esta área. Ha aumentado la fuerza en los lanzamientos y las habilidades de atrape con pelotas pequeñas, así como en los lanzamientos a blancos. Edad madurativa de alrededor de 3 años. Es capaz de hacer el puente (el influjo educativo es muy importante) pero no puede enhebrar la aguja.

**Evaluación del programa de intervención psicomotriz**

El objetivo general consistía en aumentar sus habilidades psicomotrices y de comunicación en las áreas fundamentales para una mejor adaptación al medio escolar y social.

Este objetivo general se concretaba en los siguientes:

- Utilizar el vínculo de apego seguro y la relación empática firme con el adulto para superar situaciones fóbicas.
- Conseguir mejoras en las conductas motrices de base: equilibración general, coordinación dinámica general y coordinación visomotriz.
- Favorecer la estimulación vestibular como medio de desarrollar el placer sensomotriz y la eficacia y eficiencia de su integración sensorial.
- Aumentar los períodos de atención e incrementar el repertorio de sonidos y de palabras para mejorar su lenguaje receptivo y expresivo.

El primer objetivo se ha cumplido en alto grado. Ha conseguido superar la mayor parte de las fobias relacionadas con objetos y situaciones del aula. Ante situaciones nuevas muestra un repertorio conductual más adaptado.

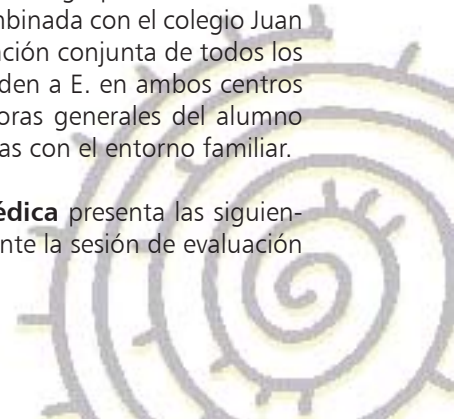
El grado de cumplimiento del segundo objetivo ha sido bastante alto, tal como se ha reflejado en algunos aspectos expuestos en el epígrafe anterior. Las mejoras y avances en equilibrio y coordinaciones tendrán repercusión en su motricidad fina y, quizás también, en la motivación para tareas relacionadas con el proceso lectoescritor.

El tercer objetivo se ha cumplido en su totalidad y se ha unido la estimulación vestibular al placer sensomotriz y a las mejoras en los aspectos citados de las conductas motrices de base.

El cuarto objetivo se ha cumplido en alto grado, tal como se ha puesto de relieve a través de las evaluaciones logopédicas expuestas.

Este programa se inició en el mes de octubre del año 2011 y, desde entonces, la mejora en las habilidades psicomotrices de E. ha sido muy importante y ha quedado reflejada en los informes de seguimiento, en las observaciones después de cada una de las sesiones, y en los vídeos grabados. Después de todo esto, valoramos que la intervención en sesiones individuales fuera del horario escolar habitual ha cumplido sus objetivos generales y, por tanto, conviene que dicha estimulación se siga llevando a cabo en sesiones grupales en el marco de la escolarización combinada con el colegio Juan Ramón Alegre. La actuación conjunta de todos los profesionales que atienden a E. en ambos centros ha posibilitado las mejoras generales del alumno y las relaciones fructíferas con el entorno familiar.

**La evaluación logopédica** presenta las siguientes características. Durante la sesión de evaluación



en el aula de logopedia se encuentra presente la maestra de Audición y Lenguaje que atiende al alumno en el centro ordinario. E. colabora en las actividades planteadas destacando su nivel de atención hacia todos los estímulos visuales del aula e intencionalidad durante la interacción comunicativa.

Su competencia comunicativa ha evolucionado positivamente desde la evaluación del curso anterior (mayo 2013) y si tomamos como referencia las dimensiones comunicativo-lingüísticas destacan los siguientes aspectos:

*a. Forma.* Modalidad Comunicativa Gestual: Ha decaído el uso de signos de lenguaje bimodal que se utilizaban como sistema aumentativo de comunicación y se observa la utilización exclusiva del lenguaje oral como vehículo de intercambio comunicativo. En ocasiones lo ayuda que el adulto signe la palabra como soporte visual para favorecer los procesos de evocación.

Modalidad Comunicativa Gráfica: Sigue utilizando los pictogramas en diferentes situaciones comunicativas, priorizando su uso como apoyo visual a la estructuración morfosintáctica y al desarrollo del vocabulario. Se valora positivamente el uso del cuaderno de comunicación con la familia aunque E. va siendo capaz de informar de hechos que han sucedido sin necesidad de tener el referente visual. Modalidad Comunicativa Oral: Sigue evolucionando muy favorablemente en el uso del lenguaje oral y actualmente es su principal modalidad comunicativa. Su repertorio fonético casi está completo, aunque todavía no ha adquirido el punto de articulación del fonema fricativo interdental /Z/ al que sustituye por /s/ (Ej. "poisia" x policía) ni el de

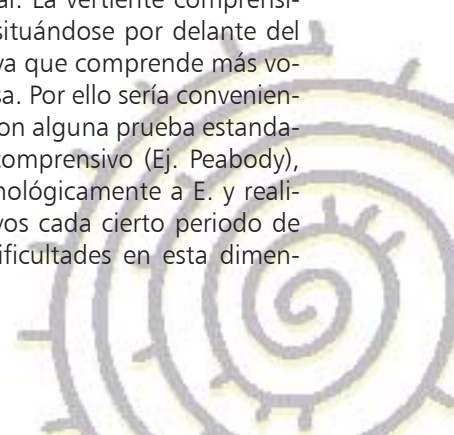
los fonemas vibrantes simple y múltiple que omite o sustituye por /i/ (Ej. "meienda" x merienda). Los procesos de simplificación fonológica siguen presentes.

La expresión morfosintáctica se ha enriquecido en número de elementos y en situaciones más espontáneas durante la interacción comunicativa. Ha incorporado diferentes categorías gramaticales y destaca el mayor uso de acciones conjugadas durante la interacción comunicativa. Sigue presentando dificultades en la ejecución de consignas orales más complejas.

Ha experimentado una evolución positiva a la hora de responder a las preguntas que le formula el adulto durante la interacción comunicativa tanto con el apoyo visual de imágenes como sin ellas. Comprende el significado de las partículas interrogativas habituales de "qué", "quién" y "dónde", y ha mejorado a la hora de contestar a las formuladas con "cómo". Sin embargo no razona las respuestas de las preguntas formuladas con "por qué" y no utiliza la partícula causal.

#### *b. Contenido*

Su caudal léxico expresivo está en continua expansión en relación con diferentes campos semánticos muy cercanos reforzados tanto en el contexto escolar como en el familiar. La vertiente comprensiva comunicativa sigue situándose por delante del componente expresivo ya que comprende más vocabulario del que expresa. Por ello sería conveniente evaluar este ámbito con alguna prueba estandarizada de vocabulario comprensivo (Ej. Peabody), con el fin de situar cronológicamente a E. y realizar estudios comparativos cada cierto periodo de tiempo. Las mayores dificultades en esta dimen-





sión del lenguaje se encuentran en la resolución de algunas tareas de razonamiento psicolingüístico.

#### *h. Uso*

E. hace un uso funcional del lenguaje oral como medio de expresión de sus necesidades y de interacción con el adulto. Tiene mayor iniciativa comunicativa durante las situaciones planteadas y ya no se limita a contestar sino que tiene curiosidad por conocer cosas nuevas y por ello le formula preguntas al adulto.

En situaciones de interacción con sus iguales (gran grupo) comparte el espacio físico, atiende a las normas que marca la profesora e imita las acciones de sus compañeros/as, aunque no comprenda la situación. Si el grupo es más pequeño y hay un adulto dirigiendo la actividad, E. siempre se dirige a él comunicativamente pero no a sus iguales. Y finalmente, si se trata de situaciones de juego libre durante el recreo, la interacción con sus iguales se limita a respetar el turno para subir o bajar por la rampa, compartir el aparato, pero no se dirige en ningún momento a sus compañeros/as para interaccionar.

### **6.- Diario de sesiones de psicomotricidad**

En este capítulo se describen dos diarios de sesiones, el correspondiente al primer curso (2011/12) y el del último (2013/14). Estos diarios se componen de anotaciones escritas inmediatamente después de cada una de las sesiones y, por lo tanto, revelan la memoria en estado puro de cada una de ellas. Todas se inician con alguna frase que concluye la importancia de la sesión y a continuación se anota lo más significativo que ha acontecido, lo que, sin duda, ayuda a comprender en toda su extensión el

proceso de avances, detenciones y retrocesos que ha jalonado la intervención psicomotriz educativa. No se ha retocado prácticamente nada, salvo para que puedan ser leídos sin dificultades.

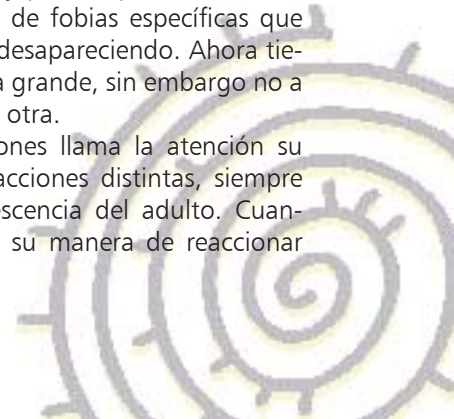
#### **6.1. Diario de sesiones del curso 2011/12**

Octubre 11. Primeras sesiones.

Muy buena relación empática con adulto; nos sorprende a todos, sobre todo a la madre, porque no ha llorado como la última vez que estuvo en el aula de psicomotricidad para la evaluación y en las primeras sesiones solo llama a la madre 2 o 3 veces. Vías de entrada para la comunicación. Juegos con el globo (es capaz de golpearlo 2 o 3 veces sin que se le caiga, animándolo verbalmente). Juegos con las pelotas; les da patadas siempre con el pie izquierdo. En las primeras sesiones no es capaz de subir a la cama elástica porque le da mucho miedo. Juegos de meter y sacar pelotas de la plataforma que se mueve.

Entrada vestibular. Presenta una hiperreacción a los estímulos vestibulares. Hoy, día 24/10/11 ha sido la primera vez que he podido balancearlo en la pelota deshinchada naranja con todos los elementos del placer sensomotriz encima de la cama elástica. Es un niño muy poco expuesto a los estímulos motores. Lleno de fobias específicas que por lo que veo acaban desapareciendo. Ahora tiene pavor a la pelota roja grande, sin embargo no a la lastrada ni a ninguna otra.

En estas primeras sesiones llama la atención su capacidad de realizar acciones distintas, siempre comprobando la aquiescencia del adulto. Cuando tiene miedo a algo su manera de reaccionar



es siempre igual: pone cara de pánico; se aleja del estímulo y va hacia la puerta de salida; dice de una manera característica ¡no, no, no!; se toca el pene y pide pipi, y llora.

Emite palabras con sonidos vocálicos; solo reconoce el color rojo y el naranja; señala las partes de la cara; llama la atención del adulto con el gesto de la mano y el dedo índice para señalar.

Rituales. Tienen mucha importancia. A partir de la sesión tercera ya ha aprendido adónde tiene que ir con su madre para quitarse las zapatillas y se ha establecido el ritual de inicio y el de fin de sesión. Inicio: quitarse zapatillas en el aseo; y en el aula, con él en medio de mis piernas abiertas, decirle: ¡vamos a jugar! Final: recoger algunos objetos y decirles adiós a las pelotas. No hay dificultades ni para empezar ni para acabar la sesión.

Le exijo a manera de juego hacer algunas actividades: pasar un pequeño circuito, por ejemplo. Se resiste, patalea, dice ¡no!, ¡no!, ¡no!, chilla, pero lo hace y luego aplaude. La cama elástica es el centro de sus evoluciones; incluimos imitaciones con brazos y concepto corporal. Por primera vez viene a traerlo Joaquín, su padre.

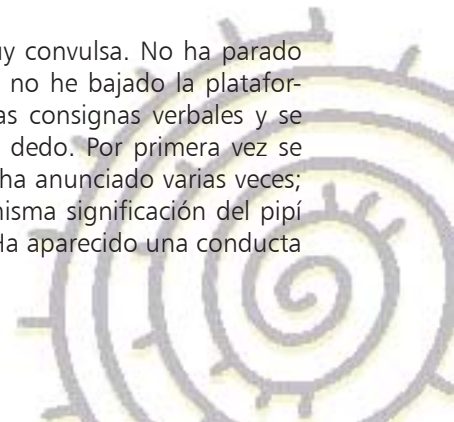
07/11/2011. Sesión convulsa. Presenta un miedo generalizado a toda situación nueva. Hoy he sacado la plataforma de ruedas y, a pesar de tocarla, le tiene miedo. Su respuesta es siempre la misma: dice ¡no!, ¡no!, ¡no!; se busca un lugar para refugiarse, cerca de la puerta; se toca con la mano los genitales; dice pipi; sigue mirando a la fuente del miedo. Duración breve. Luego sigue con otras acciones y cuando le vuelvo a presentar la plataforma ocurre lo mismo; así una y otra vez. Estoy

pensando en cómo se resuelve eso. He conseguido balancearlo en la pelota deshinchada encima de la cama, pero al final ha llorado con poca intensidad; después se le ha pasado con otra actividad.

9/11/2011. Sesión muy interesante que presencia Joaquín, el padre, a través del espejo unidireccional. Ha pasado por primera vez por la tabla de texturas; no le ha tenido miedo al móvil de boxeo que era un elemento nuevo; menos retiradas a su lugar; trabajo interesante del precipicio visual asomándose a mirar el globo, sacando casi toda la cabeza del borde de la cama; solo 7/8 balanceos en pelota deshinchada con respuesta de lloro breve. El padre dice que se le nota mucho desde que viene aquí, que ya no les toma la mano casi nunca y que se sube a la silla para buscar algo que antes no hacía. Hoy lo he visto más activo que ningún día. Veremos.

14/11/2011. Sesión agitada. Por primera vez he bajado la plataforma y se han producido todos los protocolos del miedo: lloros, pipí, irse a su rincón... no se ha calmado hasta que no la he subido. No obstante, de la mano ha podido realizar algunas acciones: hay que insistir en exponerlo a los estímulos acompañándolo; al final se ha calmado, lo ha vestido su padre y como si nada hubiese pasado. Hay que insistir.

16/11/2011. Sesión muy convulsa. No ha parado de llorar todo el rato y no he bajado la plataforma. Lloro pero sigue las consignas verbales y se deja acompañar con el dedo. Por primera vez se ha hecho caca y me lo ha anunciado varias veces; no obstante, tiene la misma significación del pipí pero esta vez era real. Ha aparecido una conducta



nueva en cama elástica: apoyado en el espejo con las dos manos y en el borde de la cama ensaya por sí solo el salto con los dos pies, sin ninguna consigna. Es un buen pronóstico. Hay dificultades entre la familia y la escuela infantil, según comentan los padres.

23/11/2011. Sesión agitada. Y literalmente se hizo caca de puro miedo. Sesión con un principio convulso y un final feliz. Espero que sea significativo. Se ha dado cuenta de que no le sirve hacerse caca ni llorar para dejar de hacer las actividades del aula. Por primera vez me ha enseñado lo que sabe de sí mismo y ha señalado las partes del cuerpo en mí. Muy interesante el juego con el precipicio visual.

28/11/2011. Su madre le ha puesto pañal y ha sido una sesión muy provechosa. Risas, repeticiones de frases, utilización del lenguaje para exorcizar el miedo: este es el buen camino. "El rojo grande de pinchos, no, el otro distinto sí". Seguimos con el precipicio visual, concepto corporal y saltos. Puede saltar en el suelo con diferencia de apoyo de una pierna y otra; alrededor de 2 años de edad madurativa. La siguiente sesión bien. Inicio de acciones para que yo le mire. Estamos en el camino correcto.

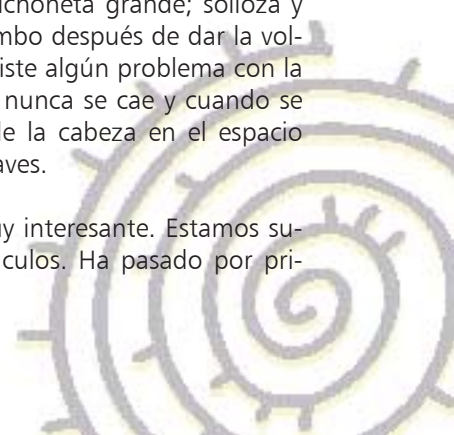
14/12/2011. Sesión muy eficaz. Ha repetido 15 veces el circuito de equilibrio de 4 elementos con refuerzo final. Muy importante el valor de la repetición. Desde lo alto mira a los elementos que le producen temor. Lo he balanceado en pelota naranja deshinchada 15 veces. Algo se empieza a mover. Hay que impulsarlo a hacer algunas actividades, exponerlo a los estímulos nuevos, aunque tiemble y tenga miedo; después los acepta y hasta puede gozar.

19/12/2011. Sesión grabada por la psicomotricista Silvia. Vamos avanzando. Por primera vez, de la mano conmigo, ha tocado la pelota grande roja, uno de los elementos fóbicos. He conseguido balancearlo en pelota deshinchada dos turnos de 15 o 20 veces. Salta espontáneamente en la cama. Se supera en las dificultades equilibratorias con el circuito, cada vez un poco más difícil. Ha repetido una frase de dos palabras, solo una vez: "azul ven". Estoy muy contento de su evolución.

11/01/2012. Sesión muy útil. Modificación de la estructura del aula (colchoneta grande encima de plataforma), que le cuesta al principio asumir. Lloros que se calman al final de la sesión. Circuito de diversas superficies y distintas alturas con salto final. Inicio deslizamientos frontales con plataforma pequeña delante del espejo chocando cada vez con sus pies y contando, aplicando contraste espacio/deprisa; los rechaza al principio y luego los acepta con expresiones de alegría, sonrisas y risas. Rituales iniciales y finales (recoger).

16/01/2012. Sesión positiva. Circuito y balanceos en plataforma pequeña que va aceptando. Disminución de la fobia a la pelota grande roja, se acerca y la golpea estando yo lejos. Inicio de voltereta y juego corporal en colchoneta grande; solloza y se asusta cuando lo tumbó después de dar la voltereta. Reafirmo que existe algún problema con la información vestibular: nunca se cae y cuando se cae llora; la posición de la cabeza en el espacio puede ser una de las claves.

18/01/2012. Sesión muy interesante. Estamos superando muchos obstáculos. Ha pasado por pri-



mera vez por el hueco de la rueda grande; le he dado varias volteretas, también por primera vez; golpea la pelota roja cuando yo estoy lejos por primera vez; se ha hecho caca, lloriquea, pero continúa con las acciones y los movimientos. Lo he balanceado varias veces en la plataforma de ruedas, así que tiene motivos para descontrolar esfínteres. Pero la evolución continúa. Su madre, Elena, me dice que se tira del sofá boca abajo, salta, sube y baja, trepa y eso es nuevo para ella: nunca lo había hecho. Estamos asistiendo a un despertar psicomotor que, además, para él son retos que va superando, poco a poco.

23/01/2012. Sesión espectacular. Por primera vez he podido arrastrarlo en la rueda con fuerza y responde con sonrisas y miradas al espejo y a mí, empezando a sentir placer sensomotriz. Por primera vez, después de pasar el circuito, le he podido dar volteretas, con todos los rituales, sin llorar y empezando a disfrutar. Por primera vez ha repetido la acción de pasar por la rueda grande para lo que tiene que inclinar mucho la cabeza. Empieza a aceptar los estímulos vestibulares suaves, lo cual es muy buena señal. Sin embargo, el lenguaje sigue igual, no puede repetir dos palabras: "adios roja"; esto es un problema.

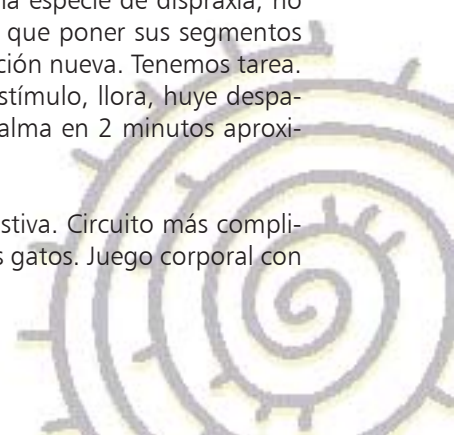
25/01/2012. Sigue la sesión exitosa. Circuito dos ruedas grande y pequeña, voltereta sin problemas, balanceos en rueda más de 10 y bastante deprisa con contraste; se ha hecho caca sin decir ni una vez "caca" relacionada con los miedos; es pura biología debido a la intensa entrada vestibular (ruedas y demás); pelota roja sin miedo; ya le pega como un ritual después del circuito. Por primera vez enlaza dos palabras repetidamente; "Alfonso ven"; esta-

mos asistiendo a un importante despertar psicomotor corroborado totalmente por la familia; sube y baja las escaleras deprisa, salta en la cama, tiene necesidad de mucho movimiento... Veremos qué pasa con el lenguaje.

1/02/2012. Sesión muy fructífera. En el inicio corre y se tira a la colchoneta por primera vez, tal como hacen el niño y la niña sin dificultades. Por primera vez le ha dado varias volteretas seguidas y hemos empezado con juegos corporales intensos, con estimulaciones propioceptiva y vestibular mezcladas con risas, vocalizaciones y gritos de euforia. He empezado con 1 vuelta en rueda pero la entrada es demasiado fuerte, seguiremos con media vuelta. Empieza a tener más autonomía para realizar las distintas acciones motrices que desea. No ha tenido miedo a los papeles dentro de la rueda que era una situación nueva. Estamos en el camino correcto.

6/02/2012. Sesión interesante. En las primeras volteretas se hace caca y está toda la hora sin limpiar. Hoy le he podido dar dos vueltas con la rueda por primera vez. Persiste la fobia con la pelota de pinchos cuando se mueve. Pasa el circuito de distintas maneras, como los gatos hoy, pero tiene problemas para entrar y salir de la rueda grande cuando está tumbada. Es una especie de dispraxia, no tiene claro dónde tiene que poner sus segmentos corporales en una situación nueva. Tenemos tarea. Lo hago exponerse al estímulo, llora, huye desparovido, pero luego se calma en 2 minutos aproximadamente.

8/02/2012. Sesión sugestiva. Circuito más complicado que pasa como los gatos. Juego corporal con



el pino y más volteretas que acepta lo justo, pero sin llorar y con inicio de risa. Balanceos rápidos en rueda con medias vueltas. Juego con pelotas de tenis que lanza con mucha fuerza y escasa puntería. Inicio juego de "toma y daca". Por primera vez he observado al final que él solo ha dado una vuelta ¿será posible?

13/02/2012. Sesión muy provechosa. Por primera vez se pone de pie en la forma grande ondulada con los pies en el hueco. También baja solo de la escalera a la colchoneta inclinando mucho la cabeza. También por primera vez hemos jugado con la pelota grande de pinchos y lo he subido encima, con algún lloro que se pasa pronto. Por primera vez ha metido las pelotas de pelos en la bolsa (también eran objetos fóbicos). Igualmente hemos hecho imitaciones básicas simétricas de brazos. Este es el camino correcto. Silvia, la psicomotricista, ha presenciado la última parte de la sesión con observación participante y no ha afectado la dinámica de la sesión.

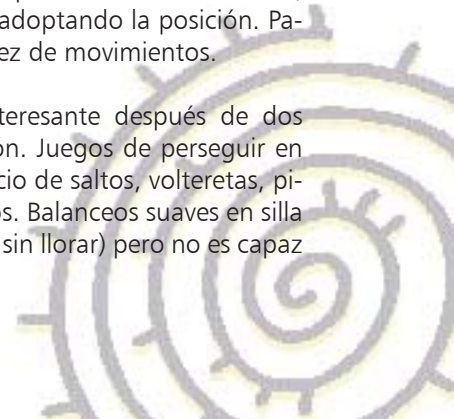
15/02/2012. Sesión muy útil. Avances con las pelotas de pelos, las lleva y las trae de un sitio para otro. Pasa por el túnel que se mueve; jugamos a imitar posturas simétricas de brazos; ritualizado el pino y las volteretas; rápidos movimientos en la rueda con medias vueltas; parece que ha aumentado algo la velocidad de sus movimientos. Inicia acciones nuevas con los materiales que va encontrando. Le he anunciado a la madre que Dina, su profesora de Educación Infantil, va a venir al Congreso de Neuropsicología de Segovia, al que me han invitado a una ponencia en la que expondré este caso. Digo a los padres que pueden estar contentos por el interés mostrado por sus profesoras.

La madre me dice que están muy agradecidos.

20/02/2012. Sesión muy productiva. Siguen avances. Correctos patrones en gateo encima de las formas; lentitud de piernas, falta importante tono para empujar cuando reptar; muchísimos avances en aceptar estímulos vestibulares: varias veces volteretas y varias veces pinos; por primera vez 5 vueltas lentas en ambos sentidos, increíble, él estaba mirando a través del globo rojo; no nistagmo en lentas y falta de tono en los balanceos; choca contra los lados de la rueda. Siguen los miedos, esta vez al ruido del aire que sale del globo cuando se deshinchas; llora, tiembla pero no ha descontrolado esfínteres y ha vuelto rápido a su estado habitual. Lo he montado en la pelota de pinchos roja, ha llorado solo un poco; hay que seguir con las exposiciones a los elementos fóbicos.

22/02/2012. Sesión muy sugestiva. Por primera vez bajo la plataforma y lo subo en la silla a ras de suelo. Lloros al principio, luego muy bien con balanceos suaves y fuertes con mis manos en su cuerpo. Acepta la nueva disposición de materiales y espontáneamente balancea todos los instrumentos con ruido incluido. Fobia al sonido del aire cuando sale del globo y sigo con la exposición al estímulo varias veces. Volteretas y pinos muy bien aceptados; con el pino particularmente sonrisas, risas y petición de más adoptando la posición. Parece que hay más rapidez de movimientos.

12/03/2012. Sesión interesante después de dos semanas sin intervención. Juegos de perseguir en la cama elástica con inicio de saltos, volteretas, pinos y golpes de objetos. Balanceos suaves en silla (aguanta hasta 15 o 20 sin llorar) pero no es capaz



de dar vueltas; con una vuelta suave aparecen enseguida signos de alarma.

14/03/2012. Sesión muy interesante. He llegado tarde y lo he encontrado con su madre subido a la cama. La madre verbaliza que no puede aguantar verlo que se acerque a los bordes y que corra porque piensa que es muy patoso y se va a caer (sic). Por primera vez en cama elástica se ha producido el juego por excelencia de la infancia, recurrente, con emocionalidad muy manifestada, con intenso contacto corporal: el juego de perseguir; con todas las características básicas de esa situación. Ha sudado bastante; se resiste a dejarlo; persiste en estas acciones. Ha subido y bajado solo de la silla casi a ras de suelo y aguanta cada vez más el balanceo. No quiere que la sesión acabe; es la primera vez que pasa esto de no querer irse. Es un buen camino.

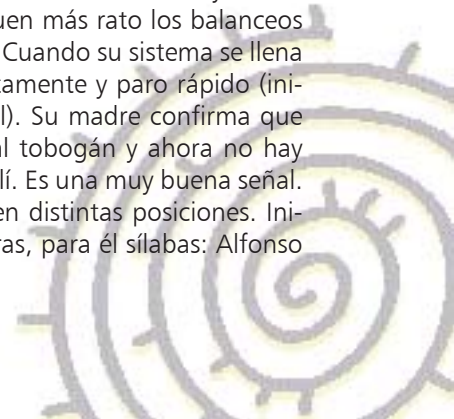
19/03/2012. Sesión interesante. Siguen los juegos tónico-emocionales, recurrentes, con muy buena aceptación y con todo el repertorio de conductas de apego. Hemos jugado con ritual con el balón rojo grande fóbico; no ha llorado nada, lo ha tocado, le ha pegado, hemos contado puntitos, lo hemos lanzado..., muy interesante. Veremos si se mantiene la fobia los próximos días. Aguanta balanceos en silla alrededor de 3 o 4 minutos. Cumplimiento de rituales.

21/03/2012. Sesión eficaz, aunque no está de buen humor (será el tiempo, que por fin llueve). Siguen los juegos en cama, los balanceos en los que va aumentando el tiempo en silla azul y los avances con la pelota de pinchos. Está muy interesado por las letras y números de la pelota y voy a

pintar con rotulador. Ya podemos jugar a lanzarla por el suelo y atraparla y por primera vez lo subo encima y lo tiro a la colchoneta de saltos sin lloros, solo con un poco de sorpresa. Persistiré en ello.

26/03/2012. Sesión muy fructífera. Siguen los progresos en todas las actividades. Juegos de perseguir y corporales en cama con rituales y tirada final en pelota deshinchada. Juegos de imitación. Balanceos cada vez más rato y más intensos en silla azul con globo. Desensibilización a los ruidos con el globo, por primera vez y ruidos bastante fuertes. No lloros con pelota roja, con todos los rituales, lanzarla, mirar las letras y por primera vez lo balanceo cabeza abajo y lo lanzo a la colchoneta. Imitaciones de brazos, correcto arriba y abajo pero no en cruz. Repite consignas verbalmente; concepto corporal de las partes más gruesas, no cuello.

28/03/2012. Sesión interesante. Seguimos complejizando los juegos corporales de vínculo y de perseguir. Por primera vez hemos subido las ruedas y se ha tirado por encima igual que con el balón; se mete por dentro; se las pongo por encima; propiocepción y concepto corporal..., y siempre risas y más risas. Corre mucho por la cama con mi impulso y luego se tira: secuencia muy importante del juego que se repite sin cesar. Por primera vez me ha pedido caca, lo he llevado al wáter y ha hecho sin problemas. Siguen más rato los balanceos y los golpes a móviles. Cuando su sistema se llena empieza a llorar abruptamente y paro rápido (inicio sobrecarga sensorial). Su madre confirma que antes no quería subir al tobogán y ahora no hay manera de sacarlo de allí. Es una muy buena señal. Imitaciones de brazos en distintas posiciones. Inicio frases de dos palabras, para él sílabas: Alfonso



sube (a e). Veremos.

11/04/2012. Primera sesión después de las vacaciones. Interesante. Siguen los juegos tónico-emocionales y sigue aceptando más entrada de estímulo vestibular. Persisten las fobias al balón grande rojo pero cada vez menos. Me ha pedido caca, lo he llevado al wáter y era verdad, ha hecho y luego ha jugado sin problemas. Le supone bastante tensión la estimulación que llevo a cabo con él, pero responde bien. Ha dicho dos palabras seguidas varias veces: globo ven (obo ven). Veremos.

25/04/2012. Ha faltado varios días porque ha estado enfermo con la garganta y mucha fiebre. Sesión muy eficaz; seguimos con el juego de perseguir en cama elástica, con concepto corporal, repeticiones. Significativo que cada vez admite más balanceo y por primera vez le he dado una vuelta y parar para un lado y otro varias veces con placer. El estímulo vestibular es muy poderoso para normalizar su integración sensorial. Juegos de caer con balanceos fuertes en pelota roja, a la que sigue teniendo temor que ya no fobia. Ha subido a la espaldera apoyado en mi cuerpo pero hasta el hueco. Parece que se desarrolla algo el lenguaje; dice varias veces frases de dos palabras y se esfuerza en expresarse con su jerga. Expectativas con esto. Veremos.

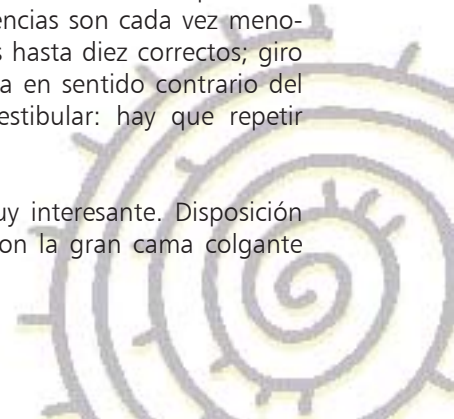
02/05/2012. Sesión muy productiva; seguimos con los juegos de perseguir con contraste final y concepto corporal; puede asomarse mucho más al vacío en el borde de la cama elástica, para ver dónde está el globo; fobia disminuyendo a las pelotas de pinchos; por primera vez ha dado más de cinco vueltas en la plataforma con risas (atención)

hacia un lado y el otro, signo inequívoco de que su sistema vestibular está reaccionando; aumentan las palabras frases y las ganas de comunicarse oralmente; dice habitualmente frases de dos palabras: "naranja abajo"; "alfonso toma"; "pelota roja"... es un buen camino, veremos.

07/05/2012. Sesión interesante. Seguimos con todos los rituales. Ya puede dar diez vueltas lentas en plataforma con sonrisas y aceptación. Persisten restos de fobias a la pelota roja que se solventan con la exposición sistemática, ritualizada y continuada añadiendo estímulo vestibular y propioceptivo. Con pelotas de pinchos siguen los avances, tiembla al principio pero luego puede tirarlas y meterlas en la bolsa. Se está produciendo una pequeña explosión de lenguaje oral; frases claras de dos palabras y algunas de tres; estamos en el camino bueno.

09/05/2012. Sesión estimulante, que han estado observando las profesoras del centro ordinario de E. y luego reunión con el psicopedagogo del EOEP que atiende el caso. Han apreciado muchísimos cambios desde la anterior observación en noviembre pasado. Sigue en la línea de lo observado; fobias a pelotas de pelos prácticamente desaparecidas; puede tocarlas, se las he metido por dentro de la camiseta, las lanza. Persiste la de la pelota de pinchos pero las resistencias son cada vez menores. Balanceos y vueltas hasta diez correctos; giro persistente de la cabeza en sentido contrario del giro, predominancia vestibular: hay que repetir esta observación.

14/05/2012. Sesión muy interesante. Disposición diferente del espacio con la gran cama colgante



y sin cama elástica. Muy buena relación con los materiales: pelotas de pinchos. Siguen las fobias con la pelota roja que se calman antes; circuitos con formas; desequilibrios programados. Muy buena aceptación de la cama con desequilibrios anteroposteriores fuertes y con respuestas de risas y vocalizaciones. Frases de dos palabras claramente e inicio de tres: "dame globo blanco"; "dame pelota roja". A veces disforia momentánea. Muy interesante decir lo que vamos a hacer, porque si él dice "pelota roja sí" se minimiza el miedo. Es curioso este aspecto del lenguaje anticipatorio para enfrentar la fobia.

16/05/2012. Sesión muy útil con la cama colgante. Contraste y caídas muy marcadas con explosión de risas y lenguaje de petición para repetir la actividad con aceleración vertical. Hemos aguantado más de 15 minutos los dos subidos y con muchas aceleraciones. Su sistema vestibular está mucho más normalizado; también se tira de cabeza desde la escalera a la colchoneta. Siguen las frases de dos palabras pero todavía no de tres, sólo esporádicamente.

21/05/2012. Sesión muy interesante de nuevo, grabada por Cristina, la logopeda del Centro de Recursos. Siguen los avances en el circuito, sobre todo con equilibrio y tarea cognitiva (imitación de brazos en situación de equilibrio precario). Muy bien con la cama elástica, mucho esfuerzo por controlar la cabeza con movimientos bruscos de la cama. Desapareció la fobia a las pelotas de pinchos, se las puedo meter por debajo de la ropa, lanzarlas a la cara, etc.; sigue fobia al ruido cuando se deshinchon los globos rápido y también a la pelota grande roja; llora y todo el repertorio (caca...)

pero se le pasa rápido; aumenta la tolerancia a la frustración. Frases de tres palabras sin modelo, "adiós pelota roja"... veremos.

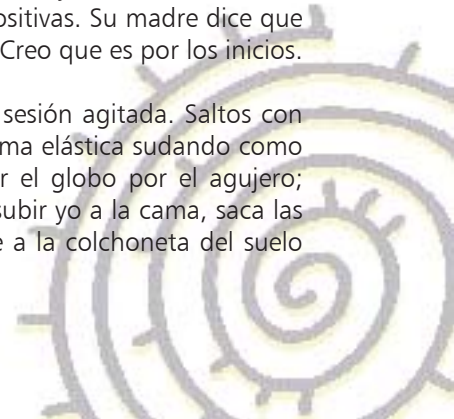
23/05/2012. Última sesión del curso. Se aprecian avances claros en los aspectos psicomotores de conductas motrices de base. Persisten algunas fobias que formarán parte de su personalidad futura; han disminuido algunas y continuamente se generan nuevas. Sus padres no son conscientes todavía de la discapacidad intelectual de su hijo.

## **6.2.- Diario de sesiones del curso 2013/14**

25/09/2013. Primera sesión después del verano. Su madre me dice que está muy contenta, que los ha "arruinado" con los saltos en las camas elásticas de las ferias. Ha crecido físicamente y parece que las fobias a la pelota de pinchos han desaparecido. Hay mucho más repertorio de frases y muchas ganas de comunicar oralmente cosas. Verbaliza mucho lo que hace y sigue empleando el lenguaje para minimizar sus miedos. Es un importante cambio corroborado con la madre.

30/09/2013. Sesión convulsa. Sube a la cama a saltar y se hace caca; yo no me doy cuenta y mancha toda el aula. Lloriquea un poco, le digo lo que me tiene que decir: "Alfonso caca", repitiéndoselo varias veces. Al final balanceos y varias vueltas en hama con respuestas positivas. Su madre dice que solo se hace caca aquí. Creo que es por los inicios.

02/10/2013. De nuevo sesión agitada. Saltos con muchas variantes en cama elástica sudando como un mar. Miedo a coger el globo por el agujero; ante mi insistencia sin subir yo a la cama, saca las manos, la cabeza y cae a la colchoneta del suelo





como un "saco de patatas" (pérdida momentánea del esquema postural de Head); situación que lo supera porque no la repite. Sí repite situaciones con pelota de pelos metiéndosela por dentro de la camisa. Luego en hamaca vueltas lentas con golpes en el globo diciéndome más y más; de repente se incorpora, tose y vomita manchando todo lo de alrededor; se pone pálido, no llora y luego está como si nada; sube otra vez a la cama y se da vueltas. Son los principios de curso; veremos.

07/10/2013. Sesión mucho más tranquila con programación específica para que no descontrole esfínteres. Saltos en cama con variantes y pelotas; coordinación visomotriz y juego simbólico con mucho lenguaje incidiendo en dimensiones, colores, longitudes. Juegos de desensibilización auditiva con él escondido en la caseta.

09/10/2013. Sesión muy provechosa. Ha descubierto en cama elástica el placer de dejarse caer de espaldas con el culo y de frente con las rodillas y manos y lo ha repetido con todos los ingredientes del placer sensomotriz y la vinculación del adulto. Pasa el circuito sin manos y con más complejidad, con imitaciones. Juego de la caseta con mucho lenguaje y ritmo. Cuenta las columnas pero no sabe cuántas hay. Abundancia de lenguaje y frases más complejas.

14/10/2013. Sesión muy útil con la estructura prefijada: cama, circuito, caseta y verbalización. Avances en cama con placer sensomotriz y caída de diferentes maneras; circuito con progresión equilibratoria, imitaciones, manos ocupadas y rapidez; caseta con planificación e iniciativa guiadas, con golpes fuertes y débiles e iniciación al ritmo. Hay

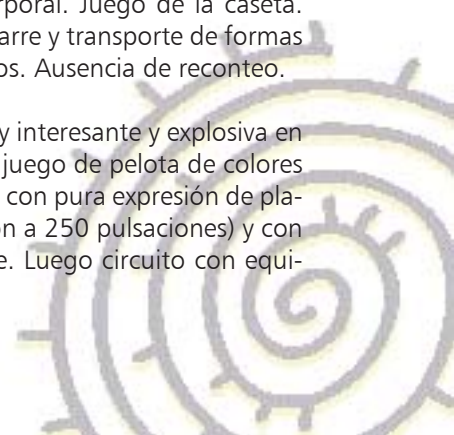
mayor abundancia de lenguaje.

16/10/2013. Sesión interesante. Por primera vez hemos trabajado con la maqueta (reconstrucción de la sala con todos sus elementos en tres dimensiones realizada por la psicomotricista Silvia) haciendo el circuito y la caseta. Hay poca capacidad de simbolización aunque abundancia de lenguaje. Siguen los juegos de caída en cama elástica con expresión del placer sensomotriz y se tira con fuerza al final del circuito por la escalera. Se aprecia que no tiene presión y va a permanecer así algún tiempo.

28/10/2013. Sesión con Silvia, la Psicomotricista, por un malentendido con la madre. Me dice que ha estado bien; mucho rato en cama elástica y luego jugando al fantasma.

30/10/2013. Sesión espectacular con un grado de excitación inusual. Saltos en cama elástica y caídas con pelota de colores grande de múltiples maneras con expresión genuina del placer sensomotriz. Paradas bruscas del movimiento agarrándole una parte de su cuerpo y, para que yo soltara, me tenía que decir frases de 4 palabras: "Alfonso suelta el tobillo". Si no mira, no acierta. Circuito con equilibrio e imitaciones en situación de desequilibrio con concepto corporal. Juego de la caseta. Gran evolución en el agarre y transporte de formas grandes. Juego de ritmos. Ausencia de recuento.

04/11/2013. Sesión muy interesante y explosiva en su primera parte con el juego de pelota de colores en cama elástica: caídas con pura expresión de placer sensomotriz (corazón a 250 pulsaciones) y con abundancia de lenguaje. Luego circuito con equi-



librios y concepto corporal y finalmente la caseta. Por primera vez sabe cuántas columnas hay (3), después de contarlas. En general, está muy despierto y con más rapidez en la reacción ante los eventos del medio.

06/10/2013. Sesión eficaz. Saltos con caídas aleatorias, con expresión de placer sensomotriz y petición de repetición de experiencias, con paradas para emerger lenguaje con finalidad: "Alfonso suelta los tobillos"; "Alfonso quita la pelota de las rodillas", etc. Con avances importantes. Mucho lenguaje descriptivo, casi, espontáneo. Segunda sesión con la maqueta dentro del aula y trasposición pieza a pieza del circuito de la realidad a la representación; tarea muy motivante para Eric, lo que augura avances futuros, siguiendo el esquema de la acción a la representación. Me informa su madre que el neurólogo y el médico lo han visto muy cambiado y que no le piden más pruebas cerebrales, concluyendo: "morfológicamente normal con funcionamiento lento".

11/11/2013. Sesión muy útil con la estructura de la anterior. Se ha caído varias veces y no ha llorado prácticamente. Se tira cada vez con más ímpetu desde la escalera con dificultades para poner la cabeza correctamente. Se maneja mucho mejor con las formas grandes y sigue la abundancia de lenguaje espontáneo. La caseta con golpes fuertes y flojos y todo el proceso de construcción presenta características pedagógicas muy adecuadas.

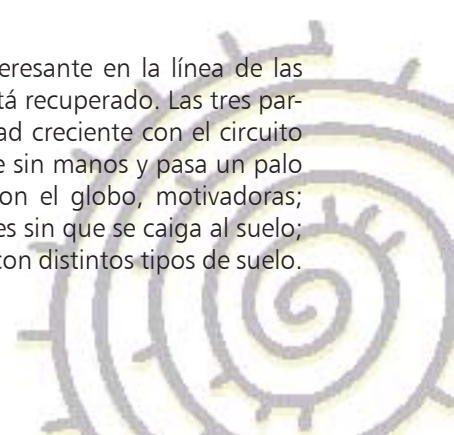
13/11/2013. Sesión provechosa. Cada vez muestra más sus habilidades en cama elástica: el salto ha ganado en altura y en equilibrio; se deja caer de culo rebotando, y lo lanzo desde la pelota en

todas las direcciones. No sabe caer cabeza abajo: hiperextensión de cuello con algún peligro, de manera que hay que tener precauciones. Muy bien el circuito; por primera vez pasa el banco sueco poniendo un pie delante de otro varias veces. Adecuado manejo de concepto corporal reconociendo en la acción: hombros, codos, muñecas, rodillas y tobillos. Se maneja mucho mejor con las formas grandes; no quiere salir del aula, aún con rituales, le cuesta.

18/11/2013. Sesión interesante en la misma línea. Dificultad con la caída en la pelota por el reflejo extensor. Inicio de flexión de cabeza en caída desde la escalera con cuña. Circuito: pasa solo por el banco con pasitos pequeños y se puede parar para las imitaciones. Caseta: cuenta pilares y modula los golpes fuertes, débiles. Quiere seguir jugando y se resiste a salir, aún con rituales.

25/11/2013. Sesión con muy bajo tono. Ha estado enfermo el fin de semana; bajo de color y sin muchas ganas de movimientos fuertes. Está mucho menos activo; aún así pasa por los dos bancos suecos (la primera vez sin agarre de manos); descalzo pasa por las baldosas de texturas con miedo y su repertorio habitual; le insisto y pasa varias veces sin dificultad. Ritual de recogida sin oposición, por su bajo tono.

27/11/2013. Sesión interesante en la línea de las anteriores porque ya está recuperado. Las tres partes consabidas. Dificultad creciente con el circuito de los dos bancos; sube sin manos y pasa un palo cruzado. Evoluciones con el globo, motivadoras; es capaz de darle 7 veces sin que se caiga al suelo; haremos la progresión con distintos tipos de suelo.



02/12/2013. Sesión productiva. Saltos en cama con pelotas de agujeros y juegos de no pisarlas. Circuito con dos bancos y con obstáculos que lo motiva mucho porque cada vez el reto es un poco más difícil. Juegos con la rueda y la estimulación vestibular todo tapado y con choques fuertes; propiocepción final con un alto grado de excitación: expresividad psicomotriz extraordinaria. Dificultades para acabar la sesión. Verbaliza que quiere estar aquí y que no se quiere ir. Lo tengo que acompañar físicamente a realizar todos los rituales finales.

04/12/2013. Sesión muy útil. Saltos y progresos también, encestando pelotas de agujeros. Circuito con dos bancos y evolución de tres obstáculos; equilibrio precario con rigidez de brazos pero etapa muy interesante; le supone mucha tensión. Lohe apretado con las ruedas grandes y empieza con sus rituales de miedos, temblores y lloros que se le han pasado rápido. Caseta bonita con exhibición de golpes flojos y fuertes, muchos fuertes con un enorme ruido. Salida con rituales y con episodios de resistencia.

11/12/2013. Sesión sugestiva en la línea de las anteriores. Saltos en cama con posiciones de brazos y pelota de pinchos. Paso por baldosas sensoriales y superación del miedo a la de pinchitos rojos con abundante lenguaje. Circuito cada vez más complicado con obstáculos: pasa con alguna dificultad tres cilindros partidos por la mitad longitudinalmente (hemis) puestos encima del banco. Le supone una importante tensión. Le ha salido un bultito en el cuello, parte derecha.

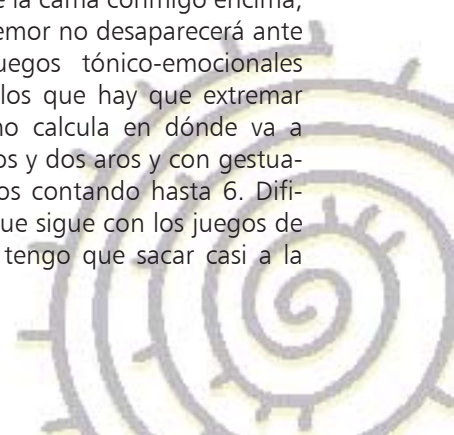
16/12/2013. Sesión interesante. Juegos corporales

en cama elástica con contraste y asomándose por el borde a buscar pelotas; le da cierto miedo y lo supera con imitación. Circuito con dos bancos y dos hemis. Practica en la baldosa de pinchitos espontáneamente.

18/12/2013. Sesión fructífera. Juegos corporales en cama con más pelotas. He insistido con la pelota de pinchos y los juegos de tirar que acepta a regañadientes, pero luego disfruta. Circuito con 2 bancos y 3 obstáculos (hemis) que supera con cierto miedo. Dificultades en la salida con obstinación y risas reclamando contacto corporal con juegos indicativos de que no quiere abandonar la situación. Lo saco sin mediar palabra y automáticamente se corta todo.

08/01/2014. Sesión interesante con cierto retroceso por las vacaciones. Juegos con valor en cama elástica con pelota de cuernos: caídas hacia atrás con decisión pero sin control total de cabeza; mejoras en caídas laterales rodando; hay que extremar precauciones. Equilibrios con bancos suecos y con puesta en juego de los reflejos de equilibración. Salida con ciertas dificultades pero con efectividad a través de los rituales.

15/01/2014. Sesión eficaz. Cierta superación del miedo a estar debajo de la cama conmigo encima, aunque ese fondo de temor no desaparecerá ante situaciones nuevas. Juegos tónico-emocionales con pelota grande en los que hay que extremar precauciones porque no calcula en dónde va a caer. Circuito con bancos y dos aros y con gestualidad y ojos semitapados contando hasta 6. Dificultades para salir porque sigue con los juegos de contacto corporal y lo tengo que sacar casi a la



fuerza. Ha hecho caca y me ha pedido con autonomía muy limitada.

20/01/2014. Sesión diferente porque la cama elástica está recogida encima de la plataforma colgante. Juegos de caer en colchoneta con pelota de colores; juegos vestibulares con ruedas; y sobre todo juegos de coordinación óculo-manual: encostar, tirar, atinar, recoger, meter, introducir..., muy interesantes. Le he advertido al inicio el ritual de salida (1, 2, 3, a recoger) y hoy no ha habido ningún problema. Es una clase diferente sin la cama elástica.

22/01/2014. Sugestiva sesión. Juegos de tirarse y me ha pedido caca y ha hecho bien, pero no sabe limpiarse. Falta mucho de autonomía. Circuito por primera vez por la barra de equilibrio con mi ayuda. Luego saltos con los pies juntos desde la camilla, contando 1, 2 y 3. Dificultades importantes y miedo que va venciendo. Lo tengo que agarrar de las dos manos para que salte a la de 3. Pero repite mucho la situación e inicio de doblar las rodillas antes de saltar. Salida sin dificultades con ritual claro. Le he enseñado a la madre desde dónde se tira y se ha quedado muy sorprendida.

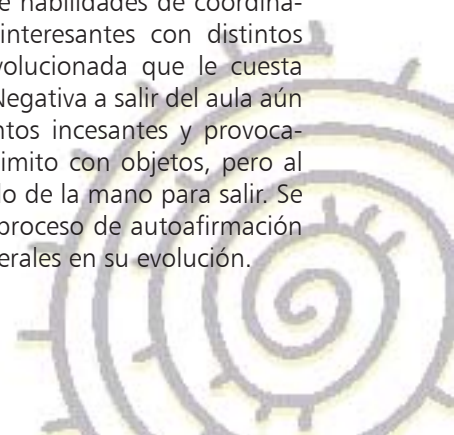
26 y 29/01/2014. Sesiones productivas con la misma secuencia. Juegos en colchonetas con vestibular, cabeza abajo y rapidez para que no lo pille. Circuito con bancos: puede pasarlos con un pie delante de otro y con obstáculos. Inicio de evoluciones en barra de equilibrio con giros y, por primera vez, sin ayuda de mi mano. Mejoras evidentes en equilibrio.

19/02/2014. Sesión después del fallecimiento de mi madre y estar 3 sesiones sin venir. Placer sen-

somotriz tirándose con los dos pies juntos desde la camilla; subir y bajar a las colchonetas; pasar por circuito con los dos bancos y un pie delante de otro; pasar por barra de equilibrio agarrándose a la pared y superar el obstáculo importante. Enfado repentino por agarrarlo de las piernas que le cuesta remitir: característica de su personalidad ante las cosas nuevas e inesperadas. Recoger sin dificultades.

24/02/2014. Sesión de incertidumbre. No quiere saltar; repite circuito muy sencillo; solo pasa 3 o 4 veces por el circuito y quiere dar vueltas con pelota deshinchada contando hasta diez. Enfado recurrente por apretarle con esa misma pelota el cuerpo pero sobre todo la cabeza; le cuesta un ratito pero se le pasa; sigue dando vueltas. Salida a regañadientes viniendo a empujarme y sin recoger. Está afirmándose y se observa cierto estancamiento en las conductas motrices de base. Es capaz de darle al globo sin que se caiga 20 veces, lo cual está muy bien.

26/02/2014. Sesión interesante que se caracteriza por su negativa a realizar mis propuestas y a seguir su propio plan al que saco mucho rendimiento. Desensibilización definitiva a las pelotas de pelos: se la mete por camiseta y calzoncillos mirándose en el espejo. Práctica de habilidades de coordinación viso-motriz muy interesantes con distintos móviles y recepción evolucionada que le cuesta pero observo avances. Negativa a salir del aula aún con el ritual: movimientos incesantes y provocaciones corporales que limito con objetos, pero al final tengo que agarrarlo de la mano para salir. Se enmarca dentro de su proceso de autoafirmación que indica mejoras generales en su evolución.



03/03/2014. Sesión diferente. Exorcización de miedos a través de pasar por debajo del rocódromo, con toda la progresión: con presencia, ausencia del adulto; sin ruido y con ruido; pero no ha sido posible la reversibilidad; siempre con el mismo ritual y pequeños cambios que él verbaliza antes. Motivación por atrapar pelotas y encestar (es la primera vez). Distintas negativas a propuestas del adulto que afirman su personalidad y negativa a salir del aula, iniciando una oposición poco consistente que se supera con rituales.

19/03/2014. Sesión fructífera con cama elástica, la primera del trimestre. Muchas evoluciones con pelotas diferentes. Adquisiciones nuevas: salto con vueltas y caída de espaldas con pelota deshinchada. Juego de la apisonadora con presiones profundas. Risas y peticiones de continuación del juego. Equilibrio en barra colocando un pie delante de otro pie. Dificultades en la salida, a pesar del ritual de recoger: tengo que tomarlo de la mano y llevarlo con su madre.

24/03/2014. Sesión provechosa en cama elástica con vueltas, caídas y multisaltos con abundantes expresiones emocionales muy positivas. Presenta miedos a situaciones ya superadas como coger pelotas debajo de cama elástica pero lo obligo a hacerlo e intercala euforia con disforia. Igualmente en la barra de equilibrio con cumplimiento final del objetivo. Negativa a salir que no se resuelve con claros rituales y es necesario cambiar bruscamente de espacio.

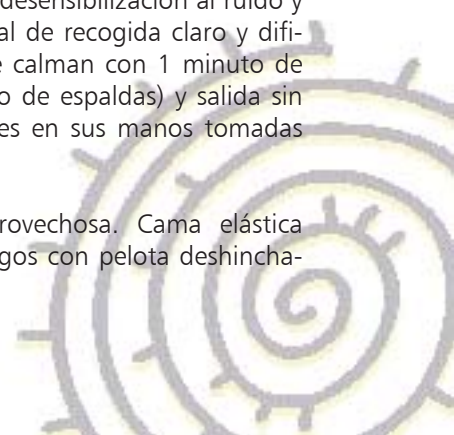
26/03/2014. Sesión interesante en la misma línea. Juegos con pelotas en cama, luego barra de equilibrio con presión de golpes fuertes en una situación

compleja para él, que los resiste bien. Hacemos la caseta con tres pilares y desensibilización al ruido fuerte. Ritual de recoger que no sirve; entra en contacto corporal frenético conmigo impermeable a cualquier orden; por primera vez lo agarro de la mano, sin hablar y lo saco de la sala con los calcetines, al servicio donde se cambia; estoy un par de minutos sin acudir; intento que vuelva de nuevo y al entrar otra vez la misma conducta; vuelvo de nuevo a llevarlo sin hablar al servicio, espero otros 2 minutos y otra vez lo entro, dejo la puerta abierta y esta vez recoge sin dificultad; entra su madre y ve cómo él está recogiendo sin problemas. Por supuesto, no le cuenta nada a su madre. Muy interesante y fructífera mi intervención. Repetiremos al día siguiente.

31/03/2014. Sesión interesante. Muy centrado en su pie y su piel. Saltos con vueltas; barra de equilibrio y caseta. Negación a recoger que funciona con retirada de atención (yo de espaldas); recoge y se niega con los calcetines: retirada de atención que funciona; luego sin hablar de la mano a su madre.

2/04/2014. Sesión fructífera con salida sin problemas. Cama elástica, propiocepción, coordinaciones con pompones, exorcización de miedos. Luego barra de equilibrio con desensibilización al ruido y finalmente caseta. Ritual de recogida claro y dificultades al final que se calman con 1 minuto de retirada de atención (yo de espaldas) y salida sin hablar con los calcetines en sus manos tomadas por las mías.

07/04/2014. Sesión provechosa. Cama elástica con vuelta y saltos; juegos con pelota deshincha-



da; con pelota lastrada le da miedo a pesar de la ayuda. Equilibrios en barra con ruidos fuertes superados. Respuestas no adaptadas con elemento nuevo: pequeña pelota de pinchitos. ¡Increíble! Volvemos al principio: lloros, disforia, sigo con la exposición al estímulo y al final se calma y se pasa la pelota él mismo por las distintas partes del cuerpo. Estas respuestas forman parte de su repertorio conductual ante elementos nuevos.

09/04/2014. Sesión muy útil para la superación de miedos con pelota lastrada en cama elástica para que ruede por encima de la pelota. Lo empieza a conseguir pero hace falta más tiempo. Luego la barra con dificultades cuando se tiene que agarrar a la pared con la mano izquierda. Salto con destiempo de pies. Ritual de recoger y salida sin dificultad anticipando que le contará a su madre lo de la pelota de la luz: pinchos restregando la piel.

28/04/2014. Primera sesión después de vacaciones. Un poco aletargado; llora por casi todo y se ensimisma con unas pieles que lleva en los pulgares de los pies; saltos con pelotas; equilibrios en barra y con bancos con ruidos fuertes y golpes (interferencias) para entrenamiento de equilibrio. Ritual de recogida prácticamente sin dificultades; aguanta con los pies juntos diez segundos en barra de equilibrio sin agarrarse con las manos. Ha crecido físicamente pero las habilidades no lo hacen en la misma proporción.

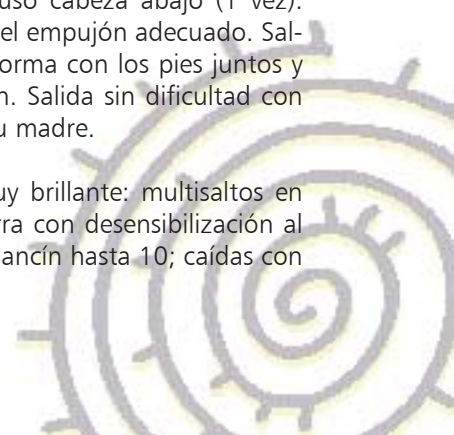
30/04/2014. Sesión muy interesante e inesperada. Su madre me informa que con las profesoras del centro ordinario todo va bien. El aula tiene otro diseño para las caídas y aunque presenta cierto temor inicial se le pasa rápido. Pasa de la cama a la

plataforma pero no se sabe tirar a la colchoneta de saltos. Siente necesidad de ir al baño y me pide caca por el cambio tan grande de la situación espacial. Una vez resuelto se inicia el juego sobre el tablero de la plataforma con los agujeros pasando de diferentes formas y, solo al final, descubre el placer sensomotriz de pasar de una superficie dura, el tablero, a una muy blanda, la cama. Repetición compulsiva autónoma, aunque no salta con los dos pies juntos. Se ha familiarizado bastante pronto con la nueva situación. Se está recogiendo el fruto de los 3 años de estimulación.

12/05/2014. Interesante sesión después de una semana sin hacer. Cama, plataforma baja y colchonetas de caída. Paso sin dificultad por todas las superficies pero sin conseguir salto con los dos pies juntos en caída. Solo lo consigue en cama. Imitación con muchas dificultades en el paso de los agujeros de la plataforma. Me pide caca porque sigue siendo una nueva situación. Táctil con las pelotas de pinchos en todo el cuerpo sin dificultad. Mucho interés por lectura y lee silabeando y muy despacio pero es un gran logro que tenga esta motivación: resume el influjo escolar en su cerebro.

14/05/2014. Sesión muy beneficiosa. Juegos con la plataforma sin ningún miedo; sube y baja por bancos y escalera, incluso cabeza abajo (1 vez). Supera sus miedos con el empujón adecuado. Saltos encima de la plataforma con los pies juntos y actividades de imitación. Salida sin dificultad con consigna para decir a su madre.

19/05/2014. Sesión muy brillante: multisaltos en cama; equilibrio en barra con desensibilización al ruido; equilibrios en balancín hasta 10; caídas con



pelota-globo grande de distintas maneras; superación del miedo; caídas pasivas espontáneas hacia delante poniendo codos. Esta última actividad se produce por primera vez y es muy significativa de cara a su control corporal porque robustece el esquema corporal por el grado de contraste que contiene. Verbalización final y salida con control de la mano. Acaba todo sudadísimo.

21/05/2014. Sesión grabada por Cristina, logopeda del Centro de Recursos, con lo más significativo que sirve como resumen final.

### **7.- Conclusiones**

La intervención psicomotriz educativa aplicada a este caso, mantenida durante tres años a razón de dos sesiones semanales de una hora de duración, en el aula de psicomotricidad, un espacio privilegiado que se configura como entorno enriquecido, ha contribuido de manera significativa al crecimiento y al desarrollo del niño. Esta contribución se ha puesto también de manifiesto en el ámbito escolar y en el ámbito familiar.

Los profesionales de la educación -profesoras de Pedagogía Terapéutica, tutora, especialistas de Audición y Lenguaje- han presenciado en varias ocasiones las sesiones de Psicomotricidad a través del espejo unidireccional del aula y sus comentarios posteriores han puesto de relieve la admiración por el trabajo desarrollado y los logros que el niño iba consiguiendo. Todo ello, plasmado en las distintas reuniones mantenidas con todos los agentes educativos, ha posibilitado esa mirada global compartida y ese caminar conjunto para extraer del niño el máximo de sus potencialidades.

La familia, desde el principio, entendió que esta intervención psicomotriz podría beneficiar mucho a su hijo. Nunca llegaron tarde a la cita de cada una de las sesiones y, a través de los comentarios de la madre, se vislumbraba la satisfacción por los logros que se iban consiguiendo. Al final de cada año, los profesionales del Centro de Recursos que firman este artículo se reunían con el padre y la madre de E. para efectuar una evaluación general de sus logros y de sus dificultades. Siempre acudieron ambos progenitores a la cita. Poco a poco fueron tomando conciencia de las diferencias de E. con sus iguales, al tiempo que se enfatizaban sus avances comparando al niño consigo mismo. La asunción de esta situación propició una clara mejoría en la relación de la familia con la escuela, a la que el desarrollo del niño también benefició.

Finalmente, podemos asegurar que esta intervención psicomotriz educativa constituyó la palanca que transformó la evolución del niño en estos dos ámbitos, el de la escuela y el de la familia, contribuyendo claramente a su despertar psicomotor y cimentando las bases sobre las que se construirán los avances futuros que depare su potencialidad.



**BIBLIOGRAFÍA**

AURIAGUERRA, J. DE (1079) MANUAL DE PSIQUIATRÍA INFANTIL. BARCELONA: TORAY-MASSON (4ª EDICIÓN).

AHNE, V. (2013). DERECHO AL RASGUÑO. MENTE Y CEREBRO, 59, 10-15.

ARSUAGA, J. L. Y MARTÍNEZ, I. (1998). LA ESPECIE ELEGIDA. MADRID: TEMAS DE HOY (4ª ED.).

BERMÚDEZ DE CASTRO, J.M. Y OTROS (2004). HIJOS DE UN TIEMPO PERDIDO. BARCELONA: ARES Y MARES.

BERRUEZO, P.P.; LÁZARO, A. (2009). JUGAR POR JUGAR. EL JUEGO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR Y EN EL APRENDIZAJE INFANTIL. SEVILLA: MAD.

BERRUEZO, P.P. (2000). HACIA UN MARCO CONCEPTUAL DE LA PSICOMOTRICIDAD A PARTIR DE SU DESARROLLO DE SU PRÁCTICA EN EUROPA Y EN ESPAÑA. REVISTA INTERUNIVERSITARIA DE FORMACIÓN DEL PROFESORADO, 37, 21- 33.

DAMASIO, A.R. (2005). EN BUSCA DE SPINOZA. BARCELONA: CRÍTICA.

DAMASIO, A.R. (2010). Y EL CEREBRO CREÓ AL HOMBRE. BARCELONA: DESTINO.

DARWIN, C. (2009). LA EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES EN EL HOMBRE Y EN LOS ANIMALES. PAMPLONA: LAETOLI.

DAVIDSON, (2012). EL PERFIL EMOCIONAL DE TU CEREBRO. BARCELONA: DESTINO.

FERNÁNDEZ-ABASCAL Y OTROS (2003). EMOCIÓN Y MOTIVACIÓN. LA ADAPTACIÓN HUMANA. VOLÚMEN II. MADRID: FUNDACIÓN RAMÓN ARECES.

FLÓREZ, J. Y DIERSEN, M. (2000). CEREBRO DISMINUIDO: EL VALOR DE LA EMOCIÓN Y LA MOTIVACIÓN. EN F. MORA (ED.): EL CEREBRO SINTIENTE (P.133-149). BARCELONA: ARIEL NEUROCIENCIA.

GRAY, P. (2014). GIVE CHILDHOOD BACK TO CHILDREN: IF WE WANT OUR OFFSPRING TO HAVE HAPPY, PRODUCTIVE AND MORAL LIVES, WE MUST ALLOW MORE TIME FOR PLAY, NOT LESS. [HTTP://WWW.INDEPENDENT.CO.UK/VOICES/COMMENT/GIVE-CHILDHOOD-BACK-TO-CHILDREN-IF-WE-WANT-OUR-OFFSPRING-TO-HAVE-HAPPY-PRODUCTIVE-AND-MORAL-LIVES-WE-MUST-ALLOW-MORE-TIME-FOR-PLAY-NOT-LESS-ARE-YOU-LISTENING-GOVE-9054433.HTM](http://www.independent.co.uk/voices/comment/give-childhood-back-to-children-if-we-want-our-offspring-to-have-happy-productive-and-moral-lives-we-must-allow-more-time-for-play-not-less-are-you-listening-gove-9054433.html)L. CONSULTADO EL DÍA 2 DE OCTUBRE DE 2014.

LÁZARO, A. Y BERRUEZO, P.P. (2009). LA PIRÁMIDE DEL DESARROLLO HUMANO. REVISTA DE PSICOMOTRICIDAD Y TÉCNICAS CORPORALES, 34; 15-42.





LÁZARO, A.; ARNAIZ, P.; BERRUEZO, P.P. (2006). DE LA EMOCIÓN DE GIRAR AL PLACER DE APRENDER. IMPLICACIONES EDUCATIVAS DE LA ESTIMULACIÓN VESTIBULAR. ZARAGOZA: MIRA.

LÁZARO, A. (2002). AULAS MULTISENSORIALES Y DE PSICOMOTRICIDAD. ZARAGOZA: MIRA.

LÁZARO, A. (2004). GIGANTES CON ZANCOS. EL PLACER DE APRENDER A TRAVÉS DEL EQUILIBRIO. ZARAGOZA: MIRA EDITORES.

LÁZARO, A. (2010). NUEVAS EXPERIENCIAS EN EDUCACIÓN PSICOMOTRIZ. ZARAGOZA: MIRA. 2ª EDICIÓN.

LE DOUX, J. (1999). EL CEREBRO EMOCIONAL. BARCELONA: ARIEL/PLANETA.

MORA, F. (2000). ¿QUÉ SON LAS EMOCIONES Y LOS SENTIMIENTOS? EN F. MORA (ED.): EL CEREBRO SENTIENTE (P. 17-34). BARCELONA: ARIEL NEUROCIENCIA.

MORGADO, I. (2012). CÓMO PERCIBIMOS EL MUNDO. BARCELONA: ARIEL.

REEVES, H. Y OTROS (1997). LA HISTORIA MÁS BELLA DEL MUNDO. BARCELONA: ANAGRAMA.

RODRÍGUEZ, F. (2014). EQUILIBRIO Y SISTEMA VESTIBULAR. CONFERENCIA PRONUNCIADA EN EL MARCO DEL IX ENCUENTRO ARAGONÉS DE PSICOMOTRICIDAD CELEBRADO EN ANDORRA (TERUEL) LOS DÍAS 7 Y 8 DE MARZO.

WALLON, H. (1979). DEL ACTO AL PENSAMIENTO. BUENOS AIRES: PSIQUE.



# Luces y penumbras de la neuroeducación

## *Lights and shadows of neuroeducation*

**Roberto M. Paterno**

### DATOS DEL AUTOR

**Roberto M. Paterno** es Doctor en Neuropsicología Infantil. Es Decano de la Facultad de Filosofía, Ciencias de la Educación y Humanidades de la Universidad de Morón, Buenos Aires, Argentina.  
Dirección de contacto: [rpaterno@unimoron.edu.ar](mailto:rpaterno@unimoron.edu.ar)

### RESUMEN

Dentro del campo de la neuropsicología infantil, hace apenas unos pocos años, se ha gestado y desarrollado una subespecialidad llamada neurodidáctica o neuroeducación.

Esta disciplina, en plena construcción, sugiere una forma de intersección de las neurociencias y las ciencias de la educación; en la actualidad esta relación se encuentra en sus comienzos.

Aprender tiene lugar en el cerebro; todo proceso de aprendizaje va acompañado de un cambio en los circuitos cerebrales. Por eso, la neuroeducación representa necesariamente el fundamento científico más sólido sobre el que deberían edificarse las teorías pedagógicas y didácticas en un futuro.

Palabras clave: Aprender - cerebro - circuitos cerebrales - neurociencias - neuroeducación

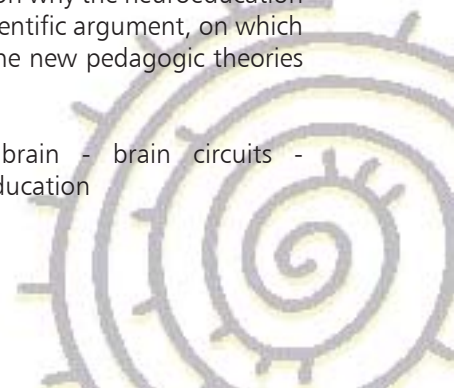
### ABSTRACT

A few years ago, a new subspecialty in children neuropsychology was born. It was named neurodidactics or neuroeducation.

This discipline, which is in plane construction, suggests a new way of approach between neurosciences and educational sciences. This approach is a new relationship which is actually on its beginnings.

The act of learning takes place in the brain, and the whole process is followed by changes on brain circuits. That is the reason why the neuroeducation means the strongest scientific argument, on which bases should be built the new pedagogic theories and future didactics.

Key Word: Learn - brain - brain circuits - Neurosciences - Neuroeducation



*“La “gran idea” de incluir el cerebro en el pensamiento y la práctica educativa no es nueva. Entre los entusiastas iniciales se contaban los primeros psicólogos educativos, que defendían una base psicológica del aprendizaje”.*  
Paul Howard-Jones ( 2011)

La neuropsicología, así como ocurrió con la psicología científica, tiene su origen en los trabajos médicos de los siglos XIX y XX (Rufo Campos, 2006). La especialidad médica neurológica es una de las disciplinas que más ha contribuido al desarrollo autónomo de la neuropsicología, dado que a partir de la observación de las distintas patologías causadas por daño cerebral se empezó a comprender mucho mejor la conducta humana. Arthur Benton (1971) en el libro *Introducción a la Neurosicología* abunda por demás en este sentido, refiriéndose a la neuropsicología como “neurología de la conducta” (Portellano, 2005).

La neuropsicología es una disciplina dentro de las neurociencias conductuales que estudia la relación entre los procesos superiores y el cerebro (Arnedo, Bembibre y Triviño, 2013). Su objetivo fundamental es conocer el funcionamiento de los circuitos neuroanatómicos que están en la base del comportamiento del ser humano, lo que explica su especial e íntima vinculación con la psicología (Arnedo, Bembibre y Triviño, 2013).

También la neuropsicología tiene un promisorio ámbito de actuación aplicado, es la llamada neuropsicología clínica, una disciplina ampliamente reconocida como especialidad de la psicología, particularmente desde los comienzos de la década de 1980 por la Asociación Americana de Psicología.

La neuropsicología (clínica o de investigación), como un saber multidisciplinar e interdisciplinar, es ejercida hoy por diferentes profesionales, a saber: médicos, psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos, psicomotricistas, musicoterapeutas, terapistas ocupacionales, científicos de la educación, entre otros.

En síntesis, con la idea de integración de los diferentes ámbitos de conocimiento, la neuropsicología se sitúa en el cruce que componen la neurociencia por un lado y la psicología por el otro; pretendiendo ser un enfoque modélico que intenta explicar la base material o funcional sobre los que se asientan los fenómenos neurotípicos y patológicos de la mente humana.

Como un subcampo de la neuropsicología, hace su aparición la neuroeducación. La neuroeducación es una nueva visión de la enseñanza-aprendizaje basada en el cerebro, visión que ha nacido al amparo de esa revolución cultural que se ha llamado neurocultura (Mora, 2013). Neuroeducación es tomar ventaja de los conocimientos sobre cómo funciona el cerebro integrado con la medicina, la psicología, la sociología y la antropología en un gran intento de potenciar y mejorar tanto los procesos de enseñanza como los de aprendizaje (Mora, 2013).

Neuroeducación es, por otra parte, un campo de



la neurociencia (neurociencia definida por Wolf Singer en 1985, como una ciencia que integra el conocimiento de algunas disciplinas tales como neurofisiología, neuroanatomía, neuroembriología, neuroendocrinología, neuropsicología, etcétera) nuevo, abierto, lleno de grandes posibilidades que debe necesariamente proporcionar herramientas útiles para la enseñanza y el aprendizaje (grupal e individual).

Por otra parte, es sabido que la neurociencia del siglo XXI, y en especial la neuropsicología infantil, ha puesto en jaque las prácticas educativas que se vienen llevando a cabo en las escuelas y en la práctica de la psicopedagogía clínica. Los múltiples hallazgos neurocientíficos demuestran acabadamente que algunos de los quehaceres tradicionalmente aceptados tanto en el campo de la educación como en el campo de la psicopedagogía van diametralmente opuestos a lo que los cerebros de los niños y de los adolescentes necesitan imperiosamente. En la actualidad, el verdadero reto es educar y tratar psicopedagógicamente a los niños y jóvenes para un mundo nuevo, bajo la luz científica que arroja la neurociencia en los procesos de enseñanza-aprendizaje que ocurren en el cerebro humano (Landívar, 2012).

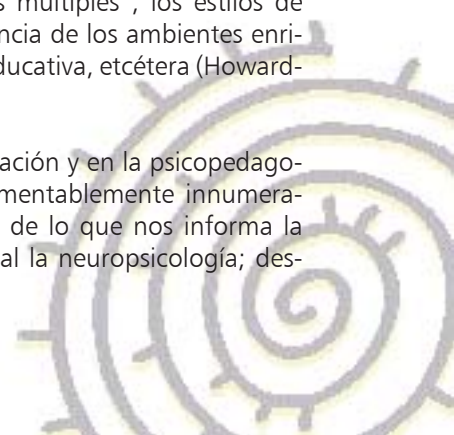
Las modernas investigaciones sobre el cerebro no pretenden de ningún modo crear nuevas metodologías pedagógicas, sino la comprensión de los procesos neuropsicológicos para aprovechar al máximo cada una de las etapas del neurodesarrollo humano y a su vez responder a las necesidades particulares que se presentan en cada una de ellas (Landívar, 2012).

Pero es importante reconocer que el diálogo entre la neurociencia y la educación aún está en su infancia (Howard-Jones, 2011); también, los llamados neuromitos (tipos engañosos de saberes recibidos) arriban y se arraigan en la educación; esos neuromitos han tenido una influencia importante en las configuraciones de los enfoques y percepciones de los docentes acerca de la neurociencia y su papel potencial en la educación (al igual que en la clínica psicopedagógica) (Howard-Jones, 2011). Para deshacer algunas de estas ideas y entender mucho mejor la vinculación entre la neurociencia y la educación (y el quehacer psicopedagógico), es importante mencionar algunas de las neuromitologías más destacadas de los últimos tiempos. No obstante, el sentido utilizado en este escrito, el término “neuromito” se refiere muy particularmente a un argumento sobre el encéfalo, formado y reformado por innumerables narraciones, y no tanto a una idea fundamentalmente errónea.

Por lo general, los neuromitos tienen origen en una idea científicamente auténtica, pero poco a poco se convierten en un concepto deformado y gracias al aspecto de autenticidad primitiva (y residual) se mantienen y difunden a lo largo del tiempo.

Pueden entenderse hoy como neuromitos la teoría de las “inteligencias múltiples”, los estilos de aprendizaje, la importancia de los ambientes enriquecidos, la gimnasia educativa, etcétera (Howard-Jones, 2011).

En resumen, en la educación y en la psicopedagogía, han proliferado lamentablemente innumerables neuromitos acerca de lo que nos informa la neurociencia, en especial la neuropsicología; des-



de la necesidad de ambientes hiperestimuladores en los años infantiles, hasta la existencia de múltiples inteligencias, la gran eficacia de la enseñanza sistematizada acorde con los estilos de aprendizaje de los alumnos, entre muchos otros. Todo esto forma parte de la apropiación de un lenguaje pseudocientífico con el fin de promover algunos enfoques educativos o psicopedagógicos no sólo inevaluables sino profundamente ineficaces e ineficientes. Por otra parte, además de estos neuromitos específicos de la educación o de la psicopedagogía, en estos campos también proliferan otras concepciones erróneas, tales como los efectos de distintas bebidas y alimentos con “grandes beneficios” para las funciones cerebrales, entre ellas las emociones, el aprendizaje, la memoria, la atención, el lenguaje oral, la percepción, la psicomotricidad...

Para finalizar queremos señalar que las innovaciones educativas o psicopedagógicas que incluyen conceptos neurocientíficos válidos son un fenómeno relativamente reciente y reconocemos que los retos implicados son muy considerables. No obstante, hay que prever también que los progresos en este campo se aceleran día a día con el incre-

mento de las serias investigaciones en neurociencia. Se esperan, a corto y mediano plazo, nuevos y positivos cambios en la educación y en la psicopedagogía a través de una colaboración adecuada entre las neurociencias (conductuales y no conductuales) y las ciencias de la educación constituyendo la verdadera neuroeducación del futuro.

Temas tan relevantes como la plasticidad cerebral, el papel del pensamiento recursivo y el pensamiento abstracto, la atención, la memoria, las destrezas de procesamiento fonémico en los procesos de adquisición de la lectura y en la explicación de sus dificultades, la creatividad, la visualización, la aritmética inicial, la motivación, la inteligencia, las funciones ejecutivas, la neuroética, el aprendizaje socio-emocional, la reflexión, la conciencia, etcétera; son todos ellos “constructos” neurocientíficos a la espera de ser transmitidos y valorados por los docentes y por los profesionales de salud mental con el fin de ser adecuadamente utilizados en los próximos años a favor del desarrollo de la cognición y la afectividad de todos y cada uno de los seres humanos que habitan hoy nuestro planeta.



**BIBLIOGRAFÍA**

ARNEDO, M., BEMBIBRE, J. Y TRIVIÑO, M. (2013): NEUROPSICOLOGÍA. A TRAVÉS DE CASOS CLÍNICOS. MADRID: MÉDICA PANAMERICANA.

CARMINATI, M. Y WAIPAN, L. (2012): INTEGRANDO LA NEUROEDUCACIÓN AL AULA. BUENOS AIRES: BONUM.

HOWARD-JONES, P. (2011): INVESTIGACIÓN NEUROEDUCATIVA. NEUROCIENCIA, EDUCACIÓN Y CEREBRO: DE LOS CONTEXTOS A LA PRÁCTICA. MADRID: LA MURALLA.

LANDÍVAR, A.M. (2012): NEUROEDUCACIÓN: EDUCACIÓN PARA JÓVENES BAJO LA LUPA DE MARÍA MONTESSORI. BUENOS AIRES: BRUJAS.

LIPINA, S. Y SIGMAN, M. (EDITORES) (2011): LA PIZARRA DE BABEL. PUENTES ENTRE NEUROCIENCIA, PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN. BUENOS AIRES: LIBROS DEL ZORZAL.

MORA, F. (2013): NEUROEDUCACIÓN. SOLO SE PUEDE APRENDER AQUELLO QUE SE AMA. MADRID: ALIANZA.

PORTELLANO, J.A. (2005): INTRODUCCIÓN A LA NEUROPSICOLOGÍA. MADRID: MC GRAW-HILL.

PATERNO, R.M. (1994): NEUROPSICOLOGÍA INFANTIL: HOY. ARTÍCULO DE LA REVISTA "MARE NOSTRUM". BUENOS AIRES-ROMA. AÑO 2. N° 2.

PATERNO, R. M. Y EUSEBIO, C.A. (2005): NEUROPSICOLOGÍA INFANTIL Y NEUROEDUCACIÓN. EN REVISTA: "EL CISNE". BUENOS AIRES. AÑO XV. N° 177.

PATERNO, R.M. Y EUSEBIO, C.A. (2003): NEUROPSICOLOGÍA INFANTIL: SUS APORTES AL CAMPO DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL. EN REVISTA: "TERREMOTOS Y SOÑADORES". PUBLICACIÓN DE LA FUNDACIÓN TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD. BUENOS AIRES. N° 5.

PATERNO, R.M. Y EUSEBIO, C.A. (2007): ALGUNAS PERSPECTIVAS EN NEUROEDUCACIÓN. EN REVISTA: "TERREMOTOS Y SOÑADORES". PUBLICACIÓN DE LA FUNDACIÓN TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD. BUENOS AIRES. N° 12.

SCANDAR, R.O. Y PATERNO, R.M. (2010): DIFICULTAD DE APRENDER. CÓMO ATENDER DISCAPACIDADES Y TRASTORNOS DE APRENDIZAJE. BUENOS AIRES: EDIBA.

DISERTACIÓN REALIZADA EN EL MARCO DEL SEGUNDO CONGRESO INTERNACIONAL DE CHILE – NOVIEMBRE DE 2014.



# Experiencias infantiles tempranas: Fajado y telefagia en bebés

*Early childhood experiences: Swaddled and telefagia on babies*

**Carolina Casterá, Sofía de León, Lucía de Pena, Lucía Lago y María José Rodríguez**

## DATOS DE LAS AUTORAS

Todas ellas son miembros del Equipo Docente de la Asignatura Introducción a la Psicomotricidad de la Licenciatura en Psicomotricidad, Escuela Universitaria de Tecnología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de la República(Uruguay).

**Carolina Casterá** es Licenciada en Psicomotricidad. Se desempeña en el área de experiencias oportunas con niños de 0 a 24 meses (CAIF), Programa Nacional de Discapacidad (Ministerio de Desarrollo Social) y Proyecto "Mil días de igualdad para los niños canarios" (Intendencia de Canelones).  
Dirección de contacto: carocastera@gmail.com

**Sofía de León** es Licenciada en Psicomotricidad. Se desempeña en el ámbito educativo en primera infancia y en la clínica psicomotriz de niños y adolescentes.  
Dirección de contacto: sofiadleongonza@gmail.com

**Lucía de Pena** es Licenciada en Psicomotricidad y Licenciada en Psicología. Asistente de Introducción a la Psicomotricidad y Desarrollo Psicomotor; y Asistente del Área de Diagnóstico y Tratamiento Psicomotriz del Ciclo Vital en la Licenciatura en Psicomotricidad de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica. Asistente de la Unidad Académica de Bioética en Facultad de Medicina, Universidad de la República.  
Dirección de contacto: ludepena@gmail.com

**Lucía Lago** es Licenciada en Psicomotricidad.  
Dirección de contacto: lulilago25@gmail.com

**María José Rodríguez** es Licenciada en Psicomotricidad. Se desempeña en el área de Atención Primaria en Salud en primera infancia y en el abordaje clínico interdisciplinario con dificultades en el desarrollo.  
Dirección de contacto: mariajoserodrod@hotmail.com



## RESUMEN

La práctica del fajado de bebés y la práctica de la telefagia son dos experiencias infantiles que más allá de sus diferencias, tienen un punto en común: el efecto en el campo tónico-pósturo-motor.

Se ha subrayado la importancia capital de la fluctuación tónica, en su íntima relación con las emociones, como reguladora de las relaciones con el campo humano y como soportes vitales del desarrollo afectivo y cognitivo.

Ambas prácticas, fajado y telefagia, ofrecen una experiencia corporal ligada a la continuidad de los estímulos que no son regulados desde el campo humano, y que no fluctúan ni se discontinúan.

Ni el fajado ni el consumo de televisión son en sí mismos nocivos para el desarrollo, sino que es su exceso el que nos alerta, en tanto dificultad adulta para ofrecerse como material humano sobre el que construir la experiencia corporal.

Palabras clave: Bebés, prácticas de crianza, fajado, telefagia, experiencia corporal, fluctuación tónica

## ABSTRACT

The practice of swaddling of babies and the practice of the "telefagia" are two children's experiences that, beyond their differences, have something in common: the effect on the tonic-postural-engine field.

It highlights the importance of tonic fluctuations in its intimate relationship with emotions, as a regulator of relations with the human field and as life support of the affective and cognitive development.

Both practices, swaddled and telefagia offer a body experience linked to the continuity of the stimuli that are not regulated by the human field and do not fluctuate or discontinue.

Nor swaddled or television consumption are themselves harmful for development, but is its excess that alerts us, while adult difficulty offered as human material on which to build body experience.

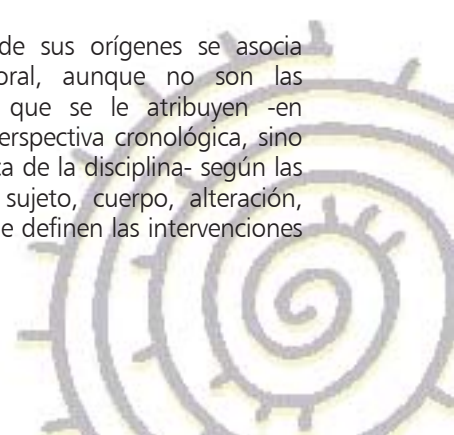
Key words: Babies, parenting practices, swaddled, telefagia, body experience, tonic fluctuation

•• ————— ••  
(...) *ese extraño esencial que es el otro.*  
Henri Wallon.

En el presente trabajo intentaremos vincular dos experiencias infantiles en apariencia muy disímiles, pero que nos permitirán poner de relieve el destacado lugar que ocupa la experiencia corporal en el proceso de construcción del cuerpo. Éstas son, la práctica del fajado de bebés y los llamados bebés teléfagos. Por telefagia nos referimos a un concepto que surge del "Llamado para firmar una moratoria contra los bebés teléfagos" (Tisseron, Delion, Golse y Moro, 2007) y que se refiere al consumo excesivo de televisión por

parte de los bebés.

La psicomotricidad desde sus orígenes se asocia a la experiencia corporal, aunque no son las mismas connotaciones que se le atribuyen -en función no sólo de la perspectiva cronológica, sino fundamentalmente lógica de la disciplina- según las conceptualizaciones de sujeto, cuerpo, alteración, cura, que subyacen y que definen las intervenciones psicomotrices.





En esta oportunidad nos interesa destacar la dimensión de la experiencia tónico-emocional, que inaugura la dimensión social del cuerpo, que dialécticamente transforma y se transforma con relación a otro.

Toda experiencia por la que transita el bebé (aunque no es privativo del bebé, sino más bien estructurante de la especie humana) tiene un correlato tónico-emocional que en simultáneo -al decir de Wallon (1979)- permite acceder a la conciencia de sí, a la vez que permite ubicar al otro como semejante y como diferente. La función de la emoción es a la vez la de ligar al bebé al mundo humano e impulsar el complejo proceso de construcción de la conciencia de sí, correlativo al complejo proceso de discriminación del otro.

En palabras de Wallon (1979):

*"Mientras que el animal joven, a veces al precio de ejemplos y de provocaciones maternas, ajusta directamente sus reacciones a las situaciones del mundo físico, el niño continúa durante meses y años sin poder satisfacer en lo más mínimo sus deseos, salvo por medio del otro. El único instrumento del niño habrá de ser, pues, el que lo pone en relación con el ambiente, es decir, aquellas de sus propias reacciones que suscitan estas conductas o las contrarias. Desde las primeras semanas y desde los primeros días se constituyen encadenamientos de donde habrán de surgir la primeras bases de lo que servirá para las relaciones interindividuales. Las funciones de expresión preceden en mucho a las de realización. Previamente al lenguaje propiamente dicho, son estas funciones que marcan al hombre: animal esencialmente social"* (p. 57).

Wallon (1979) pone de relieve la relación entre la capacidad del tono muscular de fluctuar y la

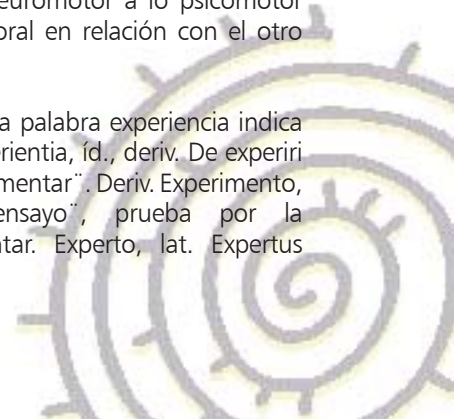
posibilidad -que por ello mismo inaugura- de afectar al otro, a través de la transformación del campo postural.

El recién nacido se caracteriza por una gran impericia en las funciones instrumentales que lo ponen en relación con el medio, por contraposición a una gran pericia en convocar a ese *"extraño esencial que es el otro"* (Wallon, 1987, 116) a través de la fluctuación tónica, que afecta al otro y desde la cual el otro responde.

El equipamiento neurobiológico ofrece esa posibilidad de fluctuar y es desde ahí que el bebé empieza a conocer de sí a través del otro. Las fluctuaciones tónicas resuenan en el registro emocional y el bebé empieza a ligar las vivencias corporales con las vivencias emocionales, en tanto hay un otro que en un acto humanizante recubre de sentido el campo tónico-postural. El origen común de todas las actitudes motrices y mentales, afectivas e intelectuales, es la dimensión tónico-emocional. La trama del tono muscular, desde su dimensión relacional, lanza hacia el derrotero afectivo y cognitivo, organizando el campo de la experiencia sensible con los otros y con los objetos.

Las experiencias se difractan desde el equipamiento neurobiológico, a la vez que lo transforman a partir de complejos procesos de maduración y aprendizaje. Es en el pasaje de lo neuromotor a lo psicomotor que la experiencia corporal en relación con el otro adquiere significado.

La etimología latina de la palabra experiencia indica que: "Tom. del lat. Experientia, íd., deriv. De experiri "intentar, ensayar, experimentar". Deriv. Experimento, lat. Experimentum "ensayo", prueba por la experiencia"; experimentar. Experto, lat. Expertus



“que tiene experiencia”, participio de *experiri*. Perito, lat. *Peritus* “experimentado”, “entendido”, deriv. del mismo primitivo que *experiri*; peritación, pericia, lat. *Peritia*; pericial; imperito.” (Coromines, 2009, 242). Experiencia, experimento, intento, pericia, ensayo, aparecen ligados en su raíz latina.

¿Experiencia que posibilita la pericia? ¿Qué es la pericia corporal? Decíamos antes, que el objeto de estudio de la psicomotricidad es una construcción socio-histórica, entonces: ¿es la misma pericia de la que hablamos en los orígenes de la disciplina que ahora? ¿Todos los psicomotricistas hablamos de la misma pericia?

Entendemos la pericia como la posibilidad de conquistar el cuerpo como herramienta de intercambio eficaz con el campo humano y el campo físico. Cuerpo como espacio de integración somatopsíquica desde el cual efectivizar los intercambios que nos permiten adaptarnos con flexibilidad en el largo proceso hacia la autonomía relativa.

Podemos pensar que el saldo de la experiencia es la pericia, ¿o puede ser la impericia? No toda experiencia redundante favorablemente en la estructura psicomotriz. En el campo de la clínica psicomotriz, ¿la impericia se asociaría al síntoma psicomotor? Es decir, a los obstáculos, a las detenciones y a los retrocesos, que si bien son constitutivos del proceso de desarrollo, su intensidad y su fijeza, asociado al sufrimiento que comienza a instalarse, merecen su atención.

Es muy habitual, en el uso corriente, que las palabras exploración y experiencia se usen de modo indiscriminado.

Entendemos que la exploración es búsqueda de estímulos variados que se presentan desde el campo

humano y físico. Esta búsqueda tiene según Winnicott (1975) su origen en un impulso vital del recién nacido hacia el desarrollo, que lo lleva a dirigirse hacia el medio circundante. Es de importancia aclarar que las experiencias corporales a las que nos remitimos serían el saldo dinámico de los intercambios con ese medio.

La práctica del fajado del bebé se remonta según la literatura al siglo XIV, que en la actualidad retorna y se coloca como una práctica lentamente en auge, aunque enmarcada en un discurso bien diferente, un discurso posmoderno del bebé como objeto de consumo.

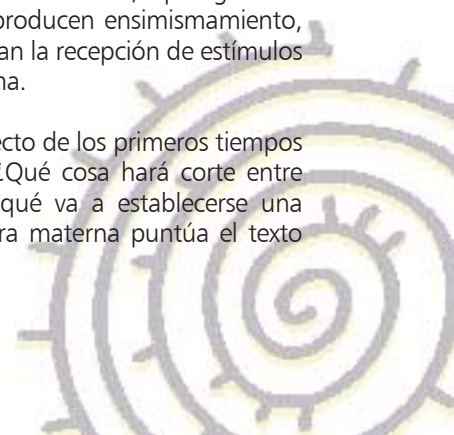
La experiencia infantil de la televisión se remonta a la década del 20' y en la actualidad también se ve atravesada por la posmodernidad, otorgándole algunas particularidades que merecen atención.

Decíamos que son experiencias disímiles, pero que analizadas como experiencia corporal tienen un lado en común: la continuidad de los estímulos que no son regulados desde el campo humano y que no fluctúan ni se discontinúan.

La faja que ofrece un estado de tensión y un límite corporal estático y que resiste siempre del mismo modo a las fluctuaciones tónicas del bebé.

Los estímulos visuales y sonoros de la pantalla luminosa que no se discontinúan, que generan niveles de tensión que producen ensimismamiento, adherencia y que dificultan la recepción de estímulos ajenos a la pantalla misma.

Dice Bergés (1998) respecto de los primeros tiempos del bebé y su madre “¿Qué cosa hará corte entre ambos cuerpos? ¿Con qué va a establecerse una distancia? (...) La palabra materna puntúa el texto corporal.” (p.1-2)



*"La palabra puntúa"* expresa Bergés (1998), inscribe, pausa, significa, discrimina, diferencia, ordena el campo de la experiencia tónica-postural.

En la posibilidad de inscripción que ofrece el organismo para abrir el juego al cuerpo es que la madre va a puntuar, desde la dimensión simbólica, desde la palabra verbal, pero también desde el sostén, la mirada, la postura o desde la ausencia de respuesta.

En palabras del mismo autor: *"La posición de la madre o su reemplazante de muy pequeño consiste en cumplir todas las funciones. Función nutricia, de desplazamiento, soporte, aseo y calentamiento. Les propongo considerar a la madre en este momento una diálisis externa"* (Bergés, 1998). (p.1)

Diálisis como metabolizadora de la experiencia corporal que en el pequeño resulta desbordante, sensaciones que provienen del interior del cuerpo enunciando malestares ligados al hambre, el dolor, la incomodidad, sensaciones que provienen del encuentro con estímulos externos ligados a la luz, al ruido, al frío, al calor, que pueden resultar intolerables por excesivos.

Entendemos el proceso de construcción del cuerpo (de Pena, Diez y Gribov, 2009) desde la compleja articulación de:

- Equipamiento neurobiológico.
- Discursos en torno al cuerpo.
- Campo de la experiencia significativa con relación a otro

Vamos a tomar el eje del campo de la experiencia, en el entendido de que el proceso de construcción del cuerpo se gesta desde la compleja articulación de las tres dimensiones.

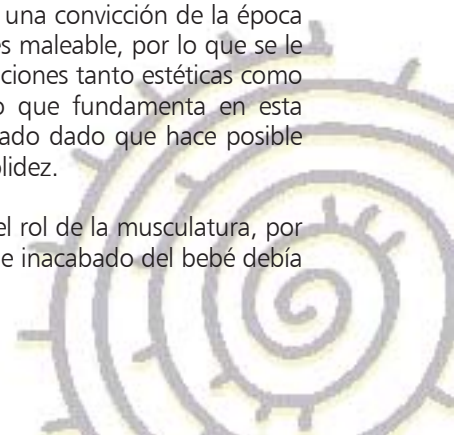
### **Práctica del fajado (reseña histórica)**

La práctica del fajado ha sufrido modificaciones a lo largo de la historia, formando parte de las prácticas de cuidado y crianza de los niños, las cuales emergen y encuentran su fundamento en diversas concepciones acerca de la infancia y la salud, entre otras. Nos proponemos analizar cómo esta práctica en el bebé afecta el campo de la organización tónico-pósturo-motriz y por tanto su posibilidad de construcción corporal, inserto en un vínculo fundante de esa construcción.

El fajado es una práctica que se lleva a cabo desde épocas remotas, anteriores al Renacimiento, fundamentada en múltiples creencias y proyecciones del adulto hacia el niño. Consiste en una serie de acciones destinadas a envolver el cuerpo, a veces con fajas apretadas en el cuerpo e incluso en la cabeza, encontrándose variabilidad en el modo de practicarlo y en el tiempo de uso.

Desde la época de Aristóteles hasta el siglo XVI, la procreación constituye un misterio. La medicina hipocrática intenta resolver dicho enigma sosteniendo que el cuerpo del pequeño irá tomando su forma a través de un proceso de solidificación progresiva, pasando desde un estado líquido a uno sólido. Proceso que postula se inicia en la etapa embrionaria intermediado por la sangre de la madre y continúa luego del nacimiento a través del amamantamiento (Parrat-Dayan, 2012). Es una convicción de la época que el cuerpo del niño es maleable, por lo que se le puede imprimir deformaciones tanto estéticas como simbólicas; pensamiento que fundamenta en esta época la práctica del fajado dado que hace posible que el cuerpo consiga solidez.

En el siglo XVI se niega el rol de la musculatura, por lo que el cuerpo blando e inacabado del bebé debía



sostenerse y dar forma desde el exterior. El fajado surge entonces como una técnica que modela y endereza el mismo. Estudios obtenidos de los siglos XVI y XVII, permiten dar cuenta de la manera de realización de dicha práctica en este período, fajándose a los niños por entero desde el primer al cuarto mes de vida, sin posibilidad de movimiento, continuando luego dicha práctica durante seis a nueve meses más ya con los brazos liberados.

En el año 1565 se publica la primera obra de pediatría escrita en francés que trata sobre el cuidado de los niños, titulada *Cinco libros sobre la alimentación y cría de los niños desde el nacimiento*. Constituye uno de los primeros clásicos de la historia de la pediatría escrita en francés, realizada por el médico Simón de Vallambert. En la misma se recomienda la técnica del fajado siguiendo un procedimiento detallado, descrito por el autor. Esta técnica se basa en lineamientos de la "medida justa" -ni muy apretada ni muy holgada la faja- y la compresión debe ser homogénea a lo largo del cuerpo, permitiendo de esta forma según asevera, la prevención de deformaciones corporales y la libre circulación de los humores (Parrat-Dayán, 2012). Cabe mencionar que el pensamiento de esta época y la siguiente con respecto a la salud se encuentra asociado a la libre circulación de los humores, con lo cual se alcanza la homeostasis.

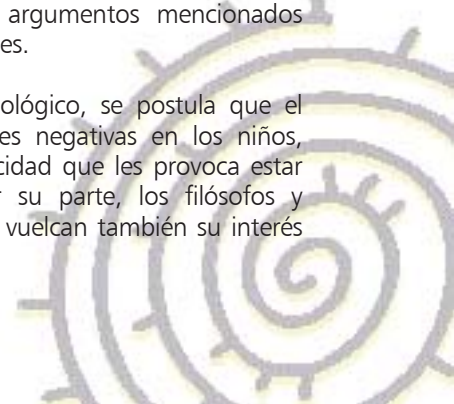
En el siglo XVIII son característicos los fajados con vendas envueltas a una tabla lisa, estando sujeta la cabeza para que adquiera una forma alargada. La liberación de los brazos tiene ahora lugar a partir de la tercera o cuarta semana de vida, dejándose de fajar al niño entre los nueve y doce meses de vida. Se comienza a identificar una prevalencia de problemas de higiene y salud, teniendo los niños fajados con frecuencia, invasiones de piojos y parásitos,

enfermedades dermatológicas con erupciones de la piel y picazón (Parrat-Dayán, 2012).

En este marco se comienza a condenar dicha práctica, motivada por dos argumentos fuertes. Por un lado, un cambio de pensamiento que postula que la libre movilidad permite la circulación de los humores, siendo vinculada a lo saludable. Por otra parte, aparece un reconocimiento del rol de la musculatura y la contribución que tiene el movimiento en el enderezamiento del cuerpo, existiendo un medio de contención interna y una dinámica del mismo. En esta línea encontramos a J. Ballexerd (en Parrat-Dayán, 2012), médico suizo, quien asevera que las deformaciones corporales pueden ser evitadas si se deja a la "naturaleza la libertad de conducir y dirigir su obra sin pena y sin obligación forzada" (p.364), expresando su total desacuerdo con la práctica del fajado.

Se reconocen también otras consecuencias negativas acarreadas por esta técnica tales como dificultades en el crecimiento, excreciones abundantes, vómitos, convulsiones, incluso la muerte, existiendo un número importante de médicos que hayan las causas en la manera de ejecutar el fajado, dirigiendo la responsabilidad a las nodrizas y sus prácticas de cuidado. En ciertas regiones las indicaciones del momento apuntan al desarrollo de un sistema que brinde mayor libertad de movimiento dentro del fajado. El público objetivo es ahora la madre. Como se puede apreciar los argumentos mencionados enfatizan aspectos sociales.

Desde un enfoque psicológico, se postula que el fajado motiva emociones negativas en los niños, contrariamente a la felicidad que les provoca estar exentos de ropaje. Por su parte, los filósofos y naturalistas de la época vuelcan también su interés



por la práctica. Así J. J. Rousseau (en Delval, 2000), pensador suizo de notable influencia para épocas posteriores, fundamenta su condena en un discurso moral, relacionando la libertad física con una libertad individual propia de la naturaleza humana. El fajado impide los movimientos libres, necesitando el niño desde muy pequeño explorar y conocer el mundo a través de sus sentidos. Tal como se puede apreciar, en este período priman los aspectos morales, sostenidos por el principio de libertad y una vuelta a la naturaleza.

El siglo XIX continúa la condena al fajado. La ciencia, ubicada como organizadora de la relación madre-niño, adjudica ahora la responsabilidad a la madre, quien venía cumpliendo dicha tarea desde hace un tiempo. El discurso médico encuentra sus argumentos en la ignorancia de la misma así como en la higiene. La limpieza, simplicidad y libertad constituyen aspectos del modelo higienista y responden a la conducta de orden social, pudiendo facilitarse con la utilización de un ropaje liviano, por lo que paulatinamente desde mediados del siglo XX la práctica del fajado desaparece.

En 1990, resurge como práctica con una fundamentación psicológica, permitiendo reproducir la bolsa uterina del período final de gestación, pudiendo el bebé estar contenido dentro del mismo en un espacio limitado y de sosiego. Experiencias de laboratorio de seguimientos a corto plazo han indicado que el fajado facilita la conciliación del sueño, aumenta el tiempo de dormir y calma al niño. Por otra parte, otro estudio revela que los niños lloran menos, son introvertidos e inactivos (Parrat-Dayan, 2012).

En este viaje por la historia del fajado se pudieron dilucidar posturas a favor y en contra de esta

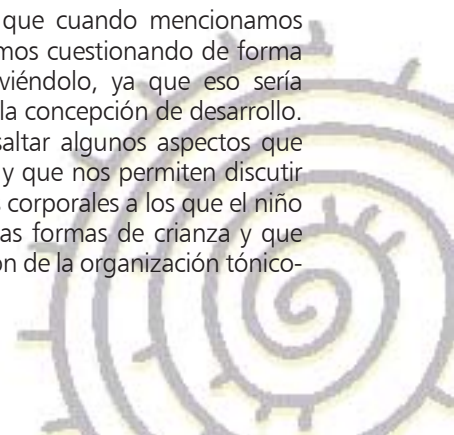
práctica, diferentes modos de realizarla, lo cual responde tal como mencionamos previamente, a sistemas ideológicos y conceptuales propios de cada época y cultura, a condiciones climáticas, progresos tecnológicos, cobrando sentido en el contexto particular. Como se pudo apreciar, en ciertos períodos toma una dimensión casi universal, formando parte de la vida cotidiana, siendo en otras ocasiones censurada fuertemente.

Las fluctuantes concepciones de la infancia han llevado a que las prácticas de crianza sean diversas y con éstas, las experiencias tónico-emocionales y las posibilidades brindadas al pequeño para vivenciar experiencias que contribuirán de manera particular en la construcción de su organización tónico-pósturo-motriz. El fajado en mayor o menor tenor según su estilo, conduce a un conocimiento e intercambio con el entorno a través de canales visuales y auditivos e inhibe el uso del movimiento libre y la exploración para descubrir y transformar el mundo.

### **Algunas incidencias del fajado en el desarrollo psicomotor**

Trataremos en este apartado de tomar en cuenta algunos puntos de la práctica del fajado que nos permitan discutir acerca de su incidencia en algunos aspectos del desarrollo psicomotor.

Es importante destacar que cuando mencionamos la práctica en sí no estamos cuestionando de forma lineal su uso ni promoviendo, ya que eso sería incurrir en desmedro de la concepción de desarrollo. Nuestra intención es resaltar algunos aspectos que la práctica deja entrever y que nos permiten discutir acerca de ciertos sucesos corporales a los que el niño es "sujeto" en las diversas formas de crianza y que inciden en la construcción de la organización tónico-



postural, base de la construcción de sí.

El entorno actúa como un organizador de los estímulos existentes entre el sistema sensorial y el sistema motor a través de las prácticas sobre el cuerpo que aparecen como experiencias que dejan huella y marcan una accionar sobre el entorno.

Entre la tensión y la distensión, el toque y el no ser tocado, el frío y el calor, el estar boca arriba o boca abajo, se van creando matices de experiencia que construyen la organización tónico-pósturo-motriz en función de una sensorialidad que en un comienzo es difusa.

Como señala Bergés (1979), es la presencia del otro quien significa en ese universo difuso -que es la experiencia del bebé- un movimiento, un sonido, que afecta de tal forma su sensorialidad, su motricidad, el tono muscular y que repetido en el tiempo crea una experiencia determinada que es conocida y puede ser anticipada. Es en la pluralidad de las experiencias que abarcan espectros cada vez mayores donde se va dando sentido y forma al cuerpo y no en su polarización. Vale decir: la experiencia no se construye en el toque permanente o en el no ser tocado, en moverse o no moverse, sino en las posibilidades existentes entre los pasajes de unas a otras.

¿Qué sucede entonces en el niño ante un fajamiento?  
¿Cómo es vivida la envoltura de todo el cuerpo de forma uniforme?

¿Qué experiencias determina esa presencia en el cuerpo que implica la faja en una rutina sostenida en el tiempo?

Algunos de los argumentos utilizados para el desarrollo de la práctica en sus inicios como en la actualidad se asocian al dar forma al cuerpo, ayudar a "solidificar" o brindar una vivencia de resguardo y de seguridad, ya sea para lograr un efecto tanto

a nivel de la estructura muscular como afectiva. Tomamos el término unificar, para dar cuenta no sólo de la intención sino de la experiencia en sí misma que guarda el fajamiento de un bebé.

### **Unificar.**

(Del lat. unus, uno, y -ficar).

1. tr. Hacer de muchas cosas una o un todo, uniéndolas, mezclándolas o reduciéndolas a una misma especie. U. t. c. prnl.
2. tr. Hacer que cosas diferentes o separadas formen una organización, produzcan un determinado efecto, tengan una misma finalidad, etc. U. t. c. prnl. (RAE, 2001).

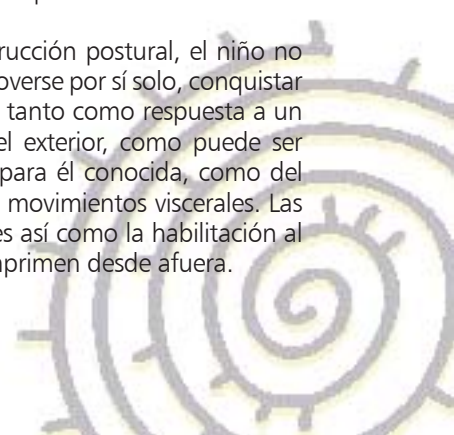
La práctica induce entonces, una vivencia de unificación, no como sinónimo de unidad exclusivamente, sino de homogeneización.

¿Hay lugar para la fluctuación en una práctica en la que prima la homogeneización?

¿Cuál es la experiencia del niño ante el fajado?

El envolvimiento permanente unifica el tono muscular, la sensorialidad de la piel y de la temperatura corporal. La presión es aplicada de igual forma sobre el cuerpo impidiendo una respuesta acorde a la necesidad del bebé. La faja, al no ser del orden de lo humano, no puede ejercer como diálisis, ni mediar respecto de las necesidades del pequeño, sino que brinda siempre la misma respuesta ante una vivencia de bienestar, de malestar, de irritación, o de placer.

En relación con la construcción postural, el niño no posee la capacidad de moverse por sí solo, conquistar diversas posturas, ya sea tanto como respuesta a un estímulo venido desde el exterior, como puede ser la de escuchar una voz para él conocida, como del interior, por ejemplo, los movimientos viscerales. Las modificaciones posturales así como la habilitación al movimiento "libre" se imprimen desde afuera.



La posibilidad de integración sensorio-motriz se ve restringida ante el fajado ya que implica una experiencia sin matices a nivel del tono muscular, el movimiento, la construcción de la postura en relación con la sensorialidad de la piel y el campo visual.

La homogeneización de la experiencia impide la pericia a la que hacíamos referencia más arriba, en tanto conquista del cuerpo como herramienta de intercambio. Un ejemplo de ello es que desde muy pequeño el niño logra distinguir las voces que le resultan familiares y responde gestualmente girando el cuerpo hacia la persona en cuestión y convocando, ya sea por la agitación del mismo o mediante un sonido.

Las experiencias corporales en la cuales el equipamiento neurobiológico se despliega en relación con el entorno se hacen menos posibles ante la faja que responde sistemáticamente igual ante cualquier necesidad del niño.

La homogeneización que brinda la faja polariza la experiencia corporal e impide la construcción de un registro en el cuerpo de vivencias disímiles que marquen una organización diferencial del tono y el movimiento en relación con la acción e intención.

Como forma de hacer referencia al encuentro tónico entre el niño y su cuidador como plataforma inaugural de la construcción corporal, traemos la siguiente figura que nos permite visualizar una situación diferente de fajado:

Montagu (1981), haciendo referencia al estudio de las diversas culturas y experiencias táctiles toma como punto de análisis la experiencia de los esquimales Netsilik:

*"De Boer escribe: inmediatamente después del parto la madre Netsilik coloca al recién nacido en el interior de la espalda de su attiggi (capuchón de piel) en una posición tal que el pecho y el vientre del*

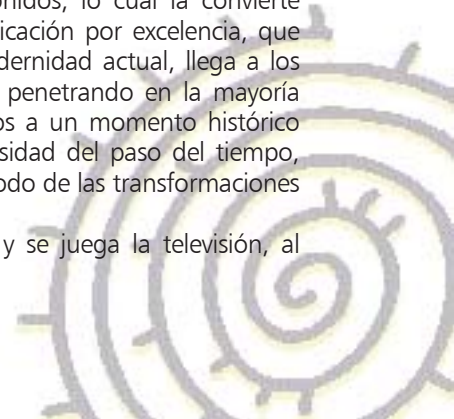
*niño se hallen firmemente apretados contra la piel materna, por debajo de los omoplatos (...) El niño lleva minúsculos pañales de piel de caribu, pero su piel desnuda reposa junto a la de la madre (...) cuando el niño se halla colocado en una postura adecuada la madre se ata una faja (...) cruzándose el tórax por encima de los pechos y debajo de las axilas. La madre y el lactante Netsilik mantienen entre sí una comunicación continua por intermedio de la piel. Cuando el niño siente hambre succiona la espalda de la madre manifestándole de este modo su necesidad. Y la madre responde colocándolo junto a su pecho y amamantándolo. La necesidad de actividad es satisfecha por los diversos movimientos a que el lactante se haya sujeto mientras su madre lleva a cabo sus quehaceres cotidianos. El lactante orina y defeca junto a la espalda de su madre, y está limpia los excrementos con el único fin de evitarle una fuente continua de malestar" (p. 184 -185).*

### **Práctica de la telefagia (reseña histórica)**

Siguiendo con la segunda práctica a la que hacíamos alusión en la introducción, a continuación puntualizamos algunos aspectos que nos parecen relevantes sobre el devenir histórico de la experiencia infantil vinculada a la televisión.

Para comenzar, diremos que la televisión es un sistema de comunicación que permite transmitir a distancia imágenes y sonidos, lo cual la convierte en un medio de comunicación por excelencia, que en el tiempo de posmodernidad actual, llega a los lugares más recónditos, penetrando en la mayoría de los hogares. Asistimos a un momento histórico signado por la vertiginosidad del paso del tiempo, de los cambios y sobre todo de las transformaciones tecnológicas.

En este contexto juega y se juega la televisión, al



estar modelada por las características, costumbres, creencias y valores del público al cual se dirige, pero a la vez, actuar como condicionante de las matrices de aprendizaje sobre las cuales se erige la subjetividad de cada uno de nosotros. Tan es así, que la televisión ha calado hondo en distintos ámbitos de la sociedad, generando una revolución cultural, en la que los niños y bebés son cada vez más un público objetivo altamente atractivo.

Analizando los orígenes de la televisión ligada a la infancia (Tisseron, 2007), observamos que entre la década del 40 y del 50 en Norteamérica se crea una emisión dirigida sólo a niños en una franja horaria específica, los sábados a la mañana.

En la década del 70, comienza la invención de productos derivados, esto es, la generación de insumos o beneficios extra a partir de un programa televisivo determinado. En un primer momento, estos productos derivaban realmente del programa, pero poco a poco comienza a invertirse la relación, siendo el contenido del programa creado en función de una combinación entre el producto que se pretende vender y las características del público al cual se dirige. Con este fin, las publicidades protagonizadas por niños o dirigidas a ellos, ocupan un lugar privilegiado y de gran extensión horaria dentro de los programas televisivos.

En los años 90, el llamado "factor capricho" comienza a jugar un rol esencial, al considerarse que éste aumentaba significativamente las compras parentales. La programación se dirige directamente a fomentar el consumo.

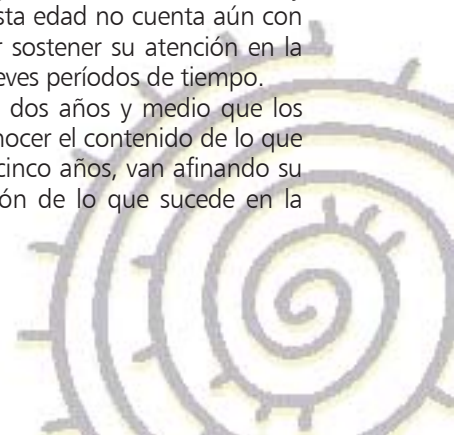
En el año 2000, aparecen cadenas de televisión dirigidas a bebés, con el predominio de programas repetitivos que dejan al pequeño "sujetado" a la pantalla luminosa. La televisión es promocionada

como un "aliado" de los padres. Los programas se presentan de un modo reasegurador, ya que están "diseñados específicamente" para los niños pequeños. Primeramente, se crea Baby TV, un canal con programación dirigida las 24 horas a niños menores de tres años. Años más tarde aparece Baby First, siendo hoy uno u otro canal emitido en muchos países del mundo.

La televisión, junto a otros sofisticados dispositivos tecnológicos, representa una compañía cotidiana y habitual en la vida de la mayoría de los niños, siendo su uso cada vez más desproporcionado y a edades más tempranas. En este marco sostenemos que la experiencia infantil actual se encuentra atravesada por la pantalla. Si bien no desconocemos que la televisión utilizada de forma adecuada y dosificada puede ser un instrumento de información, fuente de conocimiento y de aprendizaje, manifestamos preocupación porque cada vez más los niños se encuentran expuestos a la misma sin la presencia de un adulto que actúe como intermediario, sosteniendo, verbalizando, acompañando la experiencia vivida, ayudando de este modo a asimilar los estímulos generados por la misma.

Pensando en el desarrollo infantil, es importante tener presente que antes de los 6 meses de edad la pantalla genera tensión y fatiga psíquica en el bebé, lo que se expresa con signos de irritabilidad, llanto y balanceos. A su vez, a esta edad no cuenta aún con la capacidad para poder sostener su atención en la pantalla más que por breves períodos de tiempo.

Es recién a partir de los dos años y medio que los niños comienzan a reconocer el contenido de lo que ven y de aquí hasta los cinco años, van afinando su percepción y comprensión de lo que sucede en la pantalla.





Sin embargo, el niño continuará siempre mirando desde un punto de vista que privilegia la forma con relación al contenido, sobre todo narrativo. Esto se relaciona con el rápido movimiento de los personajes, el cambio de fondo y colores, la repetición de estímulos, lo imprevisible de cada escena, los efectos sonoros, las voces extrañas, etc. Todo esto hace que el bebé quede "adherido" a la pantalla sin posibilidad de procesar la experiencia, a la vez que hace a imágenes y sensaciones afectivas rápidas, frágiles, repetidas, fragmentadas y simultáneas. Se privilegia la sensorialidad en desmedro de la representación y la palabra, a la vez que se fomenta la inmediatez de la respuesta.

¿Cómo construye el niño la capacidad de tolerar la ausencia, la espera, la frustración, el aburrimiento? Es necesario que el pequeño llegue a sentir estas emociones, que le generen un conflicto y busque por sí mismo la forma de resolverlos. Este aprendizaje, se juega fundamentalmente en la interrelación humana y es sustancial que el niño lo vivencie, lo ensaye, para luego extrapolarlo a otros niveles. La experiencia corporal del niño es la base para construir su pensamiento. La televisión somete al niño, cuya necesidad esencial es el movimiento, la acción y la relación con otro, a una situación de pasividad y absorción de estímulos sin poder analizar y utilizar esas imágenes de forma creativa.

¿Dónde queda el tirarse al piso, armar un refugio, construir una casa, jugar con otro, compartir lo familiar? Ese campo de experiencia significativa con relación a un otro humano.

### **Algunas incidencias de la telefagia en el desarrollo psicomotor**

Como planteamos inicialmente pensando en el papel que juega la experiencia significativa en el proceso de construcción corporal, nos interesa analizar:

¿Qué impacto genera la experiencia de telefagia sobre el cuerpo del bebé?

¿Cómo se estructura el desarrollo psicomotor de un bebé frente a las imágenes que no dejan de mirarlo?

En primera instancia podemos decir que hay una modificación del campo de la experiencia y por tanto una inevitable incidencia en el proceso de constructividad corporal.

¿Pericia o impericia?, ¿mediador u obstáculo?

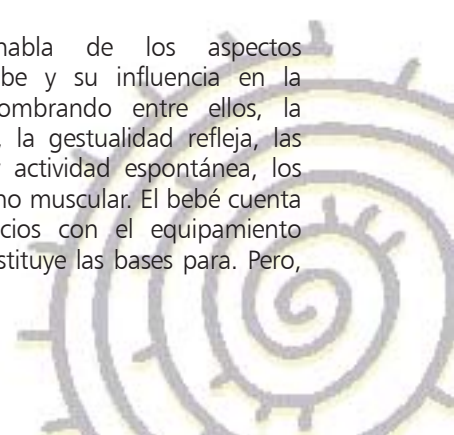
Preguntas que nos interpelan a reflexionar sobre el ajuste o no posible entre las cualidades del estímulo televisión y la etapa del desarrollo por la que un bebé transita.

¿Qué se juega en los primeros años de vida? ¿Qué necesita un bebé? ¿Qué requiere de su entorno?

¿Cómo son los estímulos que produce la televisión? ¿Qué impacto aparente y qué impacto real implica sobre el cuerpo en construcción de un bebé? ¿Qué lugar viene a ocupar la televisión en la vida cotidiana? Preguntas amplias y difícilmente abarcables en forma breve, pero que constituyen puntos de partida para el análisis.

En los primeros dos años de vida el niño accede a grandes logros en un corto período de tiempo en las diferentes esferas del desarrollo, que implican el tránsito de un estado de dependencia absoluta a una dependencia relativa. Como expresamos en un comienzo, el otro ha de estar presente y resulta indispensable desde el inicio.

Jerusalinsky (1997) habla de los aspectos constitucionales del bebe y su influencia en la relación madre-hijo, nombrando entre ellos, la actividad refleja arcaica, la gestualidad refleja, las actividades posturales y actividad espontánea, los ritmos biológicos y el tono muscular. El bebé cuenta entonces desde los inicios con el equipamiento neurobiológico que constituye las bases para. Pero,



en un comienzo será necesariamente el entorno representado por su madre o quien ejerza dicha función, quien hará posible el tránsito paulatino desde el estado inicial de actividad refleja a la gestual, al movimiento intencionado que implica una búsqueda, un llamado. Posibilitando el pasaje desde la vivencia fragmentada de sensaciones hacia la de unidad corporal. Será posible la diferenciación entre los estímulos internos y externos, proceso esencial para acceder a la construcción del cuerpo propio, a la vez que comenzar a comprender el mundo externo. Será en la interacción con otro que se dará el pasaje de lo neuromotor a lo psicomotor.

En esta instancia, nos interesa detenernos particularmente en el tono muscular como aspecto constitucional del bebé que tiene como cualidad básica la posibilidad de fluctuar de forma refleja. Al ser leído por el entorno como un llamado, una acción, un cambio, una modificación y ser significado, se ofrece en el mejor de los casos una respuesta adaptada a la necesidad escuchada. Necesidad que encuentra de esta forma una manera de expresión y registro. Se establece entonces un primer diálogo, "diálogo tónico-emocional", que constituye, como plantea de Ajuriaguerra (1983), el preludio de la futura comunicación verbal.

Wallon (1975) expresa que "la emoción es el único medio de expresión del lactante que se encuentra frente a lo que lo rodea" (...) "establece así una comunión inmediata de los individuos entre sí, fuera de toda reacción intelectual. En consecuencia convienen a las situaciones y los agrupamientos en que las razones conceptuales son imposibles o no tienen vigor" (p. 136).

El diálogo tónico-emocional constituye la vía de comunicación inicial.

*"Esta noción corresponde al proceso de asimilación, y sobre todo, de acomodación, entre el cuerpo de la madre y el cuerpo del niño; el niño sostenido por la madre es palpitable muy precozmente en un intercambio constante con las posturas maternas; por su movilidad, busca su confort en los brazos que lo mantienen. Mantener no quiere decir estado fijo de mantenimiento, sino acomodación recíproca. El niño puede cambiar de postura para encontrar una sensación de bienestar, o para encontrar formas de regulación de la proximidad y de la distancia" (de Ajuriaguerra, 1983, 7-18).*

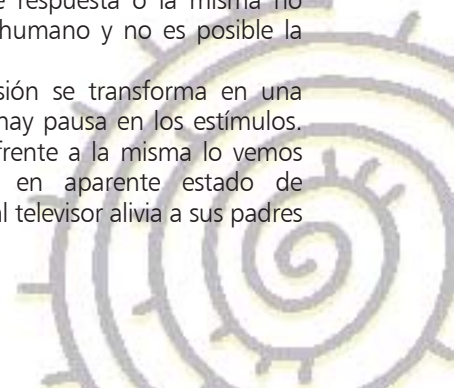
La capacidad de fluctuación tónica en presencia de un otro disponible constituye entonces la posibilidad de transformarse en mensaje a la vez que van inaugurando los primeros registros en la noción de cuerpo propio.

Nos interesa tomar este concepto como una de las formas posibles de responder a la pregunta inicial: ¿Qué entendemos que necesita un bebé para desarrollarse de forma saludable?

Podemos decir entonces: posibilidades de acomodación recíproca; hablando de fluctuación, de cambios, de búsqueda, de una dinámica de lo cóncavo y lo convexo. Hablamos en primera instancia de la presencia del otro, pero también de la justa ausencia, del silencio, de la pausa, que habilita el llamado.

¿Qué pasa cuando no hay pausa en el estímulo, cuando la continua presencia no habilita el llamado, cuando éste no obtiene respuesta o la misma no viene del campo de lo humano y no es posible la acomodación?

Cada vez más la televisión se transforma en una presencia continua, no hay pausa en los estímulos. Al observar a un bebé frente a la misma lo vemos "concentrado, inmóvil, en aparente estado de calma". Sentado frente al televisor alivia a sus padres



o cuidadores. Queda fascinado, hipnotizado por la presencia continua de los estímulos, los cuales cambian a una velocidad que el bebé no puede procesar. No hay pausa, espacio para resolver la tensión al generar una respuesta, no hay posibilidad para la acción que genera modificaciones en el entorno y a modo de reacción circular le va dando la posibilidad de dominarlo, de sentirse protagonista. El bebé mira un rostro que le sonríe en la pantalla, él luego va a sonreír pero el rostro no se va a modificar bajo el efecto de su sonrisa. Algo diferente aparece rápidamente en la pantalla, de tal manera que la situación emocional y sensorial de sonreír compartido está interrumpida y la cascada de estímulos genera una sobre-estimulación en soledad. La respuesta del entorno ante el llamado del bebé genera en él la sensación de eficacia, de que su accionar valió la pena, lo coloca en un rol activo, protagonista de su desarrollo.

Desde el tono muscular, ¿qué pasa cuando la tensión no logra ser leída por el entorno y habilitada en su resolución? ¿Qué pasa con las emociones?

Jerusalinsky (1997) plantea:

*"(...) el recién nacido a término, una vez normalizado su tono, lo cual por lo general sucede alrededor del quinto día de vida, presenta claras reacciones automáticas vinculadas a sus sensaciones de dolor y de placer. Frente al dolor y la incomodidad aumenta las contracciones, y las masas musculares se relajan durante el placer y la tranquilidad. Sin duda se trata de mecanismos constitucionales que ofrecen a la madre elementos para conocer el estado de su hijo en la medida que ella desea conocerlo"* (p. 57- 58).

Se plantea que este sistema de reacciones se mantiene durante pocos meses si no es apoyado por la función materna que le otorga una significación afectiva. Podemos decir que se aprende a registrar las

sensaciones corporales y es el entorno en un comienzo el que se adapta y da respuesta para posibilitar la resolución de la tensión y generar experiencias de placer. Luego será el niño quien podrá registrar sus estados, sensaciones, necesidades y modificar su accionar en función de este registro.

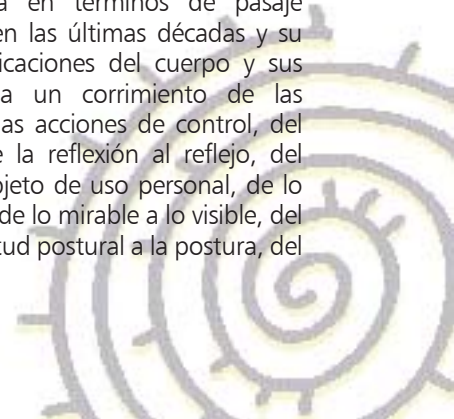
¿Puede la televisión significar las fluctuaciones tónicas, dar respuesta y habilitar la adopción de un rol activo?

Si no hay respuesta, ¿cómo se construye entonces la noción de cuerpo propio, el registro de las sensaciones, si se permanece en un rol pasivo, capturado por un flujo de estímulos que no pueden seleccionarse ni procesarse, en un continuo que no permite el registro de la diferencia?

Como dijimos anteriormente, por definición la televisión es un medio de comunicación. Nos preguntamos si puede cumplir en un bebé esa función o se coloca en el polo opuesto como obstáculo de la misma.

Al cuestionarnos qué lugar ocupan estas prácticas en la vida cotidiana de bebés y niños nos resulta indispensable contextualizarlas en el marco de un fenómeno socio-cultural característico de un momento histórico particular donde los cambios en las prácticas de crianza exceden claramente el hecho de poner a los bebés frente al televisor o fajarlos para aportar un sostén externo.

Calmels (2013) plantea en términos de pasaje los cambios acaecidos en las últimas décadas y su influencia en las modificaciones del cuerpo y sus manifestaciones. Plantea un corrimiento de las acciones de cuidado a las acciones de control, del acordar al consentir, de la reflexión al reflejo, del objeto compartido al objeto de uso personal, de lo escuchable a lo audible, de lo mirable a lo visible, del sabor al gusto, de la actitud postural a la postura, del



rostro a la cara, del contacto al tacto.

Refiere a un momento histórico caracterizado por una crisis en las funciones de crianza y plantea que la "introducción en el hogar de una pantalla destinada a la niñez", -podríamos agregar lo mismo en relación con la práctica del fajado-, "interactúa en forma ambivalente, ocultando y soportando esa crisis (...) "crisis como pérdida-fuga- de experiencias creativas, edificantes, interactivas. Crisis de la experiencia lúdica corporal de los adultos con los chicos, esto es, pérdida concreta de la práctica del cuerpo construyéndose y expresándose en el juego compartido" (Calmels, 2013, 68).

El valor que han adquirido los objetos de consumo, nos alejan del *homo favor*, del hombre hacedor, del contacto con el saber propio, el saber de las madres/ padres, las abuelas/abuelos. Podríamos decir que esto nos ha llevado a colocar el saber y el valor fuera del campo de lo humano.

Los cambios referidos no sólo a la tecnología sino a los diferentes ámbitos de la vida, resultan vertiginosos y tomando palabras de Calmels (2013) podríamos decir que nos encontramos respondiendo a ellos de forma refleja más que reflexiva porque en definitiva la naturaleza de los cambios nos precipita a esta modalidad.

Si bien la televisión como invención del hombre data de alrededor de los años veinte y comienza a propagarse en Latinoamérica en la década del cincuenta y a pesar de implicar desde un comienzo un cambio revolucionario en materia de comunicación, nunca como hoy ha ocupado un rol tan protagónico en la vida cotidiana.

¿Cómo ha llegado a ocupar este lugar? ¿Quién ha cedido terreno?

## Conclusiones

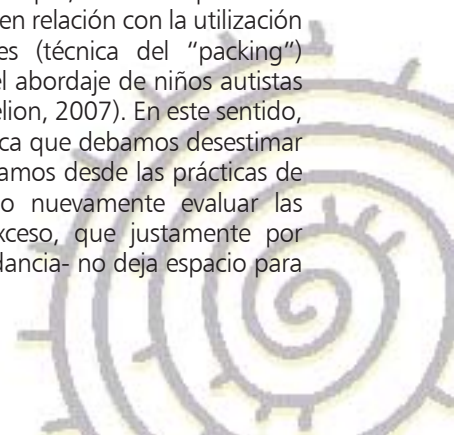
Este trabajo ha intentado abrir paso a la reflexión acerca de dos prácticas infantiles actuales, el fajado de bebés y la telefagia.

La telefagia se ha venido consolidando lentamente desde los 60 a la actualidad y el fajado se presenta actualmente como el "revival" de una práctica muy extendida desde el siglo XIV hasta la actualidad en menor medida.

Con respecto a la primera, no es la práctica en sí del consumo de televisión a la que nos estamos refiriendo como necesaria de ser revisada, aunque en etapas precoces del desarrollo infantil sea difícil encontrar sus beneficios.

Nos referimos a la telefagia, como palabra compuesta, que evidencia en su segundo término el exceso, la profunda transformación en la experiencia corporal a través del consumo excesivo de estímulos visuales y auditivos que generan adherencia y obstaculizan las posibilidades del bebé de consolidar los procesos de discriminación y construcción de la identidad.

De la misma manera, el fajado se ofrece como continentador de los momentos de angustia del bebé que se disparan frente a la ausencia de la madre, del padre, o de quien ejerza esa función. En el ámbito clínico por ejemplo, existen experiencias valoradas positivamente en relación con la utilización de envolturas corporales (técnica del "packing") como terapéutica para el abordaje de niños autistas y psicóticos (Haag, en Delion, 2007). En este sentido, quizás no sea una práctica que debamos desestimar por entero, pero si pensamos desde las prácticas de crianza resulta necesario nuevamente evaluar las consecuencias de su exceso, que justamente por excesivo -valga la redundancia- no deja espacio para



las experiencias de encuentro interhumanas donde se contiene, calma al bebé. Deshumanizan el encuentro con lo que calma, lo que palia la angustia y permite vivir la experiencia de la omnipotencia que inaugura el desarrollo emocional.

Podríamos pensar que tanto el fajado con su justificación actual como en muchos casos el colocar a un bebé frente a la televisión, encuentra justificación en la necesidad de dar sostén, de entretener, de tener entre objetos aquello que no podemos contener desde lo humano, de buscar fuera lo que no podemos encontrar en nosotros mismos, característica propia de la sociedad actual. Lejos de intentar demonizar estas prácticas intentamos pensarlas sobre el fondo de complejidad que implican.

Asimismo, el corrimiento del protagonismo y saber de los padres así como los cambios entre otras cosas en materia de acceso, han modificado el lugar que la televisión ocupa en la vida de los niños y adultos. Si bien no conocemos estadísticas para la región, el trabajo con la primera infancia, la reconstrucción de las primeras etapas de vida en los pacientes que llegan a la clínica, el relato de los padres, nos muestra que esta práctica lejos de ser la excepción se está transformando en la generalidad. Asistimos a nuevas formas de construcción corporal, a nuevas corporeidades, lo que nos interpela a pensar nuevamente en lo normal y lo patológico, el carácter de construcción de estos conceptos.

Ambas experiencias devienen en un cúmulo de tensión que el pequeño no puede tramitar, asociándose a una vivencia de malestar, cuya expresión sintomatológica puede ser tan diversa como las alteraciones del sueño, de la alimentación, la irritabilidad y la ansiedad.

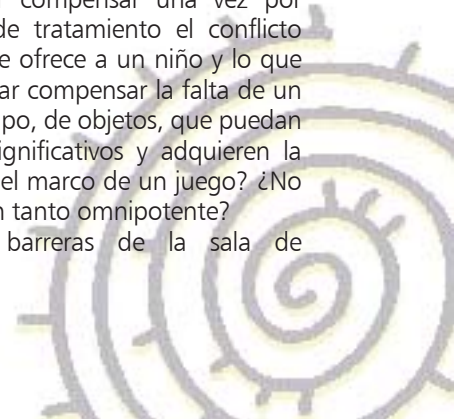
El notable aumento en las patologías de la

infancia puede ser pensado desde los procesos de medicalización de la sociedad, a la que la infancia no escapa, pero también a un aumento del sufrimiento efecto del desamparo en el que la misma se encuentra, ¿quizás porque ya no es lo que era?

Las vicisitudes de la adultez y su actual dificultad para sostener la estabilidad desde donde cuidar a los bebés generan lo que algunos teóricos-clínicos han dado a llamar “patologías del desamparo”, producto de las enormes dificultades que tiene un bebe para construirse desde la ausencia, la precariedad del aparato psíquico y cognitivo, así como la ineficiencia motriz. La prematurez estructural del recién nacido define que la importancia del otro en esos primeros tiempos sea vital.

La posición ética del psicomotricista lo ubica en el lugar de reflexionar continuamente sobre la experiencia infantil, que se construye en los primeros tiempos en el íntimo espacio intrafamiliar, pero que no por eso queda ajeno, sino por el contrario, es determinado por la estructura social, y en un sistema capitalista no queda ajeno a las leyes del mercado. Como psicomotricistas, profesionales que atendemos, en términos de tender la atención hacia el proceso de construcción corporal y sus avatares, nos encontramos comprometidos a reflexionar sobre nuestro rol.

¿Resignarnos a intentar compensar una vez por semana en una hora de tratamiento el conflicto generado entre lo que se ofrece a un niño y lo que se espera de él?, ¿intentar compensar la falta de un otro, de espacio, de tiempo, de objetos, que puedan ser transformados en significativos y adquieren la cualidad de juguetes en el marco de un juego? ¿No sería ésta una postura un tanto omnipotente? Quizá trascender las barreras de la sala de



psicomotricidad como espacio habitual de trabajo y comprometernos en las políticas públicas, ámbitos de promoción y prevención de salud, aportando a la visión crítica de este asunto.

Distintos países en el mundo (Chile, Colombia, Australia, entre otros) se cuestionan hoy en día la necesidad de legislar en torno a la pertinencia o no, lo saludable o no, de exponer a niños menores de tres años a los estímulos de la televisión y otros medios tecnológicos. Poner sobre la mesa la temática y constituirnos en actores críticos de la realidad es una responsabilidad ética como ciudadanos y

profesionales que elegimos involucrarnos en el campo de la salud y la educación.

La telefagia y el fajado en el bebé analizados desde la lógica de la oferta y la demanda nos muestran que vienen a ocupar un lugar muy preciso en la sociedad, el de ofrecerse como sustitutos más o menos explícitos de la función materna. Esta función materna, como plantea Winnicott (1975), debe ser encarnada en una persona "viva", para desplegar todo su potencial humano y por ende humanizante.

---

## BIBLIOGRAFÍA

BERGÉS, J. (1991). EL CUERPO DE LA NEUROFISIOLOGÍA AL PSICOANÁLISIS. EN CUADERNOS DE PSICOMOTRICIDAD Y EDUCACIÓN ESPECIAL Nº2. BUENOS AIRES: ED. ELITE.

BERGÉS, J. (1998). LA DÍADA NO EXISTE. CONFERENCIA DICTADA EN LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE PSICOMOTRICIDAD. BUENOS AIRES: (INÉDITO).

CALMELS, D. (2013). FUGAS. EL FIN DEL CUERPO EN LOS COMIENZOS DEL MILENIO. BUENOS AIRES: ED. BIBLOS.

COROMINES, J. (2009). BREVE DICCIONARIO ETIMOLÓGICO DE LA LENGUA CASTELLANA. BUENOS AIRES: ED. DEL NUEVO EXTREMO.

DE AJURIAGUERRA, J. (1983). DISCURSO DE JULIÁN DE AJURIAGUERRA (P. II). REVISTA ANUARIO DE PSICOLOGÍA VOL. Nº 28 (DIALNET). CONTINUACIÓN DE PARTE 1. RECUPERADO EN: [HTTP://WWW.PSYCO-MOTRICIDAD.COM.AR/2011/02/DE-LOS-MOVIMIENTOS-ESPONTANEOS-AL\\_10.HTML](http://www.psyco-motricidad.com.ar/2011/02/de-los-movimientos-espontaneos-al_10.html)

DE PENA, L.; DIEZ, M.; GRIBOV, D. (2009). CUERPO COMPRIMIDO-CUERPO FUERA DE SERIE. EN MUNIZ, A. (COMP.) INTERVENCIONES EN EL CAMPO DE LAS SUBJETIVIDADES. (P.45-54). MONTEVIDEO, URUGUAY: ED. PSICOLIBROS-WASLALA.

HAAG, G. (2007). LES ENVELOPPES CORPO-PSYCHIQUES. EN DELION, P. (2007). LA PRATIQUE DU PACKING. AVEC LES ENFANTS AUTISTES ET PSYCHOTIQUES EN PÈDOPSYCHIATRIE (PP. 31-47). FRANCIA: EDIT ÉRÉS.

JERUSALINSKY, A. (1997). PSICOANÁLISIS DEL AUTISMO. BUENOS AIRES: NUEVA VISIÓN.

MONTAGU, A. (1981). EL SENTIDO DEL TACTO. MADRID: EDICIÓN AGUILAR.

PARRAT-DAYAN, S. (2012). CUERPO ¿MODELADO, APRETADO O CONTENIDO? RELACIÓN ENTRE CATEGORÍAS CIENTÍFICAS Y REPRESENTACIONES SOCIALES. EN J. A. GARCÍA, R., KOHEN, C. DEL BARRIO, I.; ENESCO J.L. LINAZA (ED.), CONSTRUYENDO MENTES. ENSAYOS EN HOMENAJE A JUAN DELVAL (P. 359-370). ESPAÑA: EDITORIAL ARANZARDI.

RAVERA, C. (2008). EXPOSICIÓN TEÓRICA SOBRE LA BASE DE UN TRABAJO DE SERGE TISSERON "LES DANGERS DE LA TÉLÉ POURS LES BÉBÉS", COLLECTION TEMPS D`ARRET. RECUPERADO EN: WWW.YAPAKA.BE

TISSERON, S., DELION, P., GOLSE, B., MORO, M.R. (2007). LLAMADO PARA FIRMAR UNA MORATORIA CONTRA LOS BEBÉS TELÉFAGOS. REVUE SPIRALE VOL. N° 44. RHYTM'N BABIES. PARÍS: ED. ERES.

WALLON, H. (1975). LOS ORÍGENES DEL CARÁCTER EN EL NIÑO. BUENOS AIRES: ED. NUEVA VISIÓN.

WALLON, H. (1979). LA EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA DEL NIÑO. BUENOS AIRES: ED. PSIQUE.

WALLON, H. (1987). EL PAPEL DEL "OTRO" EN LA CONCIENCIA DEL "YO". EN WALLON, H. (1987) PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN DEL NIÑO. MADRID: ED. APRENDIZAJE VISOR.

WINNICOTT, D. (1975). EL PROCESO DE MADURACIÓN EN EL NIÑO. BARCELONA: ED. LAIA.

WINNICOTT, D. (1999). ESCRITOS DE PEDIATRÍA Y PSICOANÁLISIS. BARCELONA: ED. PAIDÓS.



## Normas de Publicación

### Aspectos formales:

Los trabajos se enviarán por correo electrónico a la Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales (**milajl@adinet.com.uy** y a **msassano@fibertel.com.ar**) como «adjuntos» (attach files) mediante un archivo con el texto del artículo, bibliografía, palabras clave, resumen, abstract, key words, datos del autor y tantos archivos como imágenes o gráficos hayan de incorporarse al artículo, cumpliendo los siguientes requisitos formales:

- El artículo habrá de ser original; no habrá sido publicado previamente en ningún medio escrito o electrónico, como artículo de revista, como parte de un libro o página web, o en las actas de alguna reunión científica (congreso, coloquio, simposio, jornadas ...).
- Estará escrito en español o portugués y se enviará, preferiblemente, en formato de Microsoft Word (DOC, DOCX o RFT). Los gráficos se presentarán en ficheros GIF o JPG, un fichero por cada gráfico, con nombres correlativos (gráfico01, gráfico02, 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 título en inglés, así como el nombre del autor o autores del artículo.
- Al final del trabajo se incluirán los siguientes apartados:

- **NOTAS:** Las notas aclaratorias al texto se señalarán en el mismo mediante una numeración en forma de superíndice, pero su contenido se presentará al final del texto, de manera consecutiva y no a pie de página.

- **BIBLIOGRAFÍA:** Referencias bibliográficas utilizadas en el artículo (sólo las que han sido citadas) ordenadas alfabéticamente por apellido del autor y siguiendo los criterios normalizados (ver detalles más adelante). En el texto las citas se hacen con la referencia del autor, el año y la página entre paréntesis (Autor, año, página).

- **RESUMEN:** Se hará un resumen del texto que no exceda de 150 palabras donde se exprese su objetivo y desarrollo.

- **ABSTRACT:** Traducción al inglés del resumen rea-



lizado previamente.

- **PALABRAS CLAVE:** Descriptores del trabajo que presenta el artículo, no más de 10 términos.

- **KEY WORDS:** Traducción al inglés de las palabras clave.

- **DATOS DEL AUTOR:** Relación breve de datos profesionales (ocupación, lugar de trabajo, categoría profesional, trayectoria científica, experiencia, etc.) añadiendo una dirección e-mail de contacto.

- El artículo no excederá de 30 páginas.

- Las tablas, gráficos o cuadros deberán reducirse al mínimo (al tamaño real de presentación en la página) y, como ya se ha dicho, se presentarán en ficheros independientes. En el texto se indicará claramente el lugar exacto donde vayan a estar ubicados de la siguiente manera: [GRÁFICO 1].

- La Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales adopta básicamente el sistema de normas de citación propuesto por la A.P.A. (1994) Publication Manual (4th ed.). Para hacer referencia a las ideas de otras personas en el texto, conviene tener en cuenta lo siguiente:

- Todas las citas irán incorporadas en el texto, no a pie de página ni al final, mediante el sistema de autor, año. Si se citan exactamente las palabras de un autor, éstas deben ir entre comillas y al final de las mismas se pondrá entre paréntesis el apellido del autor (o autores), el año de la publicación y el número de la página separado por comas.

- Cuando se utilice una paráfrasis de alguna idea, debe darse el crédito del autor; bien mediante un paréntesis donde aparezca el apellido y la fecha de publicación, separado por comas, o bien ponien-

do entre paréntesis el año, si el apellido del autor aparece en el texto.

- Al final del documento se añadirá el listado de las referencias bibliográficas correspondientes a las citas incluidas en el texto. La estructura de las referencias bibliográficas es la siguiente (prestar atención a los signos de puntuación):

- Para libros: Apellidos, Iniciales del Nombre. (Año). Título del libro. Ciudad de publicación: Editorial.

- Para artículos de revistas: Apellidos, Iniciales del Nombre. (Año). Título del artículo. Título de la Revista, volumen (número), páginas.

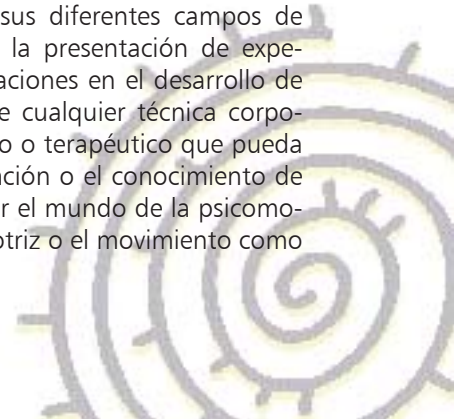
- Para capítulos de libros: Apellidos, Iniciales del Nombre. (Año). Título del capítulo. En Iniciales del Nombre. Apellido (ed-s.). Título del libro, (pp. páginas). Ciudad de publicación: Editorial.

- Para documentos electrónicos: Apellidos, Iniciales del Nombre. (Año). Título del documento [Online]. Disponible en [http://www ...](http://www...) [consultado en fecha (dd/mm/aaaa)].

El Consejo de Redacción se reserva la facultad de introducir las modificaciones formales que considere oportunas en la aplicación de las normas anteriores, sin que ello altere en ningún caso el contenido de los trabajos.

#### **Temática:**

Se aceptarán artículos cuya temática se refiera a cualquiera de los aspectos teóricos o prácticos de la psicomotricidad en sus diferentes campos de aplicación, así como a la presentación de experiencias o conceptualizaciones en el desarrollo de la psicomotricidad o de cualquier técnica corporal de carácter educativo o terapéutico que pueda complementar la formación o el conocimiento de quienes se interesan por el mundo de la psicomotricidad, la actividad motriz o el movimiento como



instrumento educativo o terapéutico.

El contenido de los artículos deberá estar organizado de la siguiente forma:

- Para trabajos de investigación: Introducción, Método, Resultados, Discusión.
- Para trabajos de revisión teórica: Introducción y planteamiento del tema, Desarrollo, Conclusiones.
- Para trabajos de experiencias: Introducción, Método, Valoración.

#### **Admisión de artículos:**

Cada artículo recibido se enviará a tres expertos que informarán sobre la relevancia científica del mismo. Dicho informe será absolutamente confidencial. Se informará a los autores de las propuestas de modificación o mejora recibidas de los evaluadores, que condicionen su publicación. En caso de que dos de los informes solicitados sean favorables, el Consejo de Redacción decidirá su publicación y se notificará al autor o autores la fecha prevista.

#### **Artículos publicados:**

La Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales no abonará cantidad alguna a los autores por la publicación de sus artículos; se les dará acceso al número completo en que aparecen. 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.



NÚMERO

**39**

NOV / 2014

