

REVISTA
CHILENA DE
PSICOMOTRI-
CIDAD

JULIO 2018
NUMERO

1

EDITA:
CENTRO DE
INVESTIGACIÓN Y
CAPACITACIÓN EN
EDUCACIÓN Y
PSICOMOTRICIDAD.

ISSN 0719-8604



Revista Chilena de Psicomotricidad



Revista Número 1

Julio 2018

EDITA:

Centro de Investigación y
Capacitación en Educación
y Psicomotricidad.

CORRECCIÓN:

Marcela Hernández Lechuga

DIAGRAMACIÓN:

Gonzalo Ortega Cáceres

PATROCINA:

Red Chilena de
Psicomotricidad

ISSN 0719-8604

INDICE

Editorial.....	3
Introducción	4
Artículo 1. Cuerpo y práctica.....	5
Artículo 2. Casos clínicos	8
Artículo 3. Práctica psicomotriz de apoyo a grupo de niños del Centro Edu- cacional San Joaquín con dificultades en las relaciones interpersonales y el impacto de la práctica psicomotriz en su desarrollo integral	16
Artículo 4. Terapia psicomotriz en niños y niñas con Síndrome de Down .	38
Artículo 5. El placer se expresa en el cuerpo de Luis David a través de su persecución y transformación en su desarrollo psicomotor.....	52
Artículo 6. Vinculación de un trastorno del espectro autista.....	58
Bases de Postulación de Publicación	66

Experiencias en terapia psicomotriz: aprendiendo sobre el rol terapéutico del psicomotricista desde la formación y la práctica

Editorial:

*Marcela Hernández Lechuga, directora académica de Cicep,
vicepresidenta de la Red Chilena de Psicomotricidad.*

El nacimiento de esta revista es un hito dentro de la historia de la psicomotricidad en Chile. Al igual que en el caso de los niños y niñas, este es un primer paso, que necesitaba cierta madurez para su concreción. Obedece a un deseo que, desde hace tiempo, viene pensándose y que recién, diez años después, se materializa en este primer número.

Desde este lugar, queremos dar espacio a las publicaciones científicas de proyectos, estudios e investigaciones de psicomotricidad, terapia psicomotriz, educación psicomotriz, para así poder crecer como especialización y luego instituir la carrera de pregrado en Chile.

La publicación será de circulación gratuita y solamente electrónica. Son innumerables los beneficios de esta iniciativa para los que trabajamos a diario con el encuadre de la psicomotricidad: evidenciar el silencioso trabajo que se hace en el país, crecer como profesionales especializados, dar a conocer el apoyo que recibimos desde el extranjero, leer sobre psicomotricidad internacional, ampliar el conocimiento de la práctica psicomotriz, colaborar y compartir con otras profesiones dado el carácter transdisciplinario de nuestro quehacer.

Este primer número es un monográfico de los trabajos finales de la primera formación en Psicomotricidad terapéutica, otro hito dentro de nuestra historia disciplinaria. Son seis artículos que se convierten en testimonio de la intervención en psicomotricidad, el impacto que esta provoca en el desarrollo infantil y cómo dicho impacto trasciende a otros ámbitos.

Los números venideros serán publicaciones de psicomotricistas chilenos y extranjeros, quienes siempre nos han apoyado desde esa red de compañeros de la cual formamos parte y que trabaja en conjunto hace más de quince años.

Introducción:

Son seis trabajos prácticos que se vuelve necesario publicar, ya que en Chile no existe un archivo de terapia psicomotriz y sus resultados a nivel de desarrollo infantil y sus diferentes dificultades.

En el último tiempo han aumentado el registro de diagnóstico de los trastornos del espectro autista (TEA), los trastornos del lenguaje y los nacimientos de niños y niñas con síndrome de Down. A partir de casos como estos se presentan las siguientes experiencias innovadoras y especializadas en psicomotricidad.

Es relevante destacar la tenacidad y voluntad constante de los autores, que se han especializado en psicomotricidad, han trabajado, se han capacitado constantemente y ahora han puesto palabras a sus intervenciones.

El primer artículo habla de la formación del psicomotricista desde una postura emocional que intenta representar lo que se vivencia durante tal proceso. Este estilo de vaciado emocional es importante, porque a lo largo del tiempo nos hemos dado cuenta del fuerte cambio que se vive en este trabajo. Demuestra que la psicomotricidad no es un listado de ejercicios, sino un conjunto de emociones relacionadas con la intuición, la modificación, el cambio, la lectura, el estudio, el diálogo.

El segundo, aborda casos vinculados a los estilos de crianza y cómo estos confluyen en cuadros agresivos. La autora, fonoaudióloga de profesión, ha ido incorporando y sistematizando la observación del movimiento espontáneo del otro.

En el tercer artículo plasma un proyecto en el cual la práctica psicomotriz educativa desde hace 7 años forma parte del currículum escolar de una escuela ubicada en la comuna de San Joaquín. Dirigido por una especialista en psicomotricidad, demuestra la necesidad de contar con planes como este en escuelas de alto riesgo.

El cuarto artículo testimonia la puesta en marcha de un proyecto psicomotor en una institución especializada en síndrome de Down. Este es un paso crucial para la psicomotricidad, puesto que evidencia que en casos de discapacidad debe estar presente.

En el quinto y el sexto, se aborda el TEA, recurrente en nuestras consultas de psicomotricidad.

Recibido: 01/03/2017

Evaluado: 31/04/2017

Aceptado: 10/03/2017

1. Cuerpo y práctica

Autora: Mónica Quezada Chávez

Debe ser la parte más simple: comenzar; detectar lo interesante, lo jugoso; relatar las circunstancias y transcribir datos. Por supuesto que en una experiencia como esta todo es relevante y necesario de abordar desde una mirada que merezca la lectura interesada, al menos, del psicomotricista. El problema es que las partes que conforman este todo han sido significantes, como si lidiaran por ser las

escogidas en este pequeño relato. Mi intuición es más clara de lo que quiero plantear, pero que eso no me comprima en decir lo que quiero decir. Puede que nazca algo enredado y tal vez, en algún tiempo más, con una mayor experiencia y conocimiento, le encontraré sentido de una forma más acabada a lo que hoy es una capa de mi nueva piel. Una pisada en este camino que comienzo a andar.

Hace dos años la psicomotricidad forma parte de mi vida. Hace dos años que comencé a modificarme: volver a lo que soy, a mis emociones, a mis valores, a creer que merezco todo lo bueno y que pertenezco a este maravilloso universo. Un trabajo que se vuelve cuesta arriba muchas veces, cuando el común de las tareas está inserto en un clima de competitividad, ego, productividad e individualidad. Desde el área de la educación, donde obtuve el pregrado, las cosas no son diferentes. Lamentablemente todos los actores se quedan cada vez con menos herramientas y obligados a creer en un sistema educativo, que, a todas luces, avanza en la misma dirección que hace al menos cuarenta años.

En dirección opuesta, contraria a la autocomplacencia de las autoridades de dicho sistema educativo, a quienes año a año defendemos esta misión, nos parece estar nadando contra una corriente que se empuja y empuja, lo que provoca cansancio, agotamiento de esperanzas, falta de aliento.

Quizás por eso, cuando decidí explorar en la psicomotricidad, pude ver las realidades laborales más claras, poner nombre a las insatisfacciones profesionales, verbalizar mis necesidades y colocar los límites necesarios. Quizás por eso es que quiero seguir en esta dirección, para no volver a abandonarme.

Y bien, queriendo postular una mirada, colocar un tema o una opinión, es que en este trabajo reflexivo me parece imperativo abordar el cuerpo, mi cuerpo en acción. Quiero plantearlo desde esa vereda porque lo que necesito rescatar y compartir en esta memoria es mi «yo». El que ha comenzado a activarse desde que lo psicomotriz vela por mí y me hace un instrumento comunitario, amoroso, contenedor. En otras actividades laborales quizás sonaría utópico, pero el reconocimiento del yo, el hacerse cargo de la propia existencia para el autoconocimiento y el saneamiento es imprescindible para «poder ser» psicomotricista.

Mientras ingresaba una y otra vez a las dependencias de Cicep para llevar a cabo las sesiones que, inmejorablemente, dispusieron para la instrumentalización de mi práctica, sucedían muchas y diversas situaciones que debía incorporar al acervo profesional. Competencias de la formación corporal del psicomotricista que, sin realizar una articulación teórica, de inmediato me entregaban sustrato para seguir avanzando y decodificando las terapias de las cuales pude guiar como psicomotricista. Cada una de ellas era diferente; en cada una de ellas me sentía con la pequeña ansiedad de averiguar lo que estaba sucediendo con

los niños y niñas. Toda mi humanidad se desplegaba una y otra vez para ir al encuentro de ellos o de mí; situaciones que aún sigo descubriendo. Ahí radica la importancia de estar atento y alerta a lo más mínimo. Una palabra, una mirada, la respuesta; cada elemento tiene que ver con el todo, porque en la sala el cuerpo actúa y deja la inquietante sensación de que mientras más lo escuchas, más disponible te encuentras. La continua necesidad de abordar el cuerpo desde el cuerpo coincidentemente hacía que la emoción por sostener cada sesión me regalara herramientas y que solo debía leerlas en el movimiento, en la complicidad, en la observación, en la presencia.

«La diferencia entre profesionales con el mismo conocimiento, es la posibilidad que tienen algunos de conocer y acompañar los conflictos del niño, del saber acerca del cuerpo, ya no del niño sino del suyo propio; la capacidad que tienen de poner el cuerpo en la relación, de corporizar los conocimientos, de incorporarlos y, principalmente, de dejar hacer al otro. En relación al cuerpo, en el mejor de los casos, el único saber que el psicomotricista tiene es el del suyo propio, caracterizado por un saber incompleto. Para un buen desempeño profesional, cabría conjugar el conocimiento sobre el juego, con el saber jugar, pero las formaciones profesionales insisten en el conocimiento y se desentienden del saber. Se profundiza en el juego, pero no en el jugar» (Calmels 1997).

La tarea es entonces un inmenso ajuste y autoconocimiento, que se traduce en el trabajo personal del psicomotricista. Un requisito que no puede dejar de asumir y de exigirse, tal como si un salvavidas no supiera nadar o una patinadora no supiera patinar. Es absurdo, irrisorio, que desde la profunda instrumentalización a la que es sometido sesión a sesión, su cuerpo no cuente con un conocimiento acabado sobre sí, principalmente por el requerimiento del oficio de afrontar lo corpóreo, como señala Levin, en tanto «cuerpo receptáculo, parlante, erógeno, instrumental, investido, discursivo y simbólico». (año 2006, 43).

Luego de citar lo anterior, me pareció triste desde un ángulo egocéntrico, que sea necesario vaciar, palabra clave, que como define la RAE, significa dejar vacío algo; sacar, verter o arrojar el contenido de una vasija u otra cosa. Claro está, se saca y/o vierte a otra parte o lugar. Indiscutiblemente, lo que primero entiendo es el reconocimiento de un otro, que se presta a recibir el vaciamiento de ego, porque la verdad se encontraría en el ego del otro. Cuando miro al espejo e intento comprender lo que veo, soy el espejo que necesita para ser visto, para reconocerse, para reconstruirse. Y en eso que pierdo y gano hay herramientas que ya deben haber sido ajustadas por parte del psicomotricista: «para entender al otro en su expresividad tónico-emocional, en decodificar y dar sentido a las señales del cuerpo, del gesto y del hacer del otro» (Mila 2002).

Entonces, si soy psicomotricista debo comprender de manera clara al menos dos situaciones, la obligación de vaciarme y la interacción. Ambas están en el mismo camino y permiten que me encuentre disponible corporalmente para ser investido por el otro. Llorca y Vega (1998) señalan que el concepto de disponibilidad corporal está presente en la práctica psicomotriz como actitud de escucha. Es una nueva manera de situarse frente al niño: es tener una actitud de empatía, ser capaz de descentrarse hacia él, intentar comprender la historia que nos cuenta sin juzgar, para desde allí ayudar a superar sus dificultades. «La disponibilidad corporal supone, además, un nuevo modelo de actuar a través del cuerpo, utilizando como mediadores la mirada, el gesto, el espacio, los objetos, etc.» (Boscaini 1998).

De las variadas maneras que escribí, solo intentaba explicar que lo más bello que me ha sucedido en esta experiencia de práctica en terapia psicomotriz es que he ido comprendiendo una finalidad para mi existencia. Tener un cuerpo que sirva para algo, que cumpla con ese fin, una utilidad social. Porque no somos seres individuales,

sino todo lo contrario, y desde la concepción moderna es fácil perder las esperanzas por obtener un poco del otro sin pensar en aprovechamiento.

Los meses que he vivido siendo psicomotricista le dan un sentido tan orgánico, tan esencial a la vida. El ser parte de una infinita cadena de situaciones que se prestan para crearnos, para sentirnos, para querernos, para cuidarnos. La intuición siempre ha estado presente en este recorrido, y me parece que ha sido la más favorecida por entrenarla más de lo que nunca logré. Todo me dice algo, mi guata, mi pecho, mi mente. La intuición siempre llega, solo basta saber escucharla. Y luego de hacerlo, tomar acción, porque de nada sirve escuchar y no hacer ni decir. Desde la humildad y la entereza, debes confiar, en que lo que tu cuerpo te dice es lo más parecido a la verdad. Si el universo es perfecto, ¿por qué mi intuición ha de equivocarse?

Por supuesto no es posible recorrer este trayecto en soledad. Es fundamental contar con la contención emocional y profesional adecuada, porque el movimiento que genera en los códigos de tu vida, de tu pasado y presente influye sobre los cimientos más débiles y las emociones más profundas. Es indispensable ser responsable con nuestras emociones; creemos que se han ido, que no afectan.

Emoción: "Agitación de las pasiones, sensación fuerte, del francés emotion: excitar, incitar, conmover, influido por la relación que hay en el francés entre mouvoir: mover y motion: movimiento" (Breve diccionario Et de la Lengua Española. Guido Gómez de Silva. Fondo de Cultura Económica. México, 1991).

Nada me hacía presagiar en lo que se convertiría este viaje por la práctica en terapia psicomotriz. Comenzando con la disposición de Cicep para iniciar mi proceso en el establecimiento. Asimismo, estoy profundamente agradecida de mi hermosa familia, sin la cual todos los esfuerzos son vanos. Por su incondicional apoyo y aguante, madre, hija, familia, muchas gracias. Agradezco a Felipe Ramírez, que desde su tremenda expertiz y humildad me entrega un compañerismo a todo terreno, dejándome en claro que cuenta conmigo. Finalmente, nunca dejaré de estar agradecida de quien ha confiado en mí con todos los significados que tal palabra pueda abarcar. Cuando ni siquiera yo lo hacía, Marcela Hernández puso la hermosa responsabilidad de compartir con ella y los suyos en mí.

Lista de referencias

Camps, C. Mila, J. Lola García, Peceli, M. Tomas, I.. 2011. El psicomotricista en su cuerpo. De lo sensoriomotor a la transformación psíquica. Buenos Aires.

Gómez de Silva, G. 1991. Breve diccionario etimológico de la lengua española. México: Fondo de Cultura Económica.

Levin, E. 2006. La clínica psicomotriz: El cuerpo en el lenguaje. Buenos Aires: Nueva Visión.

Llorca Linares, M. Ramos Díaz, V. Sánchez Rodríguez, J. Vega Navarro. 2002. La práctica psicomotriz: una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento. Málaga: Aljibe.

Mila, J. 2008. De profesión psicomotricista. Buenos Aires: Miño y Dávila.

*Recibido: 1/03/2017
Evaluado: 31/04/2017
Aceptado: 10/03/2017*

2. Casos clínicos

Autora: Macarena Vargas Norambuena

Introducción

En el siguiente texto se hablará de la historia de dos niños que asisten a la sala de psicomotricidad, derivados por distintos motivos y por distintos profesionales. Si bien presentan un par de años de diferencia y personalidades muy disimiles, se han complementado bastante bien, ayudándose

el uno al otro. Desde un principio, uno ha disfrutado del movimiento, mientras el otro no lo hacía, pues le costaba bastante movilizar el cuerpo y podía pasar una hora de sesión escondido en una casa que él mismo había construido.

A continuación, se describirá a cada niño por separado, sus características de personalidad, su historial clínico, su juego individual, sus avances y finalmente su juego grupal.

Diagnósticos o descripción de dificultades

Alberto: Déficit atencional, hipotónico, presencia de salición anormal durante el juego, consume Aradix.

Datos relevantes de la anamnesis y terapia psicomotriz

Es hijo mayor, tiene un hermano menor de tres años, vive con ambos padres, los cuales se turnan para acompañarlo a terapia, aunque generalmente asiste con el papá. Como antecedente familiar relevante, cabe indicar que la mamá presenta epilepsia y, además, refiere que durante el último trimestre de embarazo tuvo algunos problemas emocionales, debido a que su esposo casi fallece.

Dentro de su historia psicosocial, los papás comentan que se molesta mucho al tener que estudiar, escribir y, en general, ante todo lo que tenga relación con el colegio, aunque esto ha disminuido desde que es medicado. Asimismo, describen que siempre se ha mostrado muy tímido con sus pares y que actualmente le sigue complicando tener que relacionarse con otros niños, en especial de su edad. También señalan que no modula sus emociones, se muestra muy sensible y explosivo, no le gusta que lo apuren, pues esto lo irrita con mucha facilidad. En las tareas relacionadas con el control motor global y fino se muestra poco hábil. Los padres creen que le falta autocontrol, enseñándose impulsivo y reaccionando de manera desproporcionada. Hasta el momento, estos últimos dos indicios (impulsividad y reacción desproporcionada a la situación) no han sido evidenciados en la sala de psicomotricidad, a pesar de que es constantemente provocado por su compañero de juego y por los adultos.

Acerca del historial clínico que presenta Alberto, los padres afirman que en todas las consultas médicas realizadas les hablan de una inmadurez, pero sin mayores detalles. Su historia clínica parte cuando los padres consultan por primera vez a un médico por la excesiva salivación que presentaba –ya habiendo superado la edad en que los niños

salivan por la erupción de muelas o dientes —y es derivado a un otorrinolaringólogo quien decide operar de adenoides. Después de ser operado y no obtener los resultados esperados, Alberto es derivado a neurología, donde es diagnosticado de hipotonía a nivel oral e hiperlaxitud. A partir de entonces es derivado a una profesional en fonoaudiología para comenzar con tratamiento, la que detecta un bajo contacto ocular debido a una posible disfasia. Todo lo anterior ocurrió durante el año 2011, para el año siguiente y en paralelo al tratamiento con fonoaudióloga, comenzar un tratamiento de terapia ocupacional, recibiendo, a su vez, apoyo psicológico (2013). Durante el 2014, el niño participa también de un taller de habilidades sociales y entre mayo y enero de 2016 realiza terapia psicológica, para finalmente, llegar a manos de una psicopedagoga, quien luego de un tiempo y debido a sus características, decide hacer una derivación a la sala de psicomotricidad.

De la evaluación realizada con la pauta de Da Fonseca, Alberto obtiene un resultado de 17 puntos, que lo sitúa en un perfil eupráxico, significando que, si bien es un nivel equilibrado, puede presentar algún grado de inmadurez o imprecisión en alguno de los factores psicomotrices. Los puntajes más bajos obtenidos fueron en el ítem de praxia global y praxia fina, lo que se condice con lo expresado por los padres. Dentro de las observaciones que se realizaron durante la evaluación destacaron la salivación excesiva e inadecuada para su edad y el pensamiento no acorde a lo motor.

En la sala de psicomotricidad se aprecia que se le dificulta el inicio de la actividad, necesita ser activado antes de comenzar a jugar. Durante las primeras sesiones, su juego era más bien de construcción, construía casas donde posteriormente se escondía y pasaba en completo silencio la mayor parte del tiempo. Además de esto, en algunas ocasiones se chupaba el dedo. Después de unas semanas se incorporó al grupo Diego, a quien al contrario de Alberto, hay que recordar de manera permanente las reglas de la sala. Se mueve constantemente, inventa juegos durante toda la sesión, lo que ha ayudado bastante a Alberto, ya que intentan competir mediante juegos muy sensoriomotores, es decir, que requieren mucho movimiento como, por ejemplo, juegos de guerras de almohadas, ya sea entre ellos o en contra del adulto. En las últimas sesiones el juego ha evolucionado a presimbólico, jugando a esconderse juntos, aunque por lo general la iniciativa es de Diego. La última sesión en que Alberto estuvo solo, construyó torres y luego las derribaba con su cuerpo. Su salivación ha disminuido, está más consciente de su cuerpo y como dato importante se puede apreciar que su autoestima es bastante baja, ya que suele referirse a sí mismo como el torpe, el lento, al que nada le sale bien.

Actualmente continúa con juegos de descarga, ya sea con guerras de almohadas, pelotas o cosquillas, pero ha evolucionado, y ahora construye fuertes para protegerse, sus juegos tienen más reglas, se transforma en personajes, donde él es quien manda y captura al adulto.

Resultados cualitativos

Indicadores	Primera sesión	Última sesión	Observación
Disfruta del juego	No	Si	Pasa toda la sesión en silencio, refugiado en la casa que construye.

Indicadores	Primera sesión	Última sesión	Observación
Tipo de juego	Presimbólico	Sensorio motor, presimbólico, simbólico	Pelea con cojines (sensorio motor), levanta y destruye sus construcciones (presimbólico). Juega a esconderse con un compañero. Construye casas y luego se refugia. Persigue y es perseguido.
Agrede	No	No	Presenta una conducta adecuada en la sala, respeta al compañero, al adulto y cuida su cuerpo.

Juego sensorio motor	Primera sesión	Última sesión	Observación
Impulsividad en la acción	No	No	
Placer por el movimiento	No	Si	Actualmente, busca moverse, correr, perseguir y ser perseguido; se ríe mucho con este tipo de actividades.
Capacidad de autocontrol	Si	Si	Se regula de forma automática cuando se le recuerdan las reglas de la sala.

Juego presimbólico	Primera sesión	Última sesión	Observación
Cubrir espacios, taparse	Si	Si	Durante las primeras sesiones, se escondía en la casa que construía; actualmente juega a esconderse junto con otro.
Perseguir, ser perseguido	No	Si	Especialmente cuando es una mujer quien lo hace.
Desaparecer, aparecer	No	Si	Se esconde con un compañero durante un tiempo determinado debajo de la escalera.
Construir, destruir	No	Si	Construye torres, para luego saltar y derrumbarlas.
Fingir acciones con objetos	No	Si	Juega a comer las frutas que se encuentran como material en la sala.
Da significado simbólico a los objetos	No	No	

Relación con el material	Primera sesión	Última sesión	Observación
Busca contención	Sí	Sí	Se refugia dentro de la casa que construye o se columpia en el saco de bebés.

Relación con el material	Primera sesión	Última sesión	Observación
Lo destruye	No	Si	
Tirar	No	Si	Lo lanza como proyectil hacia el adulto, en general hacia la mujer.
Con sentido funcional	No	Si	Se ha dado en contadas ocasiones, cuando utiliza las frutas para comerlas.
Con sentido presimbólico	Si	Si	Construye una casa y se esconde dentro de ella en silencio durante toda la sesión. Fabrica torres para luego destruirlas con el cuerpo o con ayuda de algún objeto.
Con sentido simbólico	No	Si	A pesar de que en algunas de las últimas sesiones aparece el juego simbólico, no es promovido por él, sino por su compañero de juego; se une intentando crear personajes.

Ritual de entrada y salida	Primera sesión	Última sesión	Observación
Permanece en el primer tiempo	Si	Si	Inclusive más del tiempo otorgado; en un principio se debía activar antes de empezar el juego.
Habla sobre los proyectos	No	Si	En general, le cuesta verbalizar lo que quiere realizar durante la sesión. No obstante, las últimas veces ha logrado verbalizar lo que desea hacer.
Verbaliza lo que ha jugado	No	Si	Solamente lo ha hecho en algunas ocasiones, conducta que ha manifestado las últimas sesiones.

Diagnósticos o descripción de dificultades

Diego: Problemas relacionales con sus pares, hiperactividad, falta de control de impulsos y dificultades con el control de sus emociones.

Datos relevantes de la anamnesis y terapia psicomotriz

Es hijo menor, tiene un hermano mayor de seis años, con el cual mantiene una relación agresiva; vive con los padres, ambos profesionales. Es llevado a terapia por su mamá.

De su historia prenatal se puede apuntar que nace por cesárea y como enfermedad importante se debe señalar que presenta una intolerancia alimentaria.

Dentro de la historia psicosocial, los papás explican que presenta dificultades

en la relación con otros niños, de su edad y más chicos, pasándolos a llevar persistentemente. También describen que, en ocasiones, demuestra su temperamento con pataletas y rabieta y que le encanta contar historias. En las tareas vinculadas con el control motor global y fino, se muestra hábil, sin embargo, le cuesta mantener la atención cuando se trata de cosas «aburridas» para él. Los padres creen que le falta autocontrol, razón por la cual es muy impulsivo, además de hiperactivo, reaccionando de manera desproporcionada frente a situaciones que no lo ameritan. En cuanto a su historial educacional, cabe destacar que asistió a jardín infantil, donde –según los padres– no habría presentado ningún tipo de dificultad. A pesar de lo anterior, sí habría manifestado un cambio al ingresar a la escuela, puesto que los papás optaron por un establecimiento educativo integral. Actualmente está aprendiendo a leer y escribe algunas palabras básicas, como mamá, papá y su nombre.

De la evaluación realizada con la pauta de Da Fonseca, Diego obtiene un resultado de 16,4 puntos, que lo sitúa en un perfil normal o eupráxico, significando que, si bien es un nivel equilibrado, puede presentar algún grado de inmadurez o imprecisión en alguno de los factores psicomotrices. Los puntajes más bajos que obtuvo fueron en el ítem de tonicidad, estructura espaciotemporal y praxia global. En cuanto a la praxia fina, su puntaje en el sub-ítem de velocidad y precisión, de puntos y cruces. Dichos puntajes se deben a su constante ansiedad y necesidad de movimiento; le cuesta demasiado inhibir los movimientos, intenta anticiparlos, lo que repercute sobre el puntaje.

En la sala de psicomotricidad se aprecia que se le dificulta bastante mantenerse sentado y escuchar las reglas, se mueve de manera insistente en las colchonetas, haciendo la rueda, la invertida y similares. Ya comenzando el juego, se le debe recordar continuamente las pautas de la sala, pues tiende a transgredirlas, no cuidando al compañero ni al adulto y atacando de modo frecuente mediante el golpe y la palabra, denostando al compañero de una manera sutil. En un principio, cuando se le hacía respetar las normas de la sala, se enojaba y frustraba con bastante facilidad, haciendo rabieta de manera casi inmediata. Con el paso del tiempo, ha sido capaz de ir controlando sus emociones y de aceptar la regla de buena forma, sin continuar agrediendo, ni haciendo berrinche. A diferencia de Alberto, su juego siempre ha sido más simbólico: siempre también está inventando uno nuevo. En las últimas sesiones, ha incorporado a un compañero, quien lo ayuda a dominar sus emociones, aunque ello no implica que juegue con él, encontrándose todavía bastante egocéntrico. En algunas circunstancias, generan dinámicas más bien sensoriomotoras con el compañero, por ejemplo, la guerra de almohadas y, en otras, presentan juegos presimbólicos, ligados con la construcción y destrucción del material (botar lo construido, ya sea con el cuerpo o con ayuda de objetos), y la creación de personajes en función de un juego sensoriomotor.

Juego grupal

En la actualidad los dos niños siguen trabajando en la sala de psicomotricidad, complementándose bastante bien como desde un principio. Ahora Alberto disfruta del movimiento y lo necesita para crear cosas nuevas dentro del mismo juego. En cuanto a Diego, logra permanecer por un tiempo más prolongado sentado y si bien aún se le debe recordar el reglamento de la sala, logra controlar el impulso de pegar y es capaz de darse cuenta cuando se siente enojado o rabioso. Así, cuando se le dice que tendrá cinco minutos menos de juego, ya no recurre a la pataleta y se domina de forma inmediata. Aunque Diego invite a jugar a Alberto, solo a veces interactúa con él. Es decir, comparten la instancia, pero la mayoría del tiempo juegan por separado con el adulto de por medio.

Resultados cualitativos

Indicadores	Primera sesión	Última sesión	Observación
Disfruta del juego	Si	Si	Siempre lo ha disfrutado, pero en un principio su intolerancia a la frustración lo superaba y aparecían las pataletas, que provocaban que perdiera tiempo de juego.
Tipo de juego	Presimbólico	Simbólico, presimbólico	Construye y destruye con ayuda de su cuerpo (presimbólico). Crea personajes e inventa juegos (simbólico).
Agrede	Si	Si	Desde siempre ha agredido en el juego, sin embargo, ha modulado esta conducta en las últimas sesiones. El ataque hacia otros ya casi no aparece, aunque todavía se le deben mencionar constantemente las reglas de la sala.

Juego sensorio motor	Primera sesión	Última sesión	Observación
Impulsividad en la acción	Si	Si	No se mantiene sentado durante el encuadre, le cuesta tanto respetar el juego del otro como esperar su turno para hablar.
Placer por el movimiento	Si	Si	Disfruta mucho moverse, pero le cuesta inhibir el movimiento.
Capacidad de autocontrol	No	Si	Hoy en día cuando se recuerda la regla, es capaz de tomarla y asumirla sin hacer una pataleta, logrando inhibir el golpe hacia el otro.

Juego presimbólico	Primera sesión	Última sesión	Observación
Cubrir espacios, taparse	No	No	
Perseguir, ser perseguido	Si	Si	Disfruta mucho este tipo de actividad; se ríe, arranca y persigue al adulto para tirarse encima de él.
Desaparecer, aparecer	No	Si	Se esconde con un compañero durante un tiempo determinado debajo de la escalera o dentro del cajón.
Construir, destruir	No	Si	Construye torres, para luego saltar y derrumbarlas.
Fingir acciones con objetos	Si	Si	Juega a comer las frutas que se encuentran como material en la sala.

Juego presimbólico	Primera sesión	Última sesión	Observación
Da significado simbólico a los objetos	Si	Si	Continuamente crea juegos, se pone cojines debajo de la polera y crea personajes (ejemplo: Drácula).

Relación con el material	Primera sesión	Última sesión	Observación
Busca contención	No	Si	En la última sesión buscó refugio dentro del columpio de bebés y, además, pidió ser envuelto por una tela alrededor del mismo columpio.
Lo destruye	No	Si	Construye torres para después derrumbarlas con el cuerpo.
Tirar	No	Si	Lo lanza como proyectil hacia el adulto o el compañero.
Con sentido funcional	No	Si	Se ha dado en contadas ocasiones, cuando utiliza las frutas para comerlas.
Con sentido presimbólico	Si	Si	Construye una casa y se esconde dentro de ella en silencio durante toda la sesión. Fabrica torres para luego destruirlas con su cuerpo o con ayuda de algún objeto.
Con sentido simbólico	Si	Si	Crea personajes, se hace accesorios con telas (cinturones o capas).

Ritual de entrada y salida	Primera sesión	Última sesión	Observación
Permanece en el primer tiempo	No	No	Aún no logra permanecer sentado al recordar las reglas de la sala, se mueve de forma incesante y actúa de modo impulsivo. A pesar de esto, ha mejorado bastante en comparación a la primera sesión.
Habla sobre los proyectos	Si	Si	Generalmente comenta y verbaliza sobre lo que quiere jugar.
Verbaliza lo que ha jugado	Si	Si	Desde la primera sesión, al hacer el cierre comenta sobre qué ha jugado, con quién y qué le ha gustado más.

Propuestas de trabajo en terapia

En base a las observaciones realizadas con los dos niños, se debe empezar a trabajar el uso de la palabra para que manifiesten lo que les gusta, lo que no o si algo les molesta. Con Diego sería importante bajar los niveles de ansiedad e impulsividad, que le dificultan su relación con otros niños, a partir del encuadre de la sala: recordando las reglas e

imponiendo un castigo por no cumplirlas, pero no mediante advertencias, sino que de forma inmediata. Vale decir, si rompe una norma, inmediatamente se impone la sanción correspondiente. De igual forma, se debe comenzar a trabajar con el hermano y continuar el trabajo familiar, ya que refiere que el hermano le pega mucho y, en consecuencia, él replica dicha conducta en la sala con sus pares, adultos o niños menores. De ahí que, en su caso, se deban evitar los juegos de competencia y hacer un cambio de roles en el juego entre los psicomotricistas. En cuanto a Alberto, hay que procurar que continúe movilizándolo el cuerpo, que dé palabra a la emoción y logre poner límites en el juego, indicando si algo le gusta o no.

Conclusión

Trabajar con ambos niños ha sido un gran desafío puesto que son muy distintos en personalidad y en su tipo de juego, Diego con una agresividad marcada y Alberto con una pasividad que llama bastante la atención.

Se han visualizado grandes avances en los dos casos. De a poco han ido logrando los objetivos que se han ido planteando durante el tiempo de trabajo, su juego es cada vez más independiente de los adultos, pero aún siguen necesitando de ellos. Han conseguido bajar sus niveles de ansiedad cada uno desde su particularidad y forma de relacionarse con el resto: uno reduciendo los niveles de agresividad y la necesidad de moverse y el otro, relacionándose de manera más activa con el medio y con las personas, logrando manifestar en algunas ocasiones las cosas que le molestan.

A mi parecer, Diego se relaciona con otros niños de la misma forma en que se relacionan sus padres (trato del papá hacia la mamá), siempre disminuyendo al otro, dado que es una conducta normalizada dentro de su casa y es el modo que conoce de relacionarse con los demás. En cuanto a Alberto, al analizar la dinámica familiar (relación mamá-papá), se aprecia que el padre es pasivo como Alberto, más bien callado y le cuesta bastante relacionarse con el resto de las personas.

A partir de todo lo anterior, en el caso de Diego se sugiere la realización de terapia psicomotriz con el hermano y, tal vez, que los papás asistan a una terapia de pareja con psicóloga, porque es su comportamiento relacional lo que sus hijos reflejan al momento de interactuar con otras personas.

En lo que respecta a Alberto, se debe continuar observando; por lo que se ha visto en la sala de psicomotricidad, tiene una velocidad de procesamiento más lenta que lo normal, que puede deberse a su hipotonía o a algún factor cognitivo de base.

Lista de referencias

Acouturier, Bernard. 2004. *Los fantasmas de acción práctica psicomotriz*. Barcelona: Grao.

Bottini, Pablo. 2008. *Psicomotricidad cuerpo y movimiento*. Buenos Aires, Miño y Dávila Editores.

Rota, Josep. 2015. *La intervención psicomotriz*. Barcelona: Octaedro.

*Recibido: 1/03/2017
Evaluado: 31/04/2017
Aceptado: 10/03/2017*

*3. Práctica psicomotriz de apoyo a grupo de niños del Centro Educacional San Joaquín con dificultades en las relaciones interpersonales y el impacto de la práctica psicomotriz en su desarrollo integral
Autora: Margarita Garrido Concha*

Resumen

El proyecto consta de dos partes. Por un lado, la intervención de un grupo de ayuda de psicomotricidad reeducativa en la sala de psicomotricidad del Centro Educacional San Joaquín dirigida a tres niños que presentan dificultades en las relaciones interpersonales, dando a conocer el proceso de la propuesta

psicomotriz con sus componentes (anamnesis, entrevistas con padres, diseño de intervención, materiales, evaluaciones psicomotrices y de juego, derivaciones a otros especialistas, diario del psicomotricista). Por otro lado, la identificación de los avances realizados en distintas áreas, como la personal, la cognitiva, la emocional, la psicomotriz, especialmente la comunicación y las relaciones interpersonales.

Introducción

Este proyecto de investigación corresponde al periodo de práctica del Diplomado de terapia psicomotriz y que consiste en la implementación de un grupo de ayuda psicomotriz reeducativa para un grupo de tres niños. La ejecución de las sesiones se realiza en la sala de psicomotricidad de la escuela para así visibilizar los cambios de los niños cuando participan en un grupo de ayuda y, también, porque son niños de alta vulnerabilidad social y sus padres no los llevan a centros de apoyo al aprendizaje por diversos motivos como falta de tiempo, interés o dinero. Por ello se consideró que, desde la escuela y con el apoyo de un psicomotricista, se podría potenciar el desarrollo psicomotriz del grupo.

La incógnita que se pretende dilucidar, la importancia de este estudio, es descubrir las relaciones entre el desarrollo psicomotriz y el desarrollo integral del niño, de manera que la investigación pudiera ser una fuente de información que justifique el cambio que paulatinamente se viene impulsando en el ámbito educativo y que señala la relevancia de la psicomotricidad educativa en la escuela así como también de la ayuda psicomotriz de carácter reeducativo que hoy en día no se realiza en Chile. Según el creador de la práctica psicomotriz educativa, Bernard Aucouturier, se puede implementar «se han formado a partir de la instauración de la práctica psicomotriz educativa. En efecto, hemos podido constatar en las escuelas que algunos niños difíciles no se podían beneficiar plenamente de la práctica psicomotriz de sus "excesivos" repetitivos, a los que el psicomotricista no podía responder de una manera favorable dentro de un grupo demasiado numeroso» (2004, 209). Por esto, para realizar un trabajo más específico es importante conformar este grupo pequeño de niños.

Muchas veces desde el espacio institucional de la escuela se revela miedo al movimiento, pero es de esta forma que el niño se desarrolla y se vincula con su madre: «al nacer nuestra única actividad es movernos, el niño se expresa, grita, manotea están marcados por el mirar, tocar y chupar» (Muraro 2004, 7). Esta etapa es de gran dependencia, pues el niño genera el nexo con su madre o cuidador a través del movimiento. Como afirma Juan José Muraro, «sabemos que los niños y niñas pequeños están en una vorágine de actividad neuromuscular, donde cada experiencia, sensación es registrada en la intrincada red de sinapsis que construyen nuestros primeros aprendizajes. Estas experiencias son la base de las primeras

conexiones entre nuestro cerebro y aparato osteomuscular» (8). Por lo tanto, los primeros años son fundamentales para el desarrollo de cada niño y niña y mientras más posibilidades de movimiento experimenten, tendrán una mejor base para posteriormente desarrollarse de acuerdo a las nuevas experiencias y aprendizajes en su entorno. En otras palabras, el movimiento posibilita el conocimiento de sí mismo y abre las puertas al mundo, donde las relaciones interpersonales y afectivas que se generen con el entorno más cercano resultan también esenciales de cara al futuro.

Las neurociencias nos indican cada vez con más certeza que la inteligencia humana emerge en convergencia con el desarrollo sensoriomotor. El desarrollo motor no está divorciado de las otras esferas del ser humano, también lo activa al aprendizaje pues al fin es cognitivamente como se desarrollan las operaciones sensoriomotrices. Este punto es crucial porque una vez más reafirma que el desarrollo motor es proporcional a la inteligencia.

«El movimiento es fundamental para la intervención y siendo la principal herramienta que disponemos para incidir en el niño a través de nuestras actitudes, intenciones, formas de organización del espacio, el tiempo y las propuestas para ayudarlo en el proceso personal de organización estructuración e integración corporal» (Frank 2001, 6).

El desafío de los niños es el juego, su actividad principal, espontánea y grata. Mediante él, considerando que es una función del niño y no del psicomotricista, se pueden observar diferentes aspectos. Por ejemplo, el niño puede desarrollar la imitación de lo realizado que es fruto del aprendizaje. Luego, hay una contribución personal de cada niño que pone de manifiesto lo que sabe y de qué forma vive emocionalmente aquello que sabe. Asimismo, los distintos tipos de juego sensoriomotor y simbólico reglados que se practican en la sesión permiten incrementar la creatividad y, por ende, el desarrollo global del niño.

El trabajo realizado es esencial porque se hace a través del juego y este agrada al niño, ya que «es un ser de motricidad y afectividad que no puede acceder al pensamiento operatorio armoniosamente si a la vez no existe un desarrollo armónico corporal y afectivo» (Arnais 2000, 5). De ahí que la terapia psicomotriz sea primordial en la escuela: existen muchos bloqueos cognitivos ante los cuales el niño no tiene la suficiente capacidad de descentración, aspecto que es trabajado en todas las sesiones de la terapia. Según los estudios de Diane Papalia, «los niños en edad escolar son más sensibles a las presiones y conflictos de lealtad de los padres, estos como los niños de corta edad pueden llegar a sentirse abandonados y rechazados. A los varones generalmente les resulta más difícil adaptarse que a las niñas» (Papalia, Wendkos, Duskin 2002, 405).

En nuestro caso, identificaremos si los niños presentan problemas emocionales y conductuales y entenderemos la importancia de los padres en este comportamiento. «Los problemas emocionales o conductuales pueden derivarse de los conflictos con los padres tanto antes o después del divorcio». «Si sus padres controlan su ira, cooperan en la crianza de los hijos y evitan exponer a estos de las riñas de éstos es más probable que los menores tengan problemas» (Papalia, Wendkos, Duskin 2002, 406).

Antes que nada y como fuente bibliográfica, se deben conocer las descripciones de los diagnósticos relacionados a la presente investigación, pues ello ayudará a comprender lo que expondremos a continuación. De acuerdo a los planteamientos de Papalia, Wendkos y Duskin, cuando se manifiesta el «trastorno de ansiedad generalizada [provoca que] a estos niños les preocupa casi todo, las calificaciones, la puntualidad, la guerra o los terremotos. Su inquietud parece ser independiente de su desempeño o de la forma en que los demás lo perciban. Suelen ser perfeccionistas, conformistas y dudar de ellos mismos.

Buscan aprobación y necesidad de contantemente de labras de apoyo» (420). De otro lado, la hiperactividad y las deficiencias de la atención (TDAH) «se caracterizan por desatención y distracción persistentes, impulsividad, poca tolerancia a la frustración y mucha actividad en el momento y lugar inapropiados, como sería el salón de clases» (387). En un caso de los estudiados el niño está diagnosticado TDAH, por lo tanto, es importante conocer sobre este diagnóstico. (.

En esta memoria, atenderemos al proceso que experimentan los niños luego del ingreso a la práctica psicomotriz reeducativa; plantearemos hipótesis y las contrastaremos con los resultados obtenidos, destacando los cambios observados en el comportamiento de los pacientes mediante los análisis y evidencias del proceso.

Objetivo general:

Implementar un grupo de ayuda psicomotriz dirigido a tres niños del Centro Educacional San Joaquín con dificultades en las relaciones interpersonales, exponiendo el proceso de práctica psicomotriz y su impacto en el desarrollo en las áreas cognitiva, motriz, afectiva, comunicativa y social.

Objetivos específicos:

1. Implementar el grupo de ayuda psicomotriz dirigido a tres niños del centro educacional.
2. Dar a conocer las partes del proceso de intervención como las entrevistas para padres, la anamnesis, el diseño de intervención, las evaluaciones psicomotrices, la observación de juego, revelando componentes y metodologías específicos para este grupo de niños.
3. Analizar y comparar los resultados obtenidos de forma cuantitativa y cualitativa.
4. Contrastar resultados con hipótesis y generar conclusiones.

Hipótesis de trabajo:

Como hipótesis de trabajo se postula que los niños que participarán en el grupo de ayuda psicomotriz mostrarán una mejora en sus relaciones interpersonales con sus compañeros, docentes y familia teniendo una apertura a la comunicación, al mismo tiempo que manifestarán una mejora en el área cognitiva incrementando o manteniendo su rendimiento escolar. Además, se plantea que los niños mejorarán su autoestima y autocontrol. Valga mencionar que en los tres casos de estudio los contexto social y familiar afectan de manera negativa y retrasan el desarrollo de los menores.

Metodología

1. Descripción de la muestra de estudio

a) Antecedentes generales

Paciente 1

Edad cronológica: 8 años, 1 mes y 13 días.

Sexo: M

Dificultades o diagnóstico: TDAH.

Grado escolar: 2do básico.

Paciente 2

Edad cronológica: 7 años, 4 meses y 19 días.

Sexo: M

Dificultades o diagnóstico: habilidades sociales disminuidas y agresividad.

Grado escolar: 2do básico.

Paciente 3

Edad cronológica: 8 años, 7 meses y 1 día.

Sexo: M

Dificultades o diagnóstico: inhibición motriz.

Grado escolar: 3ro básico.

b) Descripción de la propuesta

Una sesión semanal fuera de la jornada escolar.

Inicio: 26 de julio de 2016.

Término: 29 de noviembre de 2016.

Total sesiones: veinte.

Lugar: sala de psicomotricidad.

Psicomotricista: Margarita Garrido Concha.

Lugar: Centro Educacional San Joaquín, colegio municipal de San Joaquín.

Grabaciones: todas las sesiones son grabadas con autorización de los cuidadores.

c) Descripción del establecimiento

La sala de psicomotricidad donde se realizó la práctica, como se ha mencionado, está ubicada en el Centro Educacional San Joaquín, colegio municipal que pertenece a la Corporación de Desarrollo Social de San Joaquín, ubicado en calle Comercio 175, Población El Pinar.

Actualmente el centro imparte educación desde prekínder a octavo año básico con una matrícula de 230 estudiantes. Posee un 75% de alumnado con vulnerabilidad social. En los últimos años, el colegio ha experimentado pocos cambios en infraestructura y ha bajado considerablemente la matrícula.

A finales de 2016 asumió una nueva directora que desea imponer en la institución un sello de respeto y eferencia ya que existen malos tratos tanto entre alumnos y profesores como entre los propios estudiantes. El colegio tiene como lema «Aprender a convivir, convivir para aprender», que pretende dar sentido a un ambiente grato y propicio para el aprendizaje, el respeto, la solidaridad y la responsabilidad.

d) Descripción de la sala de psicomotricidad

La sala fue creada en 2015 y se utiliza para la práctica de psicomotricidad educativa de la terapeuta ocupacional que se formó como psicomotricista en Cicep. Los materiales de que se disponen son: prismas de esponja (cubos y paparalelepípedos) y colchonetas, donados por el programa Corporalidad y Movimiento del Ministerio de Educación; material de Escuelas Deportivas del Instituto Nacional del Deporte como tallarines y pelotas; y material del Proyecto de Integración Escolar de la Corporación tales como pelotas maní, vigas de equilibrio rectas y circulares; materiales de escritorio como témperas, pinceles, hojas, lápices, tizas, plastilina; útiles de preescolar, mesas y sillas, también donados; elementos para la práctica de educación física (aros, pelotas, telas de distintos tamaños, cajón de salto con seis cuerpos, trampolín).

A pesar de que este año 2017 la sala se adecuó con cortinas, reloj, alfombra para poner los zapatos, no está completamente acondicionada, puesto que tiene falencias en la pintura y el suelo; ha sido confeccionada por la voluntad de los profesionales –terapeuta ocupacional, psicomotricista, profesores de educación física–, pero tiene debilidades a corregir.

2. Características de la metodología a utilizar

La metodología a utilizar pertenece a la postura filosófica del constructivismo epistemológico, ya que existen hipótesis de partida para desarrollar el proyecto a través de investigación a nivel cualitativo y cuantitativo.

2.1 Nivel cualitativo

a) Anamnesis.

b) Entrevista padres: autorización de participación en la práctica psicomotriz. Se entrevista a los padres tanto para informarles de la terapia psicomotriz, parte práctica de un diplomado, como para conseguir su autorización y compromiso para que lleven a los niños a terapia de forma semanal. Con cada pareja de padres se realiza un total de tres entrevistas (proposición de la terapia, en la anamnesis y al final del proceso).

c) Entrevista profesoras jefe. Se efectúan reuniones con las profesoras jefe de cada paciente para consultar por los cambios que han notado en los niños y necesidades que tengan.

d) Evaluación psicomotriz.

e) Diario del psicomotricista. Se lleva un registro donde se describen y analizan las sesiones de psicomotricidad y su seguimiento.

f) Evaluación de juego. Se compara el tipo de juego de los niños entre las primeras y las últimas sesiones.

2.2 Nivel cuantitativo

- a) Seguimiento de promedios. De las asignaturas del plan común para verificar la hipótesis.
- b) Asistencia. A clases y a sesiones de psicomotricidad.
- c) Informe de personalidad. Se comparan los informes de personalidad realizados por las profesoras jefe el primer y el segundo semestre.
- d) Derivación a otros profesionales. Si es necesario en alguno de los casos, se derivará al niño a un profesional de otra área como psicólogo o fonoaudiólogo.

Implementación

Eldiagnóstico fue elaborado en base al proceso de entrevistas y anamnesis que fue presentado por los diferentes profesionales, mencionados anteriormente.

En cuanto al diseño de intervención, consiste en una propuesta grupal (tres pacientes) en el encuadre de la práctica psicomotriz. Vale decir, donde los niños puedan tener la libertad de jugar, sin reclamos, juicios ni recriminaciones. Por lo general, ellos desean jugar, compartir y tomar decisiones, pero el medio –ya sean sus padres, profesores o compañeros– no acepta sus decisiones; buscan compañeros de juego y, en este caso, la psicomotricista asumirá ese rol.

La intervención considera varios aspectos. Primero, juegos sensoriomotrices que permitan el placer del propio juego como el placer sensoriomotriz. Segundo, lograr el juego simbólico a través de propuestas como construcción de casas y fuertes. Tercero, simbolizar la agresión en juegos de lucha. Provocar frustración también es vital porque los tres niños tienen poca tolerancia a la frustración (los pacientes 1 y 3 se bloquean y no insisten, mientras que el paciente 2 agrede a las personas que le imponen normas). Generar y reparar vínculos mediante trabajos de contacto corporal como abrazos, caricias y mecimientos es igualmente relevante, ya que los tres menores han sufrido pérdidas significativas (el paciente 3 fue separado de sus padres para ser cuidado por la abuela materna; también en el transcurso del presente año el paciente 1 ha vivido la separación de los padres y él se ha debido quedar con su padre y abuelo mientras el hermano menor de tres años se irá al sur con la madre; el paciente 3, tiene un nuevo hermano por parte del padre: sus papás están separados hace cuatro años y, además, no tienen una buena comunicación, por ende, educan al hijo de maneras distintas y contradictorias, lo que lo desestabiliza). En virtud de lo anterior, otro de los objetivos que se persiguen es permitir a los niños la verbalización de sus sentimientos y emociones, escucharlos cuando necesiten conversar. Finalmente, se espera lograr un juego en común que les permita ponerse de acuerdo actuando la psicomotricista como mediadora de las situaciones conflictivas, así como también enseñarles a protegerse de los problemas con sus compañeros. Con estas nuevas competencias los niños dispondrán de una mayor cantidad de recursos para solucionar conflictos y relacionarse mejor con sus pares.

Descripción y análisis de los resultados

Como se ha adelantado, en los tres casos se entrevista a las familias de los niños. En la cita realizada ya comenzado el proyecto, los padres y la abuela del paciente 3 declaran que han observado cambios positivos en su comportamiento, motivación, autoestima y socialización. En otras palabras, el trabajo de la sala de psicomotricidad ha trascendido al hogar. Esto es muy positivo para la investigación ya que relaciona directamente el trabajo psicomotriz con los cambios obtenidos por el niño. La familia refiere, por una parte, que ha mejorado la relación con otros niños, es más sociable con sus pares, en el parque juega con niños que no conoce, cosa que antes no hacía. Por otra parte, destaca que ha mejorado la comunicación, expresa más sus emociones y lo que siente, está más motivado por conversar con la familia en general. Ahora es capaz de decir lo que piensa e incluso llama a los padres para decirles que los extraña, situación que los llevó a tomar la decisión de volver a vivir con él.

En cuanto al paciente 1, el padre indica que se muestra mucho más concentrado en clases, está más alegre y posee más autocontrol. Asimismo, el doctor que lo atiende está muy conforme con su proceso y si sigue de esta forma le retirará el medicamento para el TDAH.

En el caso del paciente 2, los padres comentan que ha mejorado las relaciones con sus pares, que tiene mayor autocontrol y tolerancia a la frustración, admite perder en los juegos, cosa que antes no hacía y respondía con pataletas.

Que los padres noten cambios es muy importante pues demuestra que el trabajo en la sala trasciende al hogar, permitiendo en algunas ocasiones modificar la dinámica familiar, siempre para la mejora del niño.

Entrevista profesoras jefe

En cada situación, se solicita a la profesora jefe que realice una comparación en el comportamiento, las relaciones sociales, la comunicación y la creatividad del niño entre el primer semestre sin intervención y el segundo semestre, cuando ha asistido a terapia.

Paciente 1

Curso: 2° básico A.

Fecha: 15 de noviembre de 2016.

El objetivo del informe es entregar información sobre los cambios observados en el niño desde el inicio de la intervención psicomotriz en comparación con la actualidad, considerando los siguientes indicadores:

Criterio a observar	Primer semestre (sin intervención)	Segundo semestre (con intervención)
Comunicación oral o gestual con adultos y/o compañeros	El estudiante presentaba dificultad para comunicar sus emociones y para relacionarse verbalmente con el grupo.	Actualmente es capaz de relacionarse con sus pares de forma individual y grupal.
Creatividad (capacidad para crear, ideas y comentarios nuevos)	El estudiante no era capaz de seguir ni de participar en la clase. Se frustraba fácilmente, no terminaba lo que empezaba, pasando la mayoría del tiempo dibujando.	Ahora es capaz de prestar atención en clases durante más tiempo y, por ende, de participa con ideas creativas y comentarios acertados. Dibuja en sus tiempos libres si es que no está jugando con sus compañeros.
Académico (rendimiento en general)	Tenía muy bajo rendimiento escolar, leía silábicamente, le costaban mucho los ejercicios matemáticos y la escritura.	En la actualidad ha mejorado su rendimiento académico en ambas asignaturas; lee palabra a palabra, es capaz de escribir separando cada vocablo, respetando la ortografía y puede crear cuentos, leyendas, etc.
Autocontrol (capacidad para gestionar emociones)	En un comienzo era un niño bastante introvertido, no expresaba sus emociones, y si lo hacía, era con llanto y en algunas ocasiones con pataleta.	Hoy en día, expresa verbalmente si no está de acuerdo con algo; si algo lo enoja, es capaz de recapacitar cuando se le dice que molestar a un compañero puede hacerlo sentir mal e intenta evitar futuros conflictos integrando al compañero afectado.
Autoestima (concepto de sí mismo)	Se notaba que tenía baja su autoestima debido a la escasa tolerancia a la frustración y las pocas veces que intentaba hacer una tarea que le resultara difícil.	En la actualidad muestra una mejor autoestima, aunque no de forma óptima. Ahora se esfuerza una y otra vez para lograr la tarea encomendada y no sentir temor al momento de las evaluaciones.
Praxia global (habilidades motrices, correr, saltar, trepar, agilidad, etc.)	Se observaba un estudiante muy inquieto; al inicio se subía a las ventanas, corría por la sala, estaba en constante movimiento, siempre de forma individual.	Sigue con la misma energía, pero la utiliza en los momentos designados para moverse (en el recreo o las clases que requieren movimiento). Además, lo hace en compañía de sus compañeros.
Praxia fina (escribir, recortar, moldear, pintar, dibujar, etc.)	Si bien presentaba facilidad para dibujar y pintar, no era así con respecto a la escritura o alguna actividad que requiriera recortar (le costaba llegar al final de la actividad o lo hacía fuera del plazo solicitado).	Sigue dibujando y pintando bien, mientras su escritura ha mejorado y también la capacidad para recortar de forma correcta. Aun así, debe seguir practicando para mejorar la escritura ya que sigue escribiendo sin seguir las líneas del cuaderno.

Comentario profesora jefe: período inicial

Según lo consignado por la profesora, el estudiante ha mejorado

considerablemente su comportamiento y rendimiento escolar, es responsable en la entrega de trabajos, sin embargo, debe prestar más atención a las explicaciones de la docente y seguir indicaciones en el momento indicado, lo que evitará que quede atrasado.

Comentario profesora jefe: segundo período

El estudiante está alegre, es buen compañero y buen amigo. Aunque mejora con creces el rendimiento y comportamiento escolar, debe continuar con tratamiento para la concentración. Se debe motivar más la lectura diaria para, de ese modo, mejorar su lectura para el siguiente año. Se felicita el compromiso del papá en cuanto al aprendizaje del estudiante y sugiere continuar con este compromiso a lo largo del período escolar.

Paciente 2

Curso: 2° básico A.

Fecha: 15 de noviembre de 2016.

El objetivo del informe es entregar información sobre los cambios observados en el niño desde el inicio de la intervención psicomotriz en comparación con la actualidad, considerando los siguientes indicadores:

Criterio a observar	Primer semestre (sin intervención)	Segundo semestre (con intervención)
Comunicación oral o gestual con adultos y/o compañeros	El estudiante no se relaciona con sus compañeros y cuando lo hace surgen problemas, como peleas.	El estudiante es capaz de relacionarse con sus pares de forma individual y grupal.
Creatividad (capacidad para crear, ideas y comentarios nuevos)	El estudiante aporta en clases, da ideas, pero muchas veces incoherentes, no vinculadas a las materias en cuestión.	Aporta con ideas acertadas, crea juegos con sus compañeros.
Académico (rendimiento en general)	Tenía poca motivación para la lectura y las matemáticas, aunque en general se esforzaba por obtener buenas calificaciones.	En la actualidad ha mejorado su rendimiento académico y demuestra mayor motivación por los estudios.
Autocontrol (capacidad para gestionar emociones)	No se controla, cuando se frustra tira cosas, patea las mesas, llora y quiere pegar a la persona que lo molesta; si no lo dejan opinar se enoja, siempre quiere que le toque a él.	Ahora tiene mayor autocontrol, cuando lo molestan escucha calmado y se distancia; en algunas ocasiones, grita, pero ya no agrede físicamente. Está más paciente.
Autoestima (concepto de sí mismo)	Se notaba que tenía baja autoestima debido a la poca tolerancia a la frustración en cuanto a las relaciones interpersonales, ya que lo aislaban.	En la actualidad muestra mejor autoestima, pero hay momentos en que se deprime y se aísla, sobre todo cuando no se hace lo que él quiere. Todavía se muestra muy ansioso y nervioso cuando entabla alguna relación.

Criterio a observar	Primer semestre (sin intervención)	Segundo semestre (con intervención)
Praxia global (habilidades motrices, correr, saltar, trepar, agilidad, etc.)	Suele estar sentado, observando, no corre en clases.	Realiza más actividad física en los recreos, se nota que ha mejorado su dominio del cuerpo.
Praxia fina (escribir, recortar, moldear, pintar, dibujar, etc.)	Le gusta dibujar, pero siente que lo hace mal.	Posee una buena escritura, se atreve a dibujar mucho más y hacer más producciones.

Comentario profesora jefe: período inicial

La pedagoga señala que el estudiante presenta dificultad para respetar la norma de clase y de bien común y debe trabajar la tolerancia a la frustración. Asimismo, debiera recibir reglas claras de parte de la familia, ha de tener una responsabilidad en el hogar para que se acostumbre a la autonomía a la hora de realizar alguna tarea, de forma que pueda madurar en el aspecto social y, como resultado de ello, logre relacionarse mejor con sus compañeros.

Comentario profesora jefe: segundo período

La docente afirma que es un alumno muy participativo y entusiasta. Cree que debe seguir trabajando las relaciones con sus pares, sus reacciones, y en lo académico, continuar practicando la comprensión lectora y la escritura.

Paciente 3

Curso: 3° básico A.

Fecha: 11 de noviembre de 2016.

El objetivo del informe es entregar información sobre los cambios observados en el niño desde el inicio de la intervención psicomotriz en comparación con la actualidad, considerando los siguientes indicadores:

Criterio a observar	Primer semestre (sin intervención)	Segundo semestre (con intervención)
Comunicación oral o gestual con adultos y/o compañeros	Bajo nivel de comunicación corporal y verbal.	Buena relación con sus compañeros, docentes y la comunidad educativa en general. El niño logra comunicar en forma natural sus inquietudes y deseos no solo en el aula, sino que también fuera de ella.

Criterio a observar	Primer semestre (sin intervención)	Segundo semestre (con intervención)
Creatividad (capacidad para crear, ideas y comentarios nuevos)	No se integra a las actividades.	Propone ideas y participa activamente en cada una de las clases. Logra integrarse con el grupo curso en forma autónoma; también lidera juegos dentro y fuera de la clase.
Académico (rendimiento en general)	Su rendimiento es bajo en relación a sus capacidades.	Su progreso ha sido extraordinario desde que ingresó a psicomotricidad. El rendimiento en general ha sido significativo.
Autocontrol (capacidad para gestionar emociones)	Cuando se enoja, está triste, se aísla y no verbaliza sus emociones.	Ha mejorado notablemente, manifiesta tanto su malestar como momentos gratos.
Autoestima (concepto de sí mismo)	Baja autoestima, se reconoce como una persona que no puede lograr las metas propuestas en o fuera de clases. Se frustra fácilmente.	Después del trabajo con la familia y con la especialista Margarita Garrido, logra un gran avance apreciable en su desarrollo personal.
Praxia global (habilidades motrices, correr, saltar, trepar, agilidad, etc.)	Presenta dificultades para desenvolverse en el espacio.	Ha tenido un cambio significativo. Se integra de forma voluntaria en las actividades, por ejemplo, de judo.
Praxia fina (escribir, recortar, moldear, pintar, dibujar, etc.)	Presenta un trastorno que afecta la calidad de su escritura. Por lo mismo, no registra los contenidos de las asignaturas y no realiza los trabajos que requieran de aplicación motora (praxia fina).	Si bien aún está en desarrollo la praxia fina, ya que requiere de más ejercitación, está logrando importantes avances, a través del trabajo sistemático con la especialista.

Observaciones

El niño vive con su abuela y es ella quien lo lleva a la escuela. Ingresó este año a tercero básico, y al inicio, presentaba una escritura poco controlada y clara, con una organización deficiente y letras confusas, le costaba mantener los márgenes –o bien no lo hacía–, manifestando una conducta de adormecimiento corporal. En lo social, no se integraba en las actividades que la escuela preparaba para los estudiantes ni con los demás integrantes de la comunidad educativa (por ejemplo, no participó con sus compañeros en coreografías de la asignatura de educación física).

Cuando ingresó a los talleres de psicomotricidad, a partir de la segunda semana mostró cambios sustanciales. Ya no era ese niño al que le costaba socializar con compañeros y adultos. Hoy se desenvuelve con sus pares y su interacción y participación en clases ha permitido desarrollar y elevar su autoestima.

Análisis de los informes de las profesoras jefe

Los informes de las profesoras jefe dan muestra de cambios considerables

principalmente en la comunicación, lo que es coherente con lo que han observado los padres. Los niños están más sociables en la escuela, incluso crean juegos, y mantienen la interacción disminuyendo los conflictos con sus compañeros.

En lo cognitivo, se muestran más concentrados y han mejorado las notas, aunque los pacientes 1 y 3 todavía tienen problemas de escritura, ya que el esfuerzo que realizan para escribir es enorme. Los tres alumnos han aumentado su creatividad, autoestima y autocontrol. En cuanto a la autoestima, ha sido propiciada por una mejor imagen corporal, mientras el mayor dominio de sus emociones (reflexionan antes de actuar reprimiendo sus impulsos cuando presentan ira así como expresan sus emociones positivas) ha incrementado el autocontrol.

Evaluación psicomotriz

Conforme a la evaluación psicomotriz, los tres pacientes están en un nivel euprático.

Paciente 1

En el perfil psicomotriz posee un total de 19,1, puntaje óptimo que lo sitúa en el mencionado nivel euprático. Los puntos más fuertes son lateralidad (3,6) y equilibrio (3,0) y, el peor, la praxia global con un puntaje de 2,2, afectada en gran medida por el sobrepeso que presenta. Cabe mencionar que realiza la prueba con motivación y buena disposición y destaca la estrategia que utiliza para la cadena de clip. Esto revela que puede concentrarse por un gran tiempo, tener una estrategia y perseverar con la tarea.

Paciente 2

El puntaje obtenido es de 16 puntos. Los factores psicomotrices mejor evaluados son la noción de cuerpo (2,6) y la praxia fina (2,6), y los menores puntajes son la tonicidad (1,8) y la estructura espaciotemporal (1,5 puntos). Los componentes emocionales bajan considerablemente su porcentaje, puesto que el menor se notaba ansioso durante la evaluación, en reiteradas ocasiones se metió las manos en la boca y ría nervioso. Esta prueba establece que posee un grado de inmadurez en su desarrollo.

Paciente 3

El puntaje obtenido es de 14,8 puntos. Los factores psicomotrices mejores evaluados son la lateralidad (2,5) y la praxia global (2,25), y los menores puntajes son de 1,5 y praxia fina (2). En realidad, en ningún factor el paciente obtiene un puntaje que supere los tres puntos.

En relación a esta evaluación, aunque por puntuación el niño se ubique en un nivel euprático, está al límite del nivel disprático, con un grado ingente de inmadurez (resultado muy bajo para su edad –ocho años). La motivación para realizar la prueba existe, pero de forma hipotónica; cada vez que pasaba de una prueba a otra se apoyaba sobre la mesa o se sentaba si debía estar de pie, por lo tanto, hacer trabajos de tonicidad es importante para elevar su tono. De otro lado, el dibujo de su cuerpo es muy pequeño, no se identifica la cara; verbaliza que no sabe dibujar, que dibuja muy feo y, en consecuencia, su imagen indica bajo autoestima.

En virtud de lo anterior, la intervención psicomotriz se hace relevante y urgente para este niño.

Evaluación de juego

Guía de observación psicomotriz, Diplomado Psicomotricidad Educativa Cicep 2016.

Niños/niñas	Paciente 1		Paciente 2		Paciente 3	
	Sesión n°3 9 de agosto	Sesión n°13 25 de octubre	Sesión n°3 9 de agosto	Sesión n°13 25 de octubre	Sesión n°3 9 de agosto	Sesión n°13 25 de octubre
Juego sensoriomotor						
Inhibición	Si	Si	No	Si	Si	Si
Impulsividad en la acción	Si	No	Si	No	No	No
Placer en el movimiento	No	Si	Si	Si	No	Si
Angustia de caída	Si	No	Si	No	Si	No
Capacidad de autocontrol	No	Si	No	Si	Si	Si
Ampliación de competencias	No	Si	No	Si	Si	Si
Juego presimbólico y simbólico						
Cubrir un espacio, taparse	No	No	No	Si	No	Si
Empujar, derribar	Si	Si	Si	Si	Si	No
Unir, dispersar	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Perseguir, ser perseguido	Si	Si	Si	Si	No	Si
Desaparecer, aparecer	Si	Si	No	No	Si	Si
Entrar, salir	No	Si	No	Si	No	Si
Llenar, vaciar	No	No	No	No	No	No
Construir, destruir	No	Si	No	Si	No	Si
Adornarse el cuerpo	No	Si	No	Si	No	Si
Fingir acciones con objetos	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Asumir roles	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Da significado simbólico a los objetos	Si	Si	No	Si	Si	Si
Mantiene la comunicación	No	Si	No	Si	No	Si
Sentido simbólico	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Relación con el adulto						
Angustia de presentación	Si	No	Si	No	No	No

	Paciente 1		Paciente 2		Paciente 3	
Inhibición	Si	Si	No	Si	No	Si
Agresividad corporal/destrucción	Si	No	Si	No	No	No
Juego de devoración	No	No	No	No	No	No
Juegos de omnipotencia, dominación	Si	No	Si	Si	No	No
Dependencia	No	No	Si	No	Si	No
Relación mediante objetos	Si	Si	Si	Si	Si	No
Relación mediante la mirada	No	Si	No	Si	Si	Si
Fusión	No	No	No	No	No	Si
Independencia	No	Si	Si	Si	No	Si
Compañero de juego	No	Si	Si	Si	No	Si
Relación con el material						
Fusión	Si	No	Si	Si	Si	Si
Busca contención	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Lo destruye	Si	Si	Si	Si	No	Si
Proyección en el espacio	Si	Si	Si	Si	No	Si
Unir, dispersar	Si	Si	Si	Si	No	Si
Tirar	Si	Si	Si	Si	No	No
Como apéndice de su cuerpo	No	Si	No	Si	No	Si
Con sentido funcional	No	Si	No	Si	No	Si
Con sentido simbólico	No	Si	No	Si	No	Si
Acapara objetos	No	No	No	Si	No	Si
Se aísla con los objetos	Si	Si	No	Si	No	No
Favorece la verbalización	No	Si	No	Si	Si	Si
Relación con los otros						
Evita la relación	Si	No	No	No	Si	No
Hay contacto corporal	Si	Si	Si	Si	No	Si
Comparte el espacio	Si	Si	No	Si	No	Si
Comparte el material	No	Si	No	Si	No	Si
Agresión por el material	Si	No	Si	No	No	No
Agresión corporal	Si	No	Si	No	No	No
Imitación de los otros	Si	Si	No	Si	No	Si
Juego compartido	Si	Si	No	Si	No	Si

	Paciente 1		Paciente 2		Paciente 3	
Representación						
Hace trazos impulsivos	No	No	Si	No	No	No
Control del trazo	Si	Si	No	Si	Si	Si
Pulsión tónica	Si	No	Si	No	No	No
Figuras abiertas	No	No	No	No	No	No
Figuras cerradas	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Da sentido al dibujo	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Dibujo figurativo	No	No	No	Si	No	No
Variedad de colores	No	Si	No	Si	No	Si
Satisfacción con lo hecho	No	Si	No	Si	No	Si
Ritual de entrada y salida						
Permanece en el primer tiempo	Si	Si	No	Si	Si	Si
Dice las normas	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Habla sobre los proyectos	No	Si	No	Si	No	Si
Se mantiene en el segundo tiempo	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Verbaliza lo que ha jugado	No	Si	No	Si	Si	Si

Análisis de la pauta de observación de juego

Como podemos apreciar y está remarcado con rojo, hubo un cambio significativo en lo atingente al juego entre el primer día y una de las últimas sesiones de psicomotricidad.

En relación al juego sensoriomotor disminuye en los tres casos, pero aún continúa; hay mayor inhibición, menor impulsividad en la acción; existe un mayor autocontrol observable en los videos; cuando saltan ya no existe angustia de caída, lo hacen con un gran dominio y placer, por lo tanto, amplían las competencias.

Con respecto al juego simbólico hay mayor construcción, los tres niños se adornan el cuerpo simbolizando mantas, capas, vestuarios y mantienen la comunicación; en ocasiones se alejan en el espacio, pero permanecen conectados en el juego.

En cuanto a la vinculación con el adulto baja la agresividad de forma notable: mientras en las primeras sesiones había agresión física al no soportar que el juego acabase, ya en las últimas sesiones no existe. También hay mayor independencia del adulto, ya no lo necesitan para generar comunicación (lo hacen por Si solos) pero Si buscan a la psicomotricista como compañera de juego; ahora tienen un vínculo con ella.

En lo que compete al material los tres pacientes lo ocupan de mejor forma, le dan un sentido funcional y un sentido simbólico; lo comprenden como apéndice de su cuerpo, lo utilizan y este favorece la verbalización (constantemente hablan del material al crear

juegos y conversar con sus compañeros).

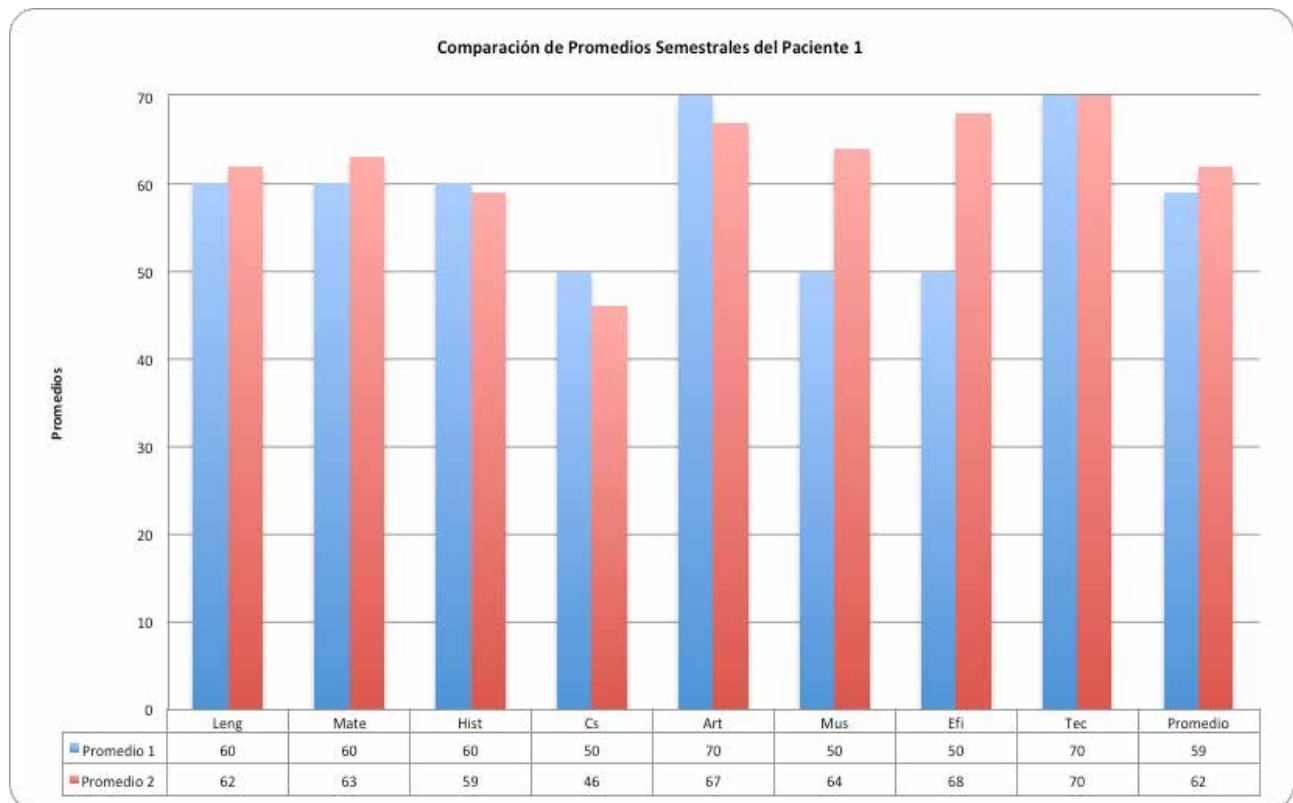
Respecto a la relación con los otros hay un progreso notable, los paciente 1 y 3 ya no evitan la interacción, cosa que antes hacían de modo continuo. Ahora existe un contacto corporal entre ellos, se observa un vínculo; muchas veces representan animales y dueños, lo que permite normalizar la caricia. Asimismo, son capaces de compartir los espacios ya sean amplios o pequeños; no recurren a la agresión corporal por el material, sino que lo comparten, conversan y llegan a acuerdos en torno a cómo utilizarlo.

En cuanto a la representación, fue el indicador que más costó trabajar porque les gustaba realizar dibujos preexistentes, sobre todo de videojuegos o dibujos animados. La mayor variación ocurrió en el uso de colores y también que construyeron en las últimas sesiones.

En lo tocante al ritual de entrada los menores se mantenían en el primer espacio, planificaban el juego y hablaban sobre las reglas, mientras en el ritual de salida verbalizaban sobre aquello que habían realizado. En la variable de respeto por el espacio y tiempo la transformación fue significativa; a su vez, cabe destacar el silencio, dado que al final se concentraban, disminuyendo los gritos en la sesión.

Análisis cuantitativo de resultados de la escuela

1. Seguimiento de promedios: De las asignaturas del plan común para verificar la hipótesis



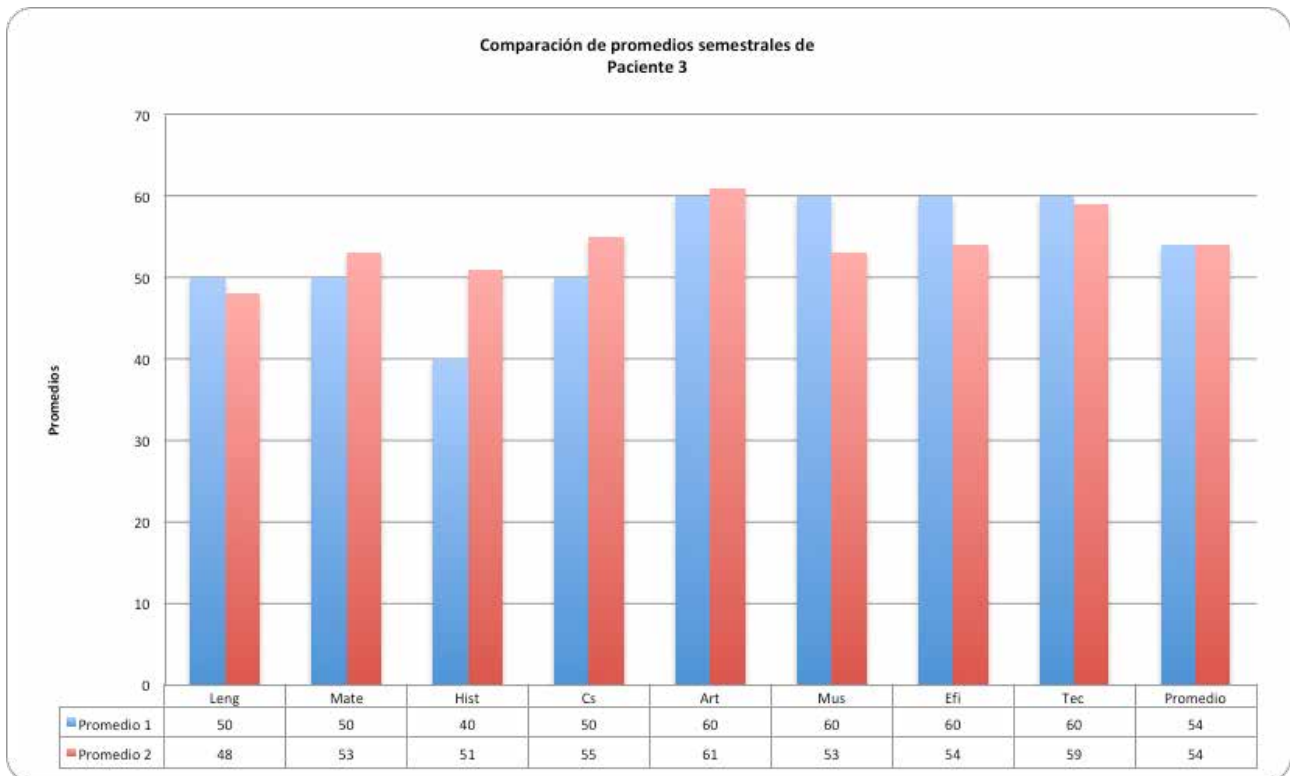
En este gráfico se cotejan los promedios del primer y el segundo semestre del paciente 1, donde sobresale el progreso en su rendimiento, especialmente en las asignaturas de lenguaje, matemática, música, educación física, aumentando su promedio

general en tres décimas.

Es importante mencionar que en lenguaje el alumno ha mejorado las áreas de comunicación y comprensión lectora, pero todavía posee debilidades en la escritura. En relación a las matemáticas también ha prosperado; en música y educación física acrecentó su auto concepto y autoestima lo que le permitió realizar más actividades en clases.

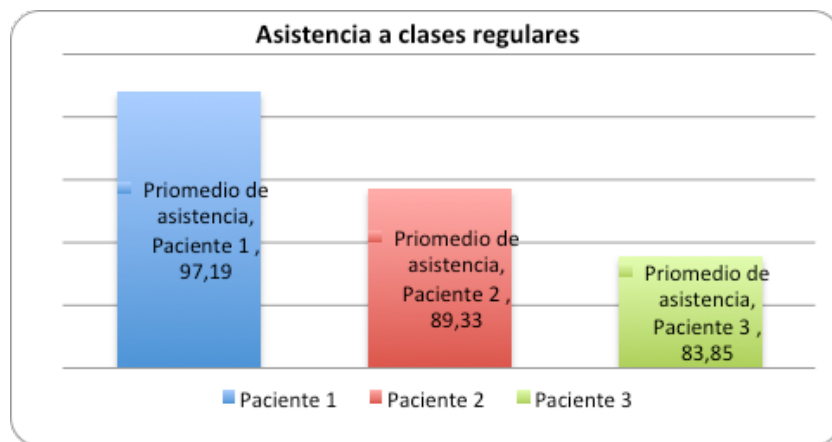
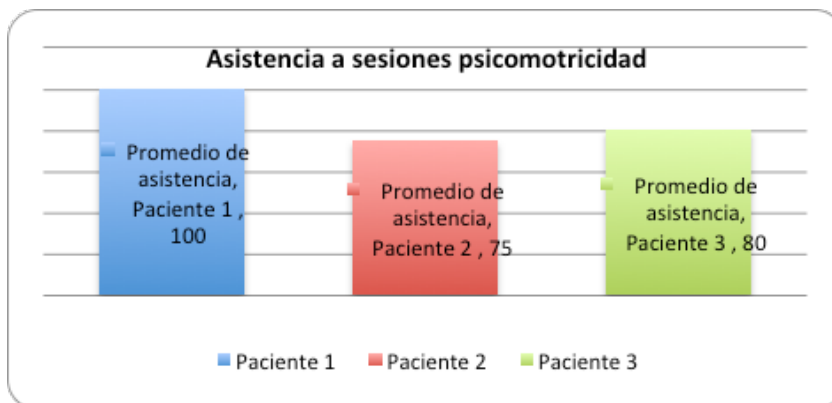
Esta relevante mejoría en el ámbito escolar es muy valorada por la familia y sus profesores. Al analizar la situación se deduce que dicha mejora es producto de la mayor concentración en clases apoyada por el medicamento, pero también por el trabajo psicomotriz como destacan tanto el padre como el doctor.

Este gráfico muestra que el paciente 2 mejoró los promedios de lenguaje, historia, ciencias naturales, música y educación física. Se ha de recalcar que de los cinco promedios, para lenguaje la clave está en la comunicación y comprensión lectora; para historia requiere de memoria y comprensión lectora; en ciencias naturales, el método científico y la resolución de problemas; en música y educación física ha mejorado por su auto concepto y autoestima, ya que se cree capaz de realizar otras actividades especialmente corporales. Su promedio general aumenta en dos décimas.



El gráfico del paciente 3 refleja una mantención del promedio general en un 5,4. En algunas asignaturas el paciente subió sus notas y en otras, las bajó. En matemáticas, historia, ciencias naturales y arte aumentó su promedio. Destaca el caso de historia que subió considerablemente (un punto y una décima), debido a que en el primer semestre, según comenta la profesora, estuvo a punto de tener la asignatura insuficiente; ahora, en cambio, está interesado y es más participativo y activo en clases. A pesar de la buena disposición hacia aquellas asignaturas en que subió su rendimiento, el alumno todavía presenta debilidades, en lenguaje escrito especialmente.

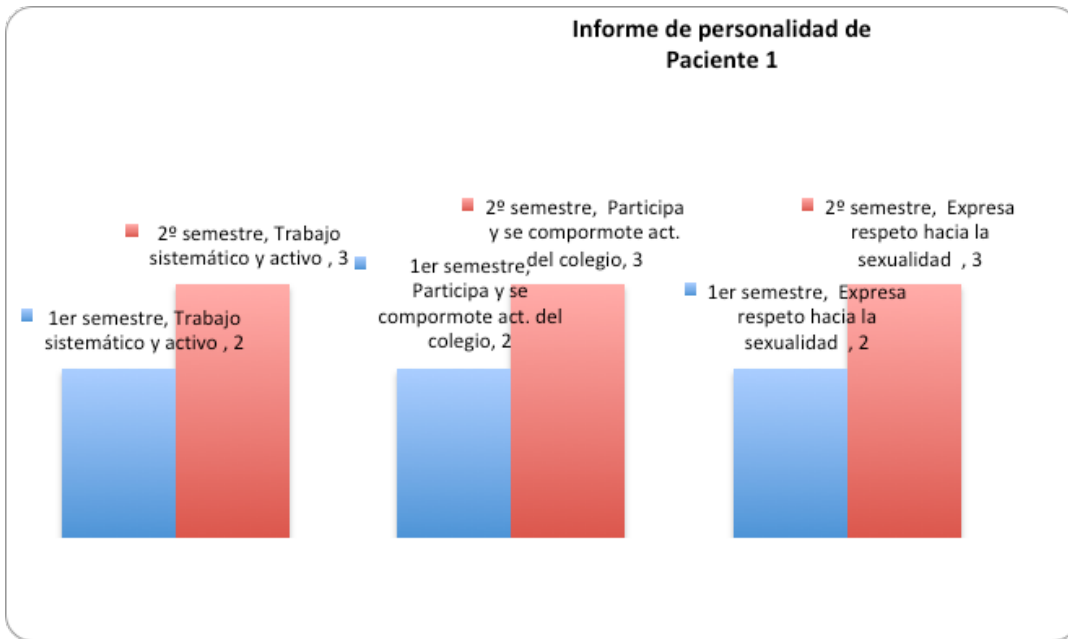
2. Asistencia: A clases y a sesiones de psicomotricidad



La asistencia a clases y a las sesiones de psicomotricidad es vital. Si bien, en general los tres niños poseen una buena asistencia tanto a las sesiones de psicomotricidad como a clases, el paciente 1 tiene un mejor porcentaje en ambas, al mismo tiempo que fue el que obtuvo el promedio superior. Por lo tanto, se puede inferir que la asistencia es clave para el desarrollo, sobre todo en casos de niños con vulnerabilidad social, porque muchas veces en casa adquieren menos aprendizajes que en la escuela; en el caso específico de los grupos de ayuda psicomotriz, se experimenta un proceso también crucial y que depende directamente de la asistencia a las sesiones.

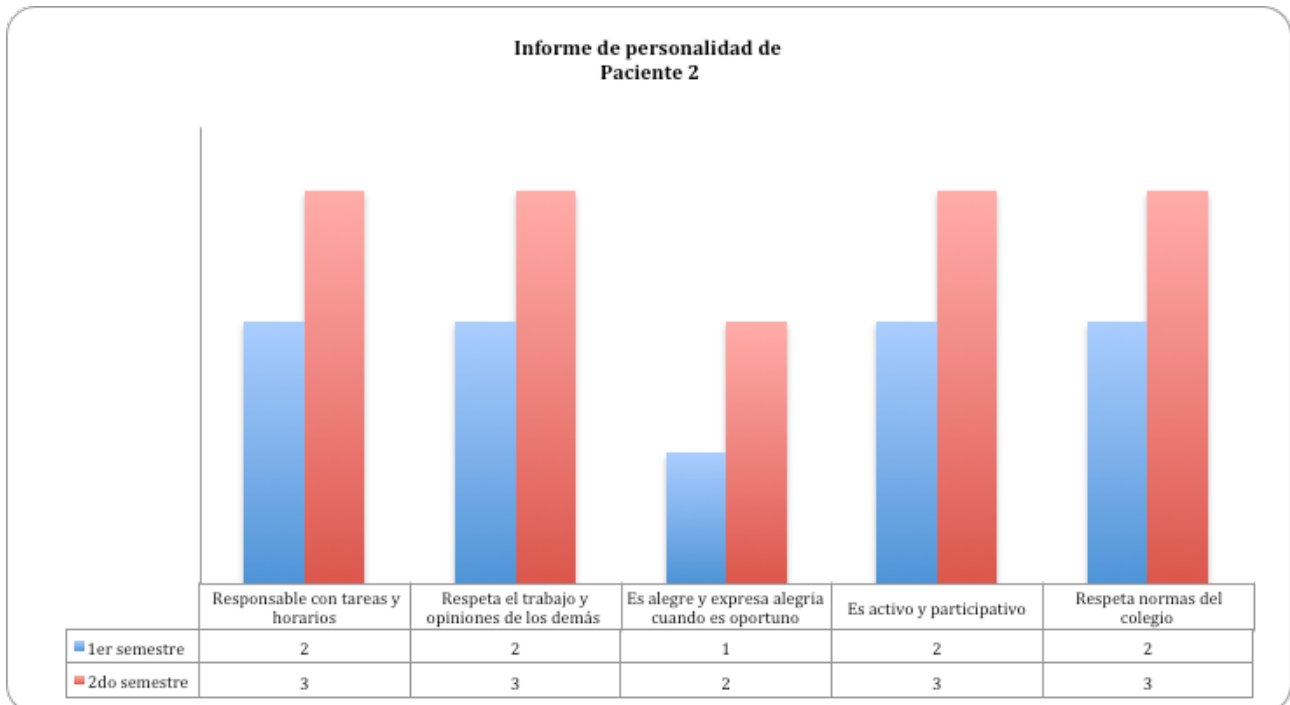
3. Informe de personalidad

El informe de personalidad corresponde a la comparación realizada por la profesora jefe entre el primer y el segundo semestre, donde 0 equivale a nunca, 1 a ocasionalmente, 2 a frecuentemente y 3 a siempre. Para cada informe, se escogen los indicadores que, entre un período y otro, fueron superados en un punto.



En el informe de personalidad del Paciente 1 resalta el avance en el trabajo sistemático, en las actividades del colegio y en el respeto a la sexualidad de los compañeros.

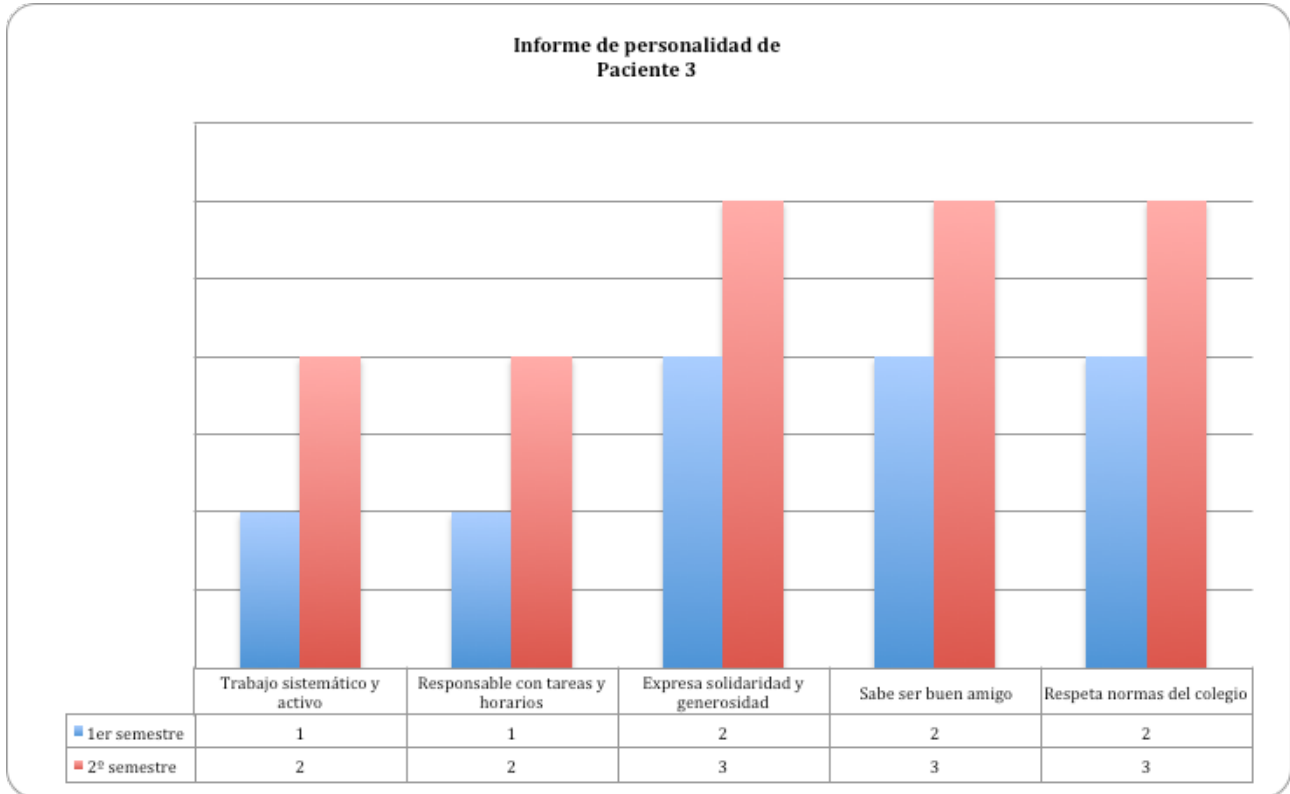
El estudiante se caracterizaba por ser muy molesto con sus compañeros lo que generaba reiterados problemas y este avance es fundamental para sus relaciones interpersonales. Si bien no ha alcanzado un cien por ciento, ahora manifiesta respeto por sus compañeros, especialmente en lo tocante a la sexualidad. También muestra motivación por las actividades del colegio y en la sala de clases realiza un trabajo sistemático y activo.



En el informe del paciente 2 se aprecian muchos más avances en los rangos de frecuentemente a siempre e, incluso, de ocasional a frecuentemente. El progreso de frecuentemente a siempre se ha dado con las variables de responsabilidad en las tareas y horarios,

en el respeto por el trabajo y las opiniones de los demás; de igual modo, el alumno se muestra activo y participativo, acata y respeta las normas del colegio y, además, es alegre, expresa alegría cuando es oportuno: durante el primer semestre lo hacía de forma ocasional, expresaba más bien lo negativo, y ahora expresa también lo positivo y lo hace frecuentemente.

Informe de personalidad de paciente 3



En el caso del paciente 3 se observa que ha mejorado cinco indicadores: ahora siempre expresa generalidad y solidaridad; también se sabe buen amigo, está conciente de ello mientras anteriormente dudaba; respeta las normas del colegio, que antes le costaba admitir, especialmente la participación en clases. En el paso de ocasional a frecuentemente sobresale el trabajo activo y sistemático a Si como ser responsable con sus tareas escolares (se refleja un avance en la preocupación por los deberes). Finalmente, en el paciente 3 se advierte un avance significativo en cuanto al respeto por las normas, la comunicación con sus compañeros y la responsabilidad en sus tareas.

Derivación a otros profesionales

Debido a que la psicomotricidad no debe ser aislada, los pacientes son derivados a otros profesionales –específicamente a psicóloga y fonoaudióloga– que apoyan en un trabajo transdisciplinar.

Conclusión

En virtud de lo expuesto podemos corroborar nuestra hipótesis. Ya sea a

través del análisis cualitativo o cuantitativo, se sostiene que los niños han tenido un avance en las relaciones interpersonales mejorando la comunicación hacia los pares y la familia; en clases también han enriquecido el lenguaje y progresado en asignaturas en cuanto a la expresión, verbalizando sentimientos y emociones.

En relación al área cognitiva se ha comprobado que los pacientes han mejorado en algunas asignaturas y el trabajo en clases ha progresado mediante el fortalecimiento de la concentración y el autocontrol. A su vez, la autoestima y el placer por el movimiento ha permitido desarrollar el área psicomotriz, teniendo un mejor concepto de Si mismos y pudiendo realizar más actividades.

En las sesiones se trabajó principalmente hacia el vínculo puesto que, en los tres casos, existía un problema vincular con los padres. En el caso del paciente 1 la separación de los progenitores, a causa de la cual la madre y el hermano se van al sur, produce una gran insatisfacción, rabia, culpa y también sentimientos de abandono que el niño verbaliza y justifica con razones incoherentes para un adulto; en las sesiones simboliza a su hermano que cuida y protege. Asimismo, de manera reiterada juega al hospital, juego simbólico en que busca que la psicomotricista cure sus heridas, pero que también pretende una aseguración profunda.

La familia –padre y abuelo básicamente– lo apoyan y eso queda demostrado en la asistencia a las clases y sesiones, lo que posibilita mejores resultados en su proceso. El niño posee TDAH que ha sido controlado cada tres meses. El doctor, al tanto del apoyo psicomotriz, estima que ha avanzado mucho y pronto le dará el alta con los medicamentos. En suma, el paciente 1 busca la contención y contacto corporal con el adulto, se observa complacido cuando lo obtiene y verbaliza lo que va sintiendo en el juego. Como ya se ha comentado, ha calibrado las relaciones interpersonales (desde la intervención ha atenuado su carácter intimidador y el abuso verbal hacia sus compañeros).

En el caso del paciente 3 también se evidencia un gran avance en las relaciones interpersonales, ahora se relaciona con sus compañeros, profesores y familia. El área de la comunicación se ha acrecentado y verbaliza lo que siente; en las sesiones ha expresado que no desea vivir con su abuela materna, que se aburre y esto lo ha comunicado también a los padres, indicándoles que quiere volver a vivir con ellos. Dicha situación sorprende los papás que cambian sus proyectos: cuando acabe el año volverán a vivir juntos y lo llevarán al colegio ellos mismos porque consideran que cuentan con un gran apoyo para su hijo en la escuela, que la psicomotricidad ha sido fundamental para su desarrollo y desean que permanezca en el grupo reeducativo el siguiente año.

En el área cognitiva el niño exhibe una mayor motivación en clases, una mejoría de promedios, pero conserva una dificultad en el área de lenguaje expresivo, tiene un diagnóstico fonaudiológico, ya que por su hipotonía se agota al escribir. En el área motriz logró una gran evolución fortaleciendo su musculatura mediante trabajos hipertónicos que realizaba con gran dificultad pero que finalmente fueron favorables para su desarrollo.

La situación del paciente 2 involucra otros factores dado que existe una dinámica familiar compleja, actualmente incoherente entre la madre y el padre, que están divorciados y no se ponen de acuerdo en su estilo de crianza. Existen malos tratos entre ambos, contexto familiar que necesariamente repercute en el desarrollo del niño. En ocasiones la madre se muestra ansiosa respecto a la educación de su hijo y ha reconocido que la agresión es necesaria para educar a los niños. Con una palmada se mejora, lo que equivale a aceptar la violencia. En cuanto al padre asegura querer lo mejor para su hijo, pero no acepta la realidad en que vive.

El paciente 2 presenta una conducta ansiosa que puede derivar de un

trastorno de ansiedad generalizado: se lleva las manos a la boca cuando está nervioso –y eso le pasa regularmente–, conducta por la cual es rechazado por sus compañeros. Como fue evidenciado por sus profesores, con las sesiones de psicomotricidad mejoró notablemente las relaciones interpersonales adaptándose tanto al grupo de terapia como al grupo curso. También mejoró su autocontrol, ya no hace pataletas cuando algo no le parece o se frustra; bajaron sus niveles de agresividad tanto física como verbal; su autoestima subió considerablemente. La madre comenta que ahora el niño acepta cuando pierde un juego de cartas o cuando se acaba y que respeta más las normas que ella pone. Sin embargo de forma inconsciente sus padres lo insegurizan, de forma que no sabe cómo actuar, qué decisiones tomar, lo que es muy perjudicial para su desarrollo. Así las cosas, el estilo de crianza pudiera ser el mayor problema que enfrenta. En el área cognitiva el paciente también consiguió mejorías: la descentración lograda en las sesiones le permitió concentrarse en sus aprendizajes y separarse de sus emociones elevando su rendimiento general. La profesora jefe observa y registra que se preocupa en mayor grado por sus tareas y que participa de forma activa en clases, por lo que ha incrementado los indicadores de su informe de personalidad.

En términos generales, el trabajo realizado fue completo y complejo porque los niños tenían dificultades para desarrollarse de forma integral –principalmente en la escuela– aspecto que afectaba las relaciones interpersonales. Con el apoyo brindado en terapia mejoraron muchas áreas de su desarrollo como la comunicación, lo cognitivo, la autoestima, el autocontrol y el área motriz, y tanto las familias como el colegio valoraron de modo positivo la intervención del grupo de ayuda psicomotriz.

Para mí fue una labor gratificante, nunca había sentido que mi intervención como psicomotricista influyera tanto en los niños y niñas puesto que mi mirada y quehacer eran más bien educativos, pero esta herramienta que obtengo de terapia psicomotriz aporta a mi desempeño y me enseña a realizar un trabajo transdisciplinar, que abarca muchas dimensiones y debe ser coherente con el planteamiento educativo de la escuela. Defiendo el trabajo de la psicomotricidad en la escuela porque llevo nueve años inmersa en el sistema educativo y de educación pública y, en muchos casos, las familias no poseen ni el financiamiento ni el tiempo para llevar a los niños a un centro de apoyo a los aprendizajes. Sería ideal poder contar con un centro a nivel municipal y dejar la terapia fuera de la escuela. Mientras eso no suceda, deseo seguir trabajando en esta línea: la intervención cambió la vida de estos tres niños, que ampliaron sus competencias, las familias advirtieron la importancia que adquieren para ellos y los profesores y directivos del colegio notaron las transformaciones vivenciadas por los menores, gracias a las cuales se motivaron para que continúe el trabajo en el año 2017. Tal y como dicen muchos autores, el trabajo de la psicomotricidad trasciende.

Lista de referencias

- Arnaiz, Pilar. 2000. «La práctica psicomotriz: Una estrategia para aprender y comunicar». *Revista Iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales* 0: 5-14.
- Aucouturier, Bertrand. 2004. *Fantasmas de acción y la práctica psicomotriz educativa* : Grao. Barcelona
- Franc, Nuria. 2001. «La intervención psicomotriz en educación». *Revista Iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales* 1: 5-18.
- Mila, Juan. 2008. *De profesión psicomotricista*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Muraro, Juan José. 2004. *Los niños son princesitas y principitos*. Santiago.
- Papalia, Diane, Sally Wendkos, Ruth Duskin. 2002. *Psicología del desarrollo, de la infancia a la adolescencia*. Ciudad de México: Mc Graw Hill.

*Recibido: 1/03/2017
Evaluado: 31/04/2017
Aceptado: 10/03/2017*

4. Terapia psicomotriz en niños y niñas con Síndrome de Down

Autora: Makarena Pineda

1. Introducción

La presente memoria tiene por objetivo relatar mis experiencias en terapia psicomotriz con niños y niñas que tienen Síndrome de Down. Para ello, comenzaré con un breve marco teórico que contextualiza dicho Síndrome en cuanto a características, definición, prevalencia en Chile y desarrollo psicomotor. Esto con el fin de comprender un poco más sobre esta discapacidad.

Mi trabajo práctico fue realizado en un centro de estimulación temprana, llamado Corporación de Educación y Salud para el Síndrome de Down, en el cual me desempeñé laboralmente. El trabajo realizado con los niños y niñas con Síndrome de Down nació de la necesidad de generar un espacio para la libertad de expresión de cada uno de ellos, con el propósito de estimular a temprana edad la capacidad de iniciativa, el pensamiento autónomo, la creatividad e imaginación, la adquisición del esquema corporal, entre otros, de manera de favorecer al desarrollo de su autonomía. Se incluye a las familias para facilitar este proceso.

2. Marco teórico

2.1 Definición y características del Síndrome de Down

El Síndrome de Down es una alteración genética, que se produce por la presencia de un cromosoma extra en el par 21. Este exceso de material genético origina las características biológicas y fisiológicas propias del Síndrome, que definen y hacen que su desarrollo psicomotor sea específico (Martínez 2008).

Las características comúnmente asociadas al Síndrome de Down son: rasgos faciales dismórficos, cardiopatías congénitas, alteraciones visuales y auditivas, anomalías en la función gastrointestinal, hipotonía muscular, hiperlaxitud ligamentosa, alteraciones en la función tiroidea (fundamentalmente hipotiroidismo), umbral más alto de percepción del dolor y déficit cognitivo (Roberts 2007).

En la actualidad, de acuerdo a los datos publicados, en Chile la prevalencia del Síndrome de Down se ubica por sobre 2,2 por mil nacimientos. Esta tendencia se ha comunicado en trabajos anteriores, los que han confirmado la correlación que existe con el aumento del promedio de la edad materna al momento de concebir. El Estudio Colaborativo Latino Americano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC) entrega para el período 1982-2001 una tasa de 1,63 por mil (5.841/3.574.609) y para el período 1995-2008, una prevalencia de 1,9 por mil nacimientos (Nazer 2011).

2.2 Desarrollo psicomotor en niños y niñas con Síndrome de Down

Como bien sabemos, el desarrollo psicomotor es un proceso neurológico evolutivo, gracias al cual el individuo va configurando y potenciando todas las

estructuras y factores a nivel cognitivo, motor, social, lingüístico, afectivo y psicológico elementos que serán el soporte del niño en los procesos de aprendizaje.

El desarrollo psicomotor es una organización neuro-bio-psico-eco-social evolutiva que se desarrolla en el tiempo, y su formación depende de varios aspectos, siendo entre ellos los factores hereditarios y el entorno o ambiente de los más relevantes a considerar. Asimismo, está estrechamente vinculado al proceso de maduración del sistema nervioso (ya iniciado en la vida intrauterina) y a la organización emocional y mental del niño. Por tanto, el desarrollo psicomotor está compuesto por una serie de aprendizajes que el niño adquiere a través del movimiento. De esta manera, explora y experimenta el mundo que lo rodea y conoce los límites de su cuerpo y sus capacidades.

El desarrollo psicomotor de los niños con Síndrome de Down se caracteriza por un retraso en la adquisición de las distintas etapas del desarrollo evolutivo, debido en gran medida a las características fisiológicas y biológicas propias del Síndrome antes mencionadas, que pueden ser atribuidas a tres grandes factores:

- Características cerebrales

Las personas con Síndrome de Down presentan un cerebro microcefálico, con el hipocampo, la corteza prefrontal y, particularmente, el cerebelo con bajo volumen (Joanne 2007), generando diversas alteraciones que modifican la capacidad de transmitir información. Esta peculiar configuración cerebral hace que las personas con Síndrome de Down (en adelante SD) sean más lentas para captar, procesar, interpretar y elaborar la información, siendo una de las causas de la demora en el desarrollo psicomotor (Martínez 2008). Es importante mencionar que este déficit cognitivo que puede suscitarse es ampliamente variable en cada niño y niña.

- Alteraciones musculoesqueléticas

Algunos de los factores que justifican el retraso en el desarrollo motor de los niños con SD son el bajo tono muscular (hipotonía muscular), el aumento de la laxitud ligamentosa, así como la fuerza muscular, que se ve disminuida, y el tamaño de las extremidades superiores e inferiores, que son más cortas. Estos factores condicionarán el desarrollo motor del niño, la cronología de la adquisición de los hitos motores y la calidad del movimiento, es decir, su forma de moverse (Martínez 2008).

- Problemas médicos asociados

Este ítem hace referencia a las alteraciones médicas más frecuentes como son las cardiopatías, los problemas respiratorios, los déficit visuales y auditivos, los problemas digestivos, hormonales y la epilepsia (Martínez 2008), manifestaciones clínicas que provocan que el individuo con SD sea más vulnerable a enfermarse.

Más allá de las características individuales que pueda presentar cada niño y niña, en las sesiones de psicomotricidad he podido observar que sus dificultades o limitaciones no son un impedimento para desarrollarse en los distintos ámbitos del desarrollo (cognitivo, motor y psico-socio-emocional), ya que al jugar crean, exploran, expresan emociones, interactúan, se mueven, ponen a prueba sus capacidades y destrezas, entre otros. Sin embargo, durante el tiempo que llevo trabajando con niños con discapacidad intelectual, he podido ver, escuchar y sentir que en la sociedad el padecer una «discapacidad» conlleva un sinfín de etiquetas, prejuicios y mitos sobre el Síndrome, partiendo de la base de cómo un médico informa a la familia de la llegada de un niño que lo presenta hasta el instante en que los padres buscan un

colegio para integrar a sus hijos o, simplemente, cómo son vistos estos niños por la ciudadanía, diciendo «son unos angelitos», «son tan tiernos», «es un pobre niño», entre otras frases. Por otra parte, aún considero que las instituciones tanto de salud como de educación, estigmatizan mucho la subjetividad y el desarrollo del niño discapacitado, por medio de pautas, pronósticos y diagnósticos, que solo tipifican, clasifican e institucionalizan sus prácticas hacia ellos. Con esto no quiero decir que la información que nos entregan cada una de estas prácticas sea mala, sino que, si bien es importante considerarla, no debemos olvidar la subjetividad del individuo como ser único. El hecho de que padezcan una condición específica con características particulares no significa que podamos «estigmatizar» o «tipificar» a todos aquellos individuos con discapacidad como iguales. No olvidemos que la imagen que debemos tener es la de un ser de carácter «bio-psico-socio-eco-cultural», que tiene una historia y un contexto (Bottini 1998). Vale decir, no se define únicamente por su discapacidad.

Bajo esta mirada holística e integral del individuo que quiero conseguir, la psicomotricidad vendría a ser una disciplina que hace referencia a la existencia de una relación directa entre los aspectos pSíquicos (componente cognitivo y afectivo) y motores (movimiento), que se afectan mutuamente, y considera al individuo en su totalidad, como ser bio-psico-social. Esto quiere decir que las funciones pSíquicas y motrices son los elementos funcionales de la actividad social y del comportamiento individual de cada persona, donde la práctica psicomotriz sitúa las manifestaciones corporales del ser humano en el centro de su vida afectiva y pSíquica.

A continuación, daré una descripción del establecimiento en el cual me desempeño laboralmente, en conjunto a los tiempos propuestos para realizar la intervención en terapia psicomotriz. Posteriormente, explicaré mis vivencias a partir de dicho enfoque y la metodología aplicada con los niños y las familias de esta institución.

3. Descripción del establecimiento de trabajo

Corporación de Educación y Salud para el Síndrome de Down Edudown es una corporación sin fines de lucro, creada en el año 2000, que atiende a niños en forma gratuita, cuyo objetivo es «promover el desarrollo integral de las personas con Síndrome de Down con el fin de mejorar su calidad de vida y la de sus familias, desde los primeros años de vida hasta la adultez».

En la actualidad, Edudown cuenta con cuatro sedes: dos ubicadas en la región Metropolitana (una en Providencia y otra en San Bernardo), y otras dos ubicadas en La Serena y Temuco.

El programa de intervención tiene como principal propósito la estimulación temprana de niños con SD desde recién nacidos e incluye sesiones en distintas áreas, como kinesiología, fonoaudiología, educación diferencial, psicomotricidad, computación y talleres de habilidades sociales y de autonomía. Su visión es brindar óptimas condiciones para pertenecer, integrarse y desenvolverse con total armonía en la sociedad, como un ser íntegro.

3.1 Ubicación

San Martín 405, San Bernardo.

3.2 Intervención

La intervención está dirigida a niños y niñas con SD de dos a seis años de edad, pertenecientes a la Corporación Edudown. Las sesiones son de tipo individual o grupal (máximo cinco niños).

3.3 Tiempo de trabajo

- Fecha de inicio: miércoles 9 de marzo 2017.
- Fecha de término: miércoles 14 de diciembre 2017.

4. Intervención psicomotriz

4.1 El abordaje de la psicomotricidad en los niños y niñas con Síndrome de Down

Desde el momento que me inicié en esta disciplina y en la práctica de la formación de psicomotricidad, noté que en el mundo de la discapacidad y, sobre todo en el lugar en el que me desempeño, el concepto psicomotricidad no es completamente comprendido. Aún se tiende a confundir esta intervención con prácticas dirigidas que apuntan solo a lo motor grueso y fino, enfatizando mucho la dificultad del niño, más que a su habilidad. Noción que me ha costado modificar y corregir en mi proceso como psicomotricista, pero por la cual me encuentro trabajo. Especialmente, en cambiar la mirada que se tiene hacia ellos: es decir, comenzar de la idea del niño «capaz», con habilidades que potenciar, en vez del niño con «dificultad», por el que hay que trabajar y reforzar. Ha sido una travesía difícil pero no imposible, con un largo camino todavía por recorrer.

Como he avanzado, el trabajo realizado con los niños y niñas desde el enfoque terapéutico ha sido algo complejo. He tenido que replantearme, reestructurarme y modificarme en cuanto al modo de ejecutar mis intervenciones, teniendo como eje principal a la familia y partiendo de la premisa de la empatía, del no juzgar sus ideas, pensamientos, miedos y proyecciones.

4.2 Experiencias y reflexiones en la intervención psicomotriz con los niños y niñas

Trabajar con niños y niñas que presentan Síndrome de Down implicó empezar desde la vereda de lo que Si pueden hacer, construir, imaginar, decir y pensar, estableciendo un clima de confianza, empatía y aceptación, despojándome de todo prejuicio y comentarios de terceros, que suponen que solo se puede avanzar con ellos direccionándoles o guiándoles a cada momento sin dejar tanta cabida a su libre expresión.

Ante esto, me he llevado una grata impresión ya que las limitaciones o dificultades que puedan padecer estos niños no son un impedimento para que se desarrollen en el juego, interactúen con otros, exploren, creen, simbolicen, construyan, expresen emociones, descubran sus habilidades, etc. Pareciera que el adulto patentiza las limitaciones más que el propio niño.

Antes de comenzar a detallar mi experiencia, me gustaría mencionar que el rango de edad de los niños y niñas a los cuales veo e intervengo va de entre dos a seis años. Por lo tanto, la etapa madurativa de cada uno de ellos es distinta y me ha

permitido observar cómo se desarrollan y desenvuelven en cada fase. Desde que ingresan a la sala, he podido observar diferentes tipos de niños, entre los que encontramos niños inquietos que exploran el entorno, sin medir límites y riesgos; niños pasivos con escasa o nula capacidad de exploración del entorno; otros que no aceptan la separación del padre, la madre o el cuidador responsable, manifestando gran angustia a través de llantos constantes e inconsolables y niños que no fijan la mirada hacia el otro, manifestando grandes dificultades de vinculación. Un espectro amplio de individuos, donde cada uno es distinto y, por ende, es importante respetar la singularidad. Niños con un juego sensoriomotor, donde tiran, hacen sonar, giran y exploran oralmente los objetos. Un juego que, en apariencia, en la mayoría de los niños prevalece mayor tiempo y madura lentamente en analogía con los niños de desarrollo típico. Un juego que sigue siendo consciente y mayoritario entre tres a cuatro años de edad.

Como psicomotricista me ha tocado acompañar a estos niños de una manera más cercana, con contacto corporal. Muchas veces he tenido que conducirlos al placer y el sentir de lo sensoriomotor, vivenciando distintas experiencias corporales sobre un balón, al resbalarse sobre una rampa, al tirarse sobre una colchoneta, al contenerlos físicamente con movimiento de balanceo, etc. Y ello debido a la notoria inhibición que manifiestan algunos tanto a nivel motor como emocional, que perpetúa el miedo, la inseguridad y la dependencia hacia el adulto, demandando así un trabajo mucho más minucioso y paulatino en el tiempo. De tal modo, la disponibilidad corporal ha sido uno de los principales ejes de la mediación con los niños, en conjunto con la escucha, la mirada, la voz y las propuestas del medio, las que deben otorgarles tanto seguridad como desafío.

En relación a la figura del adulto, en un inicio puede mostrarse distante respecto al niño, siempre desde el respeto, para establecer una confianza mediante su expresividad psicoemocional. Luego, comienzan a florecer juegos de aparecer-desaparecer, persecuciones, construir y destruir, donde los niños incluso llegan a asignar al adulto diferentes roles, buscando en ese instante, relaciones de protección, sumisión, oposición, ayuda, entre otras, manifestaciones de carencia que se transforma en necesidad.

En cuanto al juego simbólico, los niños expresan y elaboran sus necesidades, deseos, miedos e inquietudes. Se organizan de manera segura en el espacio, construyendo y desarmando lo que crean, invención que evoluciona paulatinamente en el tiempo. Juegan desde a construir una casa hasta incorporar roles dentro la misma de manera discreta, observándose las representaciones de cada niño y niña respecto a su realidad. Asimismo, está presente el juego con reglas, el cual debe ser modulado por la psicomotricista.

El desarrollo del encuadre con los niños ha sido un proceso lento y flexible según las características individuales o del grupo, desde simbolizar con los zapatos el inicio y término de la sesión a desplegar un encuadre completo: establecer normas y reglas, fomentar la expresividad motriz y plástica o lenguaje, concientizando sobre lo realizado y sentido (anexo 1). Cabe mencionar que para lograr cada uno de estos aspectos se requirió de apoyos visuales: imágenes para mostrar y anticipar sobre las actividades y cambios de las mismas (anexo 2).

Con el transcurso del tiempo, he reafirmado cómo cada niño, de manera independiente, busca lo que necesita su corporalidad para poder desarrollarse de manera íntegra en los distintos ámbitos (motor, cognitivo y socioemocional), y cómo el medio al ser un espacio seguro y desafiante, les permite el desarrollo de esas habilidades y destrezas favoreciendo su organización en el espacio, la expresión de emociones, la creación, la simbolización, el desarrollo de sus praxias, etc., siempre en compañía del adulto.

Al mejorar sus capacidades motrices, el disfrute del placer del juego tanto

sensoriomotor como simbólico –que la mayoría de las veces se da desde una pulsación repetitiva– genera en los niños y niñas una mayor percepción y seguridad en Si mismos, lo que faculta sentirse más capaces (sentimiento de competencias) y, sobre todo, reafirmar y construir un autoconcepto más positivo al elaborar representaciones simbólicas de sus vivencias, miedos y deseos.

En consecuencia, la sala vendría a ser un espacio que ayuda a potenciar el desarrollo de la autonomía y la capacidad de enfrentarse al mundo, ya que no solo favorecemos la seguridad afectiva, la superación del miedo, el desarrollo de iniciativa, el autocontrol u autorregulación, sino que también ayudamos a flexibilizar esquemas de funcionamientos rígidos y repetitivos, al enfrentarse sea a propuestas más complejas, sea a nuevos desafíos.

Más adelante, detallaré mi experiencia con Valentín, un niño de tres años que ingresó a mi sala con aparentes dificultades de vinculación, dificultades más acentuadas que el resto de los niños con Síndrome de Down.

4.3 Experiencias y reflexiones en el abordaje con los padres

Antes de comenzar mis experiencias en el abordaje con los padres, planteo la pregunta qué significa un hijo antes de nacer. Y cuando veo a los futuros padres y madres intentar contestar esta interrogante, las palabras que vienen a mi mente son ansias, anhelos, novedad, proyectos e hipótesis. Como diría Esteban Levin, «es aquello que los padres imaginan, comentan, novelan, inventan, crean y escenifican a partir del ideal de cada uno» (2012). Un supuesto hijo ideal, ya que los progenitores reflejan, refractan y proyectan sus propios espejos, edificando así –continúa Levin– un cuerpo simbólico, real e imaginario del hijo por nacer.

Pero ¿qué sucede cuando el hijo nace con discapacidad? Pareciera que ello cuestionara la función parental, puesto que los padres «heredarían esta discapacidad, la deficiencia, el diagnóstico, el pronóstico y las consecuencias de lo que [aquella] acarrea» (Levin 2012). En consecuencia, todas las planificaciones, proyecciones, promesas e hipótesis sobre cómo podría ser ese hijo se desmoronan y destruyen, quedando encarnado, fijo e inamovible el concepto de hijo-discapacitado. La discapacidad entonces pasa a ocupar un lugar central dentro de la familia, absorbiendo su tiempo en función de la propia «dificultad, discapacidad o Síndrome» que nombra al hijo.

A partir de lo mencionado, el camino y el escenario del niño con discapacidad adquiere múltiples vertientes en relación al funcionamiento escénico de los padres y la familia, entre los cuales, según Levin (2012), a grandes rasgos encontramos:

- Padres que aceptan al hijo-discapacitado, dedicando todo el tiempo a la problemática de su hijo, haciendo de ella la causa de sus vidas. Por tanto, son familias que entregan amor incondicional, tratando de superar todas las adversidades. Ello deriva en que, para facilitarles la existencia, ciertos padres hagan todo a sus hijos, incurriendo muchas veces en una sobreprotección.
- Padres que rechazan al hijo-discapacitado; aquellos que no aceptan la discapacidad y consideran al niño como normal sin límites, es decir, que se desarrolla igual que los otros aunque de manera más lenta, evadiendo así sus responsabilidades. Son familias algo pasivas, a las que les cuesta aceptar y rehúsan la situación; padres que con frecuencia no están presentes en el proceso, pero que afirman estarlo y hacer todo por sus hijos porque los llenan de terapias tanto en el hogar como en otros

centros; padres que racionalizan la situación buscando nuevas técnicas que sesguen o disminuyan la discapacidad del hijo, generando comúnmente niños sobreestimulados.

- Otro posible camino por el que puede optar la familia es vivir el duelo, proceso que la institución donde trabajo acompaña. Un proceso que implica elaborar y resignificar aquella hipótesis, promesa y proyecto que todo hijo representa, a cargo de un profesional especialista en esa área.

Ante lo expuesto, el abordaje con los padres es la instancia en que más me he tenido que reestructurar, flexibilizar y empatizar, ubicándome en la vereda del no prejuizar, no enjuiciar ni criticar los estilos parentales que se articulan a partir de la llegada del hijo con discapacidad, enfatizando la reflexión sobre sus acciones (cómo pueden mejorar una dinámica o estilo familiar desde la reflexión de su propio actuar o accionar).

Ver y comprender los distintos procesos por los cuales pasa cada familia con la que he tenido que empatizar, me ha llevado tiempo y maduración. Para ello, fue importante desarrollar un historial clínico madurativo del niño que me permitiera saber tanto de él como de su familia (anexo 3). Posteriormente, establecí algunas sesiones familiares para:

1. Observar el acompañamiento que tienen los padres hacia sus hijos en cuanto al modo de interacción.
2. Saber y comprender posibles inquietudes respecto al desarrollo de sus hijos.
3. Explicar qué es y lo que busca la psicomotricidad.

Tales sesiones me ayudaron a percibir la infinidad de proyecciones, inseguridades y miedos que existe en relación al Síndrome de Down. De un lado, pude advertir algunas interacciones entre padres e hijos a menudo precarias, pues solo implicaban observar a distancia, sin mostrar algún grado de emocionalidad o asombro respecto a lo que el niño lograba hacer, esperando únicamente directrices sobre qué hacer en sus hogares de acuerdo a la dificultad que los padres creen ver o esperan que les digan. Otras familias, en cambio, interactuaban desde la mirada sobreprotectora, irradiando miedo y temor a que ocurriese algo malo al ver al niño poniendo a prueba sus límites, una vez más, sin captar lo que puede conseguir de manera independiente. Incluso, advertí el comportamiento de padres que aparentemente juegan con sus hijos, pero siempre desde la perspectiva del «adultocentrismo», o sea, de querer hacer lo que el adulto cree es mejor para el niño, dejando encarnada la discapacidad en él, de forma que solo deba reaccionar ante el estímulo, olvidando por completo que no es tan solamente un sujeto de reacción, sino un sujeto de acción, condición esencial que le permite relacionarse con el entorno y generar cambios intencionados en él. En el fondo, se trata de familias que no logran comprender a cabalidad el concepto acompañar. Frecuentemente olvidan lo importante que es reafirmar los logros de sus propios hijos, darse el tiempo de conocer cuáles son sus intereses, de dejarles explicar lo que sucede, de que formulen sus propias ideas o intenciones en el juego, etc. Piensan que acompañar equivale a imponer ideas (para trabajar y reforzar las dificultades) o establecer los límites y las normas, olvidándose por completo del proceso del niño.

En varias oportunidades me he preguntado cómo estamos recomendando a las familias para que se involucren en el proceso de sus hijos. Pareciera que el «recetario de indicaciones» para el hogar es el salvavidas para que los padres se sientan menos culpables, ya que de alguna manera se ven ayudando, trabajando y avanzando con los niños. Con esto no quiero decir que el sugerir sea negativo, sino que la forma en que lo hacemos o lo planteamos quizás debiese ser distinta, partiendo siempre de la proactividad del adulto. ¿Qué generamos o provocamos realmente en los padres al dar nuestros consejos?, ¿qué pasaría si no lo hiciéramos?, pareciera que no hay nada más que hacer.

Creo que los padres se han olvidado de ejercer su rol como tal, esto es, ser madres y padres de hijos con discapacidad. Por el contrario, quisieran ser terapeutas, educadores, fonoaudiólogos u otros, que sobreestimen a los niños para que avancen. Un nuevo papel que quiere aparecer en ellos, pero que perjudica al estilo parental que mantienen con sus hijos, debido a que no dan con un punto de encuentro real y profundo que se produzca a partir del vínculo. Y el vínculo es gestor de todo aprendizaje profundo y significativo en el desarrollo temprano del niño.

En cuanto a las inquietudes más reiteradas entre las familias, encontramos las que tienen relación con el lenguaje y comunicación (si lograrán hablar, leer y escribir), la motricidad (si mejorarán su coordinación y desarrollarán nuevas destrezas y habilidades motoras, tanto gruesas como finas), el juego que manifiestan (inquietud al notar que repiten el mismo juego y dudas respecto a su necesidad por moverse), la integración a jardines y colegios, entre otros. Pesquisar sus inquietudes y apreciar la dinámica de interacción que sostienen con los hijos, me lleva a plantear futuros cambios en el abordaje de la intervención.

Integrar a los padres en la terapia por medio de entrevistas y la realización de charlas ayudaría a orientar y comprender de mejor manera el desarrollo psicomotor de sus hijos, lo importante que resulta el movimiento para ellos durante esta etapa, así como lo fundamental que es la presencia paternal en el proceso de aprendizaje.

5. Aportaciones de la psicomotricidad a los niños con Síndrome de Down

Los beneficios de la psicomotricidad se pueden apreciar en los diferentes ámbitos del desarrollo del niño, puesto que esta influye valiosamente en el desarrollo intelectual, motor, afectivo y social del individuo, favoreciendo la relación con su entorno y, por consiguiente, el desarrollo de su autonomía. Los aportes de la psicomotricidad son:

- **Ámbito cognitivo:**
 - Mejora la atención, la concentración y la memoria de trabajo (análisis y Síntesis de información).
 - Desarrolla la imaginación, la creatividad y el pensamiento autónomo.
 - Favorece la resolución de problemas.
 - Permite el desarrollo de la flexibilidad cognitiva.
- **Ámbito socioafectivo:**
 - Ayuda a canalizar las frustraciones e impulsividades (autorregulación).
 - Mejora la autoestima y el sentido de competencia.
 - Fomenta la intención comunicativa.
 - Favorece el desarrollo de habilidades sociales e integración con otros.
 - Promueve la iniciativa y exploración del entorno.
- **Ámbito motor:**
 - Facilita la adquisición del esquema corporal.

- Favorece el desarrollo de destrezas y habilidades motoras (gruesas y finas).
- Potencia la definición de la lateralidad.
- Desarrolla la estructuración espaciotemporal.
- Fortalece el control postural, el equilibrio y la coordinación.

Cada uno de estos beneficios surge de una intervención que implica mirar y enfatizar en las habilidades del niño y no en sus limitaciones, para lograr un desarrollo pleno.

6. El caso Valentín

6.1 Antecedentes generales del caso

Valentín ingresa a psicomotricidad en marzo del 2017, con dos años y diez meses. Es un niño que presenta Síndrome de Down y es el cuarto hijo; sus hermanos tienen once (niña), trece (niño) y, la mayor, quince años. Ninguno de ellos ha presentado algún tipo de dificultad a nivel de aprendizaje o de desarrollo.

Ambos padres cuentan con estudios superiores técnicos y dado que la madre decidió cuidar a sus hijos, el padre es el proveedor económico del hogar.

El proceso de aceptación ha sido difícil para la familia, sobre todo para la mamá, que reiteradamente se ha sentido sobrepasada, recibiendo escaso apoyo de su pareja. Valentín asiste a Edudown desde que tenía un mes de vida y adquirió la marcha a los dos años con ocho meses.

6.2 Evidencias del caso

A continuación, realizaré una descripción de lo observado en Valentín al inicio de mis sesiones (cuatro primeras), a nivel motor, cognitivo y psíquico. Además, realizaré una breve descripción de su contexto o entorno familiar.

a. Motor:

- Torpeza motora (en ocasiones tropieza con pequeños obstáculos).
- Marcha poco coordinada.
- Escasa estabilidad corporal en superficies blandas (recurre al gateo).

b. Cognitivo:

- Escaso contacto visual espontáneo y dirigido.
- Nula flexibilidad durante el juego (manipulaciones repetitivas y estereotipadas: gira los objetos).
- Bota sillas dispuestas en sala y deambula alrededor de ellas.
- No sigue indicaciones simples.

c. Psíquico:

- Se frustra con facilidad cuando el objeto no está a su alcance, disconformidad que expresa en llantos (en ocasiones cuando no

sabe qué hacer, se pone a llorar).

- • Escasa exploración del entorno y materiales.
- Nula interacción espontánea con pares.
- Nula interacción espontánea con el adulto.
- Emite algunos sonidos –incluso hace bruxismo– cuando está muy concentrado en la manipulación de los objetos de su interés (preferentemente argollas o todo aquello que tiene forma redonda).

d. Contexto:

- Valentín no va a sala cuna ni a jardín (la madre está en busca de ello).
- Es el cuarto hijo, sus hermanos tienen entre once y quince años de edad.
- La mamá menciona que en un momento dejó de lado a Valentín por asuntos familiares y personales. Reconoce que entonces tuvo escaso contacto con él.
- La madre se hace cargo de Valentín y sus otros hijos (dejó de trabajar).
- El padre está poco presente por motivos de trabajo.
- Durante las primeras sesiones, la madre manifiesta mucha angustia, comenta que se siente superada y que ha sido muy difícil el proceso. Además, explica que nunca ha recibido ayuda psicológica.

6.3 Percepción profesional del caso

Valentín muestra un retraso evidente en su desarrollo psicomotor, debido en gran parte a su condición de Síndrome de Down. Sin embargo, el que muestre una manipulación estereotipada de los objetos (hacerlos girar), el escaso contacto visual, la precaria exploración del entorno y los materiales y la nula interacción espontáneamente con pares a sus dos años y diez meses de edad, me hace pensar que su retraso psicomotor se acentuó debido a la escasa estimulación recibida de sus padres durante los primeros años de vida, originando dificultades para vincularse con el entorno. No es menor que la mamá mencione que hubo un período en que no compartía con Valentín. Por esto mismo, es necesario que la madre reciba apoyo psicológico por parte de un profesional especialista, que la ayude a vivenciar el proceso del duelo. Además, se recomienda llevar al niño a neurólogo para saber sobre su desarrollo actual.

Dentro de la terapia, se realizará una evaluación que mida el estado de Valentín a partir del inventario de desarrollo Battelle.

6.4. Diseño de intervención

- e. Entrevistas con la madre (cuatro sesiones); de las cuales la primera fue para realizar anamnesis y las tres posteriores, para observar la dinámica entre madre e hijo. Para esto se propusieron las siguientes actividades, presentadas en diferentes sesiones y de manera distanciada:
- Sesión 1. Compartir y acompañar a Valentín durante la sesión con el fin de observar el modo de relacionarse con él durante el juego.
 - Sesión 2. Solo de observación y de reflexión según lo visto en la

sesión anterior y en la actual.

- Sesión 3. Aplicar prueba de screening Battelle para ver estado de desarrollo de Valentín.

f. Objetivos de la intervención con Valentín

- Establecer el vínculo en relación al adulto y al espacio.
- Promover la interacción espontánea con el otro (pese a ser una sesión individual, la sala se comparte con otro profesional que tiene a cargo a una niña) e incitar a la exploración activa del espacio.

Durante el desarrollo de las sesiones se plantean como propuestas de intervención:

- Juegos de imitaciones.
- Generar contacto corporal directo con las manos e indirecto con el uso de pelota pequeña para marcar la presencia del adulto durante el juego.
- Se retiran algunos materiales de la sala, como argollas y sillas, para generar la exploración del espacio y de otros materiales.
- En un comienzo, se proponen otros materiales como telas para incitar el contacto visual.
- Se realizan provocaciones para incitar a la flexibilidad durante el juego.
- Proveerle el placer y sentir del juego sensoriomotor a través del uso de balón terapéutico, patineta, rampa y escala.
- Estimular la expresividad psicoemocional mediante el juego.

6.5 Análisis cuantitativo y cualitativo de la intervención

Como se ha adelantado, durante las sesiones individuales con Valentín la sala es compartida con otro profesional (terapeuta ocupacional), quien está a cargo de una niña. Ello me permitió observar a Valentín en relación a los otros durante el transcurso de la intervención.

En términos cuantitativos, la evaluación que se aplicó durante la terapia psicomotriz fue el inventario de desarrollo Battelle. Para la observación del juego me basé en la Guía para la observación de parámetros psicomotores de Pilar Arnáiz. Tal guía trata de basar y fundamentar cada uno de los principales parámetros desde una perspectiva evaluativa del proceso de desarrollo del niño, a saber: el niño y el movimiento, el niño y el espacio, el niño y el tiempo, el niño y los objetos, el niño y los otros (adulto y pares). Estas perspectivas enlazan con lo visto en clase en cuanto a los cinco parámetros de observación en el juego: relación consigo mismo, con el material, el espacio, el tiempo y con el adulto y pares.

En términos cualitativos, durante el transcurso de las sesiones se pudieron observar avances discretos en cuanto a las relaciones con el material, el espacio y la interacción con el adulto, manifestando mayor flexibilidad durante el juego, lo que ha permitido a Valentín mejorar su tolerancia a la frustración y una mayor exploración del medio. En ocasiones, está más conectado al entorno, busca al adulto y observa lo que hacen otros. En tres oportunidades se acerca a lo que realiza el otro, por períodos cortos, manipulando los mismos objetos, pero sin jugar con su compañera (juego en paralelo). Si bien la mayoría de sus manipulaciones consiste en hacer girar objetos –al ver una argolla o algo alusivo a su forma puede pasar toda la sesión en ello y por tal razón se propuso quitar ese tipo de objetos–, a veces busca otras

formas como tirar y hacerlos caer, dar botes reiterados a un balón por medio de la imitación que propone el adulto y desplazar una patineta. Por lo tanto, el juego de Valentín es mayoritariamente sensoriomotor, aún en proceso de madurar.

Además de los avances nombrados, la madre menciona otros progresos en el hogar asociados al modo de relacionarse. Ahora el niño la busca no arranca cuando la ve y considera que Valentín disfruta más cuando comparte con ella.

Con respecto al encuadre, principalmente al ritual de inicio, recién se está incitando a que simbolice su entrada con el uso de mochila, la que debe colgar con apoyo del adulto, para luego sentarnos y saludar por medio de una canción, rutina que, como se indica, requiere de la asistencia del adulto y que a veces se lleva a cabalidad.

En términos cuantitativos se aplica el inventario del desarrollo Battelle, el cual mostró lo siguiente:

Área	Puntuación Valentín	Puntuación mínima esperada	Edad Valentín	Edad evaluación
Personal social	4	19	41 meses	3 meses
Adaptativa	7	19	41 meses	6 meses
Motora	2	17	41 meses	3 meses
Comunicativa	2	16	41 meses	2 meses
Cognitiva	5	15	41 meses	5 meses
Total	20	91	41 meses	4 meses

A partir de estos resultados, se puede advertir que Valentín presenta una edad psicomotora menor a la edad cronológica, con un retraso psicomotriz de 37 meses. Dentro de la evaluación realizada se pudo observar que:

- No logra ajustar su tono a las propuestas estructuradas que se hacen como mantenerse sentado junto a la madre; de hecho, se queja y se pone a llorar. Su atención está centrada en una argolla y solo quiere manipularla.
- No presenta mirada vincular con la madre ni conmigo durante la evaluación.
- No se comunica, solamente en un momento balbucea y cuando está muy centrado en lo que manipula, se queja y hace bruxismo.
- Manifiesta mucha frustración cuando se le quita el objeto, lloriquea, motivo por el cual no se pudo hacer evaluación completa.

Como recomendación se sugiere:

- Promover la autonomía por medio de la elección de cosas de la vida cotidiana, por ejemplo entre dos prendas de vestir, entre dos frutas, entre sus juguetes. Que comience a desarrollar su pensamiento de manera autónoma, comparando, analizando, eligiendo.
- Se propone terapia psicomotriz con un grupo pequeño de niños, como un método de aprendizaje corporal mediado que se convierta en un apoyo a

su proceso de maduración e integración y evolución de sus ejes de desarrollo.

- Hay actitudes de su entorno que también hay que mediar; el ambiente debe ser desafiante, atractivo y seguro para él; debe avalar la incorporación de actividades en conjunto con niños de su misma edad para potenciar la relación con ellos y facilitar su sociabilización.

7. Conclusión

Mi experiencia en el trabajo con niños que presentan Síndrome de Down ha sido difícil pero no imposible, quedando un camino largo todavía por recorrer. No obstante, es importante contemplar el trabajo interdisciplinario de las distintas áreas que abordan a cada niño, como también estar en contacto con los diferentes contextos en los cuales se desenvuelven, para así estructurar un esfuerzo en conjunto que sea consistente en el tiempo y, consecuentemente, permita estar atentos a sus evoluciones o posibles dificultades.

Asimismo, es fundamental sumar a los padres en esta «cruzada» para que sean partícipes activos del proceso. No olvidemos que los padres son el anclaje para la construcción del psiquismo infantil. Por lo tanto, es vital sostener en el tiempo la comunicación con el núcleo familiar para que la intervención terapéutica se lleve a cabo en completitud.

Por otra parte, la terapia de psicomotricidad ha sido una experiencia maravillosa, que destruye todo tipo de prejuicio respecto al desempeño de estos niños, ya que logran vencer todo tipo límites. Sin embargo, su proceso madurativo es más lento y requiere de una mediación corporal cercana, donde el adulto acompañe, facilite e incite a nuevas propuestas, desafíos y experiencias.

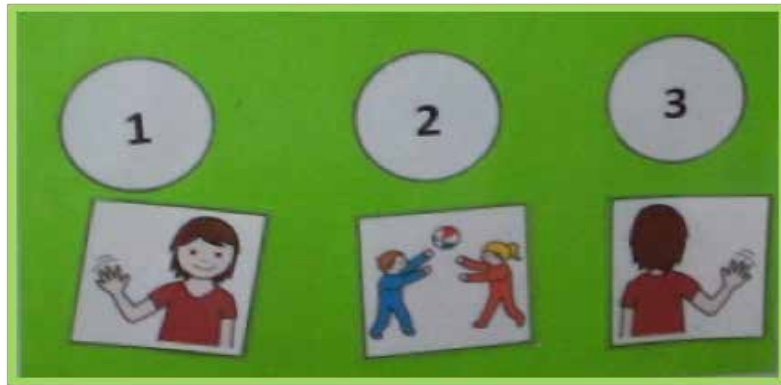
8. Anexos

Anexo 8.1: Expresión plástica o lenguaje



Cada una de las representaciones gráficas es la síntesis de lo que realizaron en la sesión distintos niños. a) Juego simbólico Los mostros (izq.: adulto y der.: Agustín), b) Juego simbólico La casita, c) Se dibuja a Si misma (derecha) y al adulto (izquierda).

Anexo 8.2: Pictograma de estructuración



La imagen muestra el dispositivo temporal de la sesión: al inicio se saluda, después se juega y, posteriormente, se despide (ordenar/guardar material).

Lista de referencias

- Alabart, Inés. 2009. «Función y rol de los padres en la construcción del psiquismo infantil». *Revista Iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales* 33, vol. 9(1): 61-66.
- Bottini, Pablo. 2000. «Los trastornos psicomotores desde el pensamiento complejo». En *Psicomotricidad: prácticas y conceptos, compilado por Pablo Bottini*. Madrid: Miño y Dávila.
- Buzunáriz, N., M. Martínez. 2008. «Avances psicopedagógicos: El desarrollo en los niños con Síndrome de Down y la intervención de fisioterapia desde la atención temprana». *Revista médica internacional sobre el Síndrome de Down* vol.12 (2): 28-32.
- Levin, Esteban. 2012. *Discapacidad. Clínica y educación: Los niños del otro espejo*, 4ª ed. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Nazer, Julio, Lucía Cifuentes. 2011. «Estudio epidemiológico global del Síndrome de Down». *Revista chilena de Pediatría* 82(2): 105-112.
- Roberts, Joanne, Johanna Price, Cheryl Malkin. 2007. «Language and communication development in Down syndrome». *Mental retardation and developmental disabilities* 13: 26-35.

*Recibido: 1/03/2017
Evaluado: 31/04/2017
Aceptado: 10/03/2017*

5. El placer se expresa en el cuerpo de Luis David a través de su persecución y transformación en su desarrollo psicomotor

Autora: Rosmery Lujan Acevedo

Resumen

El siguiente trabajo demuestra que, a través de la intervención psicomotriz basada en la mediación corporal y en el juego espontáneo, se evidencian grandes cambios en los niños, especialmente en Luis David, protagonista de esta memoria. En cada sesión de psicomotricidad él pudo expresar sus

emociones, sus fantasías, su vivencia corporal, mediado por mi rol de psicomotricista, que ofrecía diálogo tónico, seguridad y respeto sin imposiciones, en la ayuda de construir, de restaurar su cuerpo, y brindando el tiempo y el espacio adecuados para que Luis y otros niños que observo y con quienes trabajo sientan el placer de ser ellos mismos y de fantasear sus juegos de ser felices.

Empiezo preguntándome lo siguiente: **¿Dejarán huellas las experiencias vividas a lo largo de la niñez?**

Hoy podemos observar en la práctica y reafirmar a partir de bibliografías científicas que Si lo hacen. «La experiencia deja una huella en la red neuronal... La experiencia modifica permanentemente las conexiones entre las neuronas; y los cambios son tanto de orden estructural como funcional. El cerebro es considerado, entonces, como un órgano extremadamente dinámico en permanente relación con el medio ambiente, por un lado, y con los hechos psíquicos o los actos del sujeto por otro. ¿Qué propiedad confiere entonces, dicha plasticidad neuronal a nuestro cerebro? La propiedad de registrar de forma durable en los circuitos neuronales las informaciones provenientes de nuestro entorno, y la de permitir que las experiencias vividas por cada individuo dejen una huella» (Magistretti y Ansermet 2006, 33).

Partiendo de las referencias bibliográficas, pude observar a Luis David de tres años y tres meses de edad y la transformación que fue experimentando en cada sesión en la sala de psicomotricidad; era y es otro. ¿Qué ha pasado entonces en el transcurso de su corta vida y los cuidados que le brindaban sus padres?

Cuando Luis David –hijo único de un matrimonio consolidado– llegó a la sala de psicomotricidad, sus padres se mostraban muy preocupados por el comportamiento de su primogénito. Entre otras cosas, comentaron que lloraba mucho; no se desapegaba –sobre todo de la mamá– ni toleraba estar solo; tampoco toleraba que se cayeran sus juguetes, se frustraba fácilmente; no permitía que otros niños se le acercasen; si lo llevaban a un lugar de juego (salta, salta), lloraba mucho al tener que irse. Asimismo, mencionaron que no expresaba más lenguaje que «pa--pa» y «ma--ma», que todavía no comía solo, hay que darle de comer, movía las manos repetidas veces y cuando cogía una pelota, la daba vueltas y la miraba por largo tiempo..

Como se advierte, los papás estaban bastante inquietos por su comportamiento. En efecto, el niño había sido evaluado por un neurólogo por la sospecha de un trastorno del espectro autista (TEA) en la ciudad de Lima. El especialista diagnosticó un problema conductual, sugirió, por tanto, que asistiese a terapia de modificación de conducta y que regresara después de seis meses para reevaluación. Ellos optaron por la psicomotricidad y comenzaron a traerlo a las sesiones respectivas.

Al observar a Luis David se confirmó lo que los padres habían referido. Si en el juego se caían algunas piezas cuando construía una torre de madera, no lo toleraba y lloraba, así como la mamá debía estar presente y cerca suyo, porque si se retiraba también lloraba excesivamente. De otra parte, en las sesiones se apreció que era hipotónico.

Al preguntarle a los padres acerca de los cuidados del niño refirieron que dormían todavía con ellos y que siempre estaban protegiéndole, no permitían que se cayese y tenían miedo a que se lastimara. Por ello, con frecuencia miraba televisor o usaba la tableta que le habían comprado; no dejaban que comiera solo para que no se ensuciase y se mantuviera limpio. En la actualidad, los papás trabajan y terminan de su jornada laboral a las tres de la tarde. A partir de esa hora se dedican exclusivamente al hijo. Dado que tenía el diagnóstico de hiperelasticidad, Luis demoró en caminar y sus padres tenían un permanente miedo a que se golpeará o se hiciera daño. De ahí que siempre estuviesen detrás de sus cuidados. En cuanto al aseo, le lavaban las manos, los dientes, no dejaban que tocara agua, lo bañaban, le daban de comer, no permitían que se cayera, por lo tanto, no jugaba mucho (no creían importante el juego); si corría, de nuevo sentían temor de que se hiciera daño, lo mismo que si se subía a una escalera, se asustaban, pues podía caer y golpearse la cabeza.

Con presteza, se pudo constatar que Luis David estaba bajo un excesivo cuidado y esa sobreprotección estaba provocando que las experiencias externas fuesen más fuertes que sus experiencias internas. No era él, sino los padres reflejados en él, en base a sus miedos, su excesivo recelo a que algo malo sucediera a su pequeño. Ese temor, que a lo mejor tuvieron en sus propias historias de vida, sin querer lo estaban transmitiendo al niño; sin pretenderlo estaban dejando huella y ocasionando un problema conductual y emocional.

Aucouturier y Mendel plantean que «las experiencias que vive el niño, son la base de su constitución subjetiva, desde los primeros días de vida tiene sensaciones que aún inconscientes, dejan su huella, sensaciones corporales placenteras en algunos casos y desagradables en otros. "La unidad es la interiorización de experiencias corporales vividas en las interacciones de la madre y el niño. Esta interiorización, basada en una sensación placentera, pese a alguna que otra desagradable, proporciona al niño una sensación de continuidad de la existencia; el niño siempre busca la unidad, porque es una fuente de bienestar» (2004, 10).

¿Qué pasaba en este caso? Durante la terapia corroboré que en Luis David existía una torpeza motriz: se caía con frecuencia, no podía correr aún y si lo intentaba, se caía y en cada uno de estos episodios lloraba, se desesperaba y llamaba a su mamá buscando cobijo. Se frustraba fácilmente, no jugaba, si veía una pelota se apasionaba por ella, la daba vuelta, la observaba, la metía en una caja, luego la sacaba y aSi podía pasar mucho tiempo. No toleraba desapegarse de su mamá; al hacer entrar a otros niños, no les permitía que se aproximaran y lo tocasen como tampoco permitía que tocaran sus juegos; jugaba solo en la sala, lloraba mucho y reclamaba cuando su mamá se alejaba e intentaba irse con ella. Al parecer, la ausencia de juego, el cuidado desproporcionado y las aprensiones de los padres estaban convirtiendo a Luis en un niño aislado, que no podía crear, pensar, fantasear, tolerar frustraciones, aprender, cooperar, compartir, expresar sus emociones, su lenguaje, ser autónomo y seguro, etc.

¿Qué es el juego y qué significa para Luis David?

El juego en Si mismo es un concepto muy diversificado y difícil de definir al estar asociado al hombre. En general, decimos que «el juego es una acción libre sentida como situada fuera de la vida corriente del jugador, el cual no tienen ningún

interés material en su participación» (Chaverra Fernández 2009, 25).

Como formula Palomero, «el papel del juego en el desarrollo psicomotor y sensorial. El término psicomotricidad hace referencia a la indisoluble vinculación entre cuerpo, movimiento, emoción y actividad cognitiva, desempeñando un papel fundamental en el desarrollo integral y armónico de la personalidad humana. En este sentido, todo juego remite siempre al cuerpo, vehículo de nuestra presencia en el mundo (Merleau-Ponty), que se va construyendo en el contexto de un espacio lúdico de relaciones y comunicación, de permanente interacción con los otros, que favorece la activación y estructuración de las relaciones humanas» (2012).

En base a la cita anterior, puedo afirmar que Luis David se estaba desvinculando de su cuerpo y de la interacción con otros, y ahí radicaba su principal problema. Esa ausencia hacía que viviera aislado del mundo externo y no experimentase con su cuerpo movimientos innatos, movimientos que nos permiten aprender, que se pueden ejercer a través de los juegos, de las caídas, de ensayar, de construir, de tener contacto con otros niños, de gritar, de empujar, de reír.

Algunos juegos exigirán a Luis correr, saltar, mover piernas o brazos, agacharse, levantarse, sentarse, mantener el equilibrio, de forma de contribuir a un desarrollo global de su psicomotricidad. Como continúa Palomero, «el juego es un permanente banco de pruebas, que permite al niño experimentar, de forma real o imaginaria, con todo tipo de materiales y objetos. En el juego, el niño aplica y construye conocimientos, resuelve problemas, descubre las consecuencias de sus acciones, comprende su entorno, vive nuevas experiencias, desarrolla la inteligencia, el pensamiento, el lenguaje, la atención, la percepción, la memoria, la imaginación y la creatividad, o aprende a manejar las relaciones de espacio y tiempo» .

Los enemigos que Luis David tenía al permanecer sentado horas y horas, suprimiendo su movimiento y su juego motor

Serrabona Mas señala que «existen diferentes modelos en la sociedad actual que dificultan el desarrollo del juego motor. Principalmente nos ceñimos a dos, los medios audiovisuales (TV y juegos audiovisuales) y la institucionalización (deportivización). Se puede destacar también otras variables como la falta de espacios de juego y la falta de tiempo típica de la población actual, que van íntimamente ligadas a una sociedad donde impera la tecnología, el urbanismo y en definitiva el consumo. La televisión ha perjudicado de forma importante el juego motor. En la actualidad los niños pasan gran cantidad de horas delante del televisor y de juegos de carácter audiovisual. Con la institucionalización de los juegos se ha restringido la práctica creativa de los mismos» (2001, 33).

Dado el desconocimiento de la relevancia del juego como parte vital en el desarrollo psicomotor, por el trabajo y los estudios que los padres de Luis tenían dejaban que este mirase programas televisivos por largas horas, manifestando que se concentraba mucho y le gustaba estar sentado, situación que se repetía con el uso de una tableta, pues se mantenía quieto y, gracias a ello, la mamá podía hacer algunas cosas sin que el niño notara su ausencia.

Esta falta de movimiento diario y escasa recreación, se veía agudizada por el hecho de que los papás rara vez sacaban a su hijo a parques –optaban por permanecer en casa–, porque referían que lloraba mucho y no le gustaba que se le aproximaran personas adultas.

¿Por qué es importante el juego?

Tal como dice Hurling:

- «El juego es una categoría vital e irreducible a cualquier otra». y puesto que es crucial, el psicomotricista deja jugar y acompaña en el juego.
- Es, a su vez, una «actividad voluntaria» y libre, en la que no tiene cabida la imposición. Podemos concluir que se trata de una actividad tan necesaria como comer o dormir. Y si comemos y dormimos es porque estamos vivos.
- Además, es «ejercido dentro de determinados límites de tiempo y espacio». El marco temporal y espacial de la intervención psicomotriz está bien delimitado. Las sesiones se realizan en un espacio específico expresamente organizado y preparado para este tipo de actividad.
- De otra parte, el juego se ejecuta «de acuerdo con unas normas libremente aceptadas, pero absolutamente obligatorias». Esto es, surge de la espontaneidad de los participantes en la actividad motriz, en un marco organizado y no organizador (no impuesto) que deja espacio a la espontaneidad y en el que cada participante «actúa» y «juega» de acuerdo con su propia idiosincrasia. Deben definirse las normas que van a enmarcar el juego para que este sea posible.
- Finalmente, tiene «una finalidad propia», que es el goce que proporciona jugar por jugar, porque lo necesitamos para vivir, porque da gusto y es placentero (Batlle 2002, 35-36).

La transformación de Luis David a través del juego corporal y la terapia psicomotriz

El académico Miguel Sassano (2011, 41) explica que «al decir juego corporal, hablamos de una modalidad lúdica en donde la mirada se centra en el modo en que la persona resuelve las acciones que realiza en el desarrollo del juego, sean estas intencionales o automáticas, conscientes o inconscientes. Una mirada que prestará atención a la calidad de las acciones corporales en Si, coordinaciones, gestos, posturas, actitudes, como a la calidad simbólica que en ellas y en el juego elegido despliega».

En el juego corporal intervienen los tres ejes básicos de la psicomotricidad: cuerpo, espacio y tiempo. Por lo tanto, es una actividad esencialmente psicomotora, que evoluciona a lo largo del desarrollo, adquiriendo distintas formas en cada etapa, a través de las cuales se manifiesta la expresividad psicomotriz del sujeto.

Así entonces en el juego corporal del niño aparecen fantasías, emociones y deseos lo que determina que también sea considerado un acto que, como se adelantaba, tiene entre sus características: ser libre (el sujeto tiene la posibilidad de elegir formas personales de expresión de las vivencias, experiencias o sensaciones), espontáneo (puede responder con fluidez a situaciones conocidas y con originalidad a situaciones nuevas) y creativo, en palabras de Sassano, «elemento principal que hace del juego corporal un verdadero acto lúdico, acto del cual el niño se constituye en actor y protagonista, siendo él quien da una forma propia a cada juego que desarrolla» (42). En definitiva, «el juego corporal es en donde la dimensión emocional se manifiesta sin forzamientos, en forma espontánea e inconsciente. Pero a su vez, es gracias a él que la persona podrá reflexionar conscientemente sobre los modos de resolver los conflictos que en el transcurso del juego se la presentarán» (43).

Durante las sesiones de psicomotricidad –al inicio personalizadas–, Luis David fue experimentando una notable transformación; comenzó a divertirse con los juegos de reaseguración, el « dónde estás, acá estás». Le ofrecí cajas donde esconderse, sonría cada vez que lo encontraba, le gustaba que tardase en hacerlo y preguntara por él; también disfrutaba de correr por la sala y ser atrapado, de armar torres y ser acompañado en su frustración cada vez que se le caía algo pues le instaba a repetir el esfuerzo. Le gustaba entrar a la sala aceptando las reglas, inclusive dejó de llorar cuando los padres lo dejaban y se despedían. Ingresaba corriendo, subía las espalderas, ya no tenía miedo. En efecto, al correr casi siempre se caía , pero le ayudaba a levantarse y animaba a que continuara su juego. Comenzó así a trepar y a colgarse, aunque siempre bajo mi mirada. Si bien al principio no expresaba palabras, comenzó a hacerlo cuando se equilibraba en la espaldera, con expresiones cortas como «Mey ven», (léase Rosmery ven) «dame tota», (dame la pelota), «hola». Con el transcurso de los meses –asistía a sesiones de una hora dos veces a la semana– ya se sacaba solo los zapatos, y la madre describía que en casa intentaba comer por su cuenta, jugaba mucho con el agua a la hora del baño, lo sacaban a jugar, y, en resumidas cuentas, que habían notado un gran cambio.

Recientemente Luis David inició sesiones grupales con dos niños de su misma edad, Fabricio y Mathiu, con quienes ha llegado a empatizar, respetando las reglas establecidas, practicando juegos de cooperación, de respeto, construyendo casas en conjunto. En un comienzo miraba a sus compañeros y se sentaba hacia un lado, pero poco a poco lo que ellos construían llamó su atención, de manera que participaba él también: se metían en las casas, hacían carros y en su imaginación iban a la playa. Ante todas sus fantasías y cada juego Luis David respondía y evidenciaba su inmensa alegría por compartir con los otros niños, disposición recíproca por parte de Fabricio y Mathiu. Cada vez que llegaban y se encontraban los llamaba por su nombre, además comenzó a decir más palabras y más claras. Los tres saltaban y me esperaban muy contentos. A la hora de ingresar Luis David corría y ya no se caía como antes, era otro niño. Le gustaba dar la mano y dar besitos en la cara de los niños, se despedía feliz de ellos. Los papás manifestaban que había cambiado considerablemente, porque, entre otras cosas, notaron que hablaba más, que era más independiente, había dejado el pañal (solamente lo usaba por las noches). De igual forma, comenzó a tolerar de mejor manera a la gente adulta y a sus familiares; se deja abrazar y próximamente irá al jardín, pues ya tiene cuatro años.

En la actualidad, Luis David continúa asistiendo a la sala de psicomotricidad. Trabaja con cinco niños, con los que juega a los dragones, al rescate de princesas, a que se está bañando en la ducha, etc. Aún no construye solo su casa, pero seguramente pronto lo hará. Su lenguaje es más claro, se puede entender lo que dice; le gusta ir al baño por su cuenta; se saca y se pone las zapatillas sin ayuda, las deja en el lugar indicado. Es feliz en la sala y nosotros con él: la psicomotricidad cambió mi vida, la de Luis David y la de sus padres también.

Los grandes avances que hizo este niño en términos de expresar sus miedos y emociones aSi como demostrar sus habilidades, se deben en gran medida a la ayuda de la terapia psicomotriz, que le brinda un ambiente de respeto sin imposiciones, en base a sus necesidades y con el propósito de que alcance su autonomía, esto es, que sea él mismo y por Si mismo. Todo esto de la mano del acompañamiento adecuado, para el cual debo seguir formándome, pues el camino continúa.

Estos ocho meses de terapia han transformado al niño conjuntamente al acompañamiento de los padres, cuyo rol es trascendental en su desarrollo. Como parte de su entorno, refieren que «lo sacamos a la calle y ya no se asusta, saluda, se despide, expresa palabras largas, ya no se cae, corre mucho, cambiamos algunos aspectos de nosotros, le brindamos seguridad, lo sacamos a pasear, es más tolerante, estamos muy felices con los cambios de Luis David».

A nivel personal, es gratificante ver a los niños que hacen progresos favorables en su desarrollo en la sala de psicomotricidad. Sus vivencias, sus emociones son parte también de nuestras vivencias: el saber acompañar, escuchar, entender, comprender en qué momento debemos alejarnos y cuándo intervenir es fruto de una transformación de ambos cuerpos, del niño y del psicomotricista. El acompañamiento adecuado requiere tanto de una preparación continua, de una formación personal, de conocimientos, como de un ponerse en el lugar del otro, de no juzgar, de saber que cada niño y cada padre tiene una historia de vida distinta, vive angustias y miedos diferentes, y el objetivo último es seguir avanzando en favor de nuestra niñez.

Conclusión

Durante mi formación he ido planteando diferentes hipótesis en relación a los diagnósticos o sospecha de TEA. Cada vez más se ve llegar a terapia a niños con dificultades expresivas a nivel corporal y verbal, que finalmente son diagnosticados con TEA. Desde la psicomotricidad he puesto el énfasis en evaluar el estado de desarrollo del niño, el trabajo con la familia, la transdisciplinariedad con otros profesionales y, por cierto, la propia intervención psicomotriz. Conjunción que comprueba aquello que representa el caso Luis David: al dar la posibilidad de la expresión y del juego, disminuyeron las conductas TEA que llevaron a su diagnóstico.

Lista de referencias

- Aucouturier, Bernard. (2004). *¿Por qué los niños y las niñas se mueven tanto?* España: Grao.
- Chaverra Fernández, Beatriz Elena. (2009). *Juego y deporte: reflexiones conceptuales hacia la inclusión*. Medellín: Funámbulos Editores.
- Franc Batlle, N. (2002). «En torno al juego y la intervención psicomotriz». *Revista Iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales* 5: 123.
- Magistretti, Pierre, François Ansermet. (2006). *A cada cual su cerebro: plasticidad neuronal e inconsciente*. Paris: Katz Editores.
- Palomero, José Emilio. (2012). «El valor del juego en el desarrollo infantil». *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. Obtenido de <https://aufop.blogspot.pe/2012/03/el-valor-del-juego-en-el-desarrollo.html>
- Sassano, Miguel. (2011). «El juego corporal en la infancia como soporte de la resiliencia». *Revista Iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales* 36: 113.
- Serrabona Mas, M. (2001). «El juego popular tradicional. Una opción actual al pensamiento único del deporte». *Revista Iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales* 2: 103.

*Recibido: 1/03/2017
Evaluado: 31/04/2017
Aceptado: 10/03/2017*

6. Vinculación de un trastorno del espectro autista

Autora: Lorena Vera Olivares

Introducción

La presente tesina hace referencia a la intervención de terapia psicomotriz realizada en un centro particular en Melipilla (Región Metropolitana, Chile), a un niño de cuatro años, cuyo diagnóstico de base es autismo leve de alto rendimiento.

La intervención se realiza de mayo a diciembre del año 2017. El trabajo es arduo desde un comienzo: tratar de analizar por qué el paciente tiene tan poco estímulo siendo leve y de alto rendimiento. De ahí que, en algunas ocasiones, se incluya a los padres con el fin también de lograr una vinculación entre el niño y ellos. Desde el nacimiento el vínculo es la base que permite al niño unificar su yo, conocer su unidad como tal para integrarse como un ser único.

En el caso de un trastorno del espectro autista (en adelante TEA), la asimilación es el proceso por el que se integran nuevos elementos –perceptuales, motores y conceptuales– a los esquemas ya existentes, esquemas con estructuras cognoscitivas mediante las cuales el individuo se adapta intelectualmente al medio y lo organiza. El ajuste sucede cuando un estímulo no puede integrarse a los esquemas existentes, entonces se crea uno nuevo. En relación a la terapia psicomotriz, se modifica un esquema para que se den los ajustes necesarios.

1.- Antecedentes

Emanuel de cuatro años, con diagnóstico de espectro autista leve de alto rendimiento, es hijo único y fue concebido gracias a un tratamiento médico de fertilización asistida. Duerme en el dormitorio con su madre y el papá en otro.

Los padres no se percatan del problema del niño hasta los tres y medio años; antes lo consideraban un consentido. Ambos ingenieros, en un principio presentaron una negación ante dicho espectro, considerando que terceros influyeron en su desarrollo, como por ejemplo, «las nanas que lo cuidaban [y] no supieron incentivarlo». A la fecha de ingreso a terapia no controlaba esfínter hasta que en septiembre logra hacerlo.

Emanuel acude regularmente a una escuela de lenguaje, donde asisten niños con distintos trastornos de aprendizaje, motor e intelectual. En dicha institución hay educadoras diferenciales, fonoaudióloga y psicóloga. Emanuel presenta un evidente retraso de habilidades sociales y dispraxia en su lenguaje, además de dificultades de vinculación, movimientos torpes al caminar y arrastrar los pies, y una hipotonía que no ha sido atendida hasta ahora con la psicomotricidad.

Evidenciando estos antecedentes y teniendo en cuenta el espectro autismo y la relación familiar, ¿es posible mejorar, tras la aplicación de la terapia psicomotriz, en cuanto a las habilidades motoras y relacional de estos niños?

2.- Fundamentos teóricos

2.1.- El concepto de Espectro Autista

El trastorno del espectro autista (TEA) es una condición neurológica y de desarrollo que comienza en la niñez y dura toda la vida. Afecta al modo en que una persona se comporta, interactúa con otros, se comunica y aprende. Es llamado trastorno de espectro porque diferentes personas con TEA pueden presentar una gran variedad de síntomas distintos. Por ejemplo, pueden tener problemas para dialogar con otros, es posible que no miren a los ojos cuando se les habla. Además, pueden poseer intereses limitados y comportamientos repetitivos. Pueden pasar mucho tiempo ordenando cosas o repitiendo una frase una y otra vez. Parecieran estar en su propio mundo, animado.

Si bien sugieren que tanto los genes como los factores ambientales juegan un rol importante, según investigaciones del Instituto Nacional de Desarrollo Infantil de Estados Unidos no se conocen las causas del trastorno del espectro autista. Por ello, actualmente no existe un tratamiento estándar para el TEA. Hay muchas maneras de maximizar la capacidad de un niño para crecer y aprender nuevas habilidades. Cuanto antes se comience, mayores son las probabilidades de tener efectos positivos en los Síntomas y las aptitudes.

2.2.- El tono, las emociones y su vinculación

Tono deriva del griego tonos, que significa tensión. Así, el tono es la tensión muscular a que se somete el músculo en un estado de reposo, lo que puede ir desde una tensión exagerada hasta la desconstrucción (hipotonía), constantemente variando de un estado a otro.

La función tónica es la función fundamental en el enfoque psicomotor, es el hilo conductor. A partir de este punto se pueden verificar muchas emociones: «es ante todo el vehículo de expresión de las emociones» (Coste 1978). Es por ello que la podemos observar y tener en cuenta como un elemento esencial, pues participa en todas las funciones motrices, como el equilibrio, la coordinación y la disociación, entre otros.

Como plantea Wallon, hay que tener en cuenta que «las relaciones que pueden existir entre la emoción y las circunstancias exteriores son de tipo condicional». Por ser parte del sistema nervioso, cualquier estado de tensión se incrementa, siendo transformado en angustia, o cualquier diferente excitación desencadena un aumento en la tensión que lleva a una reacción, pudiendo esta traducirse en angustia, malestar o alegría.

El tono es primordial en la comunicación, factor central en la psicomotricidad, así como también lo es la vinculación, de gran relevancia sobre todo en una primera etapa de desarrollo, pues en un principio el niño es parte de la madre, vale decir, son una unidad y como tal debe ser comprendida la comunicación madre e hijo.

En palabras de Coste (1978), «esta presencia materna exhibe caracteres muy destacables, que pertenecen a la psicología profunda. La identificación íntima que une al niño con su madre ("carne de su carne") le permite percibir muy sutilmente sus necesidades y sus reacciones. Lo escucha moverse o gemir en su cuna aun cuando el ruido de una calle con mucho tránsito no la despierta. Por su parte, el niño percibe, no sólo en el tono de su voz y en sus gestos, sino también en la más ínfima variación neurovegetativa, el humor y las disposiciones afectivas de su madre para con él».

2.3.- Distintos tipos de espectro y su intervención

Si tras la evaluación se obtienen resultados positivos sobre este tipo de intervención, cabría incentivar la inclusión de esta terapia con el objetivo de mejorar la calidad de vida y la capacidad de relación de estos niños.

La evaluación es en relación parámetros del desarrollo. Se debe tener en cuenta que la verificación de los resultados obtenidos aportará varios tipos de medidas a implementar en casos de TEA o similares, las que atañen a aspectos como capacidades psicológicas y de aprendizaje; habilidades motoras; habilidades sociales; comunicación no verbal y verbal, motricidad fina y gruesa; lo sensorial. Todo esto con el objetivo de conocer la variabilidad de dichas capacidades desde que se inicia la terapia psicomotriz.

Frances Tustin trató de aplicar inicialmente la técnica de Melanie Klein a los niños autistas, pero debió enriquecerla de manera de integrar también la cuestión de la angustia inherente a este trastorno. Sobre esas bases clasificó el autismo en tres grupos: autismo primario anormal (prolongación del período habitualmente pasajero del autismo), autismo secundario encapsulado (sensiblemente idéntico al autismo de Kanner) y autismo secundario regresivo (o esquizofrenia infantil).

En el caso del autismo secundario encapsulado, se trata de una inhibición como mecanismo de defensa, de una prolongación anormal del autismo primario. El retraimiento que presenta el niño se manifiesta desde el inicio mismo de la vida, mientras que en el caso del autismo secundario regresivo se trata de una dislocación que sobreviene después de un período de desarrollo normal: «en ciertas condiciones patológicas, pareciera que el desarrollo haya seguido un curso normal, pero reposa sobre bases muy inestables». En un cierto momento el desarrollo del niño se disloca y sobreviene una regresión de la personalidad, la que casi no se había desarrollado. Es decir, consiste en una «regresión como mecanismo de defensa», según la concepción de Frances Tustin. El síndrome aparece de manera abrupta, en el choque emocional posterior al destete, al nacimiento de un hermano, la separación de la madre o algún otro tipo de traumatismo.

Es así como las «formas regresivas precoces» se distinguen del síndrome descrito por Leo Kanner, caracterizado por la precocidad de la aparición de los síntomas (desde el inicio mismo de la vida).

Por lo general, en los trabajos y publicaciones académicas abocados a estos temas surge la cuestión de la psicosis infantil que ha sido más o menos silenciada o ignorada dentro del marco de los trastornos del espectro autista o de los trastornos generalizados del desarrollo no especificados, puesto que se concentran únicamente en el autismo típico, de tipo Kanner.

La orientación lacaniana (Jacques Lacan) lo sistematiza en base a tres registros de lo simbólico, lo imaginario y lo real, poniendo lo subjetivo. «El autismo constituye una psicosis original, determinada a la vez por una carencia precisa, la de la posición de manifestación, de discurso, de esta desorganización que presenta en este mundo». Françoise Dolto en su obra *La imagen inconsciente del cuerpo* (1984), relaciona al autismo infantil precoz con el fracaso en la constitución de la imagen del propio cuerpo y del narcisismo primordial.

3.- Objetivos

3.1.- Objetivos

Con referencia al problema anteriormente citado, se cuestiona la eficacia de la aplicación de la terapia psicomotora con respecto a las habilidades sociales, comportamientos repetitivos, habilidades motoras y demás características del espectro autista. Para verificar entonces la efectividad de esta terapia hemos planteado los siguientes objetivos.

3.1.1.- Objetivo general

Mejorar las habilidades y la independencia del niño con autismo mediante la intervención psicomotriz.

3.1.2.- Objetivos específicos

- a. Desarrollar a través del juego las habilidades sociales de comunicación y relación con sus pares y en su vida cotidiana.
- b. Identificar sus características físicas y contrastarlas con las características de los otros.
- c. Establecer vínculos significativos con sus padres, facilitando la autonomía.

4.- Metodología

Se realiza terapia dos veces por semana y una tercera sesión grupal, cada una de cuarenta minutos. Dos veces por mes se trabaja con los padres en la sala de psicomotricidad para fortalecer la vinculación. La intervención comprende desde el momento de sacarse los zapatos, seguido del movimiento, las sensaciones, el tono, la estimulación de la imaginación, hasta el acceso a lo simbólico, con el fin de avanzar hacia el lenguaje verbal.

La fase inicial posibilita la vinculación del niño con el entorno y su terapeuta con el propósito de conseguir avances a través de la mediación. La fase principal pretende desarrollar el juego activo del niño por medio de distintas salas de psicomotricidad con diversos materiales, correspondiente a una sala de psicomotricidad. Por su parte, la fase final, que consiste en la relajación, es un momento más pasivo llevado a cabo únicamente por el terapeuta, compuesto por maniobras que buscan la disminución del tono muscular y un estado de relajación y armonía del niño.

4.1.- Recursos disponibles

Sala de psicomotricidad, con materiales como cubos blandos, escaleras, tela, pelotas pequeñas, aros, sonajero, flauta, pizarra con tiza, cubos de madera, espacio disponible para el trabajo.

5.- Intervención terapéutica psicomotriz

5.1.- Sesiones individuales

La intervención terapéutica psicomotriz inicia con Emanuel con la finalidad de obtener resultados en relación a su proceso de desarrollo madurativo y vinculación en un período de un año. El niño ingresa a la sala de psicomotricidad ya en la primera sesión y comienza a ver todo lo que hay, quedándose por espacios, tomando cosas, detenido, mirando y haciendo un ruido ante el objeto; queda ensimismado, sin involucrarse con los objetos, no tiene una intención con estos, eventualmente se traslada para tomar otro y observarlo; es el primer recorrido para la descentración tónico emocional, realizando todo de pie. En este inicio tiene dificultad tanto para relacionarse con la psicomotricista como para establecer relación con el tiempo y espacio, para reconocerse a Si mismo y no juega.

En cuanto al movimiento físico, se muestra torpe y muy hipotónico, al momento de caminar arrastra los pies y sus brazos cuelgan cuando avanza; algo aSi como la ausencia de conocimiento de esa parte del cuerpo, que solo cae desde los hombros.

Posteriormente, se incluye a Emanuel en una sesión grupal, teniendo en cuenta que el encuadre de una sesión corresponde a tres momentos: un lugar para la expresividad motriz, a través del dibujo, el modelaje, las construcciones, donde la emoción está presente y un tercer lugar para el lenguaje verbal, donde también aparece la emoción, contenida en ese momento por las palabras.

5.2.- Sesiones con los padres

Se hace relevante el acompañamiento de los padres en el recorrido del niño a través de lo simbólico –que es cada vez mayor– pues es en la dinámica de placer donde los afectos y emociones producen el lenguaje verbal. El trabajo se orienta hacia el juego y su relación con esta triada, padres e hijo. El proceso de juego arroja más emoción de parte de los padres al vincularse y reaccionar de modo correcto con Emanuel. De modo que para la cuarta sesión con los padres ya se presencia mayor conexión: por un lado, dejan atrás su ego profesional y social (cómo mi hijo debe ser), mientras, por otro, el niño comienza la búsqueda de ellos a su alrededor. Emanuel, más presente, solicita y exige más juegos y afectos, incluyendo miradas a sus progenitores. En cada sesión los padres muestran su ansiedad y frustración, de la que salen con mediación; lo central es lo que Emanuel demanda, no lo que ellos pretenden. Por ejemplo, existe un material circular con números y figuras, y los padres insisten en guiar al niño para trabajar la secuencia de números. Emanuel en el número ocho no mira y contesta desde lejos, con un tono de aburrimiento, «el ocho», dejando en claro que conoce los números y ese material, pero que no es lo quiere realizar.

En una de las últimas sesiones el padre comenta que ahora se siente mucho más pleno y que su hijo por fin lo abraza sin haber motivo. Con lágrimas contenidas expresa el avance de haber sido reconocido como padre y de encontrarse con su hijo. Es aSi como queda manifiesta el inicio de la vinculación con el padre.

Emanuel en terapia solicita más actividad de construcción, toma conocimiento de su cuerpo y, desde la cuarta sesión (más las cuatro con los padres), inicia su lenguaje. Reconoce la propuesta del encuadre y se abre al lenguaje; por primera vez en la sala cuenta a la psicomotricista, da a conocer sus molestias («papá, mamá no, no, no, eso no»)..

Asimismo, constantemente presenta estereotipas y realiza algunos sonidos, sin sentido, y luego, al provocarlo con los mismos sonidos, mira con atención. Después de un tiempo de terapia, responde a esta provocación y deja atrás algunos sonidos, cambiándolos por palabras; esto debido a que su tono corporal aumenta y sus movimientos tienen una intencionalidad, crea figuras, escala, forma espacios de juego sensoriomotor. La nueva etapa inicia en julio con canciones para el juego y el escondite: « Emanuel, Emanuel, dónde está Emanuel». Y él dice, «aquí estoy». El niño encuentra el sentido de la canción y comienza a esconderse, cada vez que empieza la canción responde con un retraso de unos treinta a cuarenta segundos, «Aquí está», en tercera persona. Su voz es marcada y parecida a una respuesta de monos animados.

En cada sesión Emanuel respeta cada momento (encuadre), reconoce el ingreso y desarrollo, y realiza el ritual de salida con la relajación y modelaje. En agosto, ya es capaz de sacar y poner sus zapatos, saludar y despedirse con un beso en la mejilla.

5.3.- Sesiones grupales

La terapia grupal se inicia con solo un acompañante, una niña que no tiene trastornos de comunicación. Emanuel está disponible para jugar en sus tiempos, tiene momentos en que solicita y otros en que acepta jugar. A continuación, se enriquece cada acción con la llegada de dos niños. Es en ese momento cuando despiertan sus sentidos y quiere participar con los compañeros –a su modo–, destruyendo la construcción y tocando sus orejas; muchas veces la emoción debe salir con estereotipa y reconoce en Si mismo que sus manos algo realizan.

En las sesiones grupales (septiembre) Emanuel logra manifestar y reconocer lo que es saltar, bajar, subir, pasar a través de, así como también va integrando a su vocabulario palabras para solicitar. Aparece entonces el placer de la oposición y de la persecución. Es la comunicación interactiva con el otro que lo tiempo real y de espacio.

El camino recorrido por Emanuel hasta aquí ha sido difícil y no menor por haber adquirido las habilidades de comunicarse y de solicitar, además, de presentar retrocesos que, de igual forma, dan base para continuar avanzando.

6.- La evaluación

En relación a los objetivos establecidos, se han desarrollado de forma espontánea con la fase de vinculación, que fue el motor primordial para la intervención teniendo en cuenta lo complejo que es para ellos el vínculo con el otro. Es así como en el proceso de evolución, a través de las funciones de contención, se fue reforzando e instalando de forma significativa la vinculación, esa empatía que debe existir entre el niño y el terapeuta para favorecer su desarrollo. Una implicancia empática para lograr la transferencia de situaciones de la historia del cuerpo del paciente, conectando con su propia vivencia. La observación de juego, el juego de reaseguramiento, las caídas, los desequilibrios, llegan a relacionarse con dichas situaciones, lo que posibilita al niño percibir sensaciones que le dan placer y lo provocan con un sentimiento. El psicomotricista debe reforzar ese sentimiento con un sonido, un gesto, para que el paciente logre solicitar, esto es, dará lugar a reunir la conciencia del propio cuerpo, para favorecerlo, integrar en él placer y displacer. Tal comparecencia corporal y estar presente más tarde será ocupada por el grupo de niños, frente al cual Emanuel utiliza sus propios tiempos, demanda, pide con lenguaje, solicita con el cuerpo, imita, reacciona en ocasiones y

también se enoja o frustra, aunque logrando salir rápidamente de su estado de molestia.

Cuadro resumen:

	Niños	Con los padres
Motor	Manejo del tono y reconocimiento de su fuerza. Coordinación motriz que sigue experimentando el placer su búsqueda. Salta, tiene equilibrio, expresa con su cuerpo.	Carencia de juego, transformada en vínculo.
Psíquico	Conciencia de su corporalidad. Continúa la búsqueda de identidad. Solicita, se enoja.	Carencia afectiva y de estímulo, transformada en solicitud y afecto a través del tacto y besos. La falta de modelo, sigue en su búsqueda.
Cognoscitivo	Tiene juego simbólico. Solicita e interviene.	Cambia de una cosa a otra, realiza múltiples asociaciones, que finalizan en la verbalización de frases coherentes.

La intervención tuvo como referencia el ingreso de Emanuel sin vinculación alguna, por lo que las medidas tomadas se orientaban hacia las reacciones de habilidad comunicativa, motora y social. Tras la terapia psicomotriz, se observa que las sesiones individuales, grupales y con los padres han sido efectivas en la mejora de la comunicación verbal y no verbal, las habilidades motoras y, en menor proporción, en las habilidades sociales.

El grupo que recibió a Emanuel en intervención posibilitó que progresara significativamente en la capacidad para transmitir las emociones, utilizando señales no verbales, interactuando con éxito con un compañero y respondiendo correctamente en situaciones sociales, además de que aumentó la tolerancia y paciencia, resumimos el respeto por el otro.

Emanuel posee comportamientos estereotipados que interfieren en la enseñanza, y dado que se presentan en el juego, hacen de este una buena instancia donde adquirir habilidades. La interrupción de tales estereotipias en ocasiones suponía comportamientos desafiantes. Por ello es necesario recordar a Julián de Ajuriaguerra, quien defiende que el objetivo en el caso de un niño con autismo es mejorar sus habilidades tanto de juego como motoras y promover su independencia a través de una intervención de terapia psicomotriz, en la cual el juego mediado respete al paciente en su totalidad.

7.- Conclusión

Si bien, en términos generales, la terapia psicomotora constituye un aspecto fundamental del vínculo con el otro, en caso de autismo, además, proporciona una mejoría de los signos que forman parte de dicho trastorno. Esta patología conlleva numerosas alteraciones que entorpecen la interacción del niño con el ambiente y las personas de su entorno, perjudicando su calidad de vida.

Como resultado de la terapia aplicada se pudo comprobar que la calidad de vida de Emanuel se vio engrandecida, pues muestra beneficios en áreas como las habilidades motoras, sociales y de comunicación. Estos beneficios suponen un gran avance en su vida, ya que por primera vez comienza a abrazar a su padre, solicitándolo y reconociéndolo como parte de él. Dicho en otras palabras, la psicomotricidad vino a vincular y

reforzar a Emanuel; la terapia psicomotora logra integrarlo dentro de su desarrollo como una unidad de movimiento, experiencia, pensamiento, sentimiento y acción.

Cuando un niño juega relaciona movimientos, sentimientos y pensamientos entre sí. El sustantivo psicomotricidad expresa la conexión entre los procesos psíquicos y los motores. Las personas, al moverse, se integran con toda su personalidad en el acto del movimiento.

La maravillosa y positiva experiencia de reforzar la confianza y motivación para aprender de él (Emanuel), con un variado conjunto de juego y movimiento. En las sesiones Emanuel logró encontrar un campo de aprendizaje estimulante, que transporta tanto a él como a su terapeuta a vivir cada uno de sus avances que corresponden a una vida. Esto porque en la terapia psicomotora, el niño lleva a la práctica sus puntos fuertes e intereses particulares en acciones y juegos concretos.

Las experiencias positivas refuerzan la confianza y la motivación del niño para aprender. Las prácticas motoras activas y pasivas y la exploración y los intentos autónomos son elementos importantes de su desarrollo. La vista, el oído y el tacto, así como la percepción del cuerpo, el movimiento y el sentido del equilibrio están estrechamente relacionados con la motilidad y tienen, por lo tanto, un lugar sustancial en la terapia.

Por último, cabe destacar que la psicomotricidad no solo se puede aplicar en este tipo de trastorno, sino que también puede englobar otras patologías con alteraciones de aprendizaje, conducta, comunicación y de distintas habilidades sociales y motoras. En esta ocasión se evidenció que el avance fue tanto de Emanuel como de sus pares, pues para que se diera el juego era indispensable la comunicación entre ellos, y esto es justamente lo prodigioso de los niños: no tienen prejuicios y solo se trata de comunicarse y compartir.

Lista de referencias

Aucouturier, Bernard. 2004. Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz. Barcelona: Graó.

-2012. L'enfant terrible. ¿Qué hacer con el niño difícil en la escuela? Barcelona: Graó.

Camps, Cori. 2005. «La observación de la intervención del psicomotricista: actitudes y manifestaciones de la transferencia». Revista Iberoamericana de sicomotricidad y técnicas corporales 25:..

Balbuena Rivera, Francisco. 2014. «La contribución de Frances Tustin a la psicoterapia del espectro autista». Revista electrónica de Psicoterapia Vol.8(2): 489-505.

Hernández, Marcela. (2015). Apuntes Bateria Da Fonseca.

Kurtz, Lisa. 2011. Cómo desarrollar la psicomotricidad en los niños. Madrid: Paidós.

Medline. «Trastorno del espectro autista», <https://medlineplus.gov/spanish/autismspectrumdisorder.html>.

Rota Iglesias, Josep. 2015. La intervención psicomotriz: de la práctica al concepto. España: Octaedro.

Sassano, Miguel. 2014. Cuerpo, función tónica y movimiento en Psicomotricidad. Buenos Aires: Miño y Dávila.

F. Tustin. op. cit., p. 91

Bases de Postulación de Publicación

Aspectos formales:

Los trabajos se enviarán por correo electrónico al comité académico de la Revista Chilena de Psicomotricidad, (mail: revista@psicomotricidad.cl) adjunto en un archivo con el texto del artículo en formato señalado a continuación.

El comité científico estará compuesto por las y los psicomotricistas: Camila Hart, Alejandro Quintana, Mónica Quezada, Nicole Ramírez, Constanza Prieto, Karina Monrroy, Paola Marambio, Margarita Garrido y Marcela Hernández.

Se debe cumplir con los siguientes requisitos formales:

El artículo debe ser original; es decir, que no haya sido publicado previamente en ningún medio escrito o electrónico, como artículo de revista, como parte de un libro o página web, o de alguna reunión científica (congreso, coloquio, simposio, jornadas, seminario).

Estará escrito en español y se enviará en formato de Microsoft Word.

Los trabajos serán presentados en formato de página carta, orientación vertical, con espaciado 1,5, con márgenes de 2,5 cm (superior, inferior, derecho e izquierdo).

El tipo de letra será de formato Arial de tamaño 12. Los párrafos no tendrán sangrías de primera línea y deben estar justificados a ambos lados, sin corte de palabras con guiones al final de las líneas.

No se debe utilizar subrayado o negrita para resaltar los textos, se harán mediante el uso de letra cursiva. Los títulos se harán en letra cursiva también.

El artículo debe tener la siguiente estructura:

TITULO EN MAYÚSCULAS Y CENTRADO

Titulo en inglés

Autor o autores

RESUMEN: Se hará un resumen del texto que no exceda de 150 palabras donde se exprese su objetivo y desarrollo.

El ABSTRACT: Traducción al inglés del resumen realizado previamente.

PALABRAS CLAVE: Descriptores del trabajo que presenta el artículo, máximo 10 términos.

KEY WORDS: Traducción al inglés de las palabras claves.

DATOS DEL AUTOR: Descripción breve de datos profesionales: ocupación, lugar de trabajo, categoría profesional, trayectoria científica, experiencia, etc. Se debe agregar una dirección de correo electrónico de contacto.

Introducción

Desarrollo con las normas de presentación en relación al trabajo que presente: Si es investigación o artículo.

Conclusiones

Al final del trabajo se incluirán los siguientes apartados:

Notas: Las notas aclaratorias al texto se señalarán en el mismo a través de numeración específica y su contenido se presentará al final del texto en un apartado.

Bibliografía o Referencias bibliográficas: Solo referencias bibliográficas utilizadas en el artículo (sólo las que han sido citadas) Se debe utilizar la norma A.P.A

El artículo debe tener un mínimo de 10 páginas y un máximo de 30 páginas.

Las tablas, gráficos o cuadros deberán utilizar tamaño de presentación óptimo en la página y pueden ser presentados en el lugar que considere necesario o en un apartado. Se deben numerar, por ejemplo: gráfico 1, tabla 2, cuadro 3.

La Revista Chilena de Psicomotricidad utiliza la última versión de la norma A.P.A. para hacer referencia a las ideas de otras personas en el texto:

- Todas las citas se incorporan en el texto. Si se citan palabras textuales de un autor, éstas deben ir entre comillas y letra cursiva 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.

El equipo de publicación se reserva la facultad realizar modificaciones formales que se consideren oportunas en la aplicación de las normas anteriores, sin que se altere el contenido de los trabajos.

Temática:

Se aceptarán artículos que se relacionen y se apeguen a los aspectos y ejes teóricos y/o prácticos de la psicomotricidad en sus campos de intervención escolar o terapéutica o experiencias en el desarrollo de la psicomotricidad, formaciones, competencias del psicomotricistas u otros.

Recepción y aprobación de artículos:

Cada artículo recibido se enviará al equipo de publicación quienes informarán sobre la relevancia científica y pertinencia de publicación. La información será confidencial. Se informará al autor, o los autores, de las propuestas de modificación o mejora recibidas de los evaluadores, que condicionen su publicación. En caso de que tres de cuatro de los informes solicitados sean favorables, se notificará al autor la publicación.

Artículos publicados:

La Revista Chilena de Psicomotricidad no abona dinero a los autores por la publicación de sus artículos y es de circulación gratuita. La editora y el equipo de publicación no se responsabilizan de las opiniones expresadas en los artículos, los autores son los únicos responsables de su contenido y de las consecuencias que pudieran derivarse de su publicación.

Se recomienda que cada artículo este inscrito con propiedad intelectual.

El proceso de notificación de publicación será a través de email con las observaciones para publicar si es que es necesario.