



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Experiencias de las psicomotricistas en el abordaje de niños con diagnóstico de Autismo

Trabajo para optar al título de Magíster en Psicología Clínica

Autora: Nadia Noemí Macagno Tolosa

Directora de Tesis y Directora Académica: Prof. Adj. Mag. Gabriela Bruno Cámares

Montevideo-Uruguay

Junio-2024

Resumen

Esta tesis es un estudio cualitativo que indagó acerca de las experiencias de las psicomotricistas en el tratamiento psicomotriz de niños con diagnóstico de autismo en Uruguay.

Se realizaron entrevistas a profesionales que hubieran realizado abordajes terapéuticos a niños con Autismo, residentes en seis departamentos del país, Montevideo, Salto, Paysandú, Río Negro, Soriano y Canelones. Se utilizaron las técnicas del análisis de contenido para abordar y estudiar el material obtenido mediante las entrevistas.

Se pudo constatar el amplio uso de la sala de psicomotricidad aucouturiana que se realiza para el abordaje. A su vez se identificó una marcada apropiación de las profesionales respecto a la psicomotricidad como recurso de alto valor terapéutico para el tratamiento de niños con diagnóstico de autismo. Sin embargo, las entrevistadas perciben que existe escaso conocimiento a nivel de los profesionales de la salud y de la población en general sobre el alcance del tratamiento psicomotriz.

Las instancias de entrevista también fueron utilizadas por las entrevistadas como medio para exponer su preocupación por: al aumento exponencial en los últimos años de niños diagnosticados con autismo y las consecuencias ante la exposición de los niños a dispositivos móviles muy tempranamente en su desarrollo.

Es de destacar, que en la mayoría de las entrevistas realizadas se valoró positivamente la producción de este estudio, y las entrevistadas argumentan la carencia de material sobre la temática en nuestro medio, elaborado por una psicomotricista y que sistematice el trabajo que se realiza en los abordajes.

Palabras clave: psicomotricidad, experiencias terapéuticas, autismo.

Summary

This thesis is a qualitative study that investigated the experiences of psychomotor therapists in the psychomotor treatment of children diagnosed with autism in Uruguay.

30 interviews were conducted with professionals who had carried out therapeutic approaches to children with Autism, residing in six Departments in Uruguay; Montevideo, Salto, Paysandú, Río Negro, Soriano and Canelones. Content analysis techniques were used to approach and study the material obtained through the interviews.

It was possible to verify the extensive use of the Aucouturian psychomotor room that is carried out for the approach. At the same time, a marked appropriation of professionals was identified regarding psychomotor skills as a resource of high therapeutic value for the treatment of children diagnosed with autism.

The interview sessions were also used to raise questions related to: the exponential increase in recent years in children diagnosed with autism, the concern over children's exposure to mobile devices very early in their development, and the poor knowledge of the general population about the scope of psychomotor treatment.

It is noteworthy that in the majority of the interviews carried out, the production of this study was positively valued, and the interviewees argued the lack of material on the subject in our environment, prepared by a psychomotor specialist and that systematizes the work carried out in the approaches.

Keywords: psychomotor skills, therapeutic experiences, autism.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO 1. Antecedentes y Fundamentación	
1.1 Antecedentes.....	13
1.1.1 Estudios sobre detección y tratamiento precoz.....	13
1.1.2 Antecedentes de estudios referidos a abordaje psico-corporal y deportivo.....	14
1.1.3 Investigaciones en Uruguay.....	15
1.1.4 Antecedentes relacionados al tratamiento psicomotriz.....	19
1.2. Fundamentación.....	22
CAPÍTULO 2 - Marco Teórico. La Psicomotricidad, sus orígenes y desarrollo.....	26
2.1 Trama socio histórica; la psicomotricidad desde su nacimiento en Francia a principios del siglo XX.....	26
2.2 Formación profesional en Francia.....	33
2.3 La Psicomotricidad en el contexto regional.....	37
2.3.1 La psicomotricidad en Uruguay.....	38
2.4 Paradigmas de atención en psicomotricidad.....	42
2.4.1 El paradigma reeducativo.....	42
2.4.2 El paradigma de la terapia psicomotriz.....	47
2.4.3 El paradigma de la clínica psicomotriz.....	50
2.5 La psicomotricidad y su construcción disciplinar.....	53
CAPÍTULO 3 - Marco teórico. Autismo.....	58
3.1 El origen y la evolución del concepto.....	58
3.2. Clasificaciones diagnósticas.....	59
CAPÍTULO 4. Diseño y estrategia metodológica.....	66
4.1 Interrogantes y objetivos de esta investigación.....	66
4.2 Consideraciones sobre la postura y roles del investigador.....	68
4.3 Decisiones muestrales.....	69
4.4 Técnica utilizada.....	70
4.5 Aspectos éticos.....	71
CAPÍTULO 5. Como se forman las psicomotricistas para el abordaje de niños con autismo en Uruguay.....	74
5.1 Un recorrido por los recursos formativos existentes.....	75
5.2 Caracterización de la formación específica	76
5.2.1 Las profesionales recientemente egresadas.....	76
5.2.2 Las primeras generaciones de psicomotricistas en nuestro país..	77

5.2.3 Posiciones que se construyen entre dos estilos de formación..	79
5.3 El desafío de la formación y de estar capacitadas.....	80
CAPÍTULO 6. El encuadre del tratamiento psicomotriz para niños con diagnóstico de autismo.....	83
6.1 Encuadre psicomotriz.....	83
6.1.1 El espacio y uso de los materiales	83
6.1.2 La implicación corporal del terapeuta.....	88
6.2 Integración de los referentes familiares al abordaje.....	91
6.3 Las experiencias relacionadas al tratamiento psicomotriz y su desarrollo en las instituciones.....	95
CAPÍTULO 7. Conclusiones.....	100
Referencias bibliográficas	

A mis padres por motivarme a dialogar, a escuchar y abonar la convicción de que es necesario mantener el rumbo fijo para concretar los desafíos.

A mis hermanas, compañeras de vida, referentes y pilares fundamentales.

Finalmente, se lo dedico a Giovanni, Lorenzo y Julia, por su amor, paciencia y apoyo, sin ustedes esta historia no se lograría contar.

Agradecimientos

A mi tutora Prof. Adj. Gabriela Bruno, por calidez humana, solidaridad y humildad frente al conocimiento, y por su tiempo, aun siendo este un bien casi preciado en la academia.

Así como también por su atención, respeto y cuidado en momentos difíciles que este proceso ha tenido.

A la Prof. Irene Barros, por promover y movilizarme a este desafío de la Maestría.

Agradezco a la Facultad de Psicología y la Dirección de la Maestría por la oportunidad de investigar, aprender y dar lugar a un discurso diferente.

Agradezco a la EUTM- Unidad Académica de Psicomotricidad y a la Facultad de Medicina, donde me gradué y actualmente me acoge como docente.

A mis amigas colegas con quienes desde la formación comenzamos el recorrido de la psicomotricidad y en la Asociación Uruguaya de Psicomotricidad profundizamos nuestra relación, unidas por la convicción de que la práctica de la militancia psicomotriz fortalece y es la que realmente permite el crecimiento de esta profesión.

Agradezco también a mis amigas de la vida quienes desde el primer momento me impulsaron y en los momentos más tortuosos me alentaron a continuar.

Agradezco a docentes y estudiantes de la Licenciatura en Psicomotricidad.

Finalmente agradezco a nuestra educación pública, porque desde la escuela primaria me ha permitido crecer, formarme y compartir lo recibido.

LISTA DE CUADROS

CUADRO	TÍTULO	PÁGINA
1	Formación Historia de la Psicomotricidad en Francia	36
2	Criterios para configurar un diagnóstico de <i>trastorno del espectro autista</i> según el <i>DSM-V</i>	61

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AAP	Asociación Argentina de Psicomotricidad
ADDM	Autism and Developmental Disabilities Monitoring
ADOS	Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo
APA	Asociación Psiquiátrica Americana
APPIA	Asociación de Psicopatología y Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia
Art.	Artículo
ASSE	Administración Servicios de Salud del Estado
AUP	Asociación Uruguaya de Psicomotricidad
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDPD	Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento
DDdelaSNCyD	Dirección de Discapacidad de la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad del Ministerio de Desarrollo Social
DDHH	Derechos Humanos
Dec.	Decreto
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EUTM	Escuela Universitaria de Tecnología Médica
F.Med.	Facultad de Medicina
FAU	Federación Autismo Uruguay
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud

ONU	Organización de Naciones Unidas
PECS	Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación
PRONADIS	Programa Nacional de Discapacidad
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
TEA	Trastorno del Espectro Autista
Udelar	Universidad de la República

INTRODUCCIÓN

En esta tesis se estudia la práctica clínica de los psicomotricistas en el Uruguay; por lo que el objetivo general propuesto es conocer y describir las experiencias de estos profesionales en el abordaje psicomotriz de los niños con diagnóstico de autismo en el país.

Para reconocer el estatuto y las características más peculiares de ese saber que se despliega a partir de la vivencia de las experiencias, en este estudio se explora el discurso de las psicomotricistas. Invitándolas a situarse en la atención de niños con diagnóstico de autismo, conocer su recorrido formativo, las posibilidades de trabajo con las familias e instituciones, así como conocer la percepción acerca del tratamiento psicomotriz que encuentran en su medio.

Se apreció en la búsqueda de antecedentes que lo que se aborda en esta investigación es un campo poco explorado, especialmente, en el combinado autismo psicomotricidad. Si bien se reconoce que la producción científica existente en el ámbito internacional con respecto al autismo es muy amplia, no sucede lo mismo cuando se trata de psicomotricidad y menos aún psicomotricidad vinculada a dicho cuadro. Una situación similar se encuentra en el ámbito nacional y se agrega la escasa producción de conocimiento creada desde la experiencia de los profesionales involucrados. En este sentido, Mila (2018) menciona que «las producciones bibliográficas que abordan la temática del cuerpo del psicomotricista son infinitamente menores en número que las que abordan el cuerpo del niño. Esto ha dificultado la circulación de la información específica entre los psicomotricistas» (p. 78).

Por lo que, la producción del conocimiento desde el aporte de las profesionales implicadas y su decir a partir de contar con la experiencia clínica con niños diagnosticados serán la base de este trabajo.

Entre los resultados obtenidos, se puede apreciar que existe una tendencia a la formación técnica antes y después de la graduación, dirigida a incorporar métodos y estrategias para el trabajo con niños con autismo. A su vez, se visualizan diferencias significativas en la construcción del saber disciplinar entre las egresadas de las primeras generaciones y las que tienen menos años de egreso. Esto se vincula con otro de los resultados observados, el cual refiere a los marcos teóricos de las profesionales, evidenciándose una variedad de enfoques en los tratamientos pensados para los niños con autismo.

En lo que respecta a la organización de esta investigación, la tesis se presenta en capítulos que se ordenan de acuerdo con lo planteado en el índice. En el capítulo 1, se

realiza una revisión crítica de los antecedentes vinculados al autismo y la psicomotricidad, en lo que refiere al contexto mundial, latinoamericano y rioplatense. Se busca deducir, en los artículos encontrados, la atención psicomotriz desarrollada, utilizando para ello el planteo de los cortes epistemológicos descritos por Levin (1985), el concepto de cuerpo y la concepción del cuadro clínico que se mencionan.

En el capítulo 2, se sintetiza la historia de la psicomotricidad, desde su origen en Francia a principios del siglo XX, hasta su llegada al Uruguay, introducida por la Prof. Dra. Antonieta Rebollo. Se presenta su inserción y posterior desarrollo académico en el seno de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Udelar), hacia finales de la década del setenta, en el marco de la formación de grado. Se describe la incidencia de la Asociación Uruguaya de Psicomotricidad (AUP), en la actualidad, en el desarrollo de la psicomotricidad en el Uruguay.

En el capítulo 3, se realiza una revisión histórica del cuadro clínico del autismo. El recorrido comienza con la mención de los primeros pacientes descritos por Kanner en 1943, pasando por las clasificaciones francesas y las diferentes ediciones del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM), que proponen una nueva nomenclatura acompañada por cambios relacionados a la etiología, sintomatología, evaluación e indicaciones terapéuticas.

En el capítulo 4, se describe la metodología desarrollada para el estudio, las decisiones muestrales, para la presentación de los resultados, y la forma de analizar el material obtenido.

En el capítulo 5, se presentan los resultados en lo que refiere a la formación de los profesionales. Se describe y analiza el perfil trazado por las primeras generaciones de egresadas y cómo ello llevó a configurar una de las principales áreas de trabajo de las generaciones actuales. Se menciona la incidencia de las asociaciones de profesionales de la región.

En el capítulo 6, se desarrolla el análisis de las experiencias en los tratamientos que describen las entrevistadas y el quiebre con los métodos reeducativos que inaugura una clínica psicomotriz del autismo. En este apartado también se describen las experiencias sobre el uso de los materiales y recursos por parte de las profesionales para el tratamiento de los niños.

En el capítulo 7, se detallan algunas reflexiones finales y las principales conclusiones.

A continuación, se enumeran las referencias utilizadas para este estudio y dos anexos. El primero contiene la hoja de información y el segundo, el consentimiento libre e informado.

Finalmente, una última puntualización respecto al uso del lenguaje con perspectiva de género en la redacción del presente trabajo. Se utilizará el género femenino para denominar a las profesionales (Licenciadas en Psicomotricidad), en primer lugar, como forma de justicia y visibilización de la feminización de la profesión y, en segundo lugar, porque casi la totalidad de las personas entrevistadas han sido mujeres. Respecto a los niños, pacientes con autismo, serán denominados con el género masculino, esto responde a la predominancia de niños diagnosticados que fueron la población atendida por las entrevistadas.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN

1.1. Antecedentes

Desde el surgimiento del diagnóstico de autismo tal como lo presentó Leo Kanner en 1943, las publicaciones en el ámbito internacional son innumerables, vinculadas a investigaciones relacionadas con la etiología del cuadro, detección precoz, abordajes terapéuticos, educativos y apoyos mediados por tecnologías. Para esta investigación se realizó una selección de antecedentes publicados en la última década, referidos al autismo y la psicomotricidad, internacionales y nacionales. Las investigaciones encontradas se agrupan por su aporte a la detección precoz del autismo, focalizadas en tratamientos que implementan técnicas psico-corporales o deportivas y finalmente se citan los abordajes psicomotores.

1.1.1. Estudios sobre detección y tratamiento precoz

En 2019, el equipo de Villalobos, Pacca, Otero y Flórez, de la Universidad del Valle (Colombia) en colaboración con el Instituto de Ortofonología de Roma, Italia, se propusieron diseñar un protocolo clínico para el diagnóstico temprano del autismo. Su objetivo apuntó a trascender los modelos existentes de diagnósticos, basados exclusivamente en el comportamiento, para dar lugar a las potencialidades cognitivas individuales, el nivel subjetivo, emocional y social de niños en condición de autismo. El protocolo se aplicó en 5 sesiones, en las que se usaron pruebas estandarizadas y observación clínica mediada por juegos e intereses de los niños, entre las edades de 2 a 6 años. Los investigadores concluyeron que, aún sin existir acuerdo acerca de la etiología y las terapias más indicadas para esta población, sí existe consenso sobre la preponderancia que reviste el diagnóstico precoz. A su vez, los autores consideran necesario que el diagnóstico aporte insumos para la comprensión del mundo interno de esos niños y de sus emociones puestas en juego en la interacción.

En Colombia también, el fisioterapeuta Álvarez Toro (2013) dirigió su investigación hacia la creación de una evaluación psicomotriz para niños con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA) desde la perspectiva de la psicomotricidad vivenciada, en respuesta a la carencia de métodos de evaluación de la psicomotricidad en esta población. En la psicomotricidad vivenciada, el cuerpo es visto como instrumento que permite vivenciar las diversas cualidades perceptivo-motrices, tal como lo plantean Lapierre y Aucouturier (1974), estrechamente vinculado a la motricidad voluntaria, a la acción y a las experiencias sensoriomotoras, es decir, a lo perceptivo motriz. El protocolo elaborado por los autores buscó evaluar las características del desempeño psicomotor de niños con

autismo respecto a la relación con su cuerpo, con las personas, con los objetos y con el espacio. Luego se aplicó en una fase de prueba piloto a través del trabajo de once profesionales de diferentes áreas de la salud, que brindaban apoyo terapéutico a niños con diagnóstico de TEA, en el rango de edad entre los 3 y los 12 años. Los resultados del proceso de evaluación piloto fueron favorables respecto al protocolo creado, especialmente en lo que refiere a la coherencia, practicidad, disminución del tiempo de aplicación y sencillez, lo cual permitió un buen análisis de los niños evaluados. Se refiere al análisis de los parámetros de la relación con el propio cuerpo y con el espacio, las relaciones entre el niño y las demás personas, así como el reconocimiento de su cuerpo, la construcción de los límites corporales propios y con el espacio.

En la región, la psicoanalista Tendlarz, Larrahondo y Mas (2013), realizaron la primera investigación sobre diagnóstico y tratamiento de niños autistas y psicóticos en Argentina. La investigación incluyó 197 casos, se diferencia de un exclusivo análisis cuantitativo pues trató de dar cuenta de la singularidad de cada niño. Este estudio, centrado en el autismo infantil, permitió conocer la presentación clínica del autismo en la infancia temprana. Las autoras mencionan que la modalidad de presentación en la primera infancia de la psicosis y el autismo en los manuales de diagnóstico, como los que utilizan los psiquiatras, puede dar lugar a confusión, aunque luego se los diferencie. La investigación probó la modificación diagnóstica en el inicio de un abordaje analítico. En lo que refiere al cuerpo en el autismo, mencionaron que se trata de la falta de constitución corporal y la búsqueda de la conformación de un borde, frente a la forclusión del agujero.

1.1.2. Antecedentes de estudios referidos a abordaje psicocorporal y deportivo

Uno de los estudios recabados en la búsqueda fue el de López Díaz, Moreno Rodríguez y López Bastías (2021), España, el cual vinculó al fútbol como una actividad a desarrollar en una escuela primaria para los niños con TEA. En esta ocasión, se diseñó un programa de entrenamiento deportivo basado en juegos predeportivos de fútbol, para niños con TEA de entre 6 y 12 años. Los resultados al finalizar el programa se midieron mediante cuestionarios para las familias participantes. Los autores sugieren que la participación en escuelas deportivas de carácter futbolístico de niños con TEA es posible si se realizan las modificaciones necesarias en los entrenamientos, de forma que el trabajo se desarrolle de manera gradual y por aproximaciones sucesivas. Ello permite mejorar el rendimiento psicomotor y la participación social de los niños.

Otro estudio vinculado a la actividad física es el de Radünz Kruger, Rodrigues Silveira y Carriconde Marques (2019), en este se describió las variables de hábitos de vida

asociados a la motricidad de niños de entre 8 y 10 años con TEA, en la ciudad de Pelotas. Dicho estudio tomó en cuenta que, a mayor destreza y habilidad motora, mayor independencia y autonomía en las actividades de la vida diaria tales como alimentarse, vestirse, higienizarse, entre otras. Se realizó a partir de cuestionarios a padres, con preguntas sociodemográficas y vinculadas al estilo de vida, antecedentes familiares, actividades de la vida diaria y de esparcimiento; a los niños se les aplicó una batería de evaluación del desarrollo motor, test de desarrollo motor grueso-2 (TGMD-2). Los resultados del estudio indicaron una fuerte asociación entre los estilos de vida y la motricidad de los niños; asimismo, identificaron que a mayor grado de severidad del cuadro de autismo mayor compromiso de la motricidad y que aquellos niños diagnosticados que hacían uso de medicación presentaban mayores déficits en la motricidad. Otro dato importante es que los niños con mejores valores en habilidades motoras mantenían mayor participación en clases de educación física y mayor autonomía en la vida diaria. Por lo tanto, este estudio al igual que el estudio anterior, vaticinan que a mayor actividad física mejor calidad de vida y autonomía de los niños con TEA.

El estudio realizado por el psicólogo Camparo (2016) buscó analizar si la música podía ser utilizada con fines terapéuticos en los niños con autismo, mediante el uso de canciones que se relacionaran con su identidad sonora e instalaran un terreno favorable para el surgimiento de movimientos expresivos y de interacción social. La investigación permitió apreciar que la música y las canciones producen efectos terapéuticos en los niños apreciados en su dimensión intrapsíquica, intersubjetiva y sociocultural. A su vez el estudio observó que la música genera posibilidades de imitación, sincronización y coordinación de movimientos, facilitando la interacción social entre los involucrados. Asimismo, el recurso de la música permitió una mejor recepción de los niños con relación a órdenes, pedidos y reprimendas, así como en la contención de movimientos agitados y agresivos de algunos de ellos.

1.1.3. Investigaciones en Uruguay

También vinculada a la música, pero en el ámbito nacional, la psicóloga Larrosa (2015) presentó su investigación sobre la observación del uso de la música como recurso terapéutico en el abordaje de niños con diagnóstico de autismo. Larrosa concluyó que las potencialidades de la música son facilitadoras de procesos de comunicación, dado que promueven el desarrollo de las habilidades precursoras de la comunicación, atención conjunta, imitación, capacidad de anticipar, respuesta emocional al otro y a la actividad compartida. No siendo este un antecedente referido al tratamiento psicomotriz, así como tampoco al abordaje corporal estrictamente, se consideró pertinente que fuera citado por

ser uno de los pocos hallazgos sobre tratamiento con carácter de investigación realizado en Uruguay.

Se suma como antecedente directo la investigación realizada por la Lic. en Psicología Hegoburu, 2019, acerca del trabajo de los psicoanalistas con niños con autismo. El vínculo directo con el presente trabajo se debe a que aborda las percepciones de los profesionales, en este caso de reconocidos psicoanalistas, en lo que refiere a sus prácticas psicoanalíticas para el diagnóstico y tratamiento del autismo en la infancia. La autora se planteó interrogantes sobre cómo perciben los analistas su trabajo clínico en niños con autismo, cómo se realiza el diagnóstico y cuáles son las intervenciones realizadas en el tratamiento. Utilizó la metodología de entrevistas semidirigidas a los profesionales reconocidos del medio. Hegoburu concluyó que las respuestas y opiniones de los analistas podrían agruparse en tres ejes temáticos: el primero refiere a que las críticas al psicoanálisis y la atención a este cuadro clínico se basan en grietas poco reparadas desde la propia disciplina, producto de desencuentros disciplinarios y la culpabilización de las madres. El segundo eje remite a la interrogante de cómo integrar el diagnóstico y el tratamiento analítico sin perder la singularidad del sujeto, con relación al diagnóstico surgió la tensión que se genera entre los analistas y las categorías diagnósticas, con las cuales discrepan y a su vez son el nexo para el diálogo con otros saberes. La autora mencionó que las grandes divergencias entre el modelo médico y el psicoanalítico son: la homogenización —la singularidad, el desconocimiento del goce—, el goce como punto de inicio, el silenciamiento —la palabra y los ideales—, el deseo. Finalmente, el tercer eje hace referencia a los niños con autismo en su contexto, ligado al concepto de infancia, el lugar del Otro, en el que destaca el lugar de las instituciones. Hegoburu planteó la demanda al psicoanálisis y su discurso como contribución para velar por el respeto, la no vulneración y cuidado de los derechos de los niños con autismo.

Otro antecedente directo es la investigación realizada en 2019, en nuestro país, por la Lic. en Psicología Correia. Quien realizó una etnografía para sistematizar un conocimiento sobre la vida cotidiana de madres de niños con autismo, que se encuentran entre los 8 y los 14 años, en la ciudad de Las Piedras, Canelones. La autora concluyó que se produce un cambio en la vida familiar a partir de la recepción del diagnóstico, que la madre es la figura cuidadora principal, por lo que, las ideologías de género tienen un gran peso. Agrega Correia que esto impacta en la vida cotidiana teniendo las madres que desarrollar múltiples estrategias de cuidados lo que trae como consecuencias la repercusión en las áreas laborales, sociales y de la salud de esas mujeres.

Por su parte la Lic. en Psicología Dávila, 2019, realizó su investigación sobre experiencias de inclusiones educativas de niños con trastorno del espectro autista y

discapacidad intelectual en una escuela común de la ciudad de Montevideo. En esta investigación se buscó conocer las concepciones del equipo docente y analizar sus prácticas educativas. Al mismo tiempo, se indagó sobre las estrategias institucionales y se buscó exponer las perspectivas de las familias con relación a las trayectorias escolares de sus hijos. Los resultados de la investigación reflejaron una amplia variabilidad de estrategias para la inclusión educativa de los niños en la institución. Dávila (2019) mencionó que desde el proyecto institucional existe diversidad de estrategias para los niños con TEA y discapacidad intelectual, al tiempo que valoran y promueven la integración de la comunidad educativa como sostén para el andamiaje de sus objetivos. Agrega la autora la incidencia negativa del sistema educativo general a través de determinadas prácticas pedagógicas propuestas que, finalmente, terminan posicionando a la institución desde el modelo de integración educativa.

De las investigaciones encontradas, se puede destacar que estos estudios se relacionan con el tema que se busca conocer en la presente investigación, es decir, conocer acerca del autismo y su complejidad en el entorno social. En el contexto nacional, las investigaciones indagan el entorno educativo, a través de la perspectiva de los docentes, el familiar, relacionado con las instituciones, y el cuidado de estos niños. También exploran medios de interacción propicios para la atención de los niños. En el ámbito terapéutico, se indaga desde la perspectiva de los psicoanalistas, todos ellos aportes fundamentales para conocer la compleja interacción de los factores al momento de pensar y planear acciones contribuyentes a la mejora en la atención de esta población. Se destaca, en este sentido, que ninguna de las investigaciones encontradas hasta el momento explora la perspectiva de los psicomotricistas y el abordaje psicomotriz como atención terapéutica para estos niños. Por lo que se encuentra allí un vacío de información sobre la cual se intenta aportar desde esta investigación.

Para finalizar este apartado de los antecedentes de investigación en Uruguay, se citan dos investigaciones nacionales vinculadas a la psicomotricidad como profesión y como disciplina. La primera de ellas fue desarrollada por la Asociación Uruguaya de Psicomotricidad (2016), es un estudio exploratorio sobre las áreas de inserción laboral de los psicomotricistas y la visualización de la disciplina en el territorio nacional. Llegan a la conclusión de que la psicomotricidad en nuestro país es una disciplina conocida, pero su valoración social e institucional es aún relativa; se menciona, además, que existen diversas ideas sobre el trabajo que realiza el psicomotricista, lo cual genera confusiones en los equipos que integra respecto a la imagen del profesional y sus posibilidades de acción. La investigación mencionó que, a pesar de los más de 30 años de trayectoria en el país, existe

una distancia considerable entre las áreas de inserción real y las potenciales áreas de competencia.

La segunda investigación nacional respecto a la psicomotricidad como disciplina fue publicada por la Lic. en Educación Física Cecilia Ruegger en 2018. En ella hace referencia a la constitución de la psicomotricidad en el Uruguay y su enseñanza en la Universidad de la República. Realizó una indagación acerca del saber del cuerpo desplegado en las discursividades de la formación universitaria pública para la educación y la terapia psicomotriz en Uruguay entre 1978 y 2006 (Ruegger, 2018). La autora menciona que con esa investigación también se buscó conocer la influencia del discurso psicomotriz en la educación física. Concluyó que el profesional psicomotricista ha llegado a ser considerado un agente de salud, inserto en ámbitos como el de la prevención y la cura, y en las prácticas calificadas como *educativas*. La psicomotricidad cuenta en la actualidad con el reconocimiento en educación psicomotriz, terapia, posibilidades de intervención a nivel preventivo, así como en la necesidad y posibilidad de un diagnóstico psicomotriz, ya que constituye una prestación del sistema de salud nacional. Según la autora, el psicomotricista, además de haber establecido una ruptura en el discurso del cuerpo como organismo, marcó distancia del análisis mecánico y biológico del movimiento. Sin embargo, hasta la actualidad la definición de movimiento varía según la corriente o marco teórico al que adhiera el profesional. Ruegger (2018) describe posturas que van desde concebir al movimiento como un proceso neuropsicológico hasta sostenerlo como motor subjetivado de una operación significativa. Para finalizar, menciona los hallazgos vinculados con la formación universitaria de la psicomotricidad y, en particular, el vínculo de los profesionales con el campo de la investigación. La autora concluye que la formación de los psicomotricistas en nuestro país se enmarca en la discursividad positivista pragmatista (Behares, 2011), en ella, el mayor interés radica en formar a los profesionales desde un fuerte componente práctico, con escasa presencia de la investigación en la enseñanza —tanto en lo curricular como en las funciones docentes de quienes implementan la enseñanza— y también con escasa o nula estructura académica universitaria. Agrega, a su vez, que los planteos iniciales que dieron origen a la psicomotricidad continúan hoy vigentes como una forma de concebir a la profesión como un saber, en palabras de Ruegger (2018), «está permanentemente en posición defensiva ante la técnica, pero atrapada en ella» (p. 248). Ante esto sostiene que la falta de investigación sistemática, así como la investigación aislada individual, si bien abonan la reflexión, no son suficientes para consolidar una discursividad entre la técnica y la ciencia que valide el saber psicomotriz.

Otro punto para destacar en las conclusiones de la autora refiere al desarrollo y la avanzada de las ofertas de formación en el ámbito privado; aparentemente, impulsados por la limitante del ingreso en la formación pública y por una oferta, de fuerte perfil mercantil, que cotiza al alza los servicios prestables a nivel profesional.

Se destaca de estas dos últimas investigaciones la reducida visualización de la profesión y un discurso que desde la academia posiciona, valida y da crédito a los aportes de la psicomotricidad en la atención al desarrollo del individuo. A su vez, se hace explícita la escasa producción académica de los propios licenciados. Finalmente, surge la interrogante acerca de cuáles serían las limitantes de los profesionales para ahondar en la tarea de la investigación.

1.1.4. Antecedentes relacionados al tratamiento psicomotriz

En Francia fue publicado un estudio realizado por las psicoanalistas Laznik y Pelabon y la psicomotricista Chauvet (2018). Es un estudio longitudinal del caso de una niña con riesgo de autismo, retraso global del desarrollo con compromiso del lenguaje, múltiples dificultades motrices y trastornos alimentarios severos. Las autoras desarrollaron el dispositivo terapéutico que se llevó adelante durante 4 años, el cual fue analizado para la investigación. Concluyeron que el abordaje temprano, multidisciplinario y sostenido generó resultados muy favorables, entre otros aspectos, evitando que se consolidaran las conductas de desvío del desarrollo vinculadas al funcionamiento en el cuadro autista.

En Indonesia, Hendrayana y Pratiwi (2017), doctores en educación, investigaron la influencia de la terapia psicomotriz para disminuir el aleteo de manos, *flapping*, de un niño diagnosticado con autismo. El estudio se realizó a través de la observación antes, durante y posintervención de un solo caso. Concluyeron que la terapia psicomotora logró disminuir el aleteo de las manos de los niños, aunque no se menciona cómo se realizó el proceso terapéutico de abordaje del movimiento de manos, característica frecuente en las estereotipias de los niños con autismo.

En Italia, los psicoanalistas Di Renzo, Bianchi di Castelbianco, la neuropsiquiatra infantil Vanadia y los doctores en psicología Racinaro y Rea (2017) investigaron el perfil psicomotor de 61 niños diagnosticados según el manual *DSM-IV* como niños con trastorno del espectro autista; el diagnóstico fue realizado por neuropsiquiatra infantil, terapeuta del lenguaje, terapeuta psicomotriz y psicólogos. La intervención psicomotriz planteada por este equipo tenía como objetivo principal modular la rigidez del niño a través de una relación corporal de sostén y motivación, en la que el cuerpo del terapeuta actúa como modelo y estímulo para una mayor apertura al entorno. Sobre la especificidad de la dimensión del cuerpo en la estructuración del desorden autista agregaron que la principal

dificultad en los niños diagnosticados con autismo se refiere a la relación que se establece entre el cuerpo propio y el del otro.

Los investigadores mencionaron que los niños con autismo más severo presentaron mayor dificultad para modular su cuerpo, dificultad en la atención, organización espacial, juego simbólico, comportamiento motor, a partir de la imitación, y comunicación. Agregan que se apreciaron dificultades en la función de ajuste tónico postural; en el campo de la psicomotricidad, se conoce como dificultades en el ajuste de la postura (flexibilidad y adaptación al ambiente) mediante formas preverbales de comunicación, ello se establece a través del diálogo tónico. Esta situación requiere la lectura de la dimensión corporal del niño, para interpretar mejor su nivel de desarrollo y dinamizar los procesos de construcción del pensamiento y del lenguaje.

A su vez, los autores destacaron el aporte de su investigación al introducir un análisis semiológico de los desórdenes motores de la clínica de los niños con autismo, a diferencia de las investigaciones más frecuentes encontradas que se centran en el estudio cognitivo y de la conducta. Finalmente, la investigación concluyó que el abordaje psicomotor debe representar un elemento esencial en terapias de rehabilitación infantil, especialmente en el autismo, donde es necesario comenzar desde el cuerpo y la experiencia como una base sólida sobre la cual construir habilidades cognitivas y sociales. Ellos sugieren el abordaje corporal como primera indicación terapéutica, dado que los niños diagnosticados con autismo, y que iniciaron un tratamiento psicomotriz de forma temprana, obtuvieron una puntuación de no autismo posteriormente, según la escala Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). Agregaron que era prioritario implementar el tratamiento de forma temprana en el desarrollo del sujeto con diagnóstico de autismo, dado que fueron significativos los hallazgos con relación a la flexibilidad postural y el ajuste conductual de los niños a los estímulos del entorno.

Otro estudio relevante fue el desarrollado por la psicoanalista uruguaya Ema Ponce de León (2016) en su tesis de doctorado realizada en España. Esta autora aporta insumos acerca del acceso a la simbolización, aspecto que está comprometido en los niños con autismo. Fundamentó su estudio desde el psicoanálisis y su experiencia clínica, una perspectiva interdisciplinaria para el favorecimiento de los procesos de simbolización. Planteó un dispositivo terapéutico desarrollado por una dupla, un psicoanalista y un psicomotricista, en un espacio físico equipado para implementar técnicas a partir del cuerpo y de los aspectos sensoriomotrices, promoviendo un trayecto del cuerpo al lenguaje. Este dispositivo fue dirigido a niños con dificultades severas de simbolización: recursos muy precarios a nivel del lenguaje oral y el juego simbólico, que afectan sus posibilidades de comunicación social. La autora plantea que las vicisitudes de las primeras etapas del

desarrollo que afectan los procesos de simbolización no son accesibles por la vía de la palabra. Por lo tanto, propone implementar el acceso desde lo terapéutico por la vía de lo corporal, del movimiento, como medio de conexión entre lo sensorial y las emociones, ello representa una vía privilegiada de comunicación. La autora concluyó que desde lo teórico-clínico, lo psicopatológico y la técnica psicoterapéutica se fortalece la potencialidad y utilidad de una perspectiva integradora, que prioriza la actividad corporal desde etapas tempranas del desarrollo.

En Bélgica, Bauer (2013), psicomotricista, publicó un artículo a partir del proceso de ayuda psicomotriz individual de un niño con autismo durante 2 años y 7 meses. El fin de la investigación era mostrar la especificidad de la intervención en niños con autismo en el marco de la práctica psicomotriz propuesta por el francés Bernard Aucouturier. Concluyó que «jugar», a través de una relación de mediación corporal brindada por la terapeuta, le permitió al niño abrirse a la relación con el otro.

A modo de síntesis, en los antecedentes mencionados se observan varios aspectos relevantes para esta investigación. La pluralidad de investigaciones encontradas permite inferir que aún persisten luces y sombras en el estudio del autismo, en especial, respecto a su etiología, pero también debido a su heterogeneidad clínica. Las investigaciones aportan conocimientos importantes para optimizar el uso del abordaje psicomotriz; asimismo, se aprecia que a raíz de esta atención los pacientes mejoran en la comunicación e interacción social. Por otro lado, dichos estudios alertan sobre la importancia del abordaje psicomotriz en etapas tempranas del desarrollo, como vía fundamental para disminuir el riesgo de consolidar el cuadro del autismo o disminuir la expresión de formas graves de este cuadro.

Las investigaciones descritas exponen la dimensión del movimiento y sus particularidades en los niños con autismo. Las características explicitadas con relación al movimiento reflejan las limitaciones que surgen sin existir compromiso orgánico, de orden neurológico o músculo esquelético. Las particularidades, en lo que refiere al movimiento, dan muestra del vínculo existente entre este, la interacción social, autonomía, desarrollo del juego, comunicación, así como también su repercusión en el acceso a la representación.

Otro de los aspectos para mencionar frente a los antecedentes relevados refiere a que hay una investigación incipiente sobre autismo, pero no se encuentra sobre psicomotricidad y menos aún sobre autismo y psicomotricidad. Las investigaciones citadas son de gran valor, dado que aportan una visión de los recursos explorados y de lo necesario que se hace continuar dirigiendo las investigaciones acerca de cómo abordar en nuestro país a esta población.

Es preciso puntualizar que los estudios pertenecientes al contexto internacional detallados, que incluyen el tratamiento psicomotriz o sugieren la atención del abordaje psicomotriz, presentan diversos requerimientos que lo justifican; aparentemente, estos estarían sujetos a las corrientes de la psicomotricidad a la que adhieren los investigadores. Hendrayana y Pratiwi (2017) apelan a una intervención psicomotriz reeducativa; Di Renzo, Bianchi di Castelbianco, Vanadia, Racinaro y Rea (2017), al igual que Laznik, Pelabon y Chauvet (2018), argumentan la atención psicomotriz desde la clínica, nutrida por los aportes psicoanalíticos. Mientras que Bauer (2013) propone una terapéutica, siguiendo los aportes de Bernard Aucouturier, en la que se posiciona al juego como modo primordial de intervención y vínculo con el niño.

Por último, es oportuno mencionar otro aspecto de los antecedentes citados, el cual refiere a los participantes de las investigaciones encontradas. En la gran mayoría, la muestra se conforma por los niños diagnosticados, sus familias, docentes y psicoanalistas. No habiéndose encontrado investigación alguna que recaba la voz de los psicomotricistas involucrados en los tratamientos de niños con diagnóstico de autismo. En el contexto nacional existe material teórico producido por los profesionales que aportan insumos al momento de pensar la clínica, pero estos no son de carácter investigativo. De la revisión de antecedentes se hace evidente la escasa participación de los psicomotricistas, solo los estudios de Laznik, Pelabon y Chauvet (2018) y Bauer, (2013), cuentan con dichos profesionales. En los demás, son otros profesionales (psicoanalistas, médicos, psicólogos, fisioterapeutas y profesionales de la educación), que investigan y argumentan la necesidad del abordaje psicomotriz. Es justo preguntarse si esto podría ser una de las causas por las que se solicita una heterogeneidad tan significativa en lo que refiere a los aportes de la psicomotricidad para la atención de niños con autismo. Se agrega a esta situación la muy reducida producción de los propios psicomotricistas en el campo de la investigación, como se refleja en el estudio de Ruegger (2018).

1.2. Fundamentación

Según datos de las OMS publicados en 2022, en la población mundial, 1 de cada 100 niños tiene autismo. La Centers for Disease Control and Prevention (CDC), en 2021, publica los resultados de un estudio realizado en 2018 sobre la prevalencia y características de niños con TEA en 11 sitios de la Red Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) en los Estados Unidos. En ellos se estima que 1 de cada 44 niños de 8 años tiene TEA (Maenner *et al.*, 2021).

En la región se cuenta con los resultados de un estudio realizado en dos comunas urbanas de Santiago de Chile, en el año 2021. Esta investigación describe una prevalencia

de 1,95 % de niños con TEA, es decir, 1 de cada 51 niños, con una distribución por sexo de 4 niños cada 1 niña (Yáñez *et al.*, 2021). Los datos presentados describen números significativos de aumento y prevalencia en la población mundial.

En nuestro país, según la Federación Autismo Uruguay (FAU), en 2015,¹ entre 30.000 y 35.000 uruguayos presentan este diagnóstico. La información se basa en estadísticas a nivel mundial, debido a que, hasta el momento, no existe en el ámbito nacional un censo de las personas con TEA. El Programa Nacional de Discapacidad (Pronadis) publicó en 2014 los datos obtenidos a través de una consulta participativa sobre las necesidades que perciben familiares de pacientes con TEA y organizaciones vinculadas al trabajo con esta población, en todo el país. Los datos expresados en el informe estiman una prevalencia de 1 cada 88 niños diagnosticados con TEA.

Tal como se presentó, según los datos internacionales y regionales, en este comienzo de siglo el diagnóstico de autismo se ha extendido y se han puesto en debate las causas del aumento de niños diagnosticados. Frances (2014), psiquiatra americano, apunta a una «epidemia» de autismo, causada por tres razones: mejora en la identificación del cuadro, la introducción en el *DSM-IV* del síndrome de Asperger —lo que amplió el cuadro de autismo— y por los niños diagnosticados erróneamente —ya que garantiza el acceso a prestaciones y servicios estatales—. Fombonne (2019) por su parte, advierte sobre la peligrosidad de evaluar las diferentes prevalencias debido a que en los estudios actuales no se determina si las discrepancias se deben a factores del método o a diferencias verdaderas en los parámetros de la población. En la clínica, las profesionales entrevistadas transmiten su visión acerca de niños que llegan a ser atendidos por autismo, pero en el encuentro con ellos esa hipótesis se diluye. Se reconoce en sus experiencias que la incidencia de la psicopatología, así como el marco jurídico existente, en ocasiones, incide en la toma de decisiones acerca de la conveniencia terapéutica para los usuarios.

En Uruguay, el marco normativo descrito en la Ley 18.651, Protección Integral de Personas con Discapacidad, es el que regula y busca garantizar los derechos de las personas con discapacidad, incluidos quienes tienen diagnóstico de TEA. En el artículo 1, plantea asegurar la atención médica, educación, rehabilitación física, social, económica y profesional, así como la cobertura de seguridad social. En el Art. 2 especifica que persona con discapacidad es:

[...] toda persona que padezca o presente una alteración funcional permanente o prolongada, física (motriz, sensorial, orgánica, visceral) o mental (intelectual y/o psíquica) que en relación a su edad y

¹ Durante el 2do. Encuentro en Montevideo organizado por FAU y la Unidad Especializada en TEA (Hospital Pereira Rossell-Universidad de la República).

medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral. (Uruguay, 2010).

Esta misma Ley agrega en el Art. 8 las obligaciones del Estado respecto a esta población, menciona que la asistencia se brindará de forma coordinada para lograr una integración de las personas en una sociedad más equitativa. El Estado tomará medidas, entre las que se destaca: promover la rehabilitación integral, formación laboral o profesional de los usuarios y formación de personal especializado para su orientación y rehabilitación.

Otro punto que merece la atención en este marco jurídico hace referencia a que Uruguay, como Estado parte de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se compromete a: «Promover la formación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad respecto de los derechos reconocidos en la presente Convención, a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por esos derechos» (Uruguay, 2008). En particular, en el artículo 26 de la Convención, se menciona que los Estados parte se ocuparán de los distintos aspectos que involucren la habilitación y rehabilitación, especialmente, en los ámbitos de la salud, educación y servicios sociales. De modo que las personas accedan tempranamente a estos, que cuenten con una evaluación multidisciplinar de sus necesidades y capacidades. Al tiempo que los Estados parte deberán promover el desarrollo de formación de los profesionales y de todo aquel personal que trabaje en los servicios de habilitación y rehabilitación (Uruguay, 2008).

En este contexto sanitario y jurídico se enmarca la investigación. Tal como se ha comentado, el número de niños con diagnóstico de autismo ha aumentado en el contexto internacional y regional, desde el marco legal se promueve la atención integral de estos niños, lo que implica el acceso a los tratamientos necesarios y la formación de los profesionales que los llevan a cabo. En este sentido, el tratamiento psicomotriz es una de las terapias que realizan estos pacientes. Por ello, investigar sobre este tratamiento es relevante y necesario; porque, a pesar del incremento en el número de población diagnosticada, es una entidad muy poco explorada hasta el momento en nuestro país. Además, la visión acerca del tratamiento psicomotriz de niños diagnosticados, desde la perspectiva de los profesionales, es inédito en nuestro medio. Por lo cual se pretende acceder al conocimiento sobre la experiencia y práctica clínica de los profesionales en psicomotricidad con dichos niños. El tratamiento psicomotriz es uno de los abordajes sugeridos por especialistas: pediatras, neuropediatras y psiquiatras, dado que pone en diálogo estructuras que hacen al movimiento sin intervenir directamente sobre él.

Se considera a su vez que esta investigación contribuye a la visualización de la psicomotricidad en nuestro país, así como los campos de inserción de dicha práctica. Ello

favorece la creación de novedosos escenarios terapéuticos contruidos con base en el diálogo con otras disciplinas, tales como la psicología clínica, y en la optimización de los recursos técnicos para el abordaje. Se espera también contribuir al diseño de tratamientos coherentes con la idiosincrasia de un modelo de atención propio de nuestro medio. Por lo tanto, se cree que esta investigación aportará insumos para la creación de políticas públicas que redunden en la mejora de la calidad de vida de los niños con diagnóstico de autismo y que promuevan el adecuado uso de los recursos humanos y económicos del país.

Como se mencionó anteriormente, el objetivo de este estudio es conocer y describir las experiencias de los psicomotricistas en el abordaje psicomotriz de los niños con diagnóstico de autismo en Uruguay. Se trata de un estudio cualitativo en el que se utiliza como fuentes primarias de la investigación entrevistas semiestructuradas a licenciadas en Psicomotricidad que tengan o han tenido atención en clínica psicomotriz a niños con diagnóstico de autismo. Se realiza un muestreo no probabilístico (Pardo, 2009), basado en un estudio realizado por la AUP.² El método utilizado es el análisis de contenido (Bardin, 1996) para conocer el relato no solo manifiesto y explícito, sino el latente, simbólico, que surge de la transcripción de las entrevistas a las profesionales y las notas de campo tomadas en los encuentros.

² Investigación de relevamiento de la cantidad de licenciados en Psicomotricidad en Uruguay, año 2013, Asociación Uruguaya de Psicomotricidad.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO. LA PSICOMOTRICIDAD, SUS ORÍGENES Y DESARROLLO

En este capítulo se sintetiza la historia de la psicomotricidad, desde su origen, en Francia a principios del siglo XX, hasta su introducción en Uruguay, a finales de la década del setenta, por la profesora y doctora en neurología Antonieta Rebollo. Los acontecimientos se presentan en orden cronológico y se expone una visión amplia del contexto sociohistórico en el que comienza a desarrollarse el concepto de psicomotricidad. Entre el surgimiento de este y la actualidad de la disciplina psicomotriz existe una distancia significativa de la cual se intentará dar cuenta en los apartados sucesivos. Se describe el proceso de la formación académica en Francia, su incidencia y posterior desarrollo en Latinoamérica y el surgimiento en nuestro país, los abordajes clínicos desarrollados y el debate entre la psicomotricidad como disciplina y práctica.

2.1. Trama socio histórica; la psicomotricidad desde su nacimiento en Francia a principios del siglo XX

Para abordar la historia de la psicomotricidad en nuestro país se toma como referencia la tradición francesa de este campo de saber, ello se debe a que es la escuela desde la cual surge la psicomotricidad en Uruguay. Sin embargo, no se desconoce ni se pretenden invisibilizar otras corrientes como la danesa, relacionada con los educadores del movimiento y la relajación. O la propuesta por Gerda Alexander, basada en la *eutonía*, vocablo, definido por su autora, y que expresa la idea de una tonicidad armoniosamente equilibrada (Alexander, 1991). En la actualidad, los aportes de la formación danesa comienzan a conocerse y se vinculan con la psicomotricidad uruguaya, en particular, desde la Udelar se realizan intercambios académicos con Dinamarca. Pero ello corresponde a un tiempo de madurez y crecimiento de la profesión que enfatiza el abordaje psicomotriz para adultos. Estos hechos demuestran que continúa la transformación de los saberes de la disciplina, influenciados por líneas de estudio provenientes de distintos países.

Para iniciar el recorrido histórico nos remontamos a mediados del siglo XIX, en el que algunos investigadores, que adherían a la corriente conocida como psiquiatría somatológica, trabajan y desarrollan sus estudios en la localización de lesiones en el cerebro. Con ello se buscaba explicar las causas de los síntomas y déficit del organismo humano. Uno de ellos es el médico fisiólogo alemán, Carl Wernicke, quien presenta en el año 1874 valiosos aportes relacionados con la afasia sensorial y la localización de la lesión en el lóbulo temporal. Este hecho establece un paralelismo directo entre el área de la corteza cerebral lesionada y la sintomatología conductual o funcional observada.

En este fructífero período de investigaciones y avances, Alemania, pionera, luego Rusia y Estados Unidos establecen laboratorios de avanzada para los psicólogos experimentales y el desarrollo de la psicología como ciencia (Martínez, *et al.*, 2007). Esos avances de la psicología experimental están ligados al fisiólogo y psicólogo alemán Wilhelm Maximilian Wundt (1832-1920).

En Francia los estudios se dirigen a fenómenos anormales con relación a la motricidad y el movimiento, por medio de los trabajos de Pierre Janet (1859-1947), Juan-Martin Charcot (1825-1893) entre otros (Carro y De La Cuesta, 2018). Según Defontaine (1978):

Charcot en su servicio de enfermedades nerviosas de la Salpêtrière puso evidencia, con su estudio sobre la histeria por una parte y por otra parte con los trabajos sobre la hipnosis, las interferencias del psiquismo sobre el cuerpo y del cuerpo sobre el psiquismo. (p. 4)

Dichos estudios hacen referencia a un esquema anatómico-clínico, que describe un correlato directo entre lesión y disfunción, guiado por el espíritu positivista imperante en la época.

Los estudios de Charcot son el puntapié para uno de sus discípulos, el médico general y psiquiatra Ernest Dupré (1862-1921), quien continúa las investigaciones referidas al movimiento, en el hospital psiquiátrico Sainte Anne de París. Su trabajo conserva las características de la época, en la que se desarrollan las especialidades, y en la cual se destaca la especificación y tecnificación de los métodos de diagnóstico precoz, así como también la investigación (Ariès y Duby, 1991). Dupré (1925) describe una nueva entidad clínica denominada «síndrome de debilidad motriz». Esta aporta cierta ambigüedad e inaugura una visión novedosa de la interpretación de las patologías motoras, dado que fractura el correlato directo entre localización neurológica lesional y perturbación motriz de la infancia (Bergès, 1988; Levin 1991). Dupré define a la debilidad motriz de la siguiente forma.

En una serie de trabajos, describí, bajo el nombre de síndrome de debilidad motriz, un estado patológico congénito de la motilidad, a menudo hereditario y familiar, caracterizado por la exageración de los reflejos tendinosos, la perturbación del reflejo de la planta del pie, la sincinesia, la torpeza de los movimientos voluntarios, y finalmente por una variedad de hipertonía muscular difusa, en relación con los movimientos intencionales y que tienden a la imposibilidad de realizar voluntariamente la resolución muscular. Propuse para designar este último problema el término *paratonía*. Casi todos los sujetos paratónicos son poco aptos para la ejecución de movimientos delicados, complicados o rápidos. Se muestran en la vida cotidiana inhábiles, torpes, desmañados como se dice. (Dupré y Mercklen, 1909, en Levin, 1991 p. 22)

Esto dio origen a lo que, posteriormente, se denominó *cuadros psicomotores*. Los niños observados se presentan torpes en el manejo de instrumentos, ante tareas gráficas, de copia de modelos; su rendimiento es descendido respecto al de sus compañeros, así

como también se observa compromiso en lograr tareas de vestido-desvestido, uso de cubierto, atar cordones, etc.

Se destaca, en la descripción realizada por Dupré, que los signos motores definidos en la debilidad motriz (paratonía, torpeza y sincinesias) se vinculan con la inmadurez; dos de ellos —paratonía y sincinesias tónicas— son considerados signos madurativos del sistema que procesa los movimientos voluntarios. El sistema de ejecución del movimiento se conforma por el sistema piramidal, encargado de la fuerza, y por el sistema extrapiramidal, que provee las características del tono, base del movimiento fásico (contracción muscular voluntaria). Ambos sistemas están vinculados por el sistema cortico-cerebeloso, responsable de la coordinación y precisión de los movimientos.

Por lo tanto, se trata de una etiología diferente para este cuadro, aun haciendo referencia a lo congénito. Dado que en la debilidad motriz se menciona el carácter voluntario de los movimientos afectados, abre la posibilidad de imaginar la incidencia de factores que no son exclusivamente los implicados en el acto motor de origen orgánico, se presupone entonces la incidencia de la voluntad y de la motivación.

Dupré profundiza en sus investigaciones e introduce el término *psicomotricidad* en 1913, pero su descripción dista sustancialmente de la concepción actual. Mientras Dupré define la nueva entidad clínica, ya existen investigaciones relacionadas al cuerpo y su vínculo con el psiquismo. Es la época del denominado «cuerpo hábil» (Le Camus, 1986), que se desarrolla hacia finales del siglo XIX y principios del siglo XX, en la cual las técnicas y nuevas disciplinas pasan a ser funcionales al poder político y económico, período en el que adiestrar el cuerpo es parte de la intervención. Se infiere que la visión de los cuadros clínicos de la infancia definidos hasta el momento comienza a ser insuficiente para explicar el padecimiento de los sujetos.

En este sentido, es necesario mencionar los aportes para la psicomotricidad del médico francés, psicólogo y pedagogo, con fuerte influencia de las corrientes marxistas de la época, Henri Wallon (1879-1962), quien desde su visión integra la dimensión social en el desarrollo del sujeto. Wallon (1965) menciona que «en la historia del hombre, tipos diversos de civilización han podido provocar, sucesivamente, formas de actividad diversamente orientadas. El materialismo histórico prolonga y corona al materialismo dialéctico. Transformando sus condiciones de vida el hombre se transforma a sí mismo» (p. 79). El autor hace énfasis en la relación dialéctica existente entre el organismo y el medio social.

A su vez, agrega una nueva dimensión en lo que refiere a los trastornos psicomotores. En 1928, Wallon plantea que «hace apenas unos diez años, toda inferioridad motriz se imputaba a una insuficiencia o a una lesión, ya sea de la circunvolución frontal

ascendente o del haz piramidal. Este enfoque es demasiado simple y parcialmente inexacto» (p. 7). Esta lectura de las lesiones y perturbaciones son consideraciones para tener en cuenta especialmente cuando se trata de niños, dado que, como advierte el autor, gracias a una «actividad de compensación» puede ser desarrollada hasta cierta destreza. El término *torpeza*, mencionado por Dupré, hace referencia a «la imperfección habitual de los movimientos». Por lo tanto, según Wallon (1928), «todos aquellos factores (los instrumentos y la orden o comando del movimiento) que intervienen en la ejecución de un movimiento pueden, por su insuficiencia, convertirse en una causa de torpeza» (p. 7). La actividad voluntaria se organiza en la corteza cerebral, allí suceden todas las conexiones entre lo que constituye la vida del organismo y los estímulos provenientes del exterior. Este funcionamiento crea un sistema de señales para el organismo que le permite reaccionar de forma adecuada a las circunstancias propuestas por el medio físico o social. Wallon (1965) enfatiza en que no se trata de dar relevancia al organismo y al medio social, cada uno por separado, sino que se trata de «procesos» en los cuales ambos son constituyentes complementarios. Puntualiza que «esa sustitución de la propiedad por los procesos, de la sustancia por el acto, es precisamente la revolución que la dialéctica ha operado en nuestro modo de conocer» (pp. 77-78).

De este modo los postulados de Wallon, relacionados con el movimiento y el desarrollo psicológico del niño, son la base para la concepción de la psicomotricidad. Remiten a la vida psíquica previa al surgimiento de la palabra en el niño, donde el movimiento opera como su traductor. En las primeras etapas del desarrollo, el niño solo cuenta, para hacerse entender, con gestos, ademanes, movimientos, los cuales expresan sus intenciones de interactuar con el entorno. El autor describe tres formas de movimientos, estos mantienen su potencial de interacción y cada uno conserva su relevancia en la evolución psicológica del niño.

La primera forma se trata del movimiento «pasivo o exógeno», consiste en los reflejos de equilibración y las reacciones contra la gravedad; se manifiesta en el bebé desde el período prenatal, estos reflejos desaparecen naturalmente luego del nacimiento. Son la base de un encadenamiento de posturas que sucederán mediante etapas, tendientes al logro de la posición erguida, la que representa un progreso sustancial a nivel del comportamiento. La segunda forma de movimiento, «autógenos o activos», refiere a los desplazamientos corporales o de objetos situados en el entorno; locomoción o prensión. La tercera forma de movimiento es el desplazamiento de los segmentos corporales, unos con relación a otros. Reacciones posturales más diferenciadas y acabadas que las de la primera forma, se exteriorizan como actitudes y como mímica.

Dicha distinción de los tipos de movimiento evidencia la pluralidad de respuestas motoras con las que cuenta el individuo. En este sentido, es necesario hacer mención al órgano del movimiento, la musculatura estriada, que cuenta con dos funciones: clónica y tónica. La función clónica remite a dos actividades, el acortamiento y estiramiento de las miofibrillas que componen el músculo, lo cual deriva en el desplazamiento del miembro y su movimiento. La función tónica mantiene cierto nivel de tensión en el músculo, tensión que será de mayor o menor intensidad dependiendo de las condiciones fisiológicas del sujeto, así como también por las exigencias del acto a realizar. Wallon (1965) menciona: «Tal es el paño de que están hechas las actitudes, y las actitudes están en relación, por una parte, con la acomodación o la espera perceptiva y, por la otra, con la vida afectiva» (p. 129). Ello posibilita distinguir la riqueza simbólica y singular que se puede hallar en la función postural, estrechamente vinculada con el aspecto tónico de la actividad motriz.

«La actividad motriz está al servicio de la representación», menciona Wallon (1965, p. 123), pero requiere del medio social para concretar su pasaje al plano simbólico, es decir, de lo que el autor denomina *las aptitudes de la especie*, aquellas que se vinculan con lo social. A propósito de ello Wallon expresa en su libro, *El niño turbulento, 1925*:

La mímica se podría definir como una movilidad totalmente extraña a la actividad de ejecución, pero teniendo una relación íntima con el psiquismo. Comienza a existir, cuando se vuelve diferente de los gestos, con los que el individuo reacciona frente al ambiente. (en Mialaret, 1981 p. 94)

La mímica es la integración de la gestualidad y del lenguaje corporal, que transmite un mensaje, una forma de conocer y darse a conocer al mundo. De este modo, trascender lo puramente motor, como puede ser la realización de un gesto, habilita la mímica, le aporta al sujeto una forma de interacción con su entorno. En la obra de Wallon esta conceptualización inaugura el estudio de los síndromes psicomotores (Mialaret, 1981), dado que es precisamente en ese entretendido entre lo interno y externo del sujeto, entre lo individual y lo social, donde se instala el síntoma psicomotor.

La génesis de la psicomotricidad también se nutre de autores como Edouard Guilmain (1901-1983), Julián de Ajuriaguerra (1911-1993) y Giselle Soubiran (1916-2012). Todos ellos continuadores de la obra de Wallon, realizaron contribuciones sustanciales para delinear la práctica.

A Edouard Guilmain se le reconocen sus aportes relacionados al examen psicomotor. En 1931, publicó el primer método de evaluación psicomotriz, que tomaba como referencia los postulados de que el tono muscular se encuentra en la base de las relaciones de la vida afectiva. Su obra se enriquece aún más con la publicación en 1935 de *Fonctions psychomotrices et troubles du comportement, études des tests psychomoteurs pour enfants d'âge Scolaires*, con prefacio del mismo Wallon (Levin, 1991). Esta

publicación se puede considerar una continuación de las que previamente realizara su maestro (Henri Wallon), respecto de la reeducación psicomotriz, *L'enfant turbulent* en 1925 y, en 1934, *Les origines du caractère chez l'enfant*. Ambos textos considerados clásicos y fundamentales en el surgimiento de las bases teóricas de la psicomotricidad. Guilmain presenta un novedoso método de atención: «la reeducación psicomotriz, que establece por medio de distintas técnicas (provenientes de la neuropsiquiatría infantil) un modelo de ejercitaciones: ejercicios rítmicos, de coordinación y habilidad motriz, y ejercicios tendientes a disminuir sincinesias» (Levin, 1991, p. 23). Este modelo marca un comienzo en la atención clínica pedagógica de las alteraciones en la conducta psicomotriz y el carácter del niño. Se trataba de niños inestables, torpes o débiles motores que, debido a sus imprecisiones en el movimiento, en el funcionamiento psicomotriz, se les ocasionaban conflictos en lo social.

Por su parte Julián de Ajuriaguerra, médico psiquiatra, continúa los estudios con relación al tono muscular y, en especial, al vínculo del tono y la comunicación. El autor acuña el concepto de diálogo tónico, el cual hace referencia al lenguaje corporal desplegado entre el adulto y el bebé, como instancias privilegiadas de comunicación, encuentros, desencuentros y desarrollo de la vida emocional. «El diálogo tónico, como lo hemos llamado, es el principal lenguaje de la afectividad, y por este motivo desempeña una función determinante en la adquisición de nuestra noción de vivencia del cuerpo» (De Ajuriaguerra, 1969, p. 95). En ausencia de lenguaje oral, el adulto y el niño entran en comunicación gracias a la potencialidad del tono muscular de ajustarse con sus variaciones entre tensión y distensión a las sensaciones corporales vividas. Esta comunicación no solo oficia como llamado y demanda de cuidados, sino que también es la vía para establecer auténticos lazos afectivos con el otro. Para De Ajuriaguerra (1969) «el diálogo tónico, que se encarga de sumergir a la personalidad entera en la comunicación afectiva, tan solo puede tener un instrumento a su medida, un instrumento total: el cuerpo» (p. 214). De esa forma se resume la implicancia del tono, la relación tonicoemocional y aquello que lleva a la mirada del psicomotricista: el cuerpo.

Son también valiosos sus aportes acerca del concepto de equipamiento de base (De Ajuriaguerra, 1985), que refiere a las estructuras orgánicas y funcionales que conforman al organismo y en las que se irá desplegando el desarrollo. Puesto que ese equipamiento y el registro de su indemnidad promueven la intervención desde la psicomotricidad, porque, de lo contrario, el déficit o la alteración sería abordado desde otro campo disciplinar.

La psicomotricidad se enriquece con el trabajo sistemático de Giselle Soubiran (1916-2012), quien plantea el desarrollo de la reeducación psicomotriz como técnica para

la atención del psicomotricista. Fue fisioterapeuta, de profesión, discípula de De Ajuriaguerra en el servicio de neuropsiquiatría infantil del Hospital Henri Rousselle de París, desde 1948, año de creación del servicio al que pronto se unen el médico Jean Bergès y el psicólogo René Zazzo. Dichos autores fueron quienes entre 1950 y 1960, en el laboratorio de psicología del hospital, empiezan a desarrollar una batería de test para evaluar el equipamiento de base y las funciones del organismo, algunos de esos test siguen aún vigentes en la práctica clínica.

Soubiran, por su parte, crea su propio método que denomina «relajación psicósomática» para los adultos y «relajación psicomotriz» para los niños (Scialom, Giromini y Albaret, 2017). Sus observaciones se dirigen hacia los aspectos implicados en el desarrollo del individuo que obstaculizan los procesos de aprendizaje; para ello toma contacto con niños que entre otros cuadros presentan trastornos del desarrollo o autismo. En las máximas que propone para su abordaje, Soubiran menciona que el paciente es un ser global, con quien se deben utilizar recursos como escuchar, desdramatizar, desculpabilizar y motivar. Propone mejorar el equipamiento de base del paciente, para lograr el ajuste de las conductas psicomotrices, dado que esto genera mayor disponibilidad y creatividad en el individuo para su desempeño en la vida diaria. Finalmente menciona la consciencia corporal, como la piedra angular en el desarrollo del sujeto y previa a todo ajuste del comportamiento.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, la psicomotricidad comienza a recibir influencias teóricas ya no solo de la neurología y la psiquiatría, sino de otras disciplinas. Vigarello (1979) menciona que esta etapa se subdivide en dos períodos: «El primero (1960-1970) se caracteriza fundamentalmente por el predominio de la psicología genética (Piaget y Wallon) en las prácticas psicomotrices» (en Cerutti, 2008 p. 22). Y agrega que, en ese primer período, en la práctica psicomotriz educativa, la «intención» está dirigida a influir en la inteligencia a partir del movimiento. En ese sentido, los aportes de Piaget respecto a las etapas del desarrollo del niño han sido un marco teórico fundamental como guía para el ejercicio de los psicomotricistas. El segundo período que se describe comienza en la década del setenta, en Francia, en esa época cobra relevancia para los psicomotricistas «el rol de la afectividad en el desarrollo infantil y en el proceso de aprendizaje» (Cerutti, 2008 p. 22).

La influencia del psicoanálisis se hace presente y comienza una etapa nutrida por autores como Freud (1856-1939), Klein (1882-1960), Lacan (1901-1981), Spitz, (1887-1974), Reich (1897-1957), Schilder (1886-1940), Dolto (1908-1988), Sami Ali (1886-1951), Winnicott (1896-1971), Margaret Mahler (1897-1985) y Mannoni (1923- 1998) quienes fueron tomados como referencia teórica, según mencionan Ruegger (2018) y Levin (1991).

En esta primera etapa de influencia del psicoanálisis en la práctica psicomotriz, el enfoque se centra en la comprensión de la etiología y de la patología de los cuadros psicomotores, no así en los procesos reeducativos y terapéuticos (Levin, 1991).

Coincide esta época con los aportes etnológicos y antropológicos, relevantes gracias a las descripciones que realizan respecto al tono muscular y las reacciones en animales. Galán Tamés (2009) agrega que «la descripción de la vida cotidiana (tanto material como mental) de las sociedades del pasado —de los hábitos gestuales, físicos, afectivos, alimentarios y mentales— se encontraron en el centro de este discurso» (p. 170). La relevancia del discurso sobre el cuerpo se pone en escena y la disciplina va haciendo propia la discusión sobre este. En este sentido, Vigarello (1979 en Cerruti, 2009), menciona que los psicomotricistas en la búsqueda de la construcción de una teoría propia que diera cuenta de la praxis pasan por una etapa que denomina de «abuso y explotación de las teorías» (p. 21).

La coyuntura sociopolítica de finales de la década del sesenta y durante la década del setenta en Francia propicia la apertura a una nueva mirada sobre el cuerpo. La década del sesenta en ese país es reconocida a nivel mundial por sus protestas anti- imperialistas, alentadas por el movimiento de revolución estudiantil que adquiere su punto más álgido en el denominado Mayo Francés (Morin, 1968). Comienza así el camino de profesionalización de la práctica psicomotriz y las agrupaciones de profesionales son quienes posicionan la formación en Francia y la extienden al contexto internacional, como se describe en el apartado siguiente.

2.2. Formación profesional en Francia

En este apartado se busca aproximar al lector al camino recorrido por los psicomotricistas en la adquisición de los conocimientos necesarios para desarrollar su práctica profesional. En 1961, se crea la primera enseñanza formal de la psicomotricidad en el mundo, destinada a diversos profesionales, ello sucede en el Hospital Henri Rousselle, según Scialom, Giromini, Albaret (2017). Este es un primer paso en la titularización de un modelo de intervención que posteriormente finalizará con *los psicomotricistas*. Es importante mencionar que, previo a las formaciones académicas, ya se brindaba atención terapéutica y reeducación a los niños con dificultades en el movimiento. Según Vigarello (2005), en 1947, se expande la creación de centros de reeducación física con la iniciativa de atender niños, seleccionados desde las escuelas, con perturbaciones orgánicas que comprometen el movimiento.

En el Cuadro 1. se presenta la información recabada acerca del proceso y construcción de la formación académica en Francia, así como también de hechos e hitos históricos que han sido fundamentales en la evolución de la profesión.

Cuadro 1. Historia de la psicomotricidad en Francia

Año	Contexto histórico y referentes	Evolución en los paradigmas de atención psicomotriz	Desarrollo de la investigación
1947	Primer Servicio de Reeducción Psicomotriz, en la formación universitaria en Neuropsiquiatría, Hospital Henri Rousselle, París.		
1948		De Ajuriaguerra y Diatkine, afirman la no organicidad y la educabilidad de la debilidad motriz, descrita por Dupré. Se funda así la conceptualización casi oficial de «trastorno psicomotor», a diferencia de «trastorno motor».	
1960	Primera Carta de la Escuela Francesa de Terapia Psicomotora, elaborada por De Ajuriaguerra, Soubiran y colaboradores.	Surge la fundamentación teórica del examen psicomotriz, métodos y técnicas de tratamiento de diversos trastornos motrices.	
1961	Primera enseñanza estructurada de Psicomotricidad en el Hospital Henri Rousselle. Destinada a diversos profesionales de la salud.		
1963	Primer Certificado de Aptitud de Reeducción Psicomotriz. Facultad de Medicina, Hospital Salpêtrière y el equipo del		

	Hospital Henri Rousselle, directora Giselle Soubiran.		
1964	Creación del primer Sindicato de Psicomotricista (SNRTP). Derivará en Sindicato Nacional de la Unión de Psicomotricistas (SNUP), luego Sociedad Francesa de Terapia Psicomotriz (SFTP).		
1965	Primera publicación <i>Revista de Reeducción Psicomotriz</i> . Denominada luego <i>Revista de Terapia Psicomotriz</i> .		
1967	Primera formación de psicomotricistas. Instituto Superior de Psicomotricidad y Relajación de París (ISRP). A cargo de Julián de Ajuriaguerra y Gisele Soubiran. Allí se forman numerosos estudiantes de Latinoamérica.	Partidarios de la educación psicomotriz fundan la Sociedad Francesa de Educación y Reeducción Psicomotriz (SFERPM).	
1968			Pierre Vayer, André Lapierre y Bernard Aucouturier, crean el Centro de Investigación e Innovación en Psicomotricidad.
1969	Creación del Instituto Superior de Reeducción Psicomotriz, directora Giselle Soubiran.		
1968 - 1974		Se aceptan dos denominaciones reeducador en psicomotricidad y terapeuta de la psicomotricidad.	
1974	Se crea el diploma del Estado de reeducador psicomotriz, denominándose <i>Psycoreeducador</i> .	Proliferación de escuelas formadoras en psicomotricidad.	

1976	El Instituto de Formación en Psicomotricidad inicia una Unidad Europea de Formación continua en París, con el propósito de difundir la psicomotricidad en Europa y el mundo.		
1985		Se modifica el decreto ministerial y se crea el título oficial de Psicomotricista. Por prescripción médica y luego de exploración neurológica podrá intervenir el psicomotricista.	
1988	Se presenta por decreto ministerial el perfil profesional del egresado.		Comienza la investigación mediante contrato con el Ministerio de Ambiente. A cargo de Josette Dall'Ava. Relaciona con la «Insensibilización al ruido por el método de la relajación psicósomática» de Soubiran.
Década del 90	El Instituto Superior de Reeducción Psicomotriz de París y cinco escuelas públicas de Francia forman psicomotricistas.	El modelo académico francés se extiende al resto de Europa y Sudamérica.	

Fuente: Defontaine (1978), Belz, (1977) y Coste (1978)

Se puede apreciar que el recorrido histórico de la formación académica ha atravesado permanentes cambios desde sus inicios. Se destaca, del proceso de desarrollo de la psicomotricidad en Francia, que, si bien ha tenido una gran influencia en el mundo, con su contribución a la creación de escuelas en diferentes países, no sucede lo mismo respecto al dispositivo clínico. Dado que en la clínica su funcionamiento continúa en una relación de dependencia respecto a la medicina. Tal como lo plantea Berruezo Adelantado (2008), la legislación francesa en 1988 aún presenta al psicomotricista como un profesional

auxiliar del médico, capacitado para realizar tareas como balance psicomotor, aportar desde la educación y la estimulación temprana, reeducar trastornos del desarrollo psicomotor mediante técnicas entre las que se incluye el juego, la relación, expresión plástica y gestual, entre otras. Impresiona que la autonomía no representa una aspiración del colectivo que lidera la profesión, lo cual se refleja en las palabras de Scialom, Giromini y Albaret (2017): «En Francia, la psicomotricidad ha conseguido el estatus de disciplina auxiliar de la medicina» (p. 17). Es preciso destacar que esta relación de dependencia presenta sus similitudes con respecto a los inicios de la psicomotricidad en Uruguay. Por ejemplo, la no habilitación para realizar un proceso diagnóstico o de balance psicomotor de los profesionales uruguayos, mientras mantenían un vínculo como auxiliares del médico.

La inserción y el desarrollo de la psicomotricidad en Uruguay, al igual que en determinados países de la región, se describen a continuación.

2.3. La psicomotricidad en el contexto regional

Según Mila (2018) en la década del cincuenta, tres países de Latinoamérica tomaron contacto con la Escuela Francesa de Psicomotricidad: Brasil, Argentina y Uruguay, nutridos principalmente por la influencia de Julián de Ajuriaguerra y Giselle Soubiran. En Brasil, la psicomotricidad se inicia también como posgrado y desde allí se desarrolla hasta la actualidad. En Argentina, desde mediados de la década del cuarenta, funcionó el Instituto Argentino de Reeducción, vinculado a la educación especial. En 1949 se crean las denominadas *escuelas diferenciales*, pertenecientes al ámbito estatal, desde donde se plantea la creación de un área de psicomotricidad. Gracias a esta solicitud se reglamenta el quehacer psicomotriz y es en la década del setenta cuando la psicomotricidad clínica comienza su desarrollo, con la fuerte incidencia de la francesa (Levin, 1991). Este autor agrega que los inicios de la psicomotricidad en Argentina se pueden relacionar con un desarrollo de atención que oscilaba entre el método de reeducación y la terapia psicomotriz (ambos paradigmas desarrollados posteriormente en esta investigación). Finalmente, menciona que la Asociación Argentina de Psicomotricidad se crea en 1977 y desde allí se comienza a dar mayor difusión a la práctica psicomotriz. Dicho ejercicio no contará con el reconocimiento legal, como prestación básica en salud, hasta el año 2011, mediante la aprobación de la Ley 24.901 que regula el «Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad», en ella se incluye al psicomotricista dentro del equipo mínimo de atención (AAP, 2011).

En Uruguay se inició mediante la formación de grado desarrollada en la Facultad de Medicina, Udelar, a partir del 1978, en el ámbito de la neuropsiquiatría infantil. Esta inserción como formación de grado se destaca en la región, debido a que, tanto en Brasil

como en Argentina, su inserción, e incluso hasta el presente, siguen siendo formaciones de posgrado para profesiones afines al desarrollo infantil.

2.3.1. La psicomotricidad en Uruguay

En la última década del 1800 se crea la Clínica de Niños, perteneciente a la Facultad de Medicina de la Udelar. Esto es producto de la preocupación política vinculada con la salud de la población y lo pedagógico. Barrán (1992) menciona que, en el Uruguay de principios del 900, comienza a descubrirse el valor del cuerpo. La epidemia de tuberculosis vivida en nuestro país durante la primera década de 1900, que afecta en gran medida a la población más joven, concentra toda la atención y preocupación de las autoridades. La medicina es el nexo con los procesos productivos, ejemplo del posicionamiento científico del siglo XIX (Carro y De la Cuesta, 2018), y comienza a advertirse el elevado costo social de la enfermedad. La pérdida salarial de los enfermos y la afectación al sector productivo son consecuencias, en términos económicos, de los procesos de enfermedad. En este sentido, la naciente clase médica marca el rumbo a seguir y posiciona las estrategias sobre las que es necesario destinar recursos en lo político. En 1907, se crea la Cátedra de Psiquiatría, con una orientación biológica en la manera de concebir y examinar al enfermo mental.

Estos hechos de principios de siglo generan un terreno favorable para el desarrollo en la academia de formaciones que atendieran a niños y en las que se enfatizara la salud psíquica. La primera mitad del siglo en nuestro país se destaca por su pujanza económica y la educación, que se identifica como estrategia de ascenso social. La Universidad y la enseñanza secundaria logran conquistas importantes, en las que se persigue la formación de hombres integrales y la actualización de programas (Hajer *et al.*, 1991). En el auge del desarrollo académico de la Udelar, en la década del cincuenta, la profesora Dra. María Antonieta Rebollo, viaja a Francia y comienza a formarse con el equipo del Prof. Julián de Ajuriaguerra en el Hospital Henri Rousselle, en París. De esa forma conoce y toma contacto con la técnica de la reeducación psicomotriz como método de tratamiento para los niños con dificultades en el aprendizaje.

Este desarrollo del país encuentra su debilitamiento a partir de 1968, cuando se acrecienta la crisis económica, lo que trae, como contracara, el recrudecimiento de la represión a las movilizaciones de obreros y estudiantes. «En 1970 intervienen los Consejos de Enseñanza Secundaria y Universidad del Trabajo y se clausuran los cursos de Enseñanza Secundaria. Se comienza a imponer el modelo Neoliberal y Monetarista» (Hajer *et al.*, 1991 p.24). Este funcionamiento político también incluye recortes presupuestales a la educación y como consecuencia un detrimento en su calidad.

Las fuerzas militares intervienen el Estado y se instala en 1973 la dictadura cívico militar que se extenderá hasta 1985. En este período la Udelar es intervenida, sus autoridades electas son destituidas y se vive un efecto devastador en el cogobierno, de discusiones políticas y académicas. Al decir de Ruegger (2018): «en particular, la enseñanza comenzó a concebirse como entrenamiento profesional en el marco de un modelo tecnicista» (p. 34). En esa estructura la Dra. Rebollo, habiendo regresado de Europa, presenta, en el año 1977, el proyecto de un Curso para Técnicos en Reeducción Psicomotriz, en la Facultad de Medicina. Ello deriva en 1978, en el ingreso de la primera generación de estudiantes de la formación oficial en la actual Escuela Universitaria de Tecnología Médica, perteneciente a la Facultad de Medicina. Es así como se instala en Uruguay la formación en psicomotricidad y posteriormente su práctica profesional. De esta formación, egresa, en 1980, la primera generación del Curso de Técnicos en Reeducción Psicomotriz. La estructura docente de esas primeras generaciones es precaria hasta el año 84. Los contenidos enseñados en esa primera formación siguen siendo la base de la currícula actual de los psicomotricistas en la Udelar y en las instituciones privadas de nuestro país. El título habilita a que los profesionales apliquen en sus pacientes el método reeducativo; los usuarios accedían a la atención mediante prescripción médica.

En este contexto la fundación de la Asociación Uruguaya de Psicomotricidad (AUP), el 30 de setiembre de 1980, es un hecho fundamental para la psicomotricidad de nuestro país. El logro de la creación de esta institución garantiza la continuidad en la formación de los profesionales y los posteriores virajes derivan del trabajo sostenido por las sucesivas comisiones directivas que han velado por el crecimiento y desarrollo de esta práctica. Entre sus fines la AUP se propone ocuparse de la protección de sus profesionales asociados y del porvenir de dicha práctica. Luego de su fundación, la AUP comienza a publicar la *Revista de la Asociación Uruguaya de Psicomotricidad*, en 1987, con el fin de divulgar todas los aportes y colaboraciones que contribuyan a dicho campo de saber. Según De Pena (2023):

Por su parte, la recuperación democrática enfrenta a la Psicomotricidad a un desafío inédito, vinculado a la construcción de una identidad propia que, sin dejar de reconocer las valiosísimas influencias de las corrientes francesas, asuma el encargo social de articular respuestas para problemáticas que se expresan en el cuerpo como instrumento de construcción de sí y del mundo y que encuentran en las condiciones materiales de vida las condiciones de su producción. (p. 5)

La iniciativa de una publicación desde la AUP posibilita dar a conocer la propia voz de los psicomotricistas, es una etapa de creación de conocimiento desde la práctica clínica y de la educación psicomotriz. En este sentido, se promueve el espíritu de investigación desde la práctica profesional, que no se tuvo en cuenta en la formación universitaria de las primeras generaciones. En el desarrollo de la clínica psicomotriz, se destaca la figura del médico psiquiatra Prof. Luis Enrique Prego Silva. En primer lugar, por sus aportes a la

psicomotricidad uruguaya y, en segundo lugar, por la vinculación del abordaje psicomotriz en la atención de niños con autismo (De León *et al.*, 1987).

Este recorrido se inicia a través de un colectivo de egresadas que, a comienzos de los ochenta y a instancias de la psicomotricista, por competencia notoria, y docente Jeannette Podbielevich, conforman el grupo de estudio «Psicoanálisis para técnicos en reeducación psicomotriz», dirigido y coordinado por el Prof. Prego. Del fermental proceso desarrollado en este grupo surge la publicación realizada en la revista de la AUP en 1988 «La entrevista como estrategia de abordaje».

En la publicación se sistematiza un protocolo de entrevista inicial, en la búsqueda de crear un soporte que oficie como guía en las reuniones con padres, en el diagnóstico y proceso terapéutico psicomotriz (De León *et al.*, 1987). Dicha publicación marca claramente el posicionamiento que impulsa en las psicomotricistas el Prof. Prego, quien promueve el hecho de que estos profesionales realicen sus propios diagnósticos. Ello favorece el desarrollo de cierta especificidad en el trabajo, poniendo en escena la historia del cuerpo en el desarrollo del sujeto y ya no la del movimiento.

Se aprecia en sus contenidos, la influencia de autores referentes de campos diversos como son los aportes de la terapia psicomotriz francesa, la psiquiatría, el psicoanálisis y la psicología genética. Una lectura exhaustiva de la pauta permite identificar conceptos como la posición del consultante en el entramado familiar, la historia del síntoma psicomotor (Bergès, 1985), cuándo se evidencia ese síntoma, las características del desarrollo psicomotor del sujeto. Con el fin de conocer cómo han sido los orígenes de la expresividad psicomotriz (Aucouturier, 1985), asimismo, indaga acerca de sucesos pre, peri y postnatales (Stern, 1983; Spitz, 1968). También se recaban datos vinculados a los primeros contactos con la madre, la historia del encuentro tónico-emocional, el establecimiento del diálogo tónico (de Ajuriaguerra, 1950), el descubrimiento del cuerpo, características del juego espontáneo (Winnicott, 1971). Conceptos vinculados a las adquisiciones del desarrollo, escolarización, desarrollo práxico y de la autonomía, siguiendo los aportes de Piaget, principalmente.

Se aprecia, de esta forma, uno de los cambios más significativos en la psicomotricidad, a raíz de los aportes de la psicología. De Ajuriaguerra (1980) en una entrevista realizada por Myrtha Chokler, en el marco del 5to. Congreso Brasileiro de Neurología y Psiquiatría en 1980, cuando se le pregunta acerca de la posibilidad de que los psicomotricistas aborden a la primera infancia, no solo al recién nacido, sino durante el primer año de vida, menciona: «Yo creo que no se puede abordar el tema si se piensa que la psicomotricidad es solo movimiento. Es el movimiento y todo» (De Ajuriaguerra, en Chokler, 1980 p. 80).

Ello requiere contemplar la dimensión de lo corporal, más allá de la calidad de los movimientos. Este accionar, que contempla al cuerpo como una construcción, representa un desafío para las primeras generaciones de profesionales en nuestro país. Debido a que la academia de la época las prepara de forma casi exclusiva para las dificultades del aprendizaje, precisamente para el abordaje de dificultades instrumentales y de la estimulación temprana. Podbielevich cuenta en una entrevista realizada en 2005:

Como disciplina autónoma yo te diría que fue tomando más fuerza a partir de que la gente nueva entramos a hacer docencia en la carrera; que Rebollo tenía una idea de lo que era la Reeducción Psicomotriz, que la peleamos mucho. Inclusive cuando yo estaba con Rebollo tenía prohibido hacer diagnóstico y cuando entré con Prego me obligó a hacer diagnóstico y tenía que sacar de abajo de la manga e inventar un diagnóstico. (párr. 47)

Esto trae como consecuencia una limitante en el hacer del psicomotricista y en su aporte al abordaje del paciente. Dado que, de esta forma, el psicomotricista no cuenta con la posibilidad de realizar sus propias conclusiones en lo que respecta al funcionamiento del usuario y trabajar en conjunto los aspectos que son necesarios abordar. Porque la prescripción médica es la que indica la demanda de la atención y frente a ello el profesional debe responder. En referencia al programa del curso para Técnicos en Reeducción Psicomotriz, Ruegger (2018) menciona:

Los niveles preventivos o terapéuticos, así como la discusión sobre las posibilidades del psicomotricista de diagnosticar, no tienen elementos que se evidencien en este documento. No aparecen referencias explícitas ni puede vislumbrarse en el programa [...] una preocupación por profundizar en elementos teóricos o en marcos conceptuales que posibiliten una tarea de esa naturaleza. Nuestra referencia a esta práctica responde al valor simbólico y de legitimidad que tiene en el ámbito médico. Esto se vio reflejado en el proceso de transformación y de divisiones [...] Fue considerada una limitación que había que vencer y fue vivida como un triunfo por las primeras generaciones de reeducadores psicomotrices. (p. 172)

En la actualidad el título al que se accede es el de Licenciado en Psicomotricidad, mediante una formación de cuatro años, en la EUTM, Facultad de Medicina, Udelar, así como también en la Universidad Católica del Uruguay y en el Instituto Universitario CEDIIAP. En la Udelar han sucedido cambios en el plan de estudios desde esa etapa inicial, lo que trae como consecuencia cambios en el perfil de egreso, así como en la denominación del título expedido. En la década del noventa, se realiza la modificación del plan de estudios de la carrera de psicomotricidad en la formación de la EUTM de la Facultad de Medicina de la Udelar. Este nuevo perfil de egreso, al igual que el reformado en el año 2006, incorpora en su descripción los ámbitos de intervención y agrega a los ya mencionados en la currícula del curso de Reeductores que incluye la estimulación y reeducación, la educación y la terapia psicomotriz. Se señala a su vez que las tareas desarrolladas implicarán asistencia técnica e investigación. Finalmente se explicita en el apartado «Grado de responsabilidad» y «Relaciones funcionales», el alcance del ejercicio profesional, en ello «el psicomotricista

tiene la potestad de diagnosticar alteraciones psicomotrices, indicar el tratamiento, seleccionar las técnicas más adecuadas, controlar el tratamiento y dar el alta» (Ruegger, 2018, p. 181). Este perfil presenta un profesional habilitado para el ejercicio libre de la profesión.

Este punto es relevante en lo que compete a esta investigación, debido a que se busca conocer las experiencias en profesionales que han cursado su formación académica en distintas épocas y por lo tanto su perfil de egreso les ha habilitado un campo de ejercicio y no otros, inicialmente. Finalmente, se aprecia una mixtura de autores y corrientes que confluyen en una creación original de la práctica psicomotriz en nuestro país. Esa característica se acopla a un carácter rioplatense de la psicomotricidad que comienza a desarrollarse desde la década del ochenta, bajo la clara influencia de la psicomotricidad francesa.

2.4. Paradigmas de atención en psicomotricidad

En este apartado se conceptualizan y describen los modelos de atención clínica que se han desarrollado desde la psicomotricidad y que, a su vez, responden a formas de concebir el objeto de estudio de la disciplina. Se toman como referencia los tres modelos clásicos, ligados profundamente al origen y la historia de la psicomotricidad, ellos son, la reeducación, la terapia y la clínica psicomotriz. No se desconoce la existencia en la actual formación y atención de otros paradigmas relacionados con la atención primaria de la salud, la educación psicomotriz y la gerontopsicomotricidad. Para esta investigación se prioriza el estudio de los modelos clásicos, porque a partir de ellos se comienza a realizar la atención terapéutica de los niños con autismo.

2.4.1. El paradigma reeducativo

La reeducación psicomotriz se remonta al siglo XVIII con la educación gestual a personas sordomudas mediante los planteos del abad l'Épée (1712-1789), fundador de la institución escolar, Instituto Imperial en el año 1761, en París, Francia. Es la primera institución pública dedicada a la educación de personas sordas pobres con quienes se trabaja en grupos. Aspectos novedosos para la época, dado que previo a ello los sordos adinerados eran los únicos que recibían instrucción individualizada. Más tarde el doctor Jean-Marc Itard llega a ser jefe del Instituto Imperial y es quien publica en el 1806 sus memorias con relación al abordaje que se le realiza a Víctor, denominado «El salvaje de Aveyron». Itard se dedica a educar a este paciente, mediante un método que podría denominarse, según Defontaine (1978), una *reeducación psicocorporal*.

Posteriormente, de la mano de Seguin, médico, pedagogo y reeducador de niños inadaptados, se creó el método de educación fisiológica, *método itardino* por ser desarrollado junto a su maestro Itard. Según Defontaine (1978), este sería actualizado y acompañado de abundante material por María Montessori en 1926, el cual se conoció como método Montessori, con él se procuraba utilizar la sensoriomotricidad y la psicomotricidad como base de la propuesta pedagógica.

Defontaine (1978) en su manual de reeducación psicomotriz menciona:

Ejerciendo su acción sobre las actitudes corporales y los movimientos, la reeducación psicomotriz alcanzará a través de ese intermediario el ser total, pues el acto motor no es un proceso aislado y no tiene significación nada más que en relación con la conducta global y con la personalidad. Se basa en una psicología unitaria de la persona. [...] La reeducación psicomotriz no debe limitarse a satisfacer las necesidades naturales del paciente. (p. 22)

En 1947, Julián de Ajuriaguerra y su equipo en el Hospital Henri Rousselle inician la reeducación psicomotriz contemporánea. Según Masson (1985), «la reeducación psicomotriz es, en efecto, una terapéutica original neurofisiológica y psicofisiológica en su técnica, psicológica en su objetivo, destinada a actuar por intermedio del cuerpo sobre las funciones mentales y comportamentales» (p. 11). En el proceso de cura el paciente debe incorporar las estrategias para superar sus situaciones problemáticas, logrando el adiestramiento de la iniciativa motriz y conductual. Al tiempo que comienza a adquirir esquemas de respuesta y desarrollar su potencial. El requerimiento que se le presenta al paciente, por parte del reeducador psicomotriz, es que el primero debe colaborar con reconocer sus limitaciones, implica contar con la posibilidad de razonar y aprender del segundo. Por ello, Soubiran y Mazo (1987) encuentran en la reeducación una buena estrategia de abordaje y plantean que en los pacientes que presentan perturbaciones psicomotrices, pero no deficiencia mental, apelar al discurso y a la verbalización del estado de situación de sus funciones en el marco de la reeducación psicomotriz es una estrategia efectiva.

Estos sujetos con facultades mentales normales o superiores se pueden tratar con el lenguaje hablado; la explicación es importante: proponiendo al sujeto que piense en el ejercicio pedido, que lo discuta, se lo aborda por su lado positivo o preservado. Conviene ponerlo delante de un problema a la altura de sus facultades intelectuales, pero también conviene que, a nivel motor, el ejercicio sea lo suficientemente sencillo como para que se pueda realizar y explicar; entonces se habrá de llamar la atención del sujeto sobre las sensaciones que experimenta y la calidad del movimiento que está ejecutando. (Soubiran y Mazo, 1987, p. 137)

El modelo de atención propuesto por los autores hace referencia a intervenciones mediante ejercicios. Sin embargo, también plantean algunas reservas respecto a la propuesta de un método basado en ejercicios.

Hemos reconocido un lugar importante a las series de ejercicios; lo hicimos un poco a disgusto, incluso con una leve preocupación, pues, aunque reconociendo que esta lista puede orientar y ser útil para

los principiantes, creemos que también puede perjudicar a los que se limitarían a seguir paso a paso nuestras progresiones sin compenetrarse del espíritu que debe animar al reeducador y desatendiendo toda la formación básica que consideramos esencial. (Soubiran y Mazo, 1987, p. 138)

Advirtiendo de este modo que la tarea del reeducador implica atender no solo a la ejecución correcta y progresión esperada de ejercicios. Para Bucher (1978):

Si bien es importante contar con ciertas bases, con ciertos elementos de referencia, cuya relativa rigidez nos proporcione algunos puntos de apoyo y que, llevados de un sujeto a otro, nos faciliten innumerables comparaciones, debe evitarse, con todo, una codificación demasiado estricta, que dejaría poco margen a la adaptación individual. (p. 15)

En la misma línea, Masson (1985) reconoce la importancia de un contexto afectivo y relacional de buena calidad, que genera medios y condiciones propicias para desarrollar abordajes educativos, terapéuticos, así como también reeducativos exitosos.

Con respecto a la indicación de recibir reeducación psicomotriz, esta se reserva para los pacientes que presentan los denominados *trastornos de las nociones corporales*, en ellos se engloba a los trastornos de la integración del esquema corporal, de la consciencia, del espacio y del tiempo y de la adquisición del simbolismo, de la lectura, de la escritura, etc. El tratamiento reeducativo plantea el pasaje por la vivencia sensoriomotora de cada una de esas nociones, para acceder a su representación simbólica. En este sentido, la técnica de la reeducación asume que el paciente no ha transitado correctamente la etapa de la vivencia que corresponde a la noción que debe adquirir. Por ello, en el tratamiento, el trabajo del reeducador se dirige a que el paciente transite o retransite por las etapas del desarrollo, aquellas que lo habilitan a determinados logros y al cumplimiento de hitos. Se entiende el desarrollo desde los aportes de la psicología genética, en la cual no existe una noción corporal preexistente. Para Piaget, la noción de cuerpo se construye a partir de la vivencia y, posteriormente, habilita el acceso a la representación. En lo terapéutico, se considera necesario para el tratamiento y la evolución del paciente un vaivén entre simbolismo y vivencia.

Sin embargo, De Ajuriaguerra plantea una advertencia muy conveniente, aún desde su posicionamiento vinculado con la reeducación psicomotriz, esta surge gracias a su visión del desarrollo del sujeto, más allá de los abordajes terapéuticos, ya que es la forma de comprender dicho desarrollo lo que ha favorecido la evolución de la psicomotricidad impulsada por el autor. Respecto a la posición del psicomotricista expresa De Ajuriaguerra (1969): «El descubrimiento de la existencia de una concordancia, entre la evolución cognoscitiva y el conocimiento del cuerpo no debe restarnos interés en el problema del conocimiento afectivo del mismo» (p. 131). Dicha advertencia no excluye la concepción de cuerpo que es preciso considerar al momento de planificar el proceso terapéutico con el paciente.

El autor esboza varios aspectos referidos a lo que considera *cuerpo* y agrega que, aunque se hable siempre del cuerpo, dependerá de los presupuestos teóricos de quien lo mencione, es decir, al que se hace referencia. De Ajuriaguerra (1969) entonces expresa que antes que nada el cuerpo es una entidad física (tiene peso, superficie, profundidad), su actividad es en un inicio automática y en su desarrollo sufre la experiencia y es «experimentado». Agrega que este se halla situado en un espacio y en un tiempo. Por ello, la consciencia del cuerpo y el conocimiento del espacio son nociones que se adquieren gracias al propio accionar del individuo con el entorno. Cuenta a su vez con diferentes segmentos y estructuras que en un inicio son vividas por el sujeto como aisladas, pasando por una etapa de indiferenciación con el otro. En este sentido, De Ajuriaguerra sostiene que el otro tiene un rol fundamental en la evolución de la noción de cuerpo propio. Introduce el concepto de imagen del cuerpo, como otra construcción que se da en la evolución del niño. A su vez, alude al esquema corporal, el cual se irá modificando acorde al desarrollo cognitivo del individuo, así como la función del lenguaje, la cual enriquece y aporta a la construcción de las dimensiones espacio temporales del niño. Al igual que estas dimensiones la noción de cuerpo se ajustará a la etapa del desarrollo evolutivo en la que se encuentre el sujeto, por ello se puede identificar una noción sensoriomotora, una

preoperatoria y una operatoria. Finalmente, sostiene que tanto el niño como el adolescente se sienten vinculados y hacen uso de su cuerpo como medio para la experiencia social.

Es oportuno destacar que los conceptos de imagen del cuerpo y esquema corporal representan cada uno de ellos una historia de desarrollos teóricos que han influido en la psicomotricidad. Según Schilder, psicofisiólogo y psicoanalista, en 1934, «la imagen del cuerpo humano es la imagen de nuestro propio cuerpo que nos formamos en nuestro espíritu; en otros términos, la manera en que nuestro cuerpo se nos aparece a nosotros mismos» (en Coste 1978, p. 23). Este autor es tomado por De Ajuriaguerra como referencia y sus aportes nutren al abordaje reeducativo. Con relación al esquema corporal, Schilder (1987), basado en las investigaciones de Head, plantea que se trata de la «imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo» (en Gallego, 2009, p.4)

Estos aspectos resumen el lugar del cuerpo, la compleja relación que establece con el entorno y la diversidad de parámetros que necesariamente se deben tomar en cuenta al realizar el balance psicomotor para con ello definir los trastornos psicomotores. En tal sentido, se describe a continuación una experiencia de reeducación psicomotriz.

En el año 1969, con motivo de la celebración del Primer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría Infantil, realizado en Uruguay, se expone una experiencia de reeducación psicomotriz en nuestro país desarrollada por dos psicoterapeutas, en la década del

sesenta, época en la que aún no existía en Uruguay la formación para psicomotricistas. Se trata de un trabajo grupal, en el que una de las profesionales dirige el grupo y la otra acompaña en calidad de observadora. El trabajo se lleva a cabo en el Hospital Pedro Visca de la ciudad de Montevideo. La técnica es considerada por las autoras como una novedosa evolución en las terapéuticas grupales para la psiquiatría infantil de la época; a su vez mencionan que los principios derivan del conocimiento de la evolución de la motricidad en el niño normal, así como también del conocimiento de los retardos y problemas del desarrollo psicomotor. Agregan que: «La reeducación busca un tipo más evolucionado del movimiento, tratándose de mejorar el tono, el control, la modalidad y la precisión del gesto, inhibición motriz, el ritmo y perfeccionar la adaptación témporo-espacial» (Vázquez y Maggi, 1969, p. 213). Los pacientes que participan de esa experiencia asisten en modalidad semanal, son llamados «psicomotores», por lo que presentaban alteraciones en el desarrollo neurológico sin una localización de la falla, pero con distorsión en las funciones; asimismo se observaba en ellos problemas en el tono muscular, debilidad motriz o retardo motor, problemas de lateralización y orientación, lingüísticos y de adaptación escolar, inestables, inhibidos, inquietos y distráctiles.

Destacan las autoras el indisoluble vínculo que existe entre afectividad y psicomotricidad en los cuadros presentados por los pacientes. Se infiere, de acuerdo con cómo describen el trabajo en la sesión y la referencia que hacen a lo psicomotriz, que se trata de un abordaje vinculado estrechamente a las competencias del área motriz, dado que los recursos utilizados para llevar adelante la reeducación han sido los ejercicios relacionados con la coordinación motriz, la integración temporo-espacial, el ritmo, lateralidad, integración del esquema corporal entre otros.

Por último, se cita un aspecto destacado por las autoras y que resume la singularidad del tratamiento psicomotriz, porque se desarrolla en un punto intermedio; en un campo de intersección entre el desarrollo del paciente y la actitud del terapeuta, que habilita más o menos a la expresividad del primero. Vázquez y Maggi (1969) señalan que «el interés de esta técnica radica en la posibilidad de abordar al niño en el punto de convergencia de los planos emocional y motriz» (p. 213). En este sentido se encuentra la influencia de la perspectiva fenomenológica en la intervención psicomotriz, gracias a los aportes de Merleau-Ponty (1945).

La influencia de otras corrientes teóricas comienza a incidir en la perspectiva de los psicomotricistas con relación al sujeto, la comprensión de sus dificultades y la terapéutica a desarrollar. A propósito de ello, Rebollo (2007) plantea lo siguiente:

Debemos, sin embargo, reconocer que a partir de la importancia creciente dada por los psicomotricistas a la afectividad y al psicoanálisis, ha cambiado mucho la primitiva Psicomotricidad y

se ha jerarquizado el cuerpo en lugar del movimiento. [...] Sin duda el cuerpo es fundamental y sin el cuerpo no hay movimiento, pero no es este el aspecto del cuerpo el que se considera y que ha llevado a hablar de cuerpo, cuerpo propio, modelo del cuerpo, imagen del cuerpo, imagen espacial del cuerpo, esquema corporal. (p. 186)

Rebollo señala que este cambio comienza con los aportes de Wallon y se consolida con De Ajuriaguerra, Piaget, Freud y posteriormente Bergès. La noción de cuerpo de los psicomotricistas presenta una importante influencia del psicoanálisis, lo cual enriquece las posibilidades de observación de los profesionales al momento de la evaluación psicomotriz. Este proceso dará paso a nuevas intervenciones, las cuales se desarrollan en la denominada terapia psicomotriz.

2.4.2. El paradigma de la terapia psicomotriz

Mediante la incursión de los psicomotricistas en las teorizaciones de la psicología genética, la psicomotricidad comienza a transitar un proceso que Levin (1991) denominó *segundo corte epistemológico*. Este proceso se caracteriza por el pasaje de lo motor al cuerpo en movimiento. Cronológicamente coincide con la publicación de la primera Carta de la Escuela Francesa de Terapia Psicomotora, elaborada por De Ajuriaguerra, Soubiran y colaboradores. En ella se promulga la no correspondencia de la lesión focal como explicación de los síndromes neurológicos clásicos y se defiende su vinculación con lo corporal.

En este sentido, según Levin (1991):

La terapia psicomotriz centra su mirada, a partir de la comunicación y la expresión del cuerpo, en el intercambio y el vínculo corporal, en la relación corporal entre la persona del terapeuta y la persona del paciente, en el diálogo y en la empatía tónica. (pp. 37-38)

Desde esta perspectiva, el movimiento debe ser leído como portador del mensaje corporal, ya no como exclusivamente informante de la indemnidad funcional. El movimiento reporta al otro acerca de la relación que establece el sujeto con su entorno, donde a su vez la vida intelectual tiene su desarrollo. El cuerpo en movimiento se ajusta y acomoda al espacio, establece parámetros, incorpora coordenadas, regula su accionar, conecta las vivencias con sus emociones. No se busca mediante este abordaje la perfección del movimiento, sino promover, por parte del terapeuta, el retransitar la vivencia y hacerse de la experiencia generada.

En palabras de Aucouturier, Darrault y Empinet (1985):

Hablar de terapia psicomotriz supone hablar de una práctica cuya estrategia puede comprenderse como el hecho de «dar un rodeo»: en efecto, intervenimos a partir de lo que es el niño, de sus posibilidades limitadas para comunicar y para afirmarse. [...] La terapia psicomotriz debe permitir que, entre otros, el itinerario educativo esquematizado anteriormente se desarrolle con más facilidad. (p. 32)

Es necesario para el desarrollo de la terapia que el terapeuta observe las producciones del cuerpo, las cuales se despliegan en el movimiento. Según Calmels (2009):

El movimiento va más allá de la traslación en el espacio. En un sentido muy general sería el «estado de existencia de la materia», podemos ubicar su presencia en los reflejos, los gestos, las coordinaciones y las praxias. Así como en las acciones, los actos y también en los acontecimientos. (p. 88)

La psicomotricidad comienza así a abandonar los ejercicios propios de la reeducación para observar el despliegue en movimiento del paciente. El juego espontáneo comienza a tomar valor y a ser promovido en la sesión, especialmente, se busca transitar mediante el juego las etapas del desarrollo. Es oportuno destacar el planteo de Ali (1979) en lo que respecta a la interrogante sobre cuál cuerpo interesa a la psicomotricidad, dado que de ello depende si se desarrolla la reeducación o la terapia psicomotriz. El autor escribe: «Reeducación o terapéutica (la vacilación entre estos dos objetivos es en sí misma reveladora), la psicomotricidad tiene que ver ciertamente con el cuerpo. Pero ¿de qué cuerpo se trata aquí?» (p.76). En la terapia psicomotriz se aborda el cuerpo en su globalidad, ello incluye, según Levin (1991, p.28), «sus tres dimensiones, la instrumental, la cognitiva y la tónico-emocional». Agrega el autor que los tres niveles, delimitan fenómenos del orden de la consciencia, por ello se espera poder medirlos, evaluarlos, testarlos.

Según Da Fonseca (2000) la terapia psicomotora plantea que entiende al cuerpo como:

[...] materialización del ser, factor asegurador de la representación mental, medio de transporte y vehículo de exploración del espacio y de la conquista, punto de apoyo de la relación social, medio de orientación y comunicación, lugar existencial de las sensaciones, registrador de las emociones, que traduce los estados afectivos a través de la mímica, de la actitud y del movimiento. (p. 114)

Desde esta perspectiva, se conciben nuevos escenarios con respecto a las alteraciones psicomotrices que necesitan ser atendidas. Se trata de dar la palabra al cuerpo y apelar a los disturbios de las funciones simbólicas como las alteraciones práxicas, inhibición psicomotriz, desórdenes de lateralización, tics, tartamudez, que son algunos de los descritos e incluidos en la primera carta de terapia psicomotriz, De Ajuriaguerra y Soubiran, 1960 (en Berruezo, 2000 p.45).

Por ello, Da Fonseca (2000) señala que la planificación y organización de la secuencia motora son abordados en el espacio y tiempo, regulación de la excitación e intensidad motora. Así como también la conciencia cinestésica e intelectual de la relación del acto, la información que retorna del acto realizado y el perfeccionamiento motor, logrando así un despliegue económico en términos de movimiento eficaz. Se percibe de

esta forma la modificación en la concepción de atender el aspecto motor frente a lo que sería atender al movimiento, precisamente debido a su potencial como vía de relación con el otro. En palabras textuales del autor: «La TPM (terapia psicomotora) busca mejorar las estructuras psíquicas responsables de la transmisión, ejecución y control del movimiento, a través de un mejor reconocimiento espacio-temporal basado en una mayor disponibilidad corporal» (Da Fonseca, 2000, p. 114).

Con relación al concepto de empatía tónico emocional, este se trata de una de las funciones del sistema de acción del psicomotricista, propuesta por Bernard Aucouturier (1985). A sabiendas de la importancia de la escucha del paciente en el abordaje terapéutico, el autor propone la observación de la variación del tono muscular y la atención al menor indicio que muestre la recepción del niño. Para ello, «la actitud de escucha supone una empatía tónica que requiere un ajuste muy profundo a nivel tónico». (Aucouturier, Darrault y Empinet, p. 46). El autor toma el concepto de empatía de la perspectiva rogeriana. Según Rogers y Kinget (1971), «la empatía es la capacidad de ponerse verdaderamente en el lugar de otro, de ver el mundo como él lo ve» (p. 116).

En el desarrollo más actual de la terapia psicomotriz Camps Llauradó (2008) indica que «más que ponerse en el lugar del niño, la capacidad de empatía tónica implicaría ser capaz de escuchar al niño a nivel tónico y emocional» (p. 127). La autora hace referencia a la expresividad psicomotriz del niño, qué es aquello que está transmitiendo, cuál es su deseo y cómo el terapeuta puede intervenir sobre ello. Relaciona esta circunstancia con el proceso transferencial, presente tanto en el abordaje educativo como terapéutico, es tomado en cuenta en la terapia psicomotriz. La transferencia, según Sigmund Freud (1905), en el epílogo del caso Dora, «son las repeticiones de vivencias, afectos, relaciones objetales, experimentadas anteriormente y que el paciente deposita, esta vez, en la figura del terapeuta» (p.149), genera limitaciones y controversias en los terapeutas psicomotrices durante la terapia. Mencionan los autores que siguen este paradigma que la terapia psicomotriz requiere una relación implicante con el paciente, por lo cual no se podría evitar la transferencia. Para esto hacen énfasis en la formación personal del psicomotricista, quien para desarrollar las actitudes necesarias para la ayuda psicomotriz debe haberlas experimentado previamente. La formación personal a través del trabajo corporal, junto a la formación teórica y práctica, son pilares fundamentales en el perfil del egresado en psicomotricidad, según el código de ética de la psicomotricidad en Uruguay.

Camps Llauradó (2008) especifica que en la intervención psicomotriz se ponen en relación dos totalidades corporales, terapeuta-paciente. Por lo tanto, «es imprescindible acceder a una formación personal que le permita al futuro psicomotricista, evidenciar sus

deseos, sus frustraciones, y su propio recorrido hacia la construcción de la totalidad corporal» (Camps Llauradó, 2008 p. 137).

La puesta en escena que el niño realiza de su imaginario a través del tono muscular, del juego, la postura, movimiento y de la expresividad psicomotriz es volcada en el encuentro con el psicomotricista. Accediendo mediante este acto a la transformación de sí mismo desde una dimensión tónico-emocional (Cerenini, 2001 en Camps Laurado, 2008 p.144). Para ello se requiere de un adulto dúctil, maleable, con capacidad de escucha empática y que contemple su lugar asimétrico.

Para Contant y Calza (1991)

La transferencia no será considerada factor de alteraciones en la terapia psicomotriz, sino que se intentará comprender y profundizar la relación y se admitirá que la vivencia corporal y el síntoma se organizan en una relación implícita con el otro y pueden ser captados in vivo a través de los fenómenos de repetición que permiten actualizar el pasado de la vivencia corporal del sujeto en el presente. (p. 19)

El concepto de transferencia será tomado posteriormente también en el paradigma de la clínica psicomotriz, gracias a la influencia del psicoanálisis.

2.4.3. El paradigma de la clínica psicomotriz

Los aportes de autores psicoanalistas y la inclusión del concepto de transferencia inauguran la clínica psicomotriz. El trabajo desde el paradigma reeducativo y de la terapia psicomotriz no desaparecen, no se limitan a un período cronológico determinado, coexisten, y se agrega la clínica psicomotriz. Esta clínica trata del cuerpo en el lenguaje; en palabras de Levin (1991):

El pasaje de la terapia a la clínica psicomotriz implica ocuparnos del sujeto y ya no de la persona, ocuparnos de la transferencia y no de la empatía, el vínculo o la comunicación corporal; ocuparnos de la vertiente simbólica y no de la expresiva, o sea, implica detenernos en la estructura de los trastornos psicomotrices y no solamente en sus signos. (p. 38)

Este paradigma se interroga sobre la historia del cuerpo en la relación con el otro, cómo ha sido corporizado ese sujeto, cómo se ha establecido la relación entre el discurso del otro y el propio cuerpo. Cómo ha sido corporizado el tono muscular del niño en la relación con el otro significativo. Naturalmente el tono muscular sigue siendo considerado la base de las posturas, sigue influyendo en el movimiento, pero cómo es hablado por los demás y cómo entra en diálogo con el otro es cuestionado por la clínica psicomotriz. La noción de cuerpo que acompaña dicho paradigma según De Ajuriaguerra (1969) se acompaña con la formación de yo, «en los trabajos psicoanalíticos clásicos la noción del cuerpo va la mayoría de las veces a la par con esta del desenvolvimiento del yo» (p. 125).

El cuerpo, desde la clínica, es un constructo simbólico que se construye en la relación. Bergès (1988) lo concibe como un cuerpo receptáculo; «el cuerpo de la

psicomotricidad es el cuerpo de la recepción, recibe las miradas, la voz; es dentro de ese campo tónico que se ubica la equilibración del tono muscular» (p. 7). Desde esta concepción, el cuerpo, en sus producciones e interacciones con el entorno, es el del funcionamiento psicomotor. Al decir de Bergès (1988), «la perspectiva de la Psicomotricidad es el funcionamiento bajo la mirada del examinador» (p. 12). Este concepto responde al cómo se dan los intercambios, cómo se comunica con el entorno, cómo usa los instrumentos para acceder a los aprendizajes, cómo influye la mirada del otro en la realización de sus producciones; ello se relaciona con la concepción de la clínica y del síntoma psicomotor.

El funcionamiento se aprecia en el juego, así como también en la relación que establece el niño con los objetos, es la puesta en acción de su equipamiento. Los intercambios motores son decodificados por el terapeuta, son leídos en su despliegue, esto se traduce en un mensaje. El psicomotricista debe ser un excelente conocedor del desarrollo típico, de las sucesivas etapas, de su complejidad creciente y del proceso de maduración. Para así lograr identificar las características particulares en cada etapa del desarrollo, al tiempo que identificar aquellas que se vinculan con las características del funcionamiento propias de ese niño.

Por esta razón en el encuadre de la clínica psicomotriz, se despliega y desarrolla la escena del juego, en ella se interviene. El encuadre contempla un tiempo, un espacio y un terapeuta disponible para la intervención. Se procura el despliegue corporal, la movilización tónico emocional a través de propuestas que surgen del interés de cada niño o mediante la prolongación por parte del adulto de las actividades. La observación del terapeuta está enfocada hacia el uso que el niño hace del espacio, su vínculo con los objetos, con el adulto, con sus pares, cuáles son sus medios priorizados para la comunicación con el otro, el contacto físico, la mirada, si presenta recursos simbólicos o no.

El psicomotricista desde su perfil formativo realizará un análisis y observación vinculada con su marco teórico, que dará cuenta de la motricidad en relación.

Hemos de apreciar no una motricidad estática, sino una motricidad que es «instrumento de intercambio con el exterior», «una motricidad en relación». Por consiguiente, no podemos aislar los datos «instrumentales» de los que surgen de la relación con el mundo (problema de la inseguridad, de las defensas), de la relación con la realidad (problema de la integración de los datos de la realidad), de la relación con el otro (problema también aquí de la inseguridad, de la imagen de sí y de la imagen del otro; problema de la comunicación). (Bucher, 1976, p. 15)

A su vez, el encuadre de la clínica implica la integración del concepto de transferencia, tal como se mencionó anteriormente. La especificidad de la clínica psicomotriz en transferencia transcurre en la demanda particular del niño y sus referentes,

en la modalidad de intervención, de interpretación simbólica, en la posición del cuerpo del niño y del psicomotricista.

Esto también se concibe en la psicomotricidad relacional, desarrollada por André Lapierre, entre 1984 a 2002; el autor expone y argumenta sobre recursos para la comprensión de la transferencia y, con respecto al cuerpo del terapeuta en el abordaje, sostiene que «colocar su cuerpo al servicio de otro en una relación que se pretende terapéutica va a necesitar, por parte del terapeuta, un dominio constante de sus pulsiones y reacciones tónicas» (en Torres, 2019, p. 7).

Mediante la transferencia en la clínica psicomotriz se buscará atender a los significantes no verbales; se posiciona así la cura en la terapia analítica y en la terapia psicomotriz relacional. El psicomotricista, debido especialmente a la implicancia en su componente tónico- motriz, en la relación con el paciente, debe permanecer en una vigilancia y escucha atenta. La «relación tónica» (no hay gesto o movimiento sin la modificación del tono) como la denomina Lapierre (1984) es el medio que privilegia la transferencia. Permite la toma de consciencia de lo que pasa en el acto sobre sí mismo y sobre el otro, estableciendo una nueva perspectiva sobre ese acto, esta vez, una decodificación simbólica del acto en sí.

En una relación terapéutica, implementar ejercicios estandarizados y repetitivos en ausencia de la consideración de la transferencia promueve, según Ali (1979), un reaparecer del síntoma psicomotor en otro lugar, de otra manera, en procura de su calidad de llamado, de búsqueda de la mirada del otro. El fin de la práctica psicomotriz, según Bergès, consiste más en dar lugar al sujeto que en reeducar un síntoma funcional cualquiera. En este caso el autor refiere al síntoma motor, previa distinción del síntoma psicomotor. El primero de ellos es sistemático, es el efecto de una perturbación de la estructura del sistema nervioso central o de la función. Sin embargo, el síntoma psicomotor es original, no involucra a la función, sino al funcionamiento ante la mirada del examinador, toma sentido ante el discurso que lo describe, es la inscripción del lenguaje en el cuerpo del niño (en Joly, 2005, p. 97).

Entonces, tomar en cuenta la transferencia en la clínica psicomotriz tiene efectos en el síntoma, en la medida en que el terapeuta da importancia a la expectativa del paciente sobre cómo será evaluado, cuál es la mirada respecto a sus producciones; entender el contexto en el cual se gesta el síntoma, ello cambia la clínica.

Por tal motivo, el carácter transferencial en la posición clínica es incuestionable para entender y abordar el padecer corporal del paciente. Levin (1991) plantea que:

La clínica es aquella donde el eje es la transferencia y, en ella, el cuerpo real, imaginario, y simbólico se da a ver en la mirada del psicomotricista. El sujeto dice con su cuerpo, con su motricidad, con sus

gestos, y por lo tanto espera ser mirado y escuchado en la transferencia desde un lugar simbólico. (p.38).

El psicomotricista debe observar las repeticiones en el repertorio lúdico, las emociones implicadas, los sentimientos vivenciados, teniendo presente que estos prototipos relacionales responden a experiencias pasadas vinculadas a las figuras parentales y no a experiencias actuales. El encuadre psicomotriz debe en primera instancia asegurar el ámbito para que se establezca la confianza entre el niño y su terapeuta, dado que es en un marco de escucha que posibilita la demanda por parte del paciente.

La habilitación del espacio y la posición del psicomotricista requieren apertura y escucha del niño y su entorno. La posición clínica del terapeuta incita al diálogo con otras disciplinas y también con los padres, los educadores y hasta con otros niños. De ese modo, se puede promover el uso en otros espacios de estrategias comunicativas propias de ese niño, que han sido creadas y desplegadas en un entorno de confianza y seguridad como es el espacio de la sala de psicomotricidad en la que se desarrolla también la atención clínica.

Al finalizar la descripción en lo que respecta a las distintas líneas de la psicomotricidad, es de destacar que en la actualidad los tres paradigmas descritos se mantienen vigentes, incluso, desde las formaciones académicas. Se aprecia en los programas de las tres formaciones existentes en nuestro país matices más o menos cercanos a cada una de estas líneas, al tiempo que se expone la historicidad en la que se ha desarrollado la práctica de la psicomotricidad.

Necesariamente la Psicomotricidad como disciplina deberá darse espacios donde se puedan intercambiar los aportes de las diferentes líneas de trabajo, donde se pueda exponer sin restricciones el trabajo de cada uno, donde con respeto y postura científica la discusión sea un aporte y no un enfrentamiento. [...] Este paso nos terminará de consolidar como disciplina y profesión. (Mila, 2018, p. 30)

2.5. La psicomotricidad y su construcción disciplinar

En este apartado se presentan los discursos que argumentan a favor y los que se contraponen a la concepción de la psicomotricidad como disciplina. El debate no parece estar saldado y sus voceros —nutridos desde una perspectiva académica, epistemológica y sanitaria— siguen sumando argumentos que tensionan el alcance de la disciplina. Se considera necesaria esta sección en la medida que complementa el análisis del campo de la práctica psicomotriz en el que se desarrolla esta investigación.

González (2009) alude en lo que refiere a la posición del psicomotricista «la teoría, los instrumentos con los que cuenta y cómo los usa van a estar interviniendo en la cualidad de la apreciación que haga del funcionamiento del niño» (p. 109). De esta manera, advierte que conocer cómo conciben a la psicomotricidad los profesionales, si reconocen en su

quehacer la distinción entre práctica y disciplina, aportará información a la lectura que realicen de la historia del paciente, así como del alcance de su abordaje.

La perspectiva académica encuentra en la actualidad saldada la discusión en torno a la psicomotricidad como disciplina. Autores como Mila, 2018; Arnaíz, 1984; Boscaini; Saint-Cast, 2013, entre otros, señalan que la legitimidad de la disciplina es dada mediante acuerdos teóricos y gracias a la diversidad de intervenciones en la práctica profesional. Mila (2018, p. 29) concibe como primer acuerdo que asegura a la psicomotricidad como disciplina, la concepción del sujeto desde su integralidad y globalidad, entendiéndose como la no disociación en funciones o áreas de las que se ocupan diferentes disciplinas y profesiones, tal como se pensaba a principios del 900. Un segundo acuerdo radica en preservar y defender en lo teórico y práctico las características singulares del amplio espectro de personas y de sus producciones, destacando este aspecto como una característica esencial del concepto de psicomotricidad.

Sin embargo, la discusión parece reavivarse cuando se hace hincapié en los acuerdos respecto al concepto de globalidad y, en especial, la idea de que este evita la reiteración de un discurso fragmentador del individuo. La noción de globalidad es desarrollada por los autores Aucouturier, Darrault y Empinet (1985), en *La práctica psicomotriz. Reeducción y terapia*. En ella sostienen que cuando se refieren a globalidad del ser humano, contemplan, en primer lugar, la unidad psicosomática, mediante las observaciones clínicas que surgen de disciplinas como la medicina psicosomática, la psicología y la psiquiatría. Entonces, «hay, pues, que considerar al niño como un ser de globalidad que se dice, que se expresa sin mutilación invistiendo de significado todos los parámetros de su entorno» (Aucouturier, Darrault y Empinet, 1985, p. 22).

El concepto de globalidad acarrea sus contradicciones entre los autores, al respecto, Levin (1991, 42) plantea: «Al incluir lo inconsciente, el concepto de globalidad, de totalidad queda perimido, ya que el incluirlo implica el desconocimiento de sí mismo por parte del sujeto». Ello deja en cierta forma reducido el funcionamiento del individuo al campo expresivo y el terapeuta psicomotriz interviene desde una lectura empática de la situación del paciente. En este sentido la psicomotricidad entendida como disciplina, gracias al acuerdo de la globalidad parecería estar dejando fuera los aspectos inconscientes del sujeto.

Según Behares (2011),

Las profesiones liberales y los programas de formación y acreditación se fueron integrando desde mediados del siglo XIX hasta aproximadamente los años de 1930 (y aún después) y fue un proceso que consolidó la nueva discursividad vinculada al positivismo, incorporando un nuevo componente discursivo de origen pragmatista. Los parámetros discursivos fueron desde entonces otros, porque la universidad ya no estaba centralmente anclada en la producción de conocimientos que se validarían

o justificarían por sí mismos, sino que incorporaba la formación de agentes para cumplir determinadas funciones sociales con carácter restricto. (pp. 14-15).

La cita de Behares parece dar en cierto modo la explicación de los recortes que implica para una práctica nutrirse del campo de las disciplinas. Recortes que en este caso limitan y condicionan las posibilidades de comprender el sufrimiento humano e invisibilizan la subjetividad desde el constructo corporal, en el cual se integra la dimensión inconsciente.

Desde la perspectiva epistemológica se reúnen dos hechos trascendentes en la historia de la psicomotricidad, los cuales se vinculan al desarrollo de la nueva disciplina. Para Gribov (2015), el primero de ellos es la descripción que realiza Dupré, en 1905, de la debilidad psicomotriz, «donde la descripción de sus características confronta [...], el pensamiento anatómico fisiológico de la época» (p. 14). Este modelo biologicista que correlaciona directamente padecimiento con localización anatómica es casi ingenuamente cuestionado por el mismo Dupré. El segundo es la influencia de lo social sobre el sustrato biológico, descrita y fundamentada por Wallon, lo que Gribov sintetiza como «postulado que instala la duda y la incuestionable relación de lo social en el proceso de consolidación de lo corporal, es decir, en la construcción de la subjetividad» (p. 15). En este la dimensión de lo social irrumpe en una lógica de sentidos insospechada hasta la época. Ambas tendencias buscan dar su visión de una lectura relacionada al movimiento, al mismo tiempo que configuran un nuevo nexo en el acceso al poder y control del Estado.

El sistema de poder y control hegemónico desarrolla herramientas funcionales a él. Al decir de Foucault (2008), «el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad es a lo que se puede llamar *disciplinas*» (p. 159). En este sentido los métodos reeducativos y el uso de test, de forma aislada y dissociada de los deseos y la historia del sujeto, serían los instrumentos más afilados de la disciplina psicomotriz.

Las investigaciones de Ariès en Europa de principios de 900 y de Barrán en el Uruguay de esa época aportan a esta visión del entramado de un modelo sanitarista. En este sentido la psicomotricidad como disciplina queda anclada y perversamente integrada a él mediante su sistema de reglas para entender y leer los avatares de la motricidad, siendo un órgano más en la cadena de control. Según Le Camus (1986), «la psicomotricidad no es un producto, es productora de las necesidades capitalistas e industriales de la organización social moderna, más bien, viniendo los descubrimientos del campo de la neurología, es que aporta una nueva visión sobre esta ciencia» (en Flores Da Silva, s/f. p. 1). Los métodos reeducativos del inicio de esta disciplina son ejemplo del esfuerzo por integrar a la psicomotricidad en el campo de las ciencias, desarrolladas bajo

el paradigma positivista, donde para cada función comprometida existe un tipo de ejercitación sugerida que la corrige.

Desde una postura crítica, a través del posicionamiento dialéctico planteado por Wallon (1965), se agrega que usando la estrategia de mencionar lo *psíco* como prefijo que refiere a una construcción disciplinar y lo *motor* como el complemento que refiere a la función y anatomía, aún no estaríamos definiendo a la psicomotricidad. En este sentido el término continúa pensando al sujeto en una división cuerpo mente, por ello propone apelar a postulados que logren dar cuenta de organismos y funciones integradas. A partir de sus investigaciones con relación al origen del carácter en el niño, la formación del pensamiento y las emociones, Wallon (1929) presenta al componente tónico emocional, los gestos y la postura como los «informantes» de la vivencia corporal. Esa lectura del discurso tónico-pósturo-motriz distingue el posicionamiento y el accionar del psicomotricista de otros abordajes corporales.

Dicha estrategia requiere observar las características del tono muscular, esto refiere a la cualidad de tensión muscular en reposo y en acción de las estructuras músculo tendinosas. Se requiere conocer la postura que logra sostenerse mediante la acción del tono, para ello el psicomotricista observa al sujeto en interacción con el entorno de los objetos y en interacción con el otro. Cuánto se acerca al cuerpo del otro para mantener una comunicación, cómo es su ritmo de acción, cómo organiza la secuencia de movimientos, si el sujeto logra hacer un ajuste acorde desde los movimientos globales a los particulares, si logra automatizar la secuencia de movimientos, son puntos fundamentales para el análisis del terapeuta psicomotriz. Mediante estas observaciones también se puede indagar acerca de cómo se establece el diálogo tónico, cómo se establece la comunicación a través del interjuego entre tensión y distensión. El tono muscular tiene esa potencialidad, en la que permite tramitar la demanda, informando así acerca del bienestar físico y el equilibrio psíquico del sujeto.

Para finalizar, González (2009) agrega el concepto de cuerpo, entendido este como un constructo, que se crea en el proceso evolutivo del individuo y que lo realiza en solidaridad con otros, mediante el denominado *proceso de constructividad corporal*.

Es en la interacción terapéutica que el psicomotricista pone en acción los elementos de la tecnicidad. Ello se refiere a las competencias psico-corporales necesarias por parte del psicomotricista para la intervención y el despliegue de su accionar. En este sentido el concepto de cuerpo receptáculo aportado por Bergès (1996), «es un lugar de inscripción, una forma implacablemente destinada a imprimirse con los escenarios, con los colores de otros, comenzando por la copia servil del motivo» (p. 55). Dicho concepto es fundamental como soporte para el desarrollo de la acción terapéutica. Habilita al despliegue del síntoma

en relación con otro, el terapeuta en este caso. Ese síntoma requiere ser contextualizado en la historia del desarrollo de ese sujeto que lo porta, en su sustrato orgánico (equipamiento neurobiológico), en un linaje familiar, es una historia escolar y también en un espacio transferencial.

En este sentido, apelar a un gesto interdisciplinario (González, 2009, p.125), desde la formación de los futuros profesionales y desde la acción concreta, es condición insoslayable para el desarrollo de la práctica psicomotriz. No solo como el reconocimiento de los límites de la propia práctica, sino como estandarte del lugar que le damos a la demanda, en ello se juega la posición clínica del profesional.

CAPÍTULO 3. AUTISMO

En este capítulo se realiza una breve reseña histórica vinculada con el concepto de autismo. Se plantea el surgimiento de este cuadro clínico y las transformaciones que se han dado en sus definiciones. Las clasificaciones diagnósticas, así como la de diferentes versiones que delimitan el cuadro clínico evidencian la falta de consenso vinculado a dicha nosología. A su vez, se expone la versión de los principales actores que lideran el debate, relacionado con la valoración de los pacientes con autismo, en este sentido, la psicomotricidad no figura con un posicionamiento al respecto. Sin desconocer los beneficios que puede haber acarreado el uso de una nomenclatura común transcontinental, se advierte sobre lo tangencial que puede ser esta situación en el padecimiento individual de un niño con autismo.

El proceso histórico que ha recorrido la medicina y especialmente la psiquiatría nos encuentra actualmente transitando diversas visiones vinculadas al autismo. Hochmann (2010) nos aporta el contexto histórico desde una política actual, en su texto *El autismo a la hora del neoliberalismo*, al tiempo que contextualiza a los clásicos autores citados al hablar de autismo, desde líneas teóricas precisas:

Los dos, [hace referencia a Kanner y Asperger] en efecto, describen un proceso según el cual los síntomas no son solo la expresión de una lesión, de un disfuncionamiento vivido pasivamente, sino que se integran a un cuadro complejo donde toman, para el sujeto, el valor de mecanismo de adaptación o de defensa. Así en su descripción prínceps Kanner utiliza, en varias oportunidades, verbos activos para traducir la acción con la cual el niño autista aparta, excluye ignora qué le molesta su necesidad de inmutabilidad. (p. 16)

3.1. El origen y la evolución del concepto

El concepto *autismo* es presentado por primera vez por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler, en 1911, referido al comportamiento de los pacientes esquizofrénicos con el mundo exterior (actitud de retraimiento e indiferencia). En su origen etimológico se encuentra que *autismo* es un neologismo creado a partir del prefijo griego *autôs*, que refiere a uno mismo y el sufijo *ismóse*, del griego, que expresa, cierto tipo de tendencia, cierta manera de estar. Al decir de Prego Silva (1999) *autismo* refiere a la introversión, la aislación, la falta de comunicación de quienes lo padecen consigo mismo y su entorno (p. 24). Es el psiquiatra austríaco, Leo Kanner, en 1943, quien denomina *autistas* a un grupo de 11 niños estudiados y observados por él. Este hallazgo es publicado en su artículo «Autistic disturbances of affective contact» de la revista *The Nervous Child*. Artículo que se convierte en uno de los más citados sobre autismo en el siglo XX y es la primera vez que aparece el concepto de autismo como una entidad única, como una variante «patológica» del desarrollo, separado de la esquizofrenia infantil (Cohmer, 2014, p. 1).

Por su parte el psiquiatra austríaco Hans Asperger, en una publicación realizada en alemán en el año 1944, describe el funcionamiento de cuatro niños con características comportamentales muy similares a las descritas un año antes por Kanner. Esta publicación es mayormente conocida gracias a la traducción al inglés realizada recién en 1981 por la psiquiatra británica Lorna Wing, quien propone el término «síndrome de Asperger» en mención al cuadro descrito en 1944 (Artigas Pallarés y Narbona, 2011).

Previo a la categorización actual de TEA, en los manuales *DSM-III* y *III-R*, *IV* y *IV-TR*, el autismo se clasifica como *trastorno autista*. Este se caracteriza como la forma clásica de autismo, conocida como *autismo de Kanner* (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011). Los criterios diagnósticos de este trastorno incluyen tres características básicas: problemas en la interacción social, pobre desarrollo del lenguaje, incluso ausente, e intereses restringidos o repetitivos.

3.2. Clasificaciones diagnósticas

Las clasificaciones diagnósticas han sido proceso de una evolución socio histórica en las que el sistema económico y político global han dejado su huella, y su incidencia actual no debe ser dejada de lado. La producción de subjetividades es parte de ello. Con relación al *DSM-V*, García Zabaleta (2018) menciona:

Este manual establece la nomenclatura, las categorías diagnósticas, y los criterios para el diagnóstico de estas en la práctica clínica. Esta nosología tiene un carácter histórico y sociocultural por lo que, inevitablemente, va sufriendo modificaciones a través de los años. Al *DSM-I*, publicado en 1952, le han seguido otras seis ediciones en 61 años que han ido introduciendo cambios significativos de la una a la otra, reflejo de la naturaleza sociocultural de un manual que no es otra cosa que un producto de las corrientes dominantes en el ámbito psiquiátrico del momento. (p.442)

Según la quinta versión del manual *DSM*, la denominación planteada es la de *trastorno del espectro autista* (TEA). En esta versión el autismo es considerado un trastorno del neurodesarrollo, lo cual implica dos aspectos esenciales, uno refiere a que sus características se deben al funcionamiento del sistema nervioso y el otro significa que los problemas descritos comienzan en la infancia o están vinculados a la maduración cerebral (Artigas Pallarés y Narbona, 2011).

La categoría diagnóstica TEA, según los criterios del *DSM*, se configura con solo dos dominios de síntomas (comunicación social y conductas repetitivas). Requiere que el paciente cumpla con los tres criterios del dominio de la comunicación-social y dos de los cuatro criterios del dominio de conductas repetitivas. El *DSM-V*, a su vez, desde una perspectiva dimensional, señala diferentes niveles de gravedad en el padecimiento del trastorno.

Cuadro 2. Criterios para configurar un diagnóstico de *trastorno del espectro autista* según el *DSM-V*

<p>A. Déficit persistentes en la comunicación e interacción social en diversos contextos, no atribuibles a un retraso general del desarrollo, manifestando simultáneamente los 3 déficits siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">– Déficits en la reciprocidad social y emocional Rango de comportamientos que van desde acercamiento social anormal e incapacidad para mantener la alternancia en una conversación, pasando por reducción de intereses, emociones y afectos compartidos hasta ausencia total de iniciativa en la interacción social.– Déficits en las conductas de comunicación no verbal que se usan en la comunicación social Rango de comportamientos que van desde comunicación poco integrada, tanto verbal como no verbal, pasando por anomalías en el contacto visual y en el lenguaje corporal, déficits en la comprensión y uso de comunicación no verbal, hasta falta total de expresiones o gestos faciales.– Déficits en el desarrollo y mantenimiento de relaciones adecuadas al nivel de desarrollo Rango de comportamientos que van desde dificultades para mantener un comportamiento apropiado a los diferentes contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos de ficción y amigos hasta ausencia de interés en las otras personas.
<p>B. Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas que se manifiestan al menos en 2 de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">– B-1. Habla, movimientos o manipulación de objetos estereotipada o repetitiva (estereotipias motoras simples, ecolalia, manipulación repetitiva de objetos o frases idiosincráticas).– B-2. Excesiva fijación con las rutinas, los patrones ritualizados de conducta verbal y no verbal, o excesiva resistencia al cambio (rituales motores, insistencia en seguir la misma ruta o tomar la misma comida, preguntas repetitivas o extrema incomodidad motivada por pequeños cambios).– B-3. Intereses altamente restrictivos y fijos de intensidad desmesurada

(como una fuerte vinculación o preocupación por objetos inusuales y por intereses excesivamente circunscritos y perseverantes).

- **B-4.** Hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o inusual interés en aspectos sensoriales del entorno (aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, sentido del olfato o del tacto exacerbado, fascinación por las luces o los objetos que ruedan).

C. Los síntomas deben estar presentes en la primera infancia (pero pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades).

D. La conjunción de síntomas limita y deteriora el funcionamiento habitual.

Adaptación de *DSM-V*

La contextualización del diagnóstico de TEA, según los criterios del *DSM-V*, es relevante para el tratamiento psicomotriz, principalmente por dos motivos, el primero de ellos se debe a que en la medida que el autismo es considerado un trastorno del neurodesarrollo, limita las consecuencias del entorno, relacionadas con el desarrollo del individuo. En cierta medida queda el sujeto como único portador de la problemática a causa de su organismo e incide de este modo sobre las decisiones y sugerencias terapéuticas que se pueden plantear. Un segundo motivo es que los cuadros descritos en el *DSM-V* sufren la fuerte impronta que ha caracterizado a esta edición del manual y es el enfoque medicalizador de las categorías descritas. Lo cual conlleva a una tendencia a disminuir los abordajes terapéuticos en pro del uso de psicofármacos, según las características observadas (García Zabaleta, 2018). Por lo tanto, la psicomotricidad como terapéutica, queda también afectada.

La OMS, a través de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11), que ha entrado en vigor desde el 1 de enero de 2022, acuerda con los criterios del *DSM-V* para el diagnóstico del denominado, por este manual también, *trastorno del espectro autista*. A tiempo que discrepa en: establecer pautas para discernir entre diagnóstico de autismo con y sin discapacidad intelectual, el *DSM-V* no establece distinción entre ambos; el CIE-11 otorga mayor libertad a los profesionales y no exige el cumplimiento riguroso de criterios, como sí lo hace el *DSM*; en

el CIE-11 desaparece el diagnóstico de síndrome de Asperger y finalmente se excluyen del TEA al síndrome de Rett y al trastorno desintegrativo infantil.

En el contexto uruguayo, la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad y el Ministerio de Desarrollo Social recomiendan el uso de la denominación TEA, para las personas diagnosticadas, en acuerdo con lo planteado en el manual *DSM-V* y CIE-11. Esta sugerencia ha sido publicada en la guía *Recomendaciones para el trato y una atención adecuada de las personas con discapacidad, en los servicios de salud del 2021*. La publicación tiene como objetivo sugerir recomendaciones y pautas a ser tomadas por el personal de la salud, con miras a mejorar la calidad de la atención a personas con discapacidad. Estas recomendaciones se basan en el denominado *modelo social de discapacidad*, promulgado a finales de la década del setenta del siglo XX, originalmente en Estados Unidos e Inglaterra. Este modelo plantea, en primer lugar, un enfoque de derechos humanos en general y, en segundo lugar, un enfoque dirigido a los derechos de las personas con discapacidad redactados a partir de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por Uruguay en el año 2008.

El modelo social de discapacidad abandona el modelo religioso (modelo de prescindencia) y el científico (modelo rehabilitador), según Palacios (2008). Plantea que las causas de la discapacidad se basan, en gran medida, en causas sociales.

Desde esta filosofía se insiste en que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de las personas —sin discapacidad—, pero siempre desde la valoración y el respeto de la diferencia. Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores intrínsecos a los derechos humanos, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros. (Palacios, 2008, p. 27)

Se hace preciso plantear una breve reflexión que surge al leer las recomendaciones de la guía. En primer lugar, al utilizarse este modelo para especificar la denominación, y por lo tanto mencionarlo como TEA, no se busca establecer una distinción relacionada con el funcionamiento psíquico del paciente. Por otro lado, se incluye al autismo dentro de la condición de discapacidad y, por último, no se hace distinción entre niveles de gravedad o compromisos que genere el cuadro clínico.

Para finalizar, se deja explicitado que la psicomotricidad en sus diferentes marcos teóricos ha tomado como referencia aportes de diversas corrientes teóricas, como se explicaba anteriormente. De hecho, no escapan las referidas a la definición del autismo, de diferentes autores, así como también las clasificaciones de los manuales de la APA, OMS y los aportes psicoanalíticos que describen el cuadro clínico. Desde la psicología cognitiva se destacan las figuras del psicólogo español Ángel Rivière y del argentino Daniel Valdez, entre otros. La creación del Inventario de Espectro Autista (IDEA, 1997), por Rivière, ha

contribuido y ha sido tomado como referencia para la evaluación funcional por determinadas corrientes de la psicomotricidad. Con ello, intentan mejorar las precisiones con relación al diagnóstico, el planteamiento terapéutico y la valoración de la eficacia del abordaje planteado. Valdez (2007), por su parte, ha realizado contribuciones vinculadas a las necesidades educativas especiales de los niños con TEA, estas aportan insumos tomados en los abordajes psicomotores.

Desde el psicoanálisis, autores clásicos como Bettelheim (1967), Mannoni (1983), Tustin (1987), Meltzer (1984) y Houzel (1993), entre otros, también han contribuido a la teoría para comprender el funcionamiento de los niños con diagnóstico de autismo. Autores contemporáneos, de la región, como los psicoanalistas argentinos Esteban Levin, Alfredo Jerusalinsky (2000), y los uruguayos ya mencionados, el médico psiquiatra y psicoanalista Luis Prego Silva y el psicoanalista Víctor Guerra son referencia para el trabajo y marco teórico de la psicomotricidad y el autismo. Entre los franceses más influyentes se encuentran Geneviève Hagg, Bernard Golse y Marie Christine Laznik.

Se entiende que, al margen de las clasificaciones diagnósticas, el autismo, tal como lo plantea Golse (2016), «puede definirse como el fracaso más grave de los procesos de acceso a la intersubjetividad, es decir, a la diferenciación que permite al niño reconocer la existencia del otro» (p. 10). Esta línea se plantea desde el denominado *modelo polifactorial* (Golse, 2016). Dicho modelo se basa, según el autor, en el concepto freudiano de «series complementarias» (Freud, 1915-1917).

Hoy en día, consideramos que cualquier situación psicopatológica es el resultado de la interacción de factores primarios y secundarios y que estas dos líneas de factores son fundamentalmente polifactoriales, tanto los factores primarios como los secundarios pueden ser endógenos (la parte personal del niño) o exógenos (el entorno). (Golse, 2021, p. 82)

Este modelo se aplica a todas las psicopatologías y se liga muy bien al autismo infantil. El autor explicita que los factores primarios son predisponentes, o sea, aumentan el riesgo de padecer psicopatología. Por su parte, los factores secundarios liberan la psicopatología en sujetos portadores de factores primarios. Finalmente, sugiere que la naturaleza de este modelo exige un enfoque multidimensional. Debido a la encrucijada en la que se desarrolla el cuadro clínico, la transdisciplinariedad es la única forma de abordarlo, al brindar la posibilidad de trabajar en múltiples terrenos de experiencias disciplinares, potenciando el debate y el diálogo entre los implicados, argumenta Golse. Por ello, la única salida que él propone es la de profundizar el debate nosológico con relación al concepto de TEA, es este demasiado vago y obstaculiza la clínica y la investigación, lo que equivale a una regresión nosológica.

Por último, otra de las consecuencias originadas a partir del *DSM-V*, por la cual también es afectado el autismo, es la denominada por Frances (2014) «hiperinflación

diagnóstica». Refiere al aumento exponencial de nuevos diagnósticos promovidos en la última edición del manual.

El TDAH, que ya antes se sobrediagnosticaba, será cada vez más común con el *DSM-5*. A la vez que estamos sobreatando a las personas que no lo necesitan, estamos ignorando terriblemente a los que están gravemente enfermos, que desesperadamente necesitan mayor acceso al cuidado y una vivienda digna. Cuanto más expandimos el sistema para incluir a las personas sanas «preocupadas», menos recursos tenemos para cuidar a los que de verdad están enfermos. (Frances, 2014, p. 165)

Esta situación también se da frente al diagnóstico de TEA, el cual incluye un amplio rango de características dentro de los niños diagnosticados.

Desde la clínica psicomotriz se aprecia este aumento de pacientes, así como las consecuencias de una gran generalización que condiciona a la toma de decisiones irreversibles. La psicomotricista uruguaya Claudia Ravera (2019) comenta;

No es noticia para nadie el aumento de casos de pequeños niños clasificados por el *DSM-V* como trastornos del espectro autista dentro de los llamados *trastornos del neurodesarrollo*. En esa gran bolsa, muchos médicos introducen niños con las más variadas posibilidades de salir adelante, informando a los padres que presentan un problema neurobiológico. Los niños autistas descritos por Leo Kanner se siguen viendo, pero son los menos. Muchísimos niños han salido adelante gracias al esfuerzo y compromiso de equipos interdisciplinarios que han apostado a la multicausalidad y a la complejidad, al trabajo tanto de aspectos del desarrollo como de la construcción subjetiva, al trabajo tanto con el niño como con el niño y/o sus padres. (p. 2)

Es interesante lo que señala la autora, establece una distinción del funcionamiento actual de los niños diagnosticados con TEA y los que cita como autistas de Kanner. Dado que estos últimos, según Valdez (2002), en el 75 % de los casos se acompañan de retraso mental, es una gran diferencia frente a las expectativas de evolución de los niños con cociente intelectual normal o superior, los cuales también se encuentran dentro de la categoría de TEA.

Los síntomas descritos por Kanner a su vez son:

[...] aislamiento profundo para el contacto con las personas, un deseo obsesivo de preservar la identidad, una relación intensa con los objetos, conservación de una fisonomía inteligente y pensativa y una alteración en la comunicación verbal manifestada por un mutismo o por un tipo de lenguaje desprovisto de intención comunicativa. De todos estos aspectos, en 1951, Kanner destacaba como característica nuclear: la obsesión por mantener la identidad, expresada por el deseo de vivir en un mundo estático, donde no son aceptados los cambios.

Al mismo tiempo, se puede apreciar en las palabras de Ravera, la necesidad de considerar el entorno como factor influyente en el desarrollo del niño. El tratamiento del autismo no finaliza en el conocimiento del diagnóstico y sus clasificaciones, sino que se requiere conocer más acerca del desarrollo en la vida del individuo. La interacción del niño con su entorno es uno de los escenarios a los que se debe recurrir para la intervención terapéutica. Por tales motivos, en esta investigación se opta por mantener ambas denominaciones, autismo y TEA, a sabiendas de que no son sinónimos; es a su vez uno de

los puntos consultados a las psicomotricistas entrevistadas, cuyas apreciaciones son recabadas para su análisis.

CAPÍTULO 4. DISEÑO Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Como se ha expresado anteriormente, el propósito de este estudio es indagar acerca de las experiencias de las psicomotricistas en el abordaje psicomotriz de los niños con diagnóstico de autismo en Uruguay. La noción de diseño metodológico hace referencia a la permanente toma de decisiones a las que se ve enfrentado el investigador en los estudios cualitativos y se aplica desde el momento en el que se perfila el problema de investigación.

Para este estudio, se plantea el uso de la metodología cualitativa. Valles (2007) señala que son cuatro los puntos esenciales en la investigación cualitativa, a saber, «correcta elección de métodos y teorías, el reconocimiento y el análisis de perspectivas diferentes, las propias reflexiones del investigador sobre el estudio como parte del proceso de producción del conocimiento y la elección de variedad de enfoques y métodos» (p. 18). La metodología cualitativa se desarrolla como una forma de dar respuesta a las nuevas relaciones sociales propuestas por el contexto socio histórico mundial hacia finales del siglo xx. Esta metodología se extiende entre la psicología y las ciencias sociales, sustituyendo en gran medida los métodos de las ciencias naturales y exactas.

El carácter dinámico y reflexivo que requiere la investigación caracteriza en particular este estudio. Uno de los aspectos más relevantes se vincula con la pandemia sanitaria mundial por el virus SARS-CoV-2 que se vivió entre el año 2020 y 2021. Ello derivó en la necesidad de modificar decisiones tomadas al inicio, relacionadas con la recolección de los datos y el tiempo planificado para esa tarea durante la investigación, entre otras.

Según De Souza (2007), la metodología cualitativa «trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables» (p. 18). Por ello conversar y recabar la palabra de las psicomotricistas acerca de los tratamientos que realizaron era una estrategia válida para acceder a develar su alcance.

4.1. Interrogantes y objetivos de esta investigación

Para la construcción del problema de investigación se utilizaron dos fuentes fundamentales, fueron sistematizadas de acuerdo con los planteos de Strauss y Corbin (en Valles, 2007, p. 84). La primera fuente corresponde al material existente y la segunda, a la experiencia personal y profesional. La búsqueda de material existente en nuestro medio — investigaciones, artículos científicos nacionales, publicaciones periódicas— revela una

carente producción académica en lo que respecta a la palabra de los profesionales involucrados. En especial, no se hallaron investigaciones en las que los psicomotricistas involucrados en abordajes psicomotrices informen acerca de sus experiencias. A su vez, la sistematización referida a cómo se realizan y cuáles son los constructos teóricos que sostienen el tipo de tratamiento psicomotriz planteado para niños con autismo es prácticamente nula. Se delimita entonces una primera línea en la construcción del problema de investigación: apuntar a conocer y describir un terreno de acción de las profesionales, desde su relato y sistematizar con aportes teóricos.

La segunda fuente para la construcción del problema, como ya se indicó, es la experiencia personal y profesional. En este sentido, ambas experiencias se vinculan a la psicomotricidad y el autismo. Hacia el final de la formación de grado, realicé una indagación bibliográfica acerca del concepto de cuerpo receptáculo (Bergès, 1985) y su desarrollo en el tratamiento psicomotriz de niños con autismo.

Por ello, en esta investigación se busca profundizar en el estudio y los puntos de contacto del cuadro clínico mencionado y el tratamiento psicomotriz. Inicialmente se formulan las siguientes interrogantes: ¿Por qué realizar tratamiento psicomotriz a niños con diagnóstico de autismo? ¿Cómo es el abordaje psicomotriz y cómo se construye la experiencia de las psicomotricistas?

El objetivo general planteado consiste en indagar y describir la clínica psicomotriz en los niños con diagnóstico de autismo, desde las experiencias de los psicomotricistas. Luego se seleccionaron cinco objetivos específicos, cuatro de ellos, según la clasificación de Briones (1997), se denominan descriptivos y el quinto se lo clasifica como relacional:

- Conocer cuáles son las experiencias y prácticas de la clínica psicomotriz con niños diagnosticados con autismo en Uruguay.
- Indagar si se considera necesaria una formación específica para el abordaje.
- Conocer la perspectiva de los psicomotricistas en la inclusión del tratamiento psicomotriz dentro de una intervención interdisciplinaria.
- Describir los procesos que genera el tratamiento psicomotriz en la clínica de los niños con diagnóstico de autismo, según los psicomotricistas.
- Relacionar y determinar cuáles son las acciones terapéuticas del tratamiento psicomotriz en estos niños.

Según los objetivos propuestos, el diseño seleccionado para este estudio es de carácter descriptivo. Al decir de Batthyány y Cabrera (2011): «los estudios descriptivos buscan caracterizar y especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier fenómeno que sea sometido a análisis. Registran, miden o

evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes de los fenómenos a investigar» (p. 33).

Si bien debido a la carencia en estudios previos respecto a la temática en nuestro país, este podría ser exploratorio. El alcance y la magnitud propuesta van más allá de preparar el terreno para otros estudios vinculados al tratamiento psicomotriz de los niños con autismo, en esta oportunidad se busca describir, caracterizar y establecer relaciones desde los datos aportados en las entrevistas. Los objetivos específicos planteados confirman el alcance del estudio.

La modalidad descriptiva es altamente indicada al momento de mostrar procesos, así lo señalan Wettengel, Hamuy y Lucero (2006 p. 146). En esta oportunidad, se optó por describir de forma explícita las características que reconocen del tratamiento psicomotriz las propias profesionales.

Esta investigación se basó en el análisis de fuentes primarias, compuestas por entrevistas a licenciadas en Psicomotricidad que cuentan su experiencia clínica en la atención a niños con diagnóstico de autismo. El instrumento metodológico seleccionado para tratar la información obtenida de las entrevistas es el análisis de contenido (Bardin, 1996). Este permite acceder al discurso latente, aquel que sin la intención de ser comunicado se revela en el análisis. Hacia finales de la Segunda Guerra Mundial el análisis de contenido se hace fuerte en las disciplinas científicas como Historia, Antropología, Literatura, Psiquiatría y Psicología, entre otras. Es utilizado para estudios cualitativos y cuantitativos y, en palabras de Pérez Serrano (2011), adquiere solidez su uso, con una finalidad meramente descriptiva.

Bardin (1996) menciona que «el análisis de contenido es un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones utilizando procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes» (p. 29). El proceso de tratamiento analítico de los datos de las entrevistas siguió la secuencia de las cuatro secciones planteadas inicialmente en la pauta.

4.2. Consideraciones sobre la postura y roles del investigador

En este apartado se considera pertinente explicitar el rol de investigadora, ya que es quien entrevista a colegas sobre una temática en la que además desarrolla su práctica clínica particular. Fue necesario al momento de realizar el trabajo de campo exponer la postura frente al conocimiento que se estaba buscando. Cruz Neto (2007) plantea que el investigador al entrar al campo debe abandonar el deseo de encontrar la confirmación de todo lo que él ya sabe. Agrega que, de no ser así, se puede dificultar «la relación entre

investigador y grupos involucrados, pudiendo implicar el surgimiento de falsos testimonios y propiciar una posición de defensa de las ideas y valores de esos grupos». (p. 41)

De acuerdo con los principios de la investigación cualitativa, era necesario por parte de la investigadora y de las entrevistadas realizar un quiebre, una ruptura en la visión del tema investigado. Se buscó de ese modo, movilizar mediante las preguntas la reflexión y se las convocó a explayarse en el relato de sus experiencias. A su vez, aceptar la subjetividad del investigador (Devereaux, 1985) fue una decisión pertinente. Con esa base y al introducir dicha dimensión se generó un campo más amplio para acceder a las experiencias aportadas por las entrevistadas. En palabras de Araujo (2011), «sin duda, la aprehensión profunda del problema o hecho social que uno estudia pasa necesariamente por una nueva actitud entre sujeto y sujeto» (en Madrazo, 2004, p.181). La autora enfatiza en que este posicionamiento en las ciencias sociales se aleja de los marcos epistemológicos promovidos desde el pensamiento positivista. El posicionamiento que persigue esta investigación implica la apertura a la construcción del nuevo conocimiento con un otro, quien, al igual que el investigador, busca darle significado a sus procesos y experiencias. Se parte del estar implicado en el acceso al sentido que el objeto-sujeto de estudio otorga a la vivencia. Por ello, también se toma en cuenta los aportes de Rodríguez, Gil y García (1999), quienes plantean la importancia de atender a los roles que se asume en la investigación, según el aporte de datos:

La información más importante —de carácter confidencial— en relación con el problema de investigación la ofrecen aquellos participantes que tienen un mayor conocimiento sobre el contexto estudiado [...] y/o una implicación fundamental en la gestión de la investigación, los participantes como investigadores. (p. 130)

Por ello en ese contexto, participar como entrevistadora adquirió una ventaja significativa, dada la sensibilidad e intimidad a la que pretendía acceder. Se procuró establecer durante los encuentros una relación de confianza y empatía con las entrevistadas. Se apeló a recursos tales como: flexibilizar el orden de las preguntas según la pauta realizada, repetir los motivos del trabajo, hacer repetir explicaciones enfatizando en los conceptos aportados por las entrevistadas, se invitó a responder desde el saber que ellas construyeron a partir de su experiencia. Esta posición facilitó los encuentros, las entrevistadas compartieron el relato de profundas experiencias, al mismo tiempo que manifestaron el interés por conocer los resultados de este estudio.

4.3. Decisiones muestrales

La conformación de la muestra en un proceso cualitativo es un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin

que necesariamente sea representativo del universo o población que se estudia (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2010, p. 394). En esta investigación se realizaron 30 entrevistas entre los meses de marzo y noviembre del año 2020, 23 de ellas fueron realizadas de forma presencial, en el domicilio de las entrevistadas o en un lugar acordado. Se entrevistaron a licenciadas en Psicomotricidad de las ciudades de Salto, Paysandú, Young, Fray Bentos, Mercedes, Cardona, Paysandú, Montevideo y Ciudad de la Costa. También fue utilizada la modalidad virtual para realizar entrevistas (7 de ellas) debido a que el trabajo de campo se desarrolló en plena época de pandemia y de contacto presencial restringido. Se utilizó el criterio de saturación teórica, definido como el momento en que los datos aportados comienzan a ser redundantes, las 30 entrevistas logradas fueron suficientes para el análisis. En este sentido, la muestra conformada para esta investigación es de tipo no probabilístico. El método no probabilístico utilizado es por conveniencia, el muestreo de efectos acumulativos o de red es una variante del muestreo por conveniencia (Hunger y Polit, 1997, p. 325).

Para favorecer la pluralidad de experiencias se conformaron tres subgrupos según la cantidad de años de egreso, las que tenían menos de 10 años; entre 10 y 20 años; y más de 30 años de egreso. En la selección de las entrevistadas se consideró la institución terciaria de la que egresaron: Universidad de la República, Instituto CEDIAP y Universidad Católica. Otro punto al que se aspiró para elaborar la muestra fue integrar de forma heterogénea a licenciados y licenciadas en Psicomotricidad. Se alcanzó a concretar solo una entrevista con un licenciado, por este motivo en la escritura de esta investigación se utiliza la denominación en femenino, haciendo referencia a la población entrevistada; en la presentación de resultados no se disgregan los datos.

Participaron profesionales de seis departamentos del país, Montevideo, Canelones y de los departamentos que comprenden el litoral (Salto, Río Negro, Soriano y Paysandú). Esta selección se basó en un estudio previo realizado por la Asociación Uruguaya de Psicomotricidad (2013). Investigación en la que se identificó a estos departamentos como los que concentran el mayor número de licenciados en Psicomotricidad del país. Se observó que en parte se debía a que en dos de estos (Montevideo y Paysandú) se encuentran las sedes de las formaciones universitarias.

4.4. Técnica utilizada

La entrevista forma parte de la batería de técnicas de la investigación cualitativa y es muy valiosa para los estudios descriptivos; se encuentra dentro de las denominadas técnicas conversacionales. De acuerdo con la literatura consultada, existen diversos modelos de entrevistas y clasificación. Corbetta (2007) plantea un modelo de clasificación

según el grado de estandarización que presente la pauta de entrevista: estructurada, semiestructurada y no estructurada. Se encontró en la entrevista semiestructurada las características más convenientes para los encuentros con las profesionales, dado que, en este formato, según Corbetta (2007), el entrevistador posee una serie de temas y preguntas que debe trabajar con el entrevistado, pero tiene la libertad de adaptar el orden, según el curso de la conversación (p. 353). Esto representó una ventaja del instrumento para los encuentros con las profesionales que se iba a entrevistar, debido a que era importante contar con una técnica que habilitara el intercambio con las informantes desde la flexibilidad que se propone para desarrollar los tópicos planteados. Además, ese formato permitió optimizar el tiempo estipulado para el trabajo de campo. La duración prevista para cada encuentro era de aproximadamente una hora.

La pauta de entrevista contenía las preguntas agrupadas en cuatro secciones, basados en literatura consultada respecto a la temática del estudio. La formulación de las interrogantes apeló al discurso descriptivo de las entrevistadas. El primer bloque se refirió a la formación profesional, el segundo, a la práctica clínica en general, el vínculo con la psicología clínica y sus líneas clásicas. El tercero hizo énfasis en el cuadro clínico del autismo, desde la perspectiva de cada entrevistada. Finalmente, en el cuarto bloque se indagó acerca del tratamiento psicomotriz realizado a los niños con autismo. En este último se introdujeron las interrogantes sobre el trabajo con los padres y con profesionales de otras disciplinas.

Se utilizó la grabación de audio para las entrevistas y posteriormente se realizó su transcripción para el análisis. Durante el encuentro con las profesionales se tomaron notas, material al que también se recurrió para el análisis. La observación de la expresividad de las entrevistadas, el énfasis en su discurso, los silencios, las señalizaciones y los gestos aportaron información relevante para ser incluido en el análisis. Esas notas dieron cuenta de los elementos paraverbales que formaban parte de la respuesta de las entrevistadas. Según Flick (2007), «las notas tomadas en entrevistas deben contener los elementos esenciales de las respuestas del entrevistado e información sobre el desarrollo de la entrevista» (p. 185). El autor enfatiza en que las notas se deben realizar inmediatamente luego de la entrevista para evitar la artificialidad del relato.

4.5. Aspectos éticos

Este estudio cumplió con los criterios establecidos en el Decreto 379/008 del Consejo de Ministros sobre investigación con seres humanos, del 4/8/2008, Capítulo II, «Aspectos éticos de la investigación que involucra seres humanos». Se considera que los profesionales sujetos de investigación no son población vulnerable.

Previo a la entrevista se entregó a los partícipes la hoja que contenía la información referida a la investigación y en la que se los invitaba a participar. Se especificó que la participación en la investigación era libre y voluntaria y que su desarrollo se daba en el marco de la Maestría en Psicología Clínica, de la Facultad de Psicología, Udelar, y que fue aprobada por el comité de ética de dicha institución.

Al momento de la entrevista se les solicitó la firma del consentimiento libre e informado a cada una de las entrevistadas. Se solicitó autorización para la grabación de audio y la transcripción de cada entrevista, la utilización de algún fragmento de las entrevistas en publicaciones posteriores relacionadas a la investigación y su autorización para la investigación. Respecto al material grabado solo tendría acceso la investigadora y estaría codificado mediante sistema alfanumérico.

Se adjunta en anexos hoja de información, consentimiento informado y pauta de entrevista.

Capítulo 5. CÓMO SE FORMAN LAS PSICOMOTRICISTAS PARA EL ABORDAJE DE NIÑOS CON AUTISMO EN URUGUAY

La interrogante acerca de las características de la formación de las profesionales psicomotricistas surge como uno de los intereses a dilucidar en esta investigación. En el curso de su desarrollo histórico la profesión ha necesitado incursionar en diversos marcos teóricos para establecer un corpus propio que dé validez a su hacer, ello se hace presente en las descripciones que aportan las entrevistadas.

En tal sentido las interrogantes como: cuál es la característica del abordaje psicomotriz de los niños con autismo, así como qué diferencia este abordaje de otros cuadros psicomotores, son pertinentes. En los últimos años, si bien la evidencia científica explicita la importancia del tratamiento psicomotriz, en nuestro país no se cuenta con investigaciones que aporten datos de la práctica en sí. Entonces, ¿qué hacen las psicomotricistas en el tratamiento de los niños con autismo? ¿Cómo se forman para este tipo de abordajes?

Al observar el discurso de las entrevistadas en relación a la formación resulta interesante introducir las palabras de Behares (2011), quien describe intereses del mercado en relación a la educación universitaria.

No sería adecuado dejar de mencionar aquí dos tendencias bastante evidentes en el devenir de los últimos veinte años, que se presentan como posibles estructuradores básicos para una nueva discursividad en el campo universitario. La primera de ellas es la práctica ya consolidada *ad saties* consistente en la ampliación de la oferta de enseñanza profesional fuera de los límites de las universidades y la segunda la creciente privatización y comercialización de la oferta de enseñanza profesional.

Ambas tendencias tienen en común, o han requerido para su existencia y relativa consolidación, el factor de concebir a la enseñanza profesional y de preparación para las profesiones liberales como un territorio práctico autónomo, independiente de la investigación y de la extensión y, más radicalmente aun, que no requiere de las estructuras universitarias para conseguirse. (Behares, 2011. p. 16-17)

El autor hace referencia a los procesos de mercantilización a los que se enfrentan las profesiones y de las cuales no es ajena la psicomotricidad. Las prácticas implementadas fuera de los límites de las universidades, denominadas *ad saties*, parecen encubrir un ejercicio formativo en donde se prioriza la venta de estrategias y recursos. Cabe interrogarse acerca del lugar que se promueve a ser habitado por el profesional. Dado que estas prácticas formativas se asocian a un aislamiento individualista de los profesionales, en post de la eficiencia y rápida satisfacción de la demanda de la formación profesional.

A su vez es preciso abordar el aspecto de los recaudos éticos que se podrían fomentar desde este modelo formativo. Donde cada vez más técnicas parecen ser las indicadas para mejorar la calidad de la atención psicomotriz y se desestiman recursos

fundamentales de dicha práctica. Según Diez (2022) “En el ámbito clínico, el proceso diagnóstico y el terapéutico, buscan aproximarse a la historia de construcción del cuerpo, apelando a las herramientas de la mirada y la escucha.” (p.8)

Las licenciadas en Psicomotricidad en nuestro país han realizado un largo recorrido en su formación para entender y conocer a los niños con autismo, así como al cuadro del autismo. A nivel general se repite en las entrevistas que la instrucción respecto al autismo desde la carrera de grado es muy reducida, y más especialmente aquella vinculada al tratamiento psicomotriz de dicho cuadro.

A su vez mencionan una escasa o nula oferta de capacitación específica en autismo existente a nivel de posgrados, en nuestro país, como sí existe por ejemplo en las denominadas dificultades del aprendizaje. Esta visión a su vez es compartida por profesionales formadas a nivel público, UdelaR, como a nivel privado.

Las entrevistadas de menos de 20 años de egreso, expresan que los aportes recibidos están vinculados, casi de forma exclusiva, a la descripción de los signos e indicadores que configuran el diagnóstico TEA, detallados en los manuales DSM, dependiendo de la cantidad de años de egreso la edición a la que se refieren. Esta posición deja entrever que la formación relacionada al abordaje del autismo se desarrolla como formación de post graduación, una vez superado el grado y como demanda personal de las profesionales una vez insertas en el mundo laboral.

A su vez en las entrevistas realizadas se describen como parte del recorrido formativo, aquellas instancias que se ofrecen y que no están específicamente dirigidas al autismo. Se trata de capacitarse en el conocimiento de determinados aspectos del desarrollo psicomotor que pueden ver comprometidos ante el padecimiento de autismo, por ejemplo, la formación en Indicadores de Intersubjetividad de niños.

Es parte de formación recibida aquella denominada de carácter no formal (cursos o instancias breves, impartidas por personas, pero fuera de instituciones académicas), reconocida por las entrevistadas como estratégica para la capacitación y conocimiento del cuadro clínico. Se menciona que en algunos casos también participan en la formación padres o madres de pacientes con autismo, e incluso en ocasiones son ellos quienes capacitan. Este punto es mencionado concretamente en las egresadas recientes y se torna más recurrente en las entrevistas realizadas en el interior del país.

5.1 Un recorrido por los recursos formativos existentes

Gráficamente se puede apreciar dos extremos de formación procurada por las profesionales de índole específica en relación al cuadro del autismo. En uno de esos extremos se encuentran las nuevas generaciones, apegadas a las formaciones formales y académicas en las que desde su denominación hacen referencia directa al autismo. Se

refieren a diplomados, maestrías y/o especializaciones dirigidas a profesionales que trabajan con personas con autismo. En el otro extremo, las primeras generaciones de psicomotricistas, década del 80, formadas mediante el intercambio en ateneos, grupos de estudio y supervisiones. El conocimiento construido mediante este estilo de formación no solo es solidario a una época en la que las formaciones académicas, en nuestro país, no presentan el desarrollo actual, sino que también es solidario a los avances en el conocimiento respecto al propio cuadro del autismo.

Se aprecia una tercera posición en relación a la formación de las profesionales, que se vincula a la formación teórica, no de forma exclusiva en relación al autismo, sino que se profundiza en el conocimiento del desarrollo psicomotor y sus derivados.

La formación mediante grupos de estudio, las supervisiones con analistas reconocidos, fuera del ámbito universitario es la modalidad más extendida en la década la década del 80.

Tal como lo plantea Podbielevich, (2005)

La lectura de autores que han ampliado y permitido profundizar el concepto de psicomotricidad (de Ajuriaguerra, 1947, Wallon, 1945, Bergés 1988) favorece el desarrollo de una clínica psicomotriz diferente. Ellos han aportado y promovido en los psicomotricistas la incursión en el abordaje de cuadros clínicos donde ya no solo se atiende la calidad del movimiento, sino que comienza a estudiar la relación entre motricidad, tono muscular, emociones, el carácter y vínculo temprano. Los psicomotricistas comienzan a recibir en la consulta niños con diagnóstico de psicosis, autismo y no solo niños con dificultades instrumentales y/o dificultades del aprendizaje.

5.2 Caracterización de la formación específica

Se entiende como formación específica aquella que esté enfocada al abordaje de niños con diagnóstico de autismo. En las entrevistas la consulta se plantea de manera abierta y se deja a criterio de la entrevistada la descripción de la formación.

5.2.1 Las profesionales recientemente egresadas

Las psicomotricistas entrevistadas que realizan formaciones específicas vinculadas al diagnóstico de autismo comparten esa capacitación con otras disciplinas: psicología, educación, terapia ocupacional, fonoaudiología, fueron las más nombradas. Las formaciones categorizadas como específicas aparecen en el discurso de las entrevistadas recientemente egresadas, pertenecientes al grupo de menos de 10 años de egreso. En ellas se mencionan: maestrías, diplomaturas, así como el aprendizaje del método Treatment and Education of Autistic related Communication handicapped Children (TEACCH), la técnica Floortime, basada en el modelo Developmental, Individual Difference, Relationship-based (DIR) y la terapia Applied Behavior Analysis (ABA).

Otra de las características que comentan las entrevistadas es que casi en su totalidad las formaciones específicas formales han sido de posgraduación, realizadas exclusivamente en el exterior, Francia, España, Estados Unidos y/o Argentina, cursadas a

distancia y/o presencial. Enfatizan sobre la carente oferta de formación para psicomotricistas en el abordaje de niños con autismo en nuestro país.

Las características de las formaciones y/o capacitaciones que las profesionales han realizado son variadas, respecto al título que aportan, duración, línea teórica que las sustenta y alcance práctico. Las entrevistadas mencionan la dificultad de encontrar ofertas enfocadas a las psicomotricistas, que aporten herramientas o que contemplen el encuadre de la clínica psicomotriz en relación al autismo. Destacan que las formaciones adquieren un carácter de especificidad para el cuadro clínico pero las herramientas relacionadas a la práctica clínica en psicomotricidad son muy reducidas. Una psicomotricista explica: “Era específico para eso, todas las fallas ejecutivas, en realidad como te digo era un modelo más conductista que me aportó un montón de información [...] como va evolucionando un niño (con diagnóstico de autismo) en relación a las funciones ejecutivas [...] pero no tantas herramientas para poder aplicar desde la clínica y menos desde la clínica psicomotriz puntualmente, es como que sentía que era un trabajo más del consultorio como del psicólogo [...] no muy afín con la práctica que hacemos nosotros.” (E3, egresada desde hace 9 años). En este sentido se puede entender que la capacitación no aporta un diferencial al abordaje psicomotriz del autismo, dado que apunta a funciones que son abordadas desde diferentes disciplinas.

Otra de las profesionales agrega: “Específica para psicomotricistas que yo conozca, no. Hay formaciones, han venido acá a Uruguay, no sé, hubo un curso de autismo de un año [...] hay diferentes miradas también [...] no conozco específicamente que haya para psicomotricistas, que digas, bueno, tenés que trabajar el cuerpo, no, no hay.” (E17, egresada desde hace 10 años).

5.2.2 Las primeras generaciones de psicomotricistas en nuestro país

El aprendizaje de la clínica se construye de diversas formas, el estilo descrito por las psicomotricistas egresadas de las primeras generaciones se basa en el intercambio continuo, sistemático en el ejercicio de reflexión teórico-clínica sobre sus pacientes e interdisciplinario desde su concepción. Esta práctica es promovida y liderada por académicos, médicos psiquiatras, neuropediatras y/o psicoanalistas. El diálogo acerca de los pacientes se desarrolla en ateneos clínicos y reuniones de equipo a nivel público. Sin embargo, otras formas de encuentro a nivel privado son los denominados grupos de estudio y las supervisiones. Una entrevistada cuenta: “Los veíamos todos (refiere a los pacientes que se atendían en el Hospital Pedro Visca) o sea, había una vez a la semana la reunión del equipo, toda la mañana, donde se discutía todos los pacientes que íbamos viendo, cuál es la impresión del psiquiatra infantil, de la psicóloga, de la psicomotricista, de la fonoaudióloga, qué habíamos descubierto.” (E29, egresada desde hace 41 años)

El estilo de formación que han recibido las entrevistadas de más de 20 años de egreso acerca del cuadro clínico presenta características disímiles respecto a las nuevas generaciones de profesionales. En este sentido, las profesionales que hoy en día tienen más de 20 años de egreso cuentan con formación realizada post graduación pero desarrollada en un encuadre no académico. Se trata de instancias en las que se discute y teoriza entorno a la clínica del autismo en encuentros de los que participan diversas disciplinas. Una de las entrevistadas dice: “Bueno yo pertenezco a una generación donde no existían las maestrías, doctorados, pero sí existían los grupos de estudio, era una norma [...] entonces si a ti te interesaba una determinada temática te ibas juntando con gente reconocida o que tenía mucha experiencia en ese campo y se formaban grupos de estudio o espacios de supervisión”. (E1, egresada desde hace 40 años). Se aprecia que la discusión del caso clínico parte de las instancias clínicas vividas propiamente por las profesionales. Ello implica el debate acerca del paciente, pero al mismo tiempo esto se liga con las resonancias propias de las terapeutas implicadas. En este sentido se puede plantear que la formación parte del debate de un abordaje en un “entre”, lo que sucede en la relación terapéutica, porque se teoriza entorno a ese caso en particular y no en la generalidad del cuadro clínico.

La formación descrita por las entrevistadas de este grupo refiere a reuniones semanales en las que se estudian y analizan los casos, se aborda en cada instancia los hechos ocurridos en la sesión de psicomotricidad, así como de todas las terapéuticas en las que es atendido el paciente. Esta formación impresiona aportar luz a la clínica particular y singular, basándose en la discusión y debate de la teoría existente en la época. Las egresadas en psicomotricidad que han realizado este tipo de formación han construido un corpus teórico y un ejercicio de la clínica que surge en la interdisciplina.

Una de ellas perteneciente a este grupo hace una aclaración referida a una formación académica realizada: “La diplomatura esta me marcó y me marcó mucho toda la formación que yo tuve en mi etapa en que ingreso en las clínicas y salgo más del hospital [...] las clínicas interdisciplinarias privadas donde yo empiezo a trabajar, entorno de los treinta y cinco años eran coordinadas por psiquiatras psicoanalistas que además de ser médico psiquiatra eran psicoanalistas de APU y bueno por eso te digo Maren Viñar, la Dra. Bagattini, Lizardo Valdez eran los coordinadores [...] eran médicos, eran psiquiatras, Maren es neuropsicóloga y los tres son psicoanalistas de APU.” (E5, egresada desde hace 40 años). Impresiona en este sentido que la metodología de trabajo implementada en los denominados “grupos de estudio”, propuestos y liderados por psicoanalistas, es lo que marca el diferencial en el posicionamiento sobre el conocimiento de las profesionales.

Las entrevistadas proporcionan los nombres de los referentes teóricos que han promovido y practicado la formación en la década del 80 en nuestro país. Es información relevante en cuanto describe el acervo teórico que ha dado forma en parte, al abordaje psicomotriz de los niños con autismo, a su vez forma el corpus teórico con una fuerte identidad nacional. Una entrevistada dice: “Yo me afilié bastante a lo que era la clínica de Prego [...] me refiero al “viejo” Prego (Dr. Luis Prego Silva). Donde había grupos de estudio, espacios de supervisión sistemáticos, regulares, entonces de pronto no era algo curricular como ahora se puede pensar en otros tipos de formación, pero si había de un compromiso de formarse, de integrarse a esos equipos, todos, [...] en el caso mío, con la línea de Prego, trabajando acá en el Uruguay es un referente.” (E1, egresada desde hace 40 años).

Otra de las entrevistadas dice: “La clínica de psiquiatría infantil, que al inicio eran servicios como neuro psiquiatría, al inicio estaba en el Pedro Visca [...] era un hospital que se desarmó [...] entonces ahí había un equipo, era cuando Prego Silva era grado 5, y ahí estaba Jeannette Podbielevich, Jeannette trabajaba mucho con (niños diagnosticados como) autistas y (niños diagnosticados como) psicóticos. Había un grupo de estudio de investigación que se llamaba “Greipi”. (E29, egresada desde hace 41 años)

Agrega una de las profesionales “Otra referente fundamental en la psicología infantil y en el desarrollo [...] es la psicóloga psicoanalista Cristina López de Caiafa [...] integrante de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, ella es, profesora de educación física, digo vale la pena recordar el recorrido que tiene [...] luego fue psicomotricista por competencia notoria [...] después estudió, psicología infantil, técnico en psicología infantil y después es psicoanalista, una psicoanalista, una psicoanalista de renombre, ella es otro referente en el trabajo con autismo [...] ella me formó, en grupos de estudio y en supervisión regular con ella. (E1, egresada desde hace 40 años).

La sistematicidad de la formación de las primeras egresadas se basaba en la observación de los tratamientos de niños con autismo, el registro de esas observaciones y la supervisión interdisciplinaria semanal, una de ellas dice: “Poco a poco empecé a trabajar con algunos pacientes con esto de la observación y un cuidado muy: registro de las sesiones, la supervisión era semanal. Y todo, por supuesto, era honorario, voluntario. Y así trabajamos durante tres años o cuatro. Ahí, bueno, descubrí lo que era el autismo, yo no sabía casi, no se sabía, eso era el año ‘91 [...] me recibí y seguí trabajando con ella (hace referencia Jeannette Podbielevich)”. (E11, egresada desde hace 22 años)

5.2.3 Posiciones que se construyen entre dos estilos de formación

Se encuentra en el relato de las profesionales un discurso que podría denominarse, posturas intermedias. Se esta manera se describe un tránsito en la formación dirigida hacia la búsqueda de la especificidad, que se enfrenta a la oferta académica de post graduación y la desaparición de los referentes teóricos que intercambian su saber en y desde la clínica.

Se comienzan a repetir con mayor frecuencia en estas entrevistadas las referencias al desarrollo psicomotor, su conocimiento y relacionamiento con el cuadro del autismo. Una entrevistada dice: “Fue como la primera formación específica [...] Se llamaba “la clínica de la infancia temprana del funcionamiento autístico en el niño. Fue un curso que [...] estaba dirigido por Víctor Guerra, [...] era toda la parte de primera infancia y bebés, estuvo bueno porque hablaba mucho de las señales de alarma, en qué meses era como más clave, cómo mirar con más atención para ver, que puedan llegar a aparecer signos de alarma.” (E10, egresada desde hace 5 años).

Otra de las entrevistadas dice: “Hice una especialización con Esteban Levin, de un año en Buenos Aires en Plurideficiencia y problemas del desarrollo. Fue una formación para egresados de diferentes disciplinas y estudiantes, se trabaja desde la observación.” (E9, egresada desde hace 11 años). Es esta una formación general sobre autismo y no sobre clínica psicomotriz del autismo.

Se puede apreciar que es entre estas profesionales que se da el quiebre, en donde se comienza a tomar como referentes a las propias psicomotricistas egresadas en las primeras generaciones. Una de ellas comenta en relación a la formación específica de las psicomotricistas para el abordaje de los niños con diagnóstico de autismo: “Yo sabía de la existencia de una docente cuando empecé la carrera, quería, porque había escuchado hablar mucho, de Ana Cerutti, que era también maestra y trabajaba en la línea Aucouturier, no hacía mucho que había vuelto de Francia y cuando yo, íbamos a pasar no me acuerdo qué año y la íbamos a tener de docente, justo fui a hacerle una entrevista y me informa que renuncia. Entonces yo me pongo a llorar y le digo: ‘pero yo vine a trabajar contigo, acá en Uruguay’. Entonces le supliqué que me dejara observarla, porque en esa época se estilaba mucho, éramos pocos, y estaba muy abierto, era muy habitual que los egresados o la gente que se estaba formando, observara las prácticas porque además todavía no había casi prácticas en educación psicomotriz.” (E11, egresada desde hace 22 años.) Es muy importante el dato que aporta esta entrevistada, menciona a la psicomotricista uruguaya Ana Cerutti, que ha sido docente de las diferentes formaciones profesionales en el medio. Al tiempo que es la única que se ha formado directamente con el Prof. Bernard Aucouturier, en Francia, en el abordaje de niños con autismo.

5.3 El desafío de la formación y de estar capacitada

Las profesionales plantean al inicio de las entrevistas que presentan falta de formación sobre el cuadro autista y relacionan este punto con la carencia en la formación de grado. Sin embargo, cuando nos adentramos en las entrevistas, reconocen que cada niño con diagnóstico de autismo les demanda cierto saber que parece estar más allá de las formaciones académicas. Una de ellas dice al respecto: "...La realidad es que cuando egresé no sentía que tenía herramientas para trabajar con niños con autismo. Hoy en día, cuando uno se enfrenta a un paciente, uno tiene muchas dudas o cuestiones que también va mucho en conocer al niño y ver para ese niño qué es lo que sirve, [...] para eso vos necesitás a su vez conocer como diferentes líneas de trabajo para ver por dónde quizás es mejor trabajar con ese niño, [...] sé igual que la facultad es como la primera etapa y después hay que profundizar." (E10, egresada desde hace 5 años).

Desde el relato de esta entrevistada se puede apreciar cierta esperanza de que es mediante el conocimiento de un mayor número de métodos, técnicas y líneas de trabajo en relación al diagnóstico de autismo, donde se puede encontrar la solución al enigma que representan algunos niños. Sin embargo, no se menciona un mayor conocimiento y profundización vinculados a la psicomotricidad, su tecnicidad, sus recursos y su encuadre.

En la misma línea entre las entrevistadas no parece existir un posicionamiento explícito respecto al punto, formación para abordaje de niños con autismo junto a padres o recibir formación por parte de estos padres. Comparten instancias de formación y/o reciben formación de padres, principalmente en la modalidad de cursos breves, charlas o jornadas en las que se desarrolla la enseñanza de algún método, técnica o recurso específico (mencionan Método Teacch y Floortime). Este relato donde se narran experiencias de formación conjunta psicomotricistas - padres se repite con mayor frecuencia en las entrevistas realizadas en el interior del país e incluye la perspectiva de la psicología cognitivo comportamental y la integración sensorial.

A su vez de las psicomotricistas radicadas en el interior del país, comentan que en algunos casos han sido durante muchos años, las únicas profesionales en la materia en la zona, ciudad y hasta incluso departamento. Una de ellas dice: "Mi práctica clínica fue en (nombre de la ciudad) [...] supervisando permanentemente en Montevideo porque fui la única psicomotricista en el departamento por 15 años [...] entonces, era muy complicado y bueno, formándome, formándome todo lo que podía en las diferentes cosas [...] era difícil elegir en lo que te gustara trabajar en clínica, porque al no haber otro colega era muy difícil decir que no [...] traté de formarme todo lo que podía, en todo, lo que fuera saliendo" (E24, egresada desde hace 22 años). En otro departamento del interior del país, durante la década del 90 permanecieron dos licenciadas únicamente, quienes a su vez también

viajaban a Montevideo para supervisarse con otras profesionales, como forma de continuar su formación y construir su clínica.

Para finalizar este apartado relacionado a los caminos que toman las entrevistadas para su formación, es necesario mencionar la supervisión, tomado del modelo formativo de los psicoanalistas y psicólogos, sugerido además desde la formación académica de grado. La frecuencia con la que mencionan el concepto o el ejercicio de la supervisión en su discurso las entrevistadas, es directamente proporcional a la cantidad de años de egreso. Se puede apreciar en las entrevistas de las egresadas de más años, tienen la práctica de la supervisión como la norma. En una posición intermedia, se encuentra con menos años de egreso a quienes acuñan el término covisión como sinónimo de la supervisión o por lo menos como de un ejercicio más frecuente que la primera y finalmente entre las recientemente egresadas, la supervisión prácticamente no se menciona.

Referido al termino covisión, este es asociado al intercambio entre colegas, en el cual se aspira a una relación simétrica en niveles de experiencia y formación. Una de ellas comenta: “[...] o sea la experiencia misma la formación y el intercambio con otros colegas supervisiones o covisión, yendo yo a supervisión mucho tiempo cuando estaba trabajando acá y después mucho con los mismos compañeros que estábamos trabajando el caso, covisionar y después también como con otra psicomotricista era más de pedirle como otra colega [...] qué te parece a vos, por dónde puede venir o cosas así.” (E9, entre 10 y 20 años de egreso).

Entre las entrevistadas se repiten tres nombres como supervisoras, ellas son las licenciadas en Psicomotricidad Débora Gribov, Ana Cerutti y Claudia Ravera. A priori se aprecian algunas diferencias en el trabajo clínico de las egresadas según quienes sean sus supervisoras.

CAPÍTULO 6. EL ENCUADRE DEL TRATAMIENTO PSICOMOTRIZ PARA NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE AUTISMO

En este capítulo se describen las características del encuadre propuesto por las profesionales en la atención a niños con diagnóstico de autismo, se relatan las experiencias sobre el uso de materiales y recursos. A la vez se presentan las modalidades de integración de referentes familiares en los abordajes, la posibilidad de trabajo conjunto con otras disciplinas y la valoración que realizan las entrevistadas acerca de la incidencia de las instituciones en las que se desarrolla la atención.

6.1. Encuadre psicomotriz

El concepto de encuadre tal como lo plantea Bleger (1967) desde la teoría psicoanalítica hace referencia a lo invariable, aquello que permanece como una constante en un espacio tiempo y que se hace visible cuando se rompe esa continuidad. De esta manera: se refieren al “rol del analista, el conjunto de factores espacio (ambiente) temporales y parte de la técnica (en la que se incluye el establecimiento y mantenimiento de horarios, honorarios, interrupciones regladas, etc.)” Bleger, (1967 p. 237).

Este concepto es tomado para la terapia psicomotriz por tal motivo Chokler (1999) plantea que “El encuadre enmarca, delimita, contiene el proceso, separa el adentro del afuera, lo significa y permite construir justamente las condiciones de posibilidad para el desarrollo, el aprendizaje, la creación o la terapia”. (par. 23) A ello se agrega el sistema de actitudes del psicomotricista, comúnmente denominado rol del psicomotricista, descrito como se mencionara, desde la terapia psicomotriz propuesta por Bernard Aucouturier (1985).

6.1.1. El espacio y uso de los materiales

Tal como se señaló en el apartado de historia de la terapéutica psicomotriz, el lugar de la sala de psicomotricidad es muy relevante para las profesionales y así lo manifiestan en las entrevistas. El término “materiales” hace referencia al equipamiento del cual provee el terapeuta al paciente para hacer uso y desplegar su accionar. Es una de las maneras mediante las cuales se despliega la intervención del profesional cuando se requiere. Al decir de Mila y Garbarino, (2022):

Es así que poco a poco nos permitimos pensar e incorporar materiales que no predeterminan la acción, que sean capaces de ser investidos afectiva y cognitivamente por cada uno, y por el grupo de personas en terapia psicomotriz de tal manera que por la acción se transformen en “otras cosas”, pero

fundamentalmente que puedan transitar, a partir de las proyecciones psíquicas, el camino que los lleva desde ser un material a ser un objeto. (p.51)

Los autores introducen la distinción entre materiales y objetos, tal como se menciona en el marco teórico. Entendiéndose a los primeros, como lo genérico, el soporte que aún no carga con el afecto que lo convierte en objeto.

Se citan a continuación los aportes de las entrevistadas en relación al uso que se hace del dispositivo espacial y material. En el grupo de más de 20 años de egreso se destaca la referenciación teórica que argumenta y justifica el uso y la movilidad de los materiales. Una de ellas explica: “Yo creo que Aucouturier tiene sí como una cosa importante es lo del material, eso lo sacó del antropólogo Barthes, que el material es un material poli funcional [...] eso viene de Roland Barthes, de la antropología, que Barthes lo trabajaba desde la creatividad.[...] Cada cosa puede ser otra, muchas, son infinitas, porque los primas, las colchonetas, todo puede transformarse, eso es algo que se lo vi defender mucho a Bernard Aucouturier, por más que provenga de Barthes, y, o sea; eso es muy importante. Pero claro, los mediadores van a ser diferentes entonces, en la medida que vos vas aprendiendo, y vas conociendo, y conociéndote.” (E29, más de 20 años de egreso).

Agrega una de ellas: “A eso me refería con lo del dispositivo y así es, en sí me parece que es la sala [...] de psicomotricidad que tiene ese dispositivo [...] no hay algo de esto de la planificación, [...] no, el dispositivo está ahí y la herramienta es el cuerpo de uno y para el niño saber que hay un otro es fundamental.” (E2, menos de diez años de egreso). Se aprecia de este modo que se toma en cuenta los contenidos, los deseos o propuestas del paciente y en esos casos las terapeutas proponen la intervención a partir de la lectura de la actividad del niño, un posicionamiento clínico desde la escucha del paciente.

De esta forma los recursos materiales adquieren el estatus de mediador, “objetos intermediarios” de la relación terapéutica al decir de Anne Brun (2009). La introducción de pelotas, plastilina, música, agua, juegos, dibujos entre otros en la sesión de clínica psicomotriz, así como en la sesión psicoanalítica con niños es una forma de introducir mediadores. El uso de estos mediadores es de hecho en psicomotricidad un recurso empírico, puesto en práctica al momento de entrar en interacción con el paciente, en ocasiones muy graves como sucede ante algunos niños con autismo.

La búsqueda del encuentro es promovida en muchas ocasiones por los terapeutas y ante ello el uso de la intuición es parte de la guía, esa intuición es conceptualizada en un segundo momento, que transcurre al final de la sesión, cuando se toman notas y apuntes acerca de la intervención. “Para el psicomotricista lo más interesante del uso del material

es la dinámica que generan; cómo se utilizan para relacionarse con los otros y consigo mismo” (Sánchez y Llorca, 2008, p.34).

Al respecto una de las entrevistadas plantea: “O sea, creo que el psicomotricista elige mediadores, y que los mediadores van a tener que ver con dos cosas: con aspectos personales de él y de su historia, porque nadie va a elegir a un caballo si le tiene miedo a los caballos, es imposible, y si nunca subiste a un caballo, mejor no.[...] Entonces, creo que los mediadores uno los va eligiendo en función de su historia, de sus características y de las características del paciente, y van a ir descubriendo que cada paciente tiene como un bagaje de materiales, que son distintos, que van a mediar.” (E29, más de 20 años de egreso)

Según Brun (2009) en relación a los materiales y la simbolización: “El uso de las mediaciones permite iniciar un trabajo terapéutico con esos niños que no han alcanzado aún los procesos de simbolización secundarios vectorizados por las palabras, y figurar experiencias sensorio-afectivo-motrices no simbolizadas” (p.67) Esto lo expresa una de las profesionales cuando describe intervenciones realizadas con telas: “Más que nada a través del juego, involucrado, buscando algunas vivencias que ellos hayan tenido o algo a través del juego, no sé, como por ejemplo, hacer con telas, que se hacen envoltorios, todo lo que podría ser su transición por el útero materno, más que nada vivenciales.” (E.13, menos de diez años de egreso). Apela a ese recurso material para una propuesta regresiva, que promueva un re transitar vivencias primarias en un escenario simbólico. Este uso del material se identifica con la práctica psicomotriz aucouturiana:

La sala de psicomotricidad puesta a disposición de los niños y las niñas con sus espacios y material específico es un espacio simbólico asegurador y de sostén que representa el cuerpo de la madre y en el que cada niño puede vivir su expresividad motriz. (Aucouturier, 2004, p.133)

En esta práctica se prioriza la búsqueda de la vivencia de la expresividad psicomotriz, definida como: “una manera de ser y estar del niño en el mundo original y privilegiada... que actualiza una vivencia lejana cuyo sentido puede captarse gracias a todas las variaciones de su relación tónica y emocional” Darrault y Empinet 1984, (en Aucouturier 2004 p. 129). Siendo la expresividad psicomotriz uno de los instrumentos que crea el psicomotricista para hacer el “recorte” y observar la manera en la cual el niño trae al presente y expone vivencias previas que lo conflictúan.

Por su parte esto se contrapone a la línea teórica propuesta por Da Fonseca (2000), quien respecto a la idea de re transitar explicita:

Dentro de todo complejo relacional e identificativo, el terapeuta deberá huir de aquella situación que le haga pasar por un repetidor de los padres o de los profesores del niño, o sea, otro adulto que solicita las mismas actitudes y que provoca las mismas situaciones angustiantes. (p.131)

Advirtiendo que precisamente el psicomotricista en su función deberá evitar todas aquellas acciones que lo coloquen en una posición que invite al paciente a identificar al primero fuera de su rol psicomotriz.

En relación al espacio de la sala implica bondades y desafíos para algunas entrevistadas en relación a la seguridad, una psicomotricista comenta: “Bueno, el encuadre de la sala creo que ya de por sí ayuda a que sea un lugar seguro. Ellos saben, ¿no? porque se le va enseñando al niño que bueno, que existen ciertas reglas que tenemos que cumplir, para poder disfrutar de la sala [...]” (E13, menos de diez años de egreso). En este caso se puede apreciar la incidencia de la práctica psicomotriz educativa mediante la referencia a “reglas de la sala”, las que responden al encuadre de la educación psicomotriz planteado por Lapierre y Aucouturier (1979). Son reglas que se explicitan al inicio de las sesiones, en un tiempo denominado ritual de entrada:

[...]aquí se puede jugar, pero no pegar de verdad, se puede construir y destruir lo que uno hace, pero no se puede destruir lo que hace el otro sin pedirle permiso [...] se trata de un contrato que ofrece a los niños un marco de seguridad. Cerutti, (2008 p.84)

En cambio, otra de las entrevistadas del mismo grupo apunta a las características de los niños con autismo, su despliegue en la sala y las amenazas a la seguridad en el abordaje que se pueden ocasionar en este espacio. Ella comenta sobre el temor que le ha generado el uso por parte de algunos niños del espaldar. Menciona al respecto: “Hay muchos, (materiales) lo que me pasaba a mí con algunos niños, es que no tienen muchas nociones de peligro [...] entonces, por ejemplo, tengo un espaldar (escalera de madera que se instala verticalmente de manera fija a la pared, usada para trepar y en ocasiones lanzarse sobre los colchones) y realmente me ha generado como, claro, esto, sí bueno, explorás, disfrutás pero también esta noción de peligro te me tirás de cabeza.” (E.17, menos de diez años de egreso) Dejando entrever que es necesario habilitar la exploración y dar lugar al deseo del niño, pero al mismo tiempo se corre el riesgo de que pueda suceder un accidente ante la falta de anticipación al peligro.

Siguiendo con las egresadas de menos de diez años, apuntan a que es la búsqueda de la invariancia del entorno y/o el uso estereotipado de los materiales que pueden presentar alguno de los niños con autismo, lo que las lleva a usar la modificación del dispositivo espacial. La continuidad y permanencia del encuadre material, es modificada con el objetivo de establecer rupturas en el funcionamiento del paciente. Una de ellas comenta: “En general los materiales que he sacado es con el objetivo de ver si logramos hacer algo distinto, porque viste que en los niños con autismo es muy recurrente usar siempre lo mismo, siempre el mismo material, siempre el mismo juego, entonces bueno,

cuando veo que no podemos salir de ahí para la siguiente sesión trato de que (ese material) no esté”. (E.13, menos de diez años de egreso).

Entre las profesionales contenidas en el grupo de entre 10 y 20 años de egreso, relacionado al uso del espacio, también mencionan utilizar la sala de psicomotricidad aucouturiana y sus expresiones respecto a ella plantean similitudes con el grupo anterior. Una de ellas comenta: “me plantea problemas (la sala aucouturiana) porque en el caso de algunos niños, como que no pueden parar entonces desarman, y no para trabajar, desarman. Entonces no es positivo, sí, tendría que ser una sala con las características del trabajo que vos querés realizar. Yo te digo que tenemos talleres y tenemos sala. En cualquiera de las dos se presenta para que se desorganice”. (E15, entre 10 y 20 años de egreso). Este planteo deja entrever las limitaciones que algunas veces puede imponer desarrollar la atención en la sala, respetando el encuadre tal como se describe en la teoría y dando lugar a la singularidad del paciente.

Sin embargo, una de las entrevistadas del grupo comenta: “Me parece que sería como el espacio ideal, porque justamente, al no haber estructura te permite como más, es como más libre, que es un poco me parece, que si empieza a ser muy estructurado, a este tipo de chiquilines, es cuando más se complica el vínculo y el hacerlos como avanzar, evolucionar.” (E22, entre 10 y 20 años de egreso). Dejando en claro la riqueza del espacio por la libertad que propone. Dado que el niño puede contar con diferentes opciones y cada una de ellas está librada a su elección, generando así un escenario de mayor predisposición de su parte ante la intervención del psicomotricista.

En la misma línea, otra de las psicomotricistas de este grupo parece adherir al concepto de libertad del encuadre y animarse a proponer modificaciones asociadas a diversas formaciones e introducirlas en el marco del abordaje psicomotriz. Concluye que gracias a la estabilidad que le provee el encuadre de la sala siempre vuelve al recurso esencial del psicomotricista, relacionado al vínculo interpersonal: “Entonces, a veces voy utilizando cosas en función de los niños, todo esto de ir a lo sensorial, o no sé, las luces, las cosas, como todas esas cosas, pero no termino como en ninguna, termino en la sala. Y me pasa eso, que siempre remito más como a lo vincular, a lo de los primeros encuentros, siempre termino como más ahí. (E18, entre 10 y 20 años de egreso)

La visión más crítica respecto al encuadre desde la sala de psicomotricidad para atender a niños con autismo se nuclea en el grupo de egresadas de más de 20 años. Una de ellas comenta: “[...] y porque la sala de psicomotricidad es una, cómo te voy a decir, es una herramienta y la tomamos poco menos, vos mirás todos ponemos a la tapa de los

libros los prismas y la sala como si fuera nuestro quehacer. No, a mí la sala a veces me agota [...] a mí no me digas que la sala es igual a psicomotricidad no, no lo soporto.” (E5, más de 20 años de egreso)

Otra de las profesionales de este grupo destaca las competencias del psicomotricista como profesional que introduce un diferencial terapéutico haciendo uso de los materiales y de la sala, entonces menciona: “Hay colegas que dicen: ‘los maestros tienen prismas y hacen psicomotricidad’, nadie para mí es psicomotricista por los materiales. [...] no somos psicomotricistas por los materiales. Tenemos una forma particular de usarlos, porque los materiales nuestros los puede usar cualquiera [...] la forma es particular. Porque hay que conectar ese cuerpo en manifestación, cómo se escucha, cómo resuena.” (E29 más de 20 años de egreso)

Finalmente, una de las profesionales, basándose en su experiencia, convoca a presentar al paciente otro escenario de materiales y en ese sentido expresa: “[...] los cubos y todo eso en la sala, bueno, pero para trabajar con niños con autismo, se precisa más que nada telas, texturas, sonidos ¿no? Cuestiones como muy primarias que van habilitando a la construcción de elaboraciones más complejas.” (E1, más de 20 años de egreso). Se deja entrever allí, la concepción de desarrollo como guía para el diseño del abordaje psicomotriz. A su vez esta concepción de habilitar a “elaboraciones más complejas”, se puede entender como la adhesión al concepto de constructividad corporal, este sucede en el proceso de desarrollo psicomotor y en él entran en juego la experiencia tónica y el diálogo tónico-postural. (González, 2009).

6.1.2. La implicación corporal del terapeuta

Otros de los elementos del encuadre psicomotriz responden a la denominada actitud del psicomotricista. Según Camps (2008)

Hablamos pues de predisposiciones a actuar de una cierta forma que, una vez adquiridas, quedan integradas en la estructura de la personalidad. En psicomotricidad vamos a referirnos a las actitudes del psicomotricista como una forma característica de ser y estar con el niño, que posibilitará que pueda acompañarlo en sus vivencias, afectos y deseos para ayudarlo en el proceso de construcción de su identidad. (p.125)

En los tres grupos de egresadas se hace mención sobre alguna de las actitudes para el trabajo del psicomotricista. Desde la cita en la cual una entrevistada menciona el temor que le genera el escaso cuidado corporal de algunos niños con autismo y el peligro que ello puede representar, hasta otra profesional que menciona su vivencia personal como un límite para seguir atendiendo a esta población de niños. En palabras de la entrevistada: “Dejé de trabajar con niños con autismo cuando empecé a sentir miedo porque en los

saltos, las volteretas y los giros que daban los niños se pudieran lastimar.” (E19, más de 20 años de egreso).

De este modo se pone en evidencia que la implicación corporal del profesional, esta vinculada a las posibilidades de exploración y vivencia que se promueva dentro del abordaje. La actitud del psicomotricista requiere para su desempeño desplegar la capacidad de escucha, la disponibilidad y la contención.

Una de las entrevistadas comenta que: “[...] fue primero generar el vínculo, tratar de conectarnos de alguna manera, alguna mirada y empezar a que el niño pueda vivir una experiencia y ahí sí quizás uno se pone más desde este lugar de mostrar, pero no mostrar desde este lugar de la imposición, sino de mostrar ciertos objetos que pueden llegar a capaz, a un mínimo, por ejemplo una masa, en un momento no era nada y en un momento se convirtió en el robot y ese robot empezó a tener forma y empezó a hablar.” (E2, menos de 10 años de egreso). Ella aclara que lo propone, “pero no desde [...] la imposición”. Esta forma de referirse en la que se menciona el vínculo, el encontrarse y acceder a la interacción mediante el uso de mediadores de la comunicación como lo es la mirada, describe una posición desde el abordaje de la clínica psicomotriz, aquella que responde al paradigma de un sujeto con un cuerpo en movimiento.

Otra de las entrevistadas agrega: "Yo de a poquito fui intentando, le acercaba un objeto, si yo me acercaba, él se corría, entonces empecé con objetos, pasándole uno, pasándole otro. Y al principio nada, nada, se pasaba la sesión así.” (E10, menos de 10 años de egreso). Se hacen oportunos citar los planteos de Haag (1988) quien advierte:

[...]que los terapeutas han de ser más activos, ya que en el caso del autismo a menudo es necesario ir a buscar físicamente al niño que está apartado o en una posición peligrosa o desprenderse en ocasiones de un contacto corporal [...], citada por Brun (2009, p.127)

Entonces el cuerpo del propio profesional es presentado como la principal de las herramientas y como el medio más primario para la intervención con los niños con autismo. Una de las entrevistadas dice: “[...] lo que más trabajo son los precursores del lenguaje cuando no hay lenguaje, [...] la mirada cara a cara, atención conjunta, [...] esto que me había formado más que nada de los indicadores intersubjetividad, como se va construyendo el lenguaje a partir del cuerpo, entendiendo que el cuerpo también es lenguaje y expresa. A través de los intercambios tónicos posturales, el diálogo tónico, eso lo trabajo mucho.” (E3, menos de 10 años de egreso).

A su vez estos planteos se relacionan con la búsqueda del diálogo tónico entre el cuerpo del paciente y la terapeuta, los cuales requieren de la observación de las variaciones tónicas por parte del adulto. Esta visión de las profesionales se correlaciona en

la teoría con el sistema de aprehensión del sentido de las producciones del niño, Darrault, 1985, en el cual se estaría abordando la performance del paciente en el nivel empático. No se trata, según menciona el autor, de una lectura ligera de las emociones del niño, sino que apunta a deducir, incluso en ausencia de contacto corporal el estado tónico-afectivo del mismo. Darrault advierte que: “La aprehensión del sentido de las producciones del niño a nivel empático protege de alguna manera al psicomotricista de la tentación de una investigación psicológica tal, que constituiría una pantalla para la necesaria relación tónico-emocional con el niño.” (1985, p. 265). Dicho planteo es propio del paradigma de la terapia psicomotriz.

Se describen situaciones donde las características del funcionamiento del niño con autismo parecen invisibilizar al terapeuta, su cuerpo, su presencia. Una de las entrevistadas describe una experiencia en la que recurre al grafismo para lograr entrar en interacción con su paciente: “[...] la mirada por el rabillo. O esa cosa perceptiva, yo me acuerdo que tenía un niño que yo miraba de costado y hacía una línea con la mirada en la sala. Entonces, un día se me ocurrió dibujar todo el recorrido y quedó, ahí me empezó a mirar, porque se me ocurrió dibujar con una tiza que tenía y había un pizarrón muy grande, entonces después del pizarrón, seguí, y dije, vamos a ver si metiéndonos en este mundo de la línea. Y ahí, bueno, aparecí. Y de la línea llegamos a una, poco a poco, ¿no? son procesos muy, muy largos.” (E11, más de 20 años de egreso). En esta situación clínica además de hacer mención a lo extenso del tiempo que requiere el abordaje, describe la necesidad de buscar recursos dentro un marco de flexibilidad de la tecnicidad, para inaugurar el encuentro con el otro.

Una de las entrevistadas hace referencia al origen de ese hacer corporal particular del psicomotricista, y comenta que es parte de la formación que promovió Aucouturier, entonces menciona: “[...] El que hizo Aucouturier me parece un trabajo que aportaba cuando te ponía en la sala a trabajar con otros, a jugar, a desarrollar actividades lúdicas y juegos. Y te provocaba a jugar, a conocer esos materiales, a vivíros, a experimentarlos, y a experimentarlos con otros, a crear, ¿no? Y a competir.” (E29, más de 20 años de egreso)

En este sentido una de ellas comenta: “Bueno yo creo que la clínica psicomotriz, tiende al abordaje que busca una mejor calidad de vida del niño y de su familia potenciando como todo el funcionamiento del niño y orientando a la familia para que esos nuevos aprendizajes que adquieren se puedan generalizar después en el hogar y que potencien el funcionamiento del niño.” (E3, menos de 10 años de egreso). Sintetizando de esta forma que el abordaje psicomotriz influye en el funcionamiento psicomotriz, concepto desarrollado

por Bergès (2016) y que se refiere a la forma, la cualidad del despliegue que realiza el sujeto.

En este sentido el funcionamiento impredecible, característico de los pacientes con autismo, incide en la planificación de la sesión y apela a la maleabilidad de las emociones del terapeuta. Una de ellas menciona: “Pasa mucho con el autismo viste que vos planificás una sesión, con un niño, y va a depender mucho siempre cómo llega, quizás muchas veces lográs lo que querés y otras no lográs nada y te vas súper frustrado y sentís que no avanzas, principalmente viste con los que no logran el lenguaje.” (E13, menos de 10 años de egreso). A su vez otra de las profesionales comenta: “Bueno ahí voy viendo. [...] Cuáles son las mayores dificultades, en qué nivel está [...] el niño accede juego simbólico, no accede, tiene imitación, no tiene imitación, registra el otro o no registra nada, lo tocas y huye o lo tocas y le encanta y te pide más. Cuáles son los recursos de comunicación en función de dónde está. [...] Qué potencialidades y que todavía está en adquirir se va buscando estrategias porque si no contacta con la mirada bueno cómo hacemos para que pueda el niño a través de juego”. (E7, menos de 10 años de egreso).

La flexibilidad que desarrolle la psicomotricista, la capacidad de observación y adaptación parecen ser factores claves en la evolución de la sesión. Se aprecia que se vuelve a mencionar los hitos del desarrollo psicomotriz como la guía que enmarca el tratamiento.

6.2. Integración de los referentes familiares al abordaje

El trabajo con los referentes en la sala de psicomotricidad impresiona tener mayor relevancia en el abordaje psicomotriz en los grupos de las profesionales que tienen más años de egreso. Las entrevistadas de más de 20 años de egreso describen instancias terapéuticas concretas que han abordado con el familiar dentro de la sala, así como otras instancias de trabajo con los referentes. Una de ellas comenta: “Si, si de dos maneras claramente, una en la propia sala, claramente trabajando con ellos y el niño, y otras en entrevistas y encuentros, llamémosle encuentro, más que entrevistas, frecuentes en relación a tratar diversos temas que surgían en el propio proceso o temas que les preocupaba a ellos y que bueno estaban vinculados a su hijo. Esas serían las dos modalidades más frecuentes.” (E1, más de 20 años de egreso)

Otra de las profesionales describe aspectos vinculados a la necesidad de contactar con la angustia, refiriéndose al surgimiento y reconocimiento de esta emoción en los referentes ante los desafíos que plantea un hijo con autismo. Por ello, ante la consulta de si incluye a los adultos en el tratamiento expresa: “cada vez más, cada vez más. Porque

cada vez más estamos en una sociedad que nos aleja de la comprensión del fenómeno humano. Estamos en una sociedad minimalista, desafectivizada, fugaz que busca lo instantáneo, que busca el placer, entonces conectar, angustia muchas veces.” (E5, más de 20 años de egreso). Siguiendo con la idea de dar lugar a la angustia dentro del abordaje, en este caso la angustia del niño, una egresada comenta: “Y yo trabajo según el caso, según la situación, con los padres en la sala para conocernos, tengo siempre esa propuesta a mano de decir: ‘bueno, a ver qué pasa si la mamá se va’, un indicador es la ausencia de angustia de separación, ¿no? Que hay veces que me sigue como indagación, como curiosidad así científica casi.” (E11, más de 20 años de egreso)

Se menciona como otra de las potencialidades que puede aportar el trabajo en la sala con los referentes, el de la movilización que genera ese espacio y que el mismo puede officiar de catalizador ante las limitaciones en el juego, de los niños y los adultos. Por eso una de las entrevistadas comenta: “[...]porque muchas veces estos papás te dicen: ‘no, yo no sé cómo jugar con él, con el hermano sí y con él no’. Entonces, todo eso sin ser una cuestión educativa, pautada, da como lugar a bueno, en la sala y con la intervención de psicomotricistas, hay un montón de recursos que se pueden transmitir sin dar pautas que: ‘tiene que sentarse, media hora con su hijo’. No. Es un proceso digamos.” (E11, más de 20 años de egreso)

Una de ellas relata la experiencia desarrollada durante un extenso proceso terapéutico del niño junto a sus referentes: “Bueno [...] con un chiquito que trabajé muchos años, muchos años con él y que se fue incorporando la pareja de padres al tratamiento y venían juntos pero también venían por separado a veces venía él (padre), otras veces venía ella (madre). Y que fue un trabajo precioso porque, el trabajo se centró también en poder cambiar la mirada de su hijo, no? y sobre todo la mamá que tenía como muchas dificultades en el maternaje, en el sentido más clásico, o sea en cuanto a su maternidad,[...] y sobre todo el trabajo ahí con ese niño se basó, porque él era arquitecto, se basó en esta metáfora de la casa, entonces era algo recurrente que cuándo él venía se construían casas con los primas (bloques con forma de prisma de polifón forrados de tela) y dentro de las casas sucedían cosas, entonces él construía sus casas, él, el papá.”(E1, más de 20 años de egreso). En esta oportunidad queda claramente explicitado un nivel de involucramiento del adulto referente con el encuadre terapéutico que facilita el desarrollo de vivencias muy primarias.

Se agrega como condición favorable para decidir la integración de los referentes, el compartir las limitaciones que en ocasiones impone el mismo diagnóstico. Hace referencia a que los padres conservan el privilegio de ser quienes más conocen a su hijo y en este

sentido la entrevistada comenta: “Por eso el trabajo con los padres es importante, porque no es que uno sepa todo, sino que uno puede también sostenerlos en la dificultad, y trabajar a no tener miedo.” (E29, más de 20 años de egreso). Del mismo modo el trabajo integrando a los familiares representa para otra de las entrevistadas un soporte fundamental frente a aquellos niños que no tienen lenguaje. Ella comenta: “[...] bueno, de la manera que cada familia puede. Nosotros cuando empezamos esa investigación con Janette (Podbielevich), hacíamos que los padres pasaran porque además muchas veces los niños no tienen lenguaje, no tenían lenguaje y teníamos que decodificar las señales, queríamos saber, conocerlos, si no nos alcanzaba con una entrevista.” (E11, más de 20 años de egreso)

Las entrevistadas también describen situaciones donde el trabajo en sala con referentes familiares se intenta y los resultados se chocan con las dinámicas familiares de ese momento, una de las entrevistadas relata una situación de este tipo: “El niño que tiene un trastorno generalizado del desarrollo es un niño que tiene mucha dificultad en la aceptación del otro, la integración, y ellos también, era muy difícil la convivencia de ellos, por más que tratáramos de trabajar con ellos como familia, era escasa o nula la respuesta, fue muy poco el tiempo que pudimos trabajar con ellos adentro de la sala porque en realidad ellos estaban muy sumidos en su problemática, o sea que no podían estar disponibles para el niño.”(E14, más de 20 años de egreso). Las psicomotricistas plantean de este modo la necesidad de abrirse a la escucha también de los adultos referentes del niño. A su vez se puede apreciar en su relato la necesidad de captar el tiempo más apropiado para sugerir la inclusión de los referentes al tratamiento.

En esa línea una entrevistada comenta: “[...]bueno a veces sí, a veces no, a veces los hago entrar a alguna parte de la sesión. [...] a veces creo que necesitan como un descanso, está mamá, un tiempo intenté integrarla, pero se dormía, [...] yo veía que no eran escuchados los planteos, en la casa no respondían, te decían sí, sí, a todo [...] se dormía dentro del tratamiento, si estaba como agotada. (E7, menos de diez años de egreso)

Para otra de las entrevistadas la edad del paciente sería un factor decisivo al momento de incluir a los adultos, ella cuenta que: “Con los más chicos, te digo hasta los 3 años generalmente trabajo con los referentes en sala [...] veces los padres no están como muy afín, me ha tocado por ejemplo con papás varones, ¿no? de no querer como participar, pero para mí es fundamental la participación, es fundamental.” (E3, menos de 10 años de egreso)

La misma entrevistada introduce otro aspecto referido a la presencia de los adultos en la sala de psicomotricidad, se trata del uso que ellos hacen del espacio y del recurso de contar con una profesional en ese tiempo, ella plantea: “Me cuestiono de trabajar con referentes, porque ellos utilizan ese tiempo como de descarga, si bien me parece importante que estén,[...] resolver dudas de por qué eso que está bueno cortar algunas conductas, cómo cortarlas, poder ir orientándolos ahí [...] durante la sesión, también me ha pasado que son momentos en los que utilizan como una catarsis de cómo se sienten desbordados, bueno de este duelo, de ese hijo proyectan, que fueron imaginando y van haciendo contacto con esa realidad nueva. Generalmente en esos casos no trabajo con ellos en sala porque siento que esa información está en la sesión le llega al niño, [...] está presenciando situaciones que tampoco sabés si puede manejar [...] si hago varios cortes en el año para tener entrevistas con los padres, me parece fundamental eso sobre todo como para valorar la calidad de vida familiar.” (E3, menos de 10 años de egreso). Reconoce de esa forma que el discurso de los padres puede afectar al niño presente y además menciona demandas de la familia que son depositadas en el espacio terapéutico del niño.

Una de las entrevistadas menciona de forma explícita que integra a los adultos en un marco de trabajo pragmático. Ubicándolos en la sesión como receptores de información que se aporta desde la profesional, así como también pautas para el trabajo en el hogar: “[...] todos los modelos, la mayoría hablan como que los padres pueden también hacerlo. Obviamente que acá es como medio difícil también por la cantidad horaria que tenemos, de llegar a contemplar esa parte, pero es importante la buena comunicación con la familia igual e ir viendo las estrategias que van sirviendo y tratar de extenderlas al hogar.” (E10, egresada de menos de 10 años) Hace con ello referencia a modelos terapéuticos vinculados a la modificación de conductas, los cuales a su vez se basan en una carga horaria extensa de trabajo con el niño y las familias.

Otras integrantes del grupo de menos de 10 años de egreso también describen dificultades relacionadas al no reconocimiento del cuadro clínico por parte de la familia y ello implica un gran desafío para las terapeutas. Comenta una entrevistada: “Y también me ha pasado de que, viste que es una patología que muchas veces los padres no la asumen y ahí cuesta el doble, porque nuestro trabajo sin el apoyo de los padres, en casa, sería mucho más fácil [...] A veces vamos a la casa, bueno vemos cómo está la situación, si podemos planteamos adecuación que le puede servir al niño. Trabajamos también con la escuela, si están insertos en la educación, se hacen bastantes coordinaciones durante el año a ver cómo lo ven al niño, bueno también buscando estrategias de trabajo en conjunto.” (E13, menos de 10 años de egreso)

Otra de las entrevistadas agrega que es en las etapas iniciales del abordaje en las que incluye a los referentes familiares: “hay etapas de aprendizaje que bueno, que uno busca muchos recursos, uno busca recursos y cuando la cosa está más aceiteada por ahí, ya como que sí, los padres como a liberarlos un poco más y a estar por fuera de las sesiones, y cuando se van a incorporar cosas nuevas sí los padres trabajando también.” (E25, menos de 10 años de egreso)

Se aprecia que las diferencias entre los grupos, de menos de 10 años y de más de 20 años de egreso, radican en los objetivos y el tipo de desarrollo que se plantean para trabajar con los referentes. A su vez, la totalidad de las entrevistadas destaca lo necesario y favorable que es el trabajo con la familia. Si bien las modalidades de trabajo en ambos grupos son mediante reuniones, encuentros y dentro de la propia sala en la sesión con el niño, en el grupo de más de 20 años, el planteo es diferente. Se encuentra que en las sesiones realizadas por estas egresadas se destina un tiempo más prolongado en el proceso terapéutico para el trabajo con los referentes. Sin embargo, en el grupo de las egresadas de menos de 10 años, se procura compartir pautas y sugerencias con los referentes, mediante instancias breves y esporádicas.

En esta línea, una de las egresadas comenta acerca de la importancia del pienso hacia la modalidad de estrategia a llevar a cabo con los referentes. Frente a ello expresa: “[...] a partir de un momento de este desarrollo profesional tuve la, no es la suerte porque en definitiva uno lo va construyendo, [...] pude construir un equipo donde había reuniones frecuentes, había una posibilidad de pensar cada dispositivo de una manera singular, entonces eso se pensaba colectivamente, qué era lo mejor para ese momento y para esa situación. Sería yo, sería otro técnico, serían dos técnicos al mismo tiempo o sea eso es muy desde la singularidad desde la posibilidad de pensar cada situación.” (E1, más de 20 años de egreso) Destacando de este modo que no parece existir un modelo más o menos apropiado para el abordaje con los referentes desde la psicomotricidad, sino que depende de la situación clínica que presenta.

6.3 Las experiencias relacionadas al tratamiento psicomotriz y su desarrollo en las instituciones

Un primer punto aportado por las entrevistadas se relaciona con la incidencia de las instituciones en lo referente al rubro equipamiento y en particular las condiciones laborales que ello finalmente ocasiona. Las instituciones entendidas como organizaciones de personas, que pueden ser de carácter público o privado y que suelen implicar una

organización jerárquica. En esta investigación se hace referencia a instituciones privadas de manera exclusiva, en concreto son centros o clínicas que brindan atención a los usuarios de Ayudas extraordinarias³ (AYEX) en su gran mayoría y en otros casos mediante acuerdos de las instituciones con privados, modalidad denominada “padrinos”, así como también mencionan los servicios de atención psicomotriz brindados en las mutualistas. Una entrevistada comenta: “Encima a veces tenés colchonetas no tan sustentables [...] desgastadas, viejas, chatas, ¿no? Y vos decís, y se cae de ahí, se hace daño.” (E17, menos de diez años de egreso).

En las entrevistadas de menos de diez años de egreso surgió con alta frecuencia la incidencia de parte de las instituciones en el abordaje psicomotriz. Todas las profesionales de este grupo desarrollan los tratamientos en los centros, clínicas o mutualistas.

Los planteos de las egresadas apuntan al ejercicio de ciertas lógicas institucionales que a su modo de ver interfieren en el desarrollo de la práctica profesional. Son ejemplos de ello: el diferencial económico en favor de especialidades técnicas que actualmente presentan mayor demanda en el mercado en detrimento de entre otras profesiones, la psicomotriz, también se menciona la juventud, entendido como falta de experiencia, de las profesionales como factor negativo. Así lo menciona una de las entrevistadas: “Las fonoaudiólogas son todas jóvenes y muy poco formadas [...] hay una carencia de fonoaudiólogas impresionante, entonces le pagan más, hay tanta carencia que es la forma de retenerla.” (E7, menos de 10 años de egreso). Otra de las entrevistadas respecto al mismo punto comenta: “Y se ponen uno o dos para quedar bien, (tono irónico) les pagan tres mangos, ocho niños, las cambian, ponen chicas recién recibidas, que no saben ni qué hacer, piden agua por señas y entonces la institución tiene psicomotricidad, bárbaro. Eso no es psicomotricidad, eso no es una buena atención.” (E5, más de 20 años de egreso)

En la misma lógica se realizan agrupamientos de niños con diagnóstico de autismo, pero con perfiles de funcionamiento muy dispares, lo que trae como consecuencia, según relatan, el casi nulo beneficio del usuario y hasta incluso la iatrogenia en ocasiones. Agregan en relación al abordaje en grupo de niños que, siendo esta una práctica de gran riqueza y valor terapéutico, la estrategia para conformar los grupos falla y ello ocasiona la

³ La Ayuda extraordinaria (Ayex) es una prestación económica, no contributiva, que brinda el Banco de Previsión Social a personas con discapacidad o alteraciones en el desarrollo, destinada a contribuir con solventar el costo a: Institutos de rehabilitación, escuelas e institutos habilitados por ANEP que realicen integración o instituciones recreativas o deportivas cuyas actividades propendan a la rehabilitación, sean estas públicas o privadas.

no viabilidad de esta propuesta. Apuntan a que los grupos en varias ocasiones son conformados desde el sector administrativo de los centros, sin dejar jugar a la indicación terapéutica de dicha propuesta. Una de ellas menciona: “A veces se agrupaban tres niños con autismo con un solo técnico. Acá la responsabilidad no es sólo del técnico sino de la clínica también.” (E7, menos de 10 años de egreso)

Estas decisiones avasallan todo posicionamiento ético y profesional, dado que la dinámica de la clínica psicomotriz como dispositivo terapéutico, requiere de determinadas condicionantes previas para el establecimiento de los grupos. Una de las referencias importantes al respecto son los planteos de Calmels (1988) quien menciona los beneficios de un tiempo de “preagrupabilidad”, es el tiempo en donde se planifican y pautan las condiciones para la conformación del grupo.

En este sentido los grupos de niños no se conformarían por la reunión de aquellos que tienen edades similares y/o habilidades. Sino que se parte de funciones adquiridas, entre ellas el acceso a la función simbólica, en particular la representación mental es un mojón significativo para la conformación del grupo. Se busca atender a la representación del grupo en un tiempo y espacio determinado, del cual también es parte el psicomotricista, menciona Calmels (1988). Entendido de este modo, no sería conveniente agrupar los niños sin considerar el criterio técnico y sin conocer el funcionamiento en el espacio psicomotriz de cada uno de ellos.

Las profesionales mencionan también la ausencia de espacios formales de intercambio entre los técnicos que atienden al paciente. Ante la consulta de qué posibilidades de trabajo interdisciplinario han tenido las profesionales, ellas rápidamente comentan que intercambian sí, pero describen intercambios ocasionales, como son las entrevistas conjuntas con padres al final del año lectivo. Esta modalidad relatada sucede en las clínicas privadas, y surge en el discurso de profesionales del grupo de menos de diez años de egreso y de entre 10 y 20 años, dado que son quienes comparten la atención a familias usuarias de Ayex. Una de las profesionales, trabajando en esta modalidad describe un recorrido personal que a su vez aparece en el relato de varias de las entrevistadas. En relación a la evolución en el campo laboral que se ha observado respecto a los espacios de trabajo interdisciplinario y la trayectoria personal de muchas de las entrevistadas. Ella menciona: “Bueno a través de un nutrido trabajo en equipos interdisciplinarios en el primero que trabajé fue un equipo muy fuerte en el que tenía un trabajo interdisciplinario muy rico, muy rico con reuniones semanales que se llevaban a cabo estando todos los técnicos y planteando los temas, eso fueron los primeros 5- 6 años de mi carrera como psicomotricista. Ya después en equipo de covisión, en un grupo de

covisión y bueno y después empezar a andar a la práctica” (E6, entre 10 y 20 años de egreso).

La incidencia de las instituciones se encuentra no solo a los centros donde se realizan los tratamientos, sino también en los prestadores de salud en donde se ha realizado el diagnóstico de autismo a los niños atendidos por las profesionales. Una entrevistada menciona: “Me ha pasado que llegue con signos de alarma, en los informes, que vienen derivados, para evaluación psicomotriz, para que demos el diagnóstico los psicomotricistas. Y eso en la (mutualista) a mí me desbordaba.” (E25, menos de 10 años de egreso). Se observa la demanda a la profesional de aportar información y un diagnóstico que no corresponde con su área, así como tampoco es de su competencia profesional.

La misma entrevistada agrega en relación a la consulta sobre si en sus espacios de trabajo existe de forma pactada contractualmente instancias de intercambio y trabajo coordinado, responde: “[...] de supervisión solo en uno. De planificación entre técnicos, hay en uno de ellos es mensual, en otro de ellos es, bueno, cuando surgen dificultades, y en el otro no está pautado, pero cuando tenemos una demanda surge en el momento, en el momento que surja estamos; nos juntamos.” (E25, menos de 10 años de egreso). El mensaje es ambiguo y no hace mención de que este funcionamiento estuviera dentro del marco contractual. En este sentido una de las entrevistadas que no trabaja en la capital del país, comenta acerca de la dificultad en coordinar trabajo en conjunto dado que los técnicos asisten diferentes días y viajan desde distintas ciudades. Se visualiza de este modo que los niños concurren a varios tratamientos, ante ello parece interesante mencionar a de Pena (2013) quien comenta: “La multiconsulta en la infancia es hoy moneda corriente, y uno de los supuestos que subyace a ello es la pretendida interdisciplina. La derivación múltiple y simultánea en la infancia debemos pensarla tanto en la dimensión diagnóstica como terapéutica.” (p. 24). De esta forma, la ilusión de la atención interdisciplinaria parece quedar subsanada por la multiconsulta, siendo que esta última no implica en lo más mínimo el intercambio o contacto entre los profesionales que atienden al niño. Este abordaje de las diferentes situaciones, marca con fuerza el ejercicio actual de la clínica psicomotriz.

En otro de los casos, se describe a la búsqueda de trabajo en equipo como la participación en reuniones directamente con las familias, por parte de varios integrantes del equipo técnico del centro. Una de ellas comenta: “Una de las encargadas del centro es asistente social y ella también se encarga de hacer entrevistas con nosotros, con los padres.” (E13, menos de 10 años de egreso). En este sentido si bien se conocen los beneficios de los diferentes profesionales, es oportuno cuestionarse acerca de si esto

puede llegar a interferir en los aspectos transferenciales en relación a los profesionales que atienden de forma directa al niño.

Surgen también relatos que describen el funcionamiento entre las familias que asisten a determinado centro, cómo llegan a este y las propuestas que se dan en los mismos. Se menciona a las figuras de los médicos neuropediatras y psiquiatras, como quienes hacen derivaciones directas desde el prestador de salud hacia determinado centro privado. Así como también médicos psiquiatras que asisten a los centros privados y hacen “precios especiales” para atender a los niños que concurren a dichos centros. Respecto a ello una de las entrevistadas comenta: “[...] tenemos en el centro un psiquiatra infantil que también trabaja particular, para las familias que lo crean necesario, porque viste que a veces las esperas de las consultas son muy largas, y él viene al centro y hace un precio especial para los pacientes digamos del centro [...]”. (E13, menos de 10 años de egreso)

Finalmente, un punto importante a destacar es la prácticamente nula mención de las entrevistadas, en los tres grupos, al trabajo coordinado con los centros educativos de los niños atendidos. Tampoco se describe esta tarea como una práctica promovida o realizada por los espacios de atención clínica donde ejercen su tarea. A decir de Mila (2008):

Una variable de peso y que atraviesa a todo nivel el funcionamiento del equipo es el encuadre institucional en el que se actúa. El encuadre institucional determina las acciones a desarrollar por el equipo, determina las relaciones entre los diferentes actores, determina las producciones, orientándolas hacia la ideología y fin de la institución. (p. 24)

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES

A modo de cierre de este proceso de tesis presento conclusiones a las que he arribado luego del análisis del material. De acuerdo al objetivo general propuesto para la investigación he logrado indagar acerca de la práctica que desarrollan las profesionales.

He constatado en el encuentro con las psicomotricistas entrevistadas el interés y apertura para responder a las preguntas y narrar sus experiencias. Dicho posicionamiento impresiona ser una postura consecuente y colaborativa que contribuye a mitigar la limitada producción nacional, elaborada por psicomotricistas que muestre el trabajo que realizan, planteo expresado por las mismas profesionales entrevistadas.

Las profesionales parten de una concepción de la psicomotricidad como una práctica al mismo tiempo que la denominan una disciplina, no explicitando una distinción cabal al respecto.

A su vez consideran que los aportes del tratamiento psicomotriz a los niños con autismo son indispensables en los primeros años de vida y en la etapa escolar. A partir de la adolescencia, incluyendo adultez y tercera edad las opiniones se dividen y hay quienes lo consideran un terreno más propicio para el abordaje desde la psicología. Sin embargo, asocian dicha reflexión a la falta de formación referida a esas edades del ciclo vital. Es oportuno mencionar que, en la formación académica actual, el trabajo con adultos mayores tiene carácter de especialización y se denomina Gerontopsicomotricidad, al tiempo que el trabajo con adolescencias no existe como distintivo en el programa de las formaciones de grado y tampoco existen carreras de posgrado.

Las profesionales identifican que los aportes de la psicomotricidad a los niños con autismo se vinculan con la comunicación. Se refieren a la comunicación como una función corporal que se origina mediante el establecimiento del denominado diálogo tónico, concepto desarrollo en los orígenes de la psicomotricidad. Se trata de puesta en acción de los aspectos tónico-pósturo-motrices y en los que el cuerpo, como constructo simbólico es el soporte para la vida en relación.

Por unanimidad las profesionales mencionan la insuficiente capacitación en relación al cuadro del autismo recibida en las formaciones de grado, sean estas de carácter público o privado e independientemente de la cantidad de años de egreso al que pertenecen. Otro punto a retomar vinculado a la formación de las profesionales se trata de

la mención a la muy acotada experiencia en investigación promovida desde las formaciones de grado. Ello se agudiza aún más cuando egresan y la oferta académica se reduce principalmente a formaciones técnicas y profesionalizantes.

Existe una marcada heterogeneidad en la formación post graduación entre las egresadas radicadas en el interior del país y quienes residen en la capital. Esto se debe a la carencia de propuestas de capacitación descentralizadas de Montevideo y las distancias desde el lugar donde residen. Tal aspecto transversaliza a los tres grupos divididos para esta investigación según la cantidad de años de egreso. Esta diversidad formativa presupone una atención y práctica de la psicomotricidad diferente según el lugar donde se resida.

En relación al tratamiento psicomotriz de los niños con autismo y sus producciones he identificado algunos elementos claves que delinear el abordaje desarrollado por las profesionales. Se aprecia en primera instancia la toma de referencia de los hitos del desarrollo psicomotor como un eje central para el planteo de objetivos y actividades por parte de las psicomotricistas.

En este sentido trabajan en función a supuestos teóricos donde el tránsito por la construcción de simbolismo es imprescindible para el proceso de construcción del corporal. Se relatan por ello experiencias relacionadas a promover en el espacio de la sala, vivencias de interacción y comunicación muy primarias identificadas con los tiempos iniciales del desarrollo del bebé.

El juego es la principal estrategia de intervención que describen, pero no es denominado como tal. Sino que lo mencionan como actividades en las cuáles se promueve la consolidación de logros acordes a su etapa evolutiva. Entre ellos se destacan las propuestas relacionadas a favorecer el acceso a la representación de los niños. Se vincula al tratamiento psicomotriz como el que promueve el proceso de constructividad corporal, la apropiación de la noción de cuerpo fundamental para el desarrollo de los límites corporales, la diferenciación y el establecimiento de la singularidad. A su vez estos logros en la evolución del individuo generan según transmiten las entrevistadas una apertura a la comunicación.

He constatado también que el encuadre espacial al que remiten en sus respuestas es el de la sala de psicomotricidad aucouturiana. Sin embargo, además de plantear los beneficios de contar con ese espacio, el cual tiene un paquete de materiales propuestos desde su origen por el Prof. Bernard Aucouturier, y aún hoy día se conserva ese diseño original, también hacen saber las limitaciones que este dispositivo les genera para abordar

niños con autismo. Por lo tanto, plantean una selección de materiales acotada para estos tratamientos, basada en la evidencia empírica, en ellos se repite el uso de telas, diferentes texturas para el contacto corporal, recursos de técnicas grafoplásticas y canciones. Finalmente, en relación al encuadre mencionan como recurso príncipes del tratamiento el propio cuerpo del psicomotricista. Mediante la puesta en escena de la corporeidad del profesional y sus mediadores es posible reconocer, las variaciones tónicas, el ritmo, captar y sostener la demanda de escucha y mirada, recursos destacados para la interacción.

En cuanto a la denominación y concepción del cuadro clínico se constata la ausencia de consenso en relación a la denominación. Existe una tendencia a que las egresadas de más de 20 años se refieren al Autismo y las demás lo nominan como TEA. Se puede apreciar que las profesionales toman aportes de diversos autores y corrientes de la psicología clásica, las clasificaciones de los manuales de la APA, así como también de la OMS.

Desde el marco psicoanalítico, el cuál aporta al paradigma de la clínica psicomotriz, autores contemporáneos de la región como los psicoanalistas argentinos Esteban Levin, Alfredo Jerusalinsky (2000), los uruguayos Luis Prego Silva y Víctor Guerra, son referencia para el trabajo de la psicomotricidad en niños con diagnóstico de autismo. Entre los franceses más influyentes se encuentran Genevive Hagg, Bernard Golse y Marie Christine Laznik.

La referencia a esta pluralidad de autores podría ser el motivo que subyace el posicionamiento acerca de la etiología del cuadro clínico, en el que impresiona existir un consenso entre las profesionales. En los tres grupos de entrevistadas, respecto a cómo conciben al autismo, se deja entrever el desacuerdo referido a un origen orgánico, hereditario y se hace referencia a una multicausalidad de factores. A su vez se desmarcan de la concepción descrita en los orígenes del autismo como cuadro clínico, en la cual mencionaba características maternas como las causas de este.

Un último punto es un emergente que surgió principalmente en las experiencias de las profesionales del interior de país. Ellas plantean su preocupación por los efectos de la exposición a pantallas en niños a edad muy temprana en su desarrollo y el riesgo de ser diagnosticado con autismo o presentar características dentro del TEA. A nivel de la clínica, las profesionales entrevistadas transmiten su visión acerca de niños que llegan a ser atendidos con diagnóstico de autismo, pero una vez iniciado el tratamiento psicomotriz rápidamente las características que representaron la alarma y la derivación desaparecen. Así como destacan la potencialidad del espacio terapéutico psicomotriz y el vínculo que se

desarrolla en la continuidad del abordaje semanal, para trabajar con los referentes familiares respecto al efecto negativo del uso de dispositivos sin la mediación e intervención de los adultos.

Para finalizar resulta oportuno citar a Da Fonseca (2000), quien plantea:

El terapeuta tiene que estar atento y ser permeable a nuevos datos del conocimiento e integrar un estudio permanente, nuevas corrientes científicas (psicosociología, estructuralismo, cibernética, antropología, psicoterapia, psicoanálisis, etc.) para poder comprender más profundamente la etiología, evolución y pronóstico de las perturbaciones motoras. (p. 131)

En este sentido parece ser que la posición del psicomotricista continúa siendo hasta la actualidad un bucear permanente por un sinnúmero de marcos teóricos que nutren el accionar corporal que se despliega en la sala de psicomotricidad. Podría describirse a los psicomotricistas como metabolizadores constantes del lenguaje corporal entre la teoría y la práctica, así como también entre el individuo y su entorno.

Por lo tanto, fortalecer la formación académica de las profesionales, así como la investigación en la temática psicomotriz son una emergencia. De este modo se contribuiría a crear una visión a nivel social más acertada en relación al compromiso y alcance de la profesión en el abordaje de los niños con autismo. Dar mayor visibilidad a las formas de trabajo que distinguen a la profesión, las dinámicas y la potencialidad de este abordaje, donde la comunicación corporal y el acceso a recursos simbólicos son aspectos abordados desde el inicio del tratamiento psicomotriz.

La preocupación respecto a niños derivados a psicomotricidad por un funcionamiento autista y su evolución a posteriori, que los aleja rápidamente de este cuadro clínico exige una discusión. En la cuál los psicomotricistas son parte, pero se deben tender puentes de diálogo con otros actores, dado que las consecuencias para el sujeto y su entorno requieren de una discusión profunda y compleja.

Referencias bibliográficas

- Ali, S. (1979). *Cuerpo real, cuerpo imaginario*. Paidós.
- Alexander, G. (1991). *La eutonía. Un camino hacia la experiencia total del cuerpo*. Paidós.
- Álvarez Toro, L. J. (2013). Instrumento de psicomotricidad vivenciada para niños y niñas autistas. *Revista UDCA Actualidad y Divulgación Científica*, 16(2), 343-350. Recuperado de <https://revistas.udca.edu.co/index.php/ruadc/article/view/906>.
- Araujo, A. M. (2011). *Sociología clínica. Una epistemología para la acción*. Psicolibros.
- Ariès, P. y Duby, G. (1991). *Historia de la vida privada. La vida privada en el siglo XX*. Taurus.
- Artigas Pallarés, J. y Narbona, J. (2011). *Trastornos del neurodesarrollo*. Viguera.
- Artigas Pallarés, J. y Paula, I. (2011). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115). Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000300008>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aucouturier, B.; Darrault, I. y Empinet, J. (1985). *La práctica psicomotriz. Reeducción y terapia*. Editorial Científico-Médica.
- Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido*. Akal.
- Barrán, J. P. (1992). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar*. Ediciones de la Banda Oriental.
- Batthyány, K. y Cabrera, M. (Coord.) (2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales: Apuntes para un curso inicial*. Unidad de Comunicación de la Universidad de la República, Departamento de Publicaciones. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/26551>
- Behares, L. E. (2011). *Enseñanza y producción de conocimiento. La noción de enseñanza en las políticas universitarias uruguayas*. Departamento de publicaciones de la Universidad de la República.
- Bergès, J. (1985). Los trastornos psicomotores en la infancia. En S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soule (Coord.), *Tratado de psiquiatría del niño y el adolescente*. Vol. 2. Presses Universitaires.

- Bergès, J. (1988). *De la neurofisiología al psicoanálisis*. [Conferencia en Jornadas de Estudio con J. Bergés, Asociación Argentina de psicomotricidad y Centro Dra. Lidia Coriat].
- Bergès, J. (1996). El cuerpo y la mirada del otro. En *Crónicas clínicas en relajación terapéutica y psicomotricidad*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Berruezo, P.P. (2000). El contenido de la psicomotricidad. En Bottini, P. (ed.) *Psicomotricidad: prácticas y conceptos*. pp. 43-99. Madrid: Miño y Dávila. (ISBN: 84-95294-19-2)
- Briones, G. (1997). Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales. ARFO. Recuperado de <https://metodoinvestigacion.files.wordpress.com/2008/02/metodologia-de-la-investigacion-quillermo-briones.pdf>.
- Bucher, H. (1978). *Estudio de la personalidad del niño a través de la exploración psicomotriz*. Toray-Masson, S. A.
- Calmels, D. (2009). *Infancias del cuerpo*. Puerto Creativo.
- Camparo, D. (2016). *A musicalidade comunicativa das canções: um estudo sobre a identidade sonora de crianças com autismo*. [Tese Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo].
- Camps Llauredó, C. La observación de la intervención del psicomotricista: actitudes y manifestaciones de la transferencia Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, vol. 22, núm. 2, agosto, 2008, pp. 123-154 Universidad de Zaragoza Zaragoza, España
- Carro, S. y De La Cuesta, P. (2018). *Introducción a las teorías psicológicas*. Psicolibros.
- Cerutti, A. (2008). *La práctica psicomotriz en la educación*. (2da. Edición). Médica Prensa Latinoamericana.
- Chokler, M (1980) Entrevista a Julián de Ajuriaguerra Revista de Psicomotricidad, núm. 3, agosto, 1980, pp. 71-82 Asociación Argentina de Psicomotricidad.
- Chokler, M. (1988). Los Organizadores del Desarrollo Psicomotor, del mecanicismo a la psicomotricidad operativa. Ediciones Cinco
- Cohmer, S. (2014). *Autistic Disturbances of Affective Contact* (1943), by Leo Kanner. [Página web] Embryo Project Encyclopedia. ISSN: 1940-5030 <http://embryo.asu.edu/handle/10776/7895>.

- Contant, M., Calza, A. (1991). *La unidad psicosomática en Psicomotricidad*. Masson.
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Edición revisada. Mc Graw Hill.
- Cordeiro, A. F. M. y Antunes, M. A. M. (2020). A ação pedagógica de Itard na educação de Victor, o «selvagem de Aveyron»: contribuição à história da psicologia. *Boletim, Academia Paulista de Psicologia*, 40(99), 296-306. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000200016&lng=pt&lng=.
- Corominas, J. (1987). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Gredos. <https://desocuparlapieza.files.wordpress.com/2016/02/corominas-joan-breve-diccionario-etimolc3b3gico-de-la-lengua-castellana.pdf>.
- Correia Fagiani, J. (2019). *Significados y estrategias de cuidados desarrollados en la vida cotidiana por madres de niños con trastornos del espectro autista en Las Piedras*. [Tesis de maestría, Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay].
- Coste, C. (1978). *La psicomotricidad*. Huelmul.
- Cruz Neto, O. (2007). El trabajo de campo como descubrimiento y creación. En M. De Souza (Org.), *La investigación social. Teoría, método y creatividad* (pp. 41-52). Lugar.
- Da Fonseca, V. (2000). *Estudio y génesis de la Psicomotricidad*. INDE.
- Dávila, M. (2019). *Experiencias de inclusiones educativas de niños con trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual en una escuela común*. [Tesis de maestría. Facultad de Psicología. Universidad de la República, Uruguay]
- De Ajuriaguerra, J. (1969). Debate. En S. Wapner y H. Werner. *El percepto del cuerpo*. Paidós.
- De Ajuriaguerra, J. (1985). Prefacio. En B. Aucouturier, I. Darrault y J. L. Empinet. *La práctica psicomotriz. Reeducción y terapia*. Editorial Científico-Médica.
- Devereux, G. (1985). *Ethnopsychalyse Complémentariste*. París: Flammarion
- Defontaine, J. (1978). *Manual de reeducación psicomotriz*. Editorial Médica y Técnica.
- De León, C.; García, B.; Giordano, C.; Grajales, M.; Marqués, M.; Mila, J.; Ravera, C.; Steineck, C.; Trías, V. y Podbielevich, J. (1987). La entrevista como estrategia de abordaje. *Revista de la Asociación Uruguaya de Psicomotricidad*, 2, 17-22.

- De Pena, L. (2023). La psicomotricidad como campo de intervención ético-político: de las lecturas sanitarias del proceso salud-enfermedad-cuidado a la Psicomotricidad social. *Revista Uruguaya De Enfermería*, 18(1), e2023v18n1a2. <https://doi.org/10.33517/rue2023v18n1a2>.
- De Souza, S. (2007). Ciencia, técnica y arte: el desafío de la investigación social. En Ferreira, S. Cruz Neto, O., Gomes, R. *La investigación social. Teoría, método y creatividad* (pp. 9-25). Lugar. Recuperado de <https://eva.isef.udelar.edu.uy/mod/resource/view.php?id=9834>.
- Di Renzo, M.; Bianchi di Castelbianco, F.; Vanadia, E.; Racinaro, L. y Rea, M. (2017). The Psychomotor Profile in Children with Autistic Spectrum Disorders: Clinical Assessments and Implications for Therapy. *Autism Open Access*, 7(3), 7-10. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/318656262>.
- Dupré, E. (1925). *Pathologie De L'imagination et De l'émotivité*. Payot.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata.
- Flores da Silva, A (s/f). Aula: 01 Educação Social e Psicomotricidade. Recuperado de <http://www.moriaeducacao.com.br>
- Foucault, M. (2008). *Historia de la sexualidad*. Siglo XXI.
- Fombonne, É. (2019). Current issues in epidemiological studies of autism. *Psicologia: Teoria e Prática*, 21(3), 405-417. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v21n3p405-417>.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Ariel.
- Freud, S. (1905). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En *Obras completas*. Vol. VII. Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1905). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En *Obras completas*. Vol. VII. Amorrortu, 1992.
- Galán Tamés, G. Aproximaciones a la historia del cuerpo como objeto de estudio de la disciplina histórica *Historia y Grafía*, núm. 33, 2009, pp. 167-204 Departamento de Historia Distrito Federal, México
- Gallego, F. (2009). Esquema corporal e imagen corporal. *Revista Española de Educación Física y Deportes*, 12.

- García Zabaleta, O. (2018). La construcción del DSM: genealogía de un producto sociopolítico. *THEORIA. Revista de Teoría, Historia y Fundamentos de la Ciencia*, 34(3), 441-460. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/3397/339767305009/>.
- Golse, B. (2012). Sobre lo que no podemos ceder. *Controversias*, 13. [Nº 13 - 2013](https://www.controversiasonline.org.ar/articulos_revista/sobre-lo-que-no-podemos-ceder/) https://www.controversiasonline.org.ar/articulos_revista/sobre-lo-que-no-podemos-ceder/.
- Golse, B. (2016). L'autisme infantile entre neurosciences et psychanalyse. *Figures de la Psychanalyse*, 31, 121-134. <https://doi.org/10.3917/fp.031.0121>
- Golse, B. (2021). *Mi combate por los niños autistas*. Miño y Dávila.
- González, L. (2009). *Pensar lo psicomotor. La constructividad corporal y otros textos*. Eduntref.
- González, L. y Kuschnir, A. (Comp.) (2022). *La construcción de un oficio. Investigaciones en psicomotricidad 2009-2019*. Eduntref.
- Gribov, D. (2015). *Psicomotricidad: disciplina en debate. Problematizando nuestras prácticas*. Psicolibros.
- Gribov, D. (2015). Psicomotricidad, palabra maleta. En Ma. Noel Miguez (Coord.), *Patologización de la infancia en el Uruguay: aportes críticos en clave interdisciplinar*. Estudios Sociológicos Editores.
- Hajer, D.; Bauer, M.; Conde, D.; Díaz, O.; Servertto, M. y Silva, I. (1991). *Efectos psicológicos de la dictadura en la enseñanza*. Ediciones PSI.
- Hegoburu, A. (2019). El método psicoanalítico: su aplicación en el diagnóstico y tratamiento del autismo en la infancia. [Tesis de maestría. Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay].
- Hendrayana, Y. & Pratiwi, F. (2017, March). Psychomotor Therapy (PMT) for Autistic Child in the Setting of Inclusive School in Bandung. In *IOP Conference Series: Materials Science and Engineering* (Vol. 180, No. 1, p. 012227). IOP Publishing.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGrawHill.
- Hochmann, J. (2010). L'autisme à l'heure du néolibéralisme: Quelques réflexions. *Enfances & Psy*, 46, 15-29. <https://doi.org/10.3917/ep.046.0015>.
- Houzel, D. (1993). Nombre del artículo. *Revista Psicoanálisis con Niños y Adolescentes*, 5.

- Hunger, B. y Polit, D. (1997). *Investigación científica en ciencias de la salud*. McGraw-Hill Interamericana.
- Joly, F. (2005). El sentido de las terapéuticas psicomotrices en la psiquiatría infantil. En L. González y S. Mó (comp.) *Psicomotricidad. Perspectiva francesa*. Eduntref
- Lapierre, A. J. y Aucouturier, B. (1977). Los matices. En *Educación vivenciada*. Editorial Científico-Médica.
- Lapierre, A., & Aucouturier, B. (1984). *Fantasmas Corporais e Prática Psicomotora* (2ª ed.) Editora Monole.
- Larrosa, D. (2015). *El uso de recursos musicales en la comunicación de niños con trastorno de espectro autista*. [Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay]. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/5491/1/Larrosa%2C%20Dinorah.pdf>.
- Laznik, M. Ch.; Chauvet, M. y Pelabon, C. (2017). Comment éviter un autisme syndromique: prise en charge transdisciplinaire d'un bébé entre 3 mois et 5 ans. *Le Journal des Psychologues*, (353), 23-29.
- Le Camus, J. (1986). *O corpo em discussão*. Artes Médicas.
- Levin, E. (1985). *La clínica psicomotriz. El cuerpo en el lenguaje*. Nueva Visión
- Levin, E. (1991). *La clínica psicomotriz. El cuerpo en el lenguaje*. Nueva Visión.
- Lisueña Ureña, S. (2022). DSM-5 y CIE-11, ¿Qué son y qué aportan al diagnóstico del TEA? [Sitio web de la Federación de Autismo de Madrid] Recuperado de <https://autismomadrid.es/noticias/dsm-5-y-cie-11-que-son-y-que-aportan-al-diagnostico-del-tea/>.
- López Díaz, J.; Moreno Rodríguez, R. y López Bastías, J. (2021). Fútbol como programa deportivo para menores con TEA en educación primaria. *Cuadernos de Investigación Educativa*, 12(1). Recuperado de <https://doi.org/10.18861/cied.2021.12.1.3065>.
- Maciel, F. (2001). Lo posible y lo imposible en la interdisciplina. *Revista de L'Associació Catalan D'Atenció Precoç*. Recuperado de <https://dokumen.tips/documents/maciel-fernando-lo-possible-e-imposible-en-interdisciplina.html?page=1>

- Machado, A., Makino, M. (2010). A ação pedagógica de Itard na educação de Victor, o «selvagem de Aveyron». *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 40(99), 290 – 306.
- Madrazo, J. A., (2004). Diálogo con Ana María Araújo: Sociología Clínica, una epistemología para la acción. *Atenea*, (490), 177-189.
- Maenner, M. J., Shaw, K. A., Bakian, A. V., *et al.* (2021). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. *Surveillance Summaries*, 70(11). Recuperado de <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/ss/pdfs/ss7011a1-H.pdf>
- Martínez, G.; López-Espinoza, A.; Aguilera, V.; Galindo, A.; De La Torre-Ibarra, C. (2007). Observación y experimentación en psicología: una revisión histórica. *Diversitas*, 3(2), 213-225. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982007000200004&lng=pt&lng=es
- Masson, S. (1985). *La reeducación psicomotriz y el examen psicomotor*. Gedisa.
- Mialaret, G. (1981). Henri Wallon: su método, algunos aspectos psicológicos de su obra. En *Introducción a Wallon*. Vol. I. Editorial Médica y Técnica S. A.
- Mila, J. (2013). *De profesión psicomotricista*. Miño y Dávila.
- Mila, J. (2018). *Los estudios de psicomotricidad en la Universidad de la República de Uruguay. Percepción de las competencias sobre formación corporal de los estudiantes*. Escuela Internacional de Doctorado-Universidad de Murcia.
- Morin, E. (1968). La comuna estudiantil. En *Mayo del 68: La brecha*. Nueva Visión.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Ediciones Cinca
- Pardo, A., Ruiz, M. A. y San Martín, R. (2009). *Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud I*. Síntesis
- Pérez Serrano, G. (2011). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. II. Técnicas y análisis de datos*. La Muralla.
- Perinat, A. (1983). B. Aucouturier y a. Lapierre. La educación psicomotriz como terapia. «Bruno» (Barcelona, Ed. Médica y Técnica, 1977). *Quaderns de Psicologia*, 7(1),

124-125. ISSN 0211-3481. Recuperado de <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.498>.

Ponce de León, E. (2016). *Cuerpo y palabra en el abordaje psicoterapéutico de niños con dificultades severas de simbolización. Terapia psicomotriz con intervenciones psicoanalíticas*. [Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid]

Prego Silva, L. (1999). *Autismos revisando conceptos*. Trilce.

Pronadis (2014). *TEA. Trastorno del Espectro Autista*. Recuperado de https://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/41125/1/librotea_final.pdf.

Radünz Kruger, G.; Rodrigues Silveira, J. y Carriconde Marques, A. (2019). Motor skills of children with autism spectrum disorder. *SciELO journals. Dataset*. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.10026452.v1>

Ravera, C. (2019). El desarrollo reducido al neurodesarrollo. <https://es.scribd.com/document/587510148/Ravera-C-2019-El-desarrollo-reducido-al-neurodesarrollo>.

Rebollo, M. A.; Morel, S., Rodríguez, S. y Winokur, V. (2007). *La psicomotricidad*. Prensa Latinoamericana.

Rodríguez Gómez, G.; Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Aljibe.

Rogers, C. y Kinget, M. (1971). *Psicoterapia y relaciones humanas*. Alfaguara

Ruegger, C. (2018). *Saber y conocimiento del cuerpo: la construcción de la psicomotricidad en Uruguay y su enseñanza en la Universidad de la República*. [Tesis de maestría, Universidad de la República]. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12008/20052>.

Scialom, M, P.; Giromini, F. y Albaret, J. M. (2017). *Manual de estudio en Psicomotricidad*. Fundación CITAP. https://www.researchgate.net/publication/318991860_Manual_de_estudio_en_psicomotricidad

Soubiran, G. y Mazo, P. (1987). Reeducción psicomotriz de sujetos que no tienen deficiencia mental. En S. Masson y col. Reeducción y terapias dinámicas. Gedisa

Tendlarz, S. y Álvarez Bayón, P. (2013). *¿Qué es el autismo? Infancia y psicoanálisis*. Argentina: Colección Diva.

- Tendlarz, S.; Larrahondo, M. y Mas, M. (2013). *Particularidades del cuerpo en el autismo*. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología xx Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Torres, N. (2019) La transferencia en Psicomotricidad Relacional. Repetición compulsiva en acto corporal placentero o displacentero en *Entrelíneas*. (43), 5-13.
- Untoiglich, G. (2016). *Autismo y otras problemáticas graves en la infancia. La clínica como oportunidad*. Noveduc.
- Uruguay (2010, marzo 9). Ley 18.651: Ley de Protección Integral de Personas con Discapacidad. <https://www.impo.com.uy/?s=Ley+N%C2%BA+18.651>
- Uruguay (2008, noviembre 20). Ley 18.418: Ratificación de la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18418-2008>
- Valles, M. S. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis.
- Valdez, D. (2007). *Necesidades educativas especiales en trastornos del desarrollo*. Aique
- Vázquez y Maggi, I. (1969). Reeducación Psicomotriz. Anales del primer congreso Latinoamericano de Psiquiatría Infantil
- Vigarello, G. (2005). *Corregir el cuerpo. Historia de un poder pedagógico*. Nueva Visión.
- Villalobos Valencia, M. E.; Pacca, L.; Otero Castellanos, D. y Flórez Rivera, Y. (2021). *Desarrollo de un protocolo clínico para el diagnóstico temprano del autismo* Development of a Clinical Protocol for Early Diagnosis of Autism. VII Simposio Internacional de Psicología. Universidad Católica de Colombia. https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/26458/1/VII%20Simposio-weeb_FINAL_1-09-21.pdf
- Wettengel, L. Hamuy, E. y Lucero, A. (2006). La trama de las referencias simbolizantes. En L. Wettengel y G. Peol (Comp.). *Tratamiento de los problemas en el aprendizaje. Actualización en clínica psicopedagógica*. Noveduc.
- Wallon, H. (1928). La torpeza. En L. González y S. Mó (Comp.) (2014). *Psicomotricidad, perspectiva francesa*. Universidad Nacional Tres de Febrero.
- Wallon, H. (1964) Los orígenes del carácter en el niño. Nueva Visión.
- Wallon, H. (1965) Fundamentos dialécticos de la psicología. Proteo

Wallon, H.; Piaget, J.; Osterrieth, P.; de Saussure, R.; Tanner, J.; Zazzo, R.; Inhelder, B. y Rey, A. (1984). *Los estadios en la psicología del niño*. Nueva Visión.

Winnicott, D. (1972). *Realidad y juego*. Granica Editor.

Yáñez, C., Paulina, M. Elgueta, C., Brito, M. Crockett, M. A., Troncoso, L. López, C., & Troncoso, M. (2021). Estimación de la prevalencia de trastorno del Espectro Autista en población urbana chilena. *Andes Pediátrica*, 92(4), 519-525. <https://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i4.2503>.