



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN PSICOMOTRICIDAD

El síntoma psicomotor: una manifestación singular en la construcción del cuerpo

Monografía Final de Grado de la Licenciatura en Psicomotricidad

AUTORA: María Fernanda Aristegui

DIRECTOR/A O TUTOR/A: Mariana Diez

Montevideo, Octubre 2025

Tabla de contenidos

| | |
|--|----|
| Resumen..... | 1 |
| Introducción..... | 1 |
| Capítulo I : Constructividad corporal: bases para pensar el síntoma psicomotor | 3 |
| Esquema e imagen corporal: dimensiones de la estructura psicomotriz..... | 10 |
| Capítulo II: El síntoma como problema en la constructividad corporal..... | 15 |
| El enfoque psicomotriz: una lectura integradora del cuerpo y el síntoma..... | 17 |
| Capítulo III: Historicidad y contextualización del síntoma psicomotor..... | 23 |
| La posición del niño o la niña en el entramado relacional..... | 23 |
| La familia y el síntoma..... | 25 |
| El síntoma en la escuela..... | 27 |
| Capítulo IV: El proceso diagnóstico..... | 30 |
| La entrevista inicial: una herramienta clínica esencial..... | 32 |
| Pruebas de evaluación psicomotriz: alcance, limitaciones y criterios éticos..... | 33 |
| Observación de la actividad espontánea..... | 34 |
| Formulación de hipótesis diagnóstica..... | 35 |
| Entrevista de devolución..... | 35 |
| Reflexiones finales..... | 37 |
| Referencias bibliográficas..... | 39 |

Resumen

Este trabajo final de grado aborda el síntoma psicomotor desde una perspectiva clínica y teórica que lo sitúa como una manifestación compleja, atravesada por lo histórico, lo relacional y lo simbólico. Se concibe al cuerpo como una construcción subjetiva y social, y al síntoma como una forma singular de expresión del malestar en las infancias. Se presentan bases conceptuales y clínicas que permiten comprender el proceso diagnóstico en psicomotricidad como una construcción progresiva y situada, orientada por una ética del cuidado y el respeto a la singularidad infantil.

En este marco, el trabajo desarrolla tres ejes articulados: la constructividad corporal y las nociones de esquema e imagen del cuerpo; la historicidad y contextualización del síntoma en los entramados familiares, escolares e institucionales; y, finalmente, la especificidad del proceso diagnóstico en psicomotricidad, entendido como una práctica clínica que combina diferentes instancias.

Palabras clave: cuerpo, síntoma psicomotor, historicidad, infancias.

Introducción

La psicomotricidad surge en Europa a mediados del siglo XX, en diálogo con la medicina y la neuropsiquiatría, inicialmente orientada a la reeducación de déficits del movimiento bajo una impronta biologicista. Con los aportes de Henri Wallon, quien vinculó estrechamente movimiento, emoción y medio social, y de Julian de Ajuriaguerra, quien sistematizó técnicas de evaluación y tratamiento, se consolida un enfoque clínico integrador que reconoce al cuerpo como un entramado de dimensiones orgánica, psíquica y social.

En Uruguay, la disciplina se instaló en 1958 en el Hospital de Clínicas, vinculada al servicio de neuropsiquiatría, bajo la iniciativa de la Dra. Rebollo, en contacto con el equipo de Ajuriaguerra. Esta impronta clínica, inicialmente asociada al campo médico, pronto se enriqueció con aportes del psicoanálisis, que introdujeron la consideración de la subjetividad, el juego y los vínculos en la lectura de las manifestaciones corporales. Posteriormente, la psicomotricidad se diversificó hacia otros ámbitos (Diez, 2022).

En la actualidad, coexisten distintos enfoques: algunos mantienen una orientación reeducativa, mientras que otros sostienen una perspectiva clínica y terapéutica más próxima al psicoanálisis o a miradas interdisciplinarias que integran dimensiones sociales, culturales y comunitarias. Esta pluralidad muestra que la psicomotricidad es una disciplina en construcción permanente.

Capítulo I: Constructividad corporal: bases para pensar el síntoma psicomotor

Si nadie, nunca, nos hubiera tocado, seríamos paralíticos.

Si nadie, nunca, nos hubiera hablado, seríamos mudos.

Si nadie, nunca, nos hubiese sonreído y mirado, seríamos ciegos.

Si nadie, nunca, nos hubiera amado, no seríamos nadie.

Paul Beaudiquey

En este capítulo se presenta al cuerpo como eje constitutivo de la persona, desde la perspectiva de la psicomotricidad, abordando su carácter simbólico, vincular y expresivo. Para ello, se desarrolla la propuesta conceptual de González (2009), quien plantea la constructividad corporal como un proceso que integra tres dimensiones entrelazadas: tónica, instrumental y cognitiva. Asimismo, se profundiza en los conceptos de esquema e imagen corporal, bases para la experiencia del cuerpo y para la inscripción simbólica. Este recorrido busca sentar las bases conceptuales necesarias para introducir, en el siguiente capítulo, la problemática del síntoma desde una perspectiva psicomotriz.

Para abordar el proceso de constructividad corporal, resulta imprescindible comenzar por situar conceptualmente el objeto de estudio de la psicomotricidad: el cuerpo en su dimensión tónico-posturo-motriz.

La psicomotricidad sitúa al cuerpo como la matriz de la comunicación y del conocimiento. Esta construcción se enriquece y se complejiza a través de los lazos afectivos, que se establecen durante el desarrollo.

Bergès (1996) plantea que el cuerpo es un lugar de inscripción de las influencias de la otra persona y de su capacidad para ser receptáculo y expresivo. Incluso antes del nacimiento, existe un discurso anticipado de los padres: ideas, proyecciones, hipótesis, deseos, palabras, un nombre, un lugar simbólico en la estructura familiar.

El cuerpo es dado, en el orden hipotético de una representación innata, de la misma forma que es dada la cadena del lenguaje en el medio ambiente del bebé; hablado incluso antes de su nacimiento, receptáculo del discurso de sus

padres, evocador de semejanzas, del linaje familiar, de los orígenes de la sexualidad. (Berges, 1996, p. 56)

Esta perspectiva concibe al cuerpo como un espacio cargado de huellas simbólicas y afectivas, donde lo innato y lo social se entrelazan desde el inicio. De este modo, el cuerpo se configura también como un campo de significados, una trama donde se inscriben los intercambios tempranos.

En el proceso de construcción corporal, la otra persona a través del sostén, los cuidados, la manipulación y el lenguaje, desempeña un rol esencial, ya que estos intercambios físicos y emocionales son fundamentales en el desarrollo corporal y emocional del niño o niña (Winnicott, 1971).

Al momento de nacer, quien transita la primera infancia cuenta con una organicidad de base que servirá como soporte para su futura vida psíquica y emocional. Dentro de esta base orgánica se encuentra el tono, al que Wallon (1975) define como un grado de consistencia variable que los músculos adquieren, tanto en estado de vigilia como de sueño.

Según esta concepción, la emoción mediante el tono cumple una función de bisagra entre lo biológico y lo afectivo. La regulación del tono está a cargo del sistema nervioso a través del reflejo miotático, pero su configuración se ve profundamente influida por las experiencias tempranas de placer y displacer, especialmente aquellas vinculadas a los cuidados recibidos.

Inicialmente, las variaciones del tono aparecen como respuestas puramente fisiológicas ante el hambre, el malestar o el cansancio. Sin embargo, será quien cuida —a través de su sensibilidad interpretativa— quien atribuya sentido a ese llanto, decodificándolo como señal y respondiendo en consecuencia. Un aumento del tono, acompañado de crispación y llanto, se percibe como señal de malestar, mientras que una disminución del mismo se interpreta como expresión de bienestar.

La sensibilidad en la respuesta de la persona que cuida ha sido objeto de estudio por diversos autores y autoras, entre ellos Winnicott (1957), quien desarrolló el concepto de preocupación materna primaria. Este hace referencia a un estado transitorio de sensibilidad emocional intensa que permite a la madre identificarse profundamente con las necesidades de su hijo o

hija en los primeros momentos de vida. El autor expresa: “la madre debe ser capaz de alcanzar este estado de sensibilidad exaltada, casi de enfermedad, y recobrase luego del mismo”, y agrega: “Solo si la madre se halla sensibilizada..., podrá ponerse en el lugar del pequeño y de este modo satisfacer sus necesidades” (p. 410).

Winnicott (1953) también desarrolla el concepto de función materna, esta función implica una capacidad para sostener emocionalmente, brindar disponibilidad afectiva y responder de manera ajustada a sus necesidades. Se trata de un hacer vincular, es decir, una práctica relacional que posibilita el desarrollo psíquico, y que puede ser asumido por una persona significativa que actúe como figura cuidadora. Esta perspectiva resulta, en sí misma, profundamente transformadora, ya que desplaza la maternidad de su dimensión exclusivamente biológica hacia una función relacional. En la actualidad, a la luz de los cambios en las configuraciones familiares y los cuestionamientos a los mandatos asociados al sexo y al género, se vuelve necesario revisar críticamente estas categorías.

Durante las últimas décadas, se ha observado una transformación significativa en las dinámicas familiares, en las que los roles de cuidado comienzan a distribuirse de forma más equitativa. Este cambio desafía las construcciones tradicionales vinculadas al sexo y al género que tradicionalmente asignaban exclusivamente a las mujeres la responsabilidad del cuidado infantil. En este nuevo escenario, se reconoce que la capacidad de sostener, contener y brindar afecto depende del compromiso, la disponibilidad afectiva. Asimismo, la sensibilidad de las personas involucradas en la crianza resulta fundamental. Esta perspectiva subraya la importancia de fomentar una corresponsabilidad afectiva y cotidiana en las tareas de cuidado.

Hablar de funciones de cuidado implica garantizar la vida y construir un vínculo que permita una adecuada regulación de las necesidades fisiológicas y afectivas. Comprender cómo se establece y sostiene ese vínculo resulta fundamental para pensar los primeros tiempos del desarrollo. Diversos autores y autoras, desde campos como la psicología y la psicomotricidad, han abordado esta temática a partir del concepto de apego. En este sentido, resulta pertinente recuperar la definición propuesta por Bowlby (1986), quien estudió exhaustivamente este fenómeno. El autor describe el comportamiento de apego como una “forma de conducta instintiva que se desarrolla en el hombre, al igual que en otros mamíferos, durante la lactancia y tiene como finalidad o meta la proximidad a una figura materna” (p. 111).

Con esta formulación, Bowlby señala que el apego es una conducta orientada a asegurar la cercanía con una figura significativa que brinde seguridad y protección.

Chokler (2017) retoma el concepto de apego y lo integra en su propuesta teórica como el segundo Organizador del desarrollo. Desde su perspectiva, el vínculo con una persona significativa no solo aporta sostén afectivo, sino que también cumple una función reguladora fundamental frente a las angustias que genera lo desconocido. La autora sostiene que:

Sin duda la función ineludible del vínculo de apego como Organizador del Desarrollo es que, en cada momento necesario, el adulto protector ayude realmente al niño a disminuir la alerta y la excitación desmesurados frente al temor a lo desconocido del mundo que llevan a la angustia agotadora. (p. 52)

Desde esta concepción, el apego es una estructura relacional que permite al niño o a la niña construir una base segura desde la cual explorar el entorno y organizar su experiencia emocional.

En este marco, Chokler identifica a la persona adulta implicada en la interacción como una persona significativa, que asume el rol de figura de apego. Esta figura no se define sólo por su presencia física, sino por el lugar afectivo que ocupa y por su capacidad para brindar contención emocional.

Según la autora: “Las personas investidas como figuras de apego dejarán marcas de la eficacia y operatividad del vínculo para filtrar los estímulos invasores” (p. 52). Estas marcas, inscritas en la experiencia relacional temprana, configuran el modo en que el niño o la niña se vincula con el mundo, otorgándole una primera forma de protección simbólica frente a lo desconocido. Así, la persona adulta cuidadora se convierte en sostén subjetivo, habilitando condiciones de seguridad afectiva fundamentales para el desarrollo.

Tanto Bowlby como Chokler coinciden en que el vínculo de apego, generado a partir de la interacción, da lugar a lazos afectivos.

Este vínculo que involucra lo afectivo se configura, en gran medida, a través de la interacción física y va moldeando las primeras manifestaciones corporales del niño o niña. En este proceso, la estructuración de su vida psíquica se ve influenciada por dos factores

fundamentales: por un lado, el equipamiento neurobiológico de base; por otro, los vínculos afectivos que va estableciendo con su entorno.

Las acciones dirigidas al cuerpo —cargar, sostener, acariciar— constituyen las primeras experiencias de inscripción en la estructura tónica del niño o la niña. Esta dimensión se configura como una de las matrices más primitivas de la comunicación y opera como base sobre la cual se irá construyendo progresivamente el vínculo con el entorno.

Desde los primeros intercambios sensoriales, el cuerpo comienza a organizarse en torno a la mirada, la voz, el olor, la gestualidad y la palabra de la persona referente de cuidado.

Las primeras expresiones tangibles de este vínculo se encuentran en los intercambios sensoriales, donde la percepción y el reconocimiento de los estímulos externos comienzan a transformarse en los elementos clave para la construcción del cuerpo.

Es a partir de estos intercambios precoces que Ajuriaguerra (1986) propone el concepto de diálogo tónico, una forma primitiva de comunicación que se establece entre la persona adulta y el bebe o beba a través del tono muscular. Este diálogo, anterior al lenguaje verbal, se inscribe en la relación corporal y emocional, y constituye el primer modelo comunicacional en el que se fundan los vínculos. La estructura tónica que se forma en este proceso está determinada por la calidad y la intensidad de las experiencias compartidas, y da lugar a una memoria corporal que organiza las primeras formas de relación.

Con el tiempo, este sistema de comunicación tónico-postural se complejiza y se convierte en matriz para las posteriores formas de intercambio. La dimensión tónica no solo expresa emociones, sino que permite al niño o la niña construir una primera percepción de unidad corporal. Esta vivencia de integración es esencial para establecer una relación armónica con el entorno. En otras palabras, la estructuración del cuerpo como unidad es un fenómeno relacional y simbólico, sostenido por la calidad de los vínculos en la primera infancia.

En relación con lo mencionado anteriormente, González (2009) propone la noción de constructividad corporal, un proceso que permite comprender cómo el cuerpo, en sus dimensiones tónicas, motoras y cognitivas, se organiza en función de las experiencias y la relación con las personas que cuidan.

La autora sostiene que el desarrollo corporal debe entenderse como un proceso flexible y continuo, en el que, una vez adquiridas las fases tónica, instrumental y cognitiva coexisten e interactúan.

Para dar cuenta de esta dinámica, González introduce el concepto de índice diferenciado de etapa, que señala cómo estas dimensiones no se suceden de manera estrictamente cronológica ni se excluyen entre sí. A lo largo del desarrollo pueden presentarse con diferentes niveles de predominancia. Esta perspectiva invita a pensar el cuerpo como una estructura integral, plástica y sensible, que responde a las demandas tanto del entorno como de la vida emocional.

Este proceso no solo facilita la adaptación de la niña o el niño a su entorno, sino que también sienta las bases para el desarrollo de habilidades emocionales y cognitivas.

En este marco, introduce el concepto de código tónico-postural, destacando la dimensión comunicativa del cuerpo en su etapa más temprana y fundante. Según la autora:

Las modificaciones que experimenta y evidencia dicha estructura tónica y que según las respuestas del otro se caracterizan, van constituyendo el primer código de comunicación entre el sujeto y el medio. Código tónico-postural absolutamente particular, singular y propio a cada sujeto. (González, 2009, p.14)

De este modo, la estructura tónica se convierte en el primer índice de la constructividad corporal, en tanto refleja la organización del tono y las primeras formas de significación inscritas en el cuerpo. El cuerpo en la primera infancia se va significando a través de los cuidados y las interacciones con la otra persona, quien otorga un sentido a sus primeras expresiones.

Las reacciones tónico-emocionales, junto con el significado que el entorno otorga a los gestos y manifestaciones, van conformando en el cuerpo zonas aún inconexas, pero cargadas de experiencia. Estos serán los cimientos para la construcción de la noción de cuerpo propio y el sentimiento de unidad corporal.

Conforme el niño o la niña va desarrollando la capacidad de conectar emocionalmente con la otra persona, también comienza a apropiarse de su cuerpo como instrumento de acción. A

medida que se apropia de su cuerpo y lo diferencia del otro, va construyendo una percepción integrada de su unidad corporal. Como sostienen Wallon (1980) y Ajuriaguerra (1977), este proceso de construcción del cuerpo propio se apoya en la experiencia motriz y afectiva, siendo la exploración y la manipulación fundamentales en esta etapa. Gestos como mirarse las manos, llevar la mano a la boca o a la cara, o tomar los pies, contribuyen a acrecentar el sentir de unidad corporal, así como a la organización espacial del propio cuerpo, que constituye la base del esquema corporal (Lapierre y Aucouturier, 1980).

El desarrollo del cuerpo instrumental se manifiesta a través de la consolidación del plano motor, lo que permite la adaptación activa al entorno. Esta dimensión está estrechamente relacionada con la capacidad de actuar sobre el mundo y, al hacerlo, influir en la propia percepción de sí. El cuerpo, en tanto instrumento, se convierte en mediador entre la persona y el ambiente, posibilitando aprendizajes que se integran a nivel perceptivo, emocional y cognitivo.

La siguiente fase de este proceso, el cuerpo cognitivo, resulta fundamental para entender cómo las experiencias corporales influyen en el aprendizaje y en la construcción de significados. González (2009) plantea que “el cuerpo cognitivo organiza y estructura las acciones y nociones en relaciones cognitivas, desplazando la intención hacia la anticipación y la representación” (p. 25). Este pasaje marca el surgimiento de la capacidad de planificar acciones, anticipar metas y elaborar estrategias, constituyendo un hito en la estructuración del pensamiento infantil.

El cuerpo cognitivo se vincula con la manera en que las experiencias corporales, como los movimientos, las sensaciones y la percepción del espacio, impactan en los procesos mentales, los aprendizajes y la construcción de significados.

En este sentido, el cuerpo debe ser entendido como una construcción dinámica, profundamente atravesada por la historia vincular y emocional de cada persona.

En esta misma línea, Bergès (1996) introduce la noción de cuerpo receptáculo, para referirse a éste como lugar de integración de funciones y origen del movimiento, de la organización espacio- temporal y de la simbolización. El discurso parental marca este cuerpo y lo inscribe en un entramado familiar y social. Como señala el autor, el cuerpo es: “lugar de integración de las funciones, de origen del movimiento, de origen de la temporo-espacialidad, donde el discurso de los padres anticipa, marca un origen, posiciona, inicia una historia” (p. 42).

A partir de aquí, resulta necesario profundizar en estas dos dimensiones centrales de la constructividad: el esquema corporal y la imagen corporal, nociones que permiten comprender cómo se articulan la dimensión de la función y la del funcionamiento en la experiencia del cuerpo.

Esquema e imagen corporal: dimensiones de la estructura psicomotriz.

La noción de imagen corporal en el sentido planteado por Dolto (2007), así como la de esquema corporal en el sentido propuesto por Levin (1991), puede entenderse como dimensiones de la estructura psicomotriz en el marco de la constructividad corporal desarrollada por González (2009). Esta articulación permite reconocer que, aunque refieren a niveles distintos —lo simbólico-inconsciente en el caso de la imagen, lo funcional-evolutivo en el caso del esquema—, ambas forman parte de un mismo entramado estructural que organiza la experiencia del cuerpo.

Más allá de su definición teórica, la distinción entre esquema e imagen corporal tiene implicancias prácticas relevantes. En la intervención psicomotriz es fundamental reconocer cómo estas dimensiones se expresan en el cuerpo, especialmente en el funcionamiento corporal.

El esquema corporal puede definirse como la representación interna del propio cuerpo en movimiento, su organización en el espacio, el tiempo y con los objetos. No constituye una estructura fija, sino que se configura dinámicamente a lo largo del proceso de desarrollo psicomotriz. En este proceso, convergen diversos mecanismos y procesos: motores, tónicos, perceptivos, sensoriales y expresivos. Todos estos niveles se entrelazan con lo afectivo, que no se presenta como un elemento adicional, sino como un componente transversal y fundamental en la organización psicomotriz.

En este sentido, Levin (1991) expresa: “El esquema corporal es lo que uno puede decir o representar acerca de su propio cuerpo. La representación que tenemos del mismo. Es del orden de lo evolutivo, de lo temporal” (p. 64). Esta representación tiene un anclaje en la maduración neurológica, ya que implica una integración progresiva de las experiencias sensoriales, motoras y espaciales que permiten a la persona ubicarse en relación consigo misma y con el entorno. No obstante, su constitución no depende únicamente de la

maduración, sino también de las experiencias vinculares y del modo en que el cuerpo se pone en juego en la interacción con los otros y con el medio.

En relación a la imagen corporal, Levin (1991) propone la siguiente definición:

La imagen corporal es constituyente del sujeto deseante y, como tal, es un misterio, no es en absoluto del orden de lo evolutivo, se va constituyendo en el devenir histórico de la experiencia subjetiva. Por eso se relaciona con la inscripción, con la demarcación mnémica. (p.64)

Tal como propone Levin, la imagen corporal trasciende una lógica evolutiva y se inscribe en una dimensión subjetiva, simbólica y deseante. En este sentido, no puede pensarse como un dato fijo ni como una representación objetiva del cuerpo, sino como una construcción que se configura en el entramado de experiencias afectivas, vinculares y significativas de la persona. La imagen corporal se constituye así como una dimensión subjetiva, que articula percepción, deseo y memoria. Esto implica que cada persona elabora una imagen de sí, atravesada por fantasías, identificaciones y conflictos inconscientes.

En esta misma línea, Schilder (1983) expresa: “La imagen corporal se adquiere, se construye y recibe su estructura merced a un continuo contacto con el mundo. No es una estructura sino una estructuración en la cual tienen lugar permanentes cambios” (p.152).

Complementando esta mirada, Dolto (2007) realiza una diferenciación clave: “El esquema corporal es en parte inconsciente, pero también preconscious y consciente, mientras que la imagen del cuerpo es eminentemente inconsciente” (p. 21).

Y amplía esta idea al afirmar.

El esquema corporal, que es abstracción de una vivencia del cuerpo en las tres dimensiones de la realidad, se estructura mediante el aprendizaje y la experiencia, mientras que la imagen del cuerpo se estructura mediante la comunicación entre sujetos y la huella, día tras día tras día memorizada, del gozar frustrado, coartado o prohibido. Por lo cual ha de ser referida exclusivamente a lo imaginario, a una intersubjetividad

imaginaria marcada de entrada en el ser humano por la dimensión simbólica.
Dolto(2007)(p. 19)

Esta cita permite comprender que el esquema corporal hace referencia a la manera en que experimentamos y percibimos nuestro cuerpo en el mundo, abarcando tanto aspectos conscientes como preconscientes.

En contraste, la imagen corporal se forja en el encuentro con otras personas, a partir de las experiencias afectivas, los deseos, las identificaciones y los discursos sociales que marcan al cuerpo como un territorio simbólico. Mientras el esquema corporal tiene una base funcional, la imagen corporal responde a una construcción subjetiva cargada de historia.

En esa misma línea, Bernard (1985) sostiene que:

Cada niño vive su cuerpo según la singularidad de su propia historia, según las experiencias personales de satisfacción o frustración de su libido (...) La formación de la imagen del cuerpo es producto no sólo de los fantasmas de nuestra primera infancia sino también de los fantasmas de todos los conflictos afectivos que agitaron y tejieron la historia de nuestra vida. (p. 107)

Esta afirmación refuerza que la imagen corporal se construye desde una dimensión inconsciente y afectiva, teñida por las marcas emocionales que configuran la relación de la persona con su cuerpo, su movimiento y la mirada de otras personas significativas.

A diferencia de la imagen corporal, que se inscribe en el plano simbólico e inconsciente, el esquema corporal —aunque permanece en gran parte en el plano preconsciente— puede emerger a la conciencia en situaciones específicas como el dolor, el cansancio o el frío. En estos momentos, la persona toma conciencia de partes de su cuerpo cuyo funcionamiento normalmente pasa inadvertido.

Levin (1991) subraya la interrelación constante entre ambas dimensiones al afirmar:

La imagen corporal se da a ver en el esquema corporal. Esto significa

que, aunque diferenciables, ambas dimensiones se expresan en una interrelación constante. Por ejemplo, una dificultad en la organización espacial, o una gran paratonía en los miembros, puede tener su origen en una imagen corporal alterada, más allá de la organicidad. (p.67)

Esto significa que, aunque es posible establecer diferencias entre estas nociones, esquema e imagen corporal se expresan de forma interdependiente. Una alteración en la vivencia subjetiva del cuerpo puede reflejarse en dificultades en la organización del movimiento, en la postura o en la orientación espacial, incluso cuando no existe una causa asociada al equipamiento neurobiológico de base que lo explique.

Esta relación implica que ciertas dificultades en el hacer con el cuerpo pueden tener su origen en la imagen corporal. Por ejemplo, dificultades en la organización del cuerpo en el espacio pueden ser la expresión corporal de conflictos emocionales que afectan la representación del cuerpo. Estas manifestaciones pueden estar asociadas a experiencias vinculares tempranas, a la manera en que el cuerpo fue mirado, nombrado o sostenido. La imagen corporal, por tanto, configura el modo singular de habitar el cuerpo.

A lo largo de este capítulo, se ha intentado dar cuenta de la complejidad que implica pensar el cuerpo desde una perspectiva psicomotriz: como un entramado en permanente construcción, donde el equipamiento neurobiológico, lo afectivo y lo simbólico se entrelazan.

Desde las posibilidades de expresión y recepción del cuerpo, hasta la constitución del esquema y la imagen corporal, el cuerpo se revela como territorio de inscripción, de deseo, de historia. Como introducción al capítulo, elegí una frase que refleja este proceso de construcción del cuerpo. No hay cuerpo sin otra persona, sin mirada, sin palabra que lo nombre y lo sitúe. Los intercambios tónico-emocionales, los gestos y los discursos que rodean al cuerpo forman parte de este proceso de construcción del propio cuerpo.

Así, cada niño y cada niña transita un proceso singular de apropiación corporal, marcado por las experiencias sensoriales, los vínculos afectivos y los relatos que el entorno va tejiendo en torno a su ser. El cuerpo es presencia y es posibilidad, pero también es memoria. Así como es vía de encuentro, también puede ser escenario de conflictos, tensiones o silencios que se encarnan.

Reconocer la constructividad corporal como un proceso subjetivo, vincular y simbólico es esencial para quienes acompañamos procesos de desarrollo desde la psicomotricidad. Este enfoque permite situar al cuerpo como escenario del desarrollo, y también como espacio de inscripción de marcas, conflictos y demandas. La constructividad corporal no es un proceso universal; se encuentra atravesada por las características del entorno, que puede sostener o no las experiencias infantiles.

Comprender el cuerpo como lenguaje implica reconocer su doble función: como receptáculo de experiencias —donde se inscriben ausencias, presencia, tensiones y desbordes—, y como instrumento de expresión. Desde esta perspectiva, el síntoma psicomotor se arma en continuidad con la historia corporal. En el siguiente capítulo, se profundizará en estos aspectos desde una mirada psicomotriz, considerando al síntoma como una forma de expresión significativa que insiste, se repite y que está anclada a la historia corporal.

Capítulo II: El síntoma como problema en la constructividad corporal

Comprender el cuerpo como una construcción singular —atravesada por lo simbólico, lo vincular y lo emocional— supone reconocerlo como territorio de inscripción de experiencias. Desde esta perspectiva, el cuerpo no es solo soporte funcional, sino un lugar donde lo no dicho, lo no elaborado o lo conflictivo puede hacerse visible, puede encarnarse. Esta dimensión expresiva abre el campo para interrogar sus manifestaciones sintomáticas.

¿Cómo interpretar esas marcas corporales que no responden a una lesión ni a un déficit funcional, pero que insisten como forma de decir? ¿Qué historia busca narrarse cuando el cuerpo se convierte en la vía principal de expresión?

Aquí se propone abordar el síntoma psicomotor como una manifestación compleja, cuya comprensión exige una lectura integradora que articule los planos emocional, relacional y simbólico.

El presente capítulo inicia con un breve recorrido por los enfoques que, desde distintas disciplinas —como la medicina, la psicología y el psicoanálisis— han conceptualizado el síntoma. Cada una de estas miradas ofrece una comprensión particular sobre su origen, su función y su modo de manifestarse, aportando elementos clave para pensar su complejidad. Lejos de tratarse de un término unívoco, el síntoma se ha constituido como una noción en disputa, cargada de sentidos que varían según la perspectiva teórica y el campo de intervención.

Este análisis permitirá profundizar en el modo en que la psicomotricidad retoma, resignifica y transforma estos aportes, para construir una lectura propia del síntoma psicomotor. En este sentido, se buscará reconocer las particularidades con las que la psicomotricidad lo interpreta y aborda, tanto desde su marco teórico como desde su práctica clínica, integrando dimensiones neurobiológicas, emocionales, relacionales y simbólicas que atraviesan el funcionamiento del cuerpo.

Desde el modelo biomédico tradicional, el síntoma se concibe como un indicador visible de una causa orgánica invisible. En esta perspectiva, el síntoma funciona como una señal de alarma que revela una disfunción interna, asociada a un desequilibrio en el funcionamiento del

organismo. La tarea clínica consiste en rastrear esa causa subyacente —sea anatómica, fisiológica o bioquímica— para intervenir sobre ella mediante tratamientos farmacológicos, quirúrgicos o rehabilitadores. El objetivo, por lo tanto, es suprimir el síntoma.

En este modelo, el paciente suele ocupar una posición pasiva, reducida a la de portador de un órgano dañado o de una función alterada. Su palabra, su historia y su experiencia subjetiva suelen quedar en un segundo plano frente al imperativo de objetivar el malestar y localizar su causa en el cuerpo biológico.

A diferencia del modelo médico, que busca erradicar el síntoma como signo de disfunción, el psicoanálisis lo entiende como una solución subjetiva, una tentativa de elaboración frente a tensiones internas que no han encontrado otra vía de expresión.

Freud (1986 [1926]) sostiene que:

Toda formación de síntoma se emprende sólo para escapar a la angustia; los síntomas ligan la energía psíquica que de otro modo se habría descargado como angustia; así, la angustia sería el fenómeno fundamental y el principal problema de la neurosis. (p. 136)

Así concebido, el síntoma deja de ser el reflejo de un desajuste orgánico para revelarse como una solución subjetiva, simbólica, frente a un conflicto interno. A través de él, el aparato psíquico tramita lo que no puede simbolizar de otro modo. El síntoma permite un cierto equilibrio subjetivo: al inscribirse en el cuerpo o en la conducta, sostiene una forma de organización psíquica, caracterizada por el malestar.

En el marco de esta concepción el síntoma adquiere un valor: es portador de un mensaje cifrado, de algo que la persona no puede decir con palabras, pero que se expresa a través del cuerpo o de la conducta. El objetivo del trabajo clínico no es eliminarlo o corregirlo, sino interpretarlo; acercarse al sentido oculto que vehiculiza, ese sentido que remite a la historia singular, a la conflictiva y a los deseos reprimidos de cada persona.

Desde esta lógica, el síntoma constituye una vía privilegiada de acceso al inconsciente. Su

interpretación no busca eliminarlo forzosamente, sino abrir un espacio para que lo no dicho pueda inscribirse en la palabra, posibilitando una reorganización subjetiva más libre y menos marcada por el malestar.

Ahora bien, también es importante considerar que las formas de expresar el sufrimiento no son ajenas al contexto cultural e histórico. Cada época, cada sociedad, construye matrices simbólicas que modelan lo que puede nombrarse como malestar, cómo puede manifestarse y qué modos de intervención son considerados legítimos. Así, categorías como salud, patología, trastorno del comportamiento o síntoma corporal, lejos de ser universales o atemporales, están atravesadas por representaciones sociales, discursos disciplinares, valores normativos y prácticas institucionales que responden a determinaciones históricas.

La manera en que una sociedad entiende el cuerpo, la salud, la infancia, la parentalidad o incluso el deseo, condiciona los modos de enfermar, de hablar del malestar y de buscar ayuda. Por ejemplo, en determinados momentos históricos, ciertos comportamientos fueron patologizados o medicalizados, mientras que en otros fueron entendidos como expresión simbólica o síntoma social. Lo mismo sucede con las modalidades de tratamiento: lo que hoy se considera un abordaje terapéutico adecuado pudo haber sido, en otro contexto, desestimado o incluso censurado.

Este enfoque nos invita a pensar que el síntoma no sólo remite a una historia subjetiva, sino también a una inscripción colectiva: traduce tensiones sociales, mandatos culturales, exclusiones y silencios. En este sentido, las manifestaciones sintomáticas también pueden leerse como formas de resistencia, de demanda o de expresión frente a lo que no encuentra lugar en el discurso dominante. Comprender esta dimensión histórica y contextual es clave para no reducir el síntoma a una anomalía individual, sino para situarlo en una red de significados más amplia, que articula cuerpo, subjetividad y cultura.

El enfoque psicomotriz: una lectura integradora del cuerpo y el síntoma

En continuidad con la perspectiva simbólica propuesta por el psicoanálisis, la psicomotricidad introduce una mirada que pone al cuerpo en el centro de la experiencia subjetiva, reconociendo su dimensión expresiva, receptiva y vincular.

A lo largo del tiempo, desde diferentes campos, se ha evidenciado que muchas dificultades no pueden ser comprendidas plenamente desde una lectura exclusivamente orgánica o psicológica. Por el contrario, estas manifestaciones emergen de una trama compleja en la que se entrelazan factores neurológicos, emocionales y relacionales, lo que exige enfoques clínicos que integren estas dimensiones de manera articulada.

La psicomotricidad, como disciplina en construcción permanente, ha transitado diversos enfoques a lo largo de su desarrollo, en un intento por comprender fenómenos que no pueden reducirse ni a lo puramente orgánico ni a lo exclusivamente psíquico. Esta búsqueda ha dado lugar a diferentes modos de pensar el cuerpo, las manifestaciones sintomáticas y las posibilidades de intervención. En este recorrido, Levin (1991) propone una lectura especialmente esclarecedora, al identificar tres cortes epistemológicos que permiten dar cuenta de los distintos posicionamientos teóricos y clínicos que han coexistido —y aún coexisten— en el campo psicomotriz.

Estos cortes no deben entenderse como etapas cronológicas, sino como modos de concebir el cuerpo y a sus manifestaciones que responden a marcos conceptuales diferenciados.

El primer corte epistémico remite a aquellas prácticas que centran su mirada en lo motor, en recuperar la función, a través de prácticas reeducativas basadas en la ejercitación. El segundo corte corresponde a la terapia psicomotriz, que se ocupa de aquello que el cuerpo expresa, en vínculo con su desarrollo tónico-emocional, instrumental y cognitivo . El último corte, referido por Levin como clínica psicomotriz, se diferencia del anterior por incorporar el orden de lo simbólico y lo transferencial a la lectura de las expresiones corporales, abriendo así un espacio de trabajo subjetivante.

En palabras de Levin (1998)

Estos cortes y pasajes no sólo responden a un devenir histórico, sino, fundamentalmente a diferentes interrogantes que la práctica clínica nos fue generando. Son pasajes lógicos y no cronológicos, responden a una lógica determinada sustentada en una concepción particular acerca del sujeto, lo que trae aparejadas diferentes respuestas teóricas, clínicas y éticas.(p. 29)

Este fragmento enfatiza que la forma en que entendemos al cuerpo está directamente relacionada con nuestras decisiones clínicas y éticas. No se trata únicamente de una cuestión teórica: esa concepción modela nuestras intervenciones y posicionamientos frente a quienes acuden a la consulta.

Tal como señala Levin(1998): “El niño es un sujeto y por lo tanto en su hacer, en su no hacer, en su palabra o en su silencio, tiene algo particular para decirnos que necesita ser mirado, escuchado, desde una posición simbólica”(p. 38).

Desde esta mirada, cobra especial relevancia el concepto de funcionamiento. Bergès (1990) introduce una distinción fundamental en psicomotricidad al diferenciar los conceptos de función y funcionamiento. La función se refiere a la capacidad neurobiológica del organismo para realizar una acción específica. Esta capacidad está determinada por la estructura anatómica y el estado del sistema nervioso.

Por otro lado, el funcionamiento implica la puesta en uso de esa función en un contexto determinado, influenciado por factores subjetivos, emocionales y relacionales. Es decir, el funcionamiento es la manera particular en que cada persona utiliza sus funciones en la interacción con el entorno y con los demás. Abarca no solo la ejecución de movimientos, sino también la capacidad del cuerpo para expresarse y relacionarse con el espacio, con los otros y consigo mismo.

Es precisamente en este terreno donde se inscribe la psicomotricidad, cómo opera esa función: cómo se expresa la persona a través del cuerpo, del movimiento, de la acción o de su inhibición, en el espacio corporal o gráfico.

El síntoma psicomotor captura parte del funcionamiento y se hace visible en su singularidad. En la clínica psicomotriz, tanto las acciones como las inhibiciones se convierten en vehículos de sentido, cargados de historia y de afectividad. Cada gesto, cada movimiento, o incluso su ausencia, pueden ser leídos como una forma de decir.

Según Toledo y de Pena (2003):

El síntoma psicomotor, manifestado en el cuerpo obstruye los procesos de simbolización en tanto procesos psíquicos sobre la ausencia de objeto, sobre la

pérdida, el corte. Cortes que delimitan espacios, separan, diferencian, posibilitando el proceso de construcción del propio cuerpo. (s/p)

El síntoma, no sólo señala esa obstrucción, sino que se convierte en un modo de inscribir, de manera precaria pero insistente, lo que no pudo constituirse simbólicamente.

Constituye una estructura dinámica que organiza al niño o niña en su relación con el cuerpo, el espacio, el lenguaje y las otras personas. Desde una perspectiva psicomotriz, el síntoma se concibe como un elemento estructurante, que refleja el modo particular en que se ha aprendido a relacionarse con su propio cuerpo y con el mundo que lo rodea.

Esta noción de estructura se refiere a un sistema de significados y funciones que el cuerpo pone en juego. A través del síntoma, la niña o el niño expresa un modo de funcionamiento psíquico que se articula a través de los movimientos, de las posturas y del tono. Así, el síntoma no es simplemente un reflejo de un conflicto emocional, sino que organiza la manera en que ese conflicto es vivido y percibido corporalmente. Este entramado es el que permite que el síntoma se mantenga como una estructura que se repite, que se inscribe de manera recurrente en las experiencias de la infancia.

Levin(1991) expresa:

De aquello que se defiende el niño en el síntoma psicomotor no quiere saber nada; sin embargo, se hace mirar en su motricidad y en su cuerpo, lo que le otorga a la mirada ese lugar privilegiado que tiene para el acontecer psicomotor.
(p 81)

El síntoma psicomotor, en este marco, se convierte en una señal que invita a observar aquello que el niño o niña aún no puede elaborar o simbolizar. No se trata solo de una manifestación corporal, sino de una expresión que pone en evidencia conflictos internos.

En la clínica psicomotriz, el síntoma es una vía a través de la cual la persona organiza su experiencia. Se manifiesta como un modo particular de vincularse con el cuerpo, el espacio y

los demás, revelando cómo ha construido su mundo emocional y simbólico a partir de sus vivencias.

Este enfoque permite ver al síntoma como parte de una red de relaciones que involucra cuerpo, psiquismo y vínculo. A través del trabajo psicomotriz, es posible intervenir en esta estructura y generar nuevas formas de simbolización y expresión. Crear condiciones simbólicas para que el cuerpo pueda comenzar a ser habitado de otro modo. El trabajo con el síntoma psicomotor implica, en ese sentido, una tarea tanto clínica como ética: ofrecer un espacio donde el cuerpo pueda ser mirado, nombrado y sostenido desde una presencia que habilite nuevos sentidos.

En semejanza con esta lectura, Aucouturier (2004) plantea que el síntoma también puede ser comprendido como el resultado de un fracaso en el proceso de reaseguración profunda en la infancia, cuando las angustias arcaicas de pérdida no han podido ser contenidas suficientemente. Este déficit de sostén emocional, sostiene el autor, repercute directamente en la integración somato-psíquica, obstaculizando su posibilidad de pensar en acción. En sus palabras:

Los síntomas son el resultado del fracaso del proceso de reaseguración profunda debido a la intensidad de las angustias arcaicas de pérdida, que el bebé no ha podido asumir, y que, al no estar suficientemente contenidas, ocasionan un déficit en la integración somato-psíquica. Este déficit no permite que el niño piense en acción. (p. 234)

En este marco, el juego aparece como una vía privilegiada de elaboración. Mientras algunos niños y niñas logran utilizarlo como recurso de reaseguramiento frente a sus angustias, otras y otros —ante experiencias vinculares tempranas desorganizadoras— no logran simbolizar. Aucouturier sostiene entonces que en la infancia, ante esta carencia de continente originario, debe construirse una suerte de soporte alternativo: “El continente originario no ha madurado suficientemente y el niño debe construir una segunda piel” (Aucouturier, 2004, p. 135).

Esta “segunda piel” puede entenderse como una organización defensiva que se construye, una envoltura protectora que intenta dar forma, sostén y sentido a una experiencia emocional que no logró simbolizarse.

La clínica psicomotriz, entonces, se sitúa del lado de aquello que en él síntoma se expresa y busca ser escuchado. Cuando hablamos de cuerpo, hablamos también de una historia, un deseo y una posibilidad de transformación. En este gesto clínico se despliega una lectura que no puede escindirse de los contextos en los que ese cuerpo se construye: su historia familiar, los vínculos que lo sostienen, los centros educativos, el entorno social. Es en esos entramados donde el síntoma cobra sentido y donde se abre, también, la posibilidad de una intervención.

Bajo este enfoque ningún síntoma puede leerse por fuera del tiempo, del lazo ni del territorio simbólico que lo produce. Por eso, en el capítulo siguiente nos adentraremos en la dimensión contextual del síntoma, considerando su inscripción en la historia singular de las infancias, su vínculo con la familia, y las formas en que se manifiesta y es interpretado dentro del ámbito educativo. Interrogarnos y tratar de comprender estas dimensiones relacionales y contextuales será el paso necesario para continuar desentrañando el lugar que ocupa el síntoma en la construcción corporal en la infancia.

Capítulo III: Historicidad y contextualización del síntoma psicomotor.

En los capítulos anteriores se abordó el concepto de cuerpo como una construcción, desarrollando los términos de constructividad corporal y las dimensiones de esquema e imagen corporal. Asimismo, se reflexionó sobre el síntoma psicomotor como un problema dentro de este proceso. En este capítulo, se considera necesario profundizar en las redes socio-vinculares que acompañan el desarrollo psicomotor y que pueden influir en la configuración del síntoma.

Se propone aquí una mirada del síntoma psicomotor desde su dimensión histórica y contextual. Por un lado, la historicidad remite a la trayectoria personal, construida a lo largo del tiempo mediante experiencias, vivencias y significaciones. Por otro lado, la contextualización alude al entorno social, familiar y cultural en el que se desarrollan las infancias, reconociendo que cada contexto aporta significados y condicionantes que inciden en el desarrollo psicomotor.

Desde esta línea de pensamiento, el síntoma psicomotor puede entenderse como una manifestación que emerge en la intersección entre la historia personal y el contexto relacional y simbólico, expresando una articulación compleja entre lo subjetivo y lo social.

En este cruce entre lo individual y lo colectivo, la familia —como primer espacio de significación— y la institución educativa —como escenario privilegiado de socialización— son contextos fundamentales que modelan u ofician de escenario para el despliegue del síntoma. En ambos espacios se despliegan modos de vínculo, discursos, expectativas y miradas que influyen en la forma en que el cuerpo se expresa y en cómo se lo interpreta.

En función de estos planteos, el capítulo se estructurará en tres bloques: (1) la posición de la niña o el niño en el entramado relacional, (2) la familia y el síntoma y (3) el síntoma en la escuela.

La posición del niño o la niña en el entramado relacional

Intentar comprender el síntoma psicomotor implica no sólo considerar el entorno familiar e institucional en que se manifiesta, sino también atender al lugar que el niño o la niña ocupa dentro de ese entramado. Hablar de posición implica pensar en una construcción dinámica,

influida por los vínculos, los discursos y las experiencias que configuran el proceso de constructividad corporal.

Bergès (1978) introduce la noción de posición como un concepto central para comprender el modo en que el cuerpo se sitúa en relación con el entorno, con los otros y consigo mismo. La posición remite, entonces, a una actitud subjetiva frente a las situaciones vinculares.

Esta posición se va construyendo en la interacción cotidiana con otros significativos —familiares, docentes, terapeutas— y está atravesada por las expectativas, los deseos, los miedos, los modos en que la persona es nombrada y como es ubicada a través de acciones.

Desde los primeros momentos de la vida, la persona es situada en una determinada posición dentro de la estructura familiar. Puede ser mirada, investida, rechazada, sobreprotegida o silenciada entre otras. Estos lugares simbólicos atribuidos condicionan el desarrollo psicomotor.

Pensar en la posición no como un lugar físico, sino como un lugar simbólico dentro de un entramado relacional —familiar, escolar, social— permite comprender que no se trata de un lugar solo atribuido o solo elegido, sino construido en los vínculos. A menudo, estos lugares se van moldeando a través de las experiencias corporales, afectivas y vinculares. En ese marco, el síntoma puede leerse como una expresión de malestar o una demanda de reubicación subjetiva frente a las exigencias del entorno.

En algunos casos, el síntoma funciona como un modo de ocupar un lugar, de hacerse visible o de interrumpir un discurso que lo excluye como persona. Lejos de reducirse a una señal de desajuste, el síntoma se convierte en una modalidad singular de participación en ese entramado: una respuesta cargada de sentido frente a los lugares disponibles —o negados— para el cuerpo, el deseo y la palabra.

En línea con esta concepción, el abordaje psicomotriz busca descentrar al niño o la niña del lugar fijo en el que se encuentra (como “el problema”, “el rebelde”, “el que no aprende” o “el que no molesta”) y abrir nuevas posibilidades de relación con los demás. Se trata de generar un espacio donde el cuerpo pueda desplegar su dimensión de juego, deseo y creación.

Es en el cuerpo dónde esta posición se hace visible: en la forma de moverse, de jugar, de estar con otros, de ocupar el espacio. El síntoma psicomotor se convierte así en una forma de expresión del cuerpo que busca desplegarse frente a un lugar particular, de sufrimiento. A veces se manifiesta en un cuerpo que se retrae, se inhibe o se desorganiza; otras, en un cuerpo que desborda, que no encuentra regulación o que desafía los límites del espacio compartido.

En este contexto, la práctica psicomotriz se configura como un espacio privilegiado para acompañar al niño o niña en la reconfiguración de su posición subjetiva, a través de la experiencia lúdica, corporal y vincular. Allí, el cuerpo es escuchado en su singularidad. A través de la actividad espontánea, habilitar un escenario donde es posible ensayar otras maneras de estar, de moverse, de relacionarse. A veces, eso implica desarmar posiciones cristalizadas que solo generaban malestar; otras, darle un nuevo sentido a aquello que había sido leído como síntoma disruptivo.

La familia y el síntoma

La familia constituye el primer espacio de inscripción simbólica y corporal, donde la persona comienza a delinear su modo de estar en el mundo. En ese entorno se instauran las primeras experiencias afectivas y corporales, los modos de regulación emocional, y también las formas de responder ante el malestar. Se modelan las primeras respuestas frente al placer, la frustración y la angustia.

Las conceptualizaciones que expongo a continuación fueron formuladas en contextos socio-históricos donde predominaba el modelo tradicional de familia nuclear. Hoy resulta fundamental reconocer la diversidad de configuraciones familiares existentes. Familias monoparentales, ensambladas, homoparentales, con cuidadores no binarios o adoptivos, entre otras, muestran que lo constitutivo no es quién ejerce el rol de cuidado, sino cómo se ejerce. Es decir, no se trata de una madre o un padre en términos biológicos o normativos, sino de la función que la persona o red de personas cumple en la vida del niño o la niña. Más allá de las categorías de género, lo que resulta verdaderamente constitutivo es el lugar psíquico que esa figura ocupa para la persona, es decir, la posición desde la cual sostiene, nombra, aloja y acompaña el desarrollo.

Winnicott (1965), por ejemplo, conceptualiza a la familia como una unidad de crianza. En su enfoque, el bebe o beba no puede pensarse como una entidad separada e independiente, sino

que existe en relación con su entorno, particularmente con las figuras significativas que lo sostienen.

Desde otro enfoque, Rivière (1971) define a la familia como una estructura social básica, donde se da un entrecruzamiento de roles diferenciados —padre, madre, hijo— que organizan la dinámica vincular. Para el autor, la familia es el modelo de la situación grupal: un sistema de interacciones no sólo biológico, sino también funcional y simbólico. El síntoma puede entenderse como una cualidad emergente de ese sistema: un indicador de tensiones o disfunciones que, aunque no se expresan directamente, se manifiestan en el cuerpo del niño o niña como portador del malestar familiar.

Ambas perspectivas resaltan la importancia de la familia en la constitución subjetiva y en la aparición del síntoma. Mientras que Winnicott pone el acento en la función del entorno familiar para sostener la integración emocional y psíquica de las infancias, Rivière enfatiza la dimensión grupal e interactiva, en la que el síntoma no es únicamente del niño o niña, sino que pertenece al sistema que lo contiene.

En este sentido, las características propuestas por los autores antes mencionados sobre las familias siguen siendo valiosas como herramientas conceptuales, siempre que puedan ser leídas desde una perspectiva abierta que contemple los cambios sociales y culturales actuales.

Lo que permanece como idea central es el entramado vincular en el que el ser humano se construye, más allá de las formas específicas que adopte. Integrar estas miradas permite una comprensión del síntoma psicomotor como una manifestación que se construye y cobra sentido en ese entramado relacional.

El entorno familiar ocupa un lugar primordial, ya que es allí donde se transmiten mandatos, mensajes sobre el deseo, la pertenencia y el lugar que se ocupa dentro de la estructura familiar. Desde los primeros momentos de vida, cada persona comienza a establecer su lugar: cuando es alimentada, acariciada, sostenida o se le ponen límites.

El cuerpo, entonces, deviene escenario donde se inscriben tanto los encuentros amorosos y placenteros como las tensiones, los silencios y las angustias de la vida cotidiana.

La familia puede llegar a advertir que algo ocurre. Es en sus relatos, preocupaciones y modos de nombrar el malestar infantil donde comienzan a delinearse las primeras significaciones del síntoma. Por esta razón, en el abordaje psicomotriz es fundamental incluir a la familia en el proceso de escucha, habilitando posibles sentidos que reconozcan la singularidad de cada niña o niño en su contexto.

Esto implica considerar a la familia como un espacio de trabajo. Escuchar, acompañar y trabajar con ella permite enriquecer el proceso terapéutico y favorecer transformaciones que involucran la dinámica vincular en su conjunto. Desde la psicomotricidad, esta mirada puede permitir abrir caminos de menor malestar.

Reconocer la función estructurante de la familia —independientemente de su configuración— resulta esencial para comprender el síntoma psicomotor como expresión singular de un entramado vincular que puede modificarse.

Por eso, el abordaje psicomotriz no puede desligarse de una escucha atenta a estos discursos múltiples. Conocer cómo se habla del cuerpo de la niña o niño tanto en el hogar como en la institución escolar, permite ampliar la comprensión del síntoma y abrir posibilidades de intervención contextualizadas.

El síntoma en la escuela

Mientras que la familia suele expresar el malestar infantil a través de la preocupación, el temor o el enojo, la institución educativa tiende a nombrarlo desde el lenguaje de la norma, del rendimiento o de la conducta. Lo que en el hogar puede vivirse como angustia o retraimiento, en la escuela puede leerse como desajuste o desobediencia.

Así como la familia es el primer espacio donde el cuerpo es significado y sostenido, la escuela representa el segundo gran escenario concreto. Allí el cuerpo se encuentra con nuevas formas de regulación, límites y modos de reconocimiento.

El ingreso al ámbito escolar implica una ampliación del universo social, donde no sólo se ponen en juego aprendizajes académicos, sino también formas de estar con otros y otras, de ser mirado o mirada, escuchado o escuchada y nombrado o nombrada. En ese mismo espacio, el cuerpo sigue

siendo vehículo de expresión y vivencias, pero también se convierte en objeto de evaluación, organización y, con frecuencia, de normalización.

Esta tensión entre lo singular y lo colectivo ha sido desarrollada por Vasen (2008), quien destaca a la escuela como un lugar donde lo íntimo y lo social se entrecruzan:

La escuela socializa, sirve de puente e interfaz dentro/fuera entre la “intimidad” familiar y el “afuera” social que, como hemos planteado, ya está “adentro” como extimidad. La escuela sigue siendo el primer espacio real en el que se experimenta lo diverso, donde se experimentan las diferencias, donde se registra al otro y se recibe la mirada del otro. (p. 76)

Esta función socializadora pone en tensión la singularidad de cada niño o niña con las expectativas colectivas de normalidad, adaptación y rendimiento. En ese escenario, el cuerpo —en movimiento, deseante, receptáculo y expresivo— puede verse en problemas. Es leído y significado por docentes y pares, lo que puede reforzar o tensionar su construcción corporal.

Algunas manifestaciones corporales adquieren así sentido como respuestas subjetivas frente a la tensión entre lo propio y lo que el entorno espera. El niño o la niña se encuentra con nuevas normas, miradas y discursos que pueden silenciar su singularidad o, por el contrario, abrir espacio a su expresión.

A lo largo de este capítulo se ha propuesto una lectura que reconoce el síntoma psicomotor como una forma de expresión de aquello que supone un malestar, un sufrimiento a través del cuerpo.

La familia, como primer espacio de inscripción simbólica, moldea los primeros modos de estar en el mundo, mientras que la escuela introduce nuevas formas de regulación, vínculos y miradas. Ambos contextos asignan lugares, significan los movimientos y, en muchos casos, también los patologizan. Es en ese cruce de discursos —entre el deseo familiar, las exigencias escolares y las propias búsquedas de la infancia— donde el cuerpo puede volverse el escenario de un problema.

Desde la psicomotricidad, el desafío consiste en escuchar el síntoma como mensaje, en abrir un espacio donde el cuerpo pueda expresarse en otros lenguajes, moverse de maneras diferentes y construir nuevas posiciones.

Acompañar a un niño o una niña en ese recorrido implica reconocer la complejidad del entramado en el que se inscribe su malestar y confiar en la potencia transformadora del juego, del vínculo, del movimiento y la actividad espontánea como caminos para abrir nuevas posibilidades en la historia que ese cuerpo viene a contar.

Los síntomas comunican un sufrimiento. La consulta ocurre, generalmente, porque alguien —padres, familiares o docentes— expresa una preocupación. Esa preocupación puede abrir la posibilidad de una intervención, un encuentro terapéutico.

Capítulo IV: El proceso diagnóstico

En este capítulo se aborda el diagnóstico psicomotor como un proceso dinámico cuyo fin es comprender el funcionamiento psicomotor, generar hipótesis diagnósticas, y en las situaciones en las que corresponda, orientar la intervención y acompañar el desarrollo de la persona.

Basándose en los análisis previos de la función tónico-posturo-motriz del cuerpo y del síntoma en sus dimensiones histórica, relacional y simbólica, este capítulo aborda cuáles son los criterios que orientan el diagnóstico y de qué modo sirve de fundamento para la intervención terapéutica.

Se analizarán las posibles instancias involucradas en el proceso diagnóstico: entrevista inicial, instrumentos de evaluación, observación de la actividad espontánea, formulación de hipótesis diagnósticas, entrevista de devolución. Estas constituyen herramientas que pueden utilizarse, aunque no todos los procesos diagnósticos incluyen necesariamente todas ellas. En algunos casos, no resulta viable aplicar pruebas estandarizadas, o bien se opta por enfoques que prescinden de ciertos instrumentos, especialmente cuando el foco está puesto en el funcionamiento de la persona más que en la función evaluable.

El diagnóstico psicomotor se construye a partir de la singularidad de la persona y su contexto. Factores como la edad del niño o la niña, su historia de desarrollo, el motivo de consulta y la demanda resultan relevantes a la hora de definir cómo se estructura el proceso de evaluación. En este sentido, es importante diferenciar dos conceptos centrales que suelen dar inicio al recorrido clínico: la demanda y el motivo de consulta.

La demanda constituye aquello que moviliza la consulta: puede ser expresada por la familia, por la institución educativa, o por un equipo de salud. Es esencial distinguir entre la demanda explícita —lo que se verbaliza como necesidad— y la demanda implícita, que puede reflejar otros deseos, tensiones o conflictos no nombrados directamente. También resulta clínicamente relevante considerar quién formula la demanda y desde qué posición lo hace.

Por su parte, el motivo de consulta refiere a la expresión concreta de aquello que preocupa: por ejemplo, “no presta atención”, “se cae mucho”, “es muy inquieto”, “no se vincula con sus pares”.

Estas formulaciones, aunque útiles como punto de partida, no deben tomarse como verdades acabadas: suelen estar cargadas de expectativas del mundo adulto, miradas normativas y significados culturales que es necesario analizar cuidadosamente.

La tarea del o la psicomotricista no se reduce a responder de forma directa a la demanda tal como fue planteada, sino a construir —junto a los referentes y al propio niño o niña— una lectura más profunda del malestar que habilite nuevas formas de escucha, de intervención y de acompañamiento.

Previamente, recorrimos una línea de pensamiento que concibe al cuerpo como una construcción, lo que implica que el diagnóstico psicomotor debe abordarse como un proceso dinámico y relacional. El diagnóstico implica la formulación progresiva de hipótesis que permitan comprender el malestar, a la vez que orientan la intervención terapéutica. Como señala Untoiglich, (2013):

Así como los niños comienzan trazando sus primeras letras con lápiz, los profesionales que nos ocupamos de la salud de los más pequeños también tendríamos que utilizar un lápiz para escribir esas primeras hipótesis diagnósticas, que por un lado son absolutamente necesarias y forman parte del proceso de cura, pero que no deberían constituirse nunca en una marca indeleble en la vida de un sujeto. (p. 61)

La autora utiliza la metáfora de las primeras letras trazadas por las niñas y los niños, para referirse a primeras hipótesis diagnósticas que son necesarias pero que no deben convertirse en marcas permanentes en la trayectoria de una persona. Esta metáfora subraya la importancia de mantener una postura flexible y abierta, evitando que esas hipótesis iniciales se conviertan en etiquetas que limiten el potencial del desarrollo psicomotor.

Dicho de otra forma, el diagnóstico no es un juicio definitivo, sino la exploración de cómo se inscriben la historia y los vínculos en el cuerpo. En palabras de de Pena y Díez (2021): “El diagnóstico psicomotor intenta encontrar en el funcionamiento psicomotriz las vicisitudes de la construcción del cuerpo” (p. 9).

La entrevista inicial: una herramienta clínica esencial

La entrevista es una herramienta clínica esencial, tanto en el ámbito de la psicomotricidad como en otras áreas del campo social. La entrevista, concebida desde una actitud de escucha, busca favorecer el diálogo y habilitar que se compartan no solo datos sobre el desarrollo psicomotor, sino también aspectos cotidianos, relacionales y simbólicos vinculados a la historia familiar y a la infancia. La información es esencial para comprender cómo se estructura el malestar y qué lugar ocupa el síntoma en la dinámica familiar.

En palabras de Diez (2025) “Cada entrevista constituye una situación única que requiere discernimiento y capacidad de adaptación a la singularidad del encuentro, por lo que las intervenciones deben ajustarse siempre al contexto y a la subjetividad de las personas implicadas”(s/p).

Generar un encuadre que propicie un espacio de confianza con las personas adultas referentes permite que puedan expresar su propio malestar frente a la problemática que los convoca, así como reflexionar sobre el lugar que esta ocupa en la dinámica familiar. Al mismo tiempo, resulta fundamental atender al lugar del niño o la niña, considerando tanto su discurso como el de quienes lo acompañan, para acceder a una comprensión más amplia del entramado vincular que sostiene el síntoma.

En este sentido, no solo importa lo que se dice, sino también cómo se dice: los aspectos formales y paraverbales del lenguaje constituyen indicadores clínicos valiosos que orientan sobre el malestar y la estructura relacional. Del mismo modo, es necesario reconocer el peso de nuestras propias expresiones no verbales. La manera en que nos posicionamos, el tono que empleamos, los silencios que sostenemos y la forma en que habitamos el espacio también conforman parte del lenguaje del encuentro terapéutico.

Por tanto, las entrevistas con las personas de referencia tienen un papel central en el proceso diagnóstico y terapéutico dentro de la psicomotricidad, brindando información para construir hipótesis iniciales que luego pueden ser reformuladas.

Pruebas de evaluación psicomotriz: alcance, limitaciones y criterios éticos

Las pruebas instrumentales constituyen una herramienta valiosa dentro del diagnóstico psicomotriz. En el contexto de un encuadre, intentan aislar funciones específicas —por ejemplo, coordinación, tono o habilidad visomotora— y proveer información cuantitativa sobre ellas. Sin embargo, su aplicación requiere un marco riguroso: conocer qué investiga cada prueba, sus alcances, los requerimientos para aplicarla y los límites de interpretación. Esto garantiza la fidelidad clínica al propósito de evaluación. Además, se debe considerar no solo los resultados, sino también lo que está implicado mientras el niño o la niña realiza la prueba: esto incluye aspectos cualitativos y simbólicos que dialogan con lo cuantitativo.

Es importante distinguir entre evaluación y diagnóstico. Mientras la evaluación psicomotriz implica el uso de herramientas para identificar funciones específicas (como el tono, la coordinación o la lateralidad), el diagnóstico supone una interpretación clínica más amplia, que articula esos datos funcionales con aspectos subjetivos, vinculares e históricos del niño o la niña. Reducir el diagnóstico a una suma de resultados de test implica un riesgo de pérdida de la complejidad del síntoma psicomotor, que siempre remite a una historia encarnada.

Según Levin (1991), las pruebas analíticas ofrecen datos fragmentarios: entregan componentes superficiales de la estructura psicomotora, pero no profundizan en las causas ni en la posición subjetiva del niño o la niña, elemento central en nuestra comprensión del síntoma.

En este sentido, de Pena y Diez (2021) señalan que “en clínica psicomotriz los test se proponen para aislar funciones que se presumen fragilizadas, y se intenta discernir en qué medida esa fragilidad puede explicar el funcionamiento alterado”(p. 10). Esta perspectiva resalta la importancia de considerar los test como herramientas que, si bien son útiles, deben ser interpretadas dentro de un marco más amplio que incluya la historia subjetiva y corporal de la persona, evitando su uso como instrumentos descontextualizados.

Desde esta mirada, se comparte la postura crítica sostenida en este trabajo: los test son herramientas de precisión que permiten afinar hipótesis funcionales, pero no deben entenderse como expresiones definitivas de la persona. Su carácter es constructivo y dinámico, orientado a formular hipótesis clínicas que luego se integran y reformulan en un proceso más amplio.

de Pena y Diez (2021) expresan:

La integración de los datos provenientes del campo de la función con los del campo del funcionamiento es lo que legitima el uso de los test y resguarda de que el recorte de dominios a ser evaluados, no termine consolidando una visión reduccionista sobre el cuerpo y el síntoma psicomotor. (p. 10)

Este planteo refuerza que los test psicométricos, si bien valiosos para precisar posibles fragilidades o fortalezas aisladas en la función psicomotriz, sólo adquieren sentido cuando se articulan con la observación clínica y las particularidades contextuales de cada niño o niña. Esa integración permite transformar fragmentos de información en una comprensión más amplia y respetuosa de la singularidad de la persona evaluada, evitando reduccionismos y favoreciendo hipótesis clínicas más pertinentes y flexibles.

Observación de la actividad espontánea

En este proceso, la observación es una herramienta privilegiada. A través de ella, se busca comprender qué expresa el niño o la niña a través de su cuerpo, sus movimientos, su lenguaje y su actividad espontánea; lo que hace y cómo lo hace.

Esta herramienta es un componente esencial para comprender la posición del cuerpo, y potencia significativamente a las otras instancias diagnósticas. Como toda herramienta, requiere de una formación específica teórica y de experiencia clínica. Si bien es una instancia fundamental y valiosa, su eficacia depende de la capacidad de comprender e interpretar correctamente lo que se está observando, así como de reconocer los propios sesgos.

Según Arnaiz Sánchez et al. (2008), la observación demanda múltiples competencias, estrategias, condiciones y herramientas, y debe ejercitarse continuamente para volverse operativa.

Si bien existen guías y protocolos que orientan la observación de parámetros psicomotores, este trabajo parte de la premisa de que el diagnóstico psicomotriz es una construcción profesional que debe adaptarse a cada situación singular. Por lo tanto, la observación no debe entenderse como un proceso estandarizado, sino como una práctica reflexiva y contextualizada que permita comprender el funcionamiento de cada niño o niña.

Este enfoque implica que la observación se realice con una actitud abierta y flexible, dispuesta a ajustarse a las particularidades de la persona y del contexto. De este modo, la observación se convierte en un instrumento dinámico que busca comprender y acompañar el proceso de construcción del cuerpo.

La observación de la actividad espontánea revela aspectos del funcionamiento psicomotor que pueden no ser evidentes en situaciones estructuradas. Resulta imprescindible para construir hipótesis clínicas integradas, coherentes con el enfoque relacional y simbólico desarrollado en capítulos anteriores, manteniendo siempre presentes las singularidades de cada niño o niña.

Formulación de hipótesis diagnóstica

La formulación de hipótesis diagnósticas consiste en elaborar explicaciones provisionales con el objetivo de captar el funcionamiento del niño o niña y en algunos casos incorporar una lectura de las funciones que se presumen fragilizadas.

Este enfoque permite construir diagnósticos que articulan constructivamente la historia, los vínculos y el síntoma, priorizando siempre la singularidad de la persona. En este marco, la expresión del malestar a través de una vía tónico-posturo-motriz se vuelve un indicativo significativo, porque refleja cómo se inscriben en el cuerpo experiencias, tensiones, desequilibrios que los test por sí solos podrían no capturar.

Entrevista de devolución

La entrevista de devolución es un momento clave en el proceso de diagnóstico psicomotriz. En esta instancia se comparten con las personas referentes —y con la niña o el niño cuando sea apropiado— los resultados obtenidos, de manera clara y comprensible. En los casos en los que se oriente una intervención desde la disciplina, este espacio posibilita no solo la exposición de los resultados, sino también la construcción de una alianza terapéutica basada en la transparencia, la colaboración y el respeto por la singularidad de cada persona.

Esta instancia integradora articula el conocimiento clínico, los datos recogidos a través de la observación y el diálogo con la narrativa familiar, permitiendo contextualizar el síntoma y visibilizar cómo las experiencias, vínculos y expectativas influyen en su manifestación e

interpretación. En este sentido, la devolución debe estar atravesada por una reflexión ética y profesional sobre qué se comunica, cómo y cuándo.

La entrevista de devolución no marca un cierre, sino que puede ser el punto de partida para la intervención terapéutica. Al comunicar los resultados, se abre la oportunidad de fomentar la participación activa de la familia, recoger sus inquietudes y ajustar las expectativas, generando un espacio para proyectar juntos los próximos pasos.

Dado que el diagnóstico psicomotriz es un proceso dinámico y constructivo, las hipótesis formuladas deben manejarse con sensibilidad para evitar que se conviertan en etiquetas rígidas. Cuidar el lenguaje, preservar la confidencialidad y promover la comprensión del proceso en las personas referentes son responsabilidades éticas, que también implica reconocer al niño o la niña como sujeto de derechos.

En suma, la devolución ética y cuidadosa habilita el diálogo y facilita el acompañamiento, entendiendo que las hipótesis son puntos de partida abiertos, al servicio del desarrollo y bienestar de quien consulta. Como señala Untoiglich (2013), “esas primeras hipótesis diagnósticas, que por un lado son absolutamente necesarias y forman parte del proceso de cura, pero que no deberían constituirse nunca en una marca indeleble en la vida de un sujeto” (p. 61). Sino como una invitación a la apertura y al ajuste constante.

Reflexiones finales

Este trabajo abordó pilares fundamentales de la psicomotricidad: la constructividad corporal, el síntoma psicomotor, su historicidad y contextualización, y el proceso diagnóstico. El recorrido nació de la inquietud por cómo posicionarse frente a quien llega a la clínica psicomotriz, considerando siempre el impacto de las intervenciones.

Desde esa inquietud, elegí centrarme en el síntoma psicomotor por su complejidad y riqueza clínica. Su estudio implicó revisar autoras y autores clave y explorar producciones actuales que enriquecen la mirada clínica desde una perspectiva situada.

En el marco de la clínica psicomotriz, el cuerpo se presenta como vía de expresión del malestar. Considero que uno de los grandes desafíos de esta práctica radica en sostener intervenciones centradas en las singularidades: adaptar los saberes construidos a lo largo de la formación a la persona que consulta, con sus modos propios de expresarse y mostrarse, y con sus fortalezas, vulnerabilidades y sufrimiento.

Decidí abordar el síntoma como problema, no como trastorno o alteración. Esta elección busca evitar miradas fijas o patologizantes. Responde a una concepción del desarrollo psicomotor como un proceso dinámico y evolutivo, donde pueden aparecer dificultades en el hacer y en el uso de herramientas instrumentales para interactuar con el entorno. Llamarlo problema es una manera de no clausurar a la persona en una etiqueta, sino de permitir que lo que duele, lo que desborda, tenga un lugar en la escucha clínica.

Dado que los problemas psicomotrices se manifiestan de forma singular, su evaluación no puede sostenerse en técnicas rígidas. Por el contrario, requiere una disposición constante a la adaptación y a la escucha, así como una actitud clínica atenta a los matices de cada situación.

Existen herramientas que pueden orientar el proceso de evaluación, pero deben utilizarse dentro del marco de una práctica que reconoce la incertidumbre como parte inherente de su quehacer. Comprender y dar sentido al síntoma psicomotor implica sostener un trabajo delicado, situado y humano.

En un contexto social atravesado por múltiples formas de vulnerabilidad, la psicomotricidad se presenta como un espacio para acompañar desde el cuerpo. Es allí, en la intersección entre el gesto, la presencia y la palabra, donde esta disciplina encuentra su potencia transformadora.

Este recorrido también significó, en lo personal, un ejercicio de revisión y posicionamiento como futura psicomotricista. Me permitió reconocer no solo lo que sé, sino también todo lo que aún queda por construir, aprender y revisar en el encuentro con cada persona.

A futuro, resulta necesario seguir profundizando en el modo en que los contextos sociales, económicos y culturales configuran las expresiones del malestar en el cuerpo, y cómo la psicomotricidad puede responder ante estas realidades.

Referencias Bibliográficas

- Ajuriaguerra, J. (1977). *Manual de psiquiatría infantil*. Masson.
- Ajuriaguerra, J. de. (1986). Organización neuropsicológica de algunas funciones: de los movimientos espontáneos al diálogo tónico-postural y a las formas precoces de comunicación. *Psicomotricidad*, 23, 17–34.
- Arnaiz Sánchez, P., Rabadán Martínez, M., & Vives Peñver, I. (2008). *La psicomotricidad en la escuela: Una práctica preventiva y educativa* (4ª ed.). Ediciones Aljibe.
- Aucouturier, B. (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Graó.
- Bernard, M. (1985). *El cuerpo*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Bergès, J. (1978). El cuerpo y la mirada del otro. Editorial Científica y Técnica.
- Bergès, J. (1978). Postura y comunicación. Comunicación presentada en las jornadas de trabajo A.R.P.L.O.E., Sección Biopsicopatología del niño, Hospital Henri Rousselle.
- Bergès, J. (1996). El cuerpo y la mirada del otro. En L. González & R. Aragón (Eds.), *Crónicas Clínicas en Relajación Terapéutica y Psicomotricidad* (Vol. 4). Asociación Argentina de Psicomotricidad.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida* (A. Guera Miralles, Trad.). Morata.
- Chokler, M. (2017). *La aventura dialógica de la infancia*. Ediciones Cinco.
- de Peña, L., & Diez, M. (2021). El uso de los test como herramientas para la intervención psicomotriz: Su valor en el análisis de la estructura psicomotriz. *Revista de Investigación en Logopedia*, 11(1). <https://doi.org/10.5209/rlog.65506>
- Diez, M. (2022). Apuntes para pensar la formación académica y las intervenciones en clínica psicomotriz. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 17(2). <http://www.scielo.edu.uy/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IscScript=iah/iah.xis&base=article%5Edlibrary&format=iso.pft&lang=e&nextAction=Ink&indexSearch=AU&exprSearch=DIEZ,+MARIANA>
- Doltó, F. (2007). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Paidós.
- Freud, S. (1986). Inhibición, síntoma y angustia (1926 [1925]). En *Obras completas* (Vol. XX). Amorrortu.
- González, L. (1996). *Pensar lo psicomotor*. Ediciones Corpora.
- González, L. (2009). *Pensar lo psicomotor: La constructividad corporal y otros textos*. EDUNTREF.
- Lapierre, A., & Aucouturier, B. (1980). *Los fundamentos de la psicomotricidad*. Gedisa.

- Levín, E. (1991). *La clínica psicomotriz: el cuerpo en el lenguaje*. Nueva Visión.
- Pichon-Rivière, E. (1971). *El proceso grupal*. Nueva Visión.
- Schilder, P. (1983). *Imagen y apariencia del cuerpo humano. Estudios sobre las energías constructivas de la psique*. Paidós.
- Toledo, M., & De Peña, J. (2003). Recuperado de https://querencia.psico.edu.uy/revista_nro7/toledo_y_de_pena.htm
- Untoiglich, G. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz*. Centro de publicaciones educativas y material didáctico.
- Vasen, J. (2008). *Las certezas perdidas: Padres y maestros ante los desafíos del presente*. Paidós.
- Wallon, H. (1975). *Los orígenes del carácter del niño*. Nueva Visión.
- Wallon, H. (1980). *La evolución psicológica del niño*. Paidós.
- Winnicott, D. W. (1953). La preocupación maternal primaria. En *Obras completas. Volumen 1: De la pediatría al psicoanálisis* (pp. 409–420). Paidós.
- Winnicott, D. W. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós.
- Winnicott, D. W. (1999). Preocupación maternal primaria (Primary maternal preoccupation, 1956). En *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 397–404). Paidós. (Trabajo original publicado en 1956)
- Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y juego*. Gedisa.