



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

FACULTAD DE EDUCACIÓN

Licenciatura en: PSICOMOTRICIDAD EDUCATIVA

Trabajo Final de Investigación - TESIS

Tema:

“La Psicomotricidad en el Ámbito Hospitalario:

La práctica Psicomotriz en un Hospital Pediátrico de Mendoza”

Director de Tesina: Mgtr. JORGE BAJUK

Alumna: Prof. CECILIA CORVALÁN

Autoridades de la Facultad

Decana

Dra. Ana María SISTI

Vicedecana

Dra. María Ximena ERICE

Secretaria Académica

Prof. Esp. María Gabriela GRIFFOULIERE

Directora General de Carreras y Referente del Prof. Univ. de Pedagogía Terap. en Discapacidad Intelectual. Orientación Discapacidad Motora

Mgter. Leticia VAZQUEZ

Coordinadora de Ingreso

Prof. Esp. Lourdes GÓMEZ

Director del Prof. Univ. en Educación Primaria y Prof. Univ. en Informática

Prof. Elio PONCIANO

Directora del Prof. Univ. en Educación Inicial

Prof. Marcela MIRCHAK

Directora del Prof. Univ. de Pedagogía Terapéutica en Discapacidad Visual

Lic. Mariela FARRANDO

Directora del Prof. Univ. de Educación para Personas Sordas, Tecnicatura en Lengua de Señas.

Prof. Esp. Gabriela GUZMÁN

Directora de la Licenciatura en Terapia del Lenguaje

Prof. Gabriela BALMACEDA

Director de la Tecnicatura Universitaria en Educación Social

Lic. Víctor AGÜERO

Secretaria Administrativa Económica Financiera

Lic. Sergio EULIARTE

Secretaría de Investigación y Posgrado

Dr. Aldo ALTAMIRANO

Coordinadora de Investigación, Institutos, Centros y Redes

Lic. Andrea SURACI

Directora de Posgrado

Prof. Esp. Carolina MARTINEZ

Secretaría de Extensión

Prof. Esp. Adriana MORENO

Directora de Relaciones Institucionales

Dra. Nora MARLIA

Coordinadora de Movilidad Docente y Estudiantil

Prof. Julia Andrea AMPARAN

Director de Asuntos Estudiantiles y Graduados

Mgter Osvaldo IVARS

Coordinadora de Egresados

Prof. José GOURIC

Coordinadora de Estudiantes

Srta. Agustina MONTEMAYOR

Escuela Carmen Vera Arenas

Directora

Prof. Alejandra OLGUÍN

Vicedirectora

Prof. Marcela VALDEZ

ÍNDICE

ÍNDICE	4
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I.....	8
Diseño metodológico	8
Planteamiento del problema.....	8
Objetivos	10
Objetivo general	10
Objetivos específicos	10
Objetivo de transferencia	10
CAPÍTULO II	11
Marco teórico	11
¿Qué se entiende por psicomotricidad?	11
¿Qué es la expresividad motriz?	11
Fundamentos para comprender la práctica psicomotriz.....	16
¿Qué se entiende por psicomotricidad terapéutica?	18
De la psicomotricidad a la terapia psicomotriz	19
Psicomotricidad y los trastornos psicomotores	21
¿Cómo se configura el espacio de la sala de psicomotricidad?	23
Materiales que se utilizan en la sala de psicomotricidad	23
El rol del psicomotricista	24
¿Cómo se organiza el dispositivo, el encuadre?	24
CAPITULO III.....	27
La práctica psicomotriz en el hospital.....	27
Psicomotricidad en un hospital pediátrico de alta complejidad	27

Organigrama hospitalario	29
Criterios de admisión al servicio de educación física y psicomotricidad	29
Estadística de atención del espacio de psicomotricidad de un hospital de Mendoza	30
Las derivaciones y los servicios profesionales que las generan.....	31
Herramientas y concepciones de la práctica psicomotriz hospitalaria.....	32
REFERENCIAS.....	44
ANEXO I	45
Fotos sala de psicomotricidad de un hospital pediátrico de Mendoza.....	45
ANEXO II.....	47
Historia clínica formato papel.....	47
Historia clínica: solicitud de interconsulta.....	48
Pedido médico.....	48
Historia clínica: anamnesis clínica medica	49
Turnos registrados en el hospital para psicomotricidad.....	49
ANEXO III.....	50
Presentación de un caso clínico	50

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo tiende a mostrar el recorrido de lo vivenciado en el proceso de implementación de un espacio de práctica psicomotriz en el ámbito hospitalario. Motiva el ahondar en esta temática, el desarrollar mi práctica profesional como personal de planta del Hospital Pediátrico de Alta Complejidad de la provincia de Mendoza.

Para ello es necesario expresar en algunas líneas lo vivido, lo transitado en la sala de psicomotricidad del hospital, los modos de relación de los niños y en la relación con los padres que han asistido al Hospital. Las familias concurren en busca de respuestas a distintas problemáticas como lo son las alteraciones en la integración psicosomática, las dolencias, las afectaciones del cuerpo y de la mente, tan inquietantes en el núcleo familiar que muchas veces no encuentran explicación en el ámbito escolar, y tampoco respuesta en el ámbito de la salud de los diferentes espacios de atención primaria que son el ámbito de geo-referencia cercano a sus casas.

Poder entonces hacer el relato de la psicomotricidad en este ámbito, más precisamente en un Hospital de Mendoza, me parece de suma importancia narrar con lógica descriptiva la evolución de esta práctica psicomotriz en este lugar. Por lo tanto, en este trabajo se describe como se muestran los comienzos, la historia y la consecución de la práctica psicomotriz en este ambiente.

A través de este documento se intenta mostrar cómo la Psicomotricidad hoy en un Hospital pediátrico despliega un aporte fundamental en la vida hospitalaria de niños y niñas, orientando acompañamientos en la externación y articulando mediante acuerdos y algunas pautas con los diferentes centros geográficos de referencia de la provincia.

Los resultados y las conclusiones obtenidos en el presente trabajo serán de gran utilidad para el desarrollo de la práctica de la psicomotricidad en espacios del ámbito de la salud.

Esta Tesis está compuesta por los siguientes Capítulos, a saber:

En el Primer Capítulo se establece el Diseño Metodológico desde el Planteamiento y Justificación. Se realiza la descripción del camino desde el punto de partida de posicionamiento en



el tema, seguido por el problema y los objetivos generales, específicos y de transferencia, llegando a la unidad de análisis, la psicomotricidad en el ámbito hospitalario.

En el Segundo Capítulo se refiere al marco teórico que incluye múltiples miradas. Se hace un acercamiento de conceptos específicos de la práctica psicomotriz, como así también se pretende hacer manifiesto las posibilidades y beneficios que la Práctica Psicomotriz tiene en el marco de un hospital público.

Asimismo, se desarrolla la forma de abordaje de la Práctica Psicomotriz hospitalaria teniendo en cuenta cómo se organiza la sesión psicomotriz a nivel espacio -temporal, del material, de los juegos y actividades que configuran la intervención hospitalaria. A partir del desarrollo de este proceso de práctica en el hospital, se indican una variedad de acciones necesarias que complementan la práctica en este espacio. Estas acciones tienen que ver con la vinculación con los efectores primarios de salud, instituciones educativas, equipos técnicos terapéuticos, y los profesionales derivadores dentro del hospital.

En el tercer capítulo se describe una síntesis del proceso de abordaje psicomotriz hospitalario y se concluye en los resultados del estudio expuesto para plantear la transferencia de conocimientos prácticos que facilitan el acompañamiento de casos similares en distintos ámbitos de la práctica psicomotriz.

CAPÍTULO I

Diseño metodológico

Este estudio tiene un enfoque cualitativo y es de tipo descriptiva-exploratoria. La muestra está conformada por profesionales psicomotricistas de la salud que trabajan en un hospital de la provincia de Mendoza y atienden a niños con diversas condiciones y patologías.

Para recolectar datos, se utilizarán entrevistas, observaciones de sesiones de psicomotricidad y análisis de documentos y registros de pacientes. El análisis de los datos se realizará de manera cualitativa, utilizando técnicas categorización.

Se garantizará la confidencialidad y anonimato de los participantes, asegurando el respeto a la dignidad y autonomía de los participantes.

Planteamiento del problema

En este apartado se busca identificar el rol que ocupa la Psicomotricidad en el ámbito hospitalario de la provincia de Mendoza y mostrar los aportes que esta práctica psicomotriz brinda en la conformación de los diagnósticos y tratamientos que en este espacio de hospital se realizan a los niños con diversas patologías.

La inclusión de la psicomotricidad en el entorno hospitalario es poco frecuente, a pesar de su importancia en la atención integral a los niños con diversas condiciones y patologías.

Esta investigación busca mostrar la práctica psicomotriz en el contexto de un hospital de la provincia de Mendoza, identificando sus aportes, generando evidencia que respalde su inclusión ámbito de un hospital tercer nivel de complejidad.



La originalidad y necesidad de esta investigación radican en la falta de estudios previos sobre la psicomotricidad en este entorno específico, obteniendo una comprensión más profunda de las formas en que la psicomotricidad puede ser parte de un sistema hospitalario.

Por lo expuesto en el planteamiento del problema de este trabajo de investigación se define el siguiente interrogante:

¿Cuáles son los beneficios y aportes de la práctica Psicomotriz en el complejo ámbito de un hospital público?



Objetivos

Objetivo general

Describir la práctica de psicomotricidad como disciplina en el marco hospitalario, para evaluar los aportes que la misma brinda a la Institución Hospitalaria y a la población en general.

Objetivos específicos

Discutir la Práctica Psicomotriz desde sus aportes a los distintos tratamientos que se brindan en un hospital público.

Evaluar cómo ha sido la evolución de los últimos años con relación a las derivaciones y consultas requeridas desde otros servicios que forman parte del hospital.

Objetivo de transferencia

Exponer los aportes y beneficios de la práctica psicomotriz hospitalaria, a la familia de los pacientes, a otros y otras psicomotricistas y a los distintos profesionales de la salud.

CAPÍTULO II

Marco teórico

¿Qué se entiende por psicomotricidad?

El concepto de Psicomotricidad tomado de los Organizadores del Desarrollo Psicomotor permite definir el fundamento de toda nuestra intervención con relación al sujeto. Chokler (2005) “Se entiende a la Psicomotricidad, como la disciplina que aborda en un terreno muy amplio, un lugar de confluencia y confrontación encrucijada de diferentes ciencias, es el campo de encuentro interdisciplinario cuyos ejes se anudan alrededor de un protagonista: El Cuerpo” (p.13). Según Aucouturier (2004), en el libro *Los Fantasmas de Acción* se clasifican el concepto de Psicomotricidad en este amplio sentido, donde dicho concepto pertenece al ámbito de desarrollo psicológico y se refiere a la construcción somatopsíquica del ser humano con relación al mundo que le rodea. La psicomotricidad pone en evidencia así la complejidad del desarrollo humano.

¿Qué es la expresividad motriz?

La Expresividad Motriz se concibe como la manifestación del niño que muestra su historia de relaciones y vínculos, el lugar y momento en donde revela de qué modo vivió y cómo vive su proceso de separación – individuación, necesario y fundante para construir su “yo corporal” y “yo psíquico”.

“Lo del cuerpo” si algo pudo aportar el cuerpo al inconsciente y a la motricidad son las diferentes escuelas, modelos, paradigmas y orientaciones de pensamiento que surgieron hace poco más de un siglo fue precisamente la imposibilidad, la inconmensurabilidad del cuerpo del sujeto y sus manifestaciones motrices y psíquicas para ser entendidas como una única totalidad autorreferencial, sensorio- perceptiva y representativa; dicho de otra manera, el cuerpo, nuestro cuerpo, el cuerpo de cada humano, que no puede ser explicado simplemente desde una lógica organicista. Es necesario otros paradigmas, poner el acento en lo que se denominó la globalidad del sujeto, entendiendo como el anudamiento e inter- relación (siempre radicalmente singular, subjetiva y provisional) en cada ser humano entre el registro real, simbólico e imaginario desde sus vertientes neuromotrices, cognitivas, afectivas y sociales, que determinan sus fijaciones y elecciones en el transcurrir de su devenir vital. (Rodríguez Ribas, 2018: p. 25)

“Si bien cualquier actividad motriz contiene necesariamente una dimensión psicomotriz, no por ello toda actividad es psicomotricidad. Cuando hablamos de psicomotricidad estamos considerando primordialmente la globalidad del ser humano, su unidad psicosomática puesta de relieve por todas las observaciones clínicas. Por eso es en el niño que principalmente vamos a observar la evidencia de la globalidad existencial, estrecho vínculo entre su estructura somática, afectiva y cognitiva” (Darrault, Empinet & Aucouturier, 1985: p. 22)

Las conductas observables que se toman como indicios de lo que expresa el cuerpo, para la psicomotricidad comprenden lo que denominamos expresividad motriz.

La historia afectiva de los niños se constituye a través de sus primeros vínculos. Estas relaciones vinculares, dejan huellas en el proceso de constitución del psiquismo, manifestadas exteriormente a través de la forma de ser y estar en el mundo, es decir, la expresividad motriz. Según dice H. Wallón (1984) que nada hay en el niño más que su cuerpo como expresión de su psiquismo.

Esta expresividad motriz es observable a través de claros indicios, tales como:

1. La tonicidad del cuerpo en las posturas y los movimientos, que incide en la amplitud, la velocidad, la potencia de las acciones.
2. La relación con los demás, marcada por la asunción o evitación de ciertos roles, la repetición de matrices relacionales, la preferencia por determinado tipo de personas, la modalidad de interacción. Es posible observar niños que buscan el contacto y la fusión con el cuerpo de otro, en cambio, hay quienes rehúyen o rechazan la cercanía corporal.
3. Comunicación verbal, que no se refiere al conteo de palabras que conforman el vocabulario, sino contempla la prevalencia de modalidades, la intención, la manifestación de una capacidad enunciativa enraizada en la constitución del niño como sujeto y no como objeto.
4. Comunicación no verbal: la gestualidad corporal y la mímica que acompañan o reemplazan a la palabra. Puede ser sutil, casi imperceptible, moderada, exacerbada, controlada.
5. La ocupación del espacio que puede observarse como la apropiación segura o titubeante. La posibilidad de usar grandes espacios o solo pequeños sectores, la periferia, el centro. Pueden aparecer espacios de preferencia y evitados.



6. Puede también aparecer la no apropiación de este, es decir que el individuo está en un lugar sin poder manifestarse tal cual es, sin poder tomar posesión de él.
7. La relación con el tiempo: la duración de las actividades e inactividad, las velocidades.
8. La relación con los objetos que lo circundan, el uso que hace de ellos y que trasunta un determinado nivel de desarrollo cognitivo, el tipo de objetos, la forma de obtenerlos en relación con los pares y adultos que lo rodean.

El tipo de juego que desarrolla, como manifestación de un momento evolutivo. Desde la Psicología genética y la teoría de Piaget, es posible determinar la etapa del desarrollo del pensamiento de un niño a través de la observación de su juego. Desde este autor, el bebé se ejercita y perfecciona en las primeras coordinaciones que va logrando a través del juego ejercicio o juego funcional. Los juegos de esconderse y aparecer evidencian la etapa que atraviesa en la construcción de lo real y la permanencia del objeto, etc. En la etapa preoperacional donde se encuentran la mayoría de los niños atendidos en el servicio de psicomotricidad de un hospital y dentro de ella, en el período preconceptual caracterizado por:

1. El juego simbólico, donde el niño modifica la realidad según sus necesidades.
2. El animismo: “mesa mala”
3. El artificialismo: Las cosas han sido hechas por alguien, “un gigante hizo la montaña”
4. La imitación diferida: en ausencia del modelo.
5. Juegos de clasificación, cuantificación y seriación de objetos.
6. Imposibilidad de revertir acciones y pensamiento.

Conceptos incompletos del tiempo: las expresiones ayer, hoy y mañana adquieren sentido al final de la etapa preoperacional.

El tipo de juego en función de la elaboración de sus problemáticas afectivas. En este aspecto se toma como referencia a Bernard Aucouturier (2004); en cuya teoría, fuertemente influenciada por el psicoanálisis, el juego es el instrumento privilegiado para la superación de las angustias que se presentan al niño durante su evolución. A partir de estas afirmaciones, Aucouturier propone tres niveles de juego determinados por la necesidad de reaseguramiento del infante frente a:



1. La angustia de pérdida
2. La angustia de incompletud o castración
3. La necesidad de descentrarse para integrar la ley y comprender normas cada vez más elaboradas.

Los niños del ámbito en los que se ha centrado en este trabajo, de acuerdo con su edad cronológica, estarían en los tres niveles de resolución de las angustias. Es decir, en el reaseguramiento frente a la pérdida, angustia de incompletud y descentración.

El niño es su cuerpo, desde él se relaciona con el mundo y aprende. Antes de nacer, ese cuerpo estuvo fusionado con la madre, situación que se prolonga en una indiferenciación un tiempo después del parto. El niño accede paulatinamente a la consciencia de ser diferente de ella, lo cual le permite la posibilidad de explorar y decidir en forma cada vez más autónoma. Pero al mismo tiempo lo pone en peligro de perderla, con lo cual él mismo dejaría de existir. Esta angustia se elabora a través de juegos característicos como:

1. Juegos de placer sensoriomotor (saltos, giros, rotaciones, caídas, balanceos, trepas, equilibrios). El niño trata de conocer sus posibilidades de acción y sus límites a través de la exploración manifestando placer.
2. Juegos de destrucción y construcción: levanta torres, las derriba, comprueba que pueden volver a hacerse, desculpabilizar el deseo de destrucción y el odio que le provocan los límites y la autoridad. Es una oportunidad para manifestar oposición a personas simbolizadas en objetos. Y finalmente es una forma de reafirmar la continuidad de esas personas que despertaron odio, a pesar del enojo.
3. Juegos de presencia y ausencia: como las escondidas, que permiten elaborar el temor a la falta y a la distancia de los seres queridos.
4. Juegos de persecución: que manifiestan la necesidad de ser buscado, querido por alguien y a la vez temor de que ser atrapado lo conduzca a la desaparición. Esto último explica la insistencia y repetición de personajes universales como el lobo.
5. Juegos de omnipotencia: asumiendo papeles de héroes poderosos e indestructibles. Con el tiempo, resultar muerto en una contienda simbólica será tolerable.
6. Juegos de identificación con el yo ideal: asunción de los papeles deseados por los adultos en función de agrandar y mantener su atención, su cercanía.



7. Juegos de Identificación con el agresor: Asunción de papeles que muestran a quienes lo ponen en peligro “de desaparición o muerte”.

Estos tipos de juegos se consideran de reaseguramiento frente a angustia de incompletud o castración expresada en juegos generalmente diferentes entre niñas y niños ligadas a la identificación sexual y a los roles y estereotipos de género.

En un tercer nivel de simbolización se enmarcan a los juegos reglados que exigen mayor nivel de distanciamiento emocional, un descentramiento importante y el ponerse en el lugar del otro, la integración de la ley y la comprensión de normas cada vez más elaboradas simbólicamente más eficaces en la socialización.

Hay una etapa en el desarrollo del niño en el que forma su pensamiento no solo cognitivo sino su pensamiento profundo inconsciente y fantasmático a partir de la motricidad. Este periodo es esencial para la construcción de la personalidad en su conjunto y de su psiquismo, etapa somatopsíquica donde de la acción y la interacción con el medio. La motricidad y la corporeidad es la condición misma de existencia, de desarrollo y de expresión del psiquismo.

Los afectos, el contacto, la distancia con el otro, las interacciones, el placer aportan a un sostén segurizante. Las huellas mnémicas que en su reiteración irán construyendo protorepresentaciones, luego serán representaciones mentales inconscientes dando lugar a los fantasmas originarios y las bases del pensamiento y el conocimiento del mundo. Es una etapa en la que el niño vive intensamente su trabajo personal de construcción de la subjetividad, en una trama compleja hacia la socialización.

La práctica psicomotriz, llevada a cabo por un psicomotricista busca el apuntalamiento de los factores facilitadores de la maduración del niño a través de la vía sensoriomotora (Aucouturier, 2004).

La expresividad motriz del niño se devela a través de la motricidad que está comprometida, la cual emerge como manifestación del cuerpo afectado. En esta dinámica de expresión se ve plasmada la trama de los fantasmas, la simbolización de la historia profunda de la separación individuación (la pérdida del otro).

Fundamentos para comprender la práctica psicomotriz

Para comprender los fundamentos de la práctica psicomotriz desarrollada por Bernard Aucouturier (2004), es importante explicitar sus marcos teóricos e ideológicos, los cuales orientan la comprensión de este tipo de intervención.

Se parte de una concepción de desarrollo que involucra las dimensiones biológicas y socio histórico cultural de los sujetos, es por ello por lo que se entiende que las funciones mentales superiores o los procesos cognitivos superiores son el resultado de la internalización de las fuerzas sociales, pero para su emergencia, necesitan el sustrato individual en el que desplegarse. Por lo tanto, aceptamos la doble apoyatura corporal e interactiva de los procesos precoces de simbolización

La apoyatura corporal refleja la primacía y la presencia del yo corporal, entendida como base fundamental del desarrollo del pensamiento. Este se estructura, en primera instancia, a partir de las sensaciones, que gradualmente se organizan y adquieren forma de percepciones.

En tanto, la apoyatura interactiva nos remite a la necesidad de pasar por el Otro, necesario para que el niño pueda progresivamente dar forma a esas sensaciones destinadas a ser percepciones.

El bebé no puede considerarse como un ser aislado; su existencia está siempre entrelazada con el adulto que lo acompaña y con el entorno cuidadosamente organizado que lo rodea. La subjetividad se constituye únicamente en la medida en que es percibida y sostenida por otro psiquismo, lo que resalta la interdependencia fundamental entre el niño y su contexto relacional para el desarrollo psíquico.

La psicomotricidad operativa se orienta a intervenir considerando la globalidad del desarrollo del sujeto. Dentro de este enfoque, la reeducación psicomotriz se concibe como un proceso de intervención destinado a acompañar o compensar las dificultades en el desarrollo psicomotor, favoreciendo la reorganización y fortalecimiento de las funciones motrices, tónico-posturales, práxica, de coordinación y de estructuración del esquema corporal (Chokler, 1998).

Desde la teoría de los organizadores del desarrollo psicomotor, se comprende que estos sistemas de acción recíproca, interrelacionados dialécticamente entre la persona y su entorno, se estructuran genéticamente y se transforman a lo largo de la vida (Chokler, 2005). Los organizadores del desarrollo, al interactuar dinámicamente entre sí, se manifiestan de manera

concreta en cada individuo, según su situación y contexto, en cada estadio y a lo largo de toda la vida.

En este proceso dialéctico la presencia del adulto resulta indispensable, sin él no son posibles los otros procesos ni la construcción de la noción de un Yo separado de otro, no sólo por la posibilidad de presencia, sino por la estabilidad. El adulto, el otro, es aquello que aparece, desaparece, permanece, reaparece, y constituye los primeros elementos en los procesos de pensamiento.

Esa permanencia, esas alternancias son las que organizan el fondo de estabilidad de la persona, en el que el contenido de la relación pasa a ser continente, ante la ausencia o la falta temporaria.

Esto permite justificar la importancia de la intervención del adulto en los procesos de simbolización, de comunicación y de creación de cada niño. Además, determina el tipo de intervención que resulte facilitador de los procesos de constitución yoica.

Se considera que la realidad existente, dinámica, múltiple y compleja, se consolida y se transforma a través de las interacciones simbólicas intersubjetivas.

Fundamentada en la teoría psicoanalítica; pero a diferencia del psicoanálisis que utiliza la interpretación del lenguaje, la transferencia, la contratransferencia y la fantasía, en la práctica Psicomotriz se “significa” la expresividad motriz del niño.

Reconocemos al niño como un ser activo, de iniciativa, que acciona abierto al mundo y al entorno social, sujetos de emociones y sensaciones, de afecto y movimiento, atravesadas por relaciones vinculares vividas todas en el cuerpo. Sujeto que se desarrolla a partir de los otros, con los otros y a pesar de los otros, como sujeto de acción que otorga sentido a las interacciones y a la transformación recíproca; su desarrollo se produce por una serie de transformaciones sucesivas en el proceso de separación e individuación, como un sujeto de devenir histórico y cultural, construcción progresiva de la dependencia a la autonomía (Rodríguez Ribas, 2018: p. 25).

Aucouturier (2004) señala que “la angustia excesiva limita la producción de representaciones, pero existe un cierto grado de angustia que resulta útil, justamente para



que el individuo pueda encontrar un nivel de reaseguramiento y disponer de instrumentos de acceso a la representación” (p. 25).

Chokler (2005) sostiene que los niños, en su actividad autónoma, no solo reaccionan ante estímulos externos, sino que actúan activamente sobre su entorno, generando una interacción dinámica entre su mundo interno y el exterior, produciendo transformaciones recíprocas.

Se trabaja con el cuerpo y a partir del cuerpo, primera vía de comunicación con otro ser humano, asiento de las emociones, de las sensaciones, instrumento de manifestación de la afectividad y el deseo. El tono muscular, el gesto, la mirada, las distancias, el movimiento y, especialmente, la acción y la interacción, constituyen los principales elementos de la intervención, mediante el juego que impacta directamente en la vía sensoriomotora del sujeto.

El rol del Psicomotricista es el de apuntalar el proceso de separación e individuación y pérdida del otro, creando las condiciones externas, materiales y de relación para facilitar la maduración emocional y psíquica del niño, tratando de que este proceso, el de alcanzar una identidad, la noción de sí, la diferenciación yo-no yo, sea lo menos traumático posible.

¿Qué se entiende por psicomotricidad terapéutica?

La psicomotricidad terapéutica es una intervención clínica que se centra en el desarrollo y mejora de las capacidades motoras, cognitivas y emocionales a través del movimiento y la relación corporal. Esta disciplina es especialmente útil para personas con trastornos del desarrollo, discapacidades físicas, problemas emocionales o enfermedades neurológicas.

Para implementar la psicomotricidad terapéutica en entornos clínicos, es importante contar con profesionales capacitados y un entorno adecuado que permita la realización de diversas actividades y técnicas. La colaboración interdisciplinaria con otros profesionales de la salud, como médicos, fisioterapeutas y psicólogos, es crucial para ofrecer un tratamiento integral y efectivo.

La psicomotricidad terapéutica puede ofrecer beneficios significativos a niños y sus familias, mejorando su calidad de vida a través del placer del movimiento, la interacción corporal y el acompañamiento.

Según B. Aucouturier (2004), la psicomotricidad se refiere a una práctica que implica un ajuste a la expresión psicomotriz del niño, abarcando desde manifestaciones mínimas hasta las

más intensas. Esta práctica requiere que el psicomotricista adopte una serie de actitudes y acciones específicas, así como una técnica personalizada. En este contexto, la intervención se realiza modificando el entorno del niño o fomentando sus interacciones con el espacio y los materiales. La práctica corporal se centra en la actividad motriz del niño, ayudándole a dominar y matizar su movimiento en relación con su entorno. La terapia psicomotriz se implementa en niños que presentan problemas en su integración psicosomática, limitando su proceso de aseguración frente a las angustias. Su objetivo es anclar el símbolo en el cuerpo y generar sensaciones placenteras a través de la interacción entre el niño y el terapeuta.

De la psicomotricidad a la terapia psicomotriz

Psicomotricidad, conducta y realización motora, son diferentes. Estos aspectos pertenecen a un campo de conocimiento y práctica que han continuado evolucionando y precisándose en los últimos años.

R. Lecoyer (1991, citado en Beneito & Chokler) La psicomotricidad puede entenderse como la expresión de las conductas motoras en estrecha relación con los procesos psíquicos y la vida emocional. Los gestos, posturas y actitudes que emergen a través de la actividad motora reflejan distintos rasgos de la personalidad, mientras que su manifestación o su eventual inhibición evidencian la capacidad del individuo para adaptarse y regular la ejecución de sus acciones en función de su contexto y necesidades.

Ajuriaguerra y Bonvalot-Soubiran (1959) identificaron las características generales de los comportamientos "psicomotores", sugiriendo que el acto motor es una forma de expresión del desarrollo de una acción que evoluciona desde la percepción hasta la comprensión, transformándose a lo largo de la historia personal. A estos comportamientos les atribuye varias características: no están vinculados a lesiones cerebrales específicas que causen síndromes neurológicos clásicos; son automáticos en diversos grados y motivados; tienen relación con efectos, pero están conectados al cuerpo y no sólo reflejan desregulaciones de sistemas específicos. Además, pueden ser persistentes o variables en sus formas, pero están intrínsecamente ligados a las experiencias y situaciones particulares de cada persona. Suelen tener un carácter expresivo caricaturesco y conservan rasgos primitivos, aunque transformados por el desarrollo posterior, que los asocia a fases iniciales de interacción y rechazo, pasividad o agresión. En ocasiones, no se manifiestan como un movimiento primario, sino solo como un símbolo. Resumiendo, J. de Ajuriaguerra señala que estos comportamientos oscilan entre lo neurológico y lo psiquiátrico, entre lo deseado y lo experimentado, así como entre una

personalidad más o menos presente y una vida más o menos activa. Las formulaciones psicomotrices mantienen "en lo orgánico" o en la ficción valores clínicos que representan la evolución de las relaciones primarias del ser humano con el entorno.

F. Poinso (1993, citado en Beneito & Chokler) Subraya los trastornos psicomotores son fenómenos complejos que implican alteraciones de la actividad corporal con significado relacional. Pueden manifestarse en la eficiencia motora, en la organización práxica, incluyendo el control de relaciones espaciales, temporales y simbólicas, así como en las representaciones cognitivas del cuerpo, el espacio y el tiempo. Comprender estos fenómenos requiere aplicar métodos de investigación que permitan analizar los mecanismos subyacentes a la conducta motora en sus diversas formas de expresión.

Según Lapierre y Aucoeur (1978), el cuerpo funciona como un vehículo de expresión del inconsciente, en el que los movimientos, gestos y posturas reflejan emociones, conflictos internos y experiencias no verbalizadas, lo que permite su interpretación y abordaje dentro del contexto terapéutico.

El psicomotricista aborda el cuerpo de manera particular, enfocándose en la observación e interacción con el cuerpo del otro. A partir de esta relación, el psicomotricista busca lograr un beneficio educacional, re educacional o terapéutico, independientemente de la edad o de la presencia de alguna discapacidad o patología. Sin embargo, la práctica psicomotriz se basa en la identificación de alteraciones psicomotrices, sin importar su naturaleza.

Cala y Contant (1994, citado en Beneito & Chokler) La terapia psicomotriz se entiende como una práctica que restablece la conexión entre la psiquis y el soma, integrando lo imaginario con lo tangible, la presencia con la ausencia, así como el espacio y el tiempo, y el continente con el contenido. Su objetivo principal es aliviar el sufrimiento corporal y, a partir de ello, favorecer la adaptación del individuo a su entorno. El enfoque terapéutico se centra en comprender el significado de la experiencia vivida por la persona, utilizando el cuerpo como medio de expresión y transformación. La terapia psicomotriz posee un carácter psicoterapéutico, diferenciándose de otras ideologías, y puede incorporar diversos modelos de referencia para su intervención.

La psicoterapia es una actividad científica que aborda las alteraciones psíquicas mediante métodos psicológicos específicos, para los cuales el profesional está capacitado. En este sentido, el psicomotricista no necesita considerarse simultáneamente psicoterapeuta, ya que su identidad profesional está definida por su objeto de intervención y su metodología. La diversidad de

enfoques psicoterapéuticos es inevitable, y cada uno puede reivindicar su validez siempre que su método sea coherente y cumpla con criterios de verificación, reproducibilidad y transmisibilidad. Los profesionales pueden optar por un enfoque ecléctico, que rechaza la adhesión exclusiva a un único método sin pretender crear un sistema totalmente nuevo. Al mismo tiempo, el psicomotricista debe continuar desarrollando un estilo terapéutico propio, evitando depender permanentemente de otros modelos, para preservar su especificidad y mantener clara su identidad profesional (Beneito & Chokler, s.f.).

Psicomotricidad y los trastornos psicomotores

La creciente atención hacia los trastornos psicomotrices en el ámbito de la psiquiatría ha ganado relevancia desde finales del siglo XIX, lo que ha llevado a la creación de un área de estudio y tratamientos específicos en la psicomotricidad. Este campo se origina de la convergencia de diversas disciplinas, donde la relación con el cuerpo ha sido central, aportando tanto diversidad como fragilidad a la psicomotricidad. Su interés radica en que el análisis del comportamiento humano, vinculado al cuerpo, integra diferentes enfoques, mientras que su fragilidad se manifiesta en la diversidad de métodos, que a menudo son difíciles de reconciliar, impidiendo una cohesión conceptual necesaria para una adecuada síntesis.

Lejos de no ser más que teoría, la mirada de este campo es esencialmente pragmática, y la diversidad de prácticas terapéuticas, no facilitan siempre la definición de una idea central, común a cada una de ellas, o justificando su misma razón de ser.

La evolución de una teoría está por lo tanto ligada a una dialéctica en la cual el otro término es la práctica, y en este caso, una práctica terapéutica. Esto enriquece o modifica la hipótesis teórica que la apuntalan, solo la base de observaciones y análisis de situaciones, que necesitan una metodología adaptada. Esta forma de andar viene a ser la prolongación del examen clínico que la precede, cuyo fin es determinar la génesis, la estructura y el sentido del comportamiento, evaluar el grado patológico, y su ausencia. Junto a una acción terapéutica, ella debe entonces permitir discernir los efectos y por ellos mismos la evolución de los problemas puestos en evidencia por el examen preliminar.

En este contexto, se han empezado a establecer las bases teóricas y clínicas de la psicomotricidad, integrando diversos enfoques que enriquecen su práctica. La neuropsiquiatría ha sido fundamental al esclarecer cómo las disfunciones del sistema nervioso afectan tanto el

comportamiento como las manifestaciones motoras, propiciando un enfoque más holístico en la evaluación y el tratamiento de los trastornos psicomotores.

La psicología genética, por su parte, ha aportado una visión del desarrollo humano, resaltando la influencia de los procesos evolutivos en la formación de la personalidad y en la manifestación de conductas. Esta corriente subraya la relevancia de considerar tanto el desarrollo emocional como el cognitivo al abordar problemas psicomotores, lo que proporciona un marco que trasciende las meras disfunciones neurológicas.

El psicoanálisis ha enriquecido aún más este campo al centrarse en los aspectos inconscientes de la conducta y en cómo las experiencias tempranas pueden impactar la relación entre cuerpo y mente. Esta perspectiva permite un entendimiento más profundo de los conflictos internos que a menudo se manifiestan en dificultades motoras o en la coordinación.

La convergencia de estas tres corrientes permite a la psicomotricidad adoptar un enfoque terapéutico que abarca no solo las dimensiones físicas, sino también los aspectos emocionales, psicológicos y sociales de la conducta. Sin embargo, la diversidad de enfoques también ha generado cierta confusión, lo que subraya la necesidad de clarificar los principios teóricos y metodológicos que fundamentan esta práctica.

La motricidad puede interpretarse tanto desde una perspectiva mecanicista como en términos de manifestaciones significativas. El juego, como herramienta terapéutica, no solo añade placer a los ejercicios de reeducación, sino que también favorece la expresión simbólica, especialmente en niños con dificultades para verbalizar. La terapia psicomotriz, por tanto, proporciona un marco que favorece la evolución y estructuración de la función semiótica, siendo la verbalización un objetivo y no el eje principal del proceso terapéutico, como ocurre en la psicoterapia analítica.

Por lo tanto, la evaluación del acompañamiento terapéutico en psicomotricidad enfrenta desafíos significativos. Es crucial integrar y sintetizar los diferentes marcos teóricos para ofrecer una comprensión coherente del proceso terapéutico. Este esfuerzo teórico no solo es esencial para mejorar la eficacia de las intervenciones, sino que también facilita la comunicación entre profesionales y clarifica el papel de la psicomotricidad en el contexto más amplio de la salud mental y del desarrollo humano.



¿Cómo se configura el espacio de la sala de psicomotricidad?

Se crea un ambiente que facilite el desarrollo, supone un lugar físico donde el niño se pueda mover libremente, explorar el espacio y los objetos a su alrededor, sin riesgos, ofreciéndole las mayores condiciones de seguridad, tanto desde el espacio físico, como desde lo afectivo, evitando el peligro de accidente y las prohibiciones por parte del adulto.

Para ello, los materiales se disponen organizando dos grandes espacios dentro de la sala:

1. El lugar de la expresividad motriz: equipado para realizar saltos, caídas, deslizamientos, balanceos, giros, etc. Las experiencias vividas en este espacio, promueve la exploración de las posibilidades de cada niño con relación a su propio equilibrio, favoreciendo la construcción de la identidad, en un juego compartido con el adulto que lo acompaña, abriendo así la posibilidad de conectarse con las emociones más profundas.

Los materiales blandos promueven el investimento afectivo, el refugio, los contactos, la posibilidad de conectarse con los sentimientos más primitivos, permitiendo la aparición del juego simbólico.

2. Lugar de las representaciones mentales: El acceso a las representaciones mentales requiere de un distanciamiento respecto de las propias emociones, de lo fantasmático y del cuerpo como eje de la acción. El cambio tónico-emocional que propone el espacio de representación exige una descentración que permite al niño funcionar a nivel mental sin actuar. Utilizando técnicas de la plástica, tales como el modelado y el dibujo o, las construcciones con bloques de madera, se promueve la construcción de imágenes mentales, favoreciendo el arribo a la representación.

Materiales que se utilizan en la sala de psicomotricidad

Cubos de goma espuma recubiertos con tela de distintos colores. Tienen texturas suaves y son blandos, hay algunos pocos, que son duros y de mayor tamaño.

Colchones pequeños: Hay gran cantidad de ellos y se los utiliza para el armado de casitas, en su mayoría. Hay unos alargados y pequeños que en ocasiones los utilizan para tener dentro de las casas que arman.

Mesas y sillas: Se usan en el momento de la representación, sobre las mesas siempre se encuentran los sobres de cada uno de los chicos con los dibujos y/o cuentos que han ido haciendo durante el proceso. A veces hay lápices negros o de colores, goma, plasticola, papeles de colores para que los chicos hagan nuevas creaciones. Telas, capas y juguetes de todo tipo y variedades: Las utilizan para el armado de las casas, para jugar a los superhéroes, o bien, para el uso que ellos quieran darle en un determinado momento (Anexo I).

La Psicomotricidad ofrece un lugar de privilegio, donde el niño puede descargar su impulsividad sin culpabilidad. Esta descarga será determinante para su equilibrio afectivo.

Se implementan estrategias y acciones específicas de mediación corporal. A partir de la observación de la expresividad motriz y los procesos personales.

El rol del psicomotricista

La originalidad de la Psicomotricidad consiste en la comprensión de los signos corporales con que el sujeto se manifiesta y, a partir de ella, el psicomotricista realiza la intervención, superando el simple nivel motor, abordando al individuo en su globalidad. Por ello la acción dirigida al cuerpo nunca es instrumental y fragmentada sino total y concebida desde una perspectiva evolutiva.

El rol del psicomotricista es comprender lo que sucede, a partir de la observación y el análisis de la expresividad motriz del niño, permitiéndole vivir una dinámica de evolución, favoreciendo la creatividad, el acceso al pensamiento operatorio y su disponibilidad y deseo de afirmación. En definitiva, trata de favorecer la autonomía afectiva e intelectual.

Esta práctica permite, además, detectar tempranamente los problemas o trastornos motores y su repercusión en la actividad global y evolución del sujeto y, en consecuencia, elaborar estrategias que permitan resolver o disminuir los síntomas psicomotores que obstaculizan la evolución de las conductas adaptativas.

Su planeamiento abandona las reeducaciones localizadas, específicas e instrumentales, para tomar en cuenta integralmente las potencialidades propias de cada niño.

¿Cómo se organiza el dispositivo, el encuadre?

El dispositivo temporal comprende los siguientes momentos:

1º) Ritual de entrada

Consiste en un encuentro con los pares y el adulto responsable donde se actualizan las condiciones de participación, estableciéndose un encuadre y se produce la ruptura con la realidad cotidiana del afuera.

Incluye gestos, actitudes, palabras de saludo y acogida, constitutivos del pasaje, tránsito, puente y al mismo tiempo límite, necesarios para la demarcación y ruptura simbólica, con la mayor confianza y seguridad posible. Esto requiere una aceptación recíproca, una codificación progresiva.

2º) Espacio, tiempo y material para el placer sensoriomotor

Se inicia a partir del placer sensoriomotor y progresivamente va dando lugar al juego simbólico, en el cual el niño expresa y elabora sus angustias. Aquí el niño encuentra un material transformable, blando, apto para destruir y reconstruir, caer, envolverse, refugiarse. Y otro material duro, que obliga a las transformaciones del propio cuerpo en actividades de deslizamientos, saltos, carreras y equilibrios.

3º) El momento de la representación

Aquí los niños dejan los materiales de juego y desarrollan un proyecto creativo con materiales diversos:

Maderas para construir: exige la consideración de una realidad de la forma, tamaño, consistencia, equilibrio, cantidad que se impone a las pulsiones ya los fantasmas, afirmando los procesos cognitivos. Implica la distanciamiento del cuerpo como eje de la acción.

El dibujo, el grafismo, el modelado, la producción plástica, los juegos lógicos y el lenguaje oral y la escritura son los apuntalamientos de la expresión de las emociones y los fantasmas que se revelan y comunican con formas cada vez más jerarquizadas, simbolizadas y socializadas.

4º) El momento del ritual de salida.

Los niños recapitulan su experiencia y establecen los acuerdos para el próximo encuentro. Es el momento de reaseguramiento desde un adentro simbólico y transicional hacia el afuera de la realidad cotidiana, pero con la profunda certeza de la continuidad del psiquismo y de la identidad.



Los gestos, las palabras, los tiempos, los ajustes y las distancias van marcando progresivamente el momento de la despedida y ratificando las condiciones del reencuentro.

CAPITULO III

La práctica psicomotriz en el hospital

Psicomotricidad en un hospital pediátrico de alta complejidad

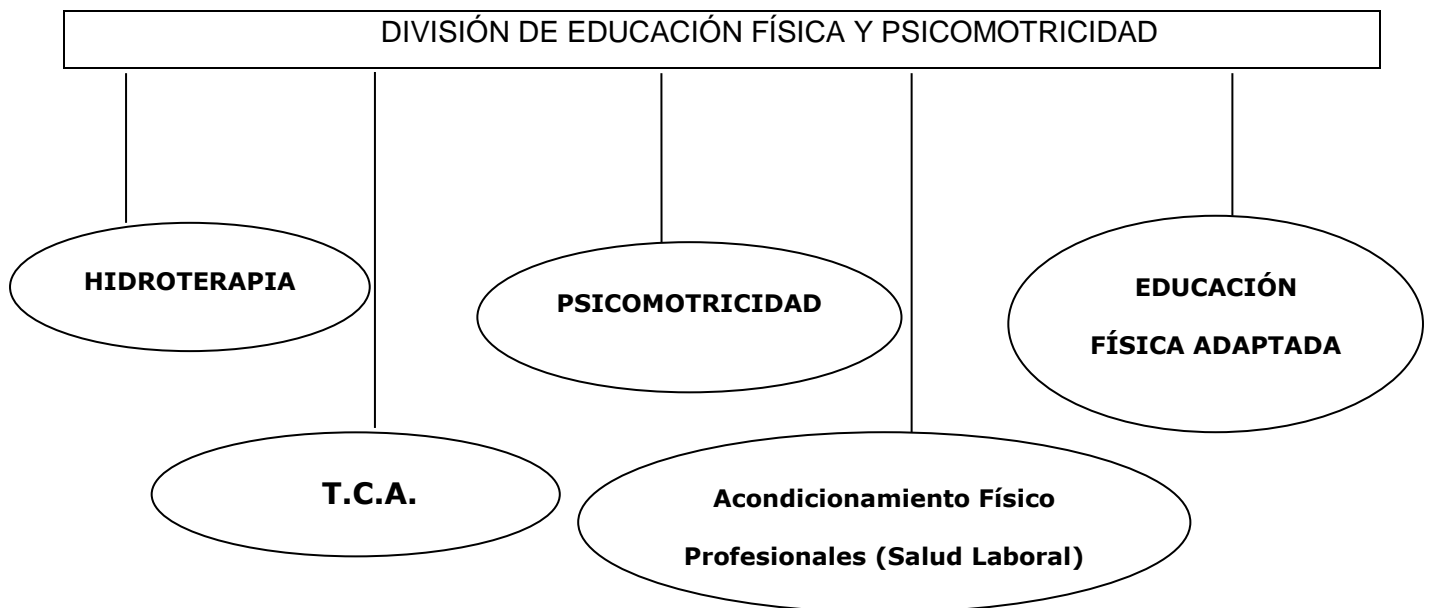
Es necesario hablar del recorrido que ha hecho y hace la psicomotricidad en este ámbito hospitalario de tercer nivel de complejidad en Mendoza. Es una disciplina que presenta su práctica en continuo desarrollo y un recorrido institucional, que permite potenciar estrategias de intervención de otras áreas de atención. Existe permanente construcción de la dialéctica entre la teoría y lo empírico de la práctica presente en ámbito hospitalario. La disciplina de psicomotricidad en dicho hospital de Mendoza impulsado por un psicomotricista, desde del Servicio de Educación Física cuya incumbencia estaba fuertemente referida al cuerpo. Comenzó creando espacio de práctica, generando difusión de la disciplina como tal, en la que introdujo la visión de sujeto integral en un ámbito de intervención.

Se definieron espacios para la puesta en marcha en el territorio físico del hospital, abriendo la sala, que posibilitó el encuadre necesario para la práctica psicomotriz. Esto permitió de a poco ir mostrando el trabajo de la Psicomotricidad en el hospital público como una herramienta terapéutica. Se constatan cambios producidos en el niño y/o en sus familias y situaciones particulares algún tipo de maniobra o movimiento favorable. Esto da cuenta de la importancia de la psicomotricidad en el niño y su entorno. Se produce un aumento de consulta que impactan en la cantidad de atención con derivaciones.

Actualmente el área de Psicomotricidad está en el organigrama hospitalario de tercer nivel de complejidad, bajo la denominación División de Educación Física y Psicomotricidad, dentro del Departamento de diagnóstico y tratamiento, dependiente de la subdirección del hospital. Más del 60% de la derivación y consultas de diferentes áreas médicas son para el abordaje de especialización en terapia psicomotriz.

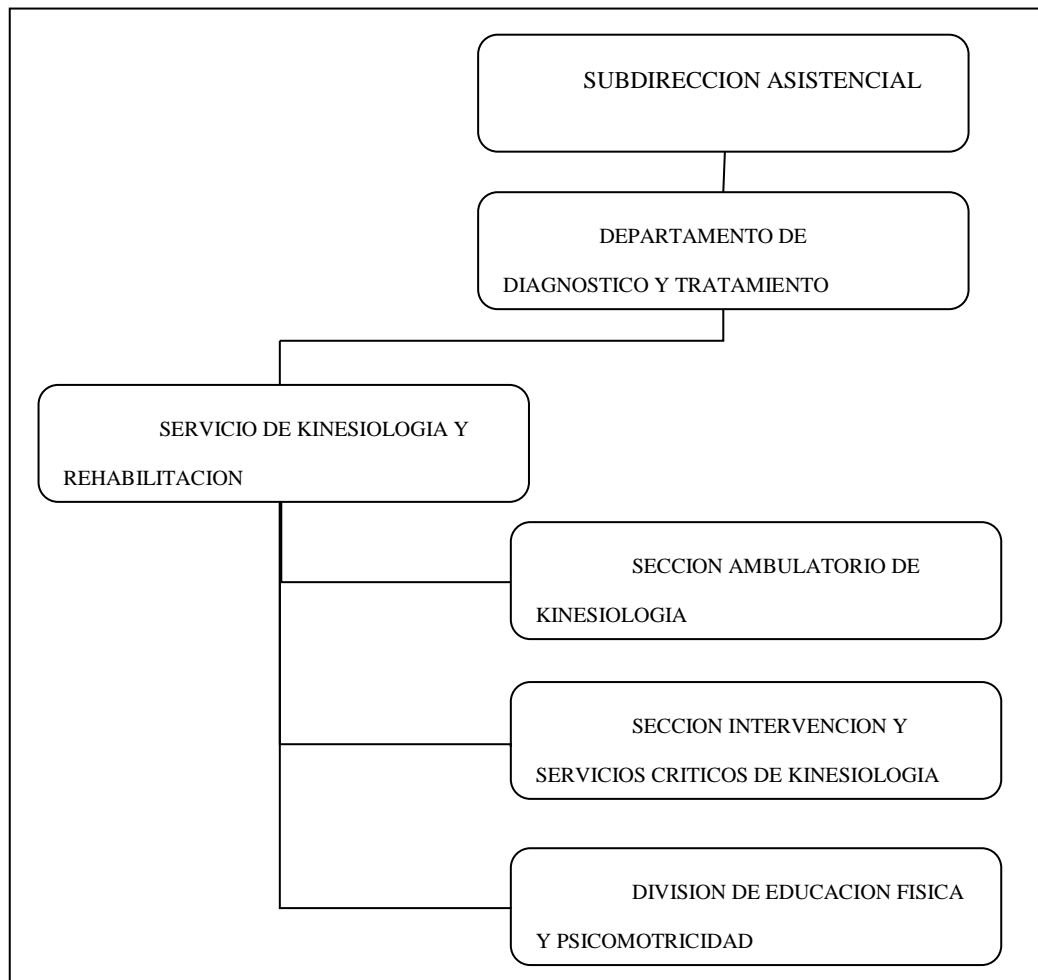
La División de Educación Física y Psicomotricidad del Hospital Pediátrico, constituye un ámbito de prestación de salud, dentro del contexto hospitalario, en la cual se implementan las acciones de salud dirigidas a la compensación de las enfermedades y lesiones que pueden aparecer en la etapa de la niñez y adolescencia, utilizando para ello los distintos recursos y espacios de la especialidad para producir un impacto terapéutico en el paciente.

El objetivo es implementar acciones de atención tendientes a promover la restauración de conductas desajustadas, adquisición de adecuados niveles de autovalidamiento e independencia, e incorporación de nuevos modelos de interacción, mediante el desarrollo coordinado de metodologías y técnicas del ámbito terapéutico – pedagógico y recreativo. La División de Educación Física y Psicomotricidad busca brindar atención para mejorar el área funcional del paciente tendiendo a la reparación del daño sufrido, deficiencia o dificultad que presente, brindando tratamiento a través del ejercicio físico y la expresividad motriz. La División, a través de su abanico de especialidades, busca mediante intervenciones favorecer que niños y niñas con discapacidad o con alguna pérdida de funcionalidad en su desarrollo, puedan reunir las condiciones necesarias para alcanzar y mantener un estado funcional óptimo, en los ámbitos físico, sensorial, intelectual, psíquico y social, brindándoles así herramientas que les permitan transformar su vida y promover su independencia



La atención está orientada a pacientes en etapa aguda y o crónica de niños y adolescentes con problemas motores, mentales, del aprendizaje, de origen congénito o adquirido, enfermedades que puedan causar discapacidad temporal o permanente que afecten los sistemas músculo- esquelético, nervioso y aparatos cardiovascular, pulmonar y metabólico, cuyo grado de complejidad (leve, moderado y severo) requiera una intervención del equipo de profesionales de la División.

Organigrama hospitalario



Criterios de admisión al servicio de educación física y psicomotricidad

¿Cómo son admitidos los pacientes en el servicio de educación física y psicomotricidad del hospital pediátrico de Mendoza?

Los niños asisten al servicio por primera vez, en la modalidad de Centro Médico Ambulatorio (CMA) consultorios externos. Acompañado por sus padres, tutores o cuidadores con derivación de áreas del hospital con un pedido para ser asistido desde el área de psicomotricidad. En un primer momento son anotados en un cuaderno por la enfermera del servicio, quien toma nota de los datos personales, para luego ser llamados por los psicomotricistas, según disponibilidad. La entrevista se realiza en una fecha y hora pactada, donde se hace una reunión con padres/tutores/cuidadores y niños. Se definen o redefinen los motivos de consulta para la intervención. Se acuerdan días de atención, con un mínimo de cuatro sesiones, una por semana,

para valorar y evaluar cada uno de los niños. Luego se redefine continuidad o no en el dispositivo o derivaciones a espacios de georreferencia.

Estadística de atención del espacio de psicomotricidad de un hospital de Mendoza

Actividad asistencial

Demanda de psicomotricidad, medida en turnos otorgados, año 2023

Meses del año	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total
Prestaciones Psicomotricidad por mes	36	44	86	104	112	136	144	140	136	858



El área de psicomotricidad ha crecido considerablemente los últimos años en el hospital. Ha aumentado la demanda de la disciplina a medida que los profesionales del hospital, y los espacios de atención primaria y secundaria de salud, así como las escuelas y la articulación con algunos equipos de la DAE (Dirección de Administración Escolar) y el DESEPREC (Programa de

Detección, Seguimiento y Estimulación Precoz), han hecho derivaciones solicitando consultas y evaluaciones desde el área.

Las derivaciones y los servicios profesionales que las generan

El Servicio de Psicomotricidad del hospital de Mendoza es un espacio especializado que recibe derivaciones de diversos profesionales de la salud para abordar las necesidades de pacientes con trastornos del desarrollo, aprendizaje y aspectos de las dificultades en la subjetivación. Las categorías de derivación de especialidades involucradas son las siguientes:

Neurodesarrollo y kinesiología: Los servicios de Neurodesarrollo y Kinesiología son los que más derivan pacientes al Servicio de Psicomotricidad. Estos profesionales identifican y tratan trastornos del desarrollo, como retrasos en la maduración y dificultades en algún aspecto del desarrollo motor, que requieren intervenciones especializadas.

Mediano riesgo. Trastornos de aprendizaje: Los profesionales de la salud que trabajan con pacientes con trastornos de aprendizaje y dificultades conductuales, también derivan a este servicio. El objetivo es mejorar las habilidades cognitivas y motoras para favorecer el aprendizaje. Así mismo derivaciones de niños con presentación compatible con el espectro autista.

Seguimiento neonatal: El seguimiento neonatal es fundamental para detectar y tratar tempranamente posibles trastornos del desarrollo. Los profesionales de neonatología derivan a pacientes que requieren intervenciones psicomotrices para mejorar su desarrollo, son niños intervenidos hospitalariamente desde muy pequeños.

Derivaciones de los equipos de los infantes juveniles de la provincia: los pediatras y psiquiatras infantiles de los infantes, también derivan pacientes al Servicio de Psicomotricidad. Con estos profesionales se trabaja en conjunto para abordar trastornos del desarrollo y aprendizaje en niños.

Derivaciones de fisiatría y escuelas de Mendoza: Los profesionales de fisiatría y educadores especializados de escuelas de Mendoza derivan pacientes que requieren intervenciones psicomotrices para mejorar su función motora y cognitiva.



Derivaciones de salud mental del hospital: Los profesionales de salud mental del hospital derivan pacientes que requieren intervenciones psicomotrices para abordar aspectos emocional y cognitivo.

El servicio de psicomotricidad del hospital de Mendoza realiza un trabajo interdisciplinar con el abanico de profesionales de la salud que deriva, atendiendo la gran diversidad de interconsultas. La colaboración entre especialistas es fundamental para brindar una atención integral y efectiva.

El contexto de la psicomotricidad hospitalaria en Argentina

Al indagar en los diferentes prestadores de servicios de salud pública hospitalaria sobre el trabajo desde el área de psicomotricidad; se puede cotejar que en Argentina los psicomotricistas no figuran en servicios conformados a tal fin. Sí lo hacen en espacios incorporados como apéndices a otros servicios o divisiones, con una participación acotada.

El hospital pediátrico, referente en Cuyo, cuenta con una definición en la estructura orgánica del hospital. Esta participación en el organigrama hospitalario es la que le da entidad como área específica para desarrollar la tarea de psicomotricistas en el ámbito hospitalario. Además, esta estructura permite con mayor claridad que lleguen de los centros periféricos y del mismo hospital derivaciones para los psicomotricistas.

Herramientas y concepciones de la práctica psicomotriz hospitalaria

La observación y la interdisciplina relacionada con la historia clínica

La observación

En este trabajo se tiene en cuenta las condiciones y la metodología de la observación desde la perspectiva de brindar y elaborar una ayuda. Se profundiza sobre el lugar de la observación, sobre las condiciones más favorables para la puesta en marcha, particularmente sobre su rol en la observación y sobre la función de los referentes teóricos que permitirían definir y comprender los indicadores esenciales de los trastornos de la maduración de un niño. (Chokler, 1999)



Se llega a un punto de inflexión y de autocrítica, con la observación como herramienta principal en el desarrollo y decodificador de formas de expresar y comunicarse vistas como evoluciones manifestadas dentro y fuera de la sala de psicomotricidad a lo largo de este proceso de comunicación.

Todos los registros que se obtienen son significativos teniendo en cuenta la observación no participante y a la observación interactiva.

En el primer tipo de observación se logran registros escritos de diferentes personas, todo plasmado en la historias clínicas, indicaciones médicas e informes de diferentes situaciones previas al iniciar las sesiones de psicomotricidad.

La observación interactiva que propone Aucouturier (2004) es una observación en interacción con el niño, con la implicación tónico-emocional personal como psicomotricistas, indispensables para el tipo de observación que se plantea.

Este tipo de observación técnica individual se verá reflejada con la observación de las reacciones de los niños, frente a la propuesta precisa que plantean desde la expresión en un área dominante detallados a priori.

La observación interactiva permite, una estrategia y un dispositivo para captar los puntos de referencia, los indicadores significativos del disfuncionamiento del placer de actuar y también del disfuncionamiento del placer de pensar.

Desde esta perspectiva de observación se establecen los criterios de agrupabilidad para optimizar el trabajo en sala y garantizar el particular desarrollo de los intervinientes en las sesiones.

Con un rol de reaseguramiento afectivo a las personas implicadas, se intenta recibir, acoger, escuchar y comprender. Siendo la clave de una actitud de empatía que ayuda a disminuir las ansiedades.

El tiempo necesario que se utiliza en este proceso es según cada caso y se carga de sentido; no es un tiempo perdido ni vacío, sino lleno de reflexión, de elaboración, para los padres, los niños y los psicomotricistas.

Podremos identificar estas etapas:



1- El reconocimiento de las dificultades y señalamientos según derivaciones de ámbitos de salud o escolar, en el encuentro de la familia con el Psicomotricista, los padres pueden participar en el proceso de adaptación conforme el niño necesite o no de su presencia.

2- El encuentro del psicomotricista con la familia: Se cuenta con momentos de diálogo y devoluciones permanentes.

La interdisciplina

La interdisciplina se reconoce como aquella colaboración entre múltiples disciplinas para evaluar o discutir las situaciones desde diferentes tipos de conocimientos. De este diálogo resultan interacciones y el encuentro de un punto en común. Al lograrse un acuerdo basan sus decisiones para el accionar de intervenciones consensuadas.

La psicomotricidad es una disciplina que se centra en la relación entre el cuerpo y la mente, especialmente en el desarrollo de habilidades motoras, cognitivas y emocionales. En un hospital público, la intervención psicomotriz puede ser particularmente relevante para diferentes áreas y pacientes.

La Psicomotricidad en un Hospital Pediátrico se vincula mayormente con las áreas de:

Salud Mental: Contribuye en el tratamiento de trastornos emocionales y psicológicos, como la depresión, la ansiedad o el estrés postraumático.

Neurología: Apoya a pacientes con enfermedades neurodegenerativas.

Fisiatría / Kinesiología: Ayuda en la recuperación de pacientes que han sufrido lesiones, accidentes cerebrovasculares, o cirugías que afectan la movilidad.

Mediano Riesgo: Interviene en niños con trastornos del desarrollo, problemas de aprendizaje o discapacidades físicas.

¿Quiénes conforman el equipo interdisciplinario en un hospital?



En un entorno hospitalario, la psicomotricidad se beneficia de un enfoque interdisciplinario, donde diferentes profesionales colaboran para proporcionar un tratamiento integral:

Médico: Diagnostican y supervisan el estado de salud general del paciente.

Enfermeros: Supervisan y cuidan del bienestar general del paciente.

Fisioterapeutas: Trabajan en conjunto con psicomotricistas para diseñar programas de rehabilitación física.

Terapeutas ocupacionales: Ayudan a mejorar la autonomía en actividades diarias.

Psicólogos: Brindan apoyo emocional y trabajan en la salud mental del paciente y sus familias.

Fonoaudiólogos: Colaboran en la mejora de habilidades comunicativas y deglutorias.

Admisión del paciente

En la tarea en el ámbito hospitalario desde el área de psicomotricidad, se deben considerar los siguientes pasos:

Asistencia del paciente a turno correspondiente.

Motivo de consulta: Identificar las necesidades únicas y específicas de los pacientes y la capacidad del servicio para tomar el caso en tratamiento.

Colaboración interdisciplinaria: Fomentar la comunicación y colaboración entre diferentes profesionales de la salud.

Seguimiento y evaluación: Monitorear los progresos de los pacientes y ajustar los programas según sea necesario.

Alta del área de psicomotricidad

El criterio de alta en el servicio de educación física y psicomotricidad del hospital pediátrico en Mendoza se basa en la evaluación del motivo de consulta inicial y su evolución durante el tratamiento. El motivo inicial, que está asociado a la patología de base del paciente es reformulado, luego de un proceso de evaluación interactiva, a un objetivo de tratamiento posible

de ajustar en el espacio de sala de psicomotricidad. Por ejemplo, una paciente con trastorno severo de la conducta (constantes berrinches y presentación de hetero agresividad), el motivo de consulta es reformulado luego de un periodo de evaluación; donde se aprecia que hay un vínculo de apego no resuelto, conductas de sobreprotección, dificultades emocionales en la madre y alteraciones familiares; es allí donde se modifica el motivo de consulta para ser abordado desde la sala. En esta situación se plantea el siguiente motivo de consulta de la paciente; dificultades en el vínculo de apego y lazos sociales.

Una vez que el motivo de consulta del área es resuelto, el paciente es dado de alta del servicio. Cuando la situación lo requiere se deriva y/o sugiere a la familia dar continuidad en los espacios de georeferencia para sostener los avances logrados.

En otras palabras, el alta del servicio de psicomotricidad se basa en la evaluación de la evolución del paciente y la disponibilidad de recursos adecuados en su entorno para seguir apoyándolo en su desarrollo y tratamiento. Esto permite una transición fluida y efectiva para el paciente y su familia.

La historia clínica

La historia clínica es un documento que contiene la información más relevante sobre la salud y los tratamientos de un paciente. Tiene como propósito registrar de manera precisa y detallada de los datos clínicos, diagnósticos y terapéuticos para brindar una atención de calidad.

La psicomotricidad en un hospital público puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes, proporcionando una atención más completa y personalizada. Mediante la historia clínica los equipos de salud que interviene en un niño y su familia articulan estrategias y decisiones (Anexo II).

La historia clínica permite entre los profesionales de salud intervinientes:

Comunicación Eficaz.

Transmisión de información: Facilita la comunicación entre médicos, enfermeros, terapeutas y otros profesionales de la salud, permitiendo que todos tengan acceso a la misma información precisa y actualizada.

Continuidad del cuidado: Asegura que el paciente reciba un tratamiento continuo y coordinado, evitando duplicidades y errores en los tratamientos.

Base para la toma de decisiones:

- Diagnóstico y tratamiento: Proporciona un historial completo que ayuda a los profesionales de la salud a diagnosticar y planificar tratamientos adecuados.

- Seguimiento del progreso: Permite a los profesionales monitorear la evolución de la enfermedad y la eficacia de los tratamientos aplicados.

La Historia clínica es considerada una documentación legal. Actúa como un registro legal de todas las intervenciones y decisiones tomadas, protegiendo tanto a los pacientes como a los profesionales en caso de disputas legales.

Además, que permite recopilar datos para la investigación y docencia si fuese requisitos. Facilita la recopilación de datos para estudios e investigaciones, contribuyendo al avance del conocimiento sobre las intervenciones de salud. Ayuda en la educación y formación de nuevos profesionales de la salud, proporcionando ejemplos prácticos de casos clínicos.

La historia clínica promueve determinar procesos y protocolos de atención, mejorando la calidad y seguridad del cuidado. Permite la identificación de errores y la implementación de medidas correctivas para prevenir futuros incidentes.

Elementos clave de una historia clínica completa

Datos personales del paciente: Información básica como nombre, edad, sexo, dirección, y datos de contacto.

Antecedentes médicos: Historial de enfermedades previas, cirugías, alergias, y antecedentes familiares.

Motivo de consulta: Razón principal por la cual el paciente busca atención en psicomotricidad.

Examen físico: Resultados del examen físico realizado por el profesional de la salud.

Diagnóstico: Diagnósticos preliminares y finales basados en los hallazgos clínicos.

Plan de tratamiento: Detalle de los tratamientos y medicamentos prescritos, así como cualquier intervención realizada.

Seguimiento y evolución: Notas de seguimiento que documentan el progreso del paciente y cualquier ajuste en el tratamiento.

Una historia clínica bien documentada es vital para la calidad del cuidado de los pacientes y la eficiencia del sistema de salud en general.

Concepciones de sujeto y cuerpo en el contexto hospitalario

Se parte desde una concepción del cuerpo hacia una concepción de sujeto en el espacio hospitalario. Es indudable que las ideas platónicas (que definieron las categorías ideológicas en gran parte todavía vigentes en nuestra cultura) ubicaron por un lado al cuerpo como objeto, parte de un espacio perceptible, mensurable, sensible como envoltura tangible, sufriente, perecedera, temporal, en oposición al espíritu, el alma, psiquis, mente abstracta, elevada, perpetua ya atemporal. A partir de esta división se desprende toda una cultura en la que el cuerpo, en principio, es negado, rechazado, reprimido, prohibido, denigrado, castigado, lacerado, asimilándolo peyorativamente a la animalidad: o por el contrario es mistificado, convirtiéndolo en objeto "sobrevalorado", mercantilizado, siempre como cuerpo- instrumento, herramienta a la que se debe cuidar, pulir estoicamente, con sacrificios y privaciones hasta degradando con drogas para lograr el triunfo es decir en definitiva, privilegios, status o poder.

Dar lugar a un cuerpo de diagnóstico calculado por resultados tangibles de ser medidos, análisis, test, grillas de seguimiento, evaluaciones con la precisión de las máquinas de alta tecnología, conclusiones de especialistas observando lo particular de cada afectación, reconocen la necesidad de algo más en el niño, y en sus familias, que ayudan a afrontar las manifestaciones que se presentan en dirección a la cura de su dolencia, que de algún modo ayudarán a que las intervenciones sean sobre un sujeto de acción frente a las propuestas de tratamiento.

Pensar la evolución de la concepción de sujeto en el ámbito hospitalario, tan rígido, donde prima la hegemonía médica, es aquello de la intervención en el ser que está limitado por la especificidad de las prácticas y de los diagnósticos diferenciales. Es por ello por lo que las familias



y el sujeto se ven desorientados, sin rumbo específico, encontrando así en un espacio, un lugar en donde quedan de lado la persona como ser de afectación social y emocional.

Entonces ya no somos un cuerpo, sino que tenemos un cuerpo como algo diferente de nosotros mismos.

Si la psicomotricidad existe como disciplina científica es porque recupera el lugar del cuerpo, la unidad del cuerpo desde una visión integradora, desde una epistemología convergente. Eso requiere hacer explícito el esquema conceptual que está implícito en el abordaje psicomotor clínico, preventivo y educativo.

Se afirma entonces, entendiendo esta idea que el esquema conceptual no remite sólo a una referencia sobre la génesis del cuerpo y del movimiento, sino que parte de una concepción del hombre como emergente de sus circunstancias histórico-sociales y en transformación. Sujeto/ Niño cuyo cuerpo, tanto como su ideología y su lenguaje, tal como lo afirma Wallón (1980), es el resultante de las condiciones de vida, de las relaciones económicas, de los valores y creencias religiosas del desarrollo tecnológico y científico y del poder de la clase social y del grupo en el cual se desarrolla; la persona es entonces un producto activo de cambios sociales, culturales, biológicos, ecológicos y lingüísticos. Un constructor activo de sus ideas, de su movimiento, de sus formas de comunicación, de su gestualidad, de su relación con el mundo. Por lo tanto al hablar de Psicomotricidad es necesario sustentar una teoría neurofisiológica y también una teoría psicosocial porque el cuerpo, el movimiento, gestos, unidades significativas de un código más o menos universal, son productos vivos de una relación biológica, afectiva-cognitiva y social, con pautas de funcionamiento ciertamente generales en la especie humana, y también en lo no humana, y pautas particulares en cada región geográfica, en cada época, en cada clase social, grupo y familia. Ajuriaguerra (1972) aporta; para algunos, que la construcción del acto motor, por tanto, arquitectura en movimiento, es la suma de contracciones musculares, pero en realidad, es también un querer, una toma de contacto, un dominio y una destrucción. El desarrollo del acto implica un funcionamiento fisiológico, pero la Psicomotricidad tiene un sentido cuando estudiando genéticamente logramos comprenderla en su integridad, partiendo de fenómenos más elevados, donde el deseo y el querer están comprometidos. Desde estos términos la actividad humana es esencialmente psicomotriz. Para la puesta en marcha de dicha asiduidad se articulan diferentes sistemas anatomo fisiológicos, psicológicos y *sociales* de gran complejidad que interactúan determinando una particular manera de ser y estar en el mundo, de relacionarse con la realidad, con las personas, con el espacio, con los objetos, para satisfacer las necesidades biológica, afectivas, culturales y sociales del hombre.

Al tener en cuenta la complejidad de todas las variables que se entrelazan en la construcción somatopsíquica de un sujeto, se dice que la Psicomotricidad es, entonces, la disciplina que estudia al hombre desde esta articulación intersistémica decodificando el campo de significaciones generadas por el cuerpo y el movimiento en relación, y que constituyen las señales de su salud, de su desarrollo, de sus posibilidades de aprendizaje e inserción social activa; y también las señales de la enfermedad, de la discapacidad y de la marginación. (Chokler, 2005).

Es preciso hablar de lo que sucede dentro de la sala de psicomotricidad en el ámbito hospitalario donde realmente se hace imperiosa la idea de integración luego de iniciado el circuito de derivación de un niño a la sala del hospital. El niño y su familia comienzan a transitar un primer momento de consulta, de admisión, de entrevista a los padres, tomando su relato y de presentación relevantes aspectos que motivan la comunicación para ser abordado en la sala de psicomotricidad, que muchas veces son diferentes de aquellos por los cuales se deriva desde las múltiples disciplinas y especialidades del hospital.

La posibilidad de poder engranar un relato de la historicidad del niño redefine, en la mayoría de las veces, el motivo por el que el niño debe ingresar a la sala. Es decir, los niños que desde su pediatra de cabecera llegan derivados por ejemplo con un retraso en el desarrollo, inestabilidad en la marcha o falta de equilibrio, luego de transcurrir los primeros encuentros en la sala, el psicomotricista puede llegar a identificar, por ejemplo: dificultad en el vínculo de apego con la mamá y es desde allí, en donde se interviene en el espacio de sala de psicomotricidad para acompañar el desarrollo de la propia motricidad del niño.

O pedidos de interconsulta a niños que llegan derivados por ejemplo de kinesiología con diagnóstico de hemiplejías, pero la consulta es en realidad del profesional porque el niño no permite la práctica kinésica, necesaria para su recuperación, causando grandes desbordes conductuales; es donde la intervención de la psicomotricidad permite el trabajo con el niño desde lo segurizante de la sala y con ayuda de un partener simbólico, que el miedo del niño cede, encontrando soportes desde lo emocional, el trabajo con la familia, y reconocer la subjetividad que se logran los objetivos, prepara al cuerpo del niño para un practica medica determinada..

Myrtha Chokler (2005) se refiere a Bernard Aucouturier (1989), quien remarca que la psicomotricidad estudia con un enfoque global la particular manera de ser y estar en el mundo, a la que él denomina “expresividad motriz”. Lapierre y Aucouturier (1982), proponen una imagen topológica de la superficie, en el nivel más aparente, el cuerpo instrumental: equilibrio, coordinación general y óculo- manual, lateralidad etc. por debajo, todo un sustrato cognitivo, muy

vinculado a la motricidad voluntaria, a la acción, de las experiencias sensorio-motrices y posteriormente perceptivo- motrices, cuerpo propio, esquema corporal, organización y estructuración espacio-temporal, organización semántica a partir de las nociones fundamentales, etc. Más profundamente todavía, toda la organización tónica involuntaria, espontánea, parte integrante de la vivencia afectiva y emocional vinculada forzosamente a las pulsiones, a las prohibiciones, a los conflictos relacionales y al inconsciente; una obra espontánea cuya significación simbólica no puede ser ignorada.

Finalmente, parece ser un núcleo más profundo de la personalidad, una problemática fantasmática, ligada a la vivencia imaginaria del cuerpo en su relación con el otro. Un imaginario inconsciente que condiciona toda la vida relacional”

Es entonces la psicomotricidad una invitación a comprender todo lo que se expresa en el niño por la vía motriz, una invitación a comprender el sentido de sus conductas.

Es donde el estatuto de cuerpo toma prioridad, la práctica psicomotriz como vía de lo que se expresa, lo más arcaico del hombre, que permite establecer códigos que se transforman luego en aspectos de la comunicación, lo que se dice y lo que no, que cobra vital importancia en el paso por el “filtro”, “mirada” del psicomotricistas para articular: aspectos de la subjetivación del niño; deseos de los padres frente a expectativas de cómo debería ser “ese” niño ante al mundo; demandas normatizadas de instituciones que necesitan respuestas a diagnósticos y tratamientos inmediatos; y despliegues de estrategias de intervención del sistema de salud.

Para concluir el análisis de los diversos aspectos que conforman el abordaje de la psicomotricidad en el ámbito hospitalario, se presentará un caso clínico como ejemplo (Anexo III).



CONCLUSIÓN

La presente investigación ha demostrado la relevancia y eficacia de la psicomotricidad hospitalaria en el abordaje integral de pacientes, particularmente aquellos en contextos de salud complejos y vulnerables. Los resultados obtenidos reflejan que la intervención psicomotriz no solo contribuye a la mejora en el desarrollo motor, sino que también impacta de manera positiva en los aspectos emocionales y psicológicos de los pacientes. A lo largo del estudio, se ha evidenciado que:

La psicomotricidad hospitalaria hace que se mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes, se reducen, también significativamente, las afectaciones psicoemocionales, la ansiedad y con ello se favorece la expresión emocional.

Esta intervención promueve la autonomía y la autoestima, facilitando el proceso de rehabilitación física y emocional.

La integración de la psicomotricidad en un equipo multidisciplinario de salud contribuye a una atención más humanizada y holística, donde se reconoce al paciente como un ser integral, con cuerpo, mente y emociones interrelacionadas.

El crecimiento del área de psicomotricidad dentro del hospital ha sido notable en los últimos años. Inicialmente, esta disciplina era poco conocida entre los profesionales de la salud, lo que resultaba en un número reducido de derivaciones. Sin embargo, a medida que se han demostrado los beneficios tangibles de la intervención psicomotriz, el volumen de consultas ha aumentado significativamente. Esto refleja la creciente concientización sobre la importancia de la psicomotricidad para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Actualmente, el área recibe numerosas derivaciones de diversas especialidades, como kinesiología, pediatría y fisiatría, lo que subraya su relevancia dentro del abordaje multidisciplinario de los casos.

Otros aspectos de este trabajo ha sido el reconocimiento del valor de la interdisciplina en el tratamiento de los pacientes. El trabajo conjunto entre distintos profesionales de la salud, como médicos, kinesiólogos, fisiatras, psicólogos y psicomotricistas, ha permitido abordar a los pacientes desde una perspectiva más integral. Esta colaboración es fundamental para comprender la complejidad de los casos, logrando un abordaje personalizado y efectivo.

La psicomotricidad se ha revelado como una disciplina complementaria que potencia el trabajo de otras áreas, no solo en el aspecto físico, sino también en la dimensión emocional, social y cognitiva de los pacientes.



Es crucial que los profesionales de otras áreas como la kinesiología, la fisioterapia y la pediatría, reciban información en psicomotricidad para poder identificar y derivar oportunamente a pacientes que podrían beneficiarse de esta intervención.

A partir de dicho estudio se pone en claro la evidencia de que la práctica psicomotriz brinda soluciones y ayuda a los niños en tratamientos en un sinnúmero de patologías y se demuestra que esta modalidad de intervención es de importante provecho para la Institución.

Esta tesis aporta al campo de la salud al consolidar la psicomotricidad hospitalaria como una disciplina clave en la atención integral y multidisciplinaria de los pacientes, además de promover la reflexión sobre la importancia de un enfoque más humanizado en la atención médica, donde, donde, en equipo, se priorice no solo la enfermedad, sino también el bienestar emocional y social del paciente.

Asimismo, ofrece estrategias innovadoras para la intervención en casos de desarrollo infantil complejo, contribuyendo a un enfoque más inclusivo y comprensivo del niño y su familia en el ámbito hospitalario.

Se considera importante continuar investigando los efectos de la psicomotricidad hospitalaria, así como su efectividad en diferentes contextos y poblaciones. De esta manera se recomienda la creación de programas estandarizados de psicomotricidad hospitalaria en todos los centros de salud, especialmente en aquellos con poblaciones pediátricas y contextos de alta vulnerabilidad

En resumen, este trabajo de investigación subraya el poder transformador de la psicomotricidad en el Hospital regional más grande de Cuyo, destacando la importancia del cuerpo como manifestación de la historia, las dificultades y las emociones de la persona.

Además, se demuestra el crecimiento exponencial de consultas en esta área, dejando ver su consolidación como herramienta esencial dentro del sistema de salud, brindando una atención más humana y completa en niños en atención hospitalaria.

REFERENCIAS

- Beneito, N & Chokler, M (s/f). *Material de estudio de la Psicomotricidad Operativa I, II, III*. Facultad de Educación Elemental y Especial UNCuyo.
- Ajuriaguerra, J., & Bonvalot - Soubiran, G. (1959). *Indicaciones y técnicas de reeducación psicomotriz en psiquiatría infantil. Problemas generales que plantean las perturbaciones motoras* (Material de estudio para la Psicomotricidad Operativa).
- Ajuriaguerra, J. (1972). *Lo innato y lo adquirido en el desarrollo del niño* (Material de estudio para la Psicomotricidad Operativa, N.º 11).
- Aucouturier, B. (2004). *Los fantasmas de acción* (Ed. original publicada en 1989). Editorial Graó.
- Chokler, M. H. (1998). *Neuropsicología del desarrollo: Marco conceptual para la práctica de la atención temprana*. La Hamaca: Revista de Psicomotricidad, (9).
- Chokler, M. H. (1999). *Acerca de la práctica psicomotriz de Bernard Aucouturier*. Ediciones Ariana.
- Chokler, M. H. (2005). *Los organizadores del desarrollo psicomotor*. Ediciones Cinco.
- Darrault, L., Empinet, J., & Aucouturier, B. (1985). *La práctica psicomotriz*. Editorial Científico-Médica.
- Lapierre, A., Aucouturier, B. (1978). *El cuerpo y el inconsciente*. Editorial Científico-Médica.
- Lapierre, A., & Aucouturier, B. (1982). *Simbología del movimiento* (3.ª ed.). Editorial Científico-Médica.
- Rodríguez Ribas, J. A. (2018). *Psicoanálisis para psicomotricistas* (2.ª ed.). Ediciones Corpórea.
- Wallon, H. (1984). *La evolución psicológica del niño*. Editorial Crítica.



ANEXO I

Fotos sala de psicomotricidad de un hospital pediátrico de Mendoza







ANEXO II

Historia clínica formato papel

862606

Hospital Humberto I. N.º 1
Caymallén - Mendoza

Nombre Paciente: _____

Historia Clínica: _____
 Nombre y Apellidos (Apellido primero): _____
 Fecha de Nacimiento: 07/07/2007 Sexo: FEMENINO
 Tipo de Documento: C.I.D. N.º: _____ Estado: ARGENTINA

Identificación: LIBERTINA N.º Documento: _____
 Lugar de Nacimiento: _____
 Lugar de Actual Domicilio: _____
 Tipo de Ciudad: _____
 Cód. Postal: _____ Teléfono Particular: _____ Teléfono Celular: _____

Relaciones posibles cara social: _____ N.º Teléfono: _____

Actividades Personales:
 Estado: _____ Presentación: _____ F.R.: _____
 Vacunas: _____
 ECG: _____ Radiografía: _____ Laboratorio: _____
 Diagnóstico: _____

Antecedentes Personales:
 BRUN, 22a, App, Saave, Est 2º // Separados de cara, pero en pareja.
 PACE Trabaja en la construcción. // ALUCA, 23a, App, Saave, Est 2º en curso.
 Anos de cara.
 Hermanos y Otras: SHANA, 3a, Saave
 Ellos vive con su mamá y hermano en los Heras, vivienda prebida,
 Se unicos completos.

Diagnósticos: _____ Servicio: _____

5-7-93 Neurología
 OED ausentes y/o Segui

26/01/24 - Ausente Neuroanatomía

15/3/94 OEA OI presentes OD ausentes. Sin ARA ORL

Dr. VICTORIA LOPEZ MURAR
 NEUMÓLOGA PEDIATRA
 M.P. 10281

ANILIA VERGARA
 Dr. VICTORIA LOPEZ MURAR
 NEUMÓLOGA PEDIATRA
 M.P. 10281



Historia clínica: solicitud de interconsulta

SENS: No le parlari los dipaunt convenidat, secho-
za el carbaeto, los afeetar
Hepresenta ble a los sonidos.

No hace A. Temporal.

IDx: TEA + Hipocambia unilateral

Plan: IC con ORL (BÉA alterado)
Psecunotricidad y AT (Esc Sichi Hi)
IC con I.O (Lic Zarpa)
Turno C.O. martes el 3/9 para control.

Marcela A. Caffulli
Médica Pediatra
Diplomada en Desarrollo Infantil
M.N. 141025 - M.P. 141025

Pedido médico

SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
HOSPITAL "DR. HUMBERTO J. NOTTI"

HOSPITAL
NOTTI
PEDIATRICO

ARRIETA GENARO
HC 806711

3a4m

Solicitud Psecunotrici-
DAD tratamiento
(S. Manuel H. Notti)

Dr: TDL US
TEA?
(Autismos y hiperactividad)

Marcela A. Caffulli
Médica Pediatra
Diplomada en Desarrollo Infantil
M.N. 141025 - M.P. 141025

29/5/24
Bandera de los Andes 2603 - San José - Guaymallén - Mza.
Commutador: 4132500

Historia clínica: anamnesis clínica médica

3/5/24 *Nicolas* *22 años*
59710994
NEUROLOGIA INFANTIL
 - Tránsito orofaríngeo:
 - Intelectual, No dice palabras
 no léxicas.
 OEN 0/10 po
 - Jedo *Quemaduras*, IC, Dispre,
 y no *Resumen* *RS*

3/14/24 H. Nott
 - Hace uso instrumental del adulto.
 - No habla con otros ni se relaciona.
 DEMANDEZ
 CIDE
 HC 862666

No hace debole de salud. Refiere ECI. Edad cronológica 22a.
 Emb controlado 1° T, 2° T, 3° T. RNT (40sam), parto fisiológico
 PN 3400g / APGAR 10/10. Int / Alta con buena
 PN @ / OEA5 No para A/o - *Buena CD 4548 / OEA @ / FO No 430 /*
 Eco caderas @.

Paltofrías: Intelectual *neurología* 6m (02 libra 54)
 2° IAB con hiperemia 12m.
 BOE → preventivo con *Fluoración*.

Desarrollo: Trajectory *teborada* desde nacimiento.
 Nunca *repression*.

TC: *Tar* *neurología* @ *Sat* *el* *cap* *del* *Em* *Indicaciones* 14m.
 Bipedestación 16m. (con apoyo). Da pasos de la mano

PF: *Buena* *cal* *del* *del* *No* *para* *superior*. *Linea* *media*
des *12m*. *No* *para* *de* *una* *media*.

LENE / *No* *tiene* *la* *social*. *No* *fixación* *de* *mirada*, *ni* *aten*
ción *com* *pl* *ta*. *Se* *para* *mu* *ch* *permanente*, *sin*
intención *com* *un* *re* *ta*. *No* *mir*, *no* *g*, *no*
social *del* *del*. *Local* 16m (TETA) *No* *mir*,
ni *para* *es* *ta* *ta*.
 Uso instrumental del adulto.

SOCIAL: Solo se *rela* *ta* *con* *el* *ni* *ni*, *pero* *con* *pad*
re *y* *her* *na* (con *re* *ta*). *Se* *re* *ta* *con* *un* *ni*
ni *de* *ig* *na*, *a* *ve* *ces* *ni* *ni* *a* *los* *ad* *el* *ta* (Fuga)

AUD: *Buena* *b* *re*, *co* *del* *con* *ni* *ni*.
Com *b* *re*, *va* *ri* *ado*, *com* *pl* *to*, *pro* *ta* *permanente*
No *li* *ber* *ta*.
 Hipert / *ta* *ta* *ta* : 5/p.

11/3/24 *Dr. Humberto J. Notti*
 Fubeto 10:5m
 1° Consultorio Ortolador

Demanda por la persistencia de cabecear (Dr. Gabriela Abrams)
 para Neurología por "Rehoso del desarrollo, Intelectualidad,
 No deambula, No lee, etc". OEA 0/10er No para.

Asita con su mamá, Aleja.

Preocupaciones *materna* :

- No responde al nombre.
- No camina
- No interacciona con niños y poco con los adultos.
- No mira a los ojos.
- No habla, solo vocaliza

Turnos registrados en el hospital para psicomotricidad

Hospital Humberto J. Notti
 Departamento de Gestión de Pacientes

Turnos Sucesivos

Paciente: 831803 ANTONIO, FRANCESCO MATIAS
 Obra Social: PACIENTE PARTICULAR

Profesional: 514 PSICOMOTR BAJUK
 Especialidad: 79 EDUCACION FISICA

Fecha Atención	Hora	Prestación
Viernes, 2 de Agosto 2.024	10:00	CONSULTA I
Viernes, 9 de Agosto 2.024	10:00	CONSULTA I
Viernes, 16 de Agosto 2.024	10:00	CONSULTA I
Viernes, 23 de Agosto 2.024	10:00	CONSULTA I
Viernes, 30 de Agosto 2.024	10:00	CONSULTA I

Antonio Francisco -
 He. 831803

Turno P1 psicomotricidad

02/8 }
 9/8 } Viernes
 16/8 } 10:00
 23/8 }
 30/8 }
 Mc Bayux (SM)
 Prof. Corvalán

HOSPITAL NOTTI PEDIATRICO

Sección de Educación Física
 Banderas de Los Andes 2603 - San José de Maipo - Mza.
 Conmutador: 4132500

ANEXO III

Presentación de un caso clínico

Brian de 2 años y 6 meses llega al servicio de Psicomotricidad con derivación de Kinesiología.

El motivo de consulta, dificultades en el desarrollo motor en relación con su edad cronológica, sin causas orgánicas estructurales evidentes.

Los antecedentes, niño en proceso de adopción desde los 3 meses de vida. Nació con infecciones heredadas de su progenitora biológica, tratadas y resueltas permaneció en cuidados neonatales por tres meses. Asiste a dicho hospital de Mendoza para controles periódicos ordenados por el juzgado, vive con sus padres adoptivos desde hace 7 meses.

Brian, de 2 años y 6 meses, es derivado a la sala de psicomotricidad para valorar dificultades motoras en relación con su edad cronológica. El niño se encuentra en proceso de adopción desde los 3 meses, habiendo sido diagnosticado inicialmente con problemas de salud derivados de su progenitora biológica, los cuales ya han sido resueltos. Se observó una gran dependencia hacia su madre adoptiva, manifestada en llanto y resistencia a separarse de ella durante las primeras sesiones. A través de intervenciones que trabajaron el vínculo madre-hijo y la integración progresiva a nuevos espacios, se logró una mejora en la disposición de Brian al juego y la interacción.

El desarrollo psicomotor en los primeros años de vida es crucial para el crecimiento integral del niño. Los factores emocionales, como el apego y los procesos de adopción, pueden influir de manera significativa en el progreso motor.

Este caso clínico aborda la evaluación e intervención de Brian, un niño en proceso de adopción, que presenta dificultades en su desarrollo psicomotor observado por la kinesióloga, se consideraron inicialmente factores orgánicos y neurológicos, pero estos fueron descartados tras la revisión de la historia clínica al no presenta afecciones orgánicas que expliquen sus dificultades motoras y de comunicación. El diagnóstico se centró en el componente emocional, considerando el proceso de adopción y su impacto en el desarrollo psicomotor del niño.

El alta médica respecto a las enfermedades adquiridas al nacer fue corroborada.

Durante las primeras sesiones en la sala de psicomotricidad, Brian mostró un alto nivel de dependencia física y emocional hacia su madre. Se observó reticencia a explorar el entorno, miedo a separarse de ella y un estado de angustia que se manifestaba en llanto y espasmos sollozos. Asimismo, presentaba dificultades psicomotoras asociadas a un proceso de apego inseguro y miedo al abandono, producto de la situación de adopción y los primeros meses de vida marcados por la internación hospitalaria.

La intervención se centró en trabajar el vínculo madre-hijo y facilitar un espacio seguro donde Brian pudiera explorar y regular su conducta a través del juego. En las primeras sesiones, se mantuvo a la madre presente en la sala para garantizar una sensación de seguridad. Entre los materiales propuestos se utilizó un balde de lápices de colores, identificado como un objeto de interés para el niño, como recurso para fomentar el juego y la interacción, que siempre le fue ofrecido.

Con el tiempo, Brian mostró una disminución en los episodios de llanto y espasmos sollozos al ingresar a la sala. A través de la interacción con la terapeuta y el uso del balde de lápices, comenzó a explorar el entorno con mayor confianza, y pudo separarse de su madre por periodos cortos. El progreso incluyó el uso de rampas y otros elementos de la sala, lo que indicó una mejora en su capacidad motora, seguridad en la marcha y en los desplazamientos.

Aparecieron algunos sonidos guturales, gritos y laleos. Luego palabras como mamá, pan, no.

Este caso resalta la importancia de considerar los factores emocionales en el desarrollo psicomotor de los niños, especialmente en situaciones de adopción. El apego inseguro puede manifestarse en dificultades motrices que, sin un abordaje adecuado, podrían ser interpretadas erróneamente como problemas puramente fisiológicos. La intervención a través del juego, que respete los tiempos del niño y el vínculo con su cuidador primario, resulta clave en estos casos.

El tratamiento de Brian subraya la necesidad de un enfoque holístico que contemple tanto los aspectos emocionales como los motores en la intervención psicomotriz. La mejora en su disposición al juego y la exploración del espacio refleja cómo la seguridad emocional proporcionada por su madre y la terapeuta fue fundamental para su desarrollo psicomotor. Es necesario un seguimiento para evaluar su evolución y apoyar su integración en el jardín maternal.