

Psychomotor and Sensorial Dysfunctions

MILA, Juan
Director de Psicomotricidad
Universidad de la República
Montevideo - Uruguay
milaj@adinet.com.uy

Resumen

El presente artículo nos plantea que el abordaje en terapia psicomotriz, junto con el apoyo psicoterapéutico familiar son, indudablemente, los abordajes terapéuticos que deben preferirse en los trastornos sensoriales, los cuales deben ser asistidos tempranamente por un equipo interdisciplinario. Se indica, además, en el hecho fundamental de pensar sobre la necesidad de una sólida formación teórica y profesional en las instancias de supervisión clínica

Abstract

The present article outlines that the work in psychomotility therapy, along with the psychotherapeutical family support is, undoubtedly, the therapeutic approach that should be preferred when dealing with sensorial disfunctions. These, as early as possible, should be attended by an interdisciplinary team. This article also insists in the necessity of a solid theoretical and professional formation for the people who do clinic supervision.

Introducción

El abordaje en terapia psicomotriz, junto con el apoyo psicoterapéutico familiar son, en forma indudable, los abordajes terapéuticos de elección en los trastornos sensoriales, que son asistidos tempranamente por un equipo interdisciplinario.

Este tema es posible de ser estudiado desde dos perspectivas diferentes: desde las estrategias diagnósticas y terapéuticas que el psicomotricista, (en tanto integrante de equipos interdisciplinarios) debe diseñar para trabajar con el niño con trastornos sensoriales y su familia; y/o desde el análisis de los requerimientos en el ámbito de la formación del psicomotricista, a la sazón terapeuta de estos niños. Esto depende de la interpelación constante a que este tipo de patología nos somete, como también de los niveles de tecnicidad requeridos para este tipo de trabajo.

Creemos necesario pensar sobre la necesidad de una sólida formación profesional teórica, de una sólida formación profesional (construida en la praxis interdisciplinaria), en la necesaria formación personal por vía corporal, en las instancias de supervisión clínica y en la necesidad de que aquel que trabaje en terapia psicomotriz haya transitado por un proceso psicoterapéutico psicoanalítico personal.

En nuestra experiencia como terapeutas de niños ciegos y de niños con baja visión, hemos tenido que replantearnos aspectos que, trabajando con otro tipo de niños, no nos interpelan tan dramáticamente, a saber: qué niveles de disponibilidad corporal debíamos permitirnos, qué grados de intromisión en el cuerpo y en la acción del niño eran necesarios, cómo se ve comprometida nuestra salud mental, etc.

La única forma de dar respuesta a estas interrogantes la hemos encontrado en la

articulación permanente de las instancias de formación continua de los terapeutas en psicomotricidad, que, además de ser instancias de formación continua, nos brindan una red de sostenimiento y resguardo permanente de nuestra salud mental.

Las relaciones entre la Psicomotricidad como disciplina y los trastornos sensoriales son posibles de ser estudiados desde dos perspectivas diferentes, a saber:

- a) Las estrategias terapéuticas y de evaluación que el psicomotricista, (en tanto integrante de equipos interdisciplinarios) debe diseñar para trabajar con el niño con trastornos sensoriales y su familia.
- b) El análisis de los requerimientos a nivel de la tecnicidad y de la formación del psicomotricista, terapeuta de estos niños, y de la interpelación constante a la que este tipo de patología nos somete.

1. Estrategias de evaluación psicomotriz y de terapia psicomotriz.

En este trabajo no nos detendremos en el análisis de la evaluación psicomotriz. Sólo señalaremos la importancia relevante que tiene, para el pronóstico del desarrollo del niño con trastornos sensoriales, la detección precoz del déficit.

Para lograr la detección precoz, los psicomotricistas deberemos tener una mayor y fluida comunicación con los servicios de neonatología, pediatría, neuropediatría, oftalmología y otorrinolaringología. Pensamos que la situación ideal sería que los psicomotricistas formaran parte de los equipos interdisciplinarios de salud de estos servicios.

El abordaje en terapia psicomotriz, junto con el apoyo psicoterapéutico familiar son, indudablemente, los abordajes terapéuticos que deben preferirse en los trastornos sensoriales,

los cuales deben ser asistidos tempranamente por un equipo interdisciplinario.

El apoyo psicoterapéutico familiar, definido por la psicóloga Patricia Cabot (Cabot, P.; Mila, J. 1993), tiene como objetivos:

- Acompañar a los padres (y a otros integrantes de la familia) en el proceso de duelo por el niño ideal fantaseado.
- Promover un vínculo lo suficientemente sano para permitirle al niño desarrollarse y acompañar a los familiares en este proceso.
- Posibilitar a los padres u otras personas significativas el aprendizaje de las peculiaridades del niño ciego, a fin de que puedan suministrarle las ocasiones de experimentación adecuadas que le permitan el conocimiento del mundo exterior.
- Realizar una tarea de prevención de las alteraciones del desarrollo y/o perturbaciones emocionales que puedan asentarse en la ceguera. Como forma de abordaje nos hemos planteado tácticamente tomar los puntos de urgencia, recortar el conflicto, mostrando los elementos predominantes como primera etapa de intervención que se irá reelaborando.

En algunos casos hemos hecho derivaciones para tratamiento individual, de pareja o familiar.

En la intervención terapéutica psicomotriz a nivel del niño, los objetivos son:

- Evitar alteraciones del desarrollo psicomotor.
- Evitar la instalación de trastornos emocionales y vinculares.
- Sustentar o recomponer la función materna y los vínculos familiares que generalmente se encuentran alterados.
- Sostener e incentivar la adquisición de estrategias cognitivas instrumentales que le permitan al niño una mejor adecuación al medio.

Es frecuente encontrarnos con padres que no significan el movimiento del niño. En ellos se encuentra obturada la posibilidad de interpretar los gestos de su bebé ciego. A este nivel, de una manera siempre diferente según el caso, sigue presente el duelo por el niño ideal fantaseado, y existe una inadecuada forma de responder a las necesidades del niño ciego, el que, por su limitación, tiene características diferentes que perturban sus adquisiciones instrumentales.

A partir de estos desencuentros, se constituyen verdaderos trastornos psicomotrices, con alteraciones tónicas, posturales, actitudes bizarras y, en algunos casos, pérdida del contacto con el medio.

En las situaciones descritas existe una real imposibilidad de los padres de identificarse con su hijo ciego. Es el equipo interdisciplinar el que debe intervenir en este nivel terapéutico, existiendo la necesidad de coordinación y complementariedad en las estrategias diseñadas en cada caso.

La forma de intervención correcta no es la de enseñar a una familia a ser familia, o a una madre a ser madre, o que los terapeutas deban dar un modelo de relación a seguir. Mediante la indicación de lo que debe o no debe hacer la madre con su hijo (conducta muy extendida en nuestro medio), se tiende a mostrar las fallas en la crianza, a marcar errores y, sin proponérselo, el terapeuta culpabiliza a la madre, reafirmando sus sentimientos de culpa y de rechazo.

Estos elementos deben tenerse en cuenta en las intervenciones psicológica y psicomotriz en la atención temprana. Se debe apuntar a narcisizar a la madre en su función materna, al padre y a la familia, acompañándolos en el proceso de identificación con su hijo ciego. Queda claro, de este modo, que uno de los objetivos terapéuticos más importantes que el equipo tiene (obviamente si el caso lo requie-

re) es sustentar o recomponer la función materna.

No debemos perder la perspectiva de que trabajamos con niños con déficit crónico. Al déficit debemos contemplarlo muy especialmente en nuestras estrategias terapéuticas en psicomotricidad. Los niños ciegos establecen códigos comunicacionales diferentes a los que establecen los niños videntes, y conocen el mundo por caminos distintos. Nosotros, en tanto terapeutas, debemos conocer la historia del niño, de sus afectos, de sus sufrimientos corporales, de su placer, de sus vínculos familiares, de la forma en que se establece la interacción entre el niño y su madre, entre el niño y su padre, entre el niño y sus hermanos, de cómo conoce, de cómo aprende, de cómo se relaciona con el espacio, con los objetos ...

Siguiendo a Lucerga y Sanz (1991) y agregando elementos de nuestra propia experiencia, enumeraremos algunos instrumentos cognitivos que, para adquirirlos, el niño ciego debe realizar rodeos en su adaptación. Asimismo, estas adquisiciones, deben ser contempladas a nivel terapéutico.

- Adquisición de la noción de objeto permanente.
- Organización de estructuras espaciales y temporales.
- Comprensión de la causalidad.
- Adquisición de la función simbólica. En forma fundamental la imitación diferida, la imagen mental, el lenguaje y el juego simbólico, y el dibujo.
- La integración de roles sociales de cierta complejidad.

Pensamos que el trabajo en Atención Temprana tiene que concebirse desde el comienzo mismo de las acciones, como un trabajo que permita la integración del niño con necesidades educativas especiales (en este sentido tenemos un compromiso muy importante que ha sido trasladado al currículum de los Psicomotricistas en nuestra Universidad).

2. La tecnicidad de la formación del psicomotricista

Es necesario profundizar en este segundo nivel de análisis el que tiene que ver con las aptitudes, actitudes y competencias, como terapeuta, del psicomotricista que trabaja con niños con trastornos sensoriales.

La experiencia nos indica que muchos trabajadores de la salud y de la educación se observan afectaciones de su salud mental, somatizaciones, permanentes ausencias en su trabajo, licencias por enfermedad y referencia permanente a la jubilación como liberación. Se puede encontrar, además, a profesionales portadores de los mismos déficit que los niños con los que trabajan, proyectando masivamente en su trabajo sus propios conflictos.

Creemos fundamental pensar sobre la necesidad de una sólida formación teórica y profesional (construida en la praxis interdisciplinaria), en la necesaria formación personal por vía corporal, en las instancias de supervisión clínica y en la necesidad de que aquel que trabaje en terapia psicomotriz haya transitado por un proceso psicoterapéutico y psicoanalítico personal.

Bibliografía

1. AJURIAGUERRA, J. DE. *Organización neuropsicológica de algunas funciones: de los movimientos espontáneos al diálogo tónico – postural y a las formas precoces de comunicación*: C.I.T.A.P. 23 (1986), Madrid.
2. AMILIVIA, SUSANA; GOMEZ ROSA *Mujer, deseo y embarazo*. Ed. Fundamentos, Madrid 1985.
3. CABOT, PATRICIA *Ojos que no ven ... corazón que no siente*: Fondo Tifológico Latinoamericano 17 (1992) Montevideo.
4. CABOT, PATRICIA; MILA JUAN *Diagnóstico y tratamiento clínico asistencial de un niño con deficiencia visual secuelear a un Síndrome de Stiven-Johnson*. Conferencia sobre primera infancia. Internacional Council for Education of de Visually Handicapped. ICEVH. Bangkok. Tailandia, 1992.
5. CABOT, PATRICIA; MILA JUAN *La intervención terapéutica en la interacción temprana de niños ciegos*. 1^{eras} Jornadas Nacionales de Interacción Temprana. Editorial Roca – Viva. Montevideo, 1993.
6. CANIZA, STELLA *La estimulación temprana como sostén de la función materna*. Cuadernos de desarrollo infantil. Centro Dra. L. Coriat. Buenos Aires, 1983.
7. DIAZ ROSELLO, J. L.; GUERRA, V.; STRAUCH, M., RODRIGUEZ, C.; BERNARDI, R. *La madre y su bebé. Primeras Interacciones*. Ed. Roca – Viva, Montevideo, 1991.
8. JERUSALINSKY, ALFREDO; CORIAT, ELSA *Función materna y estimulación temprana. Experiencia controlada en 100 sujetos de 3 a 16 meses de edad cronológica*. Cuadernos del desarrollo infantil. Centro L. Coriat. Buenos Aires, 1983.
9. MAHLER, M. *Psicosis infantiles y otros trabajos*. Estudios 1. Separación individualización. Estudios 2. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1984.
10. MILA, JUAN *El papel del movimiento en el desarrollo infantil*: Revista de la Educación del Pueblo 42. Montevideo.
11. MILA, JUAN *Evaluación del desarrollo y ayuda psicomotriz a niños preescolares deficientes visuales*. Conferencia sobre primera infancia. Internacional Council for Education of de Visually Handicapped. ICEVH. Bangkok. Tailandia, 1992.

12. MILA, JUAN *EL bebé deficiente visual en la clínica*. Cambio y desarrollo. La salud mental del lactante, el niño y el adolescente en el S. XXI. Ed. Gega, Montevideo, 1995.
13. NIELSEN, LILLI *Learning object concept and permanence in blind infants*. Conferencia sobre primera infancia. Internacional Council for Education of de Visually Handicapped. ICEVH. Bangkok. Tailandia, 1992.
14. POBDIELEVICH, J.; MILA, JUAN; RAVERA, CLAUDIA *Evaluación de perfil del desarrollo psicomotriz (0 a 2 años)* 1^{eras} Jornadas sobre funciones maternas. Asociación mundial de psiquiatría de la primera infancia y profesiones afines. Buenos Aires, 1990.
15. POBDIELEVICH, J.; MILA, JUAN; RAVERA, CLAUDIA *Abordaje terapéutico psicomotriz en bebés*. 1^{eras} Jornadas sobre funciones maternas. Asociación mundial de psiquiatría de la primera infancia y profesiones afines. Buenos Aires, 1990.
16. LANGER, M. *Maternidad y sexo*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1964.
17. LUCERGA, R., SANZ, M. *La atención temprana a niños con deficiencias visuales, un enfoque preventivo*. Conferencia presentada en el Servicio de Neuropsiquiatría. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, Montevideo, 1991 (inédito).
18. WINNICOTT, D. W. *La familia y el desarrollo del individuo*. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1983.
19. WINNICOTT, D. W. *Los bebés y sus madres*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1989.