

“Todos los ojos de mi madre”.

AUTORA: Lic. Psicomot. Mariana Diez¹

PALABRAS CLAVES: Síntoma psicomotor, proceso de constructividad corporal, inestabilidad psicomotriz.

RESUMEN. El presente trabajo refleja el análisis del proceso de construcción del síntoma psicomotor, diferenciándolo del síntoma motor. Se toma para la discusión un caso clínico, del que se presentan, momentos importantes del proceso terapéutico, prestando especial atención al discurso de los padres sobre el síntoma.

INTRODUCCIÓN

En las siguientes páginas se pretende realizar una articulación teórico-clínica, tomando como coordenadas indispensables las vicisitudes en el proceso de construcción corporal, el concepto de síntoma psicomotor y la importancia del intercambio interdisciplinario. Es así que se presentan “recortes intencionales” de un caso clínico, al que interrogaré a los efectos de clarificar la construcción del síntoma psicomotor y el abordaje clínico. La Psicomotricidad toma como objeto de estudio particular el cuerpo y sus producciones tónico-posturo-motrices, ya sean estas normales o alteradas. Se interesa por el proceso de construcción corporal, estableciendo una clara diferencia entre el organismo que nos es dado y el cuerpo que se construye, atravesado por la mirada de Otro que lo significa. En este sentido De Ajuriaguerra (1971) señala:

“Nuestro cuerpo no es nada sin el cuerpo del otro, cómplice de su existencia. Es con el otro como él se ve y se construye en la actividad de los sistemas que le son ofrecidos por la naturaleza, en la intimidad de este espejo reflectante que es el otro y que hace de nosotros un ser singular”.

En el trabajo clínico la escucha, la mirada, las preguntas y los silencios, guían la formidable tarea de captar algo de lo que le pasa a una persona, de su complejidad psíquica. Estos instrumentos están orientados por la especificidad de cada disciplina y se afinan con el tiempo, crecimiento personal y profesional, el intercambio con otras disciplinas y la formación constante.

En relación con el diagnóstico, nos enfrentamos a la delicada tarea de ponerle nombre a aquello que hace “ruido”, que indique de manera más o menos acabada lo que le ocurre al sujeto. La mirada diagnóstica cumple en cierto modo con la función de “ubicar”, de nombrar en un movimiento que es bidireccional: situar lo mirado y situarse respecto de aquello que es mirado.

¹ Psicomotricista. Asistente Grado 2 de la Licenciatura de Psicomotricidad, Facultad de Medicina, UDELAR. Cargo docente asistencial que se desempeña en el Servicio de Psiquiatría Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

En clínica psicomotriz, nos inclinamos por utilizar los términos aproximación o hipótesis diagnóstica. Esta forma de concebir el diagnóstico pretende dar lugar al despliegue del síntoma en el devenir del tratamiento, sin quedar el terapeuta encerrado en un diagnóstico fijo, inoperante. Se construye una hipótesis diagnóstica en la medida que esta nos sirve para comenzar a pensar al paciente.

En el marco del proceso diagnóstico y en terapia, el **juego** -en especial el juego corporal- y el **dibujo** nos permiten, aproximarnos al desarrollo psíquico del niño, ya sea este normal o patológico, y promover su evolución, apelando a la creatividad y al gesto espontáneo del niño.

Se conciben estas producciones como uno de los tantos “lenguajes” del sujeto. Así, la elección de un juego no es azarosa ni casual, tampoco lo son los cambios en el mismo, el rechazo de alguna propuesta o la repetición de alguna actividad; importa discriminar cuándo el niño está realizando una actividad estereotipada, y cuándo es un juego que vuelve una y otra vez con sutiles variaciones a la escena terapéutica, para ser escuchado, significado. El técnico no debería ser ingenuo ante estas situaciones.

Weigle plantea que a través de la observación del juego del niño, el técnico puede prestar atención a “rasgos de carácter, tipo de identificación sexual, pautas de conducta relacional, manifestación de emociones, expresión de conflictos”².

Cada profesional que observa el juego de un niño realizará distintas lecturas de lo que ocurre en escena, dependiendo de su formación específica, de la experiencia en la práctica clínica, y del continuo intercambio con profesionales de áreas afines.

Cada disciplina tiene una forma de acercarse y explicar la clínica que le es propia. Sin embargo, la complejidad de la vida humana y de los procesos patológicos que acaecen en distintos momentos del ciclo vital, hacen indispensable el **abordaje interdisciplinario**, pues para su comprensión es necesario un enfoque que tome en cuenta las múltiples dimensiones del sujeto. Este posicionamiento nos rescata de los enfoques parciales y reduccionistas, favoreciendo una mirada más integral del sujeto.

LA CONSTRUCCION DEL CUERPO.

“Pero el despierto, el sapiente, dice: cuerpo soy yo, íntegramente y ninguna otra cosa; y alma es sólo una palabra para designar algo en el cuerpo”³.

El Dr. BERGÈS señala la diferencia entre **motricidad** -que atañe al equipo neurobiológico- y **psicomotricidad** -vinculado al funcionamiento de este equipo-. El déficit afecta al órgano y compromete la función; mientras que el síntoma psicomotor guarda relación con el funcionamiento, mientras que define la funcionalidad, como el sentido social otorgado a un acto en particular. Por un lado, **organismo** - vinculado a la función-, y por el otro el **cuerpo** -funcionamiento y funcionalidad-.

2 WEIGLE, A. (1986). “La conducta de juego”. En “El juego en Psicoanálisis de niños” APU. Pág. 52.

3 NIETZSCHE, F. (2005). *Así habló Zaratustra. Un libro para todos y para nadie*. Madrid: Alianza. Pág. 60.

Ya han sido señaladas la mirada y la escucha como instrumentos clínicos para acercarnos al funcionamiento-funcionalidad del cuerpo. Escucha del discurso del cuerpo y acerca del cuerpo.

CALMELS menciona que el organismo habla de la especie, y el cuerpo de la persona. El cuerpo nace entre cuerpos, siempre más de uno. El adulto participa, consciente o no, de la construcción del cuerpo del niño.

La Psicomotricidad se ocupa del síntoma psicomotriz, y no de la alteración motriz; del cuerpo y no del organismo. Sin embargo, cabe señalar que el cuerpo se construye con determinadas variables, una de ellas el organismo, materia prima sobre la cual el cuerpo cobrará rasgos peculiares.

“... Pero siempre, es un otro esencial quien enciende el fuego del cuerpo en el organismo humano”⁴.

El cuerpo, resultado de un proceso, es un organismo marcado por la relación con otro. Se entiende la constructividad corporal como el proceso a través del cual, el niño construye su cuerpo, sobre la base de un organismo dado, y se apropia de su funcionamiento. Esta construcción ocurre necesariamente en el encuentro con el otro.

La instancia diagnóstica y la terapéutica se centran en este proceso de constructividad y sus vicisitudes.

“El cuerpo nunca es el cuerpo de la naturaleza sino el cuerpo de la cultura y de la historia del sujeto. Como tal está cubierto de signos, salpicado de inscripciones, sembrado de fantasías, lleno de cicatrices psíquicas”

EL SÍNTOMA PSICOMOTRIZ.

Se entiende el síntoma como un mensaje del sujeto que da cuenta de un conflicto que lo afecta en sus posibilidades de comunicación.

La tarea del Psicomotricista es en palabras de MANNONI: “más allá del síntoma que debe ser reeducado, en primer término existe un mensaje que debe ser oído ... en todo síntoma hay un mensaje encapsulado, el sujeto está hablando a través del síntoma, con **signos de un código poco o nada comunicables**”⁵.

El síntoma se va hilvanando en la historia corporal del sujeto, la historia de sus vínculos, en un contexto socio cultural específico, y debe ser enlazado con aquello que le dio origen.

Sin embargo, el síntoma no es el sujeto todo, y esto es algo a trabajar con los padres. A menudo el niño es significado, por sus padres, pares, entorno, únicamente desde su síntoma. La alteración o el síndrome lo es todo. Esta situación lo rotula, lo marca, lo margina, lo define. **No poder hacer algo se transforma en no poder nada.** En la clínica se debe abordar el sujeto y no el síntoma exclusivamente.

4 CALMELS, D. (1998). *Cuerpo y Saber*, D & B Editores, 2ª edición.

5 MANNONI, M. *El síntoma y el saber*. Ed. Gedisa. Barcelona; 1984.

“Nuestro objetivo se reduce a modificar la figura como síntoma, pero esencialmente el fondo que lo hace posible, incluso en ocasiones únicamente el fondo con el fin de modificar el cuerpo en cuanto sistema de relación y orientación”

(DE AJURIAGUERRA, 1997).

Bernard Golse (2003) plantea que lo que aparece como patológico en un niño en una época sería quizá considerado como normal en otra, porque la tolerancia de una sociedad al funcionamiento de los niños se funda sobre criterios educativos variables y sobre una representación de la infancia que depende de ese momento histórico. Cada sociedad, cada grupo social, espera funcionamientos diferentes de sus niños, y tolera de forma variable las desviaciones. Se sobrevaloran algunos atributos en desmedro de otros, por ejemplo, lo intelectual por sobre lo corporal o viceversa.

Recuerdo una niña de 5 años que llegó a la consulta derivada por la institución educativa a la que concurre porque no lograba producciones gráficas acordes a lo esperado. La niña manifestaba que no le gustaba dibujar ni colorear. No aparecían elementos significativos desde el punto de vista motriz que impidieran producciones más ricas. En la entrevista inicial, la madre de la niña dice no estar de acuerdo con la derivación y señala con orgullo: “No entiendo cual es el problema... ella puede diferenciar un Blanes de un Figari”. Y efectivamente podía hacerlo, lo que no podía hacer era ser curiosa, aflojarse, animarse, tolerar el error, volver a empezar. Disfrutar del proceso de dibujar, y no preocuparse excesivamente por los resultados.

El síntoma psicomotor da cuenta de un desajuste entre la **función** -anclada en la estructura- y el **funcionamiento - funcionalidad**. Es por esto que, una estructura dañada no es condición suficiente para que se instaure un funcionamiento desajustado. La función puede estar más o menos comprometida, pero su funcionamiento, ligado al encuentro con el otro, puede estar al servicio del desarrollo de las potencialidades del sujeto, cualesquiera sean estas. En otros casos, se imprime sobre la patología orgánica, una dificultad en el funcionamiento.

El síntoma psicomotor refleja las fallas de la constitución, continuidad e integración de la imagen de sí, siendo la vía regia de expresión las producciones tónico-posturo-motrices, la expresividad motriz.

LA ELECCIÓN DEL MATERIAL CLÍNICO.

Organicé mi trabajo en relación a un **caso clínico**. Este caso no fue elegido en forma azarosa, sino que desde los primeros encuentros suscitó en mi incertidumbre, apetito por comprender al menos algo de lo que estaba pasando con esta niña y su entorno. El abordaje se llevó a cabo en el contexto de la asignatura **Diagnostico y Tratamiento Psicomotriz del Ciclo Vital**, materia de la cual soy docente (la asignatura, perteneciente al último año de la Licenciatura, se desarrolla en los Servicios de Neuropediatria y de Psiquiatria Infantil del Hospital Pereira Rossell (HPR), ambos de la Facultad de Medicina de la UDELAR. La práctica se desarrolla en el Serv. de Psiquiatria Pediátrica del HPR. En líneas generales, el trabajo con la niña y su familia, consistió en la realización de un estudio psicomotriz, devolución a la madre y la niña, establecimiento del encua-

dre de trabajo. Una vez finalizada esta instancia comienza el abordaje psicomotriz, a principios del 2007.

PRESENTACIÓN DE LA NIÑA. DATOS RELEVANTES.

Nombre: MAIA⁶ Fecha de nacimiento: 02/12/1999

Motivo de derivación a Psicomotricidad. Es derivada por el Médico Psiquiatra Tratante del Servicio de Psiquiatría Pediátrica del HPR. Se observa hiperquinesis, labilidad emocional y dificultades en el proceso de adquisición de la lectoescritura. Se describe un cuadro de hiperactividad y desorden emocional acompañado de ansiedad y angustia. A la edad de 4 años la maestra solicita pase a Neuropediatra por dificultades en el control de esfínteres y porque Maia se llevaba las crayolas y goma de pegar a la boca. El Neuropediatra deriva a Policlínica de Genética y al Servicio de Psiquiatría (Medicada con Risperidona -10/2005-, Ritalina -07/2006-).

Entrevista inicial (Psicomotricidad).

- Concorre la madre, pese a estar citados los dos padres; la madre describe un cuadro de hiperactividad y dificultades de atención, problemas a nivel práxico (no se viste sola, torpeza en el manejo de cubiertos, tijera, lápiz).
- Constitución del núcleo familiar. A finales del 2006, Maia vive con su madre, abuela paterna y dos hermanos: un varón de 5 años y una niña de 11 años (hermana por parte de padre). Sus padres están separados desde el 2002. Todos vivían en la casa de la abuela paterna, exceptuando el padre. Actualmente, Maia vive con su madre y hermano menor en una pensión.
- Embarazo. Controlado, Mal tolerado; la madre estuvo internada a las 6 semanas de gestación con amenaza de aborto. Nace por parto natural, sin dificultades.
- Adquisición de pautas madurativas sin dificultades. Actualmente, se describen, episodios de enuresis secundaria, que comenzaron a la edad de 4 años. A la misma edad presenta trastorno de sueño. No se señalan trastornos de sueño en la actualidad. Colecho con la madre.
- 2006. Concorre a Maestra de apoyo diariamente e inicia estudio psicológico.

Estudios realizados durante el 2005 - 2006.

POLICLÍNICA DE GENÉTICA: Diagnóstico Síndrome Ehlers Danlos tipo III benigno⁷.

INFORME PSICÓLOGA Y MAESTRA DE APOYO CODICEN: concluye funcionamiento

⁶ Se utiliza el nombre real de la niña, porque es relevante para el análisis del caso.

⁷ Grupo de trastornos heterogéneos clínica y genéticamente, que se producen como resultado de algún defecto en la síntesis o estructura del colágeno. Los tejidos ricos en colágeno pueden estar afectados en diferente grado al igual que la audición, la articulación en el habla, y la deglución. (COTRAN, R. S. y KUMAR, V. y COLLINS, T).

global descendido. Cuadro de retraso en el desarrollo con significativo desfasaje en áreas cognitiva, lenguaje (comprensivo- expresivo) y perceptivo motriz. Hiperquinesia. Posibilidades de acceso a áreas instrumentales para el año 2006 comprometidas. Se sugiere: permanencia en Nivel 5 (sugerencia que no es tenida en cuenta, y Maia pasa a primero), apoyo pedagógico y continuar tratamiento en Psiquiatría.

ESTUDIO DE LENGUAJE: Niña muy difícil de evaluar, hiperactividad, labilidad atencional. Dificultad de poca entidad a nivel fonológico, comprometido el nivel semántico pragmático (respuestas inadecuadas, desajustes temáticos, relatos confusos).

ELECTROENCEFALOGRAMA: normal.

EVALUACIÓN PEDAGÓGICA: excesiva descarga motriz, oposicionismo, se fatiga con facilidad. Movimientos permanentes del cuerpo. No maneja nociones temporales con acierto.

Dificultad en la coordinación de movimientos, lo que dificulta la escritura. Trazo inseguro y muy marcado.

No logra mantener la atención por lapsos de más de 3 o 4 segundos. Cuando lo hace responde de manera correcta. Memoria visual a largo y corto plazo con dificultades.

Presenta defectos en la articulación de fonemas.

No diferencia grafías numéricas de alfabéticas. Reconoce dibujos. No acceso a código escrito.

Se sugiere tratamiento Psicomotriz, continuar con el Apoyo Pedagógico que recibe en la escuela y con el tratamiento Psiquiátrico.

Datos relevantes del estudio psicomotriz.

Maia se presenta como una niña alegre, muy activa, verborrágica. Se observa inquietud e inestabilidad postural. Continuamente balancea miembros inferiores y superiores, aún estando sentada; en más de una oportunidad pierde el equilibrio y cae de la silla, toca todo, aparece tono de voz aumentado, se lleva a la boca cosas que sabe no debe en una actitud desafiante, o se chupa el pelo.

No finaliza las actividades que emprende, antes de comenzar una nueva. No logra mayor implicancia en las mismas.

Se distrae con facilidad ante estímulos “irrelevantes” (por ejemplo, los sonidos que provienen del exterior de la sala, en particular cuando suena el celular de la madre, sonido que dada la presentación de la niña cobra una especial valor). Está pendiente de lo que hace su madre fuera, y quiere confirmar que no se fue, saliendo de la sala en más de una oportunidad.

Escolaridad. Actualmente concurre a Escuela Especial; anteriormente cursa primero dos veces (2006 y 2007).

Presenta dificultades en la aceptación de límites. Busca evadir las actividades que se le proponen, solicitando ir al baño o cambiando de tema.

En sala, comienza juegos que no llega a desarrollar, pues su interés cambia en forma repentina, la iniciativa parece “apagarse” rápidamente, interesándose más en las propuestas de los otros niños, desatendiendo las propias. Se muestra impulsiva. Rechaza instancias de distensión.

Se aprecian además, dificultades en lo referido al balance psicomotor: **coordinación global descendida, ajuste tónico postural** comprometido, **descenso en la coordinación digital**. Esta dificultad se observa también en la manipulación de instrumentos: lápiz, tijera.

Marcadas dificultades en la prueba de estabilidad psicomotriz; cabe señalar la aparición abundantes reacciones de prestancia que tiñen la prueba.

Descenso en aspectos perceptivo motrices y perceptivo visuales, y en copia de figuras. Se observó con gran frecuencia distorsión de la forma y dificultades en la integración de la figura.

Dificultades en la organización de la actividad (comienzo, desarrollo y finalización) y para sostenerla en el tiempo, cambios de roles permanente.

Tiene una actitud ambivalente en relación con la proximidad corporal. Por momentos la exige, adoptando posturas que no corresponden a su edad (quiere ser sostenida como un bebe, se abandona en el cuerpo del Psicomotricista). En otros momentos, rechaza el contacto corporal. La exploración que realiza del espacio suele limitarse a la realizada por el Psicomotricista.

Busca captar la atención de todos los adultos que se encuentran en la sala, en especial de aquellos que no están interactuando directamente con ella.

Resulta clave señalar que la actitud de la niña varía en función del adulto que interactúa con ella.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente se observa en Maia labilidad atencional, aumento de movimiento, cambio frecuente de actividad sin investimento de las mismas, impulsividad.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA: *Inestabilidad psicomotriz.*

ANÁLISIS.

Comienzo la tarea de encontrar un sentido, uno de los múltiples que oriente el abordaje clínico.

En terapia psicomotriz no alcanza con que el técnico habilite un espacio, es necesario que el paciente puede crearlo. Se busca que el niño experimente creativamente con el cuerpo, explorar nuevas modalidades de relacionamiento, comunicación, con el otro, objetos, el espacio y el tiempo, por medio del juego corporal, la relajación terapéutica, el dibujo, el modelado, las construcciones, etc.

En el proceso terapéutico la **actitud del Psicomotricista** ha de ser de respeto, continuidad, sostén, cuidado, empatía (lo que no supone simpatía), evitando ser intrusivos, y buscando sintonizar con las necesidades del paciente. En este sentido, ser empático puede significar conectarse con las necesidades de frustración y de límites del niño y de su familia. En el caso de Maia y su madre, este punto se transformó en un eje central en el tratamiento (señalo a la madre y no a otro miembro de la familia porque es la que concurre exclusivamente a los encuentros).

¿Cuál es nuestro objetivo en la clínica psicomotriz?

Revisando distintos autores encontré una idea que me resultó interesante: la **noción de cura** en la antigua Grecia. La *metanoia*⁸ era el cuidarse a sí mismo a través del conocerse a sí mismo. El cuidado estaba referido al poder hacerse preguntas, interrogarse sobre la propia existencia.

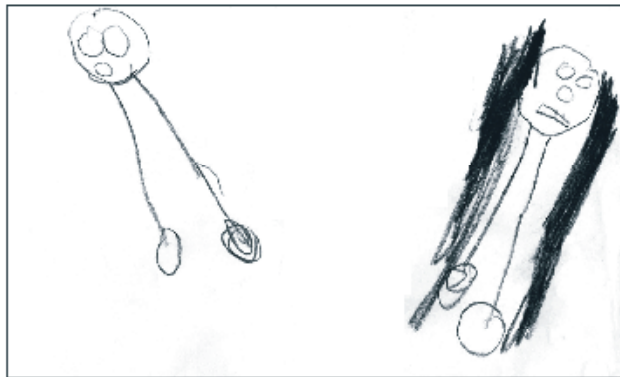
El filósofo francés Michael Foucault entiende el cuidarse y el conocerse articulados entre sí. Foucault sostiene que la civilización occidental ha desarrollado un discurso del conocerse desvinculado del cuidarse a sí mismo.

En el mismo sentido el historiador francés Paul Veyne menciona que los hombres no encuentran su verdad sino que la producen como producen su historia, **la verdad es muchas veces una historia contada en síntomas y en signos.**

A continuación se presentan algunos hitos importantes en el abordaje psicomotriz que giran en torno al juego, el dibujo y el modelado.

EL DIBUJO DE FIGURA HUMANA.

Figura Número 1.



Diciembre de 2006. Dibujo de la figura humana. Comienza por el dibujo de la derecha que representa a la madre y continúa con la de la izquierda que representa al padre. Más allá del descenso desde el punto de vista evolutivo, llama la atención la omisión de brazos que podrían relacionarse con la dificultad para tomar contacto con estos padres, la omisión de cuerpo y los ojos vacíos, la inclinación de pareja paterna en sentidos opuestos. Desde el punto de vista de los trazos se aprecia aumento de la intensidad de los trazos en determinados atributos femeninos.

⁸ *Metanoia* (del griego, *metanoiien*, para cambiar una mente) es un enunciado retórico utilizado para retractarse de alguna afirmación realizada, y corregirla para comentarla de mejor manera. Su significado literal del griego denota una situación en que en un trayecto ha tenido que volverse del camino en que se andaba y tomar otra dirección.

LA REPRESENTACIÓN DEL PROPIO CUERPO.

“Maia se escribe con la de Mamá “

Figura Número 2.



Julio de 2007. Dibujo de sí misma. En la parte superior de la hoja coloca su nombre (Maia). Desde el inicio del abordaje clínico, resulta significativo que la niña cambia la letra “i” de su nombre por la “e”, la inicial del nombre de su madre. En este gráfico la “i” aparece sustituida por la “e”, observándose perseverancia en su ejecución. Esta conducta se mantiene durante varios meses. Más adelante, cambia la “i” de su nombre por la “m”, o sobre-escribe la “m” en el lugar de la “i”, formándose así la palabra “mamá”, cuando en realidad lo que pretendía escribir era su MAIA. Ocurre lo inverso cuando quiere escribir “Mamá”, sustituye la segunda “m” por una “i”, formando así su nombre.

El análisis del dibujo revela que no presenta todos los ítems evolutivos esperados para su grupo de edad y sexo. En lo que se refiere a los ítems emocionales, se observa: integración pobre de las partes de la figura, leve inclinación, omisión de la nariz y de la boca. El único rasgo facial que se dibuja son los ojos. Los rasgos de la cara junto con la cabeza, son los elementos de la representación que se logran desde muy temprana edad, por lo que su ausencia es un signo importante. Los rasgos faciales son la fase expresiva del cuerpo, y el centro de comunicación y rasgo social del dibujo.

Al llegar al dibujo de las manos comenta “son guantes”, tal vez tratando de “cubrir” su dificultad en la manipulación de objetos, instrumentos, y en la coordinación para realizar movimientos distales. Este comentario se repite espontáneamente en otras producciones.

Otro aspecto a considerar en el análisis es la ubicación de la figura en el espacio gráfico: aparece suspendida en la hoja. Si bien la figura aparece más completa, -comienza a dibujar el cuerpo y los brazos,- las proporciones no son adecuadas, siendo exagerado el tamaño de las manos y la longitud del cabello.

Los TRAZOS son irregulares en su intensidad, con escaso control.

De esta manera, se observa: una precaria representación de la figura humana (ya que sí bien sus posibilidades motrices podrían estar impidiendo una mejor representación, Maia no nota la ausencia de boca, nariz, etc.)

Figura Número 3.



Mayo de 2008. Dibujo de figura humana. Al finalizar el dibujo expresa que es ella. Escribe su nombre en espejo y lo tacha. La escritura en **espejo** no es un característica habitual en Maia, por lo que llama especialmente la atención, puesto que además de escribirlo en espejo, le agrega una “m” al final. Escrito de esta manera “MAIAM”, el nombre se transforma en una producción simétrica, con la “i” como eje central, y se puede leer en cualquier sentido.

Luego lo escribe en forma correcta, pero incluye más abajo la palabra “mamá”. No puede “separarlas”, siempre que escribe su nombre existe, de una u otra manera, una referencia a su madre, llegando en alguna oportunidad a escribir “MAIAMAMA” sin espacios entre las palabras.

En relación con la figura: aparece mejor organizada, los rasgos faciales completos, más proporcionada, los brazos en dos proporciones, incluye caravanas y vestido. Colorea el dibujo y logra mantenerse dentro de los márgenes de la figura; el trazo presenta variaciones en la intensidad en ciertas regiones del dibujo pero en comparación con los gráficos anteriores resulta más homogéneo.

“La casa de habitación, un sucedáneo del vientre materno, primera morada cuya nostalgia quizá aún persista en nosotros, donde estábamos tan seguros y nos sentíamos tan a gusto”⁹

LA REPRESENTACIÓN DE LA CASA. “Se le voló lo de adentro!”

Figura Número 4.



Diciembre de 2006. Dibujo de una casa. Dentro de la batería de pruebas de la evaluación psicomotriz se incluye el dibujo libre. Los gráficos que logra producir en forma espontánea se caracterizan por presentar una escasa elaboración en relación a la temática (por ejemplo, una casa o una persona). La organización en el espacio gráfico resulta inadecuada pues los elementos dibujados aparecen, generalmente, “suspendidos” en la hoja. Resulta poco habitual que coloree sus dibujos, cuando lo hace aparece una clara dificultad motriz.

Ante la propuesta de dibujo libre, Maia dibuja una casa. Al colorear no logra controlar el trazo, advirtiéndose impulsividad, desajuste tónico y postural, importante presión del lápiz sobre la hoja. Es así que comienza a salirse de los límites de la casa expresando: “Se le voló lo de adentro!”

Numerosos autores refieren que la casa representa el cuerpo materno, o el propio cuerpo. En este sentido podemos pensar qué cuerpo representa, y qué fue lo que se lo “voló”. En cualquier caso si se le voló lo de adentro puede asociarse a un vacío que se genera como resultado.

Figura Número 5.

Julio de 2007. Evolución en el dibujo de la casa. La elaboración de la casa aparece más lograda, agregando al gráfico otros elementos (ventanas, puerta, picaporte, todos estos elementos que se vinculan a las posibilidades de comunicación, elementos externos: sol y flor) y línea de base, aunque temblorosa.

9 FREUD, S. En: *La casa, escena de la fantasía. Vida Maberino de Prego, Montevideo. Artículo Leído en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, agosto de 1976.*

“Las manos quieren ver, los ojos quieren acariciar”¹⁰. J.W. Von Goethe.

Figura 5



Diciembre de 2007. En el taller de psicomotricidad, instancia posterior al trabajo en sala, Maia comienza a hacer con cerámica fría “bolitas” que luego aplasta, de 2 cm de diámetro aproximadamente. No realiza comentarios durante la actividad. Una tras otra sitúa las bolitas sobre una hoja, en forma desordenada. Al terminar le pregunto si quiere contar que ha hecho y responde: “Son ***TODOS LOS OJOS DE MI MADRE***, ... me miran a mí”.

Entendí que estaba ante un momento importante en el trabajo clínico y guardé su producción en una caja.

Al retomar el tratamiento en el 2008, luego de unas sesiones, Maia descubre en la caja su producción, y exclama: “Los ojos de mi madre, ***ESTOS SON MÍOS!***”.

Esta expresión resulta particularmente interesante. Si bien se puede hacer una lectura “lineal”: “estos son míos” como “esta es mi producción”, también se puede leer “entrelíneas”: “los ojos de mi madre son mis ojos, pues siempre están pegados a mi cuerpo”.

En ese momento le propongo escoger 2 “ojos” para pintar y colocar en una figura de cerámica. Acepta la propuesta parcialmente: comienza a elegir los “ojos” pero los quiere todos, no puede descartar ninguno, finalmente se queda con los dos más grandes. No quiere colocarlos en la figura de cerámica, los coloca en otra caja. Y ahí están, esperando ser situados, posicionados.

- La sala de “espera”. La expectativa.

Llega generalmente unos minutos antes de la sesión acompañada de su madre; la es-

¹⁰ Goethe, J. W. En: *Not Architecture But Evidence That it Exists*. Laurotta Vinciarelli: *Watercolors*, Brooke Hodge, editor. Harvard University Graduate School of Design, 1998, Pág. 130.

cucho apurarse a golpear la puerta, mientras la madre le dice: “esperá!, todavía no te toca”, pero Maia no puede contenerse y golpea con fuerza. Las situaciones en las que tiene que esperar la desbordan. No tolera situaciones que le generen incertidumbre, en las que deba diferir la acción, sobre todo si estas situaciones tienen que ver con ir al encuentro de otro.

Cuando salgo, muestra una actitud desafiante, observándose que este comportamiento persigue como fin ulterior llamar la atención del adulto, evaluar hasta dónde puede llegar, que tanto le permitirá la madre, que permitirá el psicomotricista, y finalmente quién y cómo pondrá un límite que organice.

La madre parece estar “rendida”, permite todo, afirmando “Yo no puedo con Maia” (este comentario se realizaba frecuentemente en presencia de la niña), lo que obviamente le reafirmaba a Maia el poder que tenía sobre su madre.

En la sala de espera Maia se encuentra sentada SOBRE su madre, esconde su cara entre el pelo de esta, y se aferra a su cuerpo, mientras la madre detrás de la niña, asoma para decir:

“Hoy estamos...fatales”, **singular manera de quedar pegadas y ser una en la acción.**

A este respecto CALMELS¹¹ destaca que el cuerpo del otro nos *conforma*. Esta conformidad puede pensarse en dos sentidos posibles:

- A) El cuerpo del otro nos tranquiliza, nos da lo que necesitamos. El acogimiento reiterado del otro nos brinda el sosiego necesario para hacer de la continuidad una presencia de identidad. Sin embargo, en el caso de Maia, el cuerpo de la madre está presente de manera constante, sin restricciones, a disposición permanente, pasivo.
- B) En otro sentido el cuerpo del otro “nos da forma“, nos modela, nos marca, nos limita, con la mirada, la escucha, la voz, la actitud postural, la sonrisa y también con el contacto.

- **La transición a la sala.**

Desde los primeros encuentros, Maia muestra una importante dificultad para ajustarse al encuadre de trabajo. Los rituales que inauguran y dan cierre al espacio terapéutico (separando el adentro y el afuera de la sesión, brindando un marco de seguridad), son sistemáticamente vulnerados: ya sea porque no quiere separarse de la madre al comienzo de la sesión, o porque no quiere reencontrarse con ella al final de la misma. Al principio buscaba que la madre entrara con ella a la sesión, y de no ser por mi negativa, la madre siempre se encaminaba a la puerta, dispuesta a ingresar, rendida ante el mandato de Maia, tironeada por la niña. En distintas entrevistas se le señaló a la madre la necesidad que tiene Maia de límites claros y estables, pero ella afirma que no puede

11 CALMELS, D. (2007). *El cuerpo en sus manifestaciones. Las intervenciones corporales. Material inédito. Proyecto de publicación.*

ponerle límites, porque la niña la “agota”. El padre no se involucra en la crianza de la niña. Está presente físicamente, a pesar de la separación, pero afectivamente no se encuentra disponible. Este punto se analiza más adelante.

- **Dentro de la sala. “¿Puede conmigo?”**

Durante las sesiones me dice: “¡A que no puedes conmigo!”, refiriéndose a si puedo cargarla, hamacarla, atraparla, etc. Y le respondo “¡Sí que puedo!”, y la levanto en brazos, la hamaco, la persigo, y casi siempre la atrapo, lo que provoca en ella un genuino disfrute.

Considero importante en el abordaje terapéutico la existencia de momentos de presencia en los que intervenimos, y de ausencia, donde nos corremos para que el niño arme el escenario en solidaridad con nuestra mirada. En el caso de Maia esto último resultó ser terapéutico, contribuyendo a desarrollar cierto grado de frustración y de autocontrol. En las distintas sesiones aparece frecuentemente el sostén por parte del Psicomotricista de diferentes formas, el transporte en brazos, o momentos en los que la niña reclama su mirada para poder “hacer”, como forma de estar sostenida, pero al mismo tiempo como vía de quedar siempre pegada a la presencia del Otro.

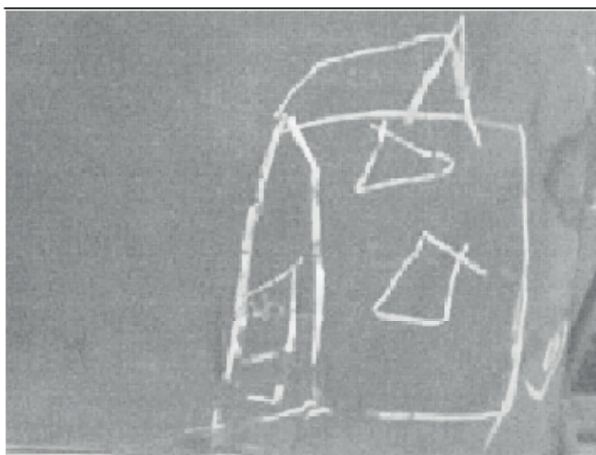
En las últimas sesiones Maia arma una construcción precaria a la que denomina “casa” (coloca prismas alineados formando un rectángulo, no tiene techo, no tiene ventanas, ni puerta). Básicamente, los prismas delimitan un espacio, una “casa” que llama la atención por su gran dimensión. El adentro y el afuera no quedan bien definidos. Por momentos, no logra respetar los límites de la construcción y la desarma parcialmente.

Le pide al Psicomotricista colocar un colchón dentro de la casa, exclamando: “No!... *Ese no. El más grande, el de dos plazas!*”.

Cabe recordar que desde hace muchos años se da una situación de colecho (madre-hija). Al indicarle la posibilidad de ir armando espacios separados para madre e hija, la mamá señala que “la niña pasa frío en invierno”, y que “en verano se destapa”, marcando la imposibilidad por su parte de habilitar un corte, la construcción de un espacio separado la una de la otra. Me pregunto ¿Qué lugar ocupa Maia para la madre?, que es lo que las liga de esta forma tan alienante? El hermano varón de Maia un año más chico tiene una relación más adecuada con su madre, cursa segundo año sin mayores dificultades. Actualmente, conviven los tres en una pieza de pensión, Maia y su madre duermen en una cama grande, y el varón duerme en una cucheta, en la que también podría dormir Maia. Se le sugiere que la cambie para la cucheta respondiendo, “Y si se cae?”, siempre encuentra un argumento.

Se desarrolla un juego en el que la Psicomotricista y ella duermen en el mismo espacio. Progresivamente, a medida que transcurren las sesiones, se comienza a vislumbrar una pared dentro de la casa, quedan delimitados así dos espacios. Al principio, la pared que separa, tiene una ventana que comunica. Es un comienzo; los límites estructurando espacios: físicos y psíquicos; la construcción de un espacio propio, separado del Otro.

Figura Número 6. Comienza a dibujar una casa en el pizarrón. Si bien la organización del dibujo no es adecuada, se aprecia un avance en la representación, agregando más elementos, diferentes espacios.



Después de un año de tratamiento psicomotriz se comenzó a trabajar en instancias donde se privilegiaba la **quietud**. Al principio, Maia no toleraba inhibir las aferencias visuales, distenderse, concentrarse en el propio cuerpo. El acostarse, mantener una postura, NO HABLAR Y SUPRIMIR LA AFERENCIA VISUAL, parecían una empresa imposible, quedando en evidencia por las múltiples reacciones de prestancia que surgían: risas exageradas, movimientos de las extremidades, abrir los ojos o cerrarlos apretándolos. En una oportunidad la dificultad era tal que optó por cerrar sus ojos y mantenerlos de esa manera ayudada por sus dedos

Paulatinamente, se observó una evolución favorable, aceptando e incluso solicitando estas instancias. Cabe señalar que la relajación como “mapeo del cuerpo”¹², es un espacio en el que el niño puede trabajar la imagen corporal, así como una vivencia placentera de quietud, fundamental en este caso.

Señala BERGÈS: “...la relación establecida entre concentración mental y distensión sustituye lentamente a la que en las primeras horas de vida se establece entre estímulo y reacción tónica, primer esbozo de la vida emocional a través de la postura del eje corporal. Todo lo dicho permite pensar que la relajación puede estar indicada en los trastornos de atención, en los casos de descontrol tónico emocional...”¹³

- La salida. El reencuentro.

Es habitual que la niña quiera llevarle **TODAS** sus producciones a la madre. Alguna vez se las lleva, en general armamos una carpeta donde se colocan los dibujos y demás produc-

12 CALMELS D. (1995). *La Relajación y sus sentidos*”, artículo publicado en *Crónicas Clínicas en relajación terapéutica y Psicomotricidad*, N°2, Realización: L. González y R. Aragón, Bs. As.

13 BERGÈS J. & BOUNES M. (1977). *La relajación terapéutica en la infancia*, España, Toray/

ciones. Semana a semana esta carpeta se nutre de lo que Maia dice, expresa, de manera espontánea con distintos materiales, y a partir de distintos lenguajes. Construimos una historia, a la que cada tanto recurrimos como forma de incluir la variable temporal en el abordaje. Observa sus progresos, recuerda algunas producciones con alegría y las asocia a alguna circunstancia particular. Un registro de su proceso terapéutico.

LA FIGURA PATERNA, LA FUNCIÓN PATERNA.

A lo largo del tratamiento la presencia del padre, tanto en el discurso de la niña como en el de la madre, es casi nula. La referencia más próxima para Maia en relación a su padre es su abuela paterna, con la que convivió un periodo importante de su vida. Los encuentros con su padre son esporádicos, irregulares, difíciles de anticipar por la niña y su entorno más inmediato. Según la madre, el papá de Maia no se encuentra involucrado en la crianza de la niña.

Figura Número 7. Agosto de 2008. Por primera vez en el Espacio clínico aparece una referencia al padre, señala que lo extraña y que quiere que la llame, pues hace tiempo que no lo hace. El padre ha formado una nueva pareja.



En el dibujo se aprecia que Maia intenta la representación del padre 4 veces, uno de estos intentos del lado posterior de la hoja. Comienza por la cabeza borrando o tachando y retomando la representación que finalmente logra en el quinto intento. Esta dificultad para representar al padre podría estar señalando una dificultad en lo real para entrar en contacto con esta figura desde el punto de vista afectivo.

Figura y función paterna, NO SON SONÓNIMOS. Se establece esta diferencia ya que la presencia física de un padre no es condición suficiente para el desarrollo de la función paterna, asimismo es posible que una madre o un sustituto puede instaurar la función paterna aún en ausencia del padre.

La función paterna es norma, por lo tanto limite fundador de la espera, de la reflexión y de las conductas sociales.

ABERASTURY & SALAS (1978) consideran a lo largo de su obra cuatro papeles fundamentales del padre como: 1. Modelo identificatorio, 2. Objeto afectivo, 3. Auxiliar de la madre y 4. Rival.

Para Lacan, (en Aberastury & Salas, 1978) la función paterna representa una función reguladora del deseo y el goce que censura el incesto y la fusión madre-hijo/a. Es para este autor una función de corte.

“Tomando la idea de lo transicional desde la óptica winnicottiana sabemos que este concepto alude a la posibilidad de separación del bebe con su madre. En ese “más allá” de lo materno se ubicarán diferentes registros de lo ajeno, de lo no propio en el que se ubica: el espacio, el no-yo, el padre, los otros, etc”¹⁴.

Dentro del triángulo familiar, el niño queda expuesto a dos vínculos, conectándolo separadamente con cada padre y confrontándolo con el eslabón entre ellos, que lo excluye. Si el vínculo entre los padres, puede ser tolerado por el niño, tiene lugar la *tercera posición*. Eso nos proporciona la capacidad de percibirnos en interacción con los otros, manteniendo nuestra habilidad de pensar sobre nosotros mismos, sobre el otro, y sobre la relación en curso.

La función paterna o el par padre-hijo permite la conquista del pensamiento abstracto. Es importante que el niño pueda vivenciar *“ser el hijo observando la pareja de padres a él vinculado”*, es decir ser el observador fuera de la relación, con lo que se completa el triángulo Edípico.

La ausencia de la función materna y/o paterna, pueden marcar la no articulación entre los tres elementos del triángulo edípico, estancando el desarrollo. La función paterna es fundamental en la cultura, pues permite que el niño evolucione de la relación dual con su madre al espacio triangular.

ALGUNAS REFLEXIONES EN RELACIÓN AL CASO CLÍNICO.

Roussillon plantea que la inestabilidad psicomotriz podría corresponder a una dificultad particular para estar solo en presencia del otro.

De acuerdo con los planteos de Winnicott, en el camino de la dependencia absoluta hacia la independencia (que nunca es total), pasando por la dependencia relativa, la ausencia o escasez de experiencias placenteras compartidas en un vínculo seguro, continuo, pero maleable, donde los límites sean claros, puede implicar fallas en la función materna. Una madre suficientemente buena, es una persona que es repetidamente exitosa en proveerle al niño lo que este necesita, asegurando una continuidad existencial, otorgándole una dosis necesaria de omnipotencia. La adaptación de la madre a las necesidades del bebé es siempre activa, al inicio la adaptación es total, y gradualmente, sólo gradualmente, irá fallando. La adaptación completa a las necesidades del

Masson.

14 GUERRA, V. *Inquietud en el niño: de la transicionalidad como función estructurante, al falso self motriz. Artículo.*

bebe dura únicamente un breve periodo, pues la madre retoma su vida. Una madre que no sepa **ir fallando** progresivamente (**desadaptación gradual**: en consonancia con la creciente capacidad del niño de tolerar la frustración) fallará en otro sentido. A medida que el bebe crece, los fracasos en la adaptación de la madre constituyen en sí mismos una adaptación a la gradual necesidad del niño de reaccionar a la frustración.

Las fallas graves en la adaptación suscitan en el bebe una reacción que trunca la continuidad, interfiriendo con la tendencia natural a convertirse en una unidad integrada. El término *holding* acuñado por Winnicott designa la manera en que se sostiene físicamente al niño en los primeros y fundantes meses de la vida, pero también toda la adaptación del entorno a las necesidades físicas y psíquicas del bebe hasta el momento en que se vuelve menos dependiente, capaz de salir progresivamente del estado de fusión con su madre. ***Por efecto de un holding adecuado, el bebe pasa normalmente de un estado de no integración a un estado de integración somatopsíquica.***

No es más que al final de una evolución compleja que el otro puede ser representado como un objeto diferente de sí mismo.

En la primera infancia se da una experiencia paradójica: Solo pero acompañado.

Una etapa de este camino, nombrado por Winnicott es “la capacidad de estar a solas en presencia del otro (la madre o el entorno maternal)” y transcurre aproximadamente a los 5 meses. En este periodo, si todo va bien, el bebe vive la experiencia de estar en un mundo de “ensoñaciones” personales, sin perder a pesar de ello, la presencia de la madre que continúa estando disponible, con su voz o con su mirada, y que intervendrá si el bebe la llama. El otro no “aprovecha” ese momento en que el niño no piensa en él para ausentarse. Esta experiencia fundamental, en el curso de la cual el bebe descubre su vida personal y comienza a adquirir la capacidad de fantasear, no puede tener lugar más que si está acompañada de una existencia - presencia ininterrumpida del objeto.

En los vínculos patológicos, el niño puede sentirse amenazado por el objeto o puede sentir que lo pierde y esto le genera angustia, angustia de estar solo.

Otra arista del caso. El sistema educativo uruguayo y los procesos de inclusión - exclusión que genera.

En el 2008 Maia comienza a concurrir a escuela especial en doble turno. La escuela “común” no pudo dar respuestas a su problemática: un grupo numeroso, docentes que no contaban con el apoyo ni la formación necesarias para trabajar adecuadamente, coadyuvaron para el cambio de institución educativa.

Considero que, el sistema educativo Uruguayo, como tantos otros, dual en varios aspectos (especial-normal; público-privado), profundiza las diferencias sociales y culturales, y limitan enormemente las posibilidades de interacción entre las personas de una misma sociedad, ahondando la brecha que existe ente los que tienen acceso a una educación de mejor calidad, y los que no.

No se considera que la diversidad puede ser un factor de **enriquecimiento** del conjunto del grupo; siempre, claro está, que se den unas mínimas condiciones contextuales para

que se produzca la interacción enriquecedora para todos: grupos reducidos, disponibilidad de apoyos adecuados, formación docente, adaptaciones curriculares, etc.

Existen experiencias de integración educativa en el Uruguay, pero estas son puntuales, y dependen generalmente, de la posición socio-económica de la familia implicada, de su lugar de residencia, de la relación entre el tipo de discapacidad y los recursos con los que cuenta la institución.

Muchas veces las experiencias de integración en el Uruguay se limitan a que los niños compartan el mismo salón, pero no incluyen adaptaciones curriculares, lo que no asegura la integración. Mientras las experiencias de “inclusión o integración” continúen siendo puntuales, no podremos hablar de una verdadera integración.

En muchas oportunidades se tiende a homogeneizar a las personas que comparten un mismo síndrome, más aún, las dificultades experimentadas en un área suelen ser atribuidas exclusivamente al síndrome. Sin embargo, así como no existen dos niños “normales” iguales, tampoco existen dos niños con “síndrome de...” iguales. Los niños con determinada patología se parecen más a las personas de su entorno, que entre sí.

Es común escuchar en nuestro medio frases como “*Lo siento, madre, pero su hijo no me sigue*”, “*No está interesado, tiene baches, tendría que ir a maestra de apoyo, re-cursar, etc.*”, frases cotidianas en la educación; pero ¿qué significa “No me sigue”?, ¿quién tiene que seguir a quién?, quien tiene los baches en el conocimiento?

Desde mi punto de vista, la escuela debería seguir a los niños y no en forma inversa. Considero que todos los niños deberían ir a la escuela con placer, cada uno debería reconocer la escuela como “su” propia escuela. Maia siente que la escuela a la que concurre es la escuela a la que tiene que ir. Se refiere a la misma como “la escuela que me tocó ahora”. Los niños para los cuales el sistema no puede dar respuesta son expulsados del denominado subsistema “común” porque fracasan, distorsionan, no siguen el ritmo de clase, etc. Y terminan, generalmente, en el subsistema de “Especial”.

Para finalizar quiero presentar una viñeta que considero ilustrativa de lo que acabo de mencionar.

“JUGAR CON LOS NÚMEROS”.

Actualmente, Maia concurre a escuela Especial en doble turno. En el 2007, después de re-cursar primero por primera vez, las autoridades de la Escuela común deciden que “el mejor lugar para Maia es la Escuela Especial, al menos hasta que se “nivele”.

Concurre a terapia psicomotriz desde el año 2007, y consulta periódicamente con psiquiatra infantil. En el primer encuentro con la niña luego del cambio de escuela, Maia, que en el 2007 estaba en proceso de adquisición de la lectoescritura y que encontraba gran placer al resolver operaciones (suma, resta) sencillas me dice (2008):

-“Vamos a mirar el cuaderno del año pasado”.

Miramos un cuaderno juntas de las actividades desarrolladas por Maia en el 2007. Me detengo en la resolución exitosa de las operaciones deliberadamente, esperando encontrar la misma satisfacción que le generaba, como decía ella “**jugar con los números**”. Sin embargo expresa:

- “No. Ahora ya no sé jugar con los números”.
- Le pregunto: “por qué?”
- Y responde: “Porque a la escuela a la que voy ahora nadie juega con los números; ni las maestras!!!”

UN PROFESIONAL QUE CREA, UN ARTISTA QUE REFLEXIONA.

Crear la propia intervención. La clínica posee como ingrediente esencial la **SINGULARIDAD** y la **INCERTIDUMBRE**: en la práctica encontramos sentidos tan diversos como familias que consultan.

La incertidumbre como forma de pensar no significa improvisación, sino que incorpora la condición artística como elemento que une las ideas, el marco conceptual con la práctica.

La practica psicomotriz en su vertiente clínica, es altamente dinámica, conflictiva y compleja. Por lo tanto, nuestra intervención está sujeta a la ética de la finitud.

Son muchos los factores que intervienen en una situación clínica. Al intervenir, ponemos en juego nuestra subjetividad conformada por la historia personal, la formación como Psicomotricistas¹⁵ y la experiencia en el campo específico de la clínica.

El trabajo en clínica psicomotriz es artesanal, se crea, una y otra vez, en cada encuentro intersubjetivo con el niño y su familia, por lo tanto no hay “recetas”.

En el campo clínico, los problemas no se presentan al profesional, como dados, estos deben ser contruidos desde la situación problemática.

La habilidad de considerar la complejidad es analizada en profundidad por Schön y la define como un proceso de reflexión en la acción o como una conversación reflexiva con la situación problemática concreta.

*“El sabor de la manzana está en el contacto de la fruta con el paladar,
no en la fruta misma...”*
Juan Luis Borges

Se concibe la clínica psicomotriz como la clínica de lo intersubjetivo. Existen infinitos modos de singularizar el encuentro entre dos personas, entre el clínico, el niño y su familia. El acontecimiento intersubjetivo nos sorprende, interroga, y en ocasiones nos paraliza, rescatándonos de la tentación de recurrir a itinerarios preestablecidos. La metáfora de la manzana remite a esta originalidad del encuentro clínico.

BIBLIOGRAFÍA

ABADI, S. Transiciones: El modelo terapéutico de D.W. Winnicott. Buenos Aires: Lumen; 1996.

ABERASTURY, A. & SALAS, E. La paternidad. Buenos Aires: Kargieman; 1978.

AJURIAGUERRA, J. de. & MARCELLI, D. Manual de Psicopatología del Niño. Barcelona: Masson; 1996.

AJURIAGUERRA, J. de. Ontogénesis de las posturas: yo y el otro; En: Cuerpo y comunicación. Diagnóstico y terapia psicomotriz. Madrid, Editorial Pirámide; 1982.

- AJURIAGUERRA, J. de.** Manual de Psiquiatría Infantil. España: Editorial Elsevier; 1997. Pág. 239.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed., text rev.). Washington; APA; 2000.
- BAGATTINI, C.; VALDEZ, L.; ULRIKSEN, M.** La aventura interdisciplinaria. Clínica UNO. Montevideo: Psicolibros; 2001.
- BERGÈS, J.** Cuerpo y comunicación. Diagnóstico y terapia psicomotriz. Madrid, Editorial Pirámide; 1982.
- BERGÈS, J.** Los trastornos psicomotores del niño. En: Lebovici, S.; Diatkine, M. y Soulé, M., *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, Tomo IV, Madrid: Biblioteca Nueva; 1990. p. 66-69.
- BERGÈS, J.** Algunos Temas de Investigación en Psicomotricidad, Cuadernos de Terapia Psicomotriz y Ed. Especial, N° 1: Buenos Aires; 1974.
- BORGES, J. L.** Obra poética. Prólogo. Buenos Aires: Emecé; 1978.
- COTRAN, R. S., KUMAR, V. y COLLINS, T.** Robbins: Patología Estructural y Funcional (6ª ed.). Madrid: Mcgraw-Hill / Interamericana de España S.A.; 1999. p. 161.
- DE PENA, L.; DIEZ, M.; GRIBOV, D.** Área de diagnóstico y tratamiento psicomotriz del ciclo vital. Inédito. Trabajo a ser publicado en libro de la Licenciatura de Psicomotricidad, UDELAR.
- DOLTO, F.** La Imagen inconsciente del cuerpo. Buenos Aires: Paidós; 1979.
- GOLSE, B.** L'hyperactivité de l'enfant: un choix de société. En: Fourneret, P. y otros *L'enfant instable*, Le Carnet Psy N° 78, Boulogne: Cazaubon; 2003. Pág 26-28.
- KOPPITZ, E. M.** El Dibujo de la figura humana en los niños. Buenos Aires: Guadalupe; 1995.
- MACHOVER, K.** Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana. Bogotá: Cultura; 1974.
- MILA, J.** Formarse en interdisciplina. En: **Bottini, P.** Psicomotricidad, prácticas y conceptos. Buenos Aires: Miño y Dávila. 2000. Colección: Psicomotricidad, cuerpo y movimiento; p.103-112
- PIAGET, J.** Psicología y Epistemología. Buenos Aires: Emecé; 1972.
- SCHÖN, D.** La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Paidós; 1992.
- WALLON, H.** Los orígenes del carácter en el niño. Buenos Aires: Nueva visión; 1975.
- WINNICOTT, D.** La capacidad para estar a solas. En: *El Proceso de maduración del niño*. Barcelona: Laia; 1985.

15 La formación de los Psicomotricistas en el Uruguay se apoya en la formación teórico-clínica, la formación del rol por vía corporal, las instancias de supervisión, y la psicoterapia personal. Esta última, altamente sugerida desde la Licenciatura.