

EL PROCESO DIAGNÓSTICO EN PSICOMOTRICIDAD

AUTORA. Lic. Psicomot. Mariana Diez¹.

PALABRAS CLAVES. Psicomotricidad, Evaluación Psicomotriz, hipótesis diagnóstica.

RESUMEN: Se analizan las distintas variables que entran que se juegan en el proceso diagnóstico en Psicomotricidad. El presente trabajo se enmarca en el servicio de Psiquiatría Pediátrica del hospital Pereira Rossell y por lo tanto las sintomatología observada en la esfera psicomotriz, remite inexorablemente a cuadros psicopatológicos mayores. Se esgrimen algunas ideas en relación a la elección de la estrategia diagnóstica, que permita construir un hipótesis sobre el funcionamiento del sujeto que consulta. Se trabaja el encuadre del proceso, aspectos que permanecen fijos, los objetivos del mismo, así como las vicisitudes propias de un encuentro inédito que, generalmente, modifican el esquema inicialmente planteado, aspectos que surgen en el encuentro clínico. Se jerarquiza el valor de la mirada y la escucha como herramientas cruciales en la elaboración de una hipótesis diagnóstica inicial.

El presente trabajo pretende dar cuenta del *proceso de evaluación diagnóstica en el área psicomotriz*. Cabe aclarar que el recorrido que aquí se expone es uno de los posibles caminos, e implica un posicionamiento personal como profesional, que seguramente muestre discrepancias y puntos en común con otros colegas.

Puntualizaciones en relación al *Encuadre del diagnóstico*.

El proceso diagnóstico en Psicomotricidad tiene una extensión aproximada de 5 o 6 sesiones, con una frecuencia de una vez a la semana. Existen algunas variaciones al esquema básico que aquí se presenta que deben ser tenidas en cuenta, pues influyen en el mencionado proceso, a los efectos de considerar las características propias del sujeto de la consulta ² y de su grupo familiar.

Otras variables, imponderables, pueden modificar este proceso, para mencionar algunas: la asiduidad en la concurrencia, el lugar de residencia del núcleo familiar, principalmente en la consulta en el Hospital Pereira Rossell, que presenta generalmente, importantes dificultades para el traslado al centro hospitalario de referencia y la posibilidad de sostener una consulta terapéutica semanal.

¿Cómo se arma la estrategia diagnóstica?

En lo que refiere al sujeto que consulta o por el que se consulta se debe considerar:

- Edad cronológica,
- Motivo de consulta,

¹ Psicomotricista. Asistente Grado 2 de la Licenciatura de Psicomotricidad, Facultad de Medicina, UDELAR. Servicio de Psiquiatría Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

² Si bien la consulta psicomotriz se asocia generalmente a la consulta con niños, actualmente se ha ampliado notoriamente, abarcando el ciclo vital.

- Posibilidades (cognitivas, emocionales, instrumentales) para transitar por el proceso diagnóstico.

Las variables antes mencionadas suponen cierta Flexibilidad de parte del Profesional para modificar la estrategia según el despliegue, siempre inédito, incierto, que el sujeto realiza ante la mirada-escucha del Psicomotricista en una instancia de evaluación, corte más o menos arbitrario.

Si bien es posible identificar algunas regularidades, es fundamental considerar que dos acontecimientos que impresionan cualitativamente análogos desde un marco de referencia, lo son en tanto que se mantenga el consabido marco y ciertas reglas. Más allá de los límites de estas reglas, las regularidades se nos escapan.

Señala Foucault (1992): “...una disciplina no es la suma de todo lo que puede ser dicho de cierto a propósito de alguna cosa y no es ni siquiera el conjunto de todo lo que puede ser, a propósito de un mismo tema, aceptado en virtud de un principio de coherencia o de sistematicidad”, y continúa:

“... La disciplina es un principio de control de la producción del discurso. Ella le fija sus límites por el juego de una identidad que tiene la forma de una reactualización permanente de las reglas”.

Sin embargo, resulta importante destacar que la flexibilidad antes citada, puede existir porque se circunscribe en un encuadre de trabajo segurizante. Bleger (1967) plantea que el encuadre es la variable constante en contraste con lo variado del proceso y sus vicisitudes. El encuadre es “garante” de estabilidad y sostiene en el rol. Se soporta además es un marco teórico de referencia coherente, sólido.

En este sentido, encuentro interesantes las palabras del Prof. García de Zúñiga (Profesor de análisis matemático), quien señalaba que el teórico que fracasa en la realidad es porque no es lo suficientemente teórico. Si bien esta, parece ser una afirmación que en principio no resalta la aptitud clínica y las competencias inherentes al clínico, reconoce la condición imprescindible para objetivar procesos.

Cabe en este punto hacer referencia a Fernando Ulloa (1991), quien conceptualiza la “aptitud clínica” como una predisposición para la interpretación clínica, una vez que han sido internalizados un encuadre metodológico. Jerarquiza el valor de articular teoría y práctica, indisociables. Y es ahí donde la teoría comienza a funcionar donde parece ser más importante, dentro del terapeuta.

Objetivos del proceso diagnóstico.

- Nombrar. Llegar a una **aproximación diagnóstica**, relacionando función y funcionamiento, equipamiento neurobiológico de base propio del sujeto, actualización de este equipamiento, y el discurso de los padres sobre el cuerpo del niño.

“[...] las frases, cuando se han dicho, son como puertas, quedan abiertas, casi siempre entramos, pero a veces nos quedamos del lado de fuera, a la espera de que otra puerta se abra, de que otra frase se diga, por ejemplo ésta, que puede servir [...]” (Saramago, 2002).

Se considera importante resaltar el concepto de aproximación diagnóstica, fundamentalmente cuando esta hipótesis se enmarca en el dinámico escenario de la infancia. Sin embargo, los diagnósticos son necesarios, operativos, pues indican cierto pronóstico y un conjunto de conductas terapéuticas que guían los primeros momentos del abordaje. El proceso diagnóstico, al igual que el abordaje terapéutico, es dinámico, siempre cargado de una dosis necesaria de incertidumbre que interroga los saberes instalados. La complejidad del objeto de estudio, no admite simplificaciones, generalizaciones tranquilizadoras, ni un orden estricto. Cuanto más nos adentramos en este proceso, se tiene la sensación de que se vuelve menos completo, pues nuevas variables confluyen en la danza, tornándolo menos determinado.

La distinción entre los conceptos de cuerpo y organismo, uno de los elementos centrales del marco de referencia teórica de la Psicomotricidad ha sido señalada extensamente, entre otros mencionaré a Sara Paín, por lo que no me detendré en esta disquisición en este trabajo. De los conceptos antes mencionados se desprende que el cuerpo es una construcción. Por lo tanto, otro de los objetivos puede formularse de la siguiente manera:

- Acercarnos al proceso de construcción corporal y sus vicisitudes. Las preguntas: ¿Qué forma toma una “promesa genética” similar para todos los seres humanos, en este niño en particular, con esta familia, en este contexto socio-histórico? De los múltiples caminos por los que puede transitar el desarrollo de un sujeto ¿Por qué éste? ¿Qué factores han acotado las posibilidades del sujeto y cuáles pueden generar un cambio?
- Conocer la posición del cuerpo del sujeto. En este sentido el Prof. Bergès (1996) señala que ... “el cuerpo es antes que nada un receptáculo, un lugar de inscripción, una forma implacablemente destinada a imprimirse con los escenarios, los colores de otros... “. El cuerpo es primero cuerpo receptáculo, y expresa en función de lo recibido.

A grandes rasgos, durante el proceso diagnóstico se transita por las instancias que se mencionan más adelante utilizando distintos instrumentos de indagación clínica (ver cuadro 1).

Existe un terreno intermedio una vez que se finaliza con el proceso diagnóstico y se comienza con el proceso terapéutico propiamente dicho. En la entrevista de devolución aparecen, frecuentemente, nuevos elementos que viene a complementar y enriquecer la información recabada hasta el momento.

Es importante en este punto hacer una breve referencia al concepto de **alianza terapéutica** (Sterba, 1934). Ya en 1913, Freud señalaba que uno de los objetivos principales del tratamiento es ligar al paciente a la cura y a la persona del médico. La alianza que se establece con el paciente, y con su familia comienza, muchas veces en la entrevista de devolución (e veces antes) y en las primeras instancias del abordaje terapéutico, y en este sentido el encuadre de trabajo juega un rol fundamental.

La entrevista de devolución se realiza con el niño y con la familia. Personalmente considero oportuno realizar la entrevista de devolución en primera instancia con los

padres y luego con el niño. Es importante, conocer la reacción de los padres cuando se le transmite la información, que asociaciones pueden hacer en relación al motivo de consulta explícito, y si es posible comenzar a recorrer el camino que nos lleve a la construcción de la demanda, latente muchas veces en las consultas iniciales. Por ejemplo, el entorno familiar hace acuerdo con las sugerencias terapéuticas y el encuadre de trabajo? Que expectativas se generan en el niño y como sostiene la familia la consulta?

Cuadro N° 1. Instancias del proceso.

A- ENTREVISTA INICIAL. Se realiza una convocatoria abierta. Entrevista que es semi-dirigida con momentos de abierta.

B- SELECCIÓN PRUEBAS ESTANDARIZADAS Y/O NO ESTANDARIZADAS y otros métodos de indagación de acuerdo a:

Edad del sujeto.

Motivo de consulta.

Datos recabados en la entrevista inicial.

Análisis de la historia clínica.

Otros estudios realizados con anterioridad.

La selección de las pruebas de acuerdo con los criterios generales antes descriptos, exige una ACTUALIZACION en cada consulta, con cada sujeto.

C- OBSERVACIÓN DE PARÁMETROS PSICOMOTRICES.

D- OBSERVACIÓN DE LA ACTIVIDAD ESPONTÁNEA.

E- CONSTRUCCIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNOSTICA. Elaboración de informe con aproximaciones diagnósticas y sugerencias terapéuticas.

F- ENTREVISTA DE DEVOLUCIÓN.

Cabe señalar la importancia del trabajo interdisciplinario, fundamentalmente en los diagnósticos complejos, que interpelan las disciplinas en sus bordes, en las fronteras.

Ahora bien, planteado este esquema básico me detendré en algunos aspectos que atraviesan todo el proceso y que hacen a la especificidad de la disciplina.

El diagnóstico se construye con la escucha y la mirada intencional.

Una fuente importante de información proviene de la observación. Sin embargo, cabe distinguir la observación del mirar. Para observar hay que “saber mirar”, y **para no caer en la trampa de buscar únicamente lo que se pretende encontrar, es necesario un método.**

Se puede pensar que Observar sin un método aporta más información sobre el observador que sobre el objeto de estudio. Sin embargo, al agudeza del observador depende *además* de características personales.

Jean Piaget (1979) señala que “La dificultad epistemológica fundamental de las ciencias del hombre consiste en que éste es a la vez sujeto y objeto, y se ve agravada por el hecho de que este objeto, a su vez, es un sujeto consciente, dotado de palabra y de múltiples simbolismos, con lo que la objetividad y sus previas condiciones de descentración se hacen tanto más difíciles y a menudo limitadas”.

En el caso de la Psicomotricidad, la observación se sustenta en un marco teórico que dirige la mirada y la escucha a las producciones del cuerpo, específicamente a las producciones tónico-posturo-motrices. Es decir que la observación es una construcción, un instrumento que se afina con el tiempo, la experiencia, el estudio de la teoría, el retorno permanente a la praxis y el intercambio con profesionales de disciplinas afines. B. Aucouturier (2004) presenta un método sistematizado para la observación de la expresividad motriz del niño denominado “**Observación de parámetros psicomotrices**”. Alienta la observación mediante este método en la sala de Psicomotricidad, pues garantiza ciertas constantes: espacio-temporales, materiales, de relación, etc., señalando que son estas constantes las que permiten el despliegue de la expresividad motriz del sujeto.

Señala el Prof. Bergès (1988): “La clínica está hecha por la mirada. El diagnóstico, el Balance Psicomotriz, es un ejercicio de la mirada. Lo que es esencial en este ejercicio de la mirada con respecto al cuerpo, es que ante el relampago de la evidencia, la mirada ennegrecida nos hace sordos, ¿cómo oír el cuerpo?”

En relación a la escucha en el terreno diagnóstico señalaré que complementando a la mirada, puede asir aquello que se le escapa, en cierta forma aquello que es invisible. Importa lo que el sujeto dice, y todo lo que hace al contexto en que se dice (tono, ritmo, tonalidad afectiva), así como los silencios. Resulta especialmente significativo el discurso de los padres en relación al cuerpo del niño, discurso que antecede al nacimiento del individuo. El discurso se construye en complicidad de la escucha atenta de otros.

De la filogénesis a la ontogénesis; del genotipo al fenotipo y de ahí al ... sujeto que consulta.

Función y funcionamiento son dos conceptos a los que recurrimos habitualmente para elaborar el diagnóstico psicomotriz.

El desarrollo ontogénico (desarrollo del individuo a partir de su potencial genético) no es sólo la recapitulación de la filogénesis (desarrollo de las especies), cualitativamente es bastante más que una reedición, implica una nueva combinación que inaugura una totalidad original. En el proceso de desarrollo algo de lo filogenético se constituye en una estructura de transición presente en periodos particulares de la ontogénesis. Vinculados a estos conceptos Piaget (1978) señala: “ ...no hay ni una simple oposición ni un paralelismo entre las nociones de genotipo y fenotipo, como sucedería si, tras haber descrito los caracteres observables de diferentes fenotipos,

pudiéramos llegar de igual modo a los del genotipo en su estado puro, midiéndolos directamente en los individuos de una genealogía muy seleccionada”.

Es claro que la expresión de un fenotipo determinado depende específicamente de dos grandes factores el genotipo sobre el que se asienta y el ambiente en el que se desarrolla. Un genotipo puede ser expresado en muchos fenotipos.

Diferentes autores plantean la construcción epigenética de las funciones. Según el Diccionario de la Real Academia Española el término Epigénesis (De epi- y -génesis), se define como:

- *f. Biol.* Doctrina según la cual los rasgos que caracterizan a un ser vivo se configuran en el curso del desarrollo, sin estar preformados en el huevo fecundado.

En el desarrollo normal, las tendencias heredadas son modeladas por el ambiente. De la misma manera, los síntomas observados en la clínica psicomotriz, son construcciones epigenéticas en las que tienen tanto peso los aspectos vinculados al organismo, como los ambientales. La interacción de estos factores confluyen en la construcción del cuerpo.

A modos de síntesis, es necesaria la distinción entre el equipamiento neurobiológico con el que cuenta el individuo, y la actualización de este equipamiento: es decir el funcionamiento de ese equipo. Siguiendo esta línea de pensamiento una afectación del órgano, compromete la función; mientras que en el síntoma psicomotor el compromiso está en el funcionamiento. Daniel Calmels agrega el concepto de funcionalidad, cualidad del funcionamiento en virtud del sentido social otorgado a un acto en particular.

Algunas interrogantes quedan planteadas y exceden los objetivos de este trabajo, seguramente serán objeto de otros intercambios. Resta problematizar el **manejo que se hace de la información del paciente**, más aún, pero no exclusivamente en un hospital universitario por el cual transitan estudiantes en formación de distintas disciplinas. Cómo se informa? Que se informa? A quien se informa? Podrán ser algunas de las líneas de discusión para futuras ponencias. Otro aspecto que me cuestiono es la articulación de mi labor docente asistencial, en esta formación de grado. Cómo enriquecerla, actualizarla, extrapolar el modelo de la “clínica privada” parece no responder a las demandas de los participantes en este complejo entrecruce: usuarios, estudiantes, servicios. Por último, señalar que la investigación, en áreas del conocimiento que han sido, en sus comienzos, gestadas y nutridas por otras disciplinas, es una necesidad, además de ser uno de los tres pilares sobre los que se apoya la función docente.

Considero que es necesario un cambio, una forma de pensar al sujeto que consulta y a su familia, desde otro lugar, más dinámico. Probablemente, el concepto de “intervención” sea un camino a explorar, el diagnóstico y al abordaje psicomotriz no pueden agotarse en una única vía, otras modalidades pueden ser implementadas, siempre en un marco de rigurosidad científica.

BIBLIOGRAFÍA

- AJURIAGUERRA, J. de. (1979). Manual de Psiquiatría Infantil. Ed. Toray-Masson, Cuarta edición.
- AUCOUTURIER, B. (2004). Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz. Editorial Graó. Barcelona.
- BERGÈS, J. (1990). Los trastornos psicomotores del niño. En Lebovici, S.; DIATKINE, M. & SOULÉ, M. (1988) Tratado de psiquiatría del niño y de adolescente, Tomo IV, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, Pp. 66-69.
- BERGÈS, J. (1998). El cuerpo de la neurofisiología al psicoanálisis. Conferencia dictada en 1988. Cuadernos de Psicomotricidad y Educación Especial, Año I, N° 2, Buenos Aires.
- BERGÈS, J. (1996). El cuerpo y la mirada del otro. En Crónicas Clínicas 4, Ed. Universidad Nacional de Quilmes. Artículo.
- BLEGER, J. (1967) Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. *Rev. de Psicoanálisis*, XXIV, 2
- DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Versión digital. VIGÉSIMA SEGUNDA EDICIÓN. Sitio web oficial. www.rae.es
- FOUCAULT, M. (1992). El orden del discurso. Tusquets Editores, Buenos Aires. Pp. 28.
- FREUD, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento. Obras completas. Amorrortu. Vol. XII.
- PIAGET, J. (1978). Adaptación vital y psicología de la inteligencia. Primera edición en Español. Siglo XXI de España Editores. S.A. Pp.15.
- PIAGET, J. (1979). Tendencias de la investigación en ciencias sociales. Alianza Universidad, España. Pp. 23.
- SARAMAGO, J. (2002). El año de a muerte de Ricardo Reis. Volumen 8 de Punta de lectura. Ediciones Suma de letras. Quinta edición. ISBN: 8466308474, 9788466308472. Pp. 261.
- STERBA, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126.
- ULLOA, F. (1991). Lecturas para una aproximación a la organización de una comunidad clínica. Departamento de Publicaciones. CEUP. Facultad de psicología. UDELAR.