



Psicomotricidad

Guía de evaluación e intervención

Mónica Bernaldo de Quirós Aragón

PIRÁMIDE



Psicomotricidad

Guía de evaluación e intervención

MÓNICA BERNALDO DE QUIRÓS ARAGÓN

PROFESORA TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN
Y PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Psicomotricidad

Guía de evaluación e intervención

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Director:

Francisco J. Labrador

Catedrático de Modificación de Conducta
de la Universidad Complutense de Madrid

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© Mónica Bernaldo de Quirós Aragón, 2012

© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2012

Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es

Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid

Teléfono: 91 393 89 89

www.edicionespiramide.es

ISBN: 978-84-368-2778-1

*A José Carlos y Belén.
A mis padres.*

Índice

Prólogo.....	15
--------------	----

PARTE PRIMERA Marco teórico y conceptual

1. Introducción general a la psicometricidad.....	19
1. El concepto de psicometricidad	20
2. Historia de la psicometricidad y de la reeducación psicomotriz.....	20
2.1. Los inicios de la psicometricidad	20
2.2. La búsqueda de la propia identidad	21
2.3. Las concepciones anglosajonas y rusas.....	22
2.4. La psicometricidad en los años setenta	22
2.5. La psicometricidad en la actualidad.....	23
3. Desarrollo de la psicometricidad en Europa y España	23
4. Contenidos psicomotores	24
4.1. Contenidos desde el modelo dirigido.....	24
4.2. Contenidos desde el modelo vivenciado	25
4.3. Una propuesta integradora.....	27
Resumen	28
Bibliografía recomendada	29

PARTE SEGUNDA Guía general de la evaluación e intervención psicomotriz

2. La sesión de psicometricidad	33
1. Introducción.....	34
2. La sala de psicometricidad	34
2.1. Condiciones físicas de la sala.....	34
2.2. Materiales	35
3. Estructura de la sesión	37

3.1. Estructura de una sesión dirigida	37
3.2. Estructura de una sesión vivenciada	38
4. ¿Intervención individual o grupal?	42
4.1. Sesiones individuales.....	42
4.2. Sesiones grupales	42
Resumen	43
Bibliografía recomendada	43
3. La evaluación psicomotriz	45
1. Introducción.....	46
2. La entrevista.....	46
3. La observación psicomotriz	48
3.1. Registro narrativo	48
3.2. Análisis de parámetros psicomotores.....	48
3.3. Análisis de secuencias	50
4. Técnicas cuantitativas.....	53
4.1. Instrumentos generales	53
4.2. Instrumentos específicos	56
5. El informe psicomotor	60
5.1. Recomendaciones.....	60
5.2. Organización de la información.....	62
Resumen	64
Bibliografía recomendada	64
4. Los objetivos de intervención	65
1. Introducción.....	66
2. Área motora.....	73
2.1. Tono muscular	73
2.2. Coordinación dinámica general	74
2.3. Equilibrio.....	76
2.4. Coordinación visomotriz	77
2.5. Lateralidad.....	80
2.6. Disociación de movimientos	81
3. Área cognitiva	81
3.1. Percepción del cuerpo	81
3.2. El espacio y los objetos.....	83
3.3. El tiempo	85
3.4. La capacidad de representación.....	87
4. Área socioafectiva	87
4.1. Relación de apego y seguridad	87
4.2. La relación entre iguales.....	89
4.3. El autoconcepto y la autoestima	90

4.4. La expresión y el reconocimiento de emociones	91
4.5. Aceptación y respeto de normas	92
4.6. Lenguaje	93
Resumen	95
Bibliografía recomendada	95
5. El psicomotricista	97
1. Introducción	98
2. La formación del psicomotricista	98
3. Competencias a desarrollar	101
4. La intervención del psicomotricista en la sesión de psicomotricidad ..	103
5. Ámbitos de trabajo	106
Resumen	108
Bibliografía recomendada	108
6. Técnicas de intervención	109
1. Introducción	110
2. El juego	110
2.1. Tipos de juego	111
2.2. El juego en la sesión de psicomotricidad	112
3. El cuento vivenciado	116
3.1. El cuento en la sesión de psicomotricidad	117
4. La relajación	117
4.1. La relajación progresiva de Jacobson	118
4.2. El entrenamiento autógeno de Schultz	120
4.3. La relajación terapéutica de Berges y Bounes	121
4.4. Las técnicas de relajación en la sesión de psicomotricidad	123
5. La eutonía de Gerda Alexander	123
5.1. Las tensiones musculares	124
5.2. La respiración	126
5.3. El contacto	126
5.4. El movimiento	126
5.5. La eutonía en la sesión de psicomotricidad	127
6. La danza	127
6.1. Tipos de danza utilizados en psicomotricidad	128
6.2. Utilización terapéutica de la danza	129
6.3. La danza en la sesión de psicomotricidad	129
7. La expresión plástica	130
7.1. Etapas y características del dibujo infantil	130
7.2. El dibujo en la sesión de psicomotricidad	132
Resumen	133
Bibliografía recomendada	134

PARTE TERCERA
Guía de evaluación e intervención psicomotriz
en la discapacidad

7. Intervención psicomotriz en parálisis cerebral.....	139
1. Introducción.....	140
1.1. Definición y clasificación	140
1.2. Trastornos asociados	141
2. Desarrollo psicomotor	141
2.1. Desarrollo motor	141
2.2. Desarrollo cognitivo	142
2.3. Desarrollo socioafectivo.....	144
3. Evaluación psicomotriz.....	144
3.1. Observación psicomotriz.....	144
3.2. Técnicas cuantitativas	145
4. Intervención psicomotriz.....	145
4.1. Objetivos de intervención.....	145
4.2. La sesión de psicomotricidad.....	147
Resumen	150
Bibliografía recomendada	150
8. Intervención psicomotriz en trastorno mental severo.....	153
1. Introducción.....	154
1.1. La esquizofrenia	154
2. Características psicomotrices	157
2.1. Área cognitiva.....	157
2.2. Área socioafectiva y comunicativa.....	157
2.3. Área motora	158
3. Evaluación psicomotriz.....	158
3.1. Observación psicomotriz.....	159
3.2. Técnicas cuantitativas	160
4. Intervención psicomotriz.....	163
4.1. Objetivos de intervención.....	163
4.2. La sesión de psicomotricidad.....	164
Resumen	166
Bibliografía recomendada	167
9. Intervención psicomotriz en síndrome de Down.....	169
1. Introducción.....	170
1.1. Rasgos físicos.....	170
1.2. Síntomas fisiológicos.....	171
1.3. Problemas sensoriales	171

2.	Desarrollo psicomotor.....	172
2.1.	Desarrollo cognitivo.....	171
2.2.	Desarrollo socioafectivo y comunicativo.....	172
2.3.	Desarrollo motor	173
3.	Evaluación psicomotriz.....	174
3.1.	Técnicas cuantitativas	174
3.2.	La observación psicomotriz.....	175
4.	Intervención psicomotriz.....	176
4.1.	Objetivos de intervención.....	176
4.2.	La sesión de psicomotricidad.....	179
	Resumen	181
	Bibliografía recomendada.....	182
10.	Intervención psicomotriz en ciegos	185
1.	Introducción.....	186
2.	Desarrollo psicomotor.....	186
2.1.	Desarrollo motor	187
2.2.	Desarrollo cognitivo.....	188
2.3.	Desarrollo socioafectivo y comunicativo.....	189
3.	Evaluación psicomotriz.....	190
3.1.	La observación psicomotriz.....	190
3.2.	Técnicas cuantitativas	191
4.	Intervención psicomotriz.....	191
4.1.	Objetivos de intervención.....	191
4.2.	La sesión de psicomotricidad.....	195
	Resumen	197
	Bibliografía recomendada.....	197
11.	Intervención psicomotriz en ancianos	109
1.	Introducción.....	200
1.1.	Cambios físicos.....	200
1.2.	Cambios fisiológicos	201
2.	Cambios psicomotores	201
2.1.	Cambios motores.....	201
2.2.	Cambios cognitivos.....	202
2.3.	Cambios socioafectivos.....	202
3.	Evaluación psicomotriz.....	203
4.	Intervención psicomotriz.....	204
4.1.	Objetivos de intervención.....	205
4.2.	La sesión de psicomotricidad.....	207
	Resumen	209
	Bibliografía recomendada.....	210
	Referencias bibliográficas	211

Prólogo

La psicomotricidad es una disciplina que concibe al hombre como un ser global y cuyo objetivo es el desarrollo de las competencias motrices, cognitivas y afectivo-sociales. Constituye bien una herramienta de trabajo, bien un recurso metodológico de interés para la labor de distintos profesionales, tanto del ámbito de la educación como del terapéutico.

Desde el año 1994 llevo impartiendo la asignatura de Técnicas de Reeducción de la Psicomotricidad en la Diplomatura de Terapia Ocupacional en la Universidad Complutense de Madrid. En el año 2006 publiqué el *Manual de psicomotricidad* en esta misma editorial, tratando de ofrecer un panorama de los dos modelos y/o formas de intervención vigentes en el momento: la psicomotricidad dirigida y la psicomotricidad vivenciada. En la actualidad muchos profesionales de este ámbito tratan de acercar posturas buscando aquello que les une, así han surgido la Federación de Asociaciones del Estado Español, el Fórum Europeo o la Red Fortaleza de Psicomotricidad. El presente libro parte del supuesto de que estos modelos no son opuestos sino complementarios y trata de ofrecer una guía que oriente la actuación del profesional.

Esta obra está dirigida en primer lugar a los profesionales que trabajan en esta área, ofreciéndoles una guía de actuación en función de la edad de los niños y/o tipo de discapacidad.

También está pensada como manual o texto de ayuda de los estudiantes, especialmente para los grados de Terapia Ocupacional y Formación del Profesorado, aunque sin excluir a otros relacionados con el ámbito de la educación o terapéutico.

La estructura de la obra se organiza alrededor de tres partes:

La parte primera trata de hacer una breve introducción general a la psicomotricidad con el fin de que el lector comprenda qué es, de dónde viene y cómo se ha desarrollado, así como los principales contenidos que se abordan.

La parte segunda ofrece una guía general para saber cómo llevar a cabo la evaluación e intervención psicomotriz. En el capítulo 2 se dan algunas pautas sobre cómo realizar una sesión de psicomotricidad: qué condiciones debe reunir la sala, cómo se estructura una sesión, así como la conveniencia de realizar las sesiones de forma individual o en grupo. El capítulo 3 describe cómo llevar a cabo el proceso de evaluación, a través de una entrevista inicial en la que se recogen cuáles son los principales problemas, la realización de una observación psicomotriz que permita valorarlos en su contexto, la utilización de pruebas estandarizadas convenientes a cada caso y finalmente la integración de todos los datos en el informe psicomotor. El capítulo 4 propone un esquema para

plantear los objetivos de intervención teniendo en cuenta el desarrollo psicomotor del niño y cuáles son las adquisiciones que va realizando en las distintas edades en cada área. El capítulo 5 trata de definir la figura del psicomotricista: cuál ha de ser su formación, competencias que tiene que desarrollar, funciones que desempeña, estrategias que utiliza en la intervención y cuáles son sus ámbitos de trabajo. En el capítulo 6 se describen las principales técnicas de intervención que se utilizan en las sesiones de psicomotricidad: el juego, el cuento vivenciado, la relajación, la eutonía, la danza y la expresión plástica, y se consideran distintos aspectos, como su utilización en función de la edad o nivel de desarrollo, del tipo de sesión de que se trate, momento de la sesión, etc.

La parte tercera ofrece una guía de evaluación e intervención psicomotriz en distintos ámbitos de la discapacidad (parálisis cerebral, trastorno mental severo, síndrome de Down, ceguera y ancianos). En todos los casos, después de introducir al lector en el tema en cuestión, se describen cuáles son las principales características del desarrollo psicomotor de la población, cómo realizar el proceso de evaluación, y cuáles son los procedimientos de evaluación más utilizados y cómo abordar la intervención (objetivos y tipos de sesiones).

Quiero expresar mi agradecimiento a las dis-

tintas personas que han contribuido a esta obra. En primer lugar, al profesor Francisco Labrador y a la editorial Pirámide, por volver a ofrecerme la oportunidad y animarme a la realización de este libro. A mis alumnos de Terapia Ocupacional de la Universidad Complutense, por el tiempo que hemos compartido, por sus preguntas e interés, sin duda ellos son parte del futuro de esta disciplina. A Psicopraxis, por las experiencias que he vivido con ellos en mi formación como psicomotricista y las que siguen compartiendo con mis alumnos, que continúan allí su formación. A mi hija Belén Cerdeira, en sus inicios en el diseño gráfico, por su aportación con las ilustraciones. No quiero finalizar sin animar a los lectores interesados en este ámbito a no que no se limiten simplemente a leer este libro y a que se decidan a realizar también una formación personal como psicomotricistas que les ayude a desarrollar la capacidad de escuchar, de respetar y aceptar a la persona tal y como es. Como decía John Locke: «Una mente sana en un cuerpo sano es una descripción corta pero completa de un estado feliz en este mundo», pero, si además lo aplicamos a las personas de nuestro entorno con las que estamos y trabajamos, contribuiremos también a su felicidad.

Madrid, junio de 2012.

PARTE PRIMERA

Marco teórico y conceptual

Introducción general a la psicomotricidad

1

-
1. El concepto de psicomotricidad.
 2. Historia de la psicomotricidad y de la reeducación psicomotriz.
 3. Desarrollo de la psicomotricidad en Europa y España.
 4. Contenidos psicomotores.
- Resumen.
Bibliografía recomendada.
-

1. EL CONCEPTO DE PSICOMOTRICIDAD

El término «psicomotricidad» puede desdoblarse en dos (psico-motricidad). Si se atiende solamente a la motricidad, ésta concierne a la ejecución del movimiento y está ligada a mecanismos localizables en el cerebro y en el sistema nervioso. Sin embargo, la palabra «psicomotricidad» comprende a la persona en su globalidad, y no únicamente en su dimensión orgánica, implica aspectos motores y psíquicos, entendiendo estos últimos en sus vertientes cognitiva y emocional, y tiene en cuenta que la persona está dentro de la sociedad en la que vive, por lo que necesariamente hay que contemplar también los factores sociales.

Un primer acercamiento a la definición de psicomotricidad ofrece una gran variedad de concepciones que han contribuido a la confusión al entenderla simultáneamente como una disciplina, como una técnica y como sinónimo de la actividad corporal (Berruezo, 1996).

Llorca (2002) establece un núcleo común entre las distintas definiciones de psicomotricidad: su concepción del hombre como un ser global, como una unidad psicosomática que se expresa a través del cuerpo y el movimiento. No obstante, se advierte una mayor diversidad en cuanto a su naturaleza, ya que, mientras que algunos autores consideran la psicomotricidad como una ciencia del movimiento (por ejem-

plo, Coste, 1979; Le Boulch, 1983), otros la contemplan como una forma de hacer, una metodología de hacer práctica (por ejemplo, Lapierre y Aucouturier, 1977a; Sassano y Bottini, 1982), y un tercer grupo de autores más contemporáneos la conciben como una disciplina educativa, reeducativa y terapéutica (por ejemplo, Arnaiz, 1994; Boscaini, 1994; García Núñez, 1993a). Pero en todos los casos la principal finalidad de la psicomotricidad es el desarrollo de competencias motrices, cognitivas y socioafectivas.

Las distintas asociaciones españolas de psicomotricidad o psicomotricistas coinciden en que el término «psicomotricidad» integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices en la capacidad de ser y expresarse en un contexto psicosocial.

2. HISTORIA DE LA PSICOMOTRICIDAD Y DE LA REEDUCACIÓN PSICOMOTRIZ

2.1. Los inicios de la psicomotricidad

Hasta finales del siglo XIX y principios del siglo XX el cuerpo humano era considerado una estructura anatomofisiológica. Sin embargo, desde principios del siglo XX, los grandes descubrimientos fueron poniendo de manifies-

to la insuficiencia del modelo tradicional. Dupré fue el primer autor en emplear el término «psicomotricidad» en 1920 a partir de sus trabajos sobre la debilidad mental y la debilidad motriz. En su trabajo sobre debilidad motriz en 1925, señala que cuanto más se estudian los trastornos motores en los psicóticos, más profunda es la convicción de que existe una estrecha relación entre anomalías psíquicas y anomalías motrices. En esta misma época Wallon aportó su análisis sobre los estadios y trastornos del desarrollo psicomotor y mental del niño y lo plasmó en una serie de publicaciones que contribuyeron a un mejor conocimiento del niño a nivel motor, intelectual y afectivo. Se consideraba que las alteraciones motoras y psíquicas estaban fuertemente relacionadas, de manera que todo lo que pudiera desarrollar las funciones motoras estimularía las funciones intelectuales, lo que así de alguna forma marcaba una continuidad en el dualismo cartesiano de mente y cuerpo.

Heuyer, discípulo de Dupré, retoma el término «psicomotricidad» para resaltar la relación estrecha entre el desarrollo de la motricidad, de la inteligencia y de la afectividad. En 1948 se convirtió en el primer titular de una cátedra de Psiquiatría Infantil, y desde ella dio un gran impulso a los métodos de readaptación para niños con problemas. Considera que los niños que presentan una discapacidad intelectual es necesario impartirles una educación psicomotriz, al lado de la instrucción pedagógica particular que deben recibir.

2.2. La búsqueda de la propia identidad

Poco a poco se va iniciando una búsqueda de la identidad de la psicomotricidad. Ajuria-guerra y Diatkine, alumnos de Heuyer, dan un giro significativo con sus trabajos en el hospital

Henri-Rouselle de París, desarrollando una nueva tecnología terapéutica, la reeducación psicomotriz, e insistiendo en las posibilidades de educación y reeducación de los débiles motores. En 1960 se produce la publicación de la primera Carta de Reeducación Psicomotriz en Francia, que aporta la fundamentación teórica del examen psicomotor, así como una serie de métodos y técnicas de tratamiento de diversos trastornos psicomotrices. Esta carta va a ser la base de la futura disciplina psicomotriz; a partir de ella se empiezan a especificar objetivos y se diseñan cuidadosamente programas de reeducación para los trastornos psicomotores.

Por otra parte, en 1963 se crea en Francia el primer certificado universitario de reeducación de la psicomotricidad en el hospital de la Salpêtrière de París. Esta certificación supone el reconocimiento oficial de los estudios de la psicomotricidad. La sistematización de estos estudios se lleva a cabo en la década de 1963 a 1973, durante la cual coexisten tres corrientes fundamentales:

- El *eclecticismo*, corriente representada por Micheaux, Douché y Masson, sigue en la línea del paralelismo psicomotor. La reeducación psicomotriz está basada en la noción de que el desarrollo psíquico y el desarrollo motor están estrechamente ligados, y que la educación de uno puede influir favorablemente en el otro. Su principal característica es la variedad de métodos utilizados en su acción educativa (métodos de educación física clásicos, danza, juegos, deportes, técnicas de relajación, etc.). En esta corriente hay una ausencia de toda referencia a los conceptos y prácticas del psicoanálisis.
- La *terapia psicomotriz específica*, representada por Bergès, Dublineau, Jolivet y Launay, toma como modelo las investi-

gaciones que realizó Ajuriaguerra sobre los síndromes motores. Se caracteriza por la voluntad de practicar la psicomotricidad a partir de un examen específico del niño y de unos métodos científicos adecuados. Conceden una gran importancia al examen psicomotor con todos sus componentes. Así, Bergès desarrolla el test de imitación de gestos, el esquema corporal y la lateralidad. Sus colaboradores Soubiran, Mazzo y Bucher siguen también la línea marcada por Ajuriaguerra y Diatkine.

- El *movimiento de la educación y reeducación psicomotriz* reúne a dos sociedades o asociaciones que mantenían intereses dentro del ámbito psicomotriz y que consideraban el movimiento no un fin sino un medio para hacer evolucionar al niño. En la Sociedad de Profesores de Educación Física-Médicos se encontraban autores como Wintrebert y Le Boulch, que asimilaban la psicomotricidad a la educación física, al fundamentar su teoría en una concepción científica de la educación por el movimiento. La Sociedad Francesa de Educación y Reeducción Psicomotriz, creada en 1968 por Lapierre y otros profesores de educación física, intenta dar una nueva visión de la psicomotricidad tendiendo hacia una mayor especificidad de la educación psicomotriz. Así, por ejemplo, Picq y Vayer publican la obra *Educación psicomotriz y retraso mental* (1960), en la que ofrecen un modelo de psicomotricidad reeducativa junto con la propuesta de un instrumento para la medida y evaluación psicomotriz del niño. Cuando se creó la Sociedad Francesa de Educación y Reeducción Psicomotriz ofrecieron a Lapierre la presidencia y comenzó a trabajar con Au-

couturier. Publican la obra *Educación vivenciada* (1977), centrada en los problemas de aprendizaje en la escuela.

En 1965 se funda la revista *Rééducation Psychomotrice*, que se transforma en 1970 en *Thérapie Psychomotrice*, donde se dan a conocer las experiencias que se van llevando a cabo en el ámbito de la psicomotricidad.

2.3. Las concepciones anglosajonas y rusas

Mientras que los psicomotricistas franceses se interesaban casi exclusivamente por las prácticas educativas y reeducativas, las concepciones anglosajonas y rusas se centraron más en la importancia del plano científico (Maigré y Destroyer, 1986). Maldonado (2008) destaca algunos trabajos, como el de Cratty (1969), que estudia el desarrollo perceptivo-motor y sus relaciones con el proceso educativo; el de Bernstein (1967), que estudia la regulación y coordinación del movimiento y sus implicaciones en los aprendizajes; los estudios de Luria (1980) sobre los mecanismos de regulación de la acción por el lenguaje; Guilford (1967), que se centra en un modelo factorial de la inteligencia humana en el que integra los datos motores y psicomotores, o Fleishman (1967), que también estudia de un modo factorial la estructura de los diferentes comportamientos psicomotores.

2.4. La psicomotricidad de los años setenta

En 1974 comienza una aproximación hacia el psicoanálisis. Algunos psicomotricistas empiezan a cuestionarse que la psicomotricidad quede reducida al empleo del examen psicomotor se-

guido de unas técnicas terapéuticas. Empieza a aparecer una psicomotricidad centrada en la expresión libre del paciente y en las capacidades relacionales del terapeuta, una psicomotricidad basada en la actividad motriz espontánea del niño, la cual evolucionará proporcionándole una tecnicidad bien estructurada y una serie de respuestas ajustadas a su demanda. Lapierre y Aucouturier publican *Simbología del movimiento* (1977a), introducen los aspectos afectivo-emocionales y empiezan a trabajar con los adultos. Se incorporó al trabajo Anne Lapierre y comienza la ruptura con Aucouturier. La práctica psicomotriz con adultos suponía un mayor contacto físico, una mayor implicación personal que Aucouturier no admitía. Antes de su separación publicaron *El cuerpo y el inconsciente* (1980), obra de enfoque psicoanalítico en la que introducían el concepto de fantasma de acción. A partir de ese momento se separan la línea de Lapierre pasa a llamarse *psicomotricidad relacional*, y la de Aucouturier se conoce como la *práctica psicomotriz de B. Aucouturier*.

2.5. La psicomotricidad en la actualidad

Desde los años setenta empiezan a coexistir por tanto dos corrientes o modelos de intervención en psicomotricidad muy diferenciados:

- a) Una corriente que ha recibido diferentes denominaciones como psicomotricidad dirigida, instrumental, funcional, pedagógica o cognitiva, y que proviene de la corriente más tradicional haciendo un mayor hincapié en los aspectos motores y cognitivos. Se basa en la aplicación de un examen psicomotor, generalmente estandarizado, a partir del cual se establecen las dificultades del paciente y se aplican una serie de técnicas y

ejercicios programados para superar los déficit.

- b) Una psicomotricidad que se ha venido denominando vivenciada, relacional o afectiva u que se centra especialmente en los aspectos socioafectivos. Se desarrolló a partir de los trabajos de Lapierre y Aucouturier, y se basa en la actividad motriz espontánea.

Como señala Franc (2003), desde mediados de los ochenta del siglo pasado muchos profesionales de la psicomotricidad en distintos países intentan acercar posturas buscando aquello que les une y que tienen en común para fundamentar sólidamente esta disciplina tratando de enriquecerla. Así han nacido la Federación de Asociaciones del Estado Español, el Fórum Europeo o la Red Fortaleza de Psicomotricidad en Latinoamérica. Del intento de conciliar estas dos posturas surge una corriente mixta en la que se inscriben las propuestas de Berruezo (1999), García Arroyo y Holgado (1990), o la que se postula en este libro.

3. DESARROLLO DE LA PSICOMOTRICIDAD EN EUROPA Y ESPAÑA

De acuerdo con Berruezo (2000a), el desarrollo internacional de la psicomotricidad se ha centrado en determinadas zonas, especialmente en Francia y Alemania, mientras que en el mundo anglosajón es inexistente.

La corriente oficial francesa se enmarca dentro del ámbito de la sanidad. En 1947 surge el primer servicio de reeducación psicomotriz, creado por Ajuriaguerra, y en 1974 se crea el Diploma de Estado (inicialmente llamado Diploma de Estado de Psicorreeducador y posteriormente, en 1985, Diploma de Estado de Psi-

comotricista). Finalmente, en 1995, se consiguió su inscripción en el libro IV del Código de la Sanidad Pública que dota a los psicomotricistas del estatuto de auxiliares de la medicina. Por otra parte existe una corriente educativa que surge a partir de la educación física y cuyas enseñanzas han creado escuela en muchos países, sobre todo latinos.

En Alemania, la psicomotricidad como tal, con este nombre, no existe. Se desarrolla una disciplina científica vinculada a las ciencias de la educación física y el deporte denominada *motología*. La *motología* intenta ser una ciencia del movimiento en la que confluyen la pedagogía, la psicología y la medicina, y tiene su aplicación en el ámbito educativo (*motopedagogía*) y en la rehabilitación (*mototerapia*). Esta evolución se extiende en su área de influencia a países como Holanda, Austria o la Bélgica flamenca. En la actualidad los alemanes han homologado su *motología* a nuestra psicomotricidad (*psicomotorik*). De esta manera, por iniciativa de Alemania surgió el Fórum Europeo de Psicomotricidad.

A mitad de camino entre las corrientes gala y germana están los *educadores del movimiento y la relajación* daneses. En el resto de los países europeos la situación es dispar. Hay países con la profesión reconocida como auxiliar de medicina pero sin formación específica, como es el caso de Luxemburgo. Hay otros que cuentan con estudios de especialización en psicomotricidad para fisioterapeutas y profesores de educación física, pero, por tanto, sin una figura profesional específica, como Italia y Bélgica. Y finalmente hay países donde no existe una formación oficial reglamentada ni el reconocimiento de la profesión, como Austria, Suecia, Portugal o España.

En España la psicomotricidad comenzó a abrirse paso a mediados de los años setenta del siglo pasado a través de varias vías. Se publicaron las obras de varios autores franceses que

empezaron a suscitar interés, se comenzaron a realizar cursos y seminarios específicos, y todo ello creó un clima que favoreció la celebración del Congreso Internacional de Psicomotricidad de 1980 en Madrid. La psicomotricidad supuso un cambio especialmente en el ámbito de la educación, por lo que su desarrollo se orientó principalmente por este camino. Se fueron consolidando varias líneas de trabajo y formativas que dieron lugar a psicomotricistas formados en varias escuelas o tendencias. El hecho de que no se promoviera el debate y el intercambio de puntos de vista ocasionó una división de los profesionales. Por otra parte, había una dificultad en la delimitación del ámbito de trabajo.

A partir de la creación del Fórum Europeo de Psicomotricidad, se despertó el interés por unificar posturas en los psicomotricistas españoles. Tras participar en las reuniones internacionales, se planteó la necesidad de hacer propuestas de unidad y se creó la Federación de Asociaciones de Psicomotricistas del Estado Español, compuesta por siete asociaciones de ámbito estatal o autonómico (Asociación Canaria de Psicomotricidad, Asociación Española de Psicomotricistas, Asociación Profesional de Psicomotricistas, Asociación de Psicomotricistas del Estado Español, Asociación Española de Psicomotricistas del ICSE y Asociación de Psicomotricidad de Integración) y cuya finalidad es establecer un marco de relación entre ellas para promover el desarrollo de la psicomotricidad y de las competencias profesionales de los psicomotricistas.

4. CONTENIDOS PSICOMOTORES

4.1. Contenidos desde el modelo dirigido

La psicomotricidad dirigida se centra más en los aspectos motores y cognitivos. Se trabaja

jan fundamentalmente tres áreas o contenidos psicomotores: esquema corporal, esquema espacial y esquema temporal. Dichos esquemas se van abordando de forma paralela, siendo el esquema corporal la base para la elaboración del esquema espacial, y éstos a su vez van a servir de base para la construcción del esquema temporal.

El *esquema corporal* comprende los aspectos motores, afectivos y cognitivos de nuestro cuerpo. Siguiendo a Bucher (1976), los elementos integrantes del esquema corporal serían la percepción del cuerpo, la coordinación dinámica general y el equilibrio, el tono y la relajación, la disociación de movimientos y la lateralidad.

El *esquema espacial* está integrado por la orientación del mundo externo, relacionado éste con el yo referencial y con otras personas y objetos, así se hallen en posición estática o de movimiento. Es el conocimiento de los otros y de los elementos del mundo externo a partir del yo tomado como referente (Tasset, 1980).

Incluye la orientación espacial y la trasposición de las nociones espaciales sobre otro.

El *esquema temporal* es la coordinación del tiempo psíquico del individuo y de los otros. A través de la evolución el individuo va tomando conciencia de que los acontecimientos se desarrollan en un tiempo objetivo, rígido y homogéneo que marca la relación con los otros y con las situaciones (Tasset, 1980). De acuerdo con Vayer (1985), se aborda en tres etapas: adquisición de los elementos básicos, toma de conciencia de las relaciones en el tiempo y coordinación de los diversos elementos.

La tabla 1.1 recoge los elementos integrantes del esquema corporal, espacial y temporal.

4.2. Contenidos desde el modelo vivenciado

La psicometricidad vivenciada, a pesar de tratar de favorecer el desarrollo global de la

TABLA 1.1
Contenidos desde el modelo dirigido

Contenido	Objetivos generales
Esquema corporal	Percepción del cuerpo Coordinación dinámica general y equilibrio Tono y relajación Coordinación visomotriz Lateralidad Disociación de movimientos
Esquema espacial	Orientación espacial Trasposición de las nociones espaciales sobre otro
Esquema temporal	Elementos básicos Toma de conciencia de las relaciones en el tiempo Coordinación de los diversos elementos

persona, pone un mayor énfasis en los aspectos socioafectivos, trabajando distintos parámetros que ponen en relación a la persona con su cuerpo, con el espacio, con los objetos, con los otros y el lenguaje.

En la relación con el cuerpo se abordan los aspectos referentes al conocimiento de la imagen corporal, el control postural, el tono muscular y otros elementos no verbales de la comunicación (mirada, comunicación facial y corporal).

En la relación con el espacio se aborda la forma en que el individuo utiliza el espacio, sin incluir el conocimiento de las nociones espaciales.

En la relación con el tiempo se incluye la forma en que lo distribuye dentro de la sesión

así como el respeto de los distintos tiempos establecidos en la rutina de la sesión, sin prestar atención al conocimiento de las nociones temporales.

La relación con los objetos comprende la manipulación, exploración y utilización que hace de ellos.

La relación con los otros engloba, por una parte, la relación que establece con el resto de los participantes de la sesión, y, por otra, la que entabla con el psicomotricista, que, como figura de autoridad, en la sala representa el orden y la ley.

Se presta también atención al lenguaje que utiliza en su expresión, comprensión y comunicación con los demás.

TABLA 1.2
Contenidos psicomotores desde el modelo vivenciado

Contenido	Objetivos generales
Relación con el cuerpo	Conocimiento de la imagen corporal Coordinación dinámica general Control postural Tono muscular Parámetros no verbales (mirada, gestualidad)
Relación con el espacio	Utilización del espacio
Relación con el tiempo	Respeto de los distintos tiempos de la sesión Distribución del tiempo
Relación con los objetos	Manipulación y exploración Utilización de los objetos Diversidad de funciones
Relación con los otros	Relación con los compañeros Relación con el psicomotricista
Lenguaje	Expresión Comprensión Comunicación con los demás

La tabla 1.2 resume los principales contenidos psicomotores incluidos en la psicomotricidad vivenciada.

4.3. Una propuesta integradora

La psicomotricidad es una disciplina que trata de desarrollar a la persona en su globalidad, incluyendo los aspectos motores, cognitivos y socioafectivos. En los últimos años se ha tratado de llegar a un acercamiento entre ambos enfoques; en esta línea la tabla 1.3 resume una propuesta de contenidos psicomotores dividida en tres áreas (motora, cognitiva y socioafectivo y comunicativa) que se abordan de forma paralela a través de sesiones dirigidas y vivenciadas.

En el área motora se incluyen aquellos as-

pectos más relacionados con el movimiento como: el tono muscular (tanto en el plano del control postural como en el dominio de la relajación), la coordinación dinámica general, el equilibrio, la coordinación visomotriz, la lateralidad y la disociación de movimientos.

El área cognitiva comprende los conceptos relacionados con: la percepción del cuerpo, el espacio y los objetos, el tiempo y la capacidad de representación.

El área socioafectiva y comunicativa abarca contenidos que en algunas ocasiones han sido menos tratados como: la relación de apego y seguridad, la relación entre iguales, el autoconcepto y la autoestima, la expresión y reconocimiento de emociones, la aceptación y el respeto de normas y el lenguaje en su aspecto de comunicación con los demás.

TABLA 1.3
Propuesta de contenidos psicomotores

Contenido	Objetivos generales
Área motora	Tono muscular Coordinación dinámica general Equilibrio Coordinación visomotriz Lateralidad Disociación de movimientos
Área cognitiva	Percepción del cuerpo El espacio y los objetos El tiempo La capacidad de representación
Área socioafectiva y comunicativa	Relación de apego y seguridad Relación entre iguales Autoconcepto y autoestima Expresión y reconocimiento de emociones Aceptación y respeto de normas Lenguaje

RESUMEN

- La palabra «psicomotricidad» comprende a la persona en su globalidad, en sus aspectos motores y psíquicos. La principal finalidad de la psicomotricidad es el desarrollo de competencias motrices, cognitivas y socioafectivas.
- Dupré fue el primer autor en emplear el término «psicomotricidad». En sus inicios la psicomotricidad estuvo ligada a las aportaciones de diversos autores de la psicología del desarrollo (como Wallon y Piaget) y a la influencia de la psiquiatría infantil.
- Poco a poco la psicomotricidad fue buscando su propia identidad, con la publicación de la primera Carta de Reeducación de la Psicomotricidad, la creación del primer certificado universitario de reeducación de la psicomotricidad, el surgimiento de diversas corrientes y la publicación de la revista *Rééducation Psychomotrice*.
- Por otra parte, las concepciones anglosajonas y rusas (Cratty, Bernstein, Luria, Guilford o Fleishman) se centraron más en la importancia del plano científico.
- En los años setenta del siglo pasado comienza una aproximación hacia el psicoanálisis con los trabajos de Lapierre y Aucouturier y surge una psicomotricidad basada en la actividad motriz espontánea.
- En Francia existen dos corrientes: una oficial, dentro del ámbito de la sanidad, y otra educativa, que es la que se ha extendido a otros países europeos y latinoamericanos.
- En Alemania la psicomotricidad no existe con este nombre, sino que se ha desarrollado una disciplina científica denominada «motología».
- El estatus de la psicomotricidad en los restantes países europeos es muy dispar. En España los estudios de la psicomotricidad no están reconocidos de forma oficial, aunque es posible realizar una formación de posgrado dentro de determinadas profesiones.
- En la actualidad coexisten dos corrientes o modelos de intervención en psicomotricidad: psicomotricidad dirigida y psicomotricidad vivenciada, si bien hay un intento de acercamiento entre ambos enfoques, como pone de manifiesto la creación de la Federación de Asociaciones de Psicomotricistas del Estado Español, el Fórum Europeo o la Red Fortaleza de Psicomotricidad en Latinoamérica.
- La psicomotricidad dirigida se ha centrado más en los aspectos motores y cognitivos, trabajándose fundamentalmente tres áreas o contenidos psicomotores: el esquema corporal, el esquema espacial y el esquema temporal.
- La psicomotricidad vivenciada ha puesto un mayor énfasis en los aspectos socioafectivos, trabajando distintos parámetros que ponen en relación a la persona con su cuerpo, con el espacio, con los objetos, con los otros y el lenguaje.
- En un intento de acercamiento de ambos enfoques se propone trabajar de forma paralela los contenidos psicomotores de las áreas motora, cognitiva y socioafectiva a través de sesiones dirigidas y vivenciadas.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Arnaiz (1991). *Evolución y contexto de la práctica psicomotriz*. Salamanca: Amarú.

El capítulo «Para una historia de la psicomotricidad» realiza un recorrido desde los comienzos de la disciplina hasta los años noventa del pasado siglo.

Berruezo (2001). El contenido de la psicomotricidad. Reflexiones para la delimitación de su ámbito teórico y práctico. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 1, 39-48.

Realiza algunas reflexiones sobre el concepto de psicomotricidad y los contenidos psicomotores.

PARTE SEGUNDA

Guía general de evaluación e intervención psicomotriz

La sesión de psicomotricidad **2**

-
1. Introducción.
 2. La sala de psicomotricidad.
 3. Estructura de la sesión.
 4. ¿Intervención individual o grupal?
- Resumen.
Bibliografía recomendada.
-

1. INTRODUCCIÓN

La sesión de psicomotricidad ofrece un espacio y un tiempo para favorecer el desarrollo global de la persona. La sesión se desarrolla siempre en un mismo marco espacial, la sala de psicomotricidad, que debe reunir unas determinadas condiciones para que se puedan realizarse las actividades. Normalmente la sala se distribuye en espacios, cada uno de ellos con materiales que favorecen determinado tipo de actividades. Asimismo la sesión tiene una estructura temporal, que acostumbra a los participantes a seguir unas rutinas de trabajo. Las sesiones de psicomotricidad se pueden llevar a cabo de forma individual o en grupo, ofreciendo cada una de ellas sus ventajas e inconvenientes.

2. LA SALA DE PSICOMOTRICIDAD

La sala de psicomotricidad es el lugar donde se van a llevar a cabo las sesiones, siendo recomendable que sea siempre el mismo.

2.1. Condiciones físicas de la sala

De acuerdo con Defontaine (1978) y Sánchez y Llorca (2008), para poder desarrollar de

forma adecuada la intervención es necesario que reúna una serie de características, todas ellas importantes:

- Un *espacio* suficiente, en el que la persona se pueda mover cómodamente, pero cuyas dimensiones sean lo bastante reducidas como para que no se sienta perdido.
- El *suelo* debe permitir que puedan estar descalzos. Normalmente se utilizan materiales como moqueta, parqué, aglomerado o incluso corcho barnizado.
- En cuanto a la *decoración* de la sala, es conveniente que las paredes estén pintadas en un color claro, y que no haya un exceso de accesorios que pueda distraer la atención.
- Para garantizar la *seguridad* de los participantes, conviene que los elementos potencialmente peligrosos (luces, radiadores, columnas, aristas, etc.) estén protegidos.
- La *climatización* de la sala debe ser buena para que cuando se realicen ejercicios activos los participantes no tengan un calor excesivo, y cuando permanezcan quietos (por ejemplo, en la relajación), no se queden fríos. Asimismo, es recomendable que la habitación esté ventilada.
- La sala cuenta con una serie de *materiales fijos* que no se pueden mover y que

vienen a ser referentes para la organización y distribución del espacio.

- En una de las paredes de la sala se coloca un *espejo* de tamaño suficiente para que los participantes puedan observarse y observar a los demás. Permite que perciban su unidad corporal y sus distintas partes, y además facilita unir y relacionar las percepciones visuales y cinestésicas, es decir, verse actuando.
- En otra pared se dispone una *pizarra* que permite que el psicomotricista y/o los participantes puedan realizar distintas representaciones.
- Además hay, al menos, un *armario* o una pequeña habitación contigua donde almacenar y guardar el material que no se está utilizando.
- Es conveniente disponer de unas *espaldas*, que permitan la exploración del espacio vertical, y unos *bancos suecos*, que favorezcan los saltos y el equilibrio.
- Disponer de un *minitramp* les permitirá ponerse a prueba, arriesgándose cada vez más e intentando nuevas formas de saltar perfeccionando las caídas.

2.2. Materiales

El material utilizado durante las sesiones es muy diverso:

Módulos de gomaespuma

La sala de psicomotricidad suele contar con módulos de gomaespuma de diversas formas y tamaños, recubiertos de fundas lavables de dis-

tintos colores. Favorecen actividades sensorio-motoras, como los saltos, subidas y bajadas, experimentar el equilibrio y desequilibrio, etc., que de otra forma podrían suponer un riesgo o les harían sentir menos seguros. Además, a través de ellos comienzan a surgir los juegos presimbólicos: desordenar, destruir, dispersar lo ordenado o reconstruir. También permiten desarrollar actividades simbólicas realizando diversas construcciones y montando diferentes escenarios.

Tapices y colchonetas

Los tapices y colchonetas de espuma, cubiertas de tela lavable, favorecen la realización de actividades sensoriomotoras en el suelo (arrastres, cuadropedia, volteretas, giros, asegurar las caídas, etc.), actividades de relajación y, en menor medida, actividades simbólicas que evocan el contacto corporal (esconderse, tapar el cuerpo del otro aplastándolo y sintiéndolo a través del objeto). En las tiendas especializadas en material de psicomotricidad se pueden encontrar tapices y colchonetas de diversos grosores, materiales y texturas dependiendo del uso que se les quiera dar.

Pelotas y balones

Conviene utilizar pelotas de distintos pesos, texturas, tamaños y colores. En el plano sensoriomotor facilitan el desarrollo de la coordinación dinámica general, la segmentaria y, en especial, la visomotriz. Además, los balones de gran tamaño permiten practicar los balanceos y sirven de asientos elásticos en los que resulta agradable saltar en cadencia, solo o con los demás. Las pelotas sirven también para trabajar conceptos básicos, relativos al tamaño, forma, color y textura, y otros más complejos, como nociones espaciales y temporales. En la rela-

ción con el otro pueden servir para golpear o agredir al adulto cuando todavía no se atreven corporalmente. En ocasiones también pueden utilizarse como objetos sustitutivos o intermedios en el contacto corporal (por ejemplo al dar un masaje).

Aros

Los aros de distintos tamaños y colores favorecen principalmente actividades sensoriomotoras (rodar, girar, entrar y salir de ellos andando y saltando) y cognitivas (trabajando conceptos espaciales como dentro-fuera, derecha-izquierda, delante-detrás). También permiten algunas actividades simbólicas relacionadas con la dominación y la dependencia, como cazar al otro. El aro puede significar también compartir el espacio o entrar en el espacio de los otros.

Picas o tubos de gomaespuma

Las picas de distintos tamaños y colores facilitan el desarrollo de la coordinación dinámica general mediante su disposición en circuitos; además, pueden ayudar en un principio a mantener el equilibrio. Cuando se utilizan en actividad espontánea es conveniente que sean tubos de gomaespuma, ya que frecuentemente se emplean para descargar la agresividad (usándolos como palo, espada, fusil) en juegos relacionados con el poder y la dominación.

Cuerdas

Las cuerdas de distintos tamaños, colores y texturas se utilizan fundamentalmente para favorecer actividades sensoriomotoras como saltar, trepar o suspenderse. También permiten trabajar distintos conceptos básicos, como los colores, las texturas o la longitud. En el juego simbólico pueden despertar deseos agresivos de

dominación (de atar o inmovilizar al otro) o servir de medio de unión, de mediador a distancia, tirando de los otros para que se deslicen por el suelo, lo que a su vez permite medir sus fuerzas y agruparse para tirar del otro extremo.

Marcajes de suelo

Los marcajes de suelo se pueden encontrar en multitud de formas: redondos, triangulares, rectangulares, elementos rectos, en ángulo recto, curvos, manos, pies, etc., y normalmente están fabricados en caucho flexible y antideslizante. En el plano sensoriomotor sirven para delimitar las zonas o recorridos donde se realizan actividades relacionadas con la coordinación dinámica general y el equilibrio. Además, permiten trabajar distintos conceptos básicos, como las formas, los colores y el tamaño, y conceptos más complejos relacionados con la orientación espacial, al situarse con respecto al marcaje de suelo o seguir determinados recorridos. En el plano simbólico puede servir para la construcción de espacios y escenarios del juego simbólico, que pueden ser cerrados o abiertos, individuales o compartidos.

Telas

Las telas de distintos tamaños, colores y texturas pueden recibir distintos usos en la actividad sensoriomotora y simbólica. En la actividad sensoriomotora permiten arrastrar y hacerse arrastrar por el suelo, balancear y ser balanceado y favorecen algunos juegos sensoriomotores de reglas como el pañuelo o la gallinita ciega. En el plano simbólico permiten los juegos de aparición y desaparición, las actividades de maternaje (acostar, arropar, dar de comer) y la posibilidad de disfrazarse y adoptar distintos roles.

Juguetes

La utilización de juguetes adecuados a la edad del niño está especialmente indicada en el caso de que sean pequeños o tengan un escaso nivel de desarrollo. Sirven para desarrollar determinadas habilidades motoras y cognitivas (coordinación óculo-manual, conceptos espaciales y temporales); en el juego simbólico sirven como paso previo a la utilización de materiales menos estructurados que permitan el desarrollo de la creatividad.

Instrumentos musicales

Los instrumentos musicales como maracas, cascabeles, címbalos, caja china, pandereta, tamboril, triángulo, metalófono, etc., pueden servir para favorecer la coordinación óculo-manual, la habilidad manual, así como para trabajar distintas nociones temporales.

Material para la representación

Se puede utilizar diverso material para desarrollar distintas actividades creativas que, además de la manipulación, permiten un mayor nivel de abstracción representando lo vivido mediante el cuerpo y el movimiento.

Los materiales que se ofrecen para pintar o dibujar dependerán de la edad del niño o su nivel de desarrollo. En un principio se ofrece pintura de dedos para después pasar, según van mejorando sus habilidades grafomotoras, a las ceras, tizas, pinceles, lápices y rotuladores.

Los materiales para moldear que se utilizan fundamentalmente son la arcilla y la plastilina. Algunas personas rechazan el contacto con la arcilla porque les resulta un material muy sucio, pero sí admiten la plastilina. Hay que tener en cuenta que el moldeado es posterior al dibujo, ya que incluye la percepción del volumen.

Los materiales para construir son legos, ladrillos de cartón o maderas de diferentes longitudes, tamaños, formas o colores. Inicialmente no suele haber un proyecto y se limitan a vaciar y llenar, juntar y dispersar. Poco a poco buscarán el equilibrio, apilarán las piezas e irán realizando proyectos más elaborados.

3. ESTRUCTURA DE LA SESIÓN

De acuerdo con tipo de sesión de que se trate (dirigida o vivenciada) ésta se estructura de forma distinta, aunque en cualquier caso la sesión comienza con algún tipo de ritual en el que se recibe a los participantes y se termina comentando las experiencias que han tenido durante la sesión. A continuación se expone la estructura de la sesión dirigida y de la vivenciada.

3.1. Estructura de una sesión dirigida

Rueda de entrada

La sesión comienza con una *rueda de entrada*. Los participantes se descalzan y se sientan alrededor de un círculo o rueda, el psicomotricista les recibe y les comenta lo que se va a hacer durante la sesión.

Preparación

Algunos psicomotricistas, tras realizar esta rueda de entrada, utilizan un tiempo de *preparación* en el cual se recuerdan objetivos y actividades sensoriomotoras de una sesión anterior para enlazar con los contenidos de la que se va a desarrollar a continuación. Este momento puede servir para calentar los músculos si así lo

requieren las actividades que se vayan a realizar durante la sesión. En otras ocasiones es necesario realizar algún tipo de relajación si los participantes vienen muy excitados y se quiere centrar su atención. El tiempo de preparación suele llevar aproximadamente diez minutos.

Contenido principal

En el *contenido principal* de la sesión se aborda el objetivo propuesto en ella a través de situaciones educativas. Las actividades que el psicomotricista prepara pueden ser muy variadas: distintos tipos de juegos, algún baile, expresiones plásticas, expresión corporal, técnicas de relajación, etc. Con frecuencia estas actividades suelen ir acompañadas de música apropiada para el fin que se trabaje. El tipo de actividad elegida depende de muchos factores, pero fundamentalmente de la edad de los participantes, el tipo de patología y las propias habilidades y/o formación del psicomotricista. Se comienza con actividades de tipo sensoriomotor para pasar después siempre que sea posible, a actividades simbólicas o regladas. Esta parte de la sesión suele llevar de treinta a cuarenta minutos, dependiendo de si se utiliza o no el tiempo de preparación.

Vuelta a la calma

Finalmente se deja un momento de *vuelta a la calma* en el cual se suele realizar una relajación o algún tipo de expresión plástica. Esta parte de la sesión lleva aproximadamente de diez a quince minutos.

Rueda de salida

Para terminar la sesión se realiza una *rueda de salida* los participantes se vuelven a sentar alrededor de un círculo o rueda, al igual que al

principio, y comentan las experiencias que han tenido durante la sesión.

La tabla 2.1 muestra un ejemplo de sesión dirigida.

3.2. Estructura de una sesión vivenciada

Ritual de entrada

La sesión comienza con un *ritual de entrada*: los participantes se descalzan y se sientan alrededor de un círculo o rueda. Es un momento de acogida en el que el psicomotricista recibe a los participantes. Es el momento en que se divisa cómo ha sido colocada la sala y las posibilidades que ofrece. Es el momento también en que se marcan las normas que van a establecer los límites para poder garantizar una adecuada convivencia y trabajo. En el caso de los niños, repite con ellos las normas que se seguirán durante la sesión («En esta sala estamos aprendiendo a no hacernos daño y a no destruir lo que otros construyen. Cuando suenan las palmas, dejamos el material y volvemos a la rueda»). En el caso de niños más mayores, adolescentes o jóvenes, se comenta que en la sala estamos aprendiendo a respetarnos y se habla de lo que significa el respeto para ellos. En el caso de los adultos, si las normas de convivencia ya están interiorizadas, se puede empezar directamente comentando la actividad que se va a realizar.

Tiempo de trabajo

El tiempo de trabajo o tiempo de juego es un momento para la actividad motriz espontánea que va a ocupar la mayor parte de la sesión. La sala se divide en tres espacios, en cada uno de los cuales se disponen los materiales para favorecer un determinado tipo de actividades.

TABLA 2.1
Sesión dirigida

Parte de la sesión/ objetivos	Actividades
Rueda de entrada	El terapeuta recibe a los participantes. Se comentan a grandes rasgos los objetivos de la sesión.
Preparación Percepción global del cuerpo: posiciones y desplazamientos	<p>— Los participantes comienzan a caminar por la sala al ritmo de la música.</p> <p>— A las órdenes del terapeuta los participantes irán adoptando determinadas posiciones y realizando distintos desplazamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De pie, caminar en distintas modalidades (normal, de puntillas, con el cuerpo flexionado, etc.). • Cuadropedia: nos desplazamos en distintas modalidades (a gatas, a cuatro patas). • Tumbado, nos desplazamos en distintas modalidades (reptando, volteándonos).
Contenido principal Primeras relaciones espaciales	<p>— Desde la posición de pie, el terapeuta va nombrando y movilizandando las distintas partes del cuerpo. Los participantes le van imitando.</p> <p>— Utilizando una canción infantil, los participantes irán realizando las actividades que se proponen con las distintas partes del cuerpo.</p> <p>— Juego de sujetar una patata por parejas con la parte del cuerpo que proponga el terapeuta.</p>
Vuelta a la calma Conocimiento corporal Relajación segmentaria	<p>Técnica: Relajación terapéutica de Berges y Bounes (por parejas).</p> <p>— Visualización de una imagen que sugiera relajación.</p> <p>— El terapeuta va nombrando las distintas partes del cuerpo y sugiriendo una sensación de calma y tranquilidad; la pareja va apoyando la mano en la parte del cuerpo que el terapeuta va indicando.</p> <p>— El terapeuta va nombrando las distintas articulaciones y la pareja va movilizándolas suavemente.</p> <p>— El terapeuta sugiere una idea de peso.</p> <p>— Salir del estado de relajación.</p>
Rueda de salida	Se comentan las experiencias que han tenido durante la sesión.

a) *Espacio sensoriomotor*

El espacio sensoriomotor es el lugar que permite descubrir el placer del movimiento. Va ligado a actividades como balancearse, girar, caer, arrastrarse, rodar, andar, correr, saltar, trepar, caer, etc., que permiten descubrir el placer sensoriomotriz. Permiten tomar conciencia de las posibilidades de movimiento y adquirir distintas habilidades, al mismo tiempo que se experimenta el equilibrio y desequilibrio y se va tomando conciencia del esquema corporal, espacial y temporal. En este espacio es donde se sitúan los materiales fijos como espalderas, el minitramp, los bancos suecos y también las colchonetas, módulos de gomaespuma, pelotas, aros y diversos elementos que potencian el juego sensoriomotor.

b) *Espacio simbólico*

El espacio simbólico es el lugar donde se desarrolla el juego simbólico y se potencia la expresión y la creatividad. Dependiendo de la edad del niño, o de su nivel de desarrollo, los materiales pueden ser más o menos estructurados. En un principio aparecen los juegos presimbólicos, como destruir-construir, equilibrio-desequilibrio, aparecer-desaparecer, llenar-vaciar, esparcir-reunir, para después pasar al juego simbólico, en el que representa distintos personajes y situaciones de la vida cotidiana. Es el lugar donde se realiza el tratamiento de las producciones agresivas, de inhibición y fantasmáticas (Fernández, 2002). En este espacio están los módulos de gomaespuma, telas u otros materiales favorecedores del juego simbólico.

c) *Espacio para las representaciones*

El espacio para las representaciones, también llamado en ocasiones espacio cognitivo, es el lugar donde las propuestas y materiales faci-

litán el trabajo cognitivo y de representación. El objetivo de este espacio es permitir el paso de la vivencia emocional a la representación cognitiva y expresar las emociones vividas mediante el cuerpo y el movimiento a través de construcciones, dibujos, modelados, etc., que implican una elaboración cognitiva. Para ello es interesante que antes haya tenido la oportunidad de pasar por los dos espacios anteriores. En este espacio está el material para pintar, moldear y construir.

Estos tres espacios creaban un contexto formal pero demasiado rígido, por lo que más adelante Aucouturier (1993) empezó a hablar de dos tiempos en la sesión: un primer tiempo para la vivencia sensoriomotora, afectiva y simbólica y un segundo tiempo para la representación. En la práctica, con frecuencia no es necesario que el psicomotricista construya o delimite estos espacios, ya que los propios componentes del grupo los irán creando y delimitando, estableciéndolos en el lugar y en el momento que quieran. Se puede optar por dejar que vaya surgiendo espontáneamente el espacio para las actividades sensoriomotoras, simbólicas y de representación. De forma puntual, cuando sea necesario, el psicomotricista puede intervenir acotando dichos espacios.

En realidad la distribución de la sala en espacios tiene la finalidad de proporcionar unos lugares específicos que por su distribución y materiales dan la posibilidad de realizar actividades muy variadas de manera globalizada (Bolarín, 1998). Por ejemplo, en el espacio sensoriomotor pueden desarrollar actividades relacionadas con el movimiento, pero esa misma actividad se puede realizar en el juego simbólico representando a un personaje o plasmarla en un dibujo en el espacio de las representaciones.

En el caso de los niños, la acción surge de manera totalmente espontánea; en el caso de los adultos (acostumbrados ya a que se les indi-

que en cada momento lo que tienen que hacer), la acción surge a partir de propuestas que se dejan evolucionar libremente. Cuando se observan sesiones individuales o colectivas, se detecta más o menos la misma dinámica: las sesiones comienzan de una forma más desorganizada, frecuentemente con situaciones de placer sensoriomotor (espacio sensoriomotor); más tarde se organizan y hacen su aparición los juegos sim-

bólicos (espacio simbólico) o reglados. Finalmente antes de la rueda de salida, el psicomotricista suele hacer una propuesta de representación cognitiva si no se ha producido. Algunos psicomotricistas, cuando se trabaja con niños, antes de pasar a la representación utilizan un momento de calma para conseguir que el grupo permanezca inmóvil y comience a reflexionar y que se puede aprovechar para la narración de

TABLA 2.2
Sesión vivenciada

Parte de la sesión/ Objetivos	Actividades
Rueda de entrada	El terapeuta recibe a los participantes. Se comenta cómo está colocada la sala y se habla sobre las cosas que podemos hacer en ella. Se recuerdan las normas.
Cuerpo de la sesión Conocimiento de la imagen corporal Coordinación dinámica general	<p><i>Espacio sensoriomotor</i> — El psicomotricista ha preparado el espacio sensoriomotor frente al espejo para que los participantes puedan realizar distintas actividades de coordinación dinámica general al tiempo que pueden ver lo que hacen.</p> <p><i>Espacio simbólico</i> — Transcurrido un tiempo suficiente, si no ha surgido el juego simbólico, el psicomotricista realiza sugerencias verbales y/o no verbales, ofreciendo por ejemplo determinados materiales, telas, pinturas para la cara, etc.</p> <p><i>Vuelta a la calma</i> — El psicomotricista sugiere a los participantes si quieren buscar un espacio para descansar. Cuenta una historia relacionada con el juego simbólico que están llevando a cabo y las experiencias que han tenido en él.</p> <p><i>Espacio para las representaciones</i> — El psicomotricista ofrece a los participantes papel continuo y ceras de colores para que puedan representar lo que se ha vivido durante la sesión.</p>
Rueda de salida	Se comentan las experiencias que han tenido durante la sesión.

algún cuento relacionado con las vivencias que han tenido durante la sesión.

Rueda de salida

La sesión finaliza con una *rueda de salida* en la que los distintos participantes comentan las experiencias que han tenido durante la sesión.

La tabla 2.2 muestra un ejemplo de una sesión vivenciada.

4. ¿INTERVENCIÓN INDIVIDUAL O GRUPAL?

El trabajo individual y el trabajo grupal tienen ventajas e inconvenientes, tanto para el psicomotricista como para el participante (Defontaine, 1978).

4.1. Sesiones individuales

Las sesiones individuales presentan la ventaja de que no es necesario disponer de tanto espacio, más teniendo en cuenta que con frecuencia en los centros de tratamiento no se dispone de una sala de grandes dimensiones para llevar a cabo las sesiones. Por otra parte, el terapeuta puede mostrar una mayor disponibilidad hacia la persona en tratamiento y tener un mejor conocimiento de ella, lo que permite realizar un trabajo más en profundidad, más terapéutico. Se respeta mejor el ritmo de aprendizaje de cada individuo y puede tener una mayor participación dentro de la sesión.

Sin embargo, tienen el inconveniente de que, por parte del psicomotricista, puede haber un riesgo de sobreprotección hacia el participante que no deje a éste ser suficientemente independiente. Por parte del individuo en tratamiento, se le va a exigir una mayor participación, de modo que se puede sentir inhibido al estar él

solo con el terapeuta. Además, en general, son sesiones menos dinámicas y más monótonas que las sesiones en grupo.

4.2. Sesiones grupales

Las sesiones grupales resultan más estimulantes, favorecen la comunicación y permiten una mayor espontaneidad en el individuo, ya que se siente menos observado.

Los inconvenientes que presentan en el caso del psicomotricista son: la necesidad de disponer de un espacio mayor para poder realizar las sesiones, una menor profundidad del trabajo que se realiza, lo que dificulta la intervención en el caso de que las patologías sean más graves una mayor dificultad para la observación del grupo y mayores problemas de indisciplina.

En el caso del individuo que participa en la sesión, presenta el inconveniente de que puede tener problemas para adaptarse al ritmo de trabajo del grupo. Además, si presenta problemas de habilidades sociales, puede tener dificultades y bloquearse en las sesiones. Tampoco es aconsejable en el caso de que repetidamente fracase en la realización de las actividades.

Por tanto, en cada caso será necesario valorar las ventajas e inconvenientes que tiene cada tipo de intervención. En general, siempre que sea posible, se prefiere la intervención grupal, que es más dinámica, enriquecedora y favorecedora de la comunicación. El número de participantes irá en función de las dificultades de los individuos y del número de psicomotricistas. No obstante, cuanto mayores sean las dificultades del individuo, más conveniente será realizar una intervención individual. Con frecuencia se opta por una intervención individual al comienzo para cuando sea posible, pasar a una intervención grupal, o incluso se intercalan sesiones individuales y grupales.

RESUMEN

- El lugar donde se llevan a cabo las sesiones es *la sala de psicomotricidad*.
 - Debe reunir una serie de *condiciones físicas*, como son: un espacio suficiente, un suelo que permita estar descalzo, una decoración agradable pero sobria, cuidar la seguridad y disponer de una temperatura adecuada y unos materiales fijos, algunos de ellos esenciales (espejo, pizarra, espalderas, armario o habitación contigua para guardar el material) y otros recomendables (bancos suecos, minitramp).
 - La sala se puede *distribuir en distintos espacios*, bien de forma física o temporal, cada uno de los cuales favorece un tipo de actividades.
 - Durante la sesión se utilizan diversos tipos de materiales, fundamentalmente: módulos de gomaespuma, pelotas o balones, aros, picas o tubos de gomaespuma, cuerdas, marcajes de suelo, telas, juguetes, instrumentos musicales y diverso material para la representación.
- Las sesiones suelen tener una *estructura temporal* fija. Todas las sesiones comienzan con un ritual de entrada y terminan con un ritual de salida. La estructura del cuerpo de la sesión depende del tipo de sesión, pero suele empezar con actividades sensoriomotoras, seguir con actividades simbólicas o regladas y terminar con una vuelta a la calma a través de alguna actividad de relajación y/o representación cognitiva.
- Las sesiones se pueden realizar de forma *individual* o *en grupo*. Siempre que sea posible, se llevarán a cabo las sesiones en grupo, pero cuando las dificultades del individuo sean mayores puede ser necesaria una intervención individual. En algunos casos se puede combinar la intervención.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Sánchez, J. y Llorca, M. (2008). *Recursos y estrategias en psicomotricidad*. Málaga: Aljibe.
El capítulo «Análisis de los parámetros psico-

motores» expone los principales materiales que se utilizan en la práctica psicomotriz y sus posibles usos.

La evaluación psicomotriz

3

-
1. Introducción.
 2. La entrevista.
 3. La observación psicomotriz.
 4. Técnicas cuantitativas.
 5. El informe psicomotor.
- Resumen.
Bibliografía recomendada.
-

1. INTRODUCCIÓN

La evaluación psicomotriz sirve para precisar las dificultades y recursos de cada persona. A partir de ella se diseña el plan de intervención, en su caso, estableciendo una jerarquía terapéutica y juzgando la evolución a lo largo del tratamiento. Por tanto, es imprescindible realizar una evaluación previa para poder planificar la intervención, y una evaluación al finalizar el tratamiento para valorar si se han conseguido los objetivos propuestos. Asimismo, es recomendable realizar evaluaciones durante el proceso para ir juzgando la evolución.

Entre los años cincuenta y setenta del siglo pasado, desde el modelo de la psicomotricidad dirigida se empleaban fundamentalmente pruebas estandarizadas, que permitían poder comparar el desarrollo psicomotor de la persona respecto a unas normas estadísticas que establecían la curva normal de desarrollo. Sin embargo, a partir de los años setenta se empieza a poner en tela de juicio este tipo de evaluación y a utilizar las técnicas de observación del comportamiento en actividad libre.

El modelo de evaluación que aquí se propone parte del punto de vista de que ambos enfoques no son incompatibles. La observación del comportamiento en actividad libre va a permitir valorar las conductas en un medio (la sala de psicomotricidad) que, aunque no es el habi-

tual, trata de reproducir los diferentes elementos de la expresividad psicomotriz, observando a la persona en su globalidad: cómo se mueve, cómo distribuye su tiempo, cómo se relaciona con el espacio, con los objetos y con los demás. Por otra parte, no se limita a describir conductas sino que atiende también a los estímulos que provocan esas conductas y cuáles son sus consecuencias. No obstante, a partir de las dificultades que se advierten en esa observación, se puede decidir hacer una evaluación más precisa, en función de la norma, a través de instrumentos estandarizados.

La evaluación suele comenzar con una entrevista en la que se recogen cuáles son los principales problemas para pasar después a realizar una observación psicomotriz que permita valorar éstos en su contexto y utilizar las pruebas estandarizadas que sean más convenientes en cada caso. Finalmente se integran los datos procedentes de las valoraciones cualitativas y cuantitativas, realizándose el informe psicomotor.

2. LA ENTREVISTA

La evaluación psicomotriz suele comenzar con una entrevista con los padres, en el caso de los niños, o con el propio individuo, en el caso del adulto. Es fundamental crear un clima de

TABLA 3.1
Entrevista con los padres

<p><i>Datos personales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre y apellidos Edad y fecha de nacimiento Domicilio/teléfono Colegio/curso Nombre del padre y de la madre, edad y profesión Número de hermanos, edad, lugar que ocupa Otros familiares que convivan en casa
<p><i>Motivo de consulta</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Problema ¿Cuándo lo empezaron a notar? ¿Han acudido a algún especialista? ¿Ha estado previamente en tratamiento? Expectativas
<p><i>Desarrollo motor</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Control de la cabeza Posición sentado Gateo Posición de pie Marcha
<p><i>Desarrollo del lenguaje</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Primeras palabras Primeras frases Problemas en el desarrollo del lenguaje
<p><i>Conductas emocionales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Se muestra inquieto? ¿Se entretiene solo o necesita que esté alguien con él? Cuando se acuesta, ¿hay que acompañarle y estar con él? ¿Necesita llevarse algo a la cama? ¿Hay algún otro ritual? ¿Se despierta con pesadillas? ¿Tiene miedos? ¿Cómo se comporta con los extraños? ¿Se enfada? ¿Tiene rabietas? ¿Se le ve triste?
<p><i>Relaciones interpersonales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Con la familia: cómo es la relación con cada miembro En el colegio: cómo es la relación con los profesores y compañeros En los momentos de ocio: actividades que realiza, cómo es la relación con los amigos
<p><i>Antecedentes familiares</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermedades y problemas en el desarrollo en la familia
<p><i>Enfermedades</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermedades que ha padecido a lo largo de su vida Operaciones quirúrgicas Alergias

confianza en el que puedan expresar sus demandas. Esta primera entrevista sirve fundamentalmente para escuchar y acoger.

Se recogen los datos más significativos: datos personales, motivo de consulta, principales hitos del desarrollo motor, desarrollo del lenguaje, conductas emocionales, relaciones interpersonales, antecedentes familiares, enfermedades, etc. En el caso de la existencia de algún problema, especialmente en las conductas emocionales, habrá que hacer una descripción detallada éstos conducta analizando estímulos antecedentes y consecuentes que hacen que se acentúen. La tabla 3.1 recoge un esquema de la entrevista que se suele realizar a los padres.

3. LA OBSERVACIÓN PSICOMOTRIZ

La metodología observacional es la única que puede evaluar y explicar, y no sólo describir, el complejo flujo de la actividad psicomotriz (Herrán, 2007). Para ello se trata de observar a la persona en la sala de psicomotricidad en una sesión normal junto a otros. Se trata de comprender a la persona, analizar la actividad motriz espontánea tomando como referencia unas pautas organizadas.

La observación se lleva a cabo en varias sesiones, aproximadamente tres, de manera que por una parte se no se establezcan conclusiones generales que respondan a circunstancias particulares acontecidas en un momento dado, y por otra permita ir realizando algunas hipótesis que se puedan comprobar en sesiones sucesivas. Siempre que sea posible, es conveniente utilizar dos observadores para aumentar la fiabilidad de las observaciones, o al menos grabar la sesión en vídeo. Durante la sesión se lleva a cabo un registro narrativo y una vez terminada se realiza un análisis de parámetros y de secuencias.

3.1. Registro narrativo

En primer lugar, durante la sesión el observador realiza un registro narrativo en el que va describiendo las conductas que el individuo va desarrollando en la sala. Dicha descripción debe ayudar a comprender el contexto general en el que se desarrolla la interacción, la sucesión de acontecimientos y las relaciones que establece con el espacio, los objetos y los otros en el continuo temporal de la sesión. La narración permite construir una red de relaciones sin perder el sentido de la acción de los participantes (García, 2003). También es posible grabar la sesión en vídeo para realizar análisis posteriores.

En la tabla 3.2 se ofrece un fragmento del registro narrativo de una sesión de psicomotricidad.

3.2. Análisis de parámetros psicomotores

En segundo lugar, se valoran una serie de parámetros:

Relación con el cuerpo:

- Conocimiento del esquema e imagen corporal: si es capaz de mover todo el cuerpo en su conjunto, así como las distintas partes; si utiliza y conoce las distintas posturas corporales (de pie, sentado, acostado, de rodillas, etc.); si conoce el nombre de las distintas partes del cuerpo y dónde están situadas.
- Coordinación dinámica general: desplazamientos que realiza (balanceos, giros, caídas, volteretas, rodar, reptar, gatear, marcha, carrera, salto, trepa) y cómo los realiza (si son coordinados, armónicos, amplios, rápidos, etc.).

TABLA 3.2

Fragmento de un registro narrativo

Ana sigue arrullando a Manuel y le empuja ligeramente para tumbarlo. Manuel no se deja y entonces Ana pide a la psicomotricista que le diga que se tumbe, y ella le sugiere que se lo pregunte. Cuando Ana se lo pide, Manuel se tumba.

Eva se acerca a su juego y pregunta a Ana si puede jugar. Ana le comenta que ella es la mamá, Daniel es el papá y Manuel es el bebé. Juegan todos juntos.

Eva se cae y llora, la psicomotricista se acerca y enseguida se calma. Eva pregunta a la psicomotricista si quiere ser su madre, y ésta le contesta que pregunte a Ana, que acepta.

Deciden cambiar la casa de lugar, se van a la zona de las espalderas y trasladan allí todo.

- Control postural: posturas más frecuentes, equilibrio estático y dinámico.
- Tono muscular: si es adecuado a la acción o, por el contrario, si aparecen hipotonías o hipertonías; si es elástico, es decir, si es capaz de movilizar una articulación hasta la máxima amplitud durante la realización de actividades físicas; si es capaz de relajarse.
- Otros aspectos: la mirada (si acompaña a la acción o está perdida), la gestualidad facial y corporal (si acompaña a lo que hace y a lo que dice).

Relación con el espacio:

- Ocupación del espacio: por dónde se mueve, si se mueve por toda la sala o utiliza sólo una parte de ella.
- Espacio preferido: si utiliza preferentemente el espacio central, los bordes (cerca de la pared, ventana o puerta), los rincones o esquinas... Si utiliza espacios abiertos o cerrados, visibles o no.
- Espacio evitado: si evita algún espacio en concreto de la sala.
- Forma de ocupación del espacio: si ocupa el espacio con el cuerpo, con la voz, con la mirada, con los objetos, construyendo o delimitándolo.

- Orden que sigue en la exploración del espacio.
- Exploración del espacio vertical: si utiliza distintas alturas.

Relación con el tiempo:

- Respeto del tiempo de entrada: si es capaz de permanecer sentado en la rueda, y si interviene de forma correcta (repetiendo las normas, participando en su elaboración y en las propuestas).
- Distribución del tiempo: tiempo que necesita para comenzar una actividad, cuánto tiempo dedica a cada actividad (si permanece un tiempo adecuado terminando las actividades que comienza o pasa constantemente de una actividad a otra) y a cada espacio (sensoriomotor, simbólico y para las representaciones) de acuerdo con su edad. Partimos de que durante los dos primeros años de vida las actividades sensoriomotrices ocupan la mayor parte del tiempo en la sesión de psicomotricidad; progresivamente se van introduciendo las actividades simbólicas y las actividades de representación, y en torno a los cinco años se llega a un equilibrio del tiempo que el niño pasa en cada uno de estos espacios (Arnaiz y Bolarín, 2000).

- Respeto del tiempo de salida: si es capaz de dejar la actividad y sentarse en la rueda cuando lo indica el psicomotricista, si es capaz de permanecer sentado, de escuchar a sus compañeros y de intervenir de forma adecuada.

Relación con los objetos:

- Interés que muestra por los objetos, su manipulación y exploración.
- Objetos que utiliza y si muestra preferencia por alguno.
- Cómo los utiliza: si da un uso apropiado a cada objeto, si es capaz de emplear de distinta manera un mismo objeto dándole un uso creativo, si los utiliza de forma hábil (con destreza), agresivamente u obsesivamente (continuamente y de la misma forma).
- Para qué los utiliza (juego sensoriomotor y/o simbólico). En el caso del juego sensoriomotor, se analiza la expresión de placer con la actividad, si es repetitivo, si explora todas las posibilidades. En los juegos simbólicos se analiza si hay juego social, qué tipo de personajes elige (agresivos, afectivos, dominadores, dependientes, etc.).
- Cómo los emplea en la relación con los otros: si es capaz de compartirlos, si quita los objetos a los demás, si los utiliza para agredir.

Relación con los otros:

- Cómo se relaciona con sus compañeros: con quién se relaciona (juega solo, con otro, en pequeños grupos, con los del mismo sexo, con los del sexo opuesto, con los más pequeños, con los mayores, con todos indistintamente); qué papel

desempeña dentro del grupo (propone actividades, es líder, acepta la actividad de los demás); si es capaz de situarse en distintas actitudes en relación con los demás (oponerse, colaborar, compartir, etc.).

- Cómo se relaciona con el psicomotricista: si lo acepta, si lo busca, si le provoca mediante acciones que no respetan las normas de la sesión, si lo agrede, si espera su aprobación, si espera sus órdenes y consignas para actuar, si participa en las actividades que éste propone y realiza actividades con él (Arnaiz y Bolarín, 2000). Se analiza, fundamentalmente, el grado de autonomía e independencia con respecto al psicomotricista.

Lenguaje:

- A quién se dirige (a todos indistintamente, al psicomotricista, a algún compañero en concreto, a los de su mismo sexo, a los mayores, a los pequeños, etc.).
- Cómo habla: si existe algún problema en el lenguaje, si es adecuado a su edad o existe algún retraso.
- De qué habla: se analiza el contenido del lenguaje, si hay algún tema significativo.

3.3. Análisis de secuencias

Cada una de las conductas que se desarrollan en la sala de psicomotricidad se puede articular alrededor de tres fases: estímulo, acción y consecuencias.

El estímulo

El estímulo implica el porqué de la acción, lo que mueve a actuar. El estímulo puede provenir de un objeto o, más frecuentemente, de

TABLA 3.3
Parámetros psicomotores

Parámetros	Elementos a analizar
Relación con el cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> — Conocimiento del esquema e imagen corporal — Coordinación dinámica general — Control postural — Tono muscular — Otros aspectos (mirada, gestualidad)
Relación con el espacio	<ul style="list-style-type: none"> — Ocupación del espacio — Espacio preferido — Espacio evitado — Forma de ocupación del espacio — Orden en la exploración del espacio
Relación con el tiempo	<ul style="list-style-type: none"> — Respeto del tiempo de entrada — Distribución del tiempo — Respeto del tiempo de salida
Relación con los objetos	<ul style="list-style-type: none"> — Interés, manipulación y exploración — Objetos que utiliza y preferencia — Forma de utilización de los objetos — Finalidad — Empleo en la relación con los otros
Relación con los otros	<ul style="list-style-type: none"> — Relación con los compañeros — Relación con el psicomotricista
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> — A quién se dirige — Forma — Contenido

una acción, ya que las relaciones humanas son intersubjetivas y en esa interrelación los individuos se mueven unos a otros a la acción.

En el caso de que el estímulo sea una acción de los demás, puede conseguirse con estrategias diversas:

- a) **Tentación:** un sujeto induce a otro a una acción concreta mediante la promesa de un premio material o psicológico.
- b) **Intimidación:** un sujeto induce a otro a la acción por medio de la amenaza de un castigo, físico o psicológico.
- c) **Provocación:** supone una propuesta que la persona puede aceptar o no, y puede ser verbal (por ejemplo, ¿quieres jugar a la pelota?), o no verbal (le lanza la pelota).
- d) **Seducción:** implica una propuesta de forma más sutil que se manifiesta de

forma continuada (por ejemplo, juega a la pelota cerca de él).

La acción

Constituye el acto mismo por medio del cual la persona entra en relación con el otro, con el objeto o con el medio. La dimensión y el carácter de la acción corresponden al tipo de estímulo que la suscita:

- Cuando el estímulo es suscitado por medio de la tentación o la intimidación se generan respuestas, reacción, y el objetivo se reduce a la consecución de algo externo. Se ejecuta la acción para conseguir o evitar algo deseado o temido. Lo importante es la consecución del objetivo y no la propia acción.
- Cuando el estímulo es inducido por la provocación o la seducción, la respuesta no está determinada, implica una elección. El individuo realiza la acción porque lo desea, el objetivo es inherente a la acción. La acción cobra sentido por sí misma.

Las consecuencias

Es la valoración o juicio que se establece después de la acción. Puede ser:

- La obtención del premio o el castigo en función de que haya realizado correctamente lo que se le ha dicho, que siempre va a estar mediatizada por el exterior.
- Una valoración sobre su proceso y las capacidades que va adquiriendo en él, el reconocimiento o no de si ha sido capaz de realizar una acción, que puede venir tanto del exterior como del sujeto mismo que realiza la acción.

En el análisis de conductas que se producen en la sala de psicomotricidad es posible encontrar distintas secuencias que pueden resumirse en dos tipos básicos:

1. Ante una tentación o intimidación, el individuo realiza o no la acción para conseguir un premio o evitar un castigo.
2. Ante una propuesta, la persona realiza la acción porque quiere hacerlo, o decide no realizarla porque no desea hacerlo, incluso puede llevar a cabo otra acción.

El primer tipo de conductas persigue fines externos determinados por el otro, y es más producto de la reacción que de la elección. Realmente no hay una identificación con los objetivos, y van a suponer una dependencia del otro. Esto no quiere decir que este tipo de con-

TABLA 3.4
Análisis de secuencias

Estímulo		Acción		Consecuencias
1. Tentación Intimidación	→	Hacer No hacer	→	Premio Castigo
2. Provocación Seducción	→	Hacer No hacer	→	Reconocimiento No reconocimiento

ductas sean negativas, ya que favorecen el desarrollo de hábitos y mecanismos necesarios para la supervivencia, pero, si se dan en exclusiva, pueden impedir la creatividad y el desenvolvimiento de potencialidades individuales.

En el segundo tipo de conductas la acción surge del deseo interno: la persona realiza la acción que desea. Puede obtener un reconocimiento personal (se da cuenta de sus propias competencias), que se convierte en social cuando es reconocida por el otro. Incluso el no reconocimiento también lleva a la competencia, ya que reconoce sus limitaciones e intenta ir las ampliando por su propia necesidad («no puedo ahora, pero quiero hacerlo, voy a intentarlo»).

4. TÉCNICAS CUANTITATIVAS

Las técnicas cuantitativas son pruebas de carácter generalmente psicométrico que permiten la exploración de las funciones y factores psicomotrices estableciendo el nivel de maduración en función de las conductas que deberían estar adquiridas a su edad.

Las técnicas más utilizadas desde los años cincuenta a los setenta del siglo pasado fueron instrumentos estandarizados, basados en tests situacionales mediante los cuales se extraían observaciones precisas y que, comparados con unos criterios normativos, permitían establecer un cociente de desarrollo global. Por un lado, existen algunos instrumentos tradicionales cuyo objetivo es la obtención de una medida global del desarrollo y, por otro lado, algunos procedimientos para evaluar áreas específicas de desarrollo (Márquez, 1992).

4.1. Instrumentos generales

Este tipo de instrumentos pretende una evaluación global del individuo, incluyendo en

esta globalidad aspectos cognitivos. Estas escalas, en general, son instrumentos con los que se puede extraer un diagnóstico general, en términos de cociente y/o perfil, que establece el ajuste o desajuste de un determinado sujeto con un patrón evolutivo previo.

Sin pretender hacer una relación exhaustiva de todos ellos, se describen a continuación algunos de los más utilizados.

Escala de Desarrollo Psicomotor de Primera Infancia Brunet-Lezine (1978-1980)

Es una escala de aplicación individual que permite evaluar a niños entre cero y treinta meses o, en su versión ampliada, hasta los seis años. Evalúa el nivel madurativo del niño en las cuatro áreas que explora: control postural (P), coordinación óculo-motriz (C), lenguaje/comunicación (L) y sociabilidad/autonomía (S). Permite obtener una edad de desarrollo y un cociente de desarrollo del niño, así como una valoración parcial de estos aspectos en cada una de las áreas exploradas. Se recoge información de la observación del niño tras proponerle una serie de tareas y de su comportamiento (a partir de preguntas a los padres). Su tiempo de aplicación es de 25 a 35 minutos para niños menores de quince meses, y hasta de 60 minutos para los de más edad.

Escalas Bayley de Desarrollo Infantil (BSID) (1969-1977)

Es una prueba de aplicación individual que permite evaluar el desarrollo mental y psicomotor en edad temprana, en niños entre dos y treinta meses de edad, aunque existe una nueva revisión de esta escala, publicada en 1993 (BSID-II), que se aplica a niños de uno a cuarenta y dos meses. La *escala mental* evalúa: la agudeza sensorio-perceptiva, discriminación y

TABLA 3.5
Instrumentos generales

Instrumento	Edad de aplicación	Tiempo de aplicación	Qué evalúa	Qué se obtiene
Escala de Desarrollo Psicomotor de Primera Infancia Brunet-Lezine	Cero a treinta meses Hasta seis años en versión ampliada	25-35 min. (hasta 6 meses) 60 min. (el resto)	— Control postural (P) — Coord. oculo-motriz (C) — Lenguaje-comunicación (L) — Sociabilidad-autonomía (S)	— Edad de desarrollo — Cociente de desarrollo — Edad de desarrollo y cociente en cada área
Escalas Bayley de Desarrollo Infantil (BSID)	Dos a treinta meses BSID-II: uno a cuarenta y dos meses	45 min.	— Agudeza sensorio-perceptiva — Discriminación y capacidad de respuesta a estímulos — Adquisición temprana de permanencia del objeto y memoria — Aprendizaje y capacidad de resolución de problemas — Vocalizaciones — Capacidad temprana para generalizar y clasificar — Control del cuerpo — Coordinación de grandes masas musculares — Habilidad manipulativa de manos y dedos — Valoración del comportamiento durante el examen	— Índice de desarrollo mental — Índice de desarrollo motor — Edad de desarrollo en la escala mental — Edad de desarrollo en la escala motora
Escalas de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños MacCarthy	Dos años y medio a ocho años y medio	45 min.	— Conceptos verbales y aptitud expresiva — Capacidad de razonamiento — Manejo y comprensión de conceptos cuantitativos y símbolos numéricos — Memoria inmediata — Aptitud motora	— Escala verbal — Escala perceptivo-manipulativa — Escala cuantitativa — Escala de memoria — Escala de motricidad — Escala general cognitiva — Índice general cognitivo
Inventario de Desarrollo de Battelle	Cero a ocho años		— Personal /social — Adaptativa — Motora — Comunicación — Cognitiva	— Puntuación por áreas — Puntuación global — Perfil

capacidad de respuesta a estímulos, la adquisición temprana de la permanencia (constancia) del objeto y de la memoria, el aprendizaje y capacidad de resolución de problemas, las vocalizaciones al comienzo de la comunicación verbal y la capacidad temprana para generalizar y clasificar. Por su parte, la *escala psicomotora* evalúa el grado de control del cuerpo, la coordinación de las grandes masas musculares y la habilidad manipulativa de manos y dedos. Pretende obtener una valoración lo más completa posible del desarrollo del niño, así como un medio de compararlo con otros niños de su misma edad. Los ítems se distribuyen en un orden creciente de dificultad. La información que proporciona inicialmente este conjunto de escalas es un índice de desarrollo mental, un índice de desarrollo motor y una edad de desarrollo equivalente en las escalas mental y motora respectivamente. Cada escala dispone de su propia hoja de registro. La escala mental contiene 178 ítems, y la escala motora, 111. Además, complementariamente, existen 30 ítems adicionales, que se valoran en una escala de 5 puntos, en la hoja de registro del comportamiento. Aquí el examinador valora el comportamiento del niño durante la administración de las escalas. Su tiempo de aplicación es de aproximadamente 45 minutos.

Escala de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños de McCarthy (1983)

Es una prueba de aplicación individual para evaluar el desarrollo cognitivo y psicomotor del niño entre dos años y medio y ocho años y medio. Evalúa las aptitudes cognoscitivas y psicomotoras del niño a través de una amplia serie de tareas de tipo lúdico. La batería está integrada por 18 tests que, agrupados según criterios variables en cada caso, dan lugar a seis subescalas, cada una de las cuales está formada por varios tests. La escala verbal aprecia

la madurez de los conceptos verbales en el niño y su aptitud expresiva. La escala perceptivo-manipulativa evalúa la capacidad de razonamiento a través de tareas lúdico-manipulativas. La escala cuantitativa mide la facilidad en el manejo y comprensión de conceptos cuantitativos y símbolos numéricos. La escala de memoria aprecia diversos aspectos de la memoria inmediata (de tipo visual, acústico, verbal y numérico). La escala de motricidad evalúa diversos aspectos de la aptitud motora (grandes movimientos de las extremidades, motricidad fina, coordinaciones diversas, etc.). La escala general cognitiva está formada por todos los tests que se incluyen en las subescalas verbal, perceptivo-manipulativa y cuantitativa, ofreciendo una evaluación de los procesos mentales cognoscitivos de tipo general. Se obtiene un índice general cognitivo equiparable al CI, además da información sobre el proceso de lateralidad en el niño. Su tiempo de aplicación es de 45 minutos aproximadamente.

Inventario de Desarrollo de Batelle (BDI) (Newborg, Stock y Wneck, 2001)

Se aplica a niños de cero a ocho años. Aprecia el nivel de desarrollo del niño y permite evaluar su progreso en cinco áreas diferentes: personal/social (capacidad para establecer relaciones sociales significativas), adaptativa (autonomía en el aseo, vestido y alimentación, así como capacidad para prestar atención y asumir responsabilidades), motora (capacidad para usar y controlar los músculos del cuerpo), comunicación (lenguaje comprensivo y expresivo) y cognitiva (capacidades y habilidades de naturaleza conceptual). En concreto, el área motora permite evaluar: el control muscular, la coordinación corporal, la locomoción, la motricidad fina y la motricidad perceptiva. Puede aplicarse en su forma completa o abreviada

(prueba de *screening*) la aplicación de esta última forma permite detectar en qué área debe o no hacerse una evaluación completa. Los procedimientos para obtener la información son de tres tipos: examen estructurado (a través de una situación de test estandarizada), observación (en el medio natural, en clase o en casa) e información (a través de una entrevista a profesores, padres o tutores). En los distintos elementos de las áreas se dan normas específicas para la aplicación a niños con diversas discapacidades. El tiempo de aplicación es de 10 a 30 minutos para la prueba de *screening* y de 60 a 90 minutos para el inventario completo. El objetivo central de la prueba es obtener información sobre el nivel de desarrollo del niño en diversas áreas identificando los puntos fuertes y las deficiencias y a partir de aquí elaborar programas de estimulación y apoyo de acuerdo con las necesidades particulares de cada individuo. Los resultados obtenidos son puntuados y comparados con las tablas que entregan la edad equivalente de desarrollo para cada una de las áreas evaluadas. Se obtiene así una puntuación global y una puntuación para cada área y subárea y se comparan con la norma, que se traslada a un perfil.

4.2. Instrumentos específicos

Evaluación Psicomotriz de Vayer (1985)

Picq y Vayer (1977) adoptaron y adaptaron una serie de pruebas para llevar a cabo un examen psicomotor que comprendiera, además de pruebas motrices esenciales, pruebas neuromotrices, perceptivo-motrices y de lateralidad que permitieran poder establecer un perfil psicomotor del niño. Este examen fue perfeccionado unos años más tarde por Vayer (1985), incluyendo un elemento nuevo y eliminando alguno de los anteriores que no ofrecía mucha infor-

mación o resultaba excesivamente complicado. Así, el examen psicomotor quedó constituido por nueve pruebas: seis incluidas dentro de un perfil psicomotor y tres complementarias. Este examen está dirigido a la evaluación psicomotriz de niños de edades comprendidas entre los seis y los once años, aunque se dispone de un *Examen de primera infancia* para niños de edades comprendidas entre los dos y los cinco años, que se describe en el capítulo 9.

Las tres primeras pruebas (coordinación dinámica de las manos, coordinación dinámica general y control postural) están tomadas de los tests de Ozeretski revisados por Guilmain (1948) y permiten la observación de las conductas motrices de base. Los tests están escalonados de año en año, y la edad atribuida es la correspondiente a la última prueba bien resuelta.

La prueba de control segmentario es original, y no se incluía todavía en el examen psicomotor de Picq y Vayer. Permite poner de manifiesto la independencia de los brazos con respecto al tronco, el control de los diferentes segmentos y el control emocional. Representa también un medio de observación de la imagen del cuerpo. Los tests están escalonados de año en año, y la edad atribuida es la de la última prueba bien resuelta.

La prueba de organización del espacio es una adaptación de la batería de Piaget (derecha-izquierda) y Head (mano-ojo-oreja), descrita por Galifret-Granjón (Zazzo et al., 1960). Los tests están escalonados de año en año, y para considerar bien resuelta una prueba tiene que llegar al criterio marcado.

La prueba de estructuración espaciotemporal está inspirada en la prueba de reproducción de estructuras rítmicas de Mira Stamback (Zazzo et al., 1960). Está constituida a su vez por tres pruebas: reproducción por medio de golpes de estructuras temporales, simbolización de estructuras espaciales y simbolización de es-

TABLA 3.6
Instrumentos específicos

Instrumento	Edad de aplicación	Tiempo de aplicación	Qué evalúa	Qué se obtiene
Evaluación Psicomotriz de Vayer	Dos a cinco años	50-60 min.	<ul style="list-style-type: none"> — Coordinación óculo-manual — Coordinación dinámica general — Control postural — Control del propio cuerpo — Organización perceptiva — Lenguaje 	<ul style="list-style-type: none"> — Edad de desarrollo para cada área — Perfil psicomotor
	Seis a once años		<ul style="list-style-type: none"> — Coordinación dinámica de las manos — Coordinación dinámica general — Control postural — Control segmentario — Organización espacial — Estructuración espaciotemporal — Lateralidad — Rapidez — Control respiratorio 	
Batería Psicomotora de Da Fonseca (BPM)	Cuatro a catorce años	30-40 min.	<ul style="list-style-type: none"> — Tonicidad — Equilibrio — Lateralidad — Noción del cuerpo — Estructuración espaciotemporal — Praxia global — Praxia fina 	<ul style="list-style-type: none"> — Puntuación para cada área — Puntuación global de la prueba — Perfil

estructuras temporales. El niño tiene que ir reproduciendo o transcribiendo las estructuras que se le van indicando, concediéndose un punto por cada ejercicio bien resuelto. Con la totalidad de los puntos conseguidos en esta prueba se obtiene una correspondencia en edad.

La prueba de observación de la lateralidad es una adaptación de los tests de dominancia lateral de Harris. Consiste en diez acciones que el niño ha de imitar para establecer la dominancia de la mano, tres acciones para la dominancia del ojo y tres para la de los pies. Se va anotando la mano, ojo o pie utilizado en cada acción, obteniéndose al final una fórmula de lateralidad de acuerdo con el número de veces que haya usado uno u otro lado del cuerpo.

La prueba de rapidez (prueba de punteado de Stamback) evalúa la eficiencia motriz y pone de manifiesto la precisión, regularidad, incoordinación, impulsividad, escrupulosidad y ansiedad. Asimismo, permite completar la observación de la lateralidad al realizarse sucesivamente con las dos manos. Para establecer la correspondencia en edad, se toma la mejor puntuación de las dos obtenidas.

La prueba de conducta respiratoria evalúa la posibilidad de dominar la espiración. Se efectúa con el respirador de Plent, aparato que permite regular la resistencia a la espiración fijando más o menos profundamente el tubo; si no se dispone de él, puede sustituirse por un frasco o botella de cristal lleno de agua por el que se introduce un tubo dotado de boquilla destinado a producir burbujas. Se realizan dos ensayos y se cronometra cada espiración anotándose el número de segundos. Al final, se hace una media de los dos ensayos y se establece una correspondencia en edad.

Los resultados de las seis primeras pruebas se utilizan en la construcción de un gráfico: el perfil psicomotor. Los resultados de las prue-

bas complementarias son ordenados en un cuadro bajo el perfil.

Batería Psicomotora de Da Fonseca (BPM) (1998)

Es una batería de observación diseñada para evaluar el grado de maduración psicomotora del niño. Se compone de siete factores psicomotores:

- *Tonicidad*: comprende el estudio del tono de soporte y del tono de acción. El tono de soporte comprende los subfactores de extensibilidad, pasividad y paratonía. El tono de acción comprende los subfactores de diadococinesias y sincinesias.
- *Equilibrio*: reúne un conjunto de aptitudes estáticas y dinámicas que abarcan el control postural y el desarrollo de las adquisiciones de la locomoción. Comprende el estudio de los subfactores de inmovilidad, equilibrio estático y equilibrio dinámico.
- *Lateralidad*: pretende determinar la consistencia de la preferencia de los telerreceptores (visión y audición) y de los propioefectores (mano y pie).
- *Noción del cuerpo*: comprende la recepción, análisis y almacenamiento de las informaciones que provienen del cuerpo. Se analizan los subfactores: sentido cinestésico, reconocimiento derecha-izquierda, autoimagen, imitación de gestos y dibujo del cuerpo.
- *Estructuración espaciotemporal*: supone la integración cortical de datos espaciales referenciados con el sistema visual y datos temporales referenciados con el sistema auditivo. Comprende los subfactores: organización, estructuración diná-

mica, representación topográfica y estructuración rítmica.

- *Praxia global*: comprende actividades motoras secuenciales globales. Se compone de los siguiente subfactores: coordinación óculo-manual, coordinación óculo-pedal, disimetría y disociación.
- *Praxia fina*: estudia la capacidad constructiva manual y la capacidad de destreza bimanual. Se compone de los subfactores: coordinación dinámica manual, tamborilear y velocidad-precisión.

En todos los factores y subfactores, el nivel de realización es medido numéricamente de la siguiente forma:

- *Anotación 1 punto (apraxia)*: ausencia de respuesta, realización imperfecta, incompleta, inadecuada y descoordinada.
- *Anotación 2 puntos (dispraxia)*: débil realización con dificultad de control y señales desviadas.
- *Anotación 3 puntos (eupraxia)*: realización completa adecuada y controlada.
- *Anotación 4 puntos (hiperpraxia)*: realización perfecta, precisa, económica y con facilidades de control.

Cada subfactor es anotado de acuerdo con este criterio, siendo la nota media redondeada y posteriormente transferida al perfil que se encuentra en la primera página de la ficha de registro de la BPM. La puntuación máxima de la prueba es de 28 puntos (4×7 factores), la mínima, de 7 puntos (1×7 factores), y la media es de 14 puntos.

La BPM puede llevar de 30 a 40 minutos de aplicación para un observador experimentado y entrenado. El observador debe seguir las indicaciones de cada prueba según las condiciones que definen cada tarea.

Batería de Evaluación del Desarrollo Psicomotriz mediante la Observación Sistemática de Situaciones de Juego (Garaigordobil, 1999)

Esta batería se diseña con la finalidad de evaluar el desarrollo psicomotor en el contexto de variadas situaciones de juego mediante una metodología observacional (observación sistemática) con la que se registran indicadores de ejecución (conductas, productos de conducta, tiempos de ejecución, etc.) de acuerdo con los cuales se realiza la evaluación psicomotriz de cada niño.

Evalúa 19 funciones psicomotrices en niños de ocho años. En concreto, se exploran diversas variables psicomotrices relacionadas con:

- a) La coordinación y el control motriz (coordinación dinámica global, equilibrio, respiración, coordinación óculo-manual o visomotora, coordinación óculo-motriz, velocidad o rapidez de movimientos, control motriz, puntería o precisión y tonicidad o fuerza muscular).
- b) Factores neuromotrices (lateralidad).
- c) La estructuración perceptiva (percepción visual, orientación espacial, relaciones espaciales entre objetos, percepción auditiva, ritmo, orientación temporal, percepción táctil, organización perceptiva).
- d) La estructuración del esquema corporal.

Se estructura en ocho sesiones de evaluación, en las que se registran las ejecuciones de todos los componentes de un grupo que permitan constatar las destrezas psicomotoras de cada niño. Permite detectar la existencia de alguna dificultad en el área del desarrollo psicomotriz antes del inicio del segundo ciclo de

primaria, en el que los posteriores aprendizajes se sustentarán en gran medida sobre la adecuada evolución de estas funciones psicomotoras. Durante las ocho sesiones de evaluación se administran 39 juegos psicomotores al grupo. Mientras los juegos se desenvuelven, dos supervisores registran diversos indicadores de observación (tiempos de ejecución, aciertos, errores, calidad de las ejecuciones en arrastre, carrera, equilibrio, etc.), determinados y definidos para cada juego. Asimismo se filman las ejecuciones de cada niño en las diversas situaciones lúdicas y posteriormente son nuevamente codificadas por dos observadores diferentes con la finalidad de aumentar la fiabilidad de la recogida de datos.

5. EL INFORME PSICOMOTOR

El informe psicomotor es la comunicación de los resultados de la valoración psicomotriz por un psicomotricista a su cliente, representante legal o autoridad legal competente.

5.1. Recomendaciones

En los últimos años se han publicado códigos éticos y deontológicos, manuales de estilo y leyes que afectan directamente a la elaboración de los informes. Así, Pérez, Muñoz y Ausín (2003) ofrecen una serie de recomendaciones a la hora de realizar los informes, algunas de las cuales son aplicables a la elaboración del informe psicomotor:

1. *Poseer la cualificación adecuada:* la elaboración del informe psicomotor debe ser llevada a cabo por una persona con formación adecuada en psicomotricidad.
2. *Respetar la libertad, dignidad, autonomía e intimidad de la persona evaluada:* esta serie de obligaciones deben tenerse presentes al decidir qué información puede solicitarse y qué tipo de información personal puede o debe ser revelada en el informe. A la hora de recabar información para la realización de un informe, el evaluador está obligado a respetar escrupulosamente la intimidad del cliente, y únicamente pedirá la información necesaria para desempeñar la labor para la que ha sido requerido. De la misma forma, el informe recogerá únicamente información pertinente, y se tendrá especial cuidado a la hora de poner por escrito cuestiones de la vida privada de la persona evaluada.
3. *Respetar y cumplir el derecho y el deber de informar:* existe la obligación formal y legal de hacer informes que recojan las intervenciones clínicas y de cumplimentar aquellos otros que sean pertinentes y estén relacionados con los procesos asistenciales en los que se intervenga. El cliente tiene derecho a la información asistencial y al acceso a la historia clínica. Igualmente, el cliente tiene derecho a recibir un informe de alta y los certificados acreditativos de su estado de salud.
4. *Organizar los contenidos del informe:* debe estructurarse de forma lógica y apropiada, incluyendo motivo de la valoración, antecedentes, procedimientos e instrumentos utilizados en la evaluación, resumen de las conclusiones más importantes y una serie de recomendaciones adecuadas.
5. *Cuidar el estilo:* emplear oraciones breves, prescindiendo del uso de jerga, pa-

TABLA 3.7

Funciones psicomotrices y juegos de la Bateria de Evaluación del Desarrollo Psicomotriz mediante la Observación Sistemática de Situaciones de Juego (Garaigordobil, 1999)

Función psicomotriz	Juegos para su evaluación
Coordinación dinámica global Velocidad, rapidez de movimiento	1. Roles en carrera de relevos 2. El túnel 3. Estatuas griegas
Equilibrio	4. Funambulistas 5. La estatua coja
Respiración	6. Sopla gol 7. De nariz a nariz 8. Los globos
Coordinación óculo-manual (ojo-mano)	9. Laberintos 10. Muñecos recortables 11. Dibujos de figuras Bender
Coordinación óculo-motriz (ojo-pie)	12. Alturitas con la cuerda o la goma 13. Saltos sobre la colchoneta
Control del movimiento, reflejos	14. Un, dos, tres, pajarito inglés 15. Stop, pies juntos 16. Antón pirulero
Precisión, puntería	17. Las ranas 18. Canasta 19. Los bolos
Tonicidad (fuerza muscular)	20. La carretilla 21. Gol en portería
Lateralidad (ojo-mano-pie-oído)	22. Usa tus sentidos
Percepción visual	23. Cada figura su color 24. Busca los errores
Orientación espacial	25. Robots 26. Enredados
Relaciones espaciales	27. El espejo 28. A izquierda y derecha
Percepción auditiva	29. Kim auditivo 30. Dónde está la campanilla
Ritmo	31. Los músicos 32. Tan tan
Organización temporal	33. Viñetas WISC 34. Láminas CAT
Percepción táctil	35. Gallina ciega 36. Busca pareja
Organización perceptiva	37. Rompecabezas WISC
Esquema corporal: conocimiento de las distintas partes y noción del eje de simetría	38. Dónde te toque 39. Mi silueta

labrería y redundancia, utilizar un estilo preciso y claro, evitar malas interpretaciones, etiquetas y ambigüedades en cuanto a la identidad sexual y étnica, así como todo tipo de términos negativos o estigmatizantes.

6. *Mantener la confidencialidad y el secreto profesional*: nadie puede acceder a los datos de la evaluación sin consentimiento expreso del evaluado o su representante legal o mediante requerimiento judicial.
7. *Solicitar el consentimiento informado*: el cliente debe consentir la elaboración del informe y aceptar, igualmente, la información incluida en él. Para que este consentimiento pueda denominarse informado, el cliente debe recibir la suficiente información relativa a la necesidad y posibles usos del informe y de los datos y documentación incluidos en él. Esta norma tiene excepciones cuando el cliente se encuentra incapacitado, es menor o ha nombrado unos representantes legales que ejercen sus funciones.
8. *Proteger los documentos*: en los últimos años, el marco legal que afecta a la protección de datos y documentos clínicos ha cambiado sustancialmente. Se han hecho explícitas las obligaciones de los profesionales y centros sanitarios al respecto y se han aumentado las garantías de confidencialidad y custodia de datos de forma muy importante. Además, se comienzan a considerar los requisitos relacionados con las nuevas tecnologías y, de forma especial, la informática e Internet. Hay obligación de conservar la documentación clínica, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta.

5.2. Organización de la información

El informe psicomotor permite sistematizar la información obtenida de las entrevistas, observaciones e instrumentos aplicados, recogiendo los siguientes apartados:

- a) *Datos identificativos*.
 - Del autor del informe: categoría profesional y número de colegiado.
 - De la persona evaluada: nombre, edad (en años, meses e incluso días en el caso de niños), escolaridad (en el caso de niños o estudiantes) o estudios y profesión (en el caso de adultos).
 - De los representantes legales, en el caso de niños o personas dependientes.
 - Fecha de realización de las distintas pruebas y de la emisión del informe.
- b) *Motivo de la valoración*: se indica, a petición de quien se realiza el informe, el motivo de éste, así como si viene derivado por otro profesional.
- c) *Antecedentes*: se introducen los datos sobre la situación personal, familiar y/o social y/o personal, así como un resumen de su desarrollo evolutivo. Dichos datos se recogen fundamentalmente de las entrevistas realizadas a padres, educadores y a la propia persona evaluada.
- d) *Pruebas aplicadas*: se describe de forma pormenorizada el proceso de evaluación indicando las técnicas utilizadas y el orden seguido en su aplicación (a quién se ha entrevistado, número de sesiones de observación, instrumentos de evaluación aplicados). Se incluyen ade-

- más los resultados obtenidos en las distintas pruebas.
- e) *Conclusiones*: se integra la información obtenida durante el proceso de información en grandes áreas (área motora, cognitiva y socioafectiva) y, si es el caso, se establece un diagnóstico.
- f) *Recomendaciones*: se dan las orientaciones oportunas y, en el caso que se vaya a realizar una intervención, se establecen los objetivos para el tratamiento.
- g) *Anexos*: se adjuntan las hojas de respuestas y todo el material elaborado por la persona durante la evaluación.

TABLA 3.8
El informe psicomotor

<p><i>Datos identificativos</i></p> <p>Autor del informe Persona evaluada (Representantes legales)</p>
<p><i>Motivo de la valoración</i></p> <p>Quién requiere el informe Si viene derivado por otro profesional Problema por el que se requiere el informe</p>
<p><i>Antecedentes</i></p> <p>Datos biográficos, situación familiar y/o social Antecedentes familiares Enfermedades Desarrollo evolutivo</p>
<p><i>Pruebas aplicadas</i></p> <p>Descripción del proceso de evaluación Instrumentos aplicados y resultados Técnicas cualitativas Técnicas cuantitativas</p>
<p><i>Conclusiones</i></p> <p>Área motriz Área cognitiva Área socioafectiva y comunicativa Diagnóstico</p>
<p><i>Recomendaciones</i></p> <p>Orientaciones Objetivos para la intervención</p>
<p><i>Anexos</i></p>

RESUMEN

- La evaluación psicomotriz sirve para precisar las dificultades y recursos de cada persona. A partir de ella, se diseña el plan de intervención estableciendo una jerarquía terapéutica y juzgando su evolución a lo largo del tratamiento.
- Comienza con una entrevista en la que se recogen los datos más significativos: datos personales, motivo de consulta, principales hitos del desarrollo motor, desarrollo del lenguaje, conductas emocionales, relaciones interpersonales, antecedentes familiares, enfermedades, etc.
- La observación psicomotriz permite realizar una valoración individualizada de la actividad motriz espontánea en una sesión normal junto a otros. Durante la sesión se van registrando las conductas que se producen en la sala para después valorar una serie de parámetros psicomotores y analizar las secuencias de conductas.
- Las técnicas cuantitativas son pruebas de carácter generalmente psicométrico que permiten la exploración de las funciones y factores psicomotrices estableciendo el nivel de maduración en función de las conductas que deberían estar adquiridas a su edad. Hay:
 - Instrumentos generales que permiten realizar una valoración global como: la *Escala de Desarrollo Psicomotor de Primera Infancia Brunet-Lezine*, las *Escalas Bayley de Desarrollo Infantil*, la *Escala de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños de McCarthy* o el *Inventario de Desarrollo de Batelle*.
 - Instrumentos específicos para valorar las funciones psicomotrices, como la *Evolución Psicomotriz de Vayer* o la *Batería Psicomotora de Da Fonseca*.
- La información recogida durante el proceso de evaluación se integra y se recoge en el informe psicomotor, que permite comunicar de forma oral o escrita el resultado de la valoración psicomotriz. El informe psicomotor presenta de forma organizada y comprensible la información acogiendo a los principios éticos y deontológicos.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Arnaiz, P. y Bolarin, M. J. (2000). Guía para la observación de los parámetros psicomotores. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 37, 63-85.
- Ofrecen una guía detallada para el análisis de los parámetros psicomotores validada y fiable.
- Vayer, P. (1985). *El niño frente al mundo*. Barcelona: Científico-Médica.
- Picq, L. y Vayer, P. (1977). *Educación psicomotriz y retraso mental*. Barcelona: Científico-Médica.
- Es uno de los instrumentos más sencillos y utilizados para la evaluación del desarrollo psicomotor. El libro de Picq y Vayer recoge el examen de primera infancia para niños de 2 a 5 años para el examen de niños de 6 a 11 años (sin discapacidad intelectual) es preferible utilizar el examen que aparece en el libro de Vayer.

Los objetivos de intervención

4

-
1. Introducción.
 2. Área motora.
 3. Área cognitiva.
 4. Área socioafectiva y comunicativa.
- Resumen.
Bibliografía recomendada.
-

1. INTRODUCCIÓN

La psicomotricidad se propone, como objetivo general, desarrollar o restablecer mediante un abordaje corporal las capacidades del individuo (Berruezo, 2000). En sus inicios la psicomotricidad se centró en los aspectos motores, que eran de más fácil acceso, para a partir de ahí tener alguna influencia en los aspectos psíquicos. A pesar de que el modelo de la psicomotricidad dirigida incluyó también los componentes cognitivos, se descuidaron los aspectos afectivos. A partir de los años setenta del siglo pasado el modelo de la psicomotricidad vivenciada trata de abordar a la persona en su globalidad, otorgando un papel preponderante a lo afectivo. Como ya se ha defendido a lo largo del libro, ambos enfoques no tienen por qué ser opuestos sino que pueden complementarse. Si la psicomotricidad trata de favorecer el desarrollo de la persona en su globalidad, deberá incidir en sus motores, cognitivos, afectivo-sociales y comunicativos.

A partir de la información obtenida en el proceso de evaluación psicomotriz se fijan los objetivos de la intervención, teniendo en cuenta todas las áreas que están afectadas o cuyo desarrollo es necesario favorecer. Siguiendo el esquema propuesto en el informe psicomotor, las áreas de intervención se clasifican en: motora, cognitiva, socioafectiva y comunicativa.

Aunque dichas áreas se describan de forma independiente, no hay que olvidar que en el propio desarrollo del niño existe una interrelación: la adquisición de un determinado tipo de habilidades va a favorecer el desarrollo de otras (por ejemplo, la adquisición de la marcha va a favorecer la orientación en el espacio y una mayor autonomía); por tanto, hay objetivos del área motora que van a favorecer el desarrollo cognitivo y socioafectivo, y viceversa. De esta forma, los objetivos de las diversas áreas se van a ir abordando de forma paralela. Incluso los contenidos de una misma área se van solapando en el tiempo (por ejemplo, el hecho de que pueda apoyarse en las manos y los muslos facilitará la aparición de la conducta de reptar). Es decir, los objetivos se programan en el tiempo de manera que las dificultades vayan aumentando de forma progresiva.

Todo ello hace imprescindible que para plantear los objetivos de la intervención se conozca cómo se produce el desarrollo psicomotor en el niño y cuáles son las adquisiciones que va realizando en las distintas edades en cada área. La tabla 4.1 incluye un resumen de los objetivos abordados en las distintas áreas de intervención. Las tablas 4.2, 4.3 y 4.4 incluyen un resumen de las principales adquisiciones del niño en su desarrollo psicomotor en las distintas edades que se abordará de una forma más detallada en los siguientes apartados.

TABLA 4.1
Resumen de los objetivos de la intervención por áreas

Área motora	Área cognitiva	Área socioafectiva y comunicativa
<p>Tono muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> — Control postural • Posiciones — Relajación • Global • Segmentaria • Diferencial 	<p>Percepción del cuerpo</p> <ul style="list-style-type: none"> — Percepción global del cuerpo — Conocimiento de las distintas partes — Toma de conciencia del espacio gestual <p>El espacio y los objetos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Utilización y exploración del espacio — Utilización y exploración de los objetos — Nociones espaciales • Orientación espacial • Transposición de las nociones espaciales sobre otro • Transposición de las nociones espaciales sobre los objetos 	<p>Relación de apego con el psicomotricista</p> <p>Relación con los iguales</p> <ul style="list-style-type: none"> — Establecimiento de relaciones con los iguales — Respeto y aceptación — Cooperación — Búsqueda de ayuda — Capacidad de iniciativa — Aceptación de propuestas — Aserividad — Negociación y resolución de conflictos
<p>Coordinación dinámica general</p> <ul style="list-style-type: none"> — Arrastre y volteos — Cuadropedia y gateo — Marcha — Carrera — Salto 	<p>El tiempo</p> <ul style="list-style-type: none"> — La permanencia y distribución del tiempo — Nociones temporales • Nociones básicas • Relaciones en el tiempo • Coordinación de los diferentes elementos 	<p>Autoconcepto y autoestima</p> <ul style="list-style-type: none"> — Reconocimiento de capacidades y limitaciones
<p>Equilibrio</p> <ul style="list-style-type: none"> — Equilibrio dinámico espontáneo — Equilibrio en el suelo — Equilibrio elevado <p>Coordinación visomotriz</p> <ul style="list-style-type: none"> — Prensión — Recepción de objetos — Lanzamiento de objetos 	<p>Capacidad de representación</p> <ul style="list-style-type: none"> — La imitación diferida — El juego simbólico — El lenguaje — El dibujo 	<p>Expresión y reconocimiento de emociones</p> <ul style="list-style-type: none"> — Reconocer las propias emociones y sentimientos — Reconocer e identificar emociones y sentimientos en los demás — Expresión adecuada de emociones y sentimientos — Afrontamiento y superación de miedos
<p>Lateralidad</p> <ul style="list-style-type: none"> — Dominancia de la mano — Dominancia del ojo — Dominancia del pie <p>Disociación de movimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Coordinación dinámica de los miembros superiores — Coordinación dinámica de miembros superiores e inferiores — Coordinación dinámica y postural — Movilización de otros segmentos y del conjunto del cuerpo 		<p>Aceptación y respeto de normas</p> <ul style="list-style-type: none"> — Respeto de normas externas — Participación en la elaboración de normas — Adaptación de normas a situaciones particulares <p>Lenguaje</p> <ul style="list-style-type: none"> — Uso adecuado a la actividad — Escucha — Comprensión de órdenes y consignas — Comunicación con los demás

TABLA 4.2
Resumen del desarrollo psicomotor durante el primer año de la vida del niño

Cero a once meses	Área motora	Área cognitiva	Área socioafectiva y comunicativa
Primer trimestre (cero a dos meses)	<p>Reflejos</p>	<p>El espacio y los objetos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Utilización y exploración de los objetos • Seguimiento visual de objetos 	<p>Relación de apego</p> <ul style="list-style-type: none"> — Interacción sin establecer diferencias <p>Expresión y reconocimiento de emociones</p> <ul style="list-style-type: none"> — Expresan interés, disgusto, malestar y precursor de sorpresa <p>Lenguaje</p> <ul style="list-style-type: none"> — Llanto y grito — Gorjeos y arrullos
Segundo trimestre (tres a cinco meses)	<p>Tono muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> — Control postural • Sostiene la cabeza • Sentado en brazos • Se apoya en los antebrazos • Volteos <p>— Coordinación visomotriz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prensión voluntaria • Coordinación mano-boca • Coordinación mano-mano 	<p>Percepción del cuerpo</p> <ul style="list-style-type: none"> — Noción sensoriomotora del cuerpo: reacciones circulares primarias — Reconoce las manos como independientes 	<p>Relación de apego</p> <ul style="list-style-type: none"> — Interacción con figuras de apego sin rechazar a desconocidos <p>Expresión y reconocimiento de emociones</p> <ul style="list-style-type: none"> — Expresan rabia, sorpresa y alegría — Reconocen emociones de la madre <p>Lenguaje</p> <ul style="list-style-type: none"> — Menos llanto, responde a la voz humana

TABLA 4.2 (continuación)

Cero a once meses	Área motora	Área cognitiva	Área socioafectiva y comunicativa
<p>Tercer trimestre (seis a ocho meses)</p>	<p>Tono muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> — Control postural • Sentado • Se apoya en manos y muslos <p>Coordinación dinámica general</p> <ul style="list-style-type: none"> — Arrastre y volteos <p>Coordinación visomotriz</p> <ul style="list-style-type: none"> — Prensión voluntaria global — Coordinación ojo-mano-boca 	<p>Percepción del cuerpo</p> <ul style="list-style-type: none"> — Percibe las manos y los pies <p>El espacio y los objetos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Utilización y exploración de los objetos • Reacciones circulares secundarias • Búsqueda de objetos parcialmente ocultos 	<p>Relación con los iguales</p> <ul style="list-style-type: none"> — Primeros indicios de comunicación con los iguales <p>Lenguaje</p> <ul style="list-style-type: none"> — Habla copiosa, sílabas repetidas
<p>Cuarto trimestre (nueve a once meses)</p>	<p>Tono muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> — Control postural • Bipedestación <p>— Coordinación dinámica general</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuadropedia y gateo <p>— Coordinación visomotriz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prensión: pinza superior 	<p>Percepción del cuerpo</p> <ul style="list-style-type: none"> — Primeros signos de autorreconocimiento <p>El espacio y los objetos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Utilización y exploración de los objetos • Búsqueda de objeto desaparecido 	<p>Relación de apego</p> <ul style="list-style-type: none"> — Interacción con figuras de apego y rechazo a desconocidos <p>Expresión y reconocimiento de emociones</p> <ul style="list-style-type: none"> — Miedo a los extraños — Angustia por separación de la madre <p>Lenguaje</p> <ul style="list-style-type: none"> — Vocaliza más, primera palabra <p>Relación con los iguales</p> <ul style="list-style-type: none"> — Comparten espacio, juego paralelo

TABLA 4.3
Resumen del desarrollo psicomotor de los doce meses a los cinco años

	Área motora	Área cognitiva	Área socioafectiva y comunicativa
Doce a diecisiete meses	<p>Coordinación dinámica general</p> <ul style="list-style-type: none"> — Marcha rudimentaria sin balanceo de brazos <p>Coordinación visomotriz</p> <ul style="list-style-type: none"> — Prensión: aflojamiento voluntario — Lanzamiento: extensión de brazos, no interviene tronco ni pies 	<p>El espacio y los objetos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Utilización y exploración de los objetos • Reacciones circulares terciarias 	<p>Relación de apego</p> <ul style="list-style-type: none"> — Conquista cierta independencia <p>Expresión y reconocimiento de emociones</p> <ul style="list-style-type: none"> — Sensible a tensión en adulto, reconfortan <p>Lenguaje</p> <ul style="list-style-type: none"> — Etapa holofrástica — Aceptación y respeto de normas — Respeto de normas externas
Dieciocho a veintitrés meses	<p>Coordinación dinámica general</p> <ul style="list-style-type: none"> — Carrera — Empeza a saltar 	<p>Percepción del cuerpo</p> <ul style="list-style-type: none"> — Reconocimiento de la imagen en el espejo <p>El espacio y los objetos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Utilización y exploración de los objetos • Relaciones cualitativas simples o topológicas 	<p>Autoconcepto y autoestima</p> <ul style="list-style-type: none"> — Reconocimiento de imagen corporal — Búsqueda de aprobación y alabanza de los adultos <p>Relación con los iguales</p> <ul style="list-style-type: none"> — Juego paralelo, imitación e intercambios <p>Lenguaje</p> <ul style="list-style-type: none"> — Emisiones de dos palabras

TABLA 4.3 (continuación)

	Área motora	Área cognitiva	Área socioafectiva y comunicativa
<p>Dos a tres años</p>	<p>Coordinación dinámica general</p> <ul style="list-style-type: none"> — Carrera rápida — 42 por 100 habilidades de salto <p>Coordinación visomotriz</p> <ul style="list-style-type: none"> — Presión: mejor rotación muñeca-antebrazo — Lanzamiento de objetos: rotan tronco y amplían movimiento del brazo — Recepción de objetos: con brazos rígidos — Chuta el balón <p>Lateralidad</p> <ul style="list-style-type: none"> — Experimentan con ambas manos 	<p>Percepción del cuerpo</p> <ul style="list-style-type: none"> — Etapa del cuerpo vivido <p>El espacio y los objetos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Utilización y exploración de los objetos <ul style="list-style-type: none"> • Juego simbólico <p>El tiempo</p> <ul style="list-style-type: none"> — Nociones temporales <ul style="list-style-type: none"> • Nociones básicas: sucesión y ordenación 	<p>Expresión y reconocimiento de emociones</p> <ul style="list-style-type: none"> — Reconoce que ciertas situaciones causan determinadas emociones <p>Lenguaje</p> <ul style="list-style-type: none"> — Etapa telegráfica
<p>Cuatro a cinco años</p>	<p>Tono muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> — Relajación global <p>Coordinación dinámica general</p> <ul style="list-style-type: none"> — Marcha con balanceo de brazos — Carrera — Salto <p>Equilibrio</p> <ul style="list-style-type: none"> — Dinámico — Estático <p>Coordinación visomotriz</p> <ul style="list-style-type: none"> — Lanzamiento: homolateral y contralateral (5-6 años) — Recepción: flexibilidad de brazos, junto al cuerpo 	<p>Percepción del cuerpo</p> <ul style="list-style-type: none"> — Etapa de discriminación perceptiva <p>El tiempo</p> <ul style="list-style-type: none"> — Nociones temporales <ul style="list-style-type: none"> • Nociones básicas 	<p>Autoconcepto y autoestima</p> <ul style="list-style-type: none"> — Se describen mejor — Nuevas percepciones por experiencias sociales <p>Expresión y reconocimiento de emociones</p> <ul style="list-style-type: none"> — Cólera ante conflictos de posesión y espacio con los iguales — Miedos a monstruos, ladrones, animales salvajes, etc. — Reconoce que las emociones dependen del deseo

TABLA 4.4
Resumen del desarrollo psicomotor de los seis a los doce años

	Área motora	Área cognitiva	Área socioafectiva y comunicativa
Seis a siete años	<p>Control postural</p> <ul style="list-style-type: none"> — Relajación segmentaria <p>Lateralidad</p> <ul style="list-style-type: none"> — Afirmación <p>Disociación de movimientos</p>	<p>Percepción del cuerpo</p> <ul style="list-style-type: none"> — Derecha-izquierda — Comienzo de la etapa del cuerpo representado <p>El espacio y los objetos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Nociones espaciales <ul style="list-style-type: none"> • Orientación espacial <p>El tiempo</p> <ul style="list-style-type: none"> — Nociones temporales <ul style="list-style-type: none"> • Nociones básicas • Relaciones en el tiempo 	<p>Expresión y reconocimiento de emociones</p> <ul style="list-style-type: none"> — Miedo a enfermedad, desastres naturales, etc. — Reconoce que las emociones dependen del deseo y las creencias <p>Aceptación y respeto de normas</p> <ul style="list-style-type: none"> — Participación en la elaboración de normas
Ocho a doce años	<p>Tono muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> — Relajación diferencial (10 años) 	<p>Percepción del cuerpo</p> <ul style="list-style-type: none"> — Etapa del cuerpo representado <p>El espacio y los objetos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Nociones espaciales <ul style="list-style-type: none"> • Trasposición de las nociones espaciales sobre otro • Trasposición de las relaciones espaciales sobre los objetos <p>El tiempo</p> <ul style="list-style-type: none"> — Nociones temporales <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación de los diferentes elementos 	<p>Expresión y reconocimiento de emociones</p> <ul style="list-style-type: none"> — Reconoce que las emociones dependen del deseo, las creencias, la personalidad y las experiencias previas — Comprensión de la ambivalencia emocional <p>Aceptación y respeto de normas</p> <ul style="list-style-type: none"> — Participación en la elaboración de normas — Adaptación de normas a situaciones particulares

2. ÁREA MOTORA

El recién nacido viene al mundo con una serie de reflejos arcaicos que le van a servir para adaptarse al medio y que progresivamente se irán extinguiendo para dar paso a las conductas voluntarias. El desarrollo motor sigue dos grandes leyes: la ley céfalo-caudal y la ley próximo-distal. Según la ley céfalo-caudal, se controlan antes las partes del cuerpo que están más próximas a la cabeza, extendiéndose luego el control hacia abajo: primero se establece el control cefálico, seguido del control del tronco, la bipedestación y la marcha del mismo modo, el control de los brazos es anterior al de las piernas. La ley próximo-distal plantea que se controlan antes las zonas que están más próximas al eje corporal que aquellas que están más alejadas; por ello el dominio de la motricidad fina es posterior al de la motricidad gruesa.

Además, se ha de tener en cuenta que todos los niños pasan por una secuencia idéntica, por una serie de patrones posturales, y cada uno de ellos le va a servir para conseguir el siguiente, aunque cada niño va a llevar su propio ritmo. Por tanto, se va a hablar de edades normativas para conseguir determinadas habilidades motrices, pero siempre han de considerarse edades aproximadas. Desde la posición decúbito supino va a ir desarrollando la prensión, la coordinación visomanual y la comunicación; y desde la posición decúbito prono, va a ir desarrollando la marcha.

2.1. Tono muscular

El tono muscular es el punto de arranque de la estructuración psicomotriz; por ello, muchas de las alteraciones o dificultades que aparecen en el desarrollo infantil se remontan a una deficiencia tónica. La función tónica es la mediadora del desarrollo motor, puesto que organiza

el tono corporal, el equilibrio, la posición y la postura (Berruezo, 2000b).

Control postural

El tono se define como el grado de tensión o distensión de los músculos del cuerpo. En el niño recién nacido se va a observar una hipertonia en los miembros (manos y piernas encogidas) y una hipotonía en cabeza y tronco (de manera que incluso no es capaz de sostener la cabeza). Sin embargo, va a ser capaz de girar la cabeza de un lado a otro tanto en posición decúbito supino como en posición decúbito prono, ya que puede despegarla del plano de apoyo momentáneamente para girarla. A los tres meses empieza a adquirir una cierta tonicidad en la espalda, de manera que puede mantener la cabeza erguida, es capaz de permanecer sentado con la ayuda de otra persona y desde la posición decúbito supino se apoya en los antebrazos. A los seis meses intenta sentarse y lo consigue con ayuda, y en la posición decúbito supino se apoya sobre las manos y los muslos. A los nueve meses logra la bipedestación, y se pone de pie agarrándose a un objeto.

En la intervención psicomotriz, de forma paralela a la percepción global del cuerpo se trabajan las distintas posiciones (tumbado, sentado, de pie y posiciones intermedias).

Relajación

La relajación se define como la distensión voluntaria del tono muscular que va acompañada de una sensación de reposo. La relajación permite mejorar la postura mediante la supresión de tensiones musculares superfluas, al tiempo que contribuye a la elaboración de la imagen corporal (Bucher, 1976).

De acuerdo con Lagrange (1976), se proponen distintos objetivos de acuerdo con la edad, el estado de madurez y la patología:

- a) *Relajación global*: implica la relajación del cuerpo en su conjunto. Las actividades que implican relajación global se pueden empezar a trabajar a partir de los cuatro años realizando ejercicios de tensión-relajación de todo el cuerpo en su conjunto o sólo relajación, como una visualización o simplemente pidiendo al sujeto que se tumbe y haga como si durmiera.
- b) *Relajación segmentaria*: consiste en la relajación de las distintas partes del cuerpo por segmentos. Las actividades que implican relajación segmentaria se pueden empezar a trabajar a partir de los seis años realizando ejercicios de tensión-relajación de distintas partes del cuerpo o grupos musculares también puede llevarse a cabo un recorrido mental de dichas partes sin que sea necesario tensar la zona.
- c) *Relajación diferencial*: consiste en la ejecución de un movimiento segmentario y el mantenimiento simultáneo de la relajación en el resto del cuerpo. Ligan el trabajo de contracción mínima de los músculos que intervienen en la realización de un movimiento a un trabajo de relajación de aquellos cuya actividad no es indispensable para esta ejecución. Las actividades que implican relajación diferencial se pueden empezar a trabajar a partir de los diez años y se realizan en distintas posiciones: tumbada, sentada, de pie y en desplazamiento.

2.2. Coordinación dinámica general

La coordinación dinámica general consiste en movimientos que ponen en juego la acción

ajustada y recíproca de diversas partes del cuerpo y que en la mayoría de los casos implican locomoción (Berruezo, 2002).

Arrastre y volteos

Es el desplazamiento que se produce por la acción alternativa o simultánea de brazos y piernas y en el que se da el contacto permanente del tronco con el suelo (Berruezo, 2002).

A los seis meses el niño es capaz de girar desde la posición decúbito supino hasta la posición decúbito prono, y a los siete meses podrá girar de la posición decúbito prono a la de decúbito supino y podrá efectuar el giro completo y arrastrarse apoyándose en los codos.

En los niños que todavía no tienen adquirida esta habilidad, se les coloca decúbito prono con objetos que les resulten atractivos a cierta distancia con el fin de motivarles a ir hacia ellos.

Para su reeducación, en un principio se trabaja al mismo tiempo que la posición tumbado y la percepción global del cuerpo. Más adelante se experimentan distintos tipos de reptación de acuerdo con el lado del tronco que esté en contacto con el suelo (de frente, de espaldas y lateral) y se exige cada vez una mayor precisión y eficacia en los movimientos.

Gateo y cuadropedia

La cuadropedia es el desplazamiento que se realiza sobre las manos y los pies en contacto con el suelo, mientras que en el gateo hay además un apoyo de las rodillas en el suelo.

A los nueve meses el niño comienza un gateo incoordinado que se vuelve coordinado hacia los diez meses utilizando el brazo y la pierna contralateral.

A los niños que todavía no tienen adquirida esta habilidad se les coloca en posición decúbi-

to prono, situando objetos atractivos a cierta distancia para motivarles a ir hacia ellos; si únicamente repta, se le coloca en posición de gateo permitiendo que en un principio se apoye en los antebrazos para dejar después que se apoye en las manos. Al comienzo también se le puede ayudar sosteniéndole en esta posición con nuestras manos y eliminando poco a poco esta ayuda.

Para su reeducación, en un principio se trabaja dentro de la percepción global del cuerpo, como una posición intermedia. Se trata de que vaya experimentando las distintas formas: gatear, cuadropedia mirando a la superficie o de espaldas a ella. Cuando se trabaja como objetivo de coordinación dinámica general se va pidiendo una mayor precisión y eficacia.

Marcha

Su patrón motor se caracteriza por una acción alternativa y progresiva de las piernas en contacto continuo con la superficie de apoyo (Berruezo, 2002), que va a ir acompañado de rotación de la pelvis y torácica y balanceo de los brazos (con movimiento del hombro y del codo).

Hacia los once meses el niño es capaz de andar de lado agarrándose a los objetos, y será a los doce meses cuando aparezca la marcha. Es una marcha rudimentaria en la que no intervienen los brazos. A los tres años la marcha adquiere un cierto automatismo con una longitud y altura de paso relativamente uniformes incluyendo el balanceo de brazos, y a los cuatro años es más armoniosa y semejante a la del adulto, con un ritmo y balanceo iguales.

A los niños que todavía no tienen adquirida esta habilidad a partir de los diez meses se les facilita algún tipo de mobiliario u objetos que puedan utilizar como agarre para ponerse

de pie y adoptar la posición de bipedestación. Se les puede coger de las manos y mantenerlos de pie.

Para su reeducación, en un principio se deja que experimenten distintos tipos de marcha, trabajándose al mismo tiempo que la posición de pie y la elaboración de la percepción global del cuerpo. Poco a poco se irá insistiendo en el movimiento de los brazos, la verticalidad del tronco, la noción de paso regular, etc.

Carrera

Es una ampliación natural de la habilidad básica de andar; el factor que la distingue es que hay una fase en la que el cuerpo se lanza al espacio sin apoyarse en ninguna de las dos piernas (Berruezo, 2002).

Entre los dieciocho y los veinticuatro meses el niño empieza a correr: la carrera aparece de forma accidental en los primeros ensayos de la marcha. Entre los dos y los tres años el niño ya corre rápido. Con el incremento de la fuerza, va logrando una mejor proyección del cuerpo en el espacio, y con el perfeccionamiento del equilibrio va adquiriendo más coordinación, lo que hace que hacia los cinco años se parezca bastante a la carrera del adulto. A partir de ahí irá mejorando la velocidad con dos momentos privilegiados de acrecentamiento: hacia los ocho años, debido al desarrollo del sistema nervioso y la mejora de la coordinación, y hacia los doce-quince años, debido al aumento de la fuerza (Ruiz, 1987).

Para su reeducación, en un principio se deja que corran libremente, experimentando sus posibilidades al mismo tiempo que se trabaja la posición de pie y la percepción global del cuerpo. Poco a poco se insiste en los aspectos que ya se han abordado al trabajar la marcha, además de la elevación de las rodillas y la longitud de la zancada.

Salto

Es la habilidad motriz en la que el cuerpo se suspende en el aire debido al impulso de una o ambas piernas y cae sobre uno o los dos pies (Berruezo, 2002).

Entre los dieciocho y los veinticuatro meses el niño empieza a saltar. A los tres años el 42 por 100 de los niños muestran habilidades de salto, llegando este porcentaje al 72 por 100 a la edad de cuatro años.

El salto es una habilidad compleja que requiere el logro de una buena capacidad de coordinación dinámica general. Aprender a saltar requiere capacidad de afrontar la altura, con la percepción de profundidad y vértigo asociados, manejo del centro de gravedad y del equilibrio, seguida de separación progresivamente más activa y equilibrada del sustento (Herrán, 2007).

Se realizan actividades de salto en el suelo (en el sitio, siguiendo una línea, lateralmente, hacia atrás, con los pies juntos, etc.) para pasar después a saltos en profundidad con superficies más elevadas.

2.3. Equilibrio

Coste (1979) afirma que el equilibrio es un estado particular por el que un sujeto puede, a la vez, mantener una actividad o un gesto, quedar inmóvil o lanzar su cuerpo en el espacio utilizando la gravedad o, por el contrario, resistiéndola. El equilibrio se basa en la propiocepción, la función vestibular y la visión, siendo el cerebelo el principal coordinador de esta información. Además, el equilibrio está íntimamente ligado al control postural, y va a ser la base de toda la coordinación dinámica; si el equilibrio es defectuoso, además de ocuparse de coordinar los movimientos, el cuerpo tiene que gastar energía en una lucha constante con-

tra el desequilibrio y la caída (Berruezo, 2000b). La tabla 4.5 recoge los principales hitos en el desarrollo del control postural y la coordinación dinámica general.

Hacia el primer año el niño es capaz de mantenerse de pie, hacia los dos años aumenta progresivamente la posibilidad de mantenerse brevemente sobre un apoyo y a los tres años puede permanecer sobre un pie entre tres y cuatro segundos y marchar sobre una línea recta marcada en el suelo. Hacia los cinco años el equilibrio estático y el dinámico alcanzan una gran madurez, pero no será hasta los siete años cuando se complete la maduración completa del sistema del equilibrio que permitirá andar en línea recta con los ojos cerrados.

Equilibrio dinámico espontáneo

El equilibrio dinámico espontáneo se trabaja junto con las actividades de coordinación dinámica general, fundamentalmente con la marcha, la carrera y el salto, a través de la modificación de los apoyos en el suelo (andar de puntillas, con los talones, etc.), desplazamientos con paros y realización de las actividades con los ojos cerrados.

Equilibrio en el suelo

Entre los cinco y siete años el equilibrio estático alcanza su madurez. A partir de estas edades se van realizando actividades en las que la persona va probando a mantener su equilibrio, primero apoyada y después sin apoyo, adoptando distintas posturas, modificando la postura general del cuerpo, en cuclillas y a la pata coja.

Equilibrio elevado

Se realizan las actividades de marcha, carrera, salto y equilibrio sobre superficies más elevadas, como los bancos suecos o los módulos de gomaespuma.

TABLA 4.5
Desarrollo del control postural, equilibrio y coordinación dinámica general

Primer trimestre	Hipertonía en los miembros Hipotonía en cabeza y tronco Gira la cabeza de un lado a otro
Segundo trimestre	Control de la cabeza Se mantiene sentado con la ayuda de otro Se apoya en los antebrazos
Tercer trimestre	Se sienta con ayuda Se apoya sobre las manos y los muslos Gira de decúbito supino a decúbito prono Gira de decúbito prono a decúbito supino
Cuarto trimestre	Se pone de pie Gatea Anda de lado agarrándose a los objetos
Un año	Empieza a andar Empieza a correr Empieza a saltar
Dos-tres años	La marcha va adquiriendo cierto automatismo Corre rápido Se mantiene brevemente sobre un pie Anda sobre una línea recta marcada en el suelo
Cuatro años	Marcha armoniosa La mayor parte de los niños muestra habilidades de salto
Cinco años	Carrera semejante a la del adulto
	Maduración del equilibrio estático y dinámico
Siete años	Anda en línea recta con los ojos cerrados

2.4. Coordinación visomotriz

La coordinación visomotriz es la ejecución de movimientos ajustados por el control de la visión. Fundamentalmente se concreta la coordinación visomotriz en la relación que se esta-

blece entre la vista y la acción de las manos por ello habitualmente se habla de coordinación óculo-manual.

La prensión inicialmente refleja (*grasping*) se extingue paulatinamente para dar paso a la prensión por contacto a los dos o tres meses.

Al tercer mes se establece la fijación ocular y se adquiere la coordinación mano-boca (se lleva la mano a la boca) y la coordinación mano-mano en la línea media (se toca las manos, muestra interés por ellas). Sobre los cuatro meses y medio aparece la prensión voluntaria y la coordinación ojo-mano-boca (cuando ve un objeto, se lo lleva a la boca). A los seis meses ya domina la prensión voluntaria global, a los nueve comienza la pinza superior utilizando las yemas de los dedos índice y pulgar y a los doce se produce el aflojamiento voluntario, es decir, se efectúa la apertura manual voluntaria, como dar un objeto al pedirlo. Entre los dos y los tres años hay una mejor rotación de la muñeca y el antebrazo que le permite ponerse él los zapatos, comer solo o abrir y cerrar puertas.

Las actividades básicas de coordinación óculo-manual son lanzar y recibir. La capacidad para lanzar se desarrolla en los niños antes que la de recibir. El lanzamiento aparece por primera vez en la conducta de desprenderse del objeto de forma burda que ocurre hacia los seis meses desde la posición sedente. En los primeros dos años lanzan simplemente con la extensión de los brazos, sin que intervenga el tronco y apenas los pies. En una segunda fase, a los tres años y medio, rotan el tronco y amplían el movimiento del brazo. Hacia los cinco o seis años hay dos tipos de lanzamiento: homolateral (adelanta la pierna del mismo lado que el brazo que lanza) y, posteriormente, contralateral (pierna y brazo encontrados). Hacia los seis años y medio el lanzamiento se considera maduro y en él se produce una amplia participación corporal (Ruiz, 1987). Las primeras tentativas de recepción pueden observarse en los niños pequeños que intentan interceptar una pelota que rueda por el suelo. En niños menores de tres años lo habitual es la colocación de los brazos rígidos con las manos extendidas en

forma de receptáculo en donde el adulto deposita el balón. Hacia los cuatro años las manos comienzan a abrirse y poco a poco los brazos se van flexibilizando y localizando junto al cuerpo. Más del 50 por 100 de los niños de cinco años son capaces de recibir una pelota al vuelo (Cratty, 1982). Es más fácil recibir balones grandes que pequeños, puesto que estos últimos necesitan ajustes perceptivo-motrices más finos. Otro dato que acrecienta la dificultad es la velocidad del móvil.

Otra conducta visomotriz en la que no interviene la mano es el pateo del balón. Si a las anteriores conductas se las denominaba óculo-manuales, ésta se llama óculo-pedal, puesto que es la vista la que coordina los movimientos de la pierna y el pie para que el balón sea golpeado (chutado).

En la reeducación de la coordinación visomotriz se utilizan ejercicios en los que el cuerpo tiene que adaptarse al movimiento del objeto procurando un dominio de ambos, la adaptación del movimiento y del espacio, una coordinación de movimientos con los objetos y la precisión necesaria para poder dirigir el objeto hacia un punto determinado (Ardanaz, 2009).

Entre los dieciséis y los veinticuatro meses se estimulan actividades de construcción, encajes, materiales para enroscar, atornillar, etc., y se inician las actividades de garabateo con distintos materiales. Entre los veinticuatro y los treinta y seis meses se continúa con las actividades de encajes, enrosques, ensartes y construcciones; se introducen actividades de rasgado de papel y lanzamientos de pelota a corta distancia con las dos manos. Asimismo realizan actividades de garabateo sobre superficies de papel grande con ceras blandas y se rellenan con pintura de dedos espacios delimitados sobre el papel (García Núñez, 1993; Herrero, 2000).

Para la reeducación de la recepción y lanzamiento de pelotas y balones, Picq y Vayer (1977)

TABLA 4.6
Desarrollo de la coordinación óculo-manual, óculo-pedal y lateralidad

Primer trimestre	Reflejo de prensión
Segundo trimestre	Coordinación mano-boca Coordinación mano-mano Prensión voluntaria Coordinación ojo-mano-boca
Tercer trimestre	Dominio de prensión voluntaria global Coordinación mano-pie-boca Prevalencia manual
Cuarto trimestre	Pinza superior
Un año	Aflojamiento voluntario Puede lanzar objetos
Dos-tres años	Experimenta con ambas manos Mejor rotación muñeca y antebrazo Capacidad de lanzar objetos Recepción con brazos rígidos y manos extendidas Chuta el balón
Cuatro años	Flexibilidad de los brazos en la recepción
Cinco-seis años	Lanzamiento homolateral y contralateral Recepción de una pelota al vuelo Afirmación de la lateralidad

proponen una progresión en la que concurren tres tipos de elementos simultáneamente:

- Tipo de material: con una doble progresión que va de las pelotas o balones grandes a los pequeños, y de los ligeros a los pesados.
- Trayectoria: rebotando, en curva y directa.
- Distancia: de cerca a lejos.

Se realizan actividades de recepción, lanzamiento y coordinación de ambos. En las acti-

vidades de recepción se comienza siguiendo con la mirada los desplazamientos del balón, aprendiendo a recibirlo colocando las manos y los brazos, disminuyendo el tiempo de reacción, recibéndolo en equilibrio sobre una superficie elevada y utilizando pelotas pequeñas. Las actividades de lanzamiento se inician con unos primeros ejercicios haciendo rodar balones por el suelo, para pasar después a lanzamientos con las dos manos con una sola mano y lanzamientos de precisión (primero con las dos manos y después con una). En las activida-

des de coordinación de recepción y lanzamiento se comienza con ejercicios por parejas (pasando de balones ligeros a pesados, cambiando la trayectoria del lanzamiento, la distancia, las manos con que se recibe, el tamaño de la pelota, etc.), realizándolos contra la pared, en el aire y en desplazamiento.

2.5. Lateralidad

Es la tendencia natural a utilizar un lado del cuerpo (o una parte de este lado: ojo, mano, pie) con preferencia sobre el otro en todas las tareas que requieren una acción unilateralizada (Defontaine, 1982). La lateralidad está, en una parte, genéticamente determinada y, en otra, se trata de una dominancia adquirida.

Hacia los cuatro meses puede apreciarse ya una cierta predominancia en el uso de las manos. A los siete meses una mano resulta normalmente más hábil que la otra, de manera que se observa una tendencia a utilizarla preferentemente en aquellas tareas que requieren una acción unilateralizada. La tendencia a utilizar la mano derecha se vuelve estable en torno al año, pero la tendencia a usar la izquierda es menos estable, aumentando el número de diestros con la edad. En torno a los dos años el niño tiende a experimentar con ambas manos, y entre los dos y los cinco años va utilizando las dos partes de su cuerpo de forma más diferenciada. De los cinco a los siete se produce la afirmación definitiva de la lateralidad con la adquisición y dominio de las nociones de derecha e izquierda. De los siete a los doce se produce una independencia de la derecha respecto de la izquierda. En este proceso evolutivo es frecuente la aparición de períodos de inestabilidad en la dominancia, sobre todo entre los dos y tres años y entre los seis y ocho.

Los problemas psicomotores se deben a lateralidades de fórmula heterogénea (lateralidad cruzada y lateralidad mal definida), porque no hay referencias en relación con un costado dominante.

Una persona tiene una lateralidad cruzada cuando, en aquellas tareas que requieren una acción unilateralizada, utiliza un elemento del lado derecho y otro del lado izquierdo, y siempre lo hace así. Por ejemplo, siempre utiliza la mano derecha (para escribir, para comer, para recortar, etc.) y siempre usa el pie izquierdo (para chutar el balón, para saltar a la pata coja, etc.).

Una persona tiene una lateralidad mal definida cuando hay una falta de dominancia lateral, cuando hay una alternancia en la actividad de los segmentos corporales. La lateralidad puede estar mal definida en todos o en algunos de los elementos; por ejemplo: en la mano (escribe con la derecha, come con la izquierda, etc.), en el ojo (mira por el telescopio con el ojo derecho, mira por un agujero hecho en un papel por el ojo izquierdo) y/o en el pie (chuta con el pie izquierdo, salta a la pata coja con el pie derecho).

En la recuperación hay que tener en cuenta la edad ya que la aplicación de un tratamiento a un niño de más de ocho o nueve años puede causar más perjuicio que beneficio debido a que suele tener integrados ya una serie de aprendizajes escolares y cotidianos que son difíciles de extinguir. En general, la edad óptima para comenzar la reeducación son los seis o siete años, cuando el niño ya tiene afirmada la lateralidad de un hemisoma y adquiridas las nociones de derecha e izquierda sobre su cuerpo. La reeducación va a consistir fundamentalmente en enriquecer el ambiente del niño, de tal manera que se le ofrezca la oportunidad de poder manipular objetos y realizar distintas actividades utilizando su cuerpo sin obligarle a usar un lado determinado y siguiendo las indi-

caciones y la información extraídas del diagnóstico previo.

2.6. Disociación de movimientos

Es una actividad voluntaria del individuo cuyo objetivo es el movimiento de grupos musculares independientemente unos de otros, realizando simultáneamente movimientos que no tienen el mismo objetivo dentro de una conducta (Coste, 1979).

A partir de los seis años, una vez que se inicia la coordinación segmentaria, se comienza el trabajo sobre la disociación de movimientos, añadiendo de forma progresiva y acumulativa los distintos elementos que se exponen a continuación.

Coordinación de miembros superiores

Se realizan actividades que impliquen, en primer lugar, movimientos continuos de los brazos (balanceos y rotaciones), para pasar después a movimientos fraccionados (series de movimientos de los brazos descompuestas en tiempos).

Coordinación de miembros superiores e inferiores

Las actividades de coordinación dinámica de miembros superiores se unen a una marcha que, en principio, sigue el mismo ritmo que el movimiento de los brazos y después se puede ir modificando.

Coordinación dinámica y postural

Consiste en movimientos de los miembros superiores combinados con variaciones de posición de los miembros inferiores (por ejemplo, traslados laterales de una pierna sobre otra).

Movilización de otros segmentos y del conjunto del cuerpo

A las actividades anteriores se les suma la movilización de otros segmentos del cuerpo (cabeza y tronco).

3. ÁREA COGNITIVA

Piaget intentó describir y comprender el funcionamiento cognitivo del niño y sus etapas de desarrollo, distinguiendo cuatro etapas o períodos:

- Período sensoriomotor (desde el nacimiento hasta los dos años), que está caracterizado por el gran desarrollo mental y la conquista del mundo que rodea al niño a través de las percepciones y de los movimientos.
- Período preoperatorio (de los dos a los seis o siete años), caracterizado por la aparición de la función simbólica y la interiorización de los esquemas de acción en representaciones.
- Período de las operaciones concretas (de los siete u ocho años a los doce), en el que el niño se va descentrando y va construyendo un universo objetivo.
- Período de la inteligencia formal (de los doce a los dieciséis años), en el que el niño se libera del pensamiento concreto para pasar al razonamiento abstracto sin necesidad de apoyarse en las manipulaciones.

3.1. Percepción del cuerpo

Es la imagen mental que tenemos de nuestro cuerpo, primero estática y después en movimien-

to, con sus segmentos, sus límites y su relación con el espacio y los objetos (Le Boulch, 1983).

Desde los ocho o nueve meses los bebés empiezan a mostrar signos de autorreconocimiento cuando ven su imagen reflejada en un espejo. En algún momento entre los dieciocho y los veinticuatro meses son capaces de resolver con éxito la «prueba de la mancha»: si se les hace una mancha de carmín rojo en la frente y se los coloca frente a un espejo, se llevan la mano a la frente tocándose la mancha. Además son capaces de reconocerse en fotografías y aparecen pronombres personales en los que se refieren a sí mismos (Palacios, 1999).

Ajuriaguerra (1979) y Le Boulch (1992) proponen tres etapas en la elaboración del esquema corporal:

- *Etapas del cuerpo vivido.* Hasta los tres años hay una percepción y comportamiento global. Se fundamenta en una noción sensoriomotora del cuerpo, que actúa en un espacio práctico en el que se desenvuelve gracias a la organización progresiva de la acción del niño sobre el mundo exterior.
- *Etapas de discriminación perceptiva.* De los cuatro a los siete años hay un desarrollo progresivo de la orientación, y al final de este período el niño es capaz de dirigir su atención sobre la totalidad de su cuerpo y sobre cada uno de los segmentos corporales. Se fundamenta en una noción preoperatoria del cuerpo, condicionada a la percepción, que se encuadra en el espacio centrado aún sobre el cuerpo.
- *Etapas del cuerpo representado.* De los siete a los once años. Se fundamenta en una noción operatoria del cuerpo, que se encuadra bien en el espacio objetivo representado, bien en el espacio euclidiano.

El niño que en un principio no distingue su cuerpo del mundo exterior tiene que ir superando estas etapas hasta alcanzar una representación de éste, proceso que se completa definitivamente a los once o doce años (Berruero, 2000b).

Percepción global del cuerpo

Hasta los dos años no se completa la noción del todo corporal, pero todavía no hay un reconocimiento de la relación de las distintas partes del cuerpo (Quirós, 2001). La percepción global del cuerpo constituye una fase fundamental, muchas veces desatendida por los educadores por referirse a actividades que se consideran muy sencillas. Sin embargo, cuanto más desorganizado esté el esquema corporal, más importante va a ser este período, ya que es la base sobre la que va a descansar el resto de la reeducación, permitiendo que la persona empiece a experimentar y a disfrutar del movimiento. Se realizan actividades en las que se trabajan de forma simultánea las distintas posiciones corporales (de pie, sentado, tumbado, de rodillas, etc.) y distintos desplazamientos (andar, correr, reptar, voltearse, gatear, etc.), insistiendo en la movilización del cuerpo en su conjunto, y no en la precisión a la hora de realizar los movimientos.

Conocimiento de las distintas partes del cuerpo

Hasta los tres años irá descubriendo su cuerpo y sus distintas partes hasta llegar a una unidad dinámica y armónica. Conseguirá un conocimiento de sí mismo básico y suficiente como para poder nombrar partes de su cuerpo sobre sí y sobre otros, podrá realizar algunas actividades de imitación motora a partir de modelos y continuará investigando para con-

quistar patrones posturales más complejos (Quirós, 2001).

Toma de conciencia del espacio gestual

Poco a poco ira orientando su cuerpo basándose en tres ejes imaginarios que delimitan el arriba-debajo de su cuerpo, el delante-detrás y el lado derecho-izquierdo (Sugrañes y Ángel, 2007). A partir de posiciones globales ya conocidas, aprende a diferenciar algunas posturas y movimientos de sus miembros. Se realizan actividades que permiten que vaya conociendo las distintas partes del cuerpo y la toma de conciencia del espacio gestual (por ejemplo, situar los brazos en distintas posiciones con respecto al espacio, poner las manos en diferentes partes del cuerpo, etc.). Es conveniente dedicar algunos momentos en la sesión, normalmente a su inicio o a su término, a dirigir la atención sobre la localización y el nombre de las diferentes partes del cuerpo.

Poco a poco se irá haciendo un trabajo de interiorización en el que se tendrá en cuenta la organización del cuerpo a partir de unos elementos dados (rompecabezas, muñecos desmontables, etc.), considerando el factor espacio en general (delante-detrás, arriba-abajo y lados) y la lateralidad (derecha-izquierda) y la representación o plasmación simbólica a nivel gráfico o de modelado (Sugrañes y Ángel, 2007).

3.2. El espacio y los objetos

Utilización y exploración del espacio

El niño desarrolla su acción en un espacio que inicialmente se encuentra desorganizado; mediante el movimiento y la actuación, va formando su propio espacio organizándolo según

va ocupando lugares que referencia y orienta respecto a los objetos (Berruezo, 2000b).

Los objetivos de la intervención, en cuanto a la utilización y exploración del espacio, van dirigidos a:

- La utilización y exploración de todo el espacio de la sala.
- El respeto del espacio de los demás.
- La diferenciación de distintos espacios, situándose en aquel que sea adecuado a la actividad que realiza.
- La utilización de distintas alturas.

Utilización y exploración de los objetos

El recién nacido es capaz de explorar visualmente las zonas de contraste, lo que le facilita diferenciar objetos que sigue visualmente. Entre los cuatro y los ocho meses, unidas a la coordinación entre prensión y visión, aparecen las reacciones circulares secundarias, que están ligadas a la capacidad de intencionalidad del niño, pues éste descubre que mediante su actividad puede producir efectos en el mundo y trata de reproducirlos. Además, si está jugando con un juguete y se tapa parcialmente, reconoce el objeto completo a partir de la parte visible y lo busca. Entre los ocho y los doce meses comienza la búsqueda del objeto desaparecido, lo que implica que el niño es capaz de otorgar a las cosas un principio de consistencia independiente del yo; esto significa la constitución de un espacio objetivo. Entre los doce y los dieciocho meses aparecen las reacciones circulares terciarias, el descubrimiento de nuevos medios por experimentación activa. Por ejemplo, el niño que deja caer un objeto al suelo no sólo se limita a hacerlo, sino que prueba desde distintas posturas para ver cuáles son las modificaciones que se producen en el resultado. Con la aparición de la función simbólica hacia los dos años va a ser posible el juego simbólico.

En la utilización de objetos se procura que los use todos y que lo haga de una forma adecuada, explorando todas sus posibilidades, realizando distintos tipos de juego y dándoles distintos significados. Así se trabaja:

- La utilización adecuada de los objetos.
- La exploración de los objetos.
- El desarrollo del juego sensoriomotor con los objetos.
- El desarrollo del juego simbólico con los objetos.
- La utilización del mismo objeto dándole distintos significados.
- El conocimiento de las distintas cualidades y propiedades de los objetos: color, tamaño, forma.

Nociones espaciales

Debemos fundamentalmente a Piaget (1975) el estudio de la evolución del espacio en el niño. En los primeros meses de vida se reduce al campo visual y al de las posibilidades motrices. La consecución de la marcha supone un gran avance en la adquisición del espacio,

puesto que va a permitir la orientación del cuerpo en él. El período sensoriomotriz es un espacio de acción que Piaget denomina «espacio topológico», con predominio de las formas y las dimensiones. En el período preoperacional el niño accede al espacio euclidiano, en el que predominan las nociones de orientación, situación, tamaño y dirección. Durante este período se desarrolla en el niño la lateralidad, y el conocimiento del lado derecho e izquierdo en su propio cuerpo le permite orientar éste en el espacio ambiente. Por medio de él, tiende a orientar los objetos y a las demás personas con respecto a su propio cuerpo, pero fracasa en su intento de proyectar la derecha e izquierda en una persona situada frente a él. Las referencias en su orientación espacial son las de su propio cuerpo. Finalmente, en el período de las operaciones concretas, la descentración del pensamiento hace que capte que los objetos están situados según unas relaciones objetivas, de manera que a los ocho años es capaz de distinguir la derecha y la izquierda en una persona que está situada frente a él, y entre los diez y doce años puede distinguir la derecha y la izquierda con respecto a los objetos, alcanzando

TABLA 4.7
Desarrollo de las nociones espaciales

Dieciocho meses-dos años	Relaciones cualitativas simples o topológicas (separación, contorno y continuidad)
Tres-cinco años	Primeras relaciones espaciales respecto al propio cuerpo
Seis-siete años	Reconocimiento de la derecha y la izquierda respecto al propio cuerpo Orientación espacial
Ocho años	Identifica la derecha y la izquierda en una persona situada frente a él
Diez-doce años	Posición relativa de tres objetos

de este modo el espacio racional como un esquema general del pensamiento, como algo que supera la percepción y ocupa su lugar en el plano de la representación.

En referencia a la *orientación espacial*, se trabaja:

- a) La orientación en el espacio inmediato: se realizan actividades para adquirir y/o reforzar en primer lugar las nociones de delante-detrás, arriba-abajo y derecha-izquierda para pasar después a combinarlas dando lugar a las direcciones oblicuas en el plano horizontal (delante a la derecha, delante a la izquierda, atrás a la derecha, atrás a la izquierda) y vertical (arriba a la derecha, arriba a la izquierda, atrás a la derecha, atrás a la izquierda).
- b) Los trayectos complejos: se disponen en la sala varios objetos de colores variados que tienen que recorrer siguiendo un trayecto determinado.

En referencia a la *transposición de las nociones espaciales sobre otro*, se trata de que sea capaz de:

- a) Conservar sus propias referencias sin dejarse influir: se realizan las actividades de orientación en el espacio inmediato con los participantes situados en direcciones perpendiculares u opuestas.
- b) Interpretar los gestos y desplazamientos del otro: en primer lugar, se llevan a cabo actividades en las que tengan que imitar la posición o desplazamiento de otro que está situado frente a él; después se realizan actividades en las que tenga que dar instrucciones verbales a otro para que adopte la posición de alguien situado frente a él.

- c) Guiar los desplazamientos del otro: se retoman las actividades de trayectos complejos, pero en esta ocasión tiene que guiar mediante instrucciones verbales a un compañero que tiene los ojos cerrados.

3.3. El tiempo

La permanencia y la distribución del tiempo

Se trata de que sea capaz de organizar su actividad en función del tiempo de que dispone. Así, durante la sesión de psicomotricidad se trata de que:

- Adquiera la capacidad de espera, que sea capaz de esperar sentado a que comience el tiempo de juego.
- Distribuya el tiempo de forma adecuada.
- Termine las actividades que comienza.

Nociones temporales

Las dificultades en relación con el tiempo vienen determinadas por el hecho de que no puede ser percibido directamente como tal. Para construir la noción de tiempo el niño se apoyará en su actividad corporal, y especialmente en las nociones espaciales.

Además, hay que tener en cuenta que, desde el punto de vista matemático, el tiempo no puede transcurrir a una mayor o menor velocidad, pero en la vida cotidiana la percepción del tiempo es muchas veces relativa. Así, se pueden distinguir dos clases de tiempo: un tiempo objetivo, que sería el tiempo matemático, y un tiempo subjetivo, que es el creado por nuestras propias impresiones. El esquema temporal es la coordinación del tiempo psíquico del sujeto y de los otros; a través de la evolución el niño sabe que los acontecimientos se desarrollan en

un tiempo objetivo, rígido y homogéneo que marca la relación con los otros y con las situaciones (Tasset, 1980).

Durante el período preoperatorio comprende las nociones de sucesión y ordenación, pero la sucesión temporal se confunde con el recorrido espacial, y las duraciones, con las distancias de los desplazamientos. En la segunda parte de este período (entre los cinco y los seis o siete años) el orden temporal empieza a dissociarse del espacial, conoce el concepto de hora, comprende el ayer y el mañana y maneja bien las palabras sobre el tiempo. En el período de las operaciones concretas (siete u ocho años a los doce) se logra el tiempo racional como esquema general de pensamiento caracterizado por: homogeneidad, continuidad y uniformidad.

Picq y Vayer (1977) y Vayer (1985) distinguen tres etapas sucesivas en la organización progresiva de las relaciones en el tiempo:

1. *Nociones temporales básicas*: como las de velocidad, duración, continuidad e irreversibilidad. Las nociones de velocidad y duración se trabajan en combinación con las actividades de coordinación dinámica general. Las nociones de continuidad e irreversibilidad se trabajan en combinación con las actividades de conducta respiratoria.
2. *Toma de conciencia de las relaciones en el tiempo*, con distintas fases:
 - a) Toma de conciencia de la simultaneidad y sucesión mediante actividades cuyos participantes, situados en filas o en columnas, las ejecutan todos a la vez o uno detrás de otro.
 - b) Toma conciencia de los distintos momentos del tiempo, primero del

presente, del instante, con actividades en las que tiene que señalar el momento justo en que pasa algo determinado, para pasar más tarde a trabajar los conceptos de antes y después.

- c) Toma de conciencia de la sucesión con actividades adecuadas; por ejemplo, el psicomotricista dispone una serie simple de cubos grandes y pequeños y el niño tiene que dar una palmada (fuerte o débil) ante cada cubo. Después se pasará a actividades de dictado, en las que tiene que escuchar la sucesión de palmadas dadas por el psicomotricista y traducirlas mediante cubos.
3. *Coordinación de los diversos elementos*: el nivel simbólico se alcanza con la desvinculación del espacio, aplicación a los aprendizajes, asociación a la coordinación. También se aborda en distintas etapas:
 - a) Conciencia de la sucesión regular: en primer lugar, actividades en las que tiene que percibir una cadencia regular marcada por un metrónomo o instrumento musical y seguir el ritmo incluso cuando éste para. En segundo lugar, actividades en las que tiene que acentuar de forma regular una cadencia; por ejemplo, se marca una cadencia con un metrónomo o instrumento musical y tiene que dar una palmada, golpe con el pie, salto, etc., en un determinado tiempo, por ejemplo, al cuarto tiempo. Se puede ir variando la cadencia y el tiempo en que se marca.

- b) Percepción de estructuras temporales: se asocian las estructuras espaciales a las temporales a través de actividades que impliquen lectura o dictado. En las actividades de lectura el psicomotricista u otro compañero dispone cubos en agrupaciones sucesivas y la persona tiene que dar una palmada por cada cubo marcando un tiempo de pausa entre cada agrupación. En las actividades de dictado la persona traduce con cubos las estructuras batidas por el psicomotricista u otro compañero. Se comienza con estructuras simples (dos agrupaciones separadas por un intervalo) para pasar a estructuras complejas (tres agrupaciones separadas por dos intervalos). Se pueden disponer cubos en la sala de psicomotricidad o dibujarlos en la pizarra o en el papel, y se pueden ir modificando también los símbolos que se utilizan al transcribir. Las palmadas se pueden sustituir por golpes con los pies o ejercicios de coordinación.

3.4. La capacidad de representación

La capacidad de representación consiste en la posibilidad de utilizar significantes para referirse a significados. La utilización de significantes abre inmensas posibilidades al pensamiento y a la capacidad de actuar sobre la realidad. Hacia los dieciocho meses se empieza a desarrollar la capacidad de utilización de significantes diferenciados de los significados. Van apareciendo distintas manifestaciones que testimonian la aparición de esta nueva capacidad, como la imitación diferida, el juego sim-

bólico, las imágenes mentales, el dibujo o el lenguaje.

Se trata de que se vayan desarrollando y utilizando distintas formas de representación que sean adecuadas a su edad.

4. ÁREA SOCIOAFECTIVA

Esta área ha sido frecuentemente desatendida desde la corriente tradicional; sin embargo, los vínculos afectivos van a tener una gran importancia en el desarrollo infantil, y por ello no debe olvidarse dentro de cualquier programa de intervención educativo, reeducativo o terapéutico.

4.1. Relación de apego y seguridad

La relación de apego es la primera relación que el niño establece que le asegura su supervivencia y entrada en el mundo social. Desde el inicio de la vida el hombre necesita a otros adultos; desde la indefensión en la que nace va construyendo de forma paulatina una autonomía relativa en la medida en que va madurando su sistema nervioso y sus contactos con el medio le van permitiendo el dominio de su propio cuerpo y de su espacio circundante. A medida que aumenta la capacidad perceptual del niño, éste va dirigiendo la conducta de apego hacia aquellas personas con las que tiene una mayor interacción o que dan una respuesta específica adecuada a sus necesidades.

La madre inicia esta relación incluso antes del nacimiento, y distintos factores van a condicionarla, como el deseo o no de tener el niño, sus expectativas, temores o la historia personal, familiar y social que rodea al embarazo. Una vez que el niño nace, la manera de sostenerlo y

de manipularlo es captada a través de receptores cutáneos y propioceptivos, provocando en el niño sentimientos de seguridad y confianza. En la formación del apego van a tener un papel primordial el tacto y el contacto suave, el movimiento rítmico del cuerpo, la mirada, la sonrisa y la voz.

Hay que tener en cuenta que el recién nacido se enfrenta a un mundo de estímulos múltiples y fluctuantes que, desde el punto de vista neurofisiológico, le producen una activación global, incrementándose el tono muscular y el interés pero también la ansiedad y el temor a lo desconocido. La presencia de esa figura de apego le va a tranquilizar, permitiendo que pueda explorar el medio (Chokler, 1988).

Las conductas de apego persisten durante toda la vida, pero va cambiando la forma en que se manifiesta. Hasta el tercer mes hay una preferencia por la interacción con los miembros de la propia especie sin llegar a establecer diferencias, pero a partir de entonces va a haber una interacción privilegiada con las figuras de apego. Esto es así porque entre las doce y las veinte semanas adquieren la capacidad para diferenciar a las figuras de apego y a los desconocidos de acuerdo con informaciones perceptivas. A partir del octavo mes, y hasta los diez u once meses, sigue prefiriendo estar con las figuras de apego y además empieza a rechazar a los desconocidos, es cuando aparece el miedo a los desconocidos: y la angustia de separación de la madre. El niño manifiesta su rechazo al desconocido sin haber tenido experiencias negativas previas a su presencia. A pesar de que este miedo suele observarse en todos los niños, hay variables situacionales que incrementan la probabilidad de que aparezca, como el hecho de que el desconocido surja de forma inesperada, que busque enseguida un contacto físico con él o que no responda a sus expectativas. A

partir del primer año el niño va a ir conquistando un cierto grado de independencia que va a facilitarse con la adquisición de la marcha. Poco a poco irán surgiendo otros factores que influirán en la conducta de apego, como el nacimiento de otro hermano, el trabajo de la madre, la asistencia a una escuela infantil y el paso de una mayor permisividad a una mayor presión normativa. En la vida adulta persisten los vínculos afectivos con las figuras de apego de la infancia, pero además se añaden nuevos vínculos (amigos y pareja). La relación de apego seguirá teniendo la misma función, que es proporcionar protección y seguridad en situaciones de estrés, pero se irán produciendo cambios, como el aumento de la tolerancia a separaciones breves, el control de sentimientos de aflicción por pérdida o separación, manifestaciones de aflicción cada vez más interiorizadas y manifestaciones más variables en función de la estructura familiar, la cultura o el ambiente.

Cuando se forma un vínculo de apego seguro, aumentan la exploración, la curiosidad, el juego y las relaciones con otros compañeros, y la persona es capaz de abrirse al mundo porque tiene más confianza en sí misma y en los otros. En cambio un apego inseguro hace que cualquier conducta ambivalente o poco clara por parte de personas con las que se encuentra vinculado afectivamente se interprete como un rechazo total y eso lleve a la desesperación o al rechazo. Este tipo de personas necesitan continuas muestras de afecto para sentirse seguras porque no tienen una idea interiorizada del otro como alguien permanentemente disponible, al que puede recurrir cuando se necesite.

El psicomotricista en la sesión va a representar la figura del adulto, el objetivo es establecer un buen vínculo de apego, así que se trata de que:

- Acepte al psicomotricista y busque su apoyo.
- Sea capaz de esperar.
- Sea capaz de compartirlo con el resto de sus compañeros.
- Desarrolle su propia autonomía e independencia.

4.2. La relación entre iguales

La relación con los adultos y la relación con los compañeros se desarrollan en estrecha interacción, cumplen funciones diferentes y ninguna de ellas puede sustituir totalmente a la otra (Díaz-Aguado, 1990). Con los adultos se produce el primer tipo de relación social como consecuencia del cual se adquiere la seguridad o inseguridad básica. Los compañeros comienzan a influir un poco después y estimulan la adquisición de la independencia y el desarrollo de habilidades sociales más sofisticadas (Díaz-Aguado, Segura y Royo, 1996).

Mueller y Silverman (1989) describen las etapas evolutivas en la interacción con los iguales en los dos primeros años de vida:

1. *Estadio I, ausencia de relaciones:* durante los cinco primeros meses los niños no se relacionan en absoluto con otros niños.
2. *Estadio II, atención visual conjunta y estimulación de respuestas simples:* entre los seis y los nueve meses aparecen los primeros indicios de comunicación entre iguales; mirar a otro niño es la primera forma de establecer un contacto con él y una condición necesaria para hacerlo. Las primeras acciones coordinadas consisten en que uno de ellos emite una conducta social al otro niño, que responde de forma positiva.

3. *Estadio III, compartir el espacio y compartir la actividad sobre los objetos:* entre los diez y los quince meses los contactos con los otros niños son más intencionados y se centran generalmente en torno a juguetes. Es el origen de las disputas por los objetos y el juego en paralelo, un tiempo dedicado a estar juntos en un espacio compartido y realizando una actividad parecida.
4. *Estadio IV, compartir el significado o tema:* entre los dieciocho meses y los tres años, a pesar de no dirigirse apenas comunicación, desarrollan la capacidad de compartir el significado que dan a los objetos en el juego paralelo, y su actividad se hace más parecida. Esto se refleja en las disputas por los objetos, la imitación motora y los intercambios de objetos.

La cantidad y calidad de la participación social mejoran a lo largo del desarrollo, surgiendo los juegos cooperativos y asociativos que implican al niño con sus iguales utilizando los intercambios verbales y de material, así como de reglas simples de convivencia (Triana, 2002). La amistad se desarrolla en el momento en que los niños comienzan a entender lo que significa cooperar y perseguir fines comunes (Younis, 1980), eligiendo como amigos a aquellos compañeros cuyas cualidades permiten la satisfacción mutua de sus necesidades interpersonales. Esta selección de compañeros se realiza ya en la etapa preescolar, pero el número e intensidad de las relaciones variarán con el tiempo, así como los principios básicos que rigen la elección de amigos. Bigelow (1977) encontró que las expectativas de amistad se desarrollan a lo largo de tres estadios:

- *Estadio de coste-recompensa:* en la etapa preescolar y al inicio de la etapa escolar

el niño analiza los beneficios que puede obtener de dicha relación frente al esfuerzo requerido, teniendo en cuenta intereses comunes, proximidad física e igualdad de expectativas.

- *Estadio normativo*: avanzada la etapa escolar, las expectativas de los niños se establecen de acuerdo con el hecho de compartir normas, valores, reglas, sanciones, etc.
- *Estadio empático*: en la adolescencia emerge un énfasis cada vez mayor hacia los atributos psicológicos de los amigos, tales como su personalidad, su lealtad, su entrega, etc.

Ausubel y Sullivan (1983) señalan diversos factores que pueden limitar las primeras relaciones de los niños con sus iguales, como son: la influencia preponderante de los adultos, la incompetencia motriz o el nivel de desarrollo verbal.

En la relación con los iguales, se trata de fomentar:

- El establecimiento de relaciones con sus compañeros desde su propio deseo: iniciar interacciones, mantenerlas y finalizarlas de forma adecuada.
- El respeto por los demás, la aceptación y apreciación de las diferencias individuales y grupales, valorando el derecho de todas las personas.
- La cooperación, como capacidad para aguardar turno y compartir en situaciones diádicas o de grupo.
- La búsqueda de ayuda en los iguales ante la necesidad de apoyo.
- La capacidad de iniciativa, de ofrecer propuestas.
- La aceptación de las propuestas de otros.
- La asertividad, como capacidad de oponerse y defender su propia opinión.

- La respuesta adecuada a las provocaciones o agresiones por parte de los demás.
- La negociación y resolución de los posibles conflictos que se puedan presentar en la convivencia del grupo, considerando la perspectiva de los demás.

4.3. El autoconcepto y la autoestima

Según González-Pienda, Núñez, González-Pumariega y García (1997), el autoconcepto es una de las variables más relevantes dentro del ámbito de la personalidad, desde una perspectiva tanto afectiva como motivacional. El autoconcepto, desde esta perspectiva, se entiende como la imagen que uno tiene de sí mismo y que se encuentra determinada por la acumulación integradora de la información tanto externa como interna. La autoimagen que cada uno construye se encuentra formada tanto por feedback respecto a uno mismo como individuo como por información derivada de los roles que desempeña en la interacción social. La autoestima está vinculada al autoconcepto ideal, no sólo respecto de lo que al individuo le gustaría ser (por tener un gran valor e importancia para él) sino también de lo que a los demás les gustaría que fuese (por el valor que tiene para aquéllos). Cuando existe una gran discrepancia entre la autoimagen percibida y la ideal, hay una alta probabilidad de que genere en el individuo tanta ansiedad que puede llevarle a crear un autoconcepto negativo (aun cuando la autoimagen inicial no fuese negativa) y a un estado depresivo. Este estado concreto puede verse agravado si el autoconcepto ideal del sujeto coincide con el de los otros significativos (es decir, el individuo desearía ser de un determinado modo porque, por ejemplo, sus padres o sus amigos así lo desean también). En el desarrollo del niño, los dos contextos que más influyen en

el autoconcepto de éste son el familiar y el escolar. La observación de la propia conducta suele ser la fuente de información más importante para la consolidación de un autoconcepto, pero hay que tener en cuenta el grado de dependencia de la persona respecto a su medio. Por último, también las sensaciones experimentadas por las experiencias vividas pueden influir considerablemente en el nivel del autoconcepto. El autoconcepto, por medio de los autoesquemas que lo constituyen, se encarga de integrar y organizar la experiencia del sujeto, regular sus estados afectivos y, sobre todo, actúa como motivador y guía de la conducta (Markus y Kitayama, 1991).

Según Mateos (2001), la conciencia de sí mismo y la propia valoración pasan por distintas etapas. Los niños dedican la primera etapa a reconocerse a sí mismos. Este reconocimiento, como algo distinto de las demás personas y las cosas que lo rodean, llega a su punto culminante cuando conocen su propia imagen corporal, fenómeno que se produce entre los dieciocho meses y los dos años. Durante este período los niños buscan la alabanza y la aprobación haciendo, sobre todo, aquello que más les gusta; la autoestima se manifiesta especialmente a través de sus comportamientos. Alrededor de los cinco años, este período da paso a otro en el que las experiencias sociales, que crecen rápidamente, favorecen el desarrollo de nuevas percepciones. Aumentan las posibilidades de describirse a sí mismos y se enriquecen los contenidos con los que se describen. Durante esta etapa, que transcurre hasta los doce años, aproximadamente, el comportamiento de los niños tiende a confirmar la imagen que los demás y ellos mismos tienen de sí mismos.

Durante la intervención psicomotriz se trata de que la persona vaya reconociendo sus propias capacidades y limitaciones, buscando que cada vez vaya siendo más independiente.

4.4. La expresión y el reconocimiento de emociones

De acuerdo con Delval (2004), en un bebé que todavía no puede hablar las emociones tienen una gran utilidad para establecer la comunicación con los demás, para informar a los otros de sus necesidades. Hasta hace poco se suponía que el recién nacido tenía una única expresión emocional, un estado de excitación indiferenciado, a partir del cual se irían distinguiendo emociones específicas. Hoy se tiende a suponer que el interés, el disgusto y malestar, así como un precursor de la sorpresa, aparecen en los neonatos, y que la rabia, la sorpresa y la alegría se manifiestan hacia los cuatro meses, mientras que el miedo y la timidez surgen en la segunda mitad del primer año.

Las emociones se van socializando, y las madres imitan las expresiones emocionales de sus hijos, pero se van limitando, a medida que crecen, a repetir las emociones positivas y se enseña a controlar o limitar las expresiones emocionales negativas.

No obstante, los bebés no se limitan a expresar sus emociones, sino que pronto son capaces de reconocerlas en los otros y de interpretarlas adecuadamente. Esta discriminación aparece a los tres meses de forma incipiente; así, los niños manifiestan síntomas de disgusto ante la cara inmóvil e inexpresiva de la madre o ante su cara de tristeza. Hacia los cuatro o cinco meses aparece clara la distinción. A partir del segundo año son sensibles a las situaciones de tensión en los adultos y son capaces de reconfortar a una persona en una circunstancia negativa.

A partir de la edad preescolar la interacción con los iguales adquiere una gran relevancia. En la edad preescolar las situaciones que provocan cólera son los conflictos de posesión y espacio con los iguales. Pero, por otra parte, la

interacción con los iguales exige la inhibición o retraso de la acción y la regulación del afecto positivo y negativo. La cultura de los pares exige para ser aceptado un control de los niveles emocionales. También se observan situaciones específicas generadoras de miedo (a los monstruos, a los ladrones, a los animales salvajes, etc.), pero a la vez que se asustan imaginan poder vencerlos por lo que estas experiencias les hacen sentirse menos vulnerables. A partir de los seis años empiezan a experimentar miedos más realistas, como el miedo a la enfermedad, a los desastres naturales, etc. (Ortiz, 1999).

En cuanto a la comprensión de emociones, a los tres o cuatro años los niños saben que ciertas situaciones causan determinadas emociones. A partir de los cuatro años empiezan a descontextualizar las emociones comprendiendo que el impacto de un acontecimiento no depende tanto de la situación concreta como de la evaluación que de ella realiza la persona, comenzando a considerar los deseos del otro. A partir de los seis años comprenden que la evaluación personal no sólo depende del deseo sino también de las creencias, y que éstas pueden ser erróneas (p. ej. tiene miedo porque hay un monstruo en la cocina, o «está contento porque cree que va a ir a la playa»). A partir de esta edad, y cada vez más a medida que van creciendo, empiezan a tomar en consideración la información sobre la personalidad y las experiencias previas. La comprensión de la ambivalencia emocional, es decir, el hecho de que en una misma situación puedan darse sentimientos positivos y negativos a la vez, o en una alternancia rápida, no aparece hasta los ocho-once años; y la aceptación de que una persona en una misma situación pueda expresar sentimientos opuestos es un logro propio de la adolescencia.

Durante la intervención psicomotriz se trata de que el niño:

- Reconozca las propias emociones y sentimientos.
- Identifique las distintas emociones y sentimientos en los otros.
- Exprese las distintas emociones y sentimientos de forma adecuada.
- Afronte y supere los posibles miedos.

4.5. Aceptación y respeto de normas

Piaget parte de la idea de que todo desarrollo moral consiste en un sistema de reglas y que la moralidad implica el respeto de éstas por parte del individuo.

Distingue cuatro etapas evolutivas:

1. *Etapa motora e individual* (hasta los dos años): el niño juega de forma individual siguiendo sus propios deseos y hábitos motores, que le llevan a ritualizar y adquirir la conciencia de regularidad.
2. *Etapa egocéntrica* (de los dos a los siete años): comienza a percatarse que hay reglas que suponen obligatoriedad, que son transcendentales y que vienen del adulto, del exterior. A partir de los seis años no modifican las reglas del juego, que se consideran sagradas.
3. *Etapa de la cooperación* (de los siete a los diez u once años): los juegos tienen un contenido social y se observa un intento por controlar y unificar reglas a partir del mutuo acuerdo. El respeto a las normas se deriva del respeto al grupo y la necesidad de un cierto orden en él para el mantenimiento del juego; sin embargo, la aplicación de estas normas y de los conceptos y sentimientos morales es poco flexible.
4. *Etapa de la codificación de las reglas* (de los once años en adelante): se concep-

tualizan las reglas como necesarias y todos tienen conciencia de ellas. Se interesan por la regla como tal, que se concibe como resultado de una decisión libremente tomada a través del consentimiento mutuo con los compañeros. La regla puede modificarse a través de la aprobación general. En esta etapa surgen sentimientos morales personalizados, como la compasión o el altruismo, que exigen la consideración de la situación concreta del otro como un caso particular de la aplicación de las normas.

A partir de los dos años se comienzan a establecer normas en la sala que son determinadas por el psicomotricista y que no se imponen de forma arbitraria sino haciendo comprender al niño su necesidad. Se procura que el niño las comprenda y las respete.

A partir de los siete años se intenta llegar a un consenso entre todos los participantes sobre cuáles son las normas básicas para poder garantizar la convivencia, el respeto y el orden. Se trata de que el niño participe en la elaboración de las normas y las respete.

A partir de los once años se facilita, además del establecimiento de acuerdos sobre las normas básicas, su adaptación a situaciones particulares y la resolución por parte del grupo de los posibles conflictos que puedan surgir, favoreciendo la participación de todos y el respeto a las decisiones que se hayan tomado.

4.6. Lenguaje

El lenguaje, biológicamente, es una conducta innata y privativa de la especie humana, necesitada de un medio ambiente humano para su desarrollo; además, es un instrumento social.

Podemos distinguir distintas etapas en la adquisición del lenguaje:

- *Etapa de prebalbuceo (cero-seis meses)*: en el primer mes el niño ya utiliza el grito y el llanto con una intención comunicativa para expresar una necesidad, su estado de malestar o desasosiego. Durante el segundo mes aumentan las emisiones sin llanto y sin grito (p. ej. gorjeos y arrullos), que van a ser la fuente principal del habla posterior, dependen del ritmo respiratorio y aparecen en presencia de la madre y en estados placenteros. Entre los tres y los seis meses los sonidos se hacen independientes del ritmo respiratorio, con una duración y tonalidad marcadas, hay menos llanto y el niño responde a la voz humana de forma más definida (por ejemplo, para de llorar si le hablan).
- *Etapa de balbuceo reduplicativo (seis-nueve meses)*: muestra un habla copiosa y enérgica, sin orden ni reglas. Aparecen enunciados de una sílaba y sílabas repetidas que varían en el tiempo y que le producen satisfacción al percibirlo, y va explorando sus posibilidades fonológicas. Es lenguaje incipiente, una actividad lúdica a través de la cual va entrenando sus facultades y que le permite una integración social.
- *Etapa de balbuceo no reduplicativo (nueve-diez meses)*: vocaliza más en los intervalos que dejan libres los adultos; va espaciando y acortando sus vocalizaciones. Pronuncia su primera palabra, que es una sílaba repetida cargada de afectividad (por ejemplo, papá, mamá) y que emite con una intencionalidad.
- *Etapa holofrástica (diez-dieciocho meses)*: repite palabras en relación con un contexto o situación, y las frases son de una sola palabra o elemento. Son imperativas, emotivas y denominativas; el

sentido lo dan el contexto y la intencionalidad; y una sola palabra significa varias cosas.

- *Emisiones de dos palabras (dieciocho-veinticuatro meses)*: utiliza frases de dos elementos sin prosodia y con pausa. Una frase puede significar cosas distintas según su contexto. Aparece el plural y las oraciones negativas e interrogativas.
- *Etapa telegráfica (veinticuatro-treinta y seis meses)*: produce e imita frases en las que omite palabras que no las distorsionan, su orden estructural es parecido al del adulto.

Para empezar a elaborar el lenguaje hay que partir de una postura cómoda y una posición adecuada; además, tiene que haber un buen control del cuerpo. Suele dar buen resultado comenzar a desarrollarlo primero en la sala de psicomotricidad para después pasar a la sala del lenguaje.

En la sala de psicomotricidad se trabaja fundamentalmente la expresión, la comprensión y

su intención comunicativa. La tabla 4.8 resume los principales objetivos en la reeducación psicomotriz, tomados de Andrés y García Arroyo (1993).

En la expresión, más que ocuparnos de los aspectos formales del lenguaje (dificultades articulatorias, de estructuración y tonalidad), que son abordados por el logopeda, se trata de que el niño realice un uso adecuado del lenguaje a las actividades (para pedir, preguntar, narrar, dialogar, etc.), respetando al otro (sin insultos, palabrotas, etc.) y acorde con su edad, acompañado de una gestualidad correspondiente.

En la comprensión, se trata de que preste atención cuando otra persona esté hablando, y se favorece la comprensión de órdenes simples o complejas, así como de las consignas dadas.

En la comunicación con los demás, se fomenta la expresión de sus necesidades y deseos, la realización de intervenciones espontáneas adecuadas (para contar o narrar acontecimientos reales o imaginarios) y el establecimiento de diálogos o conversaciones con los otros.

TABLA 4.8

Objetivos en la reeducación del lenguaje

Expresión	Dificultades articulatorias Dificultades en la estructuración Uso adecuado del lenguaje Tonalidad adecuada Gestualidad Vocabulario ajustado a su edad
Comprensión	Escuchar y prestar atención a lo que se le dice Comprender órdenes simples y complejas Comprender las consignas dadas
Comunicación	Expresar deseos y necesidades Realizar intervenciones espontáneas Establecer diálogos con los demás Seguir una conversación

RESUMEN

- A partir de la información obtenida en el proceso de evaluación psicomotriz, se fijan los objetivos de la intervención, teniendo en cuenta todas las áreas que están afectadas o cuyo desarrollo es necesario favorecer. Siguiendo el esquema propuesto, en el informe psicomotor las áreas de intervención se clasifican en: motora, cognitiva, socio afectiva y comunicativa.
- Se realiza una programación en el tiempo de los objetivos de manera que se trabajen las distintas áreas y que las dificultades vayan aumentando de forma progresiva.
- Para plantear los objetivos de la intervención es fundamental tener en cuenta cómo se produce el desarrollo psicomotor en el niño y cuáles son las adquisiciones que va realizando en las distintas edades en cada área, considerando que éstas son edades normativas pero que cada niño puede seguir un ritmo distinto.
- El área motora incluye: el tono muscular (control postural y relajación), la coordinación dinámica general, el equilibrio, la coordinación visomotriz, la lateralidad y la disociación de movimientos.
- El área cognitiva comprende: la percepción del cuerpo, el espacio y los objetos, el tiempo y la capacidad de representación.
- El área socioafectiva y comunicativa engloba: la relación de apego y seguridad, la relación entre iguales, el autoconcepto y la autoestima, la expresión y reconocimiento de emociones, la aceptación y el respeto de normas y el lenguaje.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Bucher, H. (1976). *Trastornos psicomotores en el niño: Práctica de la reeducación psicomotriz*. Barcelona: Masson.

Presenta objetivos y modalidades de trabajo para algunos de los contenidos de las áreas motora (la coordinación dinámica general, el equilibrio, la relajación, la disociación de movimientos) y cognitiva (percepción del cuerpo y nociones espaciales) desde el punto de vista de la psicomotricidad dirigida.

Delval, J. (2004). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo XXI.

Describe cómo se produce el desarrollo humano en sus diversos aspectos: físico y motor, socioafectivo, la inteligencia, la capacidad de representación, el lenguaje, el juego, etc.

Ortiz, M. J. (1999). El desarrollo emocional. En F. López, I. Etxebarria, M. J. Fuentes y M. J. Ortiz (ed.), *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Pirámide.

Describe de forma pormenorizada cómo se produce el desarrollo emocional en sus distintos aspectos y estableciendo distintas etapas.

Vayer, P. (1985). *El niño frente al mundo*. Barcelona: Científico-Médica.

En los capítulos 3 y 4 presenta los objetivos y modalidades de trabajo para la educación del esquema corporal y la estructuración espacio-temporal desde la perspectiva de la psicomotricidad dirigida.

El psicomotricista 5

-
1. Introducción.
 2. La formación del psicomotricista.
 3. Competencias a desarrollar.
 4. La intervención del psicomotricista en la sesión de psicomotricidad.
 5. Ámbitos de trabajo.

Resumen.

Bibliografía recomendada.

1. INTRODUCCIÓN

Según la Federación de Asociaciones de Psicomotricistas del Estado Español (FAPEE), el psicomotricista es el profesional que se ocupa, mediante los recursos específicos derivados de su formación, de abordar a la persona, cualquiera que sea su edad, desde la mediación corporal y el movimiento.

La formación de un psicomotricista es compleja, y a ello se une el hecho de que el estatus profesional de la psicomotricidad no es el mismo en los distintos países. Por ello en este capítulo se parte de considerar cómo se empezó a formar a los psicomotricistas en Francia, país de origen de esta disciplina, para pasar a continuación a analizar cuál es el estado actual de la formación y de la profesión en los países europeos y cuáles son los requisitos de formación que se deberían cumplir.

El psicomotricista es una pieza fundamental en el proceso de intervención, y durante su formación tiene que desarrollar una serie de competencias no sólo teóricas, sino también personales, que le permitan utilizar su cuerpo en un proceso terapéutico o educativo con otro. Asimismo se describen cuáles son las funciones fundamentales que cumple el psicomotricista en la sala de psicomotricidad y las estrategias más frecuentemente utilizadas durante la intervención.

Por último, se delimita su ámbito de intervención y competencias partiendo del modelo francés y de las propuestas del Fórum Europeo de Psicomotricidad.

2. LA FORMACIÓN DEL PSICOMOTRICISTA

El Hospital Universitario de La Salpêtrière creó en 1963 el primer diploma universitario en terapéutica psicomotriz. A esta formación sólo podían acceder profesionales relacionados con la psicomotricidad, justificando por lo menos dos años de ejercicio profesional en sus respectivas profesiones. El curso duraba dos años y abarcaba varias materias.

En la actualidad, el estatus profesional de la psicomotricidad no es el mismo en los distintos países europeos, tal y como se muestra en la tabla 5.1. Hay países donde la profesión está reconocida por el Estado y reglamentada (como en Francia), mientras que en otros ni siquiera se reconocen oficialmente los estudios de psicomotricidad, que se encuentran parcialmente incluidos en otras profesiones, de las que a menudo constituye una especialización (Beltz, 1996).

El Diploma de Estado en Psicomotricidad se obtiene en Francia en tres años, y los centros oficiales que lo expiden se encuentran en Marsella, Toulouse, Lyon, Burdeos y París, además

TABLA 5.1

Situación de la profesión de psicomotricista en los países europeos pertenecientes al Fórum Europeo de Psicomotricidad

	Educación	Reconocimiento profesional
Alemania	Motopädem (colegio profesional): para graduados en educación física, estudios sociales o de la salud y con experiencia profesional Motologen (grado): para graduados en educación o ciencias de la conducta	Reconocida la formación No reconocida la profesión
Austria	No hay un currículum básico	No reconocida
Bélgica Parte francesa Parte alemana	Especialización de posgrado para graduados del sector educativo, social, o paramédico Escuelas privadas (sin diploma) Especialización de posgrado para graduados de ciencias de la rehabilitación o incluida dentro del máster de Kinesiología	En ambas: Reconocida la formación No reconocida la profesión
República Checa	Cursos de una asociación deportiva. Título: instructores en psicomotricidad Cursos de psicomotricidad en la formación de profesorado en la universidad	No reconocida
Dinamarca	Grado en Relajación y Terapia Psicomotriz	Reconocimiento oficial
Eslovenia	Los profesionales van a formarse a Alemania	No reconocida
España	Incluida como asignatura en los grados de Formación de Profesorado y Terapia Ocupacional Especialización de posgrado en universidades públicas y privadas y escuelas privadas	No reconocida
Finlandia	Incluida en programas de grado y máster en rehabilitación, educación y servicios sociales Especialización de posgrado para graduados en rehabilitación, educación y servicios sociales con al menos un año de experiencia profesional	No reconocida
Francia	Diploma de Estado de Psicomotricista	Reconocida

TABLA 5.1 (continuación)

	Educación	Reconocimiento profesional
Holanda	Grado en Terapia Psicomotriz Posibilidad de hacer un máster después, cuando tienen dos años de experiencia profesional	Reconocida
Italia	Escuelas privadas Formación universitaria: terapeuta del desarrollo, neuromotor y psicomotor (no reconocido por las asociaciones de psicomotricistas)	No reconocida
Luxemburgo	No hay un currículum básico Los profesores y educadores van a Alemania Para hacer el Grado de Reeducador de la Psicomotricidad, van a Francia o Bélgica	No reconocida
Portugal	Grado en Rehabilitación Psicomotriz Grado en Rehabilitación y Psicomotricidad Grado en Motricidad Humana	Reconocida la formación No reconocida la profesión
Suecia	Cursos en universidades para perfeccionar las competencias de los profesores y fisioterapeutas	No reconocida
Suiza	Terapeuta psicomotor: estudios secundarios, curso de entrenamiento (tres-cuatro años) y experiencia práctica	Reconocida

de en algunas escuelas de formación privadas: el Instituto Superior de Reeducción Psicomotriz de París, el Instituto de Formación de Psicomotricistas de Lille y la Escuela de Psicomotricidad de los Pirineos Atlánticos (en convenio con la Universidad de Pau).

Desde 1967 el Instituto Superior de Reeducción Psicomotriz de París empezó a acoger a profesionales de otros países que quisieran formarse como psicomotricistas. Más tarde, a partir de 1982, comienza a organizar una universidad de verano con el objetivo de potenciar el encuentro e intercambio de especialistas e investigadores en psicomotricidad (Fernández, Palomero y Aranda, 1988).

A diferencia de otros países europeos, en España el mayor porcentaje de formaciones están orientadas a la intervención en el ámbito educativo, y aunque muchas se realizan en contextos universitarios públicos, no existe un reconocimiento oficial a nivel estatal que dé validez a estos estudios para considerarlos una categoría profesional (Fernández, 2003).

La formación de un psicomotricista es compleja y requiere, además de la adquisición de unos conocimientos teóricos, una formación práctica y una formación personal:

- Una *formación teórica* que incluye todos los contenidos específicos de la psicomotricidad.

tricidad (técnicas de evaluación psicomotriz, bases metodológicas, técnicas con mediación corporal) y materias relacionadas (anatomía, neurología, psicología, pedagogía, etc.).

- Una *formación práctica* que permita la aplicación de los contenidos teóricos, realizando observaciones con material audiovisual y en la sala de psicomotricidad, elaborando proyectos terapéuticos para distintos colectivos e interviniendo como coterapeutas con casos individuales y en grupos, además de la reflexión y el debate sobre los trabajos realizados.
- Una *formación personal*, ya que el psicomotricista trabaja con su cuerpo y debe conocerlo antes de utilizarlo en un proceso terapéutico con otro. No se trata de que el psicomotricista pase previamente por un proceso terapéutico, sino de que realice un proceso de formación individual y grupal que le permita conocer su cuerpo, sus posibilidades y sus limitaciones y sobre todo desarrollar una gran capacidad de observación y escucha. Normalmente se trabaja en grupos reducidos, con un mismo formador o grupo de formadores, que se reúnen de forma regular.

3. COMPETENCIAS A DESARROLLAR

Sánchez y Llorca (2001) destacan las siguientes dimensiones del perfil profesional del psicomotricista:

- Capacidad de observación y escucha.
- Expresividad psicomotriz.
- Capacidad de utilizar diferentes estrategias de implicación.
- Competencias para elaborar de manera creativa y ajustada diferentes escenarios.

- Capacidad de comunicación con la familia y otros profesionales.
- Capacidad de mirarse.

Todas ellas son dimensiones que irá adquiriendo durante su etapa de formación personal y que implican una formación continua a lo largo de toda su vida profesional.

a) *Capacidad de observación y escucha*

Implica dos procesos complejos y conjuntos, pues hay escucha cuando hay observación, y ambas suponen una comprensión de lo que la persona expresa en cada sesión de psicomotricidad.

Para que se produzca observación, es necesario *pararse* en la acción; si el psicomotricista está continuamente inmerso en la actividad, difícilmente va poder observar a los participantes. En esta observación es fundamental que haya escucha, entendiendo por tal la capacidad de *descen-tración del psicomotricista* para poder situarse en el lugar del otro, para poder entender cómo se está sintiendo cada persona, cuál puede ser el sentido de su expresión y ofrecerle a partir de ahí una respuesta que le ayude a evolucionar.

Tiene que aceptar a cada persona tal y como es y no tal y como le gustaría que fuese. Es conveniente reflexionar por qué a determinadas personas se acerca más mientras que a otras casi las ignora; probablemente en este último caso se deba a sus propias dificultades y deba ser abordado en su formación personal.

b) *Expresividad psicomotriz*

Los principales mediadores que tiene el psicomotricista para entrar en relación con la persona son: el gesto, la mímica, la voz y la mirada.

- *El gesto*, que acompaña, prolonga o completa el del otro (Lapierre, 1990). En relación con el gesto, Montagner (1995) hace

referencia al papel de la imitación en el comportamiento espontáneo de los niños entre ellos; imitar el gesto del otro es entrar en acuerdo corporal con él, y supone una primera comunicación de aceptación o de identificación. El psicomotricista aprende a ralentizar sus gestos, a convertirlos en un lenguaje que acoge sus producciones, haciendo de espejo frente a su agresividad, su alegría, su miedo, etc.

- *La mímica*, del rostro y del cuerpo.
- *La voz* es el mediador más arcaico, y es percibida por el niño desde el quinto mes de vida intrauterina. A través de la voz, de los sonidos, se puede encuadrar y acompañar la actividad. Sin embargo, es importante que la expresividad del psicomotricista no se vea mermada por su preponderancia hacia el lenguaje oral; éste puede acompañar o enriquecer determinados juegos pero no debe invadir la actividad. También es necesario reflexionar sobre el tono y el volumen de nuestra voz; a veces el exceso de palabras y de tono pone de manifiesto la ansiedad y dificultades del psicomotricista. Otras veces se hace necesario un cambio en la tonalidad de la voz para conseguir una mayor empatía y motivación.
- *La mirada*, considerando que es una forma de comunicación. La dimensión de la mirada se articula en tres ejes: ver, ser visto y verse (Boscaini, 1994). Ver el espacio, los objetos, los otros; ser visto, observado, donde el ojo es vivido como crítico, tolerante, complaciente, etc., y verse en el espejo, en el otro, dentro de sí. Según las emociones, los sentimientos y la intención se mira de manera distinta. A través de las distintas modalidades de la mirada el psicomotricista hace sentir a la persona su disponibilidad y escucha.

c) *Capacidad para utilizar diferentes estrategias de implicación*

Algunas de ellas son más generales y se pueden utilizar en cualquier momento de la sesión; otras son más específicas y responden a diferentes momentos y juegos que se desarrollan en la práctica psicomotriz. El psicomotricista interviene utilizando fundamentalmente la provocation y la seducción.

d) *Competencias para elaborar de manera creativa y ajustada diferentes escenarios para la intervención psicomotriz*

Desarrollar su creatividad de manera que sea capaz de inventar actividades y disponer la sala de forma que suponga un reto, un descubrimiento para la persona. El deseo de jugar se despierta a través de la presentación de los espacios y los materiales. La disposición que el psicomotricista utiliza, los espacios, materiales y actividades que propone, van a estar condicionados por los objetivos. Es interesante reflexionar sobre qué queremos potenciar antes de montar la sala, que no debe convertirse en un espacio estructurado de forma fija ya que la novedad desencadena nuevas emociones y vivencias.

Es conveniente alternar un espacio de trabajo multisensorial, lleno de estímulos para la actividad psicomotriz, con un espacio determinado por la utilización de un solo material. Esta última disposición exige a la persona mayor implicación en el juego, creatividad y relación con el resto de los participantes.

e) *Capacidad de comunicación con la familia y otros profesionales*

El psicomotricista, en su relación con la persona o grupo, descubre y mantiene vínculos que quizá no se establecen en ningún otro lu-

gar. Asimismo, esta información sobre la expresividad psicomotriz se puede ver enriquecida, ampliada o modificada por la información de cómo es la persona en otros espacios. Para poder hablar de lo que hacen en la sala, de lo sentido, es necesario transformar este discurso en un lenguaje útil que le permita comunicarse con otros profesionales y con la familia. Esta comunicación, que comienza ya durante el proceso de evaluación, debe continuar durante toda la intervención.

f) *Capacidad de mirarse*

La profesión de psicomotricista requiere una formación continuada basada en la reflexión sobre la acción. La mirada del psicomotricista debe dirigirse a lo que hace el otro y a él mismo. En función de esta mirada en las dos vertientes puede ir ajustando sus respuestas, desarrollar su capacidad de escucha, trabajar sobre sus dificultades y realizar nuevos proyectos de sesión.

Ser psicomotricista es un proceso de autococonocimiento y conocimiento del otro que no finaliza nunca, ya que como persona se va modificando y reconociendo a lo largo de su vida. El psicomotricista es por tanto una persona abierta y respetuosa, que trata de comprender a los otros, que se sitúa en la escucha y en la comunicación con los demás, abierta a nuevas experiencias y conocimientos que puedan ir enriqueciendo su práctica profesional.

5. LA INTERVENCIÓN DEL PSICOMOTRICISTA EN LA SESIÓN DE PSICOMOTRICIDAD

Aucouturier señala las funciones fundamentales que desempeña el psicomotricista en la sala:

- a) *Escucha*: no sólo a lo que se dice, sino a lo que se hace, a cómo está los demás, a la más mínima variación tónica. Hay escucha cuando hay observación (Llorca, 2002); para ello es necesario (Aucouturier, Darrault y Empinet, 1985):
 - Situar en la sala de manera que pueda observar a todos.
 - Ponerse en el lugar del otro, ser sensible a la emoción sin dejarse invadir por ella.
 - Analizar el significado de la conducta y elaborar un proyecto terapéutico.
 - Observar qué se está demandando e intervenir en función de ello.
- b) *Ser símbolo de ley de seguridad*: el psicomotricista en la sala simboliza el orden y representa la ley. No se trata de imponer de forma rígida reglas arbitrarias, sino de ir haciendo comprender progresivamente su necesidad. La ley va unida a la seguridad. Hay muchas cosas que están permitidas en la sala, pero dentro de un orden asegurador. La ausencia de orden puede crear un clima angustioso.
- c) *Ser compañero simbólico*: el psicomotricista participa en algunas ocasiones en la actividad pero no es un compañero más dentro del juego. Responde a las demandas, pero no se deja encerrar en ninguna de ellas, sino que trata de hacer evolucionar las situaciones.

Sánchez y Llorca (2001) proponen distintas estrategias generales, para utilizar en cualquier momento de la sesión, y específicas, para algunos momentos o situaciones concretas.

1. *Estrategias generales*:
 - *La colaboración y el acuerdo*: el psicomotricista puede crear junto con

- los participantes un espacio, desempeñar un papel, recoger y organizar el material, etc. De esta manera se trabaja la capacidad de colaborar y establecer acuerdos.
- *La sorpresa*: puede mostrar su sorpresa con la mirada, con los gestos, con la voz, etc. La sorpresa supone descubrir algo que no se conocía (una habilidad motriz, un espacio, una relación, un tipo de juego, etc.), y provoca en nosotros un sentimiento que generalmente refuerza o inhibe a la persona en su disposición a la acción.
 - *La afirmación*: puede ser verbal, gestual o incluso con la mirada. A veces vale un asentimiento con el rostro, un gesto o una palabra para reforzar comportamientos que piensa que son adecuados. Devuelve mediante esta actitud una imagen competencial frente a una deficitaria, que a veces es suficiente para cambiar modos de actuar, de pensar y de sentir.
 - *Ofrecer ayuda corporal o verbal* para que realicen determinadas acciones, como completar una frase, ayudar a subir unas espalderas, a finalizar una secuencia del juego simbólico, etcétera.
 - *La invitación*, con una mirada, con un gesto, con el lenguaje, supone el permiso para intervenir en la actividad.
 - *La provocación* es también una forma de invitación, una manera de conseguir que un participante se vaya acercando al psicomotricista, al espacio o a los otros. También se puede utilizar la provocación para suscitar una respuesta agresiva del otro, que en algunos casos se hace necesaria como medio de acercamiento, de descarga de tensiones, de afirmación, de elaboración de conflictos, etc.
 - *La contención*, cuando la conducta del niño necesita que se le ponga límites. Tener una persona que le sujeta, que tiene fuerza para pararlo, para mantenerlo sin que se pierda, con calidez, puede ser para muchos niños una referencia de seguridad que le ayuda a crecer.
 - *La frustración*, igual que la contención, puede proporcionar seguridad. Para crecer, para autorregularse, el niño necesita aprender que hay límites a sus deseos. Así por ejemplo puede eliminar ciertos materiales de la sala, poner límites a sus juegos, no responder siempre a sus deseos, etc.
 - *La imitación*: verse imitado por el psicomotricista significa la posibilidad de verse identificado, de tomar consciencia de su ser y estar y considerarse alguien importante digno de ser imitado por otro.
 - *La afectividad* es la base de todas las relaciones que se mantienen en la sala. Cuando el psicomotricista pone límites, frustra, sonríe o abraza, entabla una relación afectiva con la persona, y su calidad y ajuste favorecen la evolución del niño.
 - *Favorecer la autonomía* de la persona es uno de los objetivos de la intervención psicomotriz. En su intervención, el psicomotricista trata de conseguir que la persona sea dueña de sus actos, resuelva sus conflictos,

hable, piense y actúe por sí misma, pero siempre teniendo en cuenta que la autonomía en su significado más puro no existe, y que necesita en ocasiones la ayuda del psicomotricista, es decir, que se trata de desarrollar su independencia sin dejar de atender a sus necesidades.

- *La relación con el grupo:* el psicomotricista desarrolla estrategias que faciliten el encuentro entre iguales y compartan el espacio, el material y la actividad.
- *Mantener la seguridad del grupo* a lo largo de la sesión. El psicomotricista en la sala representa la ley, una ley que asegura la libertad y la convivencia. Las reglas de la sala se dan a conocer de una forma firme y progresiva, haciendo comprender la necesidad de respetar el espacio y los materiales y de no hacer daño a los compañeros. En algunas ocasiones la trasgresión de la ley puede tener un sentido comunicativo para el psicomotricista, quien puede observar si es una llamada de atención, un acto impulsivo o un deseo de afirmación y responder en cada caso de forma adecuada. Dentro de las medidas tomadas para hacer cumplir las normas de la sala conviene que el psicomotricista sea discreto y se acerque a la persona de forma que no despierte la atención del grupo, pudiendo valer en ocasiones un gesto o una mirada en la distancia. También es interesante que el psicomotricista busque estrategias para la autorregulación del grupo de manera que vayan resolviendo sus propios conflictos.

2. *Estrategias de intervención en el ritual de entrada:*

- *Mantener el orden y el silencio* del grupo es una labor difícil de conseguir y que se va consiguiendo progresivamente cuando los niños son capaces de inhibir su excitación inicial al llegar a un espacio placentero y motivante. El psicomotricista tiene que mantener una actitud de respeto, de comprensión y de tranquilidad, mostrando que es interesante escuchar al otro y haciendo que el niño comprenda la necesidad de mantener una determinada actitud antes de comenzar la actividad.
- *Explicar el proyecto de la sesión*, induciendo en el grupo deseos y fantasías que se traduzcan en planes de actividad que realizarán posteriormente. Así se inicia un proceso cognitivo importante, que es el de pensar antes de actuar, planificar qué vamos a hacer primero o después, aunque posteriormente las actividades, los materiales o los otros nos lleven a emociones y acciones diferentes a las que habían planificado.
- *Establecer unas normas básicas*, como no hacer daño a los compañeros y cuidar los materiales con los que se va a trabajar. Las normas pueden ser establecidas por el psicomotricista o por el grupo, el cual, a lo largo de las sesiones, va viendo la necesidad de incorporar nuevas reglas.
- *Establecer un ritual al inicio de la sesión* puede tener un efecto muy beneficioso; de hecho en la vida los rituales dan seguridad porque se instauran como hábitos que ayudan

a enmarcar el acontecer diario. Tener un ritual en la forma de colocarse, en lo que hacen y dicen ayuda a que estructuren su pensamiento y a inhibir su deseo de comenzar la actividad.

3. *Intervención en las actividades sensorio-motrices:*

El juego sensoriomotor es una actividad de descarga, de descubrimiento y desinhibición que permite al niño ponerse a prueba y desarrollar toda su potencialidad corporal. El psicomotricista crea un espacio y/o tiempo en la sala de psicomotricidad para favorecer la vivencia del placer sensoriomotriz. Este tipo de actividad permite que la persona gane confianza en sus posibilidades, descubriendo sensaciones y movimientos que le ayudan a mejorar sus competencias motrices. El psicomotricista interviene disponiendo el espacio, animando a los descubrimientos, reforzando, sugiriendo mediante propuestas corporales u orales, ayudando o imitando.

4. *Intervención en la actividad simbólica:*

El psicomotricista interviene utilizando los materiales, el espacio, el lenguaje y el cuerpo, para complementar o hacer evolucionar el juego, a veces también para contener o hacer referencia a la realidad (Aucouturier, Darrault y Empinet, 1985). Propicia juegos o situaciones que ayuden a expresar y elaborar de manera simbólica sus vivencias. Generalmente es en estos momentos cuando surge la agresividad, la repetición, la expresión de ausencia de límites, de falta de afecto, de reconocimiento, etc. Es aquí donde tienen más cabida las estrategias generales de implicación en el juego.

5. *Intervención en el momento de vuelta a la calma y en la representación:*

Al finalizar el tiempo para el juego y el movimiento, suele haber un momento de calma que facilite dar paso después al tiempo o espacio para las representaciones. Este tiempo ayuda a aprender a parar y regular su actividad, iniciando un recorrido por su pensamiento.

En el momento de la representación, la persona puede contar a través de diferentes medios (dibujo, modelado, construcciones) cómo ha interiorizado sus vivencias, como puede elaborarlas mediante su pensamiento y expresarlas. En este espacio el psicomotricista favorece, en la medida de lo posible, que los participantes realicen una planificación de lo que van a representar, les ayuda a elaborar un proyecto de trabajo. Para algunas personas con discapacidad cognitiva puede ser interesante que el psicomotricista utilice el dibujo, el modelado o la construcción para representar sus ideas o deseos. Ante las representaciones el psicomotricista puede sorprenderse, preguntarse, frustrar... favoreciendo una mayor elaboración. También puede aprovecharse este tiempo para propiciar que cada persona cuente su representación al resto del grupo, como un momento para ser reconocida por los demás.

6. *Intervención en el ritual de salida:*

Se pueden utilizar preguntas y turnos de palabra para que cada uno exprese lo que más y menos le ha gustado de la sesión. Esta estrategia facilita además el desarrollo de procesos cognitivos como la atención y la memoria.

6. ÁMBITOS DE TRABAJO

El ámbito de actuación del psicomotricista es amplio, trabaja en educación, reeducación y

terapia a lo largo de todas las etapas del desarrollo humano, desde niños hasta ancianos. Según Berruezo (2001), sus objetivos y posibilidades abarcan un abanico que incluye la educación, la sanidad, la atención social y la prevención. El espacio epistemológico de la psicomotricidad abarcaría las ciencias de la salud, de la educación y del movimiento, así como las técnicas de intervención; y el espacio profesional del psicomotricista se encuentra próximo (según el campo en que se desarrolle) al del fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, profesor de educación física o estimulador temprano.

En 1988, un decreto ministerial determinó para Francia las actuaciones que estaban facultadas para llevar a cabo, que incluían: el examen psicomotor, la educación precoz y la estimulación psicomotriz, la reeducación de los trastornos del desarrollo psicomotor y la contribución al tratamiento de distintos trastornos (Beltz, 1996).

La Federación de Asociaciones de Psicomotricistas del Estado Español, en su trabajo de definición del perfil profesional del psicomotricista (Berruezo, 1999), propone que éste es quien se ocupa, mediante los recursos específicos derivados de su formación, de abordar a la persona, cualquiera que sea su edad, desde la mediación corporal y el movimiento. La intervención del psicomotricista va dirigida tanto a sujetos sanos como a quienes padecen cualquier tipo de trastorno, limitación o discapacidad, y su trabajo puede desarrollarse individual o grupalmente, en calidad de profesional libre o integrado en instituciones educativas o sociosanitarias.

Sus competencias se concretan en las siguientes áreas:

- *Área de diagnóstico*, cuya finalidad es la comprensión global de la persona mediante la aplicación de instrumentos específicos de valoración, entre los que cabe señalar el balance psicomotor y la observación psicomotriz.
- *Área de prevención*, cuya finalidad es la detección y prevención de trastornos psicomotores o emocionales en poblaciones de riesgo o en etapas concretas de la vida.
- *Área de educación*, cuya finalidad es favorecer la maduración psicomotriz en el marco curricular del centro educativo.
- *Área de terapia*, cuya finalidad es la intervención psicomotriz sobre trastornos psicomotores del desarrollo, así como sobre alteraciones emocionales y de la personalidad, en función de un proyecto terapéutico realizado sobre la base de un diagnóstico.
- *Área de formación, investigación y docencia*, cuya finalidad es la capacitación para el desarrollo de la actividad profesional, la profundización en sus ámbitos de competencia y la transmisión de los contenidos ligados a esta práctica.

El problema es que en España, al no estar reconocida oficialmente la profesión de psicomotricista, quienes ejercen esta función son los más cercanos al área de intervención, y carecen en muchos casos de la formación necesaria para llevar a cabo una intervención psicomotriz.

RESUMEN

- El estatus profesional de la psicomotricidad no es el mismo en los distintos países. Hay países donde está reconocida por el Estado y la profesión está reglamentada, mientras que en otros ni siquiera se reconocen oficialmente los estudios de psicomotricidad. Esto ha dado lugar a que actualmente en Europa existan diferentes niveles de formación en psicomotricidad.
- La formación de un psicomotricista es compleja, y requiere: (1) una formación teórica, que incluya los contenidos específicos de la psicomotricidad y de las materias relacionadas; (2) una formación práctica, en la que se apliquen los contenidos teóricos, y (3) una formación personal, que le permita conocer su cuerpo, sus posibilidades y sus limitaciones y sobre todo desarrollar una gran capacidad de observación y escucha.
- Para llevar a cabo la intervención psicomotriz el psicomotricista debe desarrollar distintas competencias, que incluyen: capacidad de observación y escucha, desarrollar su expresividad psicomotriz, capacidad de utilizar distintas estrategias de implicación, elaborar de forma creativa y ajustada diferentes escenarios para la intervención, capacidad de comunicación y capacidad de mirarse.
- El psicomotricista escucha a la persona con sus necesidades y demandas, ayuda a establecer y respetar normas, garantiza la seguridad de los participantes y acompaña a cada persona en su evolución.
- Para hacer evolucionar las situaciones, utiliza distintas estrategias, algunas de tipo más general, que se pueden emplear en cualquier momento de la sesión, y otras más específicas para algunos momentos o situaciones concretas.
- El ámbito de actuación es amplio contempla en distintos niveles: educación, reeducación y terapia; a lo largo de todas las etapas del desarrollo humano, desde niños hasta ancianos. Sus objetivos y posibilidades abarcan un abanico que incluye la educación, la sanidad, la atención social y la prevención.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Aucouturier, B., Darrault, I. y Empinet, J. L. (1985). *La práctica psicomotriz: Reeducción y Terapia*. Barcelona: Científico-Médica.

Es un libro clásico fundamental para comprender cuál es la función del psicomotricista en la sala y cómo se pueden hacer evolucionar las situaciones.

Sánchez, J. y Llorca, M. (2001). El rol de psicomotricista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 3, 57-76.

Analizan las características del rol de psicomotricista y proponen un guión de observación para ayudar a analizar y reflexionar sobre las intervenciones que lleva a cabo en la sala.

Técnicas de intervención **6**

-
1. Introducción.
 2. El juego.
 3. El cuento vivenciado.
 4. La relajación.
 5. La eutonía de Gerda Alexander.
 6. La danza.
 7. La expresión plástica.
- Resumen.
Bibliografía recomendada.
-

1. INTRODUCCIÓN

Las técnicas de intervención utilizadas en la sesión de psicomotricidad son muy variadas y dependen de las características de los participantes (edad, nivel de madurez, patología, preferencias), del tipo de sesión (dirigida o vivenciada), del momento concreto y de la propia formación del psicomotricista.

En este capítulo se describen las principales técnicas de intervención, comenzando con el juego, ya que es una de las técnicas más utilizadas, en especial cuando se trabaja con niños, para pasar después a una aplicación particular de éste, el cuento vivenciado, que ha cobrado especial vigencia en los últimos años. A continuación se describen las principales técnicas de relajación utilizadas en psicomotricidad: la relajación progresiva de Jacobson, el entrenamiento autógeno de Schultz y la relajación terapéutica de Berges y Bounes. De forma independiente se trata la eutonía de Gerda Alexander, ya que, aunque muchos manuales la sitúan dentro de los métodos de relajación, la autora siempre ha querido establecer diferencias con ellos. Finalmente, se aborda la utilización de la danza y la expresión plástica en las sesiones de psicomotricidad, que, aunque han sido menos empleadas, presentan la ventaja de poder utilizarse en todas las edades.

2. EL JUEGO

El juego es una actividad que tiene su objeto en el placer que se siente en ella.

Los estudios de psicología de la conducta y de etología han llevado a los investigadores a confirmar la importancia que tiene el juego en el desarrollo del animal pequeño y del niño. El juego va a permitir que el individuo emplee sus posibilidades motrices y psicomotrices a medida que llega a la madurez (Masson, 1987).

Para Wallon, el juego tiene un valor de anticipación, de preparación. Los juegos podrían ser la prefiguración y el aprendizaje de las actividades que se impondrán más tarde. El niño trabaja con sus funciones y anticipa sobre el porvenir de éstas (Defives, 1987).

Siguiendo a Garaigordobil (2002), el juego ayuda al desarrollo global de la persona contribuyendo de forma relevante al desarrollo psicomotriz desde distintos puntos de vista:

- *Biológico*, como agente de crecimiento del cerebro, ya que potencia la evolución del sistema nervioso.
- *Motriz*, potenciando el desarrollo del cuerpo y de los sentidos.
- *Cognitivo o intelectual*, estimulando el desarrollo de las capacidades del pensamiento y de la creatividad infantil.

- *Afectivo*, proporcionando placer y permitiendo que se expresen y descarguen libremente las emociones.
- *Social*, favoreciendo la adaptación social, ya que estimular la comunicación y cooperación con los iguales permite conocer el mundo social y fomenta el desarrollo moral.

2.1. Tipos de juego

La literatura registra multitud de clasificaciones del juego infantil, pero la más seguida es la de Piaget (1966), que lo divide en tres categorías: sensoriomotor, simbólico y de reglas; cada una de las cuales se corresponde con las estructuras específicas de cada etapa del desarrollo.

2.1.1. *El juego sensoriomotor*

El juego sensoriomotor es el que se realiza por medio de movimientos en el espacio, la manipulación de objetos y el dominio perceptual que esto implica. Según Piaget, los primeros juegos de los niños son manifestaciones de la actividad sensoriomotora que, en vez de buscar un objetivo, se convierten en actividades que se realizan por sí mismas. El niño está utilizando un esquema, pero, una vez alcanzado el objetivo, la actividad continúa efectuándose por el puro placer de realizarla (reacción circular). Lo que predomina en las acciones lúdicas no es el resultado, sino el ejercicio de la actividad, de manera que se consolidan conductas que se están adquiriendo.

Unas veces estas actividades requieren la única intervención del propio cuerpo (reacción circular primaria), y otras consisten en acciones sobre los objetos (reacción circular secun-

daria), pero si el interés siempre recae más en la propia acción que en el resultado que se obtiene. El niño manifiesta su actitud lúdica mediante la risa, la sonrisa y las gestas.

El juego sensoriomotor no desaparece al final del período sensoriomotor, sino que continúa durante toda la vida. Un tipo de juego sensoriomotor que practican los niños en edades posteriores es el *juego turbulento*, constituido por actividades motoras que generalmente se realizan en grupo. El juego turbulento se compone de carreras, saltos, caídas, persecuciones, huidas, luchas, golpes y risas. Lo característico es que se lleva a cabo con una expresión relajada, lo cual descarta la existencia de conductas propiamente agresivas. Hacia los cuatro o cinco años los niños practican mucho este tipo de juego, pero es más frecuente en los niños que en las niñas. En las niñas se manifiesta más bien en actividades como correr y balancearse, mientras que los niños entran en contacto físico más estrecho y practican actividades más ruidosas.

2.1.2. *El juego simbólico*

Es el juego de «pretender» situaciones y personajes «como si» estuvieran presentes. Este tipo de juego, ya se haga en solitario o en compañía de otros niños, constituye un modo nuevo de relacionarse con la realidad, de distorsionarla, de adaptarla a sus deseos.

Durante el segundo año de vida comienzan a aparecer sus primeras manifestaciones, por ejemplo haciendo como que come de un plato. Estos primeros juegos de ficción suelen ser individuales; si se realizan en presencia de otros niños, equivalen a lo que se ha llamado *juego en paralelo*: no juegan juntos, sino unos al lado de los otros, desarrollando cada uno su propio juego.

A partir de los cuatro años se observan progresos importantes en la complejidad de los juegos que se manifiesta en una representación de la realidad más exacta. Los juegos son más coherentes y cobran más importancia los de carácter colectivo. Los niños reproducen situaciones sociales: es la época en la que juegan a papás y a mamás, a los médicos, a la escuela y a cualquier situación social de su vida cotidiana en la que representan papeles distintos. Los niños discuten entre ellos quiénes van a representar cada papel y, a veces, cómo lo van a hacer.

Estos juegos ayudan a:

- Aprender a manejar papeles sociales.
- Favorecer sus interacciones sociales.
- Expresar de forma simbólica conflictos y aprender a solucionarlos.
- Manifestar sus sentimientos, sus deseos y su relación con la realidad.

A partir de los siete años aproximadamente, el juego simbólico se hace más complejo y va unido a la utilización de disfraces.

2.1.3. *El juego de reglas*

Hacia los siete años empieza a aparecer un tipo de juego que es necesariamente social y en el que existen unas reglas que son las que lo definen. Para Piaget (1966) son juegos de combinaciones sensoriomotoras o intelectuales con competencia de los individuos y regulados por un código transmitido de generación en generación o por acuerdos improvisados.

Lo característico de los juegos de reglas es que los jugadores deben respetarlas y son las que determinan quién es el ganador. Los niños tienen que cooperar entre ellos para desarrollar el juego y todos tienen que adaptarse a las re-

glas, pero al mismo tiempo compiten entre sí tratando de evitar que los otros ganen.

Se puede distinguir dos etapas en el juego de reglas:

- Hacia los siete u ocho años los niños tratan de ajustarse estrictamente a las reglas, que se consideran sagradas y no pueden modificarse. Las reglas se reciben del exterior y consideran que toda modificación es una falta.
- Entre los diez y los doce años los jugadores comienzan poniéndose de acuerdo sobre las reglas que van a seguir, que a lo largo del juego pueden modificarse, siempre que así lo decidan los participantes, pero una vez aceptadas deben respetarse. El niño adquiere conciencia de que la regla no se ajusta siempre a la tradición, sino a la experiencia (la regla no es eterna). Es necesario respetar la ley si se quiere ser leal, pero se puede modificar si el grupo así lo admite.

2.2. **El juego en la sesión de psicomotricidad**

Si la psicomotricidad trata de favorecer el desarrollo global de la persona en todos sus aspectos: motores, cognitivos y socioafectivos, y el juego es una actividad de suma importancia en el desarrollo infantil, no cabe duda de que va a ser un procedimiento de innegable ayuda en la educación, la reeducación y la terapia psicomotriz. Se convierte no sólo en un objetivo, sino también en un instrumento mediante el cual se articula la intervención (Llorca y Sánchez, 2003).

Por otra parte, si el juego se realiza en grupo, va a permitir a la persona poder situarse con respecto a los demás, conocer el mundo social y

favorecer su desarrollo social. El juego cooperativo va a ser particularmente importante en las sesiones de psicomotricidad. Son *juegos cooperativos* aquellos en los que los participantes dan y reciben ayuda para contribuir a fines comunes. Este tipo de juegos promueven la comunicación, la cohesión y la confianza, teniendo en su base la idea de aceptarse, cooperar y compartir. Dentro de esta categoría se pueden incluir los juegos sensoriomotores, simbólicos y de reglas que impliquen como elementos estructurales la participación y la cooperación (Garaigordobil, 2002). Todos participan, no hay eliminados, nadie gana ni pierde. Los jugadores se ayudan mutuamente para contribuir a una finalidad común. Son juegos que promueven la integración grupal.

Siguiendo a Escribá (2002), es aconsejable seguir una serie de criterios a la hora de utilizar juegos en la sala de psicomotricidad:

- a) En cuanto a la participación, conviene fomentar juegos que:
 - Permitan la participación de todos, independientemente de sus capacidades y limitaciones.
 - Fomenten la integración y la interacción grupal.
 - Eviten la exclusión o eliminación de jugadores mientras se desarrollan.

- b) En su realización se procurará:
 - Desarrollar juegos fáciles y sencillos.
 - Trabajar aspectos psicomotrices sin exigir una actividad motriz fuerte (no tiene que demostrar su velocidad, fuerza, agilidad, etc.).
 - Evitar una excesiva competitividad.

TABLA 6.1

Tipos de juego a utilizar en sesiones dirigidas de acuerdo con la edad/nivel de madurez y momento de la sesión

Tipo de juego		Edad/nivel de madurez	Momento de la sesión
Sensoriomotor		Desde el nacimiento hasta los dos años	— Durante toda la sesión
		A partir de los dos años	— Preparación — Primera parte del contenido principal
Simbólico	Individual o en paralelo	De dos a cuatro años	— Segunda parte del contenido principal
	En grupo	A partir de cuatro años	
Reglas	Impuestas	De siete a diez años	— Segunda parte del contenido principal
	Modificables por acuerdo	A partir de diez años	

- c) En el resultado se intentará:
- Evitar, en la medida de lo posible, que haya ganadores o perdedores.

2.2.1. *El juego en las sesiones dirigidas*

En las sesiones dirigidas el psicomotricista es quien selecciona los juegos que se van a desarrollar para trabajar determinados objetivos en función de distintos criterios como: la edad de los participantes, su nivel de madurez y el momento de la sesión, tal y como se refleja en la tabla 6.1.

Los *juegos sensoriomotores* se utilizan preferentemente en los momentos iniciales de la sesión (en la etapa de preparación) y en la primera parte del contenido principal para el aprendizaje y práctica de nuevas conductas. Pueden centrarse en actividades sensoriomotoras relacionadas con el propio cuerpo (por ejemplo, efectuar distintos tipos de desplazamientos, adoptar diferentes posturas, realizar diversas coordinaciones, mantener el equilibrio de varias formas) o en actividades sensoriomotoras que pongan en relación el cuerpo con los objetos (por ejemplo, actividades con aros, pelotas o cuerdas que permitan trabajar objetivos de coordinación dinámica general o conceptos espaciales).

Los *juegos simbólicos* se reservan para una parte más avanzada de la sesión, de manera que se sigan poniendo en práctica las conductas que ya se han aprendido de una forma más amena, dinámica y en situaciones diversas. En sus formas más simples se puede imitar, por ejemplo, distintos animales experimentando así diferentes desplazamientos y posturas, aunque se pueden incluir otros aspectos, como conceptos espaciales (grande-pequeño) o temporales (velocidad del desplazamiento). La representa-

ción de paisajes añade conceptos espaciales más complejos (posición de los objetos unos en relación con los otros) y la representación de cuentos o historias incluye el establecimiento de secuencias temporales, aunque esta última modalidad será tratada más detenidamente en el siguiente apartado.

Los *juegos de reglas* se suelen utilizar también en la segunda parte del contenido principal para poner en práctica conductas ya aprendidas. En la literatura y sabiduría populares se encuentran multitud de juegos de reglas susceptibles de ser utilizados en la sesión de psicomotricidad (Gutiérrez, 1989). La tabla 6.2 muestra algunos ejemplos.

2.2.2. *El juego en las sesiones vivenciadas*

En las sesiones vivenciadas se fomenta la actividad libre y espontánea, y no cabe duda de que en la infancia la actividad propia de los niños es el juego. Sin embargo, el hecho de que sea una actividad propia de la infancia no quiere decir que sea exclusiva de ella, pues el individuo va a continuar jugando durante toda su vida. En cada edad, como muestra la tabla 6.1, va a predominar un tipo de juego. El psicomotricista favorece la evolución del juego y, a partir del juego libre, o de distintas propuestas (centrándose en un material, un espacio que está colocado de una determinada forma o una actividad que luego se deja evolucionar libremente), va abordando los objetivos del tratamiento.

En un ambiente de seguridad el niño practica *cabo juegos sensoriomotores* (tropa, salta, rueda, se balancea, cae, etc.) viviendo situaciones de placer que le llevarán a tener conciencia de su cuerpo y sus posibilidades de movimiento, así como a adquirir distintas habilidades (Martínez, 1999a). De hecho es con este tipo de juegos con el que suelen comenzar las sesiones.

TABLA 6.2
Ejemplos de juegos de reglas

Juego	Objetivo	Reglas
Sujetar la pelota	Conocimiento corporal	Los participantes cogen la pelota e intentan sujetarla con la parte del cuerpo que indique el psicomotricista.
Pilla-pilla	Carrera	Uno de los participantes la liga y tiene que coger al resto de los jugadores.
El escondite inglés	Equilibrio en el suelo	Uno de los participantes la liga. El resto de los jugadores tienen que ir avanzando mientras el primero dice «un, dos, tres, al escondite inglés, sin mover las manos ni los pies». Cuando termina, el resto de los jugadores tienen que permanecer quietos adoptando una posición de equilibrio.
Relevos	Nociones básicas espaciales	Se sitúan en dos filas. El primero de cada fila tiene un balón y va pasándolo al resto por donde vaya indicando el psicomotricista.
El director de orquesta	Trasposición de las nociones espaciales sobre otro: interpretar los gestos del otro a través de la imitación	El director del juego realiza un gesto o desplazamiento, y el resto (que estarán frente a él o en perpendicular) le imitará.
El fotógrafo	Trasposición de las nociones espaciales: interpretar los gestos del otro mediante verbalización	Por parejas, uno de los jugadores hará de fotógrafo e intentará memorizar la posición del otro. Después dará instrucciones verbales al modelo para que lleve a adoptar la posición anterior.
La gallinita ciega guiada	Trasposición de las nociones espaciales: guiar los desplazamientos del otro mediante verbalización	Por parejas, uno de los participantes tendrá que guiar al otro mediante instrucciones verbales para que haga un determinado recorrido o capture a otro compañero.
El pandero	Simultaneidad	Se colocan en uno o dos grupos y al oír la señal sonora realizarán un salto, de tal manera que todo el grupo salte a la vez.

El *juego simbólico* suele aparecer en un segundo momento de la sesión. Puede tratarse de un juego de roles, en el que los participantes representan distintos personajes de la realidad

o de la ficción y que muestran la representación que tienen de la realidad o sus deseos, o de juegos de construcción con los módulos de gomaespuma en los que suelen desarrollarse los jue-

gos de roles. En los juegos de construcción, los módulos de gomaespuma tienen la propiedad de convertirse en aquello que la persona quiera. En la sala de psicomotricidad se suele observar que a todos los niños les gusta construirse un espacio donde meterse a modo de casa. En un principio, el niño construye los llamados «espacios nido», donde se oculta y acumula el material. A continuación realiza construcciones lineales, colocando un módulo al lado de los otros, que a menudo tienden a hacer la función de cama. Posteriormente aparece la llamada «construcción en octogonalidad», que consiste en disponer los módulos a modo de casa. El psicomotricista tratará de que estos espacios sean abiertos, de manera que puedan ver lo que se realiza fuera, y de que sean suficientemente grandes, de forma que en ellos puedan compartir sus juegos con los demás.

El *juego de reglas* también suele aparecer en un segundo momento en la sesión en este tipo de juego el psicomotricista puede ir favoreciendo la relación que el niño entabla con sus compañeros, el respeto hacia las normas y el establecimiento de acuerdos y resolución de conflictos. El juego de reglas permite que interiorice la ley y acepte las normas externas, compartiendo con los demás el placer y la complicidad de trabajar juntos o de lograr objetivos comunes.

3. EL CUENTO VIVENCIADO

Los cuentos, especialmente los clásicos, ayudan al desarrollo integral del niño. Los cuentos vivenciados corporalmente por los niños, a través del movimiento, refuerzan la percepción de los contenidos que pretendemos que elaboren y asimilen (Serrabona, 2002).

Según Brasey y Debailleul (1999), estos cuentos, bajo la apariencia de relatos infantiles, son en realidad guías prácticas destinadas a desve-

lar a otros seres humanos los grandes principios que gobiernan su vida y su evolución. Estos cuentos hablan del destino del hombre, de sus miedos y esperanzas, de sus relaciones con los demás y con lo sobrenatural. Los cuentos, especialmente los cuentos de hadas, siempre tienen unos puntos comunes, unos temas esenciales, independientemente de su cultura o su época.

Las características principales de los cuentos de hadas son:

- Tienen siempre un *universo bipolar*, el bueno y el malo, generalmente el primero vence al segundo, lo que da tranquilidad al niño, porque suele ser el personaje con el que se identifica. Las tramas muestran un sutil equilibrio entre las fuerzas del mal y del bien, para finalmente triunfar estas últimas.
- Incorporan los *mayores temores del niño*: angustia por tener hambre, miedo al abandono, miedo a morir.
- El cuento le permite *concretar sus miedos*, que por sí solo es incapaz de identificar. Los miedos concretados son más fáciles de localizar y elaborar. Es preferible tener miedo de algún animal concreto, por ejemplo del lobo, que de algo impreciso que el niño no es capaz de identificar ni localizar.
- El *final feliz* es la representación máxima de la esperanza. La vida real y las situaciones difíciles no tienen siempre un final feliz, pero es la esperanza lo que nos mantiene. El cuento le permite vislumbrar la posibilidad de que el conflicto y la angustia puedan tener fin y llegar así a una etapa más feliz.

Serrabona (2002) utiliza el cuento vivenciado con niños de cuatro y cinco años, edad en la

que éstos generalmente ya tienen unos requisitos básicos para poder seguir con interés un cuento motriz (cierto control motriz, capacidad de escucha, comprensión de conceptos básicos, cierto nivel de representación simbólica, noción de secuencia, atención, etc.). También es necesario que el psicomotricista tenga unas cualidades básicas: capacidad expresiva, imaginación, empatía... Como dice Bryant (1987), contar un cuento es un arte, siempre que el narrador (en este caso el psicomotricista) tenga la disposición y habilidad para envolver al receptor en un universo imaginario donde se convierta en protagonista.

Para que un cuento tenga un efecto positivo para el niño tiene que ser vivenciado, tiene que conectar con sus intereses. El cuento, gracias al lenguaje y al movimiento, aborda y estimula todas las dimensiones del niño. En general el niño elige de forma espontánea un personaje del cuento como protagonista con el que se identifica. Además, se establece un lazo afectivo entre el adulto que lee el cuento y el niño que escucha.

3.1. El cuento en la sesión de psicomotricidad

En la *rueda de entrada* se recibe a los participantes y se les habla del cuento que se va a desarrollar, de cómo está distribuido el espacio de la sala y de cuáles van a ser las normas. Se puede comenzar por una pregunta, por un personaje o introduciendo la frase «Había una vez...» e iniciando el cuento.

Durante la sesión se vivencia el cuento, teniendo en cuenta que se trabajen los objetivos que se han seleccionado. Cada niño se identificará con un personaje y el psicomotricista también irá asumiendo distintos roles a lo largo del desarrollo. El cuento se pensará en función del

grupo; no se representa todo el cuento, sino una parte de él que es una versión libre en la cual se trabajan los objetivos que nos interesan. Se combinan los momentos de actividad espontánea con los de actividad dirigida. El psicomotricista utiliza la pregunta para ver si los participantes le siguen en el juego, para lo cual indaga sobre la secuencia (cómo se ha llegado hasta allí, qué pasará, etc.). El final será claro y feliz. Se puede pedir al final la representación del cuento a través de la pintura o el modelado.

En la *rueda de salida* se deja que los participantes hablen libre y emocionalmente sobre el cuento vivido.

4. LA RELAJACIÓN

Lazaro (1993) resume en dos puntos las razones por las que se utilizan las técnicas de relajación en la reeducación psicomotriz:

- En primer lugar, porque son métodos con mediación corporal, que ponen en relación el cuerpo del terapeuta y del individuo.
- En segundo lugar, porque atienden a la globalidad del ser humano, beneficiando conjuntamente los aspectos físicos y psíquicos. Ejercen su acción sobre el tono muscular pero no se limitan a él sino que tratan de lograr un control de la afectividad y de las emociones, además de contribuir a la elaboración de la imagen corporal.

Los orígenes de los métodos de relajación se encuentran en el yoga y la hipnosis. El yoga pretende que el hombre sea capaz de controlarse y suprimir sus tensiones mentales (Masson, 1985) a través de la respiración, la posturas y la concentración mental. La hipnosis ha dejado

conceptos como la inducción y la sugestión. Los primeros métodos de relajación que se desarrollaron en Occidente fueron la relajación progresiva de Jacobson y el entrenamiento autógeno de Schultz.

4.1. La relajación progresiva de Jacobson

Este procedimiento fue desarrollado inicialmente por Jacobson (1938) y está basado en sus trabajos sobre fisiología muscular. La relajación para él consistía en la ausencia de cualquier contracción muscular y era el punto de partida para conseguir la tranquilidad mental. Para ello discriminar las señales de tensión a través de ejercicios sistemáticos de tensión-relajación. El objetivo es enseñar a la persona a relajarse por medio de ejercicios en los que tense y destense alternativamente los distintos grupos musculares. De esta forma se espera que posteriormente sea capaz de identificar las señales fisiológicas de sus músculos cuando están en tensión y ponga en marcha las habilidades aprendidas para relajarlos.

Originariamente su método requería un aprendizaje bastante largo, exigiendo sesiones de media hora a una hora de duración, tres veces por semana, por espacio de varios meses. Posteriormente diversos autores han modificado el procedimiento acortando su duración. Así, Berstein y Borkovec (1983) desarrollan una guía general para llevar a cabo el entrenamiento en relajación en diez sesiones.

En las primeras sesiones el ambiente debe ser tranquilo, libre de distracciones, con una temperatura agradable y con una iluminación tenue. En un principio las posturas de sentado o tumbado son las más indicadas. Antes de comenzar con la relajación, es conveniente explicar a la persona los ejercicios que se van a rea-

lizar, con una demostración mediante la técnica de modelado. La relajación comienza estableciendo una sintonización de reposo: se le invita a cerrar los ojos y centrarse en sus sensaciones corporales tratando de sintonizar con una sensación de calma y tranquilidad e intentando detectar cualquier sensación de tensión y tratando de relajarse. A continuación se llevan a cabo los ejercicios de tensión-relajación, durante los cuales el terapeuta va dando las instrucciones con voz pausada, relativamente monótona y con escaso volumen. Al dar las instrucciones, es conveniente indicar primero de forma detallada qué deberá hacerse y luego señalar el momento en que se debe comenzar a hacerlo. Se indica no sólo lo que tiene que realizar, sino también cómo debe sentirse, o a qué tipo de sensaciones dirigirá su atención, manteniendo de forma constante el contacto verbal. Cada ejercicio se realiza dos o tres veces seguidas, alternando los períodos de tensión (aproximadamente diez segundos) con períodos de relajación (por lo menos tres veces más largos que los de tensión). Finalmente se realiza un recorrido mental por las zonas que se han relajado y se sale del estado de relajación, por ejemplo movilizándolo poco a poco las áreas trabajadas, estirándose, haciendo unas respiraciones profundas y abriendo los ojos.

TABLA 6.3

Procedimiento de Berstein y Borkovec

Número de sesión	Grupos musculares	Tipo de ejercicio
1, 2, 3	16	Tensión-relajación
4, 5	7	Tensión-relajación
6, 7	4	Tensión-relajación
8	4	Relajación
9	4	Relajación/recuento
10	—	Recuento

TABLA 6.4
Grupos musculares del procedimiento de Berstein y Borkovec

Dieciséis grupos musculares	Siete grupos musculares	Cuatro grupos musculares
1. Músculos de la mano y antebrazo dominante	1. Músculos del brazo dominante	1. Músculos de los dos brazos
2. Músculos del bíceps dominante		
3. Músculos de la mano y antebrazo no dominante	2. Músculos del brazo no dominante	
4. Músculos del bíceps no dominante		
5. Músculos de la frente	3. Músculos de la cara	2. Músculos de la cara y el cuello
6. Músculos de las mejillas y nariz		
7. Músculos de las mandíbulas		
8. Músculos del cuello y garganta	4. Músculos del cuello y la garganta	
9. Músculos del pecho, hombros y parte superior de la espalda	5. Músculos del pecho, hombros, espalda y abdomen	3. Músculos del pecho, hombros, espalda y abdomen
10. Músculos de la región del estómago, abdomen y parte inferior de la espalda		
11. Músculos del muslo dominante	6. Músculos de la pierna dominante	4. Músculos de las dos piernas
12. Músculos de la pantorrilla dominante		
13. Músculos del pie dominante		
14. Músculos del muslo no dominante	7. Músculos de la pierna no dominante	
15. Músculos de la pantorrilla no dominante		
16. Músculos del pie no dominante		

En las tres primeras sesiones se trabaja con 16 grupos musculares y en las siguientes se van unificando: siete grupos musculares en la cuarta y quinta sesiones, cuatro grupos musculares a partir de la sexta sesión y todo el cuerpo en la décima; los ejercicios de tensión-relajación se suprimen en la sesión octava, realizándose ya sólo un recorrido mental por las zonas que se van relajando e introduciendo la relajación por recuento en la novena sesión. Durante la relajación por recuento el terapeuta va contando del uno al diez mientras realiza un recorrido mental por las distintas partes del cuerpo haciendo sugerencias de relajación.

La relajación progresiva de Jacobson puede utilizarse con niños a partir de los seis años. Linares (1997) afirma que este método puede utilizarse con cualquier persona con necesidades especiales, siempre que no presenten parálisis o amputación de la musculatura implicada o adolezcan de problemas cognitivos para entender lo que se pretende.

4.2. El entrenamiento autógeno de Schultz

Deriva de los procedimientos de hipnosis y trata de mimetizar los logros de ésta produciéndoselos el propio sujeto. Permite alcanzar estados de reposo y concentración sin que se precise la colaboración de otra persona. Schultz, en su intento de aplicar autohipnosis, advierte que los sujetos que lo hacían con éxito pasaban por sensaciones de pesadez, calidez de los miembros, regularización de los latidos cardíacos, respiración calmada, sensaciones de calor abdominales y frescor frontal (Schultz, 1987). Intenta producir la desconexión mediante sensaciones físicas; a partir de la tranquilidad mental se trata de llegar a una relajación muscular.

Recomienda que se inicie la relajación adoptando una postura cómoda, cerrando los ojos (para reducir la estimulación aferente) y, con una *sintonización de reposo*, repitiendo mentalmente la frase «estoy completamente tranquilo».

En su método existen dos ciclos, uno inferior y otro superior. El grado inferior consta de seis etapas:

1. *Relajación muscular*: cuando la persona está en actitud de reposo y tranquilidad, se trata de inducir una sensación de peso. Para ello primero repite mentalmente «el brazo derecho me pesa mucho», fórmula que se extiende posteriormente a ambos brazos y piernas para finalizar diciendo «el cuerpo pesa».
2. *Relajación vascular*: previa sintonización de reposo, y una vez que haya conseguido una relajación muscular, se trata de lograr una vivencia de calor. Repite mentalmente la frase «el brazo derecho está caliente», que se aplicará posteriormente a ambos brazos y piernas para finalizar con «todo el cuerpo pesa y está caliente».
3. *Relajación cardíaca*: se trata de conseguir una vivencia de tranquilidad y estabilidad con el objetivo de percibir las sensaciones del ritmo cardíaco. Repite mentalmente la frase «el corazón late tranquilo y fuerte».
4. *Regulación respiratoria*: se pretende un control de la respiración. En esta etapa se debe evitar cualquier cambio forzado, para lo cual conviene dejarse llevar por la respiración. Repite mentalmente la frase «la respiración es tranquila».
5. *Regulación de los órganos abdominales*: debe aprender a sentir en la región abdominal una sensación de calor intenso y fluido. Repite mentalmente la frase «el plexo solar irradia calor».

6. *Regulación de la región cefálica*: se trata de conseguir una vasoconstricción frontal, de introducir una sensación de frescor en la cabeza. Repite mentalmente la frase «la frente está agradablemente fresca».

Para alcanzar el grado superior, es condición previa el dominio seguro y rápido del grado inferior. Se compone de siete ejercicios, cada uno de los cuales consiste en dejar surgir en el campo de la consciencia ideas particulares, tales como el descubrimiento del propio color, reflexiones introspectivas, concepciones sobre sí mismo y sobre la vida.

Como recomienda Linares (1997), cada ejercicio debe realizarse de cinco a quince minutos, y no se puede pasar al siguiente hasta que no se domine. Este método requiere una mayor implicación cognitiva, y no es aconsejable en la discapacidad intelectual de moderada a profunda. Sin embargo, es especialmente recomendable en deficiencia visual, por el gran componente propioceptivo que esta técnica entraña.

4.3. La relajación terapéutica de Berges y Bounes

Este método es heredero de los trabajos de Schultz y Ajuriaguerra, va dirigido específicamente a la reeducación de niños con dificultades y su desarrollo está expuesto en el libro *La relajación terapéutica en la infancia* (Berges y Bounes, 1983).

La sesión de relajación consta de tres partes:

- *Concentración y representación*: el terapeuta invita al niño a cerrar los ojos, imaginar una escena, un recuerdo o una pintura que le sugiera calma e intentar

sentir lo tranquilo que se encuentra en ese momento. En tres o cuatro ocasiones se repiten las palabras «calma», «tranquilo», «imagen», «representación». Se le sigue invitando a mantener los ojos cerrados y se le dice «piensa en tu interior» o «mira en tu interior». Esta parte tiene una duración aproximada de 60 a 90 segundos.

- *Distensión neuromuscular*: el terapeuta indica al niño que a continuación va a ir tocando y nombrando las distintas partes del cuerpo que va a relajar. En el caso de la primera sesión, en la que se relaja el brazo dominante, el terapeuta va tocando y nombrando las distintas partes del brazo siguiendo un orden topográfico (de proximal a distal): hombro, brazo, codo, antebrazo, muñeca y mano. No se trata de presionar ni de dar un masaje, simplemente va apoyando la palma de la mano sobre cada zona para que tome conciencia de ella. Paralelamente se va induciendo una idea de distensión, de lasitud, de ligereza, con una representación mental de dichas cualidades («están en reposo, en calma, como un tejido suave...»), y se refuerza mediante el contraste con características negativas («no está alerta, no está activo, no está contraído»). Después de un breve silencio, el terapeuta le indica que a continuación le va a mover suavemente la parte del cuerpo que está relajando para que controle qué zonas están todavía tensas. El terapeuta irá movilizandolas articulaciones lentamente, sin sacudidas, siguiendo un orden topográfico (de distal a proximal); en el caso de la sesión en la que se relaja el brazo, irá moviendo lentamente la muñeca, el codo y el hombro. Por último, se introduce la sugestión

de peso; en el caso de la sesión de relajación del brazo, indicaría: «tu brazo está en reposo, es cada vez más pesado, desciende hasta el fondo de la colchoneta; tu brazo está tranquilo mientras se va hundiendo plácidamente».

- *Regreso*: en primer lugar, abandona la atención que prestaba a la zona que estaba relajando y la centra en la zona que se relajará en la próxima sesión y se contrastan las sensaciones; moviliza y estira los músculos que se han relajado y, por último, realiza unas respiraciones profundas y abre los ojos.

La tabla 6.5 muestra la progresión que se sigue en el entrenamiento. A partir de la sesión en que se relaja la pierna izquierda comienza a disminuir la intervención del terapeuta, por ejemplo suprimiendo las movilizaciones o la palpación.

TABLA 6.5

Progresión en la relajación terapéutica de Berges y Bounes

- | |
|-----------------------------|
| — Brazo dominante |
| — Brazo no dominante |
| — Ambos brazos |
| — Pierna dominante |
| — Pierna no dominante |
| — Pierna dominante y brazos |
| — Pierna no dominante |
| — Brazos y piernas |
| — Glúteos |
| — Espalda |
| — Nuca y cuello |
| — Generalización |
| — Plexo solar |
| — Cara |
| — Ojos |
| — Frente |

Cuando se aborda la relajación de los glúteos, pueden surgir problemas con el vocabulario (que se irá adaptando en función de la edad y de las características de los niños) y especialmente porque es una parte del cuerpo que no se ve directamente. Se sugiere la idea de que es una prolongación de los muslos, aunque también se puede movilizar la pelvis o utilizar un espejo. Esta dificultad también puede surgir con la espalda, en cuyo caso se vuelve a insistir en la idea de continuidad (los glúteos se prolongan en la espalda). Esta misma idea de continuidad se sugiere cuando se comienza a trabajar con el cuello y la nuca.

Dan mucha importancia a la generalización, que consiste en la integración de cada una de las partes que se han ido trabajando en un todo. Su finalidad es que el niño perciba su cuerpo como un conjunto, como una unidad. Hacia el final de una sesión en la que haya propuesto la relajación del cuello, el terapeuta recapitula lo que ha sido objeto de las sesiones anteriores y dice: «los brazos, las piernas, los glúteos, los músculos de la espalda, hombro y cuello están en reposo y en calma. Han adquirido peso e importancia. Poco a poco se funden en un conjunto tranquilo, de modo que cuanto toca la colchoneta forma una unidad, un todo. Sientes tu cuerpo totalmente en calma, flexible y pesado».

Cuando se aborda la generalización es frecuente que el niño hable de su respiración espontáneamente, que exprese dificultades como una carencia de aire, entonces se inicia la etapa respiratoria de la relajación. El terapeuta le indica que se fije en su respiración, coloca su mano sobre el abdomen del niño para que constate que el movimiento proviene de allí y le pide que observe que se trata de un ritmo, que trate de comunicar dicho ritmo a todo el cuerpo. Así se introduce la significación global y unitaria de la respiración. Progresivamente irá disminuyendo el ritmo respiratorio evocando

la idea de calma: «la respiración es regular, ligera, tranquila, cada vez más calmada...». Una vez generalizada y aminorada la respiración, casi siempre pasa a ser diafragmática y abdominal. Se pide al niño que constate que dicha respiración tiene su origen en el abdomen (plexo solar), y entonces se inicia la relajación de esta zona sugiriendo una sensación de calor.

Para la relajación de la cara, el terapeuta toca con ambas manos, a la vez que las va nombrando, las distintas partes: «los labios, las mejillas, las aletas de la nariz, las sienes, las cejas, se relajan, están en calma, ligeras». En este caso la palpación debe ser como un masaje, sin tocar la frente. Una vez que las regiones nombradas se han distendido, se intenta la relajación de los ojos: «los ojos están reposando apaciblemente». Por último, para la relajación de la frente se sugiere una idea de frescor.

Este método de relajación está indicado especialmente para niños con dificultades, aunque los autores no precisan el tipo de patología. El inconveniente que presenta es que es necesario un terapeuta por cada persona que se va a relajar, aunque en la práctica esta dificultad se puede superar situando a los participantes en parejas. Uno de los miembros de la pareja actuará como «ayudante», tocando y movilizand las partes del cuerpo que el terapeuta va indicando.

4.4. Las técnicas de relajación en la sesión de psicomotricidad

Las técnicas que se han descrito suelen utilizarse en las *sesiones dirigidas* y pueden aplicarse en cualquier momento de la sesión:

- a) En los momentos iniciales, en la parte de *preparación*, sirven para reducir estados de activación y mejorar la concentración en personas hiperactivas; en el

caso de que haya un excesivo tono muscular, permite reducirlo y realizar mejor actividades de coordinación posteriormente (Porretta, 1990).

- b) Cuando el objetivo principal de la sesión es el trabajo sobre el tono muscular, la relajación o incluso la imagen corporal, se puede utilizar durante la parte del *contenido principal*.
- c) Más frecuentemente se aplican en la parte de *vuelta a la calma*, en especial cuando se han realizado actividades que implican movimiento de manera que preparen para recuperar un estado normal.

5. LA EUTONÍA DE GERDA ALEXANDER

La eutonía es una técnica basada en la búsqueda de una tonicidad equilibrada, en adaptación constante y ajustada al estado o a la actividad del momento (Alexander, 1983). Su objetivo es el dominio consciente de toda la gama de variaciones tónicas (del tono pesado al tono ligero) con vistas a una adecuada adaptación a las circunstancias encontradas (Murcia, 1993).

El término «eutonía» proviene del griego y significa tensión natural y armoniosa. Se trata de que los movimientos se efectúen con un mínimo de energía y un máximo de eficacia, de que se invierta la tensión o energía necesaria al gesto, ni más ni menos.

Es un método con una técnica activa y no directiva, cuya responsabilidad se deja en manos del individuo. El terapeuta no hace sugerencias para que la persona sienta una u otra sensación, sino que se trata de observar lo que se percibe en cada movimiento. Se desarrolla la aptitud de ser objeto de la propia observación y de vivir simultáneamente los cambios

que esta observación produce en el organismo. Alexander recomienda trabajar en grupos de al menos ocho participantes con el fin de que la persona no se sienta observada y de que contemple distintas maneras de alcanzar el mismo fin.

La acción sobre el tono se obtiene dirigiendo la atención sobre determinadas partes del cuerpo, su volumen, su espacio interior, la piel, los tejidos, los órganos, el esqueleto y el espacio interior de los huesos. Considera que la toma de conciencia del sistema óseo es importante para evitar la tendencia a aflojarse, al mismo tiempo que proporciona seguridad interior y resistencia.

5.1. Las tensiones musculares

Las tensiones musculares se ponen de manifiesto a través del inventario de las zonas corporales y de las posturas de control.

5.1.1. *El inventario de las zonas corporales*

El trabajo comienza con una invitación a sentir el propio cuerpo, generalmente acostados sobre el suelo. Se realiza un inventario de las zonas corporales que tocan el cuerpo, percibiendo las superficies parciales que contactan con el suelo y después generalizándolas hasta lograr la unidad corporal, primero sintiendo las partes externas y luego las más internas. Dicho inventario puede iniciarse en una posición de decúbito dorsal y continuarse en todas las posiciones deseadas (decúbito lateral, decúbito prono, etc.). Los participantes se colocan sobre superficies que tengan diversas texturas y solidez con el fin de que perciban la mayor cantidad de información propioceptiva posible.

5.1.2. *Las posturas de control*

Las posturas de control van a poner también de manifiesto las tensiones musculares. Permiten comprobar si nuestros músculos tienen la elasticidad y longitud normales. Como muestra la figura 6.1, algunas de las posturas de control que se pueden utilizar son:

1. Sentado de rodillas, sobre los talones, con los dedos de los pies flexionados: permite comprobar si existe tensión en los dedos de los pies y los tobillos.
2. Sentado de rodillas, sobre los talones, con los dedos de los pies extendidos y el empeine tocando el suelo: permite comprobar si existe tensión en la articulación del tobillo y los dedos de los pies.
3. Sentado sobre los huesos de los glúteos (isquiones) con las piernas flexionadas a los lados del cuerpo y ligeramente separadas. Pone de manifiesto la elasticidad de las rodillas, la cadera y los músculos anteriores a los muslos.
4. Sentado en el suelo, con las piernas flexionadas, las manos entre las piernas agarrando por delante los tobillos y la frente tocando las rodillas. Va estirando progresivamente las piernas mientras la frente sigue tocando las rodillas. Esta postura pone de manifiesto la elasticidad de la espalda, la nuca y los músculos y articulaciones de las piernas.
5. Tumbado de espaldas, flexionar las piernas hacia atrás intentando tocar con las rodillas las orejas. Pone de manifiesto la flexibilidad de la columna vertebral y de la musculatura lateral del cuello.
6. Tumbado de espaldas, con las piernas flexionadas, las plantas de los pies tocando el suelo y las manos por detrás de la cabeza, llevar las rodillas hacia

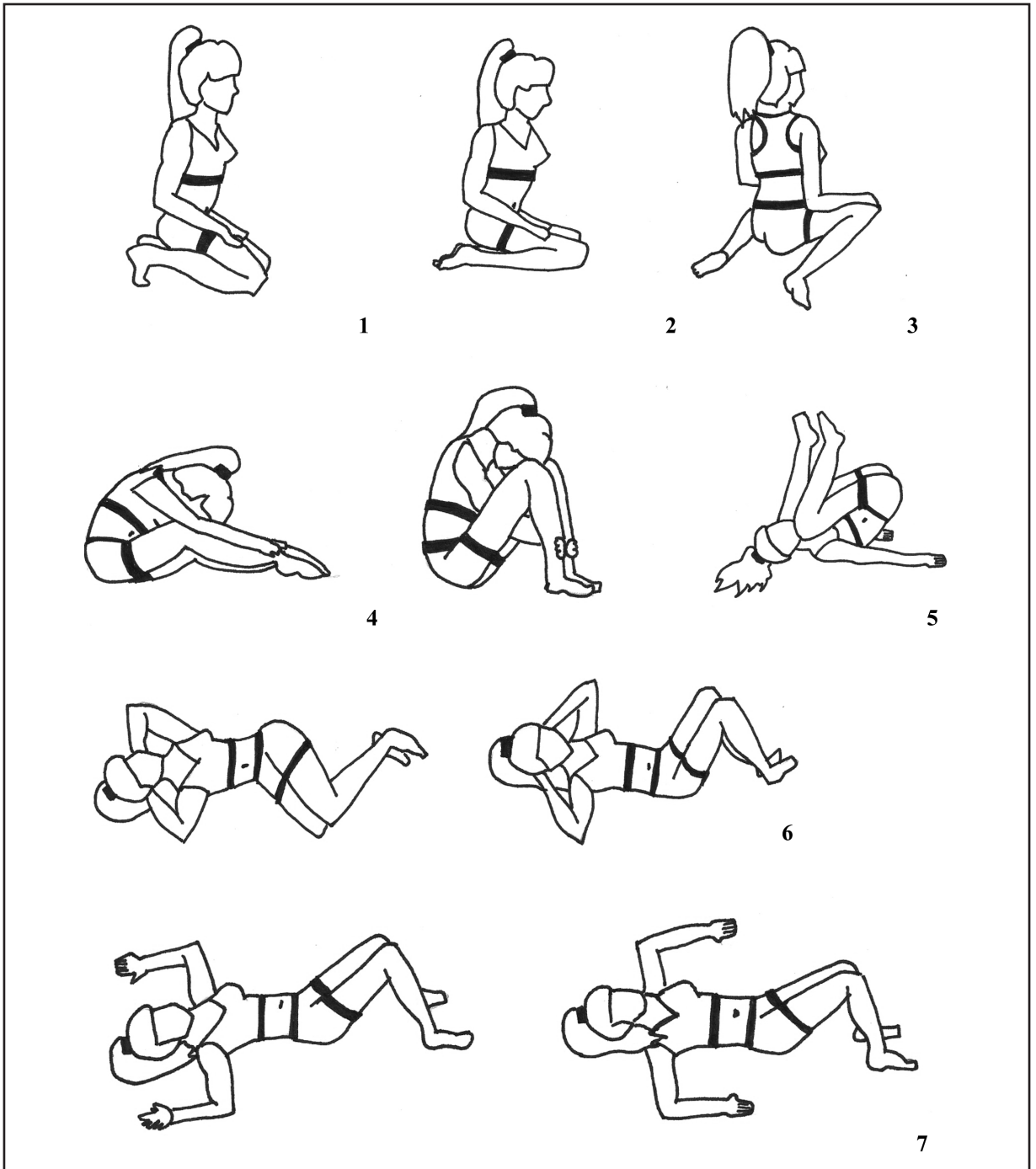


Figura 6.1. Las posturas de control (ilustraciones de Belén Cerdeira).

un lado y hacia otro sin levantar los omoplatos del suelo. Permite comprobar la flexibilidad de la musculatura de la espalda y de las articulaciones de la cadera.

7. Tumbado de espaldas, con las piernas flexionadas, las plantas de los pies tocando el suelo y los brazos paralelos entre sí en un ángulo de 90° por el codo. Primero con las manos por encima de la cabeza y las palmas hacia arriba, y después hacia abajo, con las palmas de las manos tocando el suelo, a la altura de las caderas. Los hombros, los codos, las muñecas y las manos están en contacto con el suelo. Pone de manifiesto la elasticidad de hombros, brazos y manos.

Si los músculos tienen una longitud normal, estas posiciones pueden adoptarse sin dificultad, como si se tratara de posturas de descanso. Si están acortados, provocan sensaciones dolorosas, molestas o son impracticables. Estas posiciones de control deben utilizarse con ciertas precauciones, pues la morfología (obesidad, relaciones segmentarias, etc.) puede perturbar su realización.

5.2. La respiración

El siguiente paso es el trabajo sobre la respiración, que se realiza de una forma indirecta, quitando las tensiones que impiden una respiración correcta. Evita hablar de ella, sobre todo al principio, porque en el momento en que se nombra se altera. La respiración ha de ser libre; el objetivo es desarrollar la capacidad de ser el propio observador de la respiración, sin modificarla de forma voluntaria (Digelmann, 1981).

5.3. El contacto

Alexander diferencia entre tacto y contacto. Por el tacto experimentamos la delimitación de nuestro cuerpo y obtenemos información del mundo que nos rodea; el contacto permite ir más allá, traspasando la periferia de nuestra piel. El contacto de los pies con el suelo, de las manos con un instrumento o material de modelar lleva a una armonización de las tensiones emocionales. Se pueden realizar ejercicios de contacto con objetos o con los otros.

Cuando establecemos contacto con un objeto, hemos de ser abiertos y receptivos y buscar entrar en equilibrio y en armonía con ese objeto. Se utilizan materiales de diferentes tamaños, superficies, constitución, etc., como, por ejemplo, pelotas de tenis, balones grandes de goma, pelotas medianas de gomaespuma, cuerdas, cañas de bambú, etc.

El contacto con otra persona no se inicia hasta que la regulación del tono haya alcanzado un estado de equilibrio tal que no pueda perjudicar el de la otra persona (si estoy tenso, voy a transmitir tensión). En estos ejercicios se trata de tomar conciencia del organismo del otro a través de un punto de su cuerpo. Se realizan también ejercicios de manipulación, en los que cobra especial sentido el contacto con las manos. Consiste en la realización de diversos tipos de automasaje y/o de masajes en pareja.

5.4. El movimiento

Finalmente se ocupa del movimiento que se caracteriza por la ligereza en su ejecución y el empleo de poca energía. Esto presupone que todas las fijaciones del tono hayan sido suprimidas. Las experiencias de tono ligero y de movimiento son fundamentales. La toma de con-

ciencia del hueso conduce a una sensación de ligereza y desencadena frecuentemente el deseo de moverse. También el trabajo sobre la toma de conciencia de la piel permite vivir con frecuencia esta experiencia de ligereza. Los movimientos deben ser ejecutados con la sensación de las variaciones de contacto con el suelo, la conciencia del espacio interior, una respiración libre y la conciencia de los huesos. Cada persona experimenta todas sus posibilidades sin demostración alguna por parte del terapeuta, sin indicación de ritmo o de forma y sin acompañamiento musical que estimule. Una vez que el tema del movimiento ha sido desarrollado en todas sus posibilidades de improvisación, el individuo retiene los motivos del movimiento que le parecen mejores, en una forma fijada que permite la repetición. Durante las repeticiones necesarias, el movimiento debe seguir siendo vivido. El movimiento se practica primero de forma individual, después con un compañero y finalmente en grupo. Se da cuenta de las fijaciones y de los límites de sus movimientos, y se trata de desarrollar la expresión corporal del individuo.

5.5. La eutonía en la sesión de psicomotricidad

La eutonía, al ser un método activo y no directivo, se utiliza frecuentemente en *sesiones vivenciadas*, especialmente en el trabajo con los adultos, como una técnica con mediación corporal. Permite abordar un trabajo de escucha sobre el cuerpo para llegar a la regularización del tono.

Según Alexander (1983), la eutonía permite:

- Restaurar la sensibilidad de toda la superficie corporal, mejorando así la imagen corporal.

- Aumentar la vitalidad de la persona.
- Regular el tono, ayudando a eliminar estados depresivos o eufóricos.
- Desarrollar de forma óptima un medio de expresión (modelado, pintura, dibujo, etc.) al permitir una flexibilidad del tono.

Brand (1997) advierte que la eutonía tiene influencia en los componentes:

- Físico o motor, produciendo un incremento de la energía corporal.
- Cognitivo, mejorando la concentración.
- Social o relacional, mejorando la capacidad de relacionarse con los demás.

6. LA DANZA

El poder terapéutico de la música y la danza es bien conocido desde las civilizaciones antiguas. García Ruso (1997) define la danza como una actividad humana universal, motora, polimórfica, polivalente y compleja. Esta definición entraña diversos aspectos:

- *Universal*: se extiende a lo largo de toda la historia de la humanidad, desde los tiempos primitivos, en ambos sexos (tanto hombres como mujeres) y a todas las edades (desde los niños hasta los ancianos).
- *Motora*: a partir de estructuras rítmicas, utiliza el cuerpo a través de técnicas corporales para expresar ideas, emociones y sentimientos; por tanto, sería más adecuado decir que es una actividad psicomotora.
- *Polimórfica*: se presenta de distintas formas, como son la danza clásica, moderna, folclórica, etc.

- *Polivalente*: es aplicable a distintas áreas, como son el arte, la educación, el ocio o la terapia.
- *Compleja*: conjuga e interrelaciona varios factores (biológicos, psicológicos, sociológicos, históricos, estéticos, morales, políticos, técnicos, geográficos), conjuga la expresión y la técnica y es simultáneamente una actividad individual y de grupo.

La danza permite al individuo exteriorizarse y sentir su cuerpo, tomando conciencia de la posición y tensión de los músculos. Es a la vez una actividad psicomotriz y un arte, ya que combina armoniosamente los movimientos ininterrumpidos en el espacio, que la audición musical crea y ordena. Como señala Gaetner (1981), se trata de la expresión corporal más perfecta y elaborada porque exige la concordancia entre espacio y tiempo.

6.1. Tipos de danza utilizados en psicomotricidad

Como su propia definición indica, la danza es una actividad polimórfica, que se puede encontrar bajo diversas formas. Algunas de las más utilizadas en psicomotricidad han sido la danza clásica, la danza moderna y la danza folclórica.

6.1.1. *La danza clásica*

Es considerada la base de todas las danzas y descansa sobre unos principios rigurosos. Proporciona un dominio de todo el cuerpo mediante una gimnasia preparatoria, constituida por ejercicios que se realizan en la barra y que pretenden la adquisición de equilibrio, flexibi-

lidad, relajación y elongación muscular. La realización de estos ejercicios requiere además un conocimiento del esquema corporal. La barra va a ayudar al individuo a encontrar el equilibrio de su cuerpo.

Los movimientos se construyen alrededor del eje corporal, que es la columna vertebral. Estos movimientos están rigurosamente tipificados y parten de cinco posiciones fundamentales para volver a ellas. La educación rítmica resulta excelente, ya que todos los ejercicios se acompañan de música (Luthi y Luthi, 1987; Masson, 1987b).

6.1.2. *La danza moderna*

La transición de la danza clásica a la danza moderna se realiza con la bailarina Isadora Duncan. Para esta bailarina, la danza era expresión de libertad; busca una danza expresiva. En la danza clásica la base de todos los movimientos está en el centro de la columna vertebral, lo que produce un movimiento mecánico y artificial. Para Isadora Duncan el centro de irradiación del movimiento debe encontrarse donde las emociones son sentidas con el máximo de intensidad, en las proximidades del plexo solar (Defontaine, 1978). Es una de las formas de danza que ofrece al cuerpo una mayor libertad de movimiento en sus coordinaciones estáticas y dinámicas (Luthi y Luthi, 1987), por ello es una de las que más se ha utilizado en terapia, ya que su estilo es flexible y su técnica se basa en movimientos funcionales y naturales del cuerpo.

6.1.3. *La danza folclórica*

El trabajo técnico se basa en la danza clásica, pero los ritmos son más acentuados. Con-

duce al individuo a integrarse en un conjunto, pues las danzas se efectúan de la mano, a menudo en rondas, y obedecen a un ritmo preciso al que se somete cada uno, lo cual aumenta la participación de todos (Masón, 1987b). Tiene un profundo carácter social, y en ellas la pertenencia al grupo es más importante que la individualidad.

6.2. Utilización terapéutica de la danza

La terapia por la danza o danzaterapia surge en los hospitales psiquiátricos de Estados Unidos en 1941. Las primeras experiencias sistemáticas se deben a Bartenieff y Schoop. Inmediatamente se comprobaron sus efectos beneficiosos:

- Produciendo un incremento de las aptitudes físicas y motoras (integración sensorial, equilibrio, coordinación dinámica general, relajación y conciencia del cuerpo, flexibilidad, capacidad respiratoria).
- Contribuyendo a la mejora del autoconcepto, de la capacidad de autoafirmación y de la espontaneidad y encauzando la agresividad.
- Facilitando el proceso de integración social, al bailar en grupo.

Paralelamente en Francia:

- En 1956, Rose Gaetner comienza a utilizar la danza clásica en el hospital de Santos Dumont en París con niños psicóticos y autistas. Propone una reeducación psicomotriz que emplea la danza y la música, que será más ampliamente analizada en el capítulo de intervención psicomotriz en trastorno mental severo.

- Laura Sheleen, americana de origen sueco, se traslada en 1954 a París y desde 1972 se instala en Borgoña, donde difunde su método, la danza educativa moderna, junto con su discípulo Jacques Dropsy. Defienden que el cuerpo en movimiento se tiene que sentir como una unidad funcional que incluye el tiempo, el espacio y la energía. Realizan una preparación en el suelo que permite tomar conciencia de hipertonías e hipotonías, regularizando el tono. Enseñan a la vez a 8-15 alumnos empleando la dinámica de grupos. Trabajan con coreografías elementales y accesibles a todos (Sheelen y Dropsy, 1987).
- En 1978, la obra principal de Schoop se presenta a los lectores de la revista *Thérapie Psychomotrice*, y comienza a impartir cursos de formación a los psicomotricistas y profesores de educación física franceses.

6.3. La danza en la sesión de psicomotricidad

La danzaterapia puede aplicarse en tratamientos psicomotrices de tipo educativo, reeducativo y terapéutico; en distintas edades (niños, jóvenes, adultos y ancianos); con personas que presentan distintos trastornos (discapacidad intelectual, visual, auditiva, motórica, etc.), y especialmente está indicado en autistas, psicóticos y sordociegos como vía para instaurar y restaurar la comunicación y facilitar la expresión.

Martínez y Aledo (2002) ofrecen algunas recomendaciones a la hora de utilizar la danza en las sesiones de psicomotricidad:

- Se puede trabajar de forma individual o grupal, pero es más conveniente el traba-

jo en grupo con el fin de que los participantes aprendan a relacionarse.

- No conviene integrar en el grupo a más de seis participantes, ya que trabajar en un contexto no verbal requiere un esfuerzo considerable.
- Es necesario considerar la presencia de un ayudante como observador activo y como auxiliar, especialmente cuando aumenta la complejidad y problemática de los participantes.
- El terapeuta controlará la selección de ejercicios, actividades y danzas, la progresión en dificultad, la duración de las sesiones y las condiciones ambientales.

7. LA EXPRESIÓN PLÁSTICA

La expresión creativa es un medio y un instrumento. Para la persona, es un medio de expresión de su estado interior y su interpretación del entorno. Para el psicomotricista es un instrumento de evaluación, prevención, tratamiento y seguimiento.

- Es un instrumento de evaluación porque permite valorar si el desarrollo se está produciendo de forma adecuada y anticipar, y por tanto prevenir, dificultades futuras.
- Es una técnica de intervención porque a través de la expresión plástica se pueden ir trabajando algunos de los objetivos del tratamiento.
- Es un instrumento de seguimiento porque la comparación de los distintos trabajos que el individuo va realizando a lo largo del tratamiento permite comprobar su evolución.

Los medios de expresión plástica susceptibles de ser utilizados en la sesión de psicomotrici-

dad son múltiples: plastilina, arcilla, *collages*, etc., pero sin duda uno de los más empleadas es el dibujo.

7.1. Etapas y características del dibujo infantil

Para poder comprender y analizar el significado de los dibujos en las distintas edades, y por tanto conocer si el desarrollo se está produciendo de forma adecuada, es necesario conocer las etapas y características del dibujo infantil.

Luquet (1972) distingue cuatro etapas en el desarrollo del dibujo infantil:

7.1.1. *Realismo fortuito*

Esta etapa abarca hasta el final del período sensoriomotor. El dibujo es una prolongación de la actividad motora que queda plasmado en un soporte (el papel). Consiste básicamente en la realización de barridos de papel o garabatos.

Se llama realismo fortuito porque el parecido con el objeto que dice representar es casual o fortuito. En un principio no hay intención de representar nada, y si se pregunta al niño por lo que quería plasmar, responde que nada o que es un dibujo, pero en cuanto encuentra una analogía entre éste y un objeto real, pasa a considerarlo una representación de él e incluso intenta mejorarlo.

El dibujo carece en principio de intención realista, pero cuando el adulto pregunta «¿qué es esto?», proporciona un andamiaje y una finalidad a algo que en principio no la tiene. El niño empieza a hacer esfuerzos para representar algo.

El primer elemento que aparece es el *garabato*. Los primeros garabatos son desordenados, los movimientos son amplios, no utiliza dedos

ni muñecas para controlar el elemento que pinta y frecuentemente mira hacia otro lado mientras las realiza.

El segundo elemento es el *mandala*, que es una figura ovalada cerrada, de aparición anterior a cualquier figura cerrada con ángulos, y que servirá de base para el dibujo de la figura humana en la siguiente etapa.

7.1.2. Realismo frustrado

Esta etapa abarca desde los tres hasta los cuatro años, y su rasgo más importante es la incapacidad sintética. El niño todavía no es capaz de representar en una unidad todos los elementos del modelo, pero los coloca como puede. Las razones por las que no puede lograrlo son su falta de control motor y el carácter limitado y discontinuo de la atención infantil.

Los garabatos son más elaborados, se distribuyen por todo el espacio, empieza a poner nombre a sus dibujos y a veces describe de forma verbal lo que está haciendo. Hacia los tres o cuatro años ya plasma formas reconocibles.

Dentro de esta etapa merecen una especial atención los *cabezudos*, que van a ser la primera representación de la figura humana. Consisten en una forma circular de la que salen directamente brazos y piernas, sin que el tronco tenga importancia. Su representación se irá haciendo más elaborada con la adición de un rondel entre ambas piernas que representa el vientre, y en algunas ocasiones con la inclusión del tronco.

7.1.3. Realismo intelectual

Esta etapa abarca desde los cinco hasta los siete años, y se caracteriza porque el niño dibuja no lo que ve sino lo que sabe del objeto.

Quiere reproducir todos los detalles que conoce del objeto sin tener en cuenta la perspectiva, su posición, las partes ocultas, etc.

Valdés (1979) resume las características dependientes o derivadas del realismo intelectual:

- *La transparencia*: los niños tienden a informar de los detalles o formas que deben aparecer ocultos pero que ellos saben que existen.
- *El abatimiento*: consiste en la representación de objetos vistos desde arriba, lo que permite ofrecer una información completa de todos los detalles.
- *La separación de los planos*: aparece una separación del cielo y de la tierra en la representación del espacio exterior. Colocan una franja en la parte inferior del papel que representa la tierra, sobre la cual, y debajo de ella, dibujan objetos; en la parte superior del papel dibujan otra franja que representa el cielo, y allí colocan todos los objetos que pertenecen al espacio aéreo; en medio de ambas aparece un espacio en blanco.
- *La yuxtaposición de formas*: el niño percibe que unas formas ocultan a otras, pero las dispone de tal manera que no se oculten para dar información gráfica de la totalidad de las mismas. Crea un escalonamiento para colocar las figuras que están detrás de otras, situando al borde del papel los objetos más cercanos, encima de los cuales dispone otras formas o figuras que se encuentran detrás, y así sucesivamente.
- *El antropomorfismo*: es la tendencia infantil a atribuir características humanas a objetos que no las poseen.
- *La estereotipia*: consiste en la representación de un objeto siempre de la misma forma, es decir, el mismo modelo realiza-

do de forma automática para la representación de un determinado objeto.

Al dibujo de la figura humana se van añadiendo cada vez más detalles, de modo que ya no sólo aparecen cabeza, cuerpo, brazos y piernas, sino también ojos, nariz, pelo... y con frecuencia dibuja ropa en lugar de cuerpo.

7.1.4. *Realismo visual*

Hacia los ocho años el niño empieza a representar el modelo tal y como lo ve, tratando de ser auténticamente realista. Persisten todavía muchas de las características del realismo intelectual (la yuxtaposición de formas, el antropomorfismo, la estereotipia...), pero irán disminuyendo con la edad.

Los principales acontecimientos que se irán produciendo en esta etapa son:

- La desaparición de la separación de los planos y el surgimiento de la línea del horizonte.
- La toma de conciencia de lo que es la superposición.
- La búsqueda de distintas formas de representar; los dibujos ya no son tan esquemáticos.
- En la figura humana los detalles se van acercando más a la realidad y buscan también distintas formas de representar.

La evolución que se observa en otro tipo de representaciones con material que permite moldear, como la arcilla o la plastilina, es similar. En un principio es pura manipulación: amasan, presionan, amasan, golpean... Poco a poco aparecen formas alargadas a las que empiezan a poner nombres y van anexionando uno o dos detalles. Empiezan a representar la figura hu-

mana, que se va enriqueciendo con diferentes elementos corporales. Al final aparecen escenas con diferentes objetos y personas de gran colorido (Llorca y Sánchez, 2003).

7.2. El dibujo en la sesión de psicomotricidad

Colón (1998) propone las siguientes funciones que tiene el dibujo en la sala de psicomotricidad:

- *Expresión creativa*: potencia la utilización del color y la organización del espacio de la página, así como la imaginación.
- *Doble tránsito de lo vivencial a lo intelectual*: realizan un esfuerzo mental de trasladar lo experimentado mediante el cuerpo y el movimiento al pensamiento, plasmándolo de forma gráfica en un dibujo. Además, al final de la sesión explicarán lo dibujado al psicomotricista o al grupo, pasando de la expresión gráfica a la expresión verbal.
- *Social*: al ofrecerse la oportunidad de explicar al grupo el dibujo, se potencia tanto la propia identidad como el reconocimiento social de ser escuchado con respeto y aceptación. Además, si el dibujo se realiza en grupo, permite trabajar distintos objetivos de relación social.
- *Simbólica*: permite la elaboración intelectual de los conflictos emocionales vividos dentro de la sesión y que son reflejo de las tensiones de la vida cotidiana.
- *Seguimiento de la evolución*: comparando los sucesivos dibujos, se puede comprobar cómo se está produciendo el desarrollo, cómo va percibiendo sus propios cambios, los estancamientos, las crisis, etc.

- *Enriquecimiento de los recursos personales*: el psicomotricista no sólo deja a la persona en libertad para la expresión, sino que también interviene facilitando y enriqueciendo la propuesta.
- *Trabajo de la motricidad fina*: favorece el desarrollo de las habilidades motrices y de la grafomotricidad.

En la sala de psicomotricidad se pueden utilizar distintos métodos:

- a) *El dibujo libre*: en sentido estricto, se entiende como tal aquel que la persona realiza cuando lo desea, sobre el tema que desea y en la forma que desea. Sin embargo, lo que más frecuentemente suele ocurrir es que el psicomotricista asigne un tiempo dentro de la sesión para poder desarrollarlo. En este tipo de dibujos se llega a conocer muchos aspectos de la vida de la persona, en especial cuando se trabaja con niños. El

dibujo libre puede realizarse también en grupos, colocándose los participantes alrededor de una franja de papel o cartulina grande. Pueden comenzar poniéndose de acuerdo sobre el tema que van a representar o bien empezar a dibujar libremente todos; en este último caso se suele observar al principio dibujos aislados, pero posteriormente se establece una coordinación del equipo y una cooperación entre ellos.

- b) *El dibujo de ilustración de vivencias*: se trata de una ilustración o expresión gráfica de hechos y situaciones que han tenido un fuerte impacto emotivo. En psicomotricidad a veces se permite que al final realicen un dibujo para expresar las vivencias que han tenido durante la sesión. En él suelen reflejar aquellas vivencias que han tenido una repercusión emocional, bien por lograr una competencia en sus habilidades motrices, bien por la implicación afectiva.

RESUMEN

- Las técnicas de intervención aplicadas en la sesión de psicomotricidad son muy variadas y dependerán de las características de los participantes (edad, nivel de madurez, patología, preferencias), del tipo de sesión (dirigida o vivenciada), del momento concreto y de la propia formación del psicomotricista.
- El juego es la técnica más frecuentemente utilizada en las sesiones de psicomotricidad, ya que es de gran importancia para el desarrollo del niño, y la infancia es uno de los mayores ámbitos de aplicación de la educación y reeducación psicomotriz. Los juegos sensoriomoto-

res, que se realizan en los momentos iniciales de la sesión, van a permitir vivir situaciones de placer, tener conciencia del cuerpo y sus posibilidades de movimiento y adquirir nuevas conductas o habilidades. Los juegos simbólicos aparecen en un segundo momento de la sesión, y teniendo en cuenta el nivel madurativo se irá incrementando su complejidad. Los juegos de reglas se utilizan también en un segundo momento de la sesión, a partir de los siete años, y permiten además favorecer la relación que entablan con sus compañeros, el respeto hacia las normas, el esta-

blecimiento de acuerdos y resolución de conflictos.

- Los cuentos vivenciados son un recurso útil para niños entre los cuatro y los cinco años ya que, gracias al lenguaje y al movimiento, abordan y estimulan todas las dimensiones del niño. El niño se identifica con un personaje y el psicomotricista va asumiendo distintos roles a lo largo del mismo de manera que se van trabajando los objetivos que interesan, combinando momentos de actividad espontánea y dirigida.
- La relajación tiene una gran importancia en la reeducación y permite regular el tono muscular y elaborar la imagen corporal. Los métodos de relajación más utilizados en las sesiones de psicomotricidad dirigida han sido: la relajación progresiva de Jacobson (con sus posteriores adaptaciones), el entrenamiento autógeno de Schultz y la relajación terapéutica de Berges y Bounes (diseñada específicamente para los niños).
- La eutonía de Gerda Alexander se emplea fundamentalmente con adultos en las sesiones vivenciadas como una técnica con mediación corporal que se basa en la búsqueda de una tonicidad equilibrada, en adaptación constante y ajustada al estado o a la actividad del momento. Es una técnica activa y no directiva que trabaja la eliminación de tensiones

musculares, la respiración, el contacto y el movimiento.

- La danza, aunque es una actividad utilizada con menor frecuencia, tiene la ventaja de poder aplicarse a todas las edades. La danza clásica proporciona un dominio de todo el cuerpo, la danza moderna procura una mayor libertad de movimientos y la danza folclórica permite al individuo integrarse en el grupo. La danzaterapia puede aplicarse en tratamientos psicomotrices de tipo educativo, reeducativo y terapéutico y está especialmente indicada en autistas, psicóticos y sordociegos como vía para instaurar y restaurar la comunicación y facilitar la expresión.
- La expresión plástica es un instrumento de evaluación, prevención, tratamiento y seguimiento. Uno de los medios de expresión plástica a los que más se recurre en la sesión de psicomotricidad es el dibujo. No obstante, para poder comprender y analizar el significado de los dibujos en las distintas edades, y por tanto para conocer si el desarrollo se está produciendo de una forma adecuada, es necesario conocer las etapas y características del dibujo infantil. Como técnica de intervención los métodos de dibujo más utilizados en la sesión de psicomotricidad son el dibujo libre y el dibujo de ilustración de vivencias.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Alexander, G. (1983). *La eutonía. Un camino hacia la experiencia total del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
La autora expone la filosofía del método. Existen otros libros más actualizados en los que se expone esta técnica con ejercicios para poder

llevar a cabo en las sesiones, pero para comprender la filosofía del modelo es necesario leer el libro de la autora.

Berges, J. y Bounes, M. (1983). *La relajación terapéutica en la infancia*. Barcelona: Masson.

Los autores exponen su método de relajación dirigido específicamente a niños con dificultades, detallando cómo llevarlo a cabo.

Berstein, D. A. y Borkovec, T. D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Presenta una guía general para llevar a cabo el entrenamiento en relajación en diez sesiones.

Delval, J. (2004). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo XXI.

Dedica un capítulo a «El juego», donde se desarrolla la clasificación que realiza Piaget de los distintos tipos de juego explicando en qué consiste cada uno de ellos y cómo se va produciendo la evolución.

Defontaine (1978). *Manual de reeducación psicomotriz. Primer año*. Barcelona: Médica y Técnica.

El capítulo dedicado a «Música y danzas» recoge la influencia que tiene la música a partir de sus componentes y ofrece una perspectiva histórica del desarrollo de la danza.

Martínez, R. y Aledo, F. J. (2002). Atención a la diversidad: expresión corporal, danza, danzaterapia y necesidades educativas especiales I. *Polibea*, 64, 20-31.

En este artículo (el primero de una serie de tres) se explica el significado de la danzaterapia, su historia, objetivos y ámbitos de aplicación. Asimismo, ofrece un ejemplo de sesión de danzaterapia.

Schultz, J. H. (1987). *El entrenamiento autógeno*. Barcelona: Científico-Médica.

El autor expone cómo llevar a cabo el método de relajación.

PARTE TERCERA

**Guía de evaluación e intervención
psicomotriz en la discapacidad**

Intervención psicomotriz en parálisis cerebral

7

-
1. Introducción.
 2. Desarrollo psicomotor.
 3. Evaluación psicomotriz.
 4. Intervención psicomotriz.
- Resumen.
Bibliografía recomendada.
-

1. INTRODUCCIÓN

Dentro de la intervención psicomotriz en deficiencias físicas se encuentran las alteraciones que están provocadas por una lesión clara, localizada en determinadas áreas del cerebro o del sistema nervioso, que afecta al desarrollo motor del individuo, siendo quizá el trastorno más representativo la parálisis cerebral (Escribá et al., 1999).

1.1. Definición y clasificación

El término «parálisis cerebral» se refiere a varios trastornos del movimiento y la postura que se deben a una anomalía no progresiva del cerebro inmaduro (Batshaw y Pret, 1986). Es una deficiencia motórica estática que se origina durante el período prenatal, perinatal o posnatal, con deficiencias asociadas que pueden incluir déficit de visión y audición, convulsiones, retraso mental, discapacidades del aprendizaje y problemas de alimentación, lenguaje y conducta (Erhardt, 1998).

La mayor parte de las clasificaciones de la parálisis cerebral se basan en la zona cerebral afectada y sus repercusiones en el tono muscular. Partiendo de este criterio, Sánchez y Llorca (2004) proponen que las cuatro formas clínicas más aceptadas serían:

- *Parálisis cerebral espástica*: es la más frecuente, y ocurre cuando la lesión está localizada en la corteza cerebral o en las vías subcorticales intracerebrales. Afecta a los movimientos voluntarios, al habla y a la función muscular. Se caracteriza por un tono muscular elevado que ocasiona rigidez en los movimientos y la incapacidad para relajar determinados grupos musculares.
- *Parálisis cerebral discinética o atetósica*: la lesión está localizada en el circuito extrapiramidal, en los núcleos de la base. Afecta al movimiento involuntario y a los reflejos; el enfermo presenta movimientos incontrolados que, en ocasiones, se desencadenan ante emociones, sobreesfuerzo intelectual o estímulos sensoriales.
- *Parálisis cerebral atáxica*: la lesión está localizada en el circuito cerebeloso y afecta al sentido del equilibrio y el sentido de la gravedad. Generalmente, las lesiones en el cerebelo cursan con hipotonía generalizada, así como una serie de dificultades en acciones que requieren la realización rápida de movimientos, tareas de precisión y de coordinación general.
- *Parálisis cerebral mixta*: es una combinación de las anteriores, de modo que se solapan unas alteraciones con las otras, afectando a varias estructuras encefálicas.

Atendiendo a la extensión o miembros afectados (Scherzer y Tscharnuter, 1990), se habla de *cuadrolejía*, cuando afecta a los cuatro miembros, con igual afectación de miembros superiores e inferiores; *diplejía*, cuando afecta a miembros superiores e inferiores, con afectación leve de los miembros superiores; *paraplejía*, cuando afecta a ambos miembros inferiores; *hemiplejía*, cuando afecta a un hemicuerpo, miembro superior e inferior del mismo lado, y *monoplejía*, cuando afecta a una extremidad, brazo o pierna.

1.2. Trastornos asociados

Erhardt (1998) señala que la lesión cerebral se acompaña frecuentemente de una serie de trastornos asociados:

- *Problemas con la alimentación*: pueden presentar incapacidad para coordinar la succión y deglución, problemas para tolerar las texturas de los alimentos sólidos y para masticar de forma satisfactoria algunos de ellos. También pueden manifestar reflujos gastroesofágicos y estreñimiento.
- *Problemas visuales*: se pueden encontrar problemas relacionados con la agudeza visual (el 75 por 100 de los niños con parálisis cerebral presentan miopía, hipermetropía y astigmatismo), el control óculo-motor (los músculos oculares pueden ser rígidos y de lento movimiento, espásticos, o estar en continuo movimiento, atetóideos) y/o la percepción visual (generalmente tienen una puntuación menor).
- *Problemas auditivos*: se detectan en el 5 por 100 de los casos. Puede ser neurosensorial (por lesión en el oído interno, el nervio auditivo o ambos) o de conduc-

ción (oído medio). Puede aparecer desde sordera total hasta sordera parcial, y generalmente estos trastornos provocan una minusvalía en el área del lenguaje.

- *Problemas del habla*: los problemas en el tono muscular influyen en el control motor oral, los movimientos de la mandíbula, labios, lengua y músculos faciales utilizados para hablar.
- *Discapacidad intelectual*: el 25 por 100 de los niños con parálisis cerebral tienen discapacidad intelectual o puntuaciones en cociente intelectual inferiores a 70.
- *Trastornos comiciales*: el 50 por 100 de los niños con parálisis cerebral tienen crisis comiciales, movimientos involuntarios o cambios en la conciencia o en el comportamiento causados por actividad eléctrica anormal en el cerebro. Las crisis pueden ser parciales o generalizadas y pueden afectar a los sistemas motor (sacudidas de grupos musculares o una extremidad), sensitivo (alucinaciones visuales, auditivas, trastornos del gusto u olfato) y autónomo (taquicardia, sudoración, palidez, rubor o ansiedad).

2. DESARROLLO PSICOMOTOR

Basándose en Erhardt (1998), Llorca y Sánchez (2003) y Sánchez y Llorca (2004) se describen las principales características psicomotrices que presentan los niños con parálisis cerebral en su desarrollo motor, cognitivo y socioafectivo.

2.1. Desarrollo motor

Los factores que interfieren en la calidad de la postura y el movimiento son la actividad re-

fleja primitiva, el tono muscular anormal y los déficit neurosensoriales.

2.1.1. *Actividad refleja primitiva*

Persisten los reflejos, que influyen en el tono muscular y el movimiento de los miembros. En lugar de integrarse gradualmente en el movimiento voluntario a medida que el niño madura, estos patrones primitivos son más fuertes y duraderos. Producen posturas y movimientos estereotipados y obligatorios, que son incompatibles con reacciones automáticas de equilibrio de nivel superior, y finalmente destrezas motoras complejas.

Por ejemplo, el reflejo de prensión palmar es responsable de una prensión temprana sostenida, pero la persistencia de estas respuestas automáticas después de los seis meses puede impedir el desarrollo de las destrezas de una prensión voluntaria.

2.1.2. *Tono muscular anormal*

El tono muscular se altera aumentando o disminuyendo.

La espasticidad o hipertonia afecta al movimiento porque el incremento en el tono crea un desequilibrio entre grupos musculares. El niño espástico tiene dificultad para realizar transiciones (cambiar de una posición a otra). Los movimientos motores finos y gruesos son más lentos y exigen un esfuerzo excesivo. La espasticidad varía según la posición que adopten: aumenta medianamente en la posición sentado, se incrementa en la posición de pie y disminuye generalmente en la posición acostado. La espasticidad también varía con la emoción y el cansancio, haciéndose más presente.

La flacidez o hipotonía afecta al movimiento porque el tono muscular disminuido y la

falta de integridad articular no ofrecen un equilibrio de estabilidad y movilidad para casi todas las posturas y el control motor, especialmente en contra de la gravedad. Muchos niños terminan desarrollando espasticidad al originar tono excesivo en sus intentos por moverse o mantener posturas.

2.1.3. *Déficit sensoriales*

Pueden estar afectados la interpretación y el uso de la información que procede de los sentidos. Los problemas más comunes son: el tacto, la posición, el movimiento y el equilibrio. La hipersensibilidad puede producir rechazo o agitación ante el contacto normal, y de hecho muchos niños con espasticidad reciben con desagrado todo lo que aparentemente puede ser una estimulación agradable, como las caricias o los masajes superficiales. La hiposensibilidad puede producir respuestas retardadas o disminuidas a la estimulación de tacto, temperatura y dolor, así como incapacidad para procesar estímulos sensoriales.

La tabla 7.1 resume algunas de las principales características que según Levitt (1995) presenta el niño con parálisis cerebral en las distintas etapas de su desarrollo motor, desde el nacimiento hasta los doce meses, que afectan a las posiciones decúbito prono, decúbito supino, sedestación, bipedestación, marcha y función manual.

2.2. **Desarrollo cognitivo**

Las lesiones en el sistema nervioso afectan no sólo las capacidades motrices sino también a las competencias cognitivas en función del lugar donde se localice la lesión.

Un factor que afecta al desarrollo cognitivo son las posibilidades de experimentación en rela-

TABLA 7.1
Etapas en el desarrollo motor del niño con parálisis cerebral

Edad (meses)	Características del desarrollo en las distintas etapas
Cero-tres	<ul style="list-style-type: none"> — Animadversión a la posición decúbito supino. — Retraso en el control y enderezamiento de la cabeza. — Retraso para cargar peso sobre los pies cuando se apoya en las plantas. — Retraso en el enfoque ocular, la fijación ocular y el seguimiento ocular de un objeto.
Cuatro-seis	<ul style="list-style-type: none"> — En decúbito prono, retraso en la adquisición de la elevación sobre las rodillas y en el alcance de objetos. — Incapacidad para mantenerse en decúbito prono con los miembros superiores extendidos y por encima de la cabeza. — Imposibilidad de voltearse hacia decúbito supino. — Dificultad para el arrastre de miembros superiores e inferiores. — Gateo de sirena. — Persistencia de reacciones reflejas. — Retraso en la colocación de miembros superiores juntos y en mirarse las manos. — Incapacidad de coger un juguete. — Retraso en la sedestación con apoyo. — No carga peso en bipedestación.
Siete-nueve	<ul style="list-style-type: none"> — Retraso en la carga del peso sobre manos y rodillas. — Gateo de sirena o de comando. — Persistencia de reflejos. — Retraso en la adquisición de la sedestación autónoma. — Retraso en el desplazamiento hacia delante para tocar o mirar un juguete y volver a la posición inicial. — Retraso en la transferencia de una mano hacia la otra, el alcance y la prensión unilateral.
Diez-doce	<ul style="list-style-type: none"> — Retraso en la adquisición de la sedestación estable. — Retraso para levantarse desde la sedestación. — Se arrastra sentado sobre sí mismo. — Retraso en el gateo recíproco fácil. — Ausencia de la incorporación desde la posición sobre las manos y las rodillas hasta la bipedestación. — Retraso para asirse de un apoyo o las manos sobre el suelo y otros cambios de postura. — Retraso en la bipedestación. — Marcha anormal. — Retraso en la prensión.

ción con las personas y objetos de que dispongan, y hace referencia a cómo se adecua el entorno a las competencias y necesidades del niño. Es necesario disponer de recursos adaptados que permitan a estos niños el acceso al conocimiento.

Otro factor importante es el relacionado con la experiencia de éxito, la propia del niño y la de la familia y la escuela. En función de su expectativa de éxito, realizará un mayor o menor esfuerzo, que también se verá influido por la motivación que despierta el aprendizaje.

2.3. Desarrollo afectivo-social

Alrededor de los dos o tres meses el niño es capaz de chuparse la mano, después comienza el conocimiento de la mano basado en la mirada, para pasar después a utilizarla en el conocimiento de los objetos. Explora también el cuerpo del otro, en especial el de su madre, lo que le permite identificarse como persona similar y diferente. Especialmente se centra en la exploración de la cara y de la boca, que se convierte en gran fuente de interés por su movimiento, por su expresión, porque emite ruidos y sonidos.

En el niño con parálisis cerebral todo este proceso de maduración cognitiva y socioafectiva se ve frenado. Queda convertido en prisionero de su tono, y no puede realizar los conocimientos básicos de su cuerpo. A sus dificultades motrices se añade su sentimiento de frustración al no poder realizar sus deseos, lo que puede llevarles a entrar en procesos de depresión y aislamiento.

El espacio se convierte en un enemigo peligroso, cargado de situaciones de vértigo ante la dificultad de controlar su tono y su movilidad.

La dificultad para interactuar y moverse lleva al niño a una relación prolongada de contacto corporal que condiciona una mayor dependencia afectiva. Suelen separarse más tarde

de su entorno familiar, siendo en muchos casos sobreprotegidos, con falta de aceptación de la frustración y escasa autonomía. Desarrollan un carácter dependiente y bastante irritable.

3. EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

La evaluación de la parálisis cerebral, al igual que cualquier otro tipo de discapacidad, requiere un equipo multidisciplinar especializado en el trastorno. La evaluación tendrá como objeto la determinación cualitativa y cuantitativa de las dificultades y capacidades psicomotrices, así como de sus posibilidades de desarrollarlas.

3.1. Observación psicomotriz

Se presta especial atención a los siguientes parámetros:

- *Relación con el cuerpo*: conocimiento corporal, control postural, tono muscular, grado en el que están afectados los miembros y posibilidades de movimiento, aparición de reflejos primitivos o patológicos que puedan dificultar el movimiento. Es necesario evaluar también las deficiencias asociadas (visuales, auditivas o respiratorias), que habrá que tener en cuenta en las sesiones de psicomotricidad, realizando adaptaciones en la forma de proponer los movimientos y entablar relaciones.
- *Relación con el espacio*: qué espacio utiliza, ya que normalmente suele estar muy limitado.
- *Relación con el tiempo*: suelen necesitar más tiempo tanto para comenzar una actividad como para realizarla.
- *Relaciones que establece con los objetos*: tipo de manipulación y exploración, y el interés que muestra por el entorno.

- *Relaciones que establece con las personas:* qué tipo de relación establece (visual, verbal, corporal, etc.).
- *Lenguaje:* cómo se comunica.

3.2. Técnicas cuantitativas

Se ha utilizado la *Escala de Brunet-Lezine* para evaluar el desarrollo psicomotor desde el nacimiento hasta los treinta meses (García-Navarro et al., 2000), observándose afectación en todas las áreas, independientemente del tipo de parálisis, con un rendimiento inferior, expresado en edad desarrollo, al característico por su edad cronológica. Las áreas en las que se observan mayores dificultades son motricidad y control postural y el área de coordinación óculo-motriz y conducta de adaptación a los objetos.

En edades posteriores es posible realizar el *examen psicomotor de primera infancia* o el *examen psicomotor de Vayer* en los niños que poseen una cierta autonomía. Se observan las conductas que el niño está en condiciones de realizar teniendo en cuenta que las referencias con el niño normal tienen una significación muy relativa. En general suelen encontrarse resultados inferiores en las pruebas de coordinación y control postural. En muchos casos las pruebas no se pueden realizar tal y como se describen en el examen psicomotor, así que se hacen en la medida de sus posibilidades, y, si bien no son comparables con las de un niño normal, permiten ir comparando su evolución a lo largo del tratamiento.

4. INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ

La intervención temprana es esencial para ayudar al niño a alcanzar el nivel máximo de

potencial en todas las áreas de desarrollo, para lograr independencia funcional.

La psicomotricidad puede aportar la vivencia de situaciones de movilidad y desplazamiento guiado o asistido. El psicomotricista provoca un aumento de las experiencias sensoriales y motrices que conducirá al niño a una mejor vivencia de su ser corporal y a una reactivación de sus procesos de desarrollo a todos los niveles (Escribá et al., 1999).

4.1. Objetivos de intervención

4.1.1. Área motora

- *Control postural, coordinación dinámica general y equilibrio:* se irán trabajando de forma paralela. Se prepara al niño para obtener secuencias dinámicas de movimiento para ponerse sentado y para las distintas posturas desde prono, sentado de lado, de rodillas, de pie y posteriormente para andar. El equilibrio está profundamente afectado en el niño con parálisis cerebral, así que hay que educar los reflejos de equilibrio que son resultado de sensaciones propioceptivas que provienen de tres fuentes de información: laberínticas, que permiten reacciones corporales para mantener el equilibrio; cinestésicas, que permiten tener noción de las distintas posiciones corporales y reaccionar ante situaciones de desequilibrio, y plantares, a través de los puntos de apoyo. Para aumentar el número de sensaciones se trabajan los cambios posturales (volteos, sedestación, gateos, etc.), se provocan reflejos de caída, apoyos, balanceos, etc. (Martínez, 2000).
- *Relajación:* se produce una torpeza motórica involuntaria al realizar un movi-

mento voluntario por la dificultad para relajar los músculos que intervienen en él. Para las personas con parálisis cerebral que presentan un tono muscular incrementado, el entrenamiento en relajación ayuda a reducir el tono muscular anormal permitiendo una mayor capacidad de movimiento controlado (Linares y Sánchez, 1998).

- *Coordinación visomotriz*: debido al equilibrio incorrecto, le es imposible cualquier acción diferenciada con los miembros superiores. Se trabaja de forma paralela a la relación con los objetos.
- *Lateralidad*: suele estar alterada, desarrolla con más facilidad el lado que tiene menos afectado.

4.1.2. *Área cognitiva*

- *Percepción del cuerpo*: de forma paralela a la coordinación dinámica general, el control postural y el equilibrio, se trabaja la percepción global del cuerpo realizando movimientos repetitivos lentos y no haciendo hincapié en la perfección de éstos. Se irá fomentando el descubrimiento y la interiorización de los límites corporales, el descubrimiento y la utilización de la boca y la mano como instrumentos de conocimiento, así como la vivencia de los diferentes elementos corporales para su progresiva integración funcional (Sánchez y Llorca, 2004).
- *El espacio*: se trata de ampliar su espacio partiendo de sus posibilidades de desplazamiento (caminando, a gatas, reptando, etc.) para ayudarle a explorar su capacidad de acción en el entorno.
- *Los objetos*: se favorece la exploración y manipulación de objetos. Generalmente se colocan en una colchoneta objetos que sean atractivos para él, se busca la posición que le produzca menos espasticidad y hay que saber esperar. Se le muestran los objetos poco a poco, ya que la novedad puede producir espasticidad; si sólo la presentación del objeto le produce espasticidad, es imposible que pueda manipularlo o realizar ningún tipo de movimiento voluntario como respuesta o intento de interacción con él. Los objetos permiten también trabajar los movimientos (giros, desplazamientos al intentar coger el objeto), aunque no es muy importante que sean correctos, sino tener la intención y el deseo de realizarlos (Savoie y Abreu, 2002). Son adecuados materiales fácilmente manipulables, como pelotas, globos y objetos blandos de diferentes tamaños, que puedan ofrecer experiencias de coger, agarrar y tirar, así como provocar efectos en el entorno (Llorca y Sánchez, 2003).
- *Nociones espaciales y temporales*: se aprecian alteraciones en la organización espaciotemporal en los niños con parálisis cerebral, con frecuencia debido al retraso en la adquisición de nociones corporales y/o a sus dificultades en los desplazamientos. Se trata de favorecer la adaptación del niño ante la realidad espaciotemporal. Las distintas situaciones educativas que favorecen la organización de las referencias espaciales y temporales pueden ser realizadas por los niños con parálisis cerebral con los medios de que disponen: desplazamientos en sillas de ruedas, reptadores, correpassillos, etc. Les permiten, al igual que en los niños normales, organizarse en el espacio, conocer los objetos y establecer relaciones entre ellos.

4.1.3. Área socioafectiva y comunicativa

- *Relación de apego con el psicomotricista:* es necesario establecer un buen vínculo de apego con el psicomotricista. Se trata de conseguir una empatía tónica, intentando descifrar su expresividad y entrar en contacto a través de la mirada, del tacto, ir descubriendo sus deseos, tratando de encontrarlos a partir de una variación en el tono, de una sonrisa, etc. Ir estableciendo un diálogo tónico, una primera comunicación, que reconozca al psicomotricista como aquella persona con la que viene a jugar, con la que puede disfrutar (Llorca y Sánchez, 2003).
- *Relación con los iguales:* se favorece la relación con los iguales, y lo mejor es preparar al niño de forma individual para poder entrar en un grupo de niños normales. En muchas ocasiones, el único lugar donde tiene contacto físico con otros niños es la sesión de psicomotricidad. Hay que enseñarles a los otros a cómo relacionarse con un niño con parálisis cerebral, y enseñarle al niño a relacionarse con sus iguales. Para integrarlo en el grupo hay que hacer: *a)* que los

otros sean conscientes de él y lo introduzcan en sus juegos y *b)* que él olvide al adulto y sea consciente de los otros y su juego, que desee participar y que encuentre la manera de responder e interactuar de alguna forma con los demás (Savoie y Abreu, 2002). La tabla 7.2 resume algunas guías que Llorca y Sánchez (2003) ofrecen para que el psicomotricista favorezca esta integración.

- *Lenguaje:* se dotan de sentido las producciones que haga el niño; el terapeuta puede poner palabras y gestos a lo que cree que siente, que hace o que quiere; y se fomenta el lenguaje y la expresión global (Llorca y Sánchez, 2003).

4.2. La sesión de psicomotricidad

4.2.1. Sesiones dirigidas

Las sesiones dirigidas están indicadas para el trabajo sobre el área motora (control postural, coordinación dinámica general, equilibrio, relajación y lateralidad) y cognitiva (percepción del cuerpo, nociones espaciales y temporales).

TABLA 7.2

Guías para favorecer la integración en el grupo

- Introducir juegos para todo el grupo en los que pueda participar, aunque haya diferentes niveles de complejidad en función de sus posibilidades.
- Reforzar o plantear relaciones de ayuda entre iguales.
- Hacer de mediador para que el grupo conozca el estado emocional del niño, interpretando lo que dicen o preguntando si saben lo que está pidiendo.
- Pedir al resto del grupo que pregunten al niño antes de manipularlo, que lo tengan en cuenta, que respeten sus deseos.
- Buscar situaciones de cooperación (hacer un dibujo, modelar, etc., que sienta que tiene un rol de participación como un miembro más del grupo, aunque a veces haya que guiar su movimiento).

Suele ser recomendable utilizar al comienzo de la sesión alguna técnica de relajación con el fin de disminuir la hipertonía y facilitar los movimientos. La *relajación progresiva de Jacobson* se ha utilizado con éxito para relajar a personas con parálisis cerebral; para ello es necesario ir adaptando la aplicación metodológica. Por ejemplo, si tiene parálisis en un hemicuerpo, no se trabajarán con esta técnica los grupos musculares de la parte corporal afectada, aunque conviene realizar otros métodos de activación energética como el masaje (Linares y Sánchez, 1998). Chace (1985) recomienda desarrollar técnicas específicas para cada niño, evitando actividades contraindicadas para su trastorno particular y trabajando de forma estrecha con el fisioterapeuta. Si el niño tiene problemas para aprender a tensar un determinado miembro o área específica se pueden utilizar distintas estrategias:

- Hacer que mueva su extremidad mientras opone resistencia al movimiento con la mano, que aguante la tensión mientras se ejerce presión sobre ella y por último que mantenga la tensión él solo.
- Aplicar una presión con los dedos sobre los músculos que tiene que tensar.
- Mover las articulaciones o juntar las partes finales de los huesos que forman la articulación.
- Utilizar una voz firme y potente.

Para inhibir la espasticidad e incrementar la relajación se tendrá en cuenta:

- Colocar al niño en una posición cómoda, que no le produzca espasticidad.
- En el caso de que se le toque, hacerlo poco a poco, de manera firme pero agradable.
- La estimulación exterior será mínima.
- Utilizar una voz suave cuando se le pida que se relaje.

- Si el terapeuta agita suavemente la parte del cuerpo que está relajando, contribuirá a reducir la tensión muscular.
- Si la espasticidad o los movimientos incontrolados impiden la relajación, se colocará la parte del cuerpo que está relajando en una posición relajada, sosteniéndola de forma firme pero delicada hasta que se produzca la relajación; cuando disminuya la tensión, se soltará lentamente.
- Se puede golpear suavemente el miembro que se va a relajar para ayudar a reducir la tensión.

Durante la sesión se utilizan juegos sensoriomotores, simbólicos y/o de reglas de acuerdo con la edad y/o nivel de madurez del niño. Linares (1996) ofrece una serie de recomendaciones a seguir en la realización de las actividades:

- La relación psicomotricista/niño no debería ser superior de uno/cuatro.
- Es importante la experiencia de éxito, y para ello es necesario simplificar la tarea de manera que el niño pueda realizarla.
- Se dará mayor importancia a los movimientos repetitivos lentos, favoreciendo el movimiento exploratorio y no haciendo tanto hincapié en la perfección de éste.
- Se utilizarán actividades variadas, no limitándose a una sola tarea que les produzca cansancio y aburrimiento. Las actividades se realizarán en un ambiente sin distracciones, con un espacio relativamente grande en el que tengan libertad de movimientos.
- A la hora de programar la actividad se tendrá en cuenta el tipo de parálisis cerebral. Así, por ejemplo, si hay espasti-

cidad, se evitarán actividades que requieran una gran agilidad y rapidez de movimientos, mientras que si hay atetosis el énfasis se deberá dirigir a crear una atmósfera relajada, proporcionando períodos de descanso entre actividades.

- En personas con parálisis cerebral grave no se recomienda la actividad altamente competitiva.

La utilización de la música en la sesión puede producir al niño una sensación de movimiento que precede a la posibilidad de poder realizarlo. Un niño con parálisis cerebral tal vez no pueda marchar como los demás, pero es capaz de tocar y marcar el ritmo para aquellos que pueden desplazarse por la sala. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en los niños espásticos y atetósicos se observa una variabilidad en las respuestas psicofísicas a los estímulos musicales. Las actuaciones de los niños espásticos pueden volverse más controladas bajo la influencia de una música estimulante; sin embargo, esa misma música puede provocar en los niños atetósicos movimientos involuntarios e incontrolados.

4.2.2. Sesiones vivenciadas

Las sesiones vivenciadas están indicadas para el trabajo sobre el área motora (control postural, coordinación dinámica general, equilibrio, disminución del tono), cognitiva (exploración del espacio y de los objetos, juego simbólico y capacidad de representación), socioafectivo y comunicativa (relación con los demás y lenguaje).

Se inician a través del tacto, el contacto y la comunicación. En primer lugar a través del

masaje, que ayuda a la elaboración de la imagen corporal y a la disminución del tono. Una vez que el tono baja, a través del masaje es posible la exploración.

Tras la *rueda de entrada*, se comienza la sesión con un masaje y la manipulación corporal con el fin de disminuir el tono muscular y poder preparar para la exploración y el movimiento. Se realiza un masaje en profundidad de las distintas partes del cuerpo, especialmente de la espalda, manos y pies, así como movilizaciones amplias de los diferentes segmentos corporales (cabeza, tronco, brazos y manos, piernas y pies) (Llorca y Sánchez, 2003).

Durante el *tiempo de juego*, en el *espacio sensoriomotor* se fomenta que el niño vaya descubriendo el placer de los arrastres, los balanceos, los giros, las caídas, etc. Es importante que viva la caída con agrado: si se consigue que pierda el miedo a caer, tendrá una mayor disposición a mantenerse erguido y a moverse.

En el *espacio simbólico* el psicomotricista irá introduciendo al niño en los juegos presimbólicos (aparecer y desaparecer, construir y destruir, llenar y vaciar) y simbólicos (jugar a las casitas y a los juegos de roles) haciendo uso de distintos materiales: módulos de gomaespuma, telas, muñecos, etc. El psicomotricista le ayuda en la manipulación de objetos, en la adopción de posturas y en la verbalización.

En el *espacio para las representaciones* se ofrecen al niño materiales diversos para acceder a la capacidad de representación, de construcción y de abstracción que le permitan expresarse a través de sus creaciones. Se utilizan materiales moldeables por estos niños, materiales blandos como la plastilina, masa de harina, arcilla de colores, etc. Cuando no haya movilidad en las manos, el psicomotricista le puede guiar (Llorca y Sánchez, 2003).

RESUMEN

- La parálisis cerebral es quizá el trastorno más representativo dentro de la intervención psicomotriz en discapacidad física.
 - Los niños con parálisis cerebral presentan problemas en su desarrollo motor (actividad refleja primitiva, tono muscular alterado y déficit neurosensoriales), cognitivo (mediatizado por las posibilidades de experimentación y experiencia de éxito) y socioafectivo (sentimientos de frustración, miedos y dependencia).
 - La evaluación psicomotriz tiene como objetivo la determinación cualitativa y cuantitativa de las dificultades y capacidades psicomotrices, así como sus posibilidades de desarrollarlas.
 - La evaluación cualitativa presta especial atención a: la relación con el cuerpo (conocimiento corporal, control postural, tono muscular, afectación de los miembros y posibilidades de movimiento, reflejos primitivos y trastornos asociados), las limitaciones en la utilización del espacio, el tiempo que necesita para las actividades, la manipulación y exploración de los objetos, la relación que establece con los demás, y cómo se comunica con ellos.
 - Para evaluar de forma cuantitativa las capacidades psicomotrices se han empleado: la escala de Brunet-Lezine, el examen psicomotor de primera infancia o el examen psicomotor de Vayer; siempre teniendo en cuenta que las referencias con el niño normal tienen una significación muy relativa.
 - La intervención psicomotriz produce un aumento de las experiencias sensoriales y motrices que conducirán a una reactivación de sus procesos de desarrollo en el área motora (control postural, equilibrio, coordinación dinámica general, relajación, coordinación visomotriz y lateralidad), cognitiva (conocimiento del cuerpo, del espacio, los objetos, nociones espaciales y temporales) y socioafectiva (relación con el adulto y los iguales, comunicación).
 - Las sesiones dirigidas están indicadas para el trabajo sobre el área motora y cognitiva. Se programan los ejercicios adaptándolos a las dificultades y necesidades de cada niño, teniendo en cuenta el tipo de parálisis, de manera que se garantice la experiencia de éxito, con actividades variadas (incluyendo distintos tipos de juego y técnicas de relajación, acompañados todos ellos de música).
 - Las sesiones vivenciadas están indicadas para el trabajo sobre el área motora, cognitiva, socioafectivo y comunicativa. Se inician a través del masaje para hacer posible después la exploración en el espacio sensoriomotor, simbólico y de las representaciones.
-

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Llorca, M. y Sánchez, J. (2003). *Psicomocidad y necesidades educativas especiales*. Málaga: Aljibe.

El capítulo referente a la «Atención psicomotriz a las necesidades educativas derivadas de las dificultades de movimiento» describe cómo realizar la observación e intervención psicomotriz mediante sesiones vivenciadas.

Savoie, D. y Abreu, M. E. (2002). Necesidades

educativas especiales: Trabajo con un niño con parálisis cerebral y una niña prematura. En M. Llorca, V. Ramos, J. Sánchez y A. Vega (coords.). *La práctica psicomotriz: Una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento*. Málaga: Aljibe.

Este capítulo describe una experiencia de intervención con un niño con parálisis cerebral.

Intervención psicomotriz en trastorno mental severo

8

-
1. Introducción.
 2. Características psicomotrices.
 3. Evaluación psicomotriz.
 4. Intervención psicomotriz.
- Resumen.
Bibliografía recomendada.
-

1. INTRODUCCIÓN

Se entiende por población con enfermedad mental crónica aquellas personas que sufren algunos trastornos psiquiátricos graves y crónicos (Goldman, Gazzi y Tanbe, 1981). Con el fin de evitar las connotaciones negativas y estigmatizantes del término «crónico», en la literatura especializada se viene utilizando el término «trastorno mental severo» en lugar de «enfermo mental crónico».

Según Rodríguez y González-Cases (2002), la definición más representativa y que ha alcanzado mayor consenso es la del Instituto de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH, 1987), que supone la interacción de tres factores:

- a) *Diagnóstico*: se refiere a personas que sufren trastornos psíquicos graves, fundamentalmente psicosis, y especialmente esquizofrenia, así como psicosis maniaco-depresivas, trastornos depresivos graves, trastorno delirante y algunos trastornos graves de la personalidad (aunque este último caso se ha puesto más en entredicho), entre otras. El criterio diagnóstico incluye principalmente a las personas que padecen algún tipo de psicosis funcional (no orgánica) (OMS, 1992).
- b) *Discapacidad*: muchas personas que sufren los anteriores trastornos presentan

varias discapacidades o déficit expresados en dificultades para el manejo y desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social.

- c) *Duración*: trastornos y problemáticas de carácter crónico, de larga duración y evolución, utilizando como criterio un período de dos años de duración de tratamiento.

La esquizofrenia es quizá uno de los trastornos mentales severos más representativos, y en ella se centrará el resto del capítulo, sin que esto quiera decir que la intervención que aquí se propone no pueda aplicarse a otros trastornos mentales severos.

1.1. La esquizofrenia

Según la Guía de Práctica Clínica (GPC) (San Emeterio et al., 2003), sus manifestaciones consisten en una serie de signos y síntomas característicos. Los síntomas afectan a múltiples procesos psicológicos como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento, sentimientos, conducta, atención, concentración, motivación y juicio. No hay ningún síntoma que sea por sí solo patognomónico de la esquizofrenia. Los síntomas característicos de

la esquizofrenia se han clasificado en dos grandes categorías (síntomas positivos y negativos), a los que recientemente se ha añadido una tercera que alude a la desorganización.

El inicio de la esquizofrenia se puede producir durante la adolescencia (e incluso en la infancia) o en la edad adulta. La mayor parte de los pacientes alternan los episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión parcial o total, siendo frecuentes los síntomas residuales entre los episodios. Puede describirse en tres fases que se fusionan unas con otras sin que existan unos límites claros o absolutos entre ellas:

- *Fase aguda (o crisis)*: presentan síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, y un pensamiento gravemente desorganizado; generalmente no son capaces de cuidar de sí mismos de forma adecuada. Los síntomas negativos suelen ser más intensos.
- *Fase de estabilización (o poscrisis)*: se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. Su duración suele ser de seis meses o más tras el inicio de un episodio agudo.
- *Fase estable (o de mantenimiento)*: los síntomas son relativamente estables y, si los hay, son menos graves que en la fase aguda. Cuando persisten los síntomas negativos y/o positivos, están presentes con manifestaciones atenuadas no psicóticas (ilusiones en lugar de alucinaciones, ideas sobrevaloradas en lugar de delirios).

La tabla 8.1 presenta los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia según el DSM-IV-TR (APA, 2003), que además distingue distintos subtipos de esquizofrenia de acuerdo con la sintomatología predominante en el momento de la evaluación.

- *Tipo paranoide*: la característica principal consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Fundamentalmente las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también puede presentarse con otra temática (como celos, religiosidad o somatización). El pronóstico suele ser mejor que el de otros tipos de esquizofrenia, especialmente en lo que respecta a la vida laboral y a la capacidad de llevar una vida independiente.
- *Tipo desorganizado*: las características principales son el lenguaje y el comportamiento desorganizados y la afectividad aplanada o inapropiada. La desorganización del comportamiento puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana.
- *Tipo catatónico*: la característica principal es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o eco-praxia.
- *Tipo indiferenciado*: la característica principal es la presencia de síntomas de esquizofrenia, pero no se cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.
- *Tipo residual*: se utiliza cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos. Hay manifestaciones continuas de la alteración con la presencia de síntomas negativos o dos o más síntomas positivos atenuados.

TABLA 8.1

Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-IV-TR (APA, 2003)

- A. Síntomas característicos: dos (o más)** de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de **un mes** (o menos si ha sido tratado con éxito):
1. Ideas delirantes.
 2. Alucinaciones.
 3. Lenguaje desorganizado (por ejemplo, descarrilamiento frecuente o incoherencia).
 4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
 5. Síntomas negativos, por ejemplo aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

NOTA: sólo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre sí.

- B. Disfunción social/laboral:** durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, **una o más áreas importantes de actividad**, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso a la hora de alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).
- C. Duración:** persisten **signos continuos** de la alteración durante **al menos seis meses**. Este período de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presentes de forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).
- D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo:** el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a:
1. No ha habido ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa.
 2. Si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.
- E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica:** el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.
- F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo:** si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos un mes (o menos si se han tratado con éxito).

2. CARACTERÍSTICAS PSICOMOTRICES

2.1. Área cognitiva

Blanco y Pastor (1997), siguiendo a Vázquez y Ochoa (1989), resumen las características cognitivas de las personas con esquizofrenia de la siguiente manera:

- *Percepción*: presentan un procesamiento más lento en los primeros momentos de la codificación y, tal vez, problemas en los procesos automáticos de reconocimiento, así como una percepción global más disgregada.
- *Atención*: presentan una respuesta de orientación enlentecida, una amplitud de aprehensión reducida y un menor rendimiento cognitivo general en tareas que demanden elevada atención. Tienen dificultades en separar la información relevante de la irrelevante o distractora.
- *Memoria*: presentan un rendimiento pobre en tareas de recuerdo, así como en aquellas que requieren una organización del material (aunque el rendimiento es adecuado si éste es altamente afectivo).
- *Pensamiento y lenguaje*: presentan un rendimiento pobre en tareas de clasificación de objetos, así como lenguaje pobre y deteriorado.

Estas dificultades en el procesamiento de la información producen consecuencias en la vida cotidiana de los pacientes. Cerviño y Blanco (1997) enumeran una serie de observaciones clínicas y quejas específicas de los pacientes que acuden a los centros de rehabilitación psicosocial:

- *Dificultades en la percepción de su imagen corporal*: perciben su cuerpo como extra-

ño, como susceptible de transformarse parcial o totalmente, de desaparecer.

- *Dificultades en el manejo del espacio*: especialmente en el conocimiento de los conceptos espaciales, para encontrar puntos de referencia que los guíen, para situarse mentalmente en un mapa y hacer secuencias de recorrido.
- *Falta total de planificación en sus tareas*: no hacen una secuencia temporal lo suficientemente pautada.
- *Memoria autobiográfica generalmente fragmentada*: carente de hilo conductor, tanto a la hora de expresarse como a la hora de percibir su propia biografía.
- *Dificultades en la memoria a corto plazo*: dificultades para recordar dónde han dejado algo, para retener instrucciones, hacer tareas, olvidar pertenencias.
- *Dificultad en la comprensión de instrucciones*: generalmente recuerdan sólo una parte de la información.
- *Dificultades para mantener la atención*: en tareas que requieren un cierto esfuerzo.

2.2. Área socioafectiva y comunicativa

En las fases residuales presentan los siguientes síntomas negativos:

- *Pobreza afectiva*: empobrecimiento de la expresión emocional, de la reactividad y del sentimiento. Se observa: expresión facial inmutable, escasez de ademanes expresivos, escaso contacto visual, ausencia de respuesta afectiva, incongruencia afectiva y ausencia de inflexiones vocales.
- *Abulia/apatía*: falta de energía, de impulso y de interés.
- *Anhedonia/insociabilidad*: dificultades para experimentar interés o placer en ac-

tividades recreativas, sexuales, relaciones con los amigos y semejantes y para sentir proximidad e intimidad.

Kuehnel, De Risi y Liberman (1994) señalan que estos pacientes tienen una baja autoestima y sociabilidad, así como un elevado nivel de depresión. Con frecuencia tienen déficit en el afrontamiento personal y dificultades en las relaciones interpersonales, además de presentar un aislamiento extremo.

El contacto con los demás existe, pero está perturbado, apareciendo oposición, agresividad, rechazo, hostilidad, odio, celos, etc.

2.3. Área motora

Quemada y Sánchez (2005) resumen los principales trastornos motores que se presentan en la esquizofrenia:

- *Pasividad*: enlentecimiento motor.
- *Hipercontrol*: falta de espontaneidad.
- *Alteraciones de la postura y de la marcha*: tendencia a la postura en flexión de la cabeza y el tronco acompañada de diversos grados de rigidez. En la marcha se observa una ausencia de balanceo de los brazos, arrastre de los pies y movimiento en bloque del cuello y de la cabeza.
- *Alteraciones en los movimientos intencionados*: dificultades en la iniciación, ejecución y persistencia.
- *Estereotipias*: que pueden incluir gestos faciales, movimientos de extremidades o de todo el cuerpo.

Además, los fármacos neurolépticos producen una serie de efectos secundarios, como son:

- *Distonía aguda*: estado caracterizado por contracciones musculares sostenidas, tó-

nicas y lentas, de los músculos de la lengua, la mandíbula, los ojos, el cuello e incluso, a veces, todo el cuerpo.

- *Pseudoparkinsonismo (o síndrome parkinsoniano)*: consiste en un control deficiente de los movimientos, incluyendo temblor, lentitud generalizada, rigidez y alteraciones de la postura y de la marcha.
- *Acatisia*: expresión facial de máscara, ausencia de balanceo de los brazos, inicio lento de la actividad motora y un habla monótona y suave.
- *Síndrome del rabbit*: consiste en movimientos ágiles y rápidos de los labios que imitan los movimientos de masticación del conejo.
- *Síndrome de las piernas inquietas*: sensación desagradable descrita como hormigueo, calambre, quemazón, tensión o incluso dolor en la pantorrilla o en los pies. También puede afectar a brazos y manos. Estas sensaciones producen una necesidad urgente de mover los miembros para experimentar alivio.
- *Discinesia tardía*: movimientos anormales estereotipados, repetitivos e involuntarios, que afectan principalmente a la región orofacial. En el resto del cuerpo suelen aparecer movimientos anormales en las partes distales: movimientos rápidos de los pies y manos con los dedos en flexión o en extensión.
- *Distonía tardía*: contracción muscular sostenida e involuntaria.

3. EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

La observación es la técnica más utilizada en el proceso de evaluación psicomotriz. Las técnicas de carácter cuantitativo se han utilizado con poca frecuencia en la evaluación psico-

motriz de personas con trastornos mentales severos, pero pueden ser útiles como complemento para precisar las dificultades, cuantificarlas y poder así comparar la evolución del paciente a lo largo del proceso de intervención.

3.1. Observación psicomotriz

Los centros de rehabilitación psicosocial suelen disponer de protocolos propios de observación. Así, Alonso et al. (1997), de acuerdo con su experiencia en su trabajo con los usuarios de estos centros, proponen la observación de los contenidos generales que figuran en la tabla 8.2, mientras que Cabanillas y Fernández (2002), también terapeutas ocupacionales de

dichos centros, proponen los contenidos generales de la tabla 8.3.

Basándose en las propuestas de estos autores, se propone prestar especial atención a los siguientes parámetros al realizar la observación psicomotriz.

- *Relación con el cuerpo*: percepción del cuerpo, control postural (habilidades para estabilizar, alinear y posicionar su cuerpo para ejecutar una actividad), coordinación dinámica general, disociación de movimientos, relajación y control respiratorio, lateralidad, desarrollo sensorial, movimiento de los dedos, coordinación óculo-manual, expresión facial y corporal.

TABLA 8.2

Contenidos generales de la evaluación psicomotriz (Alonso et al., 1987)

<p>— <i>Esquema corporal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Motricidad amplia y gruesa</i> <ul style="list-style-type: none"> – Conocimiento y control tónico-postural – Equilibrio (estático, dinámico y posmovimiento) – Movilidad-inmovilidad – Relajación – Coordinación general y disociación psicomotriz – Control respiratorio – Eje corporal – Lateralidad – Desarrollo sensorial • <i>Motricidad fina</i> <ul style="list-style-type: none"> – Movimiento de los dedos – Coordinación óculo-manual – Expresión facial, control del gesto 	<p>— <i>Esquema espacial y temporal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación y organización espacial • Construcción del espacio • Dominio de los planos horizontal y vertical • Espacio exterior y espacio gráfico • Orientación y organización temporal • Recorridos de orientación • Noción de agrupación • Noción de temporalidad • Ritmo • Apreciación de velocidades <p>— <i>Relación con el medio</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación consigo mismo • Relación con los objetos • Relación con los otros
--	--

TABLA 8.3

Contenidos generales de la evaluación psicomotriz (Cabanillas y Fernández, 2002)

<p>— <i>Habilidades físicas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Postura y equilibrio • Movilidad • Fuerza y esfuerzo • Energía físico-motora <p>— <i>Habilidades de procesamiento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Organización temporal • Organización del espacio y objetos • Energía-procesamiento • Uso del conocimiento • Búsqueda del conocimiento <p>— <i>Habilidades de comunicación e interacción</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico • Intercambio de información • Relaciones

- *Relación con el espacio*: organización del espacio y orientación en él.
- *Relación con los objetos*: interés que muestra por los objetos, para qué los utiliza y cómo los organiza (capacidad para buscar, reunir y organizar los materiales).
- *Relación con el tiempo*: capacidad de iniciar, continuar, secuenciar y terminar una acción y para mantener la atención y el ritmo mientras ejecuta una actividad.
- *Relación con los otros*: tipo de vínculo que establece con el psicomotricista y con los compañeros, cómo contacta y se relaciona con ellos.
- *Lenguaje*: habilidades para articular el lenguaje y modular el tono, expresar negativas/desacuerdos/deseos, preguntar,

expresarse de forma espontánea y si mantiene un discurso con apropiada duración.

3.2. Técnicas cuantitativas

El *Balance psicomotor de Bucher* (1976), aunque en principio pensado para evaluar el desarrollo psicomotor de niños con trastornos psicomotores, puede utilizarse para evaluar a personas con trastorno mental severo puesto que sus pruebas cubren las principales dificultades que presenta este colectivo a nivel psicomotor. El balance puede aplicarse de forma completa o parcial para complementar la información obtenida en la observación psicomotriz previa.

A continuación se resumen las pruebas recogidas en el balance; para una descripción más pormenorizada, se remite al libro de la autora.

- a) *Habilidad manual*: utiliza una parte de la batería motora de Lafaye, ofreciendo unas puntuaciones medias para cada prueba, aunque conviene también anotar el comportamiento durante el examen para la interpretación de resultados.
 - Perlas: en esta prueba el individuo tiene que ensartar las perlas en unas varillas, primero seleccionando colores y después sin selección de colores, en un tiempo determinado. Además de evaluar la habilidad manual, la primera prueba permite comprobar la memorización de colores y la capacidad de organizar el material.
 - Tornillos: tiene que pasar dos tuercas por cada tornillo en un tiempo determinado, permitiendo evaluar la coordinación bimanual.

TABLA 8.4
Examen psicomotor de Bucher (1976)

<p>— <i>Habilidad manual</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Perlas • Tornillos <p>— <i>Control de la postura y del equilibrio estático</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de la inmovilidad • Empujón • Equilibrio sobre un pie • Equilibrio sobre las puntas de los pies <p>— <i>Equilibrio dinámico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Marcha • Carrera • Salto <p>— <i>Coordinaciones</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación facial • Coordinación general • Separación digital 	<p>— <i>Sincinesias</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Movimientos sutiles de los dedos • Marionetas • Pies-manos • Boca-manos <p>— <i>Lateralidad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mano • Ojo • Pie <p>— <i>Tono y relajación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de la pasividad • Relajación • Extensibilidad <p>— <i>Escritura y grafismo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Frase espontánea • Grafismo <p>— <i>Estructuración temporoespacial</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Espacialización • Ritmo • Orientación • Imitación de gestos sin significado
---	--

b) *Control de la postura y equilibrio estático:*

- Control de la inmovilidad: tiene que mantenerse inmóvil durante cierto tiempo, y se valora si aparecen manifestaciones de inestabilidad que pueden ser debidas o no a la ansiedad.
- Empujón: evalúa el grado y rapidez de reacción a un empujón. Se anota el grado de pérdida de equilibrio (total, ligera o nula).
- Equilibrio sobre un pie: tiene que mantener el equilibrio sobre un pie, primero con los ojos abiertos y des-

pués cerrados; se anota qué pie elige primero, la calidad del equilibrio y los movimientos de compensación que realiza.

- Equilibrio sobre las puntas de los pies: tiene que mantener el equilibrio sobre las puntas de los pies, primero con los ojos abiertos y después con los ojos cerrados. Se realizan las mismas anotaciones que en la prueba anterior.

- c) *Equilibrio dinámico:* evalúa tanto la coordinación dinámica general como el equilibrio dinámico espontáneo.

- Marcha: se indica al individuo que camine por la sala y se anota la forma de andar (apoyo de los pies, balanceo de brazos, posición del cuerpo) y posibles reacciones afectivas (como rigidez).
 - Carrera: se le indica que corra sin moverse del sitio, teniendo en cuenta la armonía, regularidad, flexibilidad y participación de miembros superiores.
 - Salto: sobre un pie (anotando el pie que elige primero) y con los pies juntos, se evalúan la amplitud, la flexibilidad, la ligereza y el ritmo.
- d) *Coordinaciones*: evalúa la coordinación segmentaria, las posibilidades que tiene el sujeto de contraer aisladamente los distintos grupos musculares, en función del movimiento solicitado, y de realizar al mismo tiempo movimientos con distintas partes del cuerpo.
- Coordinación facial: las pruebas están tomadas del test de Kwint, y se realizan distintos movimientos bilaterales y unilaterales. Se anota el grado en que tiene éxito y la actitud del individuo.
 - Coordinación general: diadococinesia (movimientos alternos rápidos) y movimientos combinados de los miembros, anotando el grado de coordinación con que los realiza.
 - Separación digital: evalúa la motricidad digital y la independencia de cada dedo; se anota la calidad del movimiento.
- e) *Sincinesias*: movimientos involuntarios en otras partes del cuerpo no implicadas en el movimiento solicitado. Se realizan distintas pruebas: movimientos sutiles de los dedos, marionetas, sincinesias pies-manos y sincinesias boca-manos. Se anota la localización (contralateral, uni o bilateral, axial), la forma (de imitación o de difusión tónica), la intensidad y el sentido.
- f) *Lateralidad*: se evalúa la lateralidad de la mano, del ojo y del pie a través de diversas pruebas y de las anotaciones de otras pruebas para efectuar las cuales tenía que escoger un lado del cuerpo.
- g) *Tono y relajación*: se evalúa:
- Búsqueda de la pasividad: se pide al individuo que relaje los brazos estando de pie; primero el evaluador le balancea los brazos y después los flexiona. Se anota el grado de pasividad.
 - Relajación: después de haber indicado a la persona que se relaje tumbada sobre una esterilla, el evaluador comprueba la relajación de los miembros superiores e inferiores. Se anota la calidad de la relajación (medida en función del grado de resistencia ofrecida), la pesadez del miembro, la libertad de las articulaciones, la amplitud de los movimientos y la naturalidad de la caída.
- h) *Extensibilidad*: en posición tumbada, se evalúa la flexibilidad de los miembros superiores e inferiores. Se anota el grado de extensibilidad y las variaciones de extensibilidad entre los dos hemisferios.
- i) *Escritura y grafismo*: se le entrega una hoja de papel y un lápiz y se le indica que escriba su nombre y una frase cor-

ta. Se anota la mano utilizada, la calidad del grafismo y en ocasiones puede ser interesante analizar el contenido. Si el grafismo es malo, se utilizan las pruebas de grafismo, que consisten en ondulaciones, bucles, dientes de sierra, etc. Se anota en este caso la calidad del trazo, la soltura y continuidad, la posición de mano, antebrazo y hombros, los movimientos de la boca y las sincinesias.

j) *Estructuración temporoespacial*: compuesto por las pruebas de:

- Espacialización: dibujar una casa y un muñeco sin modelo (se anotan las características del dibujo), copias una casa (se anota la medida en que se respetan las proporciones, los ángulos y la dirección de los trazados) y una bicicleta y copia de memoria de la bicicleta.
- Ritmo: prueba de Stamback de reproducción de estructuras rítmicas.
- Orientación: pruebas inspiradas en la prueba de orientación derecha-izquierda de Head (mano-ojo-oreja), de conocimiento de sí mismo, conocimiento sobre otra persona y reversibilidad.
- Imitación de gestos sin significado: inspirada en el test de Bergès y Lézine, se pide la realización de gestos no habituales y sin significado particular: de los brazos, de las manos y de las manos y los dedos.

4. INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ

La rehabilitación psicosocial tiene como objetivo ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial. Dentro del proceso de intervención, el

objetivo del programa de intervención psicomotriz es lograr que la persona tenga una mejor vivencia y conocimiento de sí misma para que a partir de ahí mejore la relación con el mundo que le rodea (personas y objetos). La psicomotricidad facilita una autopercepción positiva que permite mejorar la relación con la realidad y lograr una vivencia plena del cuerpo como medio de comunicación y de relación (Alonso, Viedma, Blanco y Cañamares, 1997).

4.1. Objetivos de intervención

Basados en Alonso et al. (1997) y Cabanillas y Fernández (2002), se proponen los siguientes objetivos de intervención:

4.1.1. Área cognitiva

- *Percepción del cuerpo*: lograr que la persona tome conciencia de todo su cuerpo, constituyendo una imagen corporal exacta.
- *Percepción de los objetos*: mejorar la percepción táctil y el reconocimiento de texturas y volúmenes, la percepción auditiva y la percepción visual.
- *El espacio*: reconstruir y organizar las percepciones y acciones dentro de una estructuración espacial adaptada a la realidad, incluyendo la orientación, la organización y la representación espacial.
- *El tiempo*: reconstruir y organizar las percepciones y acciones dentro de una estructuración temporal adaptada a la realidad, incluyendo la orientación, la organización y la representación temporal. Asimismo se trabaja la capacidad de iniciar, continuar, secuenciar y terminar una acción y la capacidad para mante-

ner la atención y el ritmo mientras ejecuta una actividad.

- Estimular la *capacidad creativa*, generando gran cantidad de ideas, desmenuzando un todo en sus partes, fomentando ideas infrecuentes y modificando una idea en otra.

4.1.2. *Área socioafectiva y comunicativa*

- Aceptar sus capacidades y limitaciones, respetando las diferencias con el otro.
- Adquirir y desarrollar autonomía, confianza y seguridad en sí mismo.
- Relacionarse con los otros de forma activa y sensible. El trabajo corporal permite la experiencia de la pertenencia grupal a un nivel vivencial más allá de lo puramente cognitivo. La experiencia sensoriomotora y grupal les canaliza hacia una apertura al exterior, sustentada en el fortalecimiento de su imagen corporal.

4.1.3. *Área motora*

- Estimular la *coordinación dinámica general y el equilibrio* con el fin de: lograr una mayor amplitud y vaivén de movimientos, mejorar el equilibrio estático, dinámico y posmovimiento y proporcionar una vivencia positiva de su imagen corporal.
- Lograr un *control tónico muscular* a través de la relajación (global y segmentaria) y la respiración (control de la espiración, respiración torácico-abdominal y diafragmática).
- Mejorar la *coordinación fina*: coordinación dinámica de las manos y expresión facial.

4.2. La sesión de psicomotricidad

4.2.1. *Sesiones dirigidas*

En los centros de rehabilitación psicosocial se utilizan fundamentalmente sesiones dirigidas. Se realizan sesiones en pequeños grupos (entre tres y diez personas), con una duración de media hora a una hora y una frecuencia de una o dos veces por semana. Si es posible, se utiliza siempre la misma sala, debido a la dificultad que presentan para afrontar un cambio, razón por la cual siempre son los mismos participantes. El psicomotricista dirige las sesiones, aportando las consignas, explicando el uso de la actividad para conseguir los objetivos planteados, participando en la actividad y observando la evolución.

La sesión consta de las siguientes partes:

- *Rueda de entrada*: tiene una duración de cinco a diez minutos, durante los cuales la persona toma contacto con sus compañeros, con la sala y con el psicomotricista. Se habla de experiencias de sesiones anteriores, de los participantes, comentando los que están y los que faltan, y de cómo se sienten para comenzar la sesión.
- *Preparación o calentamiento*: se realiza un recorrido por toda la movilidad articular. La actividad sensoriomotora, el movimiento, le va a permitir conocer la posición de los segmentos de los miembros, de los miembros y del cuerpo, ya que el aparato locomotor está dotado de órganos sensoriales que informan a los centros nerviosos de dichas posiciones.
- *Contenido principal*: dura de veinte a treinta minutos durante los cuales se desarrollan los contenidos u objetivos de la sesión, según las necesidades individuales.

les o grupales. En las sesiones en las que se trabaja la motricidad fina se atiende en primer lugar a los aspectos globales del movimiento para después incidir en las movilizaciones finas.

- *Relajación*: se aplican distintas técnicas de relajación y respiración, reconociendo su imagen corporal. Se recomiendan métodos en los que se toque, siempre verbalizando, el cuerpo, que permitan estructurarlo. Si la persona no acepta que se toque su cuerpo, se puede utilizar un objeto intermediario, como un balón. Es necesario trabajar desde una aproximación global y no dividida.
- *Rueda de salida*: verbalización del trabajo realizado, toma de conciencia de la actividad, finalización de la sesión y despedida.

4.2.2. Sesiones vivenciadas

Escasas han sido las publicaciones en las que se mencione la aplicación de sesiones vivenciadas en este ámbito. Díaz (2000), en su trabajo con personas con trastornos mentales crónicos en el hospital de día, propone sesiones vivenciadas, con una duración que oscila entre 50-60 minutos y estructuradas en tres momentos:

- *Rueda de entrada*: sentados en un círculo, el psicomotricista realiza la acogida y se habla de cómo se encuentra el grupo y lo que van a desarrollar en la sala. Hace sugerencias y propuestas sobre el material disponible, según sean los objetivos que tenga marcados para la sesión. Las normas son las que el grupo considere necesarias para la expresión corporal libre.

- *Núcleo*: los participantes empiezan a moverse, a explorar los objetos. La sala está dispuesta en tres espacios:

- Espacio sensoriomotor: les permite un encuentro con el cuerpo y con el entorno, y en él descubren lo que pueden hacer corporalmente, midiendo sus límites con respecto a sí mismos, a los otros y a los objetos. El psicomotricista trata de que la persona con enfermedad mental viva el placer sensoriomotor, que surge de las sensaciones de origen propioceptivo y que le permite actividades basadas en movilizaciones de los distintos segmentos corporales, caminar, giros, equilibrio, etc.
- Espacio simbólico: partiendo de la imitación de momentos reales, el participante va creando situaciones, expresando sus emociones. El psicomotricista acepta sus producciones simbólicas y, en caso de que sean agresivas o fantásticas, las hace evolucionar hacia registros aceptados socialmente. Dado que en estos momentos puede haber un encuentro con el otro, el psicomotricista trata de que se restablezca la comunicación.
- Espacio cognitivo: este espacio está perfectamente delimitado de forma material, y le permite representar su acción con una distancia afectiva. Se pueden proponer materiales maleables, como la pasta de modelar, que les permitan modificar, destruir y reconstruir.

- *Rueda de salida*: al final se reúnen con el psicomotricista al escuchar las palmas, que es la señal de aviso para dejar el material y acercarse a contar lo que se ha hecho, qué les ha parecido la sesión y cómo se han sentido.

4.2.3. *Sesiones de danzaterapia*

Gaetner (1981) propone un método de danza combinada con música. Considera la danza la expresión corporal más perfecta y elaborada porque exige la armonía con el espacio y el tiempo. La toma de conciencia del espacio va pareja con la del cuerpo en movimiento o en inmovilidad. De forma progresiva va integrando las nociones de alto-bajo y derecha e izquierda que se derivan de los movimientos bailados. Además van adquiriendo las nociones de simultaneidad y continuidad, sucesión, modificación y cambio, principio y fin.

Es un método que no exige aprendizaje, y crea movimientos de conjunto o individuales que conforme a la audición musical los participantes tienen que ir imitando. Las sesiones se desenvuelven en grupos pequeños, y el terapeuta hace de modelo a dos individuos. La única consigna que tienen que seguir es imitar los movimientos, para lo cual se emplea el espejo, que refleja al terapeuta y a los pacientes. Las músicas orquestales, de más de un instrumento, ayudan a crear un sentimiento de unidad y globalidad.

Cuando se realizan movimientos lentos utiliza obras de Bach, que provocan una distensión cercana a la relajación. Se llevan a cabo movimientos de las manos tocando su propio cuerpo, desde los pies hasta la cabeza y desde la cabeza hasta los pies, para hacerle tomar

conciencia de su unidad. Los movimientos se repiten muchas veces respetando rigurosamente el tempo de la música.

Cuando predomina la pasividad y lo que se quiere conseguir es una excitación psicomotriz que pueda desencadenar la marcha, el salto, la carrera o simplemente el movimiento, utiliza una música con tensión dramática que estalle y brote, con escritura musical violenta, como las obras de Falla y Stravinsky.

Algunas veces, para trabajar la expresividad, insiste sobre el título de la música, en especial cuando se refiere a algo concreto como *La consagración de la primavera*, y les habla de las estaciones del año, del país del músico, de lo que puede significar para los habitantes de un país frío el retorno de la primavera, y por tanto la alegría que debe desprenderse de todos los movimientos. Para estas músicas expresivas los movimientos de baile son más complejos.

La música de ópera permite la elaboración de afectos como la alegría, la tristeza, el dolor, la cólera, etc. Pero para poder utilizar este tipo de música se requiere que la comprensión de los individuos sea buena y que la historia sea simple, con sentimientos expresados de forma clara.

No descarta la utilización de música moderna, ya que algunas personas, en especial los adolescentes, no quieren bailar con música clásica pero sí con una música que les sea más familiar.

RESUMEN

- Los trastornos mentales severos se refieren a personas que sufren trastornos psíquicos graves y que presentan dificultades en el manejo y desenvolvimiento autónomo de su vida diaria durante un período de al menos dos años de tratamiento. El trastorno más representativo es la esquizofrenia.
- Las personas con esquizofrenia presentan:

- A nivel cognitivo, problemas en el procesamiento de la información que se traducen en dificultades en la percepción de su imagen corporal, en el manejo del espacio, en una falta de planificación de sus tareas, en memoria autobiográfica generalmente fragmentada y en dificultad en la comprensión de instrucciones y de mantenimiento de la atención.
 - A nivel socioafectivo y comunicativo: pobreza afectiva, abulia/apatía, anhedonia y dificultades en las relaciones interpersonales que pueden dar lugar a un aislamiento extremo.
 - A nivel motor: pasividad, hipercontrol, alteraciones de la postura y de la marcha, alteraciones en los movimientos intencionados y estereotipias, que pueden agravarse por los efectos secundarios de los fármacos neurolépticos.
- La observación es la técnica más utilizada en el proceso de evaluación psicomotriz; a partir de los protocolos de observación que se utilizan en los centros de rehabilitación psicosocial, se propone la observación de una serie de parámetros psicomotores.
 - La información obtenida mediante la observación psicomotriz puede complementarse con algunas pruebas estandarizadas aplicadas de forma completa o parcial, como el *balance psicomotor de Bucher* (1976).
 - El objetivo del programa de intervención psicomotriz es lograr que la persona tenga una mejor vivencia y conocimiento de sí mismo para que a través de él mejore la relación con el mundo que le rodea. Para ello se proponen diversos objetivos en el área cognitiva, socioafectivo y comunicativa y motora.
 - Las sesiones de psicomotricidad se realizan en grupos pequeños, siempre en el mismo lugar y con las mismas personas, con una frecuencia de una o dos veces por semana. Se pueden combinar sesiones dirigidas y vivenciadas para el trabajo de los distintos objetivos de intervención.
 - Se pueden incluir también sesiones de danzaterapia, siguiendo el método de Gaetner (1981), que utiliza la imitación de los movimientos que realiza el terapeuta delante del espejo con una música orquestal adecuada al objetivo que se vaya a trabajar.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Alonso, V., Viedma, M. J., Blanco, M. y Cañamares, J. M. (1997). Psicomotricidad. En A. Rodríguez (coord.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.

Los autores exponen el programa de intervención psicomotriz que realizan en los centros de rehabilitación psicosocial, exponiendo los contenidos generales de la evaluación, los objetivos de la intervención y cómo son las sesiones.

Díaz, A. (2000). Psicomotricidad vivenciada en el usuario con enfermedad mental. *Terapia Ocupacional*, 27, 73-76.

El autor expone cómo es el programa de intervención psicomotriz que aplica en un hospital de día utilizando sesiones vivenciadas.

Gaetner, R. (1981). *Terapia psicomotriz y psicosis*. Barcelona: Paidós.

Describe el método de danza que utiliza en su trabajo con niños psicóticos y autistas.

Intervención psicomotriz en síndrome de Down



-
1. Introducción.
 2. Desarrollo psicomotor.
 3. Evaluación psicomotriz.
 4. Intervención psicomotriz.
- Resumen.
Bibliografía recomendada.
-

1. INTRODUCCIÓN

El síndrome de Down, la causa más frecuente de discapacidad intelectual, es una alteración cromosómica causada por un exceso de material genético. Las consecuencias de este exceso cromosómico se dejan ver en distintos sistemas biológicos; de ahí que se hable de síndrome, porque afecta a diferentes funciones y órganos en los que está implicado el cromosoma 21. Sus rasgos característicos son el retraso mental junto con otras alteraciones cognitivas, sensoriales, de la personalidad, psicomotrices y una apariencia física específica (Madrigal, 2005).

1.1. Rasgos físicos

Todas las características y rasgos físicos del síndrome de Down no se descubren con regularidad en todos los niños afectados por él. Puesto que los rasgos físicos de todo ser humano están determinados en gran parte por su genoma, el niño con síndrome de Down tendrá alguna similitud física con sus padres biológicos, pero también tendrá rasgos comunes con otros niños afectados por el síndrome, debido a la presencia de material genético extra (Escribá, 2002). Los rasgos físicos más frecuentes son:

- El cráneo suele ser pequeño, con acortamiento del diámetro anteroposterior. El perímetro cefálico medio es inferior al normal sin que se halle dentro del ámbito de la microcefalia. Se retrasa el cierre de las suturas y de las fontanelas, no siendo raro observar que la fontanela anterior siga abierta a los dos o tres años.
- La nariz se caracteriza por su reducido tamaño y por la depresión del puente nasal. En el recién nacido el hueso nasal no suele estar osificado y tiene poco desarrollo.
- Ojos achinados, almendrados, con fisuras oblicuas palpebrales, así como pliegues de la piel extra en la parte exterior del ojo.
- Oreja displásica, con desarrollo anormal, así como de menor tamaño.
- Bajo desarrollo óseo del tercio medio del rostro, que junto con la hipoplasia nasal confieren un aspecto aplanado a la cara.
- Maxilares y boca reducidos, con mala oclusión dental, que les puede obligar a respirar por la boca. Los problemas de respiración afectan al desarrollo de las mejillas y limitan la capacidad pulmonar.
- El cuello de los niños recién nacidos con síndrome de Down suele ser corto y ancho, a veces con piel y tejido subcutáneo abundantes en la zona posterior. La base

del cuello suele seguir siendo ancha, pero el aumento de los tejidos se va haciendo menos ostensible.

- Sus manos son planas y blandas, con un pliegue profundo en el centro de la palma. Falange central displásica, con un solo surco de flexión en el quinto dedo en lugar de dos. El pulgar es pequeño y de implantación baja.
- Problemas de desarrollo corporal, con una estatura media menor que la de la población general. Se considera que su corta estatura se debe a la poca longitud de las piernas, ya que las extremidades son cortas.

1.2. Síntomas fisiológicos

- Entre un 35 y un 50 por 100 de las personas con síndrome de Down tienen alguna cardiopatía congénita. Dentro de los problemas de corazón, los más frecuentes son los defectos del canal aurículo-ventricular, las septaciones incompletas y las válvulas defectuosas.
- Las patologías más frecuentes del aparato locomotor son la subluxación atlantoaxial, la luxación de cadera (con un aumento de la incidencia en adolescentes y adultos), los problemas de rodilla, y el pie plano.
- Son frecuentes los desequilibrios hormonales e inmunológicos, como los que afectan a los niveles de hormonas tiroideas o la mayor vulnerabilidad a las infecciones.
- Otras patologías que pueden ir asociadas son los problemas gastrointestinales.
- También existe un riesgo relativamente elevado a padecer Alzheimer a edades avanzadas.

1.3. Problemas sensoriales

- Los problemas oculares más representativos y que aparecen con mayor frecuencia son: errores de refracción, estrabismo y nistagmus. Otras afecciones que influyen negativamente en el bajo rendimiento pero que aparecen con menor frecuencia son blefaroconjuntivitis, cataratas, queratocono, desprendimiento de retina e hipoplasia del nervio óptico.
- Son frecuentes también los problemas auditivos, y de hecho muchas veces tienen una capacidad auditiva inferior a la normal. Entre el 66 y el 89 por 100 de niños con síndrome de Down sufren una pérdida auditiva superior a los 15 o 20 decibelios en, al menos, un oído. Éste es uno de los factores que influyen en las dificultades que presentan con relación a la estructuración espacio-temporal.

2. DESARROLLO PSICOMOTOR

2.1. Desarrollo cognitivo

- *Inteligencia:* casi todas las personas afectadas presentan un retraso mental de leve a moderado, una minoría tiene un retraso mental profundo y el resto tiene una capacidad mental límite. Logran mejores resultados en tareas que implican la inteligencia concreta que en aquellas en las que hay que utilizar la inteligencia abstracta. Asimismo, en los tests que miden la inteligencia obtienen mejores puntuaciones en las pruebas manipulativas que en las de carácter verbal. El nivel intelectual que pueden alcanzar varía de unas personas a otras dependiendo de los programas de estimulación de atención tem-

prana y educativos a los que ha asistido durante la primera infancia.

- *Memoria*: tienen problemas en la memoria a corto y largo plazo, siendo su memoria visual mayor que la auditiva. Sin embargo, tienen bien desarrollada la memoria operativa y procedimental, lo que les permite llevar a cabo tareas secuenciales; hasta que no terminan una tarea no comienzan la siguiente.
- *Percepción*: procesan mejor la información visual que la auditiva. Su umbral de respuesta general es mayor que el del resto de la población, por lo que necesitan estímulos de mayor intensidad y duración para que puedan reaccionar ante ellos.
- *Atención*: las alteraciones de determinados mecanismos cerebrales explican las dificultades para mantener la atención durante mucho tiempo en la misma tarea u objeto se distraen con facilidad ante estímulos diversos y novedosos.
- *Orientación espacial y temporal*: hay una demora en la adquisición de estas conductas porque implican una mayor participación de procesos cognitivos (descodificación, simbolización, abstracción) y una adecuada percepción visual, cinestésica y rítmica (Escribá, 2002). Incluso con un retraso mental leve presentan resultados inferiores en las pruebas de orientación espacial y estructuración espacio-temporal. La adaptación a un ritmo exterior también es ligeramente inferior a la de otros niños.

2.2. Desarrollo socioafectivo y comunicativo

Las características de personalidad que se dan con mayor frecuencia son:

- Escasa iniciativa y baja tendencia a la exploración.
- Poca capacidad para controlar e inhibir sus emociones, que se manifiesta en una excesiva efusión de sentimientos.
- Tendencia a la persistencia de la conducta y resistencia al cambio. Les cuesta cambiar de tarea o iniciar actividades nuevas.
- Baja capacidad de respuesta y de reacción ante el ambiente, que puede parecer desinterés ante lo nuevo, apatía y pasividad.
- Dificultades para interpretar y analizar los acontecimientos externos.
- Constancia, tenacidad, responsabilidad y puntualidad. Son muy cuidadosos y perfeccionistas con el trabajo.

Pocas veces se relacionan socialmente de forma espontánea. Durante la infancia son muy dependientes de las personas adultas, no sólo de su familia sino de su entorno, y suelen preferir jugar con niños más pequeños que ellos.

En cuanto al lenguaje y la comunicación, el nivel de lenguaje comprensivo es superior al expresivo. El hecho de tener una lengua grande les produce dificultades para articular las palabras. Les resulta más difícil dar respuestas verbales que motoras, por lo que les cuesta explicar lo que están haciendo o lo que van a hacer. El problema de lenguaje más frecuente es la falta de fluidez verbal, y las dificultades más habituales son:

- Repetir toda o una parte de una palabra mientras se piensa en la siguiente frase.
- Largas pausas en mitad de una frase hasta encontrar la siguiente.
- Pausas en lugares inusuales de la frase, seguidas con dos o tres palabras que se

sucedan con rapidez, haciendo difícil la comprensión por parte del oyente.

- Enfatizar palabras o partes de una palabra cuando no hay por qué resaltarlas.
- Hablar a trompicones hasta encontrar la sílaba o la palabra adecuada.
- Dificultades para comprender lo que están diciendo.
- Tartamudeos.

2.3. Desarrollo motor

Tono muscular y control postural

- Hipotonía de los músculos: tienen reducido tono muscular debido a la pérdida de ligamentos, lo que se traduce en flacidez y torpeza en los movimientos.
- Generalmente, conductas como el control de la cabeza, la sedestación, el gateo y la bipedestación suelen aparecer más tarde, aunque algunos de ellos alcanzan estos hitos evolutivos dentro de los intervalos cronológicos considerados normales (Candel y Carranza, 1993).
- Hiperflexibilidad, habilidad excesiva para flexionar las extremidades.

Coordinación dinámica general y equilibrio

- Muestran una menor tolerancia a la posición de prono y un retraso posterior en el desarrollo de la reptación y el gateo. Tardan más en ponerse de pie, y suelen necesitar ayuda durante un período más prolongado antes de poder sostenerse erguidos solos. Cuando comienzan a andar, debido a la hipermovilidad de las articulaciones, se pueden observar posturas anormales en las caderas, columna vertebral, rodillas y pies. La inestabili-

dad atlanto-axial y los problemas de rodilla son factores que contribuyen a las dificultades para mantener el equilibrio y la inseguridad e inmadurez de los patrones locomotores (Sánchez, 1996).

- Los niños con síndrome de Down obtienen puntuaciones más bajas en las pruebas de coordinación dinámica general si se les compara con niños sin dificultades de similar edad de desarrollo intelectual, o con otros niños con necesidades educativas específicas equiparados en cociente de desarrollo, debido a sus peculiaridades físicas (Arnaiz, 1992). Asimismo, en un estudio comparativo realizado por Escribá (1999) entre niños con síndrome de Down, niños con retraso mental y niños normales se encontró que las puntuaciones obtenidas por los niños con síndrome de Down eran más bajas que las de los otros grupos, y conforme aumentaba la edad obtenían puntuaciones inferiores al resto de los grupos.
- El equilibrio inadecuado puede ser uno de los factores, junto con la hipotonía y fuerza limitada, de la demora en su desarrollo psicomotor (Block, 1991; Candel, 1991). El mayor problema radica en el deterioro de los enderezadores posturales, el cambio de peso y el apoyo, la conciencia de la posición en el espacio y la fuerza y coordinación de reacciones adecuadas de equilibrio (Burns, 1995). Todo ello se traduce en problemas de equilibrio estático y dinámico (Arnaiz, 1992).

Control del propio cuerpo y control segmentario

- Las dificultades de esta conducta están ligadas a los trastornos del equilibrio y del tono y tienen como principales reper-

usiones: dificultad en la formación de la imagen corporal, incapacidad para el control segmentario y dificultad tanto para descodificar como para reproducir diferentes posiciones y gestos (Henderson, Morris y Ray; 1981; Arnaiz, 1992). Escribá (1999) encontró que conforme aumenta la edad, los niños con síndrome de Down van obteniendo puntuaciones inferiores a los niños normales y con retraso mental.

Lateralidad

- Hay una demora en la definición y establecimiento de la lateralidad, fundamentalmente en la definición del ojo y del pie, así como un elevado número de zurdos (Arnaiz, 1992; Rigal, 1987; Smith y Von Tetzchner, 1986), que probablemente sea debido a la inmadurez neurológica (Flórez, 1991a, 1991b).

Coordinación visomanual

- El desarrollo de la coordinación óculo-manual se ve frenado por la falta de estrategias de exploración y de flexibilidad para la variación de estrategias, una diferencia que aumenta con la edad (Escribá, 2002). El desarrollo de las habilidades finas manuales y óculo-manuales se ve obstaculizado por el retraso en conseguir el control del tronco en posición sentada (Gunn, 1995).
- Las puntuaciones obtenidas por los niños con síndrome de Down en coordinación óculo-manual siempre son más bajas, y conforme aumenta la edad las diferencias se van incrementando (Escribá, 2002). Las causas de estos resultados pueden hallarse en la configuración mor-

fológica de las manos, en los problemas visuales y en la indefinición de la dominancia lateral (Arnaiz, 1992).

3. EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

3.1. Técnicas cuantitativas

El examen de primera infancia (Picq y Vayer, 1977) y el examen psicomotor de Picq y Vayer (1977) son los instrumentos de evaluación más adecuados para realizar la evaluación psicomotriz de los niños con síndrome de Down.

Examen psicomotor de primera infancia

El examen psicomotor de primera infancia (Picq y Vayer, 1977; Escribá, 2002) permite evaluar a niños de edad mental y/o cronológica inferior a los seis años (de dos a cinco años) a través de la observación de las siguientes conductas: coordinación visomanual, coordinación dinámica, control postural (equilibrio), control del propio cuerpo, organización perceptiva y lenguaje.

Las pruebas de coordinación visomanual, coordinación dinámica y control postural (equilibrio) son las equivalentes a las pruebas de coordinación dinámica de las manos, coordinación dinámica general y control postural del examen psicomotor de Vayer (1985), en niños de una edad mental y/o cronológica inferior a los seis años.

La prueba de control del propio cuerpo es la equivalente a la prueba de control segmentario en niños de una edad mental y/o cronológica inferior a los seis años, ya que hasta esta edad no se empieza a adquirir el control segmentario. Esta prueba está íntegramente tomada del test de imitación de gestos de Berges y Lezine

(1963). El niño tiene que imitar diez gestos simples de movimientos con las manos y diez gestos simples de movimientos de los brazos, estableciéndose una correspondencia en edad de acuerdo con su realización.

Las pruebas de organización perceptiva y lenguaje (que evalúa memoria inmediata y pronunciación) son las equivalentes a las pruebas de organización espacial y estructuración espaciotemporal para niños de una edad mental y/o cronológica inferior a los seis años. Están escalonadas de año en año a excepción de la prueba de los dos años, en la que se escalona de seis en seis meses, estableciéndose una correspondencia en edad en función de si cumple el criterio de cada prueba.

Los resultados de estas pruebas se utilizan en la construcción de un gráfico: el perfil psicomotor. El examen se completa con la prueba de lateralidad, que ya se ha descrito en el examen psicomotor de Vayer en el capítulo 3, que permite llegar a una fórmula de lateralidad que se incluye en el perfil.

Examen psicomotor de Picq y Vayer

Picq y Vayer (1977) elaboraron un examen psicomotor para la evaluación de niños con discapacidad intelectual adoptando y adaptando diversas pruebas ya existentes. El examen psicomotor consta de diez pruebas:

1. Coordinación dinámica de las manos.
2. Coordinación dinámica general.
3. Equilibrio.
4. Rapidez.
5. Organización del espacio (orientación).
6. Estructuración espaciotemporal.
7. Lateralidad.
8. Sincinesias-paratonía.
9. Conducta respiratoria.
10. Adaptación al ritmo.

Las pruebas de coordinación dinámica de las manos, coordinación dinámica general, equilibrio, rapidez, organización del espacio, estructuración espaciotemporal, lateralidad y conducta respiratoria son las mismas que las del examen psicomotor de Vayer, ya descrito en el capítulo 3.

La prueba de sincinesias-paratonía permite apreciar las sincinesias de reproducción (a través de la prueba de las marionetas) y la relajación de los brazos en un balanceo pasivo.

La prueba de adaptación al ritmo permite apreciar la capacidad de asimilación y reproducción de una cadencia dada por un metrónomo.

Los resultados de las seis primeras pruebas se ordenan de forma gráfica, estableciéndose así el perfil psicomotor. Las cuatro últimas pruebas, para las que no se dispone de correspondencias en edad validadas, son ordenadas en un cuadro bajo el perfil.

Aunque algunos autores utilizan la prueba de Vayer para la evaluación de niños con síndrome de Down, es preferible emplear el examen psicomotor de Picq y Vayer, ya que en el primero no se aplican las pruebas de sincinesias-paratonía y adaptación al ritmo debido a que en niños normales no suelen aparecer problemas y de esta forma se acorta el examen. Sin embargo, estos aspectos deben valorarse en niños con discapacidad intelectual. Por otra parte, el examen psicomotor de Vayer incluye una prueba de control segmentario que los niños con síndrome de Down no pueden realizar en muchos casos.

3.2. La observación psicomotriz

Las técnicas cualitativas, frente al enfoque de la inteligencia como cúmulo de capacidades, hacen hincapié en el modo en que el individuo procesa la información.

Llorca y Sánchez (2003) proponen valorar las conductas o actuaciones que se producen en la sala de psicomotricidad en relación con los procesos cognitivos.

Se evalúan los parámetros psicomotores: relación con el cuerpo, con el espacio, con el tiempo, con los objetos, con los otros y el lenguaje.

En la relación con el cuerpo y con el espacio, se observan dificultades en la percepción y el control del espacio para adecuar el cuerpo a la acción.

En la relación con el tiempo, tienen dificultades para distribuirlo y planificar su juego. Tienen menos capacidad de estructurar y organizar espontáneamente su actividad lúdica (Sloper et al., 1990).

En la relación con los objetos, tienen dificultades además para descubrir qué se puede hacer con los materiales, darles un uso creativo y desarrollar distintos tipos de juego. Los niños con síndrome de Down tienden a ser más repetitivos en sus juegos, eligiendo constantemente objetos y juguetes que les sean familiares (Riguet y Taylor, 1981).

En la relación con los compañeros, tienden a jugar con iguales de menor edad (Sloper et al., 1990).

4. INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ

La intervención temprana puede influir de forma importante en la evolución.

4.1. Objetivos de intervención

Basados, en parte, en Picq y Vayer (1977) y Escribá (2002), se proponen los siguientes objetivos de intervención, que aparecen resumidos en la tabla 9.1.

4.1.1. Área motora

1. Tono muscular:
 - De forma paralela a la percepción global del cuerpo, se trabaja la adopción de distintas posiciones (de pie, sentado, tumbado, en cuadropedia, etcétera).
 - Relajación: se trabaja la relajación global y segmentaria del cuerpo.
2. Coordinación dinámica general:
 - Control y desarrollo de distintos tipos de desplazamiento: reptación, cuadropedia, marcha, carrera, salto, giros y trepa.
3. Equilibrio:
 - Desarrollo del equilibrio dinámico espontáneo en los distintos desplazamientos.
 - Mantenimiento del equilibrio en el suelo con distintos apoyos, en diferentes posturas, modificando la posición general del cuerpo.
 - Transporte de objetos en equilibrio.
 - Desarrollo de equilibrio dinámico espontáneo elevado realizando distintos desplazamientos.
4. Coordinación visomotriz:
 - Desarrollo del control ojo-mano: lanzamiento y recepción.
 - Desarrollo del control ojo-pie: pases y conducciones.
 - Desarrollo de la motricidad fina.
5. Lateralidad: definición y afianzamiento de la propia dominancia de la mano, el ojo y el pie.

TABLA 9.1
Objetivos de intervención

Área motora	Área cognitiva	Área socioafectiva y comunicativa
<p>Tono muscular Control postural Posiciones Relajación Global Segmentaria</p>	<p>Percepción del cuerpo Percepción global del cuerpo Conocimiento de las distintas partes Toma de conciencia del espacio gestual</p>	<p>Relación de apego con el psicomotricista Independencia y autonomía</p>
<p>Coordinación dinámica general Arrastre Cuadropeidia Marcha Carrera Salto Giros Deslizamientos Tropa</p>	<p>El espacio y los objetos Utilización y exploración del espacio Utilización y exploración de los objetos Nociones espaciales Básicas en relación a su cuerpo Trasposición de las nociones espaciales sobre otros Trasposición de las nociones espaciales sobre los objetos</p>	<p>Relación con los iguales Establecimiento de relaciones con los iguales Respeto y aceptación Cooperación Búsqueda de ayuda Capacidad de iniciativa Aceptación de propuestas Asertividad</p>
<p>Equilibrio Equilibrio dinámico espontáneo Equilibrio en el suelo Equilibrio de objetos Equilibrio elevado</p>	<p>El tiempo Distribución y planificación del tiempo Nociones temporales Nociones básicas Relaciones en el tiempo</p>	<p>Autoconcepto y autoestima Reconocimiento de capacidades y limitaciones</p>
<p>Coordinación visomotriz Ojo-mano Ojo-pie</p>	<p>Capacidad de representación El juego simbólico Distintas formas de representación</p>	<p>Expresión y reconocimiento de emociones Reconocer las propias emociones y sentimientos Reconocer e identificar emociones y sentimientos en los demás Expresión adecuada de emociones y sentimientos Afrontamiento y superación de miedos</p>
<p>Lateralidad Dominancia de la mano Dominancia del ojo Dominancia del pie</p>		<p>Aceptación y respeto de normas Respeto de normas externas Participación en la elaboración de normas</p>
<p>Respiración Fases: inspiración-espирación Respiración nasal y bucal Respiración torácica y abdominal</p>		<p>Lenguaje Habilidades de escucha Habilidades de comunicación</p>

6. Control respiratorio:

- Toma de conciencia de la propia respiración y de las fases de las que consta.
- Control y diferenciación de las respiraciones bucal y nasal.
- Consecución de una respiración armónica, rítmica, profunda y completa: respiración torácica y abdominal.

4.1.2. *Área cognitiva*

1. Percepción del cuerpo:

- Percepción de su cuerpo como una unidad y toma de conciencia de su posición en el espacio: se trabajan de forma simultánea las distintas posiciones corporales (de pie, tumbado, sentado, de rodillas, en cuadropedia, etc.) y diferentes desplazamientos (andar, correr, reptar, gatear, etc.), insistiendo en la movilización del cuerpo en su conjunto, y no en la precisión en la realización de los movimientos.
- Conocimiento de las distintas partes del cuerpo: conocer el nombre y localización de las distintas partes del cuerpo, saber ubicarlas en el propio cuerpo y en los otros y descubrir las posibilidades motrices de cada una de ellas.
- Toma de conciencia del espacio gestual: conocimiento de las nociones básicas espaciales en relación con su propio cuerpo.

2. El espacio y los objetos:

- Utilización y exploración de los distintos espacios (sensoriomotor, simbólico y para las representaciones).

- Utilización y exploración de los objetos: desarrollo del juego sensoriomotor y simbólico.
- Nociones espaciales: conocimiento de las nociones básicas espaciales en relación con el espacio inmediato (arriba/abajo, cerca/lejos, dentro/fuera, encima/debajo, atrás/delante, a un lado/a otro, junto/separado, izquierda/derecha) y realización de trayectos o itinerarios sencillos.

3. El tiempo:

- Distribución y planificación del tiempo en la sesión.
- Nociones temporales: conocimiento de las nociones temporales básicas (velocidad, duración), toma de conciencia de las relaciones en el tiempo (simultaneidad y sucesión, antes y después, principio y final).

4. Capacidad de representación:

- Desarrollo del juego simbólico: capacidad para representar distintas situaciones, personajes y roles, dar otro significado a los objetos, crear espacios.
- Expresión de lo vivido a través del cuerpo y el movimiento mediante distintas formas de representación.

4.1.3. *Área socioafectiva y comunicativa*

1. Desarrollo de una buena relación de apego con el psicomotricista en la que se irá fomentando la independencia y autonomía del niño.
2. Desarrollo de una buena relación con los compañeros, favoreciendo el estable-

cimiento de vínculos con los iguales, el respeto y la aceptación de los demás, la cooperación, la búsqueda de ayuda cuando la necesita, la iniciativa, la aceptación de las propuestas de los otros y la asertividad.

3. Desarrollo del autoconcepto y la autoestima, reconociendo sus propias capacidades y limitaciones.
4. Reconocimiento y expresión de emociones: reconocer e identificar sus propias emociones y las de los demás, expresar sus emociones de forma adecuada, así como superar miedos.
5. Aceptación y respeto de las normas externas y, en la medida de lo posible, participación en su elaboración.
6. Lenguaje: desarrollo de habilidades de escucha y comunicación con los demás.

4.2. La sesión de psicomotricidad

4.2.1. Sesiones dirigidas

Las sesiones dirigidas se centran en abordar los objetivos referentes al área motora y, dentro del área cognitiva, en la adquisición de las nociones espaciales y temporales. Picq y Vayer (1977) recomiendan que la intervención se integre dentro del conjunto educativo y que se realice de forma colectiva, en grupos de aproximadamente siete u ocho niños con dificultades más o menos homogéneas, de forma que se adapte el trabajo al nivel y necesidades de éstos.

Además, previamente al trabajo de contenidos psicomotores específicos, es necesario un período preparatorio en el que tomen contacto con la sala, con los materiales que van a utilizar durante la reeducación, con los compañeros y con su cuerpo, probando distintas posiciones y desplazamientos.

Toro y Zarco (1995) y Escribá (2002) recomiendan: variar constantemente las actividades debido a la dificultad de atención y concentración, sustituir siempre que sea posible las instrucciones verbales por información visual, descomponer la tarea en diferentes pasos, posibilitar la familiarización del niño con el material que se va a usar y utilizar juegos sencillos.

Dado el papel primordial que desempeñan el juego y el movimiento en el desarrollo de los niños con síndrome de Down (Burns, 1995; Jobbling, 1995; Sánchez, 1996; Zausner, 1993), el juego se convierte en el instrumento metodológico a través del cual se articula la intervención, siendo la práctica y la repetición esenciales para el desarrollo de su repertorio de habilidades (Escribá, 2002).

En cuanto a las técnicas de relajación, el método más aplicado ha sido la relajación progresiva, ya que el mismo Jacobson descubrió que era efectiva para relajar a niños con discapacidad intelectual (Linares y Sánchez, 1998). Cautela y Groden (1985) adaptaron la técnica de relajación de Jacobson a los niños con necesidades especiales ofreciendo algunas sugerencias para el entrenamiento:

- Comenzar por grandes grupos musculares y progresar hacia músculos más pequeños, ya que les resulta más fácil relajar grandes áreas motoras.
- Utilizar más de una sesión para enseñar todos los grupos musculares.
- Dar instrucciones precisas, sencillas y cortas.
- Ilustrar al máximo lo que se va a enseñar, utilizando un procedimiento de modelado.
- Utilizar reforzadores iniciales, preferentemente de tipo social, que se retiren de forma progresiva.

Recomiendan que antes de comenzar el entrenamiento se aplique al niño un pretest para verificar si presenta las habilidades necesarias para la enseñanza de la relajación, es decir:

- a) Habilidades básicas, como permanecer sentado sin moverse o ser capaz de mantener la mirada durante cinco segundos.
- b) Realizar imitaciones.
- c) Responder a órdenes sencillas.

En el caso de que el niño no lo supere con éxito, deberá recibir un entrenamiento en estas habilidades antes de comenzar el procedimiento de relajación.

El entrenamiento autógeno de Schulz no es aconsejable en personas con un retraso mental moderado, ya que requiere una mayor implicación cognitiva (Linares, 1997).

4.2.2. *Sesiones vivenciadas*

Las sesiones vivenciadas permiten la puesta en práctica de las habilidades aprendidas en las sesiones dirigidas, así como el trabajo sobre el área socioafectiva y comunicativa y algunos de los objetivos del área cognitiva que no son abordados en las sesiones dirigidas.

Llorca y Sánchez (2003) plantean una intervención corporal global que incluya no sólo el aspecto instrumental, sino también el aspecto cognitivo y tónico-emocional. La propuesta de materiales va a depender de la edad de los niños y de su nivel de competencia, trabajando desde los procesos cognitivos más básicos, para ir evolucionando hacia el juego sensoriomotor, el juego simbólico y las representaciones.

El espacio sensoriomotor favorece que el niño acceda a la noción de cuerpo y del esquema corporal, modificando su comportamiento

frente al espacio y en su relación. Se utilizan fundamentalmente materiales fijos en el espacio:

- Las espalderas, que propician la trepa y la conquista de la altura.
- El banco sueco, que favorece los deslizamientos, los saltos y el equilibrio.
- El minitramp, un pequeño trampolín que facilita ponerse a prueba, arriesgarse, trabajando el salto y la caída.
- Las colchonetas, que permiten asegurar el espacio y amortiguar las caídas, además de favorecer el equilibrio y el desequilibrio, las caídas y las volteretas.

Estos materiales además de favorecer el desarrollo de las competencias motrices, facilitan el desarrollo de la seguridad afectiva y emocional. El psicomotricista se implica en la relación con el niño para proporcionarle seguridad, sirve de modelo y es respetuoso con el tiempo que necesita. Ofrece ayuda y la va retirando de forma progresiva. Así, por ejemplo, cuando el niño no pueda, no sepa o no se atreva a saltar desde las espalderas, puede seguir la siguiente secuencia: en primer lugar, saltan juntos, para pasar después a darle la mano para que salte él, a reforzarle de forma verbal por hacerlo, hasta simplemente mirarle cómo lo hace. En el caso de niños demasiado impulsivos o arriesgados, les ayuda a reconocer y tomar conciencia de las situaciones de peligro.

Un paso más es el desarrollo del juego simbólico en el espacio simbólico. Cuando las competencias simbólicas son escasas, cuando no tienen capacidad para pasar de lo real a lo imaginario, se utilizan juguetes representativos de la realidad que les ayuden a desarrollar escenas y personajes (coches, muñecas, cocinitas, etc.). Poco a poco se van introduciendo materiales menos estructurados que permiten una utilización más creativa, como cuerdas, telas, módulos de gomaespuma, etc. El psicomotricista interviene

como compañero simbólico representando distintos personajes o dando otro uso a los objetos. Los materiales que se pueden utilizar son muy variados:

- Módulos de gomaespuma, con los que realizan espacios abiertos y cerrados y construyen casas o castillos. El psicomotricista puede ayudar con sus preguntas o en su construcción creando espacios más complejos.
- Telas, que utilizan para disfrazarse y representar distintos roles. Se pueden evocar situaciones de su realidad cotidiana, ayudándoles a secuenciar y ordenar sus vivencias diarias.
- Cuerdas, que se usan para rodear, atar, inmovilizar al otro; también más sutilmente, para domesticar y pasear al perro. El psicomotricista ayuda al niño a cambiar de rol, a no quedar atrapado en la representación del mismo papel (generalmente de dominado).

En todas las sesiones existe también un espacio o momento para la representación justo antes de realizar la rueda de salida, en el que se ofrecen materiales que permitan representar el movimiento y las emociones vividas durante la sesión. Es importante situarse en el momento madurativo del niño para saber interpretar sus competencias y proporcionar la ayuda necesaria. Se pueden utilizar distintas formas de representación:

- El dibujo, en el que se insiste más en el significado de dibujar que en el propio acto en sí. El psicomotricista puede realizar la representación de lo hecho por el niño pidiéndole detalles de lo sucedido. Lo importante es que comprenda y reconozca cómo sus vivencias y pensamientos pueden ser plasmados en una representación gráfica.
- Las construcciones, como los bloques de madera. En un principio no hay ningún proyecto, sino que se limitan a manipularlos juntándolos y dispersándolos, llenando y vaciando, etc.; poco a poco van planificando un proyecto más elaborado, como construir una casa. Se les ayuda a que aprendan cómo conseguir equilibrio entre los bloques, comparar los tamaños, utilizar los distintos planos para crear espacios, etc. Para ello, el psicomotricista puede ir haciendo preguntas al niño.
- La arcilla y la plastilina, que en un principio también se limitan a manipular (amasar, golpear, hacer pequeños trozos) y poco a poco moldean dándoles formas más alargadas y anexionando detalles hasta llegar a la representación de la figura humana. El psicomotricista puede ayudar ofreciendo parte de la figura para que vayan colocando los detalles que quieran. Lo interesante es que el niño se dé cuenta de las posibilidades que tiene usar el material para crear algo.

RESUMEN

- El síndrome de Down es la causa más frecuente de discapacidad intelectual. Sus rasgos característicos son el retraso mental, junto con otras alteraciones cogniti-

- vas, sensoriales, de la personalidad, psicomotorices y una apariencia física específica.
- En el *área cognitiva* casi todas las personas con síndrome de Down presentan un

retraso de leve a moderado con mejores resultados en inteligencia concreta que abstracta, tienen dificultades de memoria a corto y largo plazo pero no en la memoria operativa y procedimental, su memoria visual es mejor que la auditiva, procesan mejor los estímulos visuales que los auditivos, les cuesta mantener la atención y se distraen con facilidad y presentan más dificultades en la adquisición de las nociones espaciales y temporales.

- En el *área socioafectiva y comunicativa* pocas veces se relacionan de forma espontánea con los demás, dependen de las personas adultas y se sienten mejor con niños más pequeños que ellos. Tienen poca capacidad para controlar e inhibir sus emociones. Su lenguaje comprensivo es superior al expresivo.
- En el *área motora* presentan hipotonía, problemas en la coordinación dinámica general y el equilibrio, incapacidad para el control segmentario, demora en la definición y establecimiento de la lateralidad y puntuaciones menores en coordinación óculo-manual.
- El examen de primera infancia (Picq y Vayer, 1977) y el examen psicomotor de Picq y Vayer (1977) son los instrumentos de evaluación más adecuados para realizar la evaluación psicomotriz de los niños con síndrome de Down.
- La información obtenida con las pruebas estandarizadas se complementa con la observación psicomotriz, en la que se

valoran las conductas o actuaciones que se producen en la sala de psicomotricidad en relación con los procesos cognitivos teniendo en cuenta cómo se relaciona con el cuerpo, con el espacio, con el tiempo, con los objetos, con los otros y el lenguaje.

- La intervención temprana influye de forma esencial en su evolución, para lo cual se proponen diversos objetivos en el área motora, cognitiva y socioafectiva y comunicativa.
- Las sesiones dirigidas se centran en abordar los objetivos del área motora y la adquisición de nociones espaciales y temporales. La intervención se realiza en grupos reducidos con dificultades homogéneas y se utiliza el juego como instrumento metodológico a partir del cual se articula toda la intervención. La técnica de relajación más utilizada ha sido la relajación progresiva de Jacobson, teniendo en cuenta las adaptaciones que hacen Cautela y Groden (1985) para trabajar con niños con necesidades educativas especiales.
- Las sesiones vivenciadas permiten la puesta en práctica de las habilidades aprendidas, así como el trabajo sobre el área socioafectiva y comunicativa y algunos de los objetivos del área cognitiva que no son abordados en las sesiones dirigidas. Se trabaja desde los procesos cognitivos más básicos, para ir evolucionando hacia el juego sensoriomotor, el juego simbólico y las representaciones.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Picq, L. y Vayer, P. (1977). *Educación psicomotriz y retraso mental*. Barcelona: Científico-Médica.

Es un libro clásico en la reeducación psicomotriz. Presentan un programa de reeducación psicomotriz dirigido a niños con retraso mental, así como la descripción del examen psicomotor de primera infancia y para niños con retraso mental.

Escribá, A. (2002). *Síndrome de Down: Propuestas de intervención*. Madrid: Gymnos.

Presentan 173 actividades prácticas para el desarrollo de la motricidad en el niño con sín-

drome de Down, indicando los objetivos que se desarrollan con cada actividad.

Llorca, M. y Sánchez, J. (2003). *Psicomotricidad y necesidades educativas especiales*. Málaga: Aljibe.

En el capítulo dedicado a la «Atención psicomotriz a las necesidades educativas en el ámbito cognitivo» describen de forma práctica cómo realizar la intervención psicomotriz con estos niños a través de sesiones vivenciadas.

Intervención psicomotriz en ceguera

10

-
1. Introducción.
 2. Desarrollo psicomotor.
 3. Evaluación psicomotriz.
 4. Intervención psicomotriz.
- Resumen.
Bibliografía recomendada.
-

1. INTRODUCCIÓN

La ceguera es entendida habitualmente como la privación de la sensación visual o del sentido de la vista. Sin embargo, se pueden diferenciar varios niveles de ceguera (Marcos, 1999):

- *Amaurosis*: en oftalmología, se considera que una persona es ciega cuando presenta una ausencia total de visión, incluida la falta de percepción de la luz.
- *Ceguera legal*: en la práctica se considera ciegos a personas que presentan restos visuales funcionales dentro de unos límites que se cuantifican en tablas normativas. Incluye a personas que presentan un menoscabo funcional visual que les impide tener una agudeza visual superior al límite de 1/10 o un campo visual mayor de 10 grados.
- *Deficiencia visual*: incluye a las personas que sufren trastornos de visión con una función residual limitada, que condiciona dificultades en las tareas que les resultan fáciles a las personas normovidentes.

El momento de aparición de la deficiencia visual influye en sus repercusiones; cuanto más temprana sea, mayores serán las repercusiones a nivel aptitudinal y menores a nivel de adaptación y social (Checa, 1999).

En la ceguera congénita, la privación de la información sensorial condiciona un desarrollo sensoriomotor más tardío y peculiar, así como dificultades en el acceso a la información escrita y en los desplazamientos. En su adaptación personal, los desajustes vienen derivados de la conciencia de ser diferente a los otros, y surgen hacia los cuatro años, en la adolescencia y en algún otro período crítico de su vida.

Cuando la ceguera es adquirida con posterioridad a la adolescencia, ya existe una buena base de conocimientos de las relaciones espaciales que facilita la adquisición de nuevos aprendizajes. Sin embargo, el desajuste personal puede ser muy importante.

2. DESARROLLO PSICOMOTOR

La evolución del niño ciego está sometida a las mismas leyes que la evolución de un niño vidente. Las dificultades se manifiestan, en la mayoría de los casos, por un desfase en la edad de aparición de ciertas conductas y no por una imposibilidad total de adquisición (Defontaine, 1981).

Esas diferencias evolutivas suelen provocar en los niños ciegos un retraso entre dos y cuatro años respecto a los videntes, pero esa diferencia se iguala prácticamente entre los doce y los quince años (Ochaíta, 1984).

La mayoría de las dificultades radican en una ausencia de imitación visual y en las carencias estimuladoras. El niño ciego se puede desarrollar como cualquier vidente, pero sigue unas rutas distintas para la conquista de su desarrollo (González, 1990).

2.1. Desarrollo motor

Control postural

La erección de la cabeza, la posición sedente y la posición de pie con ayuda pueden observarse a las mismas edades que en un niño vidente. Sin embargo, presentan retraso en conductas que requieren una iniciativa propia, tales como darse la vuelta, levantarse para apoyarse en sus brazos cuando están boca abajo o ponerse de pie ellos solo.

Coordinación óculo-manual

La evolución del niño ciego experimenta un retraso a partir del cuarto mes de vida, pues en ese período es cuando el bebé vidente adquiere la coordinación de la prensión y la visión (Martínez, 2000). Mientras que la prensión voluntaria de un objeto normalmente aparece hacia los cuatro o cinco meses, en un niño ciego no se inicia hasta los siete meses (Defontaine, 1981).

Coordinación dinámica general y equilibrio

Durante el segundo año de vida las diferencias se hacen más patentes: no existe el gateo ni el desplazamiento a cuatro patas y hay un retraso importante en la adquisición de la marcha, que suele adquirirse en torno a los 21 meses (Fraiberg, 1981).

No presentan la conducta de gateo, por lo que no ponen en práctica las habilidades básicas de movilidad (balanceo, rotación del cuer-

po y del tronco, distribución del peso corporal entre las extremidades del cuerpo, etc.) (Martínez, 2000).

Muestra dificultades en la adquisición de la marcha (Defontaine, 1981), en la que se observan las siguientes irregularidades (González, 1990):

- Suele caminar con las piernas demasiado separadas, al tiempo que mantiene los muslos apretados.
- Las rodillas no se doblan.
- El pie no se posa sucesivamente en el suelo, desde el talón hasta la puntera, sino que lo hace como un bloque, de golpe.
- A veces anda de puntillas o de talones, y existen irregularidades en los pasos o da medios pasos.
- También es frecuente que arrastren los pies al andar o que caminen con los pies en escuadra.
- Las manos al andar suelen estar adelantadas, a la altura de la cara, con los dedos doblados y como crispados. Otra postura frecuente es llevar una mano a la altura de la cara y otra a la altura de la cintura, y ambas con las palmas hacia afuera.

La carrera es prácticamente desconocida, y cuando aparece, tiene las mismas características que la marcha, pero agudizadas.

La distorsión que presentan en sus sistemas vestibulares hace que no posean un buen equilibrio ni un conocimiento apropiado de los conceptos de verticalidad. Como consecuencia de ello, la alineación segmentaria de su cuerpo no es la adecuada y no controlan eficazmente sus habilidades motoras primarias (Arnaiz, 1994).

Tono y relajación

Aparecen problemas paratónicos (Defontaine, 1981). El niño no conoce el medio y se siente inseguro en su movimiento, y esa inseguri-

dad provoca un temor hacia el ambiente. Ese miedo produce tensiones que conducen al establecimiento de movimientos rígidos. Por otra parte, la tonicidad rígida les dificulta la comunicación verbal y no verbal, perjudicando la relación con los demás (Mañosa, 1988).

2.2. Desarrollo cognitivo

Percepción del cuerpo

Presenta dificultades en la construcción del esquema corporal ya que éste se conforma a partir de informaciones propioceptivas, cinestésicas y visuales.

Se vuelve difícil la comprensión de la unidad de su cuerpo porque no tiene visualmente un modelo de referencia (Defontaine, 1981). Hasta los tres o cuatro años no adquieren la conciencia de sí mismos (Martínez, 1999a).

Frecuentemente el cuerpo suele constituir para ellos un entretenimiento, pero ese conocimiento suele ser imperfecto y a menudo distorsionado (González, 1990). En general se observa que pueden representar las partes principales del cuerpo y de la cara, pero fallan en su proporción (Linares, 1994).

El espacio y los objetos

Tienden a hacer una utilización restringida del espacio y a una cierta inhibición de la movilidad (Lucerga y Sanz, 1992).

Los niños ciegos se dirigen a los objetos más tarde que los videntes, y lo mismo sucede en cuanto a la edad de alcanzarlos. El origen de este retraso guarda relación con la tardanza en empezar a moverse y a desplazarse. Su contacto con los objetos se realiza fundamentalmente a través del tacto, lo que les lleva a no tener una visión general y rápida del objeto hasta

que no tocan una parte del objeto y luego otra y consiguen captarlo. Se trata de una exploración secuencial mucho más lenta y que presenta problemas a la hora de comprender la dimensión total de los objetos y relacionar una parte con otra. Por otro lado, la información auditiva recibida a través del oído presenta rasgos diferenciadores respecto a la información visual que puede retrasar la evolución de estos niños porque los sonidos raramente son continuos, mientras que la visión sí lo es. Se puede oír un sonido un minuto y estar otro sin oírlo, lo que no significa que el objeto haya dejado de existir: al niño sin visión le resulta difícil comprender que, aunque el sonido ya no esté, el objeto sigue existiendo (Arnaiz, 1994). Así, Fraiberg (1981) afirma que los niños ciegos no alcanzan el concepto de objeto, como capacidad para representarlo e imaginarlo en su ausencia, hasta los tres-cinco años.

En el juego, las conductas repetitivas se prolongan durante más tiempo. Prefieren juegos y juguetes táctil-auditivos, pocas veces se dedican al juego simbólico (Tröster y Brambring, 1994) y muestran una mayor preferencia por juguetes sonoros que por los realistas, que representan objetos cercanos a su experiencia. Lucerga y Sanz (1992) plantean que el niño deficiente visual accede al juego simbólico con un cierto retraso. En general, son menos constructivos, manipulativos e imaginativos que los de los niños que ven. Rechazan iniciar juegos que no se parezcan a los reales, como por ejemplo jugar a las muñecas o con animales, porque no tienen su mismo tacto, ni su olor y no hacen los mismos sonidos. Sus juegos carecen de fantasía y son repetitivos; el juego de roles es simple y persistente, poco creativo, sin inversión de papeles y representado como una recapitulación de la experiencia. La creatividad lúdica y espontánea se ve restringida por una serie de limitaciones inherentes a la ausencia de visión.

Nociones espaciales y temporales

Las etapas del desarrollo espacial son iguales en ciegos que en videntes: primero aparecen las nociones topológicas (entorno, orden, proximidad), luego las euclidianas y métricas (conceptos como medida, distancia, etc.) y finalmente las proyectivas (derecha, izquierda, delante, detrás, etc.).

La diferencia radica en el momento en que aparece cada una de ellas. Las nociones topológicas en niños ciegos se igualan con las de los videntes en torno a los doce o trece años. En cambio, las euclidianas y proyectivas no lo hacen hasta los catorce o quince años. Así pues, hacia los quince años el desarrollo de los niños videntes se equipara (Ochaíta, 1984).

Presentan problemas de orientación en el espacio (Defontaine, 1981). El espacio próximo es más sencillo de adquirir y dominar por el niño ciego que el espacio lejano.

El retraso en la estructuración espacial provoca el de la estructuración temporal (Defontaine, 1982).

2.3. Desarrollo socioafectivo y comunicativo

El desarrollo afectivo depende en gran medida de las actitudes de la familia hacia el niño. La reacción de los padres ante la ceguera de su hijo es muy importante. Se pueden observar distintas reacciones (Defontaine, 1981; González, 1990):

- *Rechazo*: consideran que su hijo es algo molesto, no lo aceptan. Los niños no son estimulados, son ocultados, apartados y marginados. No se incorporan a la vida familiar y social.
- *Sobreprotección*: es una de las actitudes más frecuentes, de manera que el niño se convierte en el centro de las preocupacio-

nes familiares. Se traduce en un exceso de atenciones que se acompaña de una subestimación de la capacidad del niño. Se le consiente y se le hace todo. Se descarta el contacto con otros niños, se elimina la manipulación de objetos considerados peligrosos y se frenan sus iniciativas. Su espacio vital y el de exploración quedan reducidos. Tiene una tendencia a replegarse en sí mismo y a permanecer inactivo.

- *Aceptación*: sería la actitud más favorable, y se ve facilitada cuando existen hermanos. La familia ayuda al niño a superar sus dificultades por medio de una educación precoz. Facilitan a su hijo el establecimiento de contactos sociales con niños de su edad y con adultos.

Es necesario que se acepte la discapacidad, que se eluda en lo posible caer en alguna de estas dos reacciones extremas (marginación o sobreprotección) y se proporcione un ambiente estimular capaz de formar su voluntad y lograr una mayor autonomía e independencia (Linares, 1999a).

Los niños ciegos muestran en general una mayor dependencia del adulto para sus juegos, de modo que alcanzan niveles de juego más evolucionados en presencia de éstos (Martínez, 2004). Según Burlingham (1977), el niño invidente progresa más por apego al adulto que le enseña que por el interés hacia la actividad o hacia el grupo de compañeros. Schneekloth (1989) comprobó que los niños con discapacidad visual ocupaban un tercio de su tiempo interactuando con los adultos, mientras que los videntes pasaban la mayor parte de su tiempo interactuando con otros niños; además, los niños ciegos permanecían un 56 por 100 de su tiempo jugando solos, mientras que los niños parcialmente videntes pasaban un 33 por 100 y los videntes un 14 por 100 de su tiempo dedi-

cados al juego en solitario. Otros estudios también muestran que los niños ciegos interactúan con menos frecuencia con otros niños (Preisler, 1993; Tröster y Brambring, 1994). Esto puede ser debido en parte a que tienen dificultades para interpretar la comunicación no verbal, lo que lleva a la ruptura de la comunicación entre estos niños y los niños videntes (Erwin, 1993). Los actos agresivos (pegar, dar patadas, etc.) están restringidos en el juego del niño (Burlingham, 1977).

Por otra parte, el niño no puede ver los indicadores visuales de los sentimientos de los adultos hacia él (sonrisas, caras de agrado y otros gestos), por lo que es necesario que note en su cuerpo esos sentimientos a través de la manipulación, el contacto físico y la charla constante con él. En la relación con el adulto los niños ciegos hacen más preguntas y no esperan respuestas, de hecho utilizan las preguntas para mantener líneas abiertas de comunicación con el adulto (Tait, 1992). En la relación con otros niños, si bien se observan menos actos agresivos, McGuire y Meyers (1971) encuentran que el 40 por 100 de los niños de su muestra presentaban verbalizaciones hostiles en el juego con sus compañeros. Estos datos contradictorios podrían deberse a que la inhibición de la expresión agresiva corporal suponga un incremento de la agresividad simbólico-verbal (Martínez, 2004).

Otros aspectos habituales en la comunicación no verbal son: no dirigir la cara hacia su interlocutor, ausencia de gestos que acompañen al lenguaje verbal, desconocimiento o empleo forzoso de la sonrisa, etc. (González, 1990).

3. EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

3.1. La observación psicomotriz

Arnaiz (1994) recomienda dedicar unas sesiones iniciales a observar cómo el niño se des-

envuelve con respecto a su cuerpo, el espacio y los objetos. Durante estas sesiones iniciales se observan los siguientes parámetros:

— *Relación con el cuerpo:*

- *Conocimiento del esquema e imagen corporal:* si tiene conciencia de sí mismo y conoce las distintas partes de su cuerpo.
- *Control postural:* equilibrios y desequilibrios, si realiza movimientos reflejos que conduzcan al equilibrio.
- *Coordinación dinámica general:* qué tipo de desplazamientos realiza y cómo los realiza (la marcha, la carrera, los saltos, deslizamientos, giros, etc.).
- *Tono:* si aparecen hipertonías.

— *Relación con el espacio:* uso que hacen del espacio.

— *Relación con el tiempo:* tiempo que necesita para descubrir dónde están los juguetes u objetos y qué hacer con ellos, así como el tiempo que pasa solo y acompañado.

— *Relación con los objetos:* interés que muestra por los objetos, si los explora y cómo lo hace. También se presta atención al tipo de objetos que utiliza, tipo de juego que desarrolla con ellos y características del juego simbólico.

— *Relación con los otros:* tipo de relación que entabla con el adulto, interacciones que establece con los iguales, cómo se relaciona con ellos, proporción de tiempo que pasa con los adultos y los iguales.

— *Lenguaje:* cómo se comunica con el adulto y los iguales, presencia de verbalizaciones hostiles.

3.2. Técnicas cuantitativas

En el caso de aplicar pruebas estandarizadas, es necesario seguir algunas recomendaciones (Marcos, 1999):

- La evaluación debe realizarse en las mejores condiciones para el niño, empleando los materiales de ayuda que utilice habitualmente.
- Se le describirá el entorno inmediato en el que se va a realizar la evaluación.
- La presentación de cualquier material debe ser descrita, y se le permitirá la manipulación táctil.

Arnaiz y Juan (1993) utilizan el *Examen de primera infancia* (Picq y Vayer, 1977) y el *Examen psicomotor de Vayer* (1985) teniendo en cuenta que va a ser necesario dar explicaciones e instrucciones complementarias respecto a las empleadas con un niño con visión, así como que el niño recurra al tacto para que constate y explore lo que se le pide hacer. Además hay que adaptar alguna de las pruebas debido a la ausencia de visión:

- *Control del propio cuerpo*: es necesario que el niño explore con sus manos las posiciones de los brazos y las manos del evaluador para conocer su disposición y poder imitar la tarea.
- *Coordinación óculo-manual*: tiene que explorar los cubos para conocer su disposición y poder imitar la tarea.
- *Coordinación dinámica, control postural y control segmentario*: además de la exploración háptica y las explicaciones verbales, el examinador tiene que ayudar al niño a adoptar la postura adecuada para realizarlas.
- *Organización perceptiva, organización espacial y estructuración espaciotemporal*:

hay que utilizar materiales adaptados para invidentes.

4. INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ

La ceguera origina una serie de trastornos asociados en cuanto a conocimiento y comprensión de la realidad se refiere. Las personas que padecen una deficiencia visual reducen bastante su actividad motriz, con lo que se empobrece su desarrollo psicomotor (Escribá et al., 1999).

Martínez (2004) asegura que la práctica psicomotriz con estos niños es necesaria especialmente en las edades comprendidas entre los cuatro y los seis años: en primer lugar, porque las experiencias de movimiento son insustituibles para alcanzar el resto de los aprendizajes, y, en segundo lugar, porque el niño ciego depende de su propio cuerpo en cuanto a la capacidad de orientación, agilidad, coordinación de movimientos y equilibrio para tener autonomía propia.

En la actualidad se cuenta con experiencias que ponen de manifiesto el gran beneficio que supone la implementación de programas de estimulación psicomotriz (Arnaiz, 1994).

4.1. Objetivos de intervención

Basados en Defontaine (1982), González (1990) y Linares (1996), se proponen los siguientes objetivos, que aparecen resumidos en la tabla 10.1.

4.1.1. Área motora

1. Tono muscular:

- Control postural: descubrir las principales posturas corporales; se traba-

TABLA 10.1
Objetivos de intervención

Área motora	Área cognitiva	Área socioafectiva y comunicativa
<p>Tono muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> — Control postural • Posiciones — Relajación • Global • Segmentaria <p>Coordinación dinámica general</p> <ul style="list-style-type: none"> — Gateo — Aprender a caerse — Marcha — Carrera — Salto <p>Equilibrio</p> <ul style="list-style-type: none"> — Equilibrio en el suelo — Reflejos de equilibrio — Equilibrio dinámico <p>Lateralidad</p> <ul style="list-style-type: none"> — Dominancia de la mano — Dominancia del pie <p>Disociación de movimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Coordinación de miembros superiores — Coordinación de miembros superiores e inferiores 	<p>Percepción del cuerpo</p> <ul style="list-style-type: none"> — Percepción global del cuerpo — Conocimiento de las distintas partes — Toma de conciencia de la movilidad de las distintas partes <p>El espacio y los objetos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Utilización y exploración del espacio • Sensoriomotor • Simbólico • Para las representaciones — Utilización y exploración de los objetos • Juego sensoriomotor • Juego simbólico — Nociones espaciales • Organización en el espacio inmediato • Organización en el espacio ampliado • Trasposición de las nociones espaciales sobre otro <p>El tiempo</p> <ul style="list-style-type: none"> — Distribución y planificación del tiempo — Nociones temporales • Nociones básicas • Relaciones en el tiempo • Coordinación de los diversos elementos <p>Capacidad de representación</p> <ul style="list-style-type: none"> — El juego simbólico — Distintas formas de representación 	<p>Relación de apego con el psicomotricista</p> <p>Relación con los iguales</p> <ul style="list-style-type: none"> — Establecimiento de relaciones con los iguales — Respeto y aceptación — Cooperación — Búsqueda de ayuda — Capacidad de iniciativa — Aceptación de propuestas — Asertividad — Negociación y resolución de conflictos <p>Autoconcepto y autoestima</p> <ul style="list-style-type: none"> — Reconocimiento de capacidades y limitaciones <p>Expresión y reconocimiento de emociones</p> <ul style="list-style-type: none"> — Reconocer las propias emociones y sentimientos — Reconocer e identificar emociones y sentimientos en los demás — Expresión adecuada de emociones y sentimientos — Afrontamiento y superación de miedos <p>Aceptación y respeto de normas</p> <ul style="list-style-type: none"> — Respeto de normas externas — Participación en la elaboración de normas — Adaptación de normas a situaciones parciales <p>Lenguaje</p> <ul style="list-style-type: none"> — Uso adecuado a la actividad — Escucha — Comprensión de órdenes y consignas — Comunicación con los demás

- ja de forma paralela a la percepción global del cuerpo.
- Relajación global: tomar conciencia de la relajación global, crear distensión generalizada en la musculatura corporal.
 - Relajación segmentaria: tomar conciencia de la relajación segmentaria y la capacidad para relajar las distintas partes del cuerpo.
2. Coordinación dinámica general:
- Desarrollo de la conducta de gateo: se procurará que se produzca en óptimas condiciones, para lo cual el lugar por donde se desplace el niño tiene que estar libre de objetos peligrosos y aristas sobresalientes que le creen angustia a lo desconocido.
 - Aprender a caerse: los ciegos experimentan miedo a caerse y aventurarse en un espacio desconocido; por eso tienen que aprender a caerse, ya que ese miedo les lleva muchas veces a permanecer inactivos. Deben aprender a amortiguar su caída utilizando los miembros superiores.
 - Desarrollar un patrón de marcha adecuado: es necesario prevenir posturas incorrectas, como la falta de movilidad en la cabeza, la rigidez de la nuca y el cuello o la tendencia a inclinar la cabeza hacia abajo. Se pueden utilizar distintas ayudas, como carros, andadores, bastones, etc.
 - Desarrollar la carrera: se insistirá en la calidad y en la soltura del gesto, con un buen balanceo y coordinación. Van a necesitar un espacio amplio sin obstáculos, y el recorrido puede materializarse mediante una fuente sonora.
- Desarrollo del salto: para que tome confianza, es recomendable al principio sostenerlo. En primer lugar se realizan saltos en el suelo, insistiendo en la recepción amortiguada del salto (con las piernas dobladas) y en la participación flexible del hemisferio superior. Más tarde se pasa a ejercicios en posición de mayor altura.
3. Equilibrio:
- Desarrollar el equilibrio estático: sobre un pie, sobre las puntas de los pies.
 - Descubrir y tomar conciencia de los movimientos reflejos del equilibrio; realizar movimientos reflejos que conduzcan al equilibrio.
 - Desarrollar el equilibrio dinámico: mantener el equilibrio en el salto y desplazándose con un solo pie.
4. Lateralidad: definición y consolidación de la lateralidad de la mano y el pie.
5. Disociación de movimientos:
- Coordinar movimientos de los miembros superiores.
 - Coordinar movimientos de los miembros superiores e inferiores.
- 4.1.2. *Área cognitiva*
1. Percepción del cuerpo:
- Tomar conciencia del propio cuerpo y del ajeno: tomar conciencia de las principales posturas corporales y de los distintos desplazamientos.

- Conocer las diferentes partes del propio cuerpo y del ajeno: en esta fase, de naturaleza más estática, en primer lugar el psicomotricista va tocando y nombrando las diversas partes del cuerpo del niño, y después el niño hace la misma operación sobre un muñeco, sobre el educador y/o sobre otro niño.
 - Tomar conciencia de la movilidad de las distintas partes del cuerpo: en esta fase de naturaleza dinámica, se trata de movilizar las distintas partes del cuerpo, así como tomar conciencia del espacio gestual, es decir, el conocimiento cinestésico de su postura. Se utiliza su sentido táctil para verificar el movimiento hecho por otro niño o el adulto.
 - Tomar conciencia de las caras del cuerpo: las distintas caras del cuerpo van a ser constituir el punto de referencia para la estructuración espacial. En primer lugar se identifican las distintas caras del cuerpo: arriba (parte superior de la cabeza), abajo (planta de los pies), delante (toráx), detrás (espalda) y derecha/izquierda (costados); mediante el contacto cutáneo con el cuerpo del niño, el psicomotricista va tocando las distintas caras, para después relacionarlas con superficies externas horizontales y verticales, o con objetos.
2. El espacio y los objetos:
- Utilización y exploración de los distintos espacios de la sala (sensoriomotor, simbólico y para las representaciones).
 - Utilización y exploración de los distintos objetos: desarrollo del juego sensoriomotor y simbólico.
 - Nociones espaciales: organización de su cuerpo en el espacio próximo (tomar conciencia de las principales nociones espaciales en el espacio inmediato, tomar conciencia de la medida y forma de los objetos y localizarlos en el espacio, así como diferenciar y ubicar los sonidos), organización de su cuerpo en un espacio más amplio (tomar conciencia de la medida y forma del espacio, realizar trayectos complejos desarrollando mapas espaciales mentales) y desarrollo de las nociones espaciales desde el punto de vista del otro (identificar las nociones espaciales en el cuerpo del otro, tomar conciencia del espacio inmediato y de acción del otro). La tabla 10.2 resume los objetivos en la reeducación de las nociones espaciales.
3. El tiempo: se trabajan los mismos objetivos que con niños videntes teniendo en cuenta que habrá un desfase en la adquisición de estas nociones debido al retraso que de hecho ya se produce en el esquema espacial.
- Nociones temporales básicas: noción de velocidad, duración, continuidad e irreversibilidad.
 - Relaciones en el tiempo: simultaneidad y sucesión, los distintos momentos del tiempo y toma de conciencia de la sucesión.
 - Coordinación de los diversos elementos: conciencia de la sucesión regular y percepción de estructuras temporales.

TABLA 10.2
Objetivos en el desarrollo de las nociones espaciales

<p>— <i>Organización en el espacio inmediato</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nociones espaciales en el espacio inmediato. • Medida y forma de los objetos. • Localización de los objetos. • Diferenciar y localizar los sonidos. <p>— <i>Organización en el espacio ampliado</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Medida y forma del espacio. • Trayectos complejos. <p>— <i>Transposición de las nociones espaciales sobre otro</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nociones espaciales en el cuerpo del otro. • Espacio inmediato del otro. • Espacio de acción del otro.
--

4. Capacidad de representación:

- Desarrollo del juego simbólico: capacidad para representar distintas situaciones, personajes y roles, dar otro significado a los objetos, crear espacios.
- Expresión de lo vivido a través del cuerpo y el movimiento por medio de distintas formas de representación.

4.1.3. *Área socioafectiva y comunicativa*

Se trata de posibilitar y facilitar el desarrollo socioafectivo y comunicativo, para lo cual, tal y como refleja la tabla 10.1, se trabajan los mismos objetivos que con niños videntes.

4.2. La sesión de psicomotricidad

4.2.1. *Sesiones dirigidas*

Las sesiones dirigidas permiten abordar objetivos fundamentalmente del área motora y

cognitiva proponiendo un programa amplio de actividades de movimiento basadas en el juego. Así, por ejemplo, en el área motora, cuando se trabaja el equilibrio, se introducen los distintos ejercicios en forma de juegos, o en el área cognitiva cuando se trabaja el conocimiento corporal, se utilizan las canciones mimadas para hacer más atractivo el ejercicio de ir tocando, nombrando y/o movilizand las distintas partes del cuerpo.

Las técnicas de relajación más utilizadas han sido la relajación progresiva de Jacobson y el entrenamiento autógeno de Schultz. Al adaptar la relajación progresiva de Jacobson a personas con deficiencias visuales se deben utilizar los canales perceptivos que estén intactos, no sólo los exteroceptivos (por ejemplo, el tacto), sino también los propioceptivos (aprovechando la información que proviene de los receptores cutáneos, musculares, vestibulares, etc.) (Linares y Sánchez, 1998). El entrenamiento autógeno de Schultz es especialmente recomendable por el gran componente propioceptivo que implica esta técnica (Linares, 1997).

Para el desarrollo de las nociones espaciales se utilizan al máximo otros sentidos, en especial la propioceptividad, el tacto y la audición. Primero se trata de que organice su cuerpo en el espacio próximo de manera que:

- a) La propioceptividad le informe de la posición y movimientos de su cuerpo (por ejemplo mediante ejercicios de estirarse y encogerse, que le ofrecen la propiocepción corporal de sentirse grande y pequeño).
- b) El tacto le permita conocer los objetos, para lo cual se realizan ejercicios de reconocimiento, diferenciación y comparación de distintas texturas, formas, pesos, longitudes, volúmenes, temperaturas, etc.
- c) La audición le proporcione las nociones de distancia y posición relativa, debiendo reconocer, diferenciar y localizar distintos sonidos, así como desplazarse en relación con una fuente sonora, situarla respecto a su cuerpo, yendo hacia la dirección del sonido, rodeándola y regresando al punto de partida.

En segundo lugar se trata de que se oriente y organice en un espacio más amplio; para ello se educa el tacto (para percibir el cambio de naturaleza del suelo), el oído (para utilizar la resonancia de los pasos y el ruido del exterior con el fin de desplazarse en relación con los sonidos), el olfato (para guiarse por los olores), las sensaciones de frescura y calor (para aprender a situar dónde se encuentra una ventana o una fuente de calor) y la memoria espacial (para recordar cómo están situados los objetos en el espacio).

En la reeducación de las nociones temporales se utilizarán los materiales de ayuda que emplea habitualmente el niño; el sentido que

más utiliza es el auditivo, y en segundo orden, el táctil-cinestésico.

4.2.2. *Sesiones vivenciadas*

Las sesiones vivenciadas permiten trabajar al mismo tiempo aspectos motores, cognitivos, afectivos y comunicativos (Martínez, 1999). Arnaiz (1994) propone unas líneas directrices para desarrollar este tipo de sesiones con niños ciegos.

Es conveniente delimitar los distintos espacios, proporcionando al niño puntos de referencia que le puedan servir como elementos significativos para la identificación del lugar.

En el *espacio sensoriomotor* se inician los juegos sensoriomotores con los materiales de que se dispone. Se trata de que vivencie el placer sensoriomotor que le facilite el desarrollo de la coordinación dinámica general (a través de la marcha, la carrera, los saltos, los balanceos, los deslizamientos, los giros, etc.), el esquema y la imagen corporal (el conocimiento y la localización de las diversas partes del cuerpo), el control postural (el equilibrio y el desequilibrio a través de balanceos en la tela, subiendo la altura y reduciendo la base de sostenimiento) y la exploración del espacio.

En el *espacio simbólico* se introduce a los niños en el conocimiento de los objetos, sus usos y posibilidades de ser utilizados simbólicamente. A veces el interés sigue centrado en los objetos, pero con un uso primario: fuente de sonidos, de exploración, como prolongación del propio cuerpo o en tanto en cuanto le proporcionan placer sensoriomotor; necesitan madurar más para poder entrar en el simbolismo de los objetos y de las situaciones. Se propicia cualquier iniciativa o juego que empiece el niño y que pueda derivar hacia actividades simbólicas.

cas, y para ello se le proporcionan los materiales y la ayuda que necesite.

El *espacio de las representaciones* permite que vaya accediendo al pensamiento operativo. Se plantean actividades como dibujar, modelar un muñeco de plastilina o realizar construcciones.

Se ha demostrado la efectividad del juego compartido entre el educador y el niño como

método que permite aumentar las destrezas del juego de los niños deficientes visuales (Skellenger y Hill, 1994). El psicomotricista interviene ofreciendo ayuda al niño y actuando como mediador: le facilita un objeto que necesite para seguir un juego, le da pistas o sugerencias, le hace comprender los distintos roles que puede desempeñar en el juego, etc. (Martínez, 1999b).

RESUMEN

- El momento de aparición de la deficiencia visual influye en sus repercusiones: cuanto más temprana sea, mayores serán las repercusiones a nivel aptitudinal y menores a nivel adaptativo y social.
 - El desarrollo psicomotor del niño ciego está sometida a las mismas leyes que la evolución de un niño vidente. Las dificultades se manifiestan, en la mayoría de los casos, por un desfase en la edad de aparición de ciertas conductas que suelen provocar un retraso entre dos y cuatro años, pero esa diferencia se iguala prácticamente entre los doce y los quince años.
 - La evaluación psicomotriz comienza con una observación psicomotriz durante las sesiones iniciales para observar cómo el niño se desenvuelve con respecto a su cuerpo, el espacio y los objetos. Esta observación puede complementarse con pruebas estandarizadas, como el *Examen de primera infancia* o el *Examen psicomotor de Vayer*, siempre y cuando se realicen algunas modificaciones de las pruebas utilizando recursos adaptados para niños invidentes.
 - Diversas experiencias han puesto de manifiesto la importancia de la implementación de programas de estimulación psicomotriz, especialmente en las edades comprendidas entre los cuatro y los seis años.
 - Las sesiones dirigidas permiten abordar objetivos fundamentalmente del área motora y cognitiva proponiendo un programa amplio de actividades de movimiento basadas en el juego y potenciando al máximo el resto de los sentidos y estimulando especialmente las sensaciones cinestésicas, táctiles y auditivas. Las técnicas de relajación más utilizadas en este tipo de sesiones han sido la relajación progresiva de Jacobson y el entrenamiento autógeno de Schultz.
 - Las sesiones vivenciadas permiten trabajar al mismo tiempo aspectos motores, cognitivos, afectivos y comunicativos. A través del juego que surge espontáneamente en los distintos espacios de la sala se trata de favorecer y consolidar el desarrollo psicomotor que se ha ido estimulando en las sesiones dirigidas.
-

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Defontaine, J. (1981). *Manual de reeducación psicomotriz. Tercer año*. Barcelona: Médica y Técnica.

El capítulo dedicado a la ceguera describe las principales características psicomotrices que presentan los niños ciegos y propone objetivos y actividades para la intervención en sesiones dirigidas.

Arnaiz, P. (1994). *Deficiencias visuales y psicomotricidad: Teoría y práctica*. Madrid: ONCE.

Este libro presenta un programa de intervención psicomotriz para deficientes visuales a través de sesiones vivenciadas. Se incluye el análisis de distintos casos y sesiones.

Intervención psicomotriz en ancianos 11

-
1. Introducción.
 2. Cambios psicomotores.
 3. Evaluación psicomotriz.
 4. Intervención psicomotriz.
- Resumen.
Bibliografía recomendada.
-

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento se define como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos (Bravo, 1998). Como afirma Ribera (1995), el envejecimiento supone un proceso dinámico que se inicia en el mismo momento del nacimiento y que se desarrolla a lo largo de toda la vida. El momento en que se llega a la vejez está mal definido y ha ido variando según las épocas y los lugares. Las personas no experimentan cambios repentinos que les lleven a reconocerse distintas, a no ser que se produzcan acontecimientos bruscos e importantes en su vida. Pereira (1995) indica que las diferentes etapas de la vejez deben tener como conceptos de referencia la edad cronológica (los años vividos), la edad social (la capacidad funcional de contribuir al trabajo), la edad biológica (los cambios físicos y fisiológicos) y la edad psicológica (su competencia conductual y adaptación).

El envejecimiento implica una serie de cambios que son inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo. Sin embargo, no afecta por igual a todas las personas y de la misma forma, sino que hay distintos factores que modulan el proceso de envejecer: enfermedades, factores de riesgo y ambientales a los que han estado sometidas, estilo de vida,

práctica de ejercicio físico, etc. Según Montorio e Izal (1999), uno de los rasgos que mejor definen a este grupo de edad es su variabilidad interindividual e intraindividual.

La variabilidad interindividual hace referencia a que, a medida que avanza la edad, las personas tienden a ser más heterogéneas en el funcionamiento psicológico, fisiológico y social. Algunas personas mayores pueden mostrar un funcionamiento idéntico al de grupos de edad más joven, aunque el funcionamiento medio de su grupo de edad sea inferior al del grupo de menos edad.

La variabilidad intraindividual hace referencia a que los cambios que se producen con el paso del tiempo en una determinada conducta, capacidad, habilidad psicológica o fisiológica no predicen necesariamente alteraciones en otras características psicológicas o sistemas fisiológicos. Una persona puede perder capacidad motora y mantener intactas las habilidades cognitivas.

Es decir, hay numerosas variaciones en los cambios asociados a la edad, tanto si la comparación se establece entre los distintos individuos como entre los distintos sistemas o funciones de un mismo individuo.

1.1. Cambios físicos

Con la edad el cuerpo sufre una serie de modificaciones fruto del proceso natural del enve-

jecimiento que conllevan cambios en la apariencia física (García Arroyo, 1995):

- El pelo pierde la pigmentación natural y cae con facilidad, lo que puede desembocar en calvicie.
- La piel pierde elasticidad y aparecen arrugas; además, cambia la apariencia y estructura de la cara.
- Se produce una redistribución del tejido adiposo, que tiende a situarse en la zona abdominal.
- En la estructura corporal, disminuye la talla y aparecen deformaciones de articulaciones, manos y pies.

1.2. Cambios fisiológicos

En cuanto al *aparato locomotor*, a nivel óseo aumenta el número de fracturas y el proceso de descalcificación, ya que el tejido óseo del esqueleto tiene dificultad para fijar el calcio y el hueso se vuelve esponjoso y frágil; así, es frecuente encontrar afectaciones de osteoporosis y osteomalacia. A nivel articular el envejecimiento se puede manifestar en: disminución de la movilidad articular, rigidez en tendones y ligamentos, incremento de deformidades, pérdida de eficacia en el movimiento y modificación de la masa ósea debido a la inmovilización o pérdida de movimiento. A nivel muscular se produce una disminución del tono y de la capacidad elástica de los músculos, la masa muscular es sustituida por tejido graso y se asiste a una lenta pérdida de la fuerza muscular.

En el *aparato cardiovascular* también se producen modificaciones. El corazón pierde contractibilidad muscular y disminuye la elasticidad de los vasos sanguíneos. Aumenta la frecuencia cardíaca, la presión sistólica y el

consumo de oxígeno. Son frecuentes la arteriosclerosis, las varices y los edemas en los pies y tobillos, que aumentan a medida que avanza el día.

En el *aparato respiratorio* aparece un proceso de atrofia que afecta a la nariz, la faringe y la laringe. Disminuye la elasticidad de la membrana pulmonar y hay una mayor dificultad en el suministro de oxígeno y en la eliminación de gas carbónico por parte del pulmón, de manera que se reduce la capacidad vital en el proceso respiratorio.

El *sistema vestibular* que ayuda a mantener la postura y el equilibrio a menudo se deteriora, causando mareos y caídas.

2. CAMBIOS PSICOMOTORES

2.1. Cambios motores

Las modificaciones se expresan como un proceso de retrogénesis (Justo, 2000). Fonseca (1988) denomina «retrogénesis psicomotora» al proceso por el cual la organización psicomotora que se ha ido desarrollando desde el recién nacido hasta la pubertad en una ontogénesis sistémica que evoluciona desde la tonicidad hacia la praxia fina y que se hace más compleja durante la edad adulta va a sufrir, en algún momento que va de la edad adulta a la vejez, una degeneración sistémica desde la praxia fina hacia la tonicidad.

Asimismo, debido a los cambios fisiológicos, el anciano va a mostrar:

- Una menor seguridad en la marcha y los desplazamientos, así como en el equilibrio estático.
- Una disminución del tono muscular y dificultades para la relajación voluntaria.

Además, Martínez (2003) señala que se va a producir una involución de las cualidades físicas de:

- *Coordinación*: se asiste a una disminución progresiva de la habilidad de alrededor del 30 por 100 hasta los 70 años, aunque en las mujeres es algo más retardado.
- *Flexibilidad*: después de los 30 años comienza un declive, ocasionado por la reducción celular y de fibras elásticas en los tendones, ligamentos, etc.
- *Fuerza*: se reduce en un 25-30 por 100 hasta los 70 años, según el empleo que se haga de los músculos en la vida cotidiana.
- *Velocidad*: su disminución, primero lenta y después más acusada, se observa a partir de los 30, o 40-45 años en los casos de entrenamiento regular. La causa principal es la disminución de fuerza y elasticidad del aparato locomotor y la involución de los procesos neurofisiológicos.
- *Resistencia*: la anaeróbica depende de la fuerza y la resistencia física, y su disminución se manifiesta de forma similar a estas dos. La aeróbica y dinámica, a partir de los 30 años, se reduce en el hombre un 25-30 por 100, y en la mujer, entre un 20-25 por 100, hasta los 60 años. La causa de la disminución hay que buscarla en el terreno cardiocirculatorio, pulmonar y muscular.

2.2. Cambios cognitivos

Camino (1995) resume algunos de los principales cambios que se producen en el anciano:

- En las *funciones intelectuales*, disminuye con la edad la inteligencia fluida, es decir, la capacidad de evolucionar y adaptarse

rápida y eficazmente a las situaciones nuevas; sin embargo, aumenta la inteligencia cristalizada que está ligada a la acumulación de experiencia. El conocimiento individual y social enriquece la inteligencia y puede compensar el declive de la inteligencia fluida asociado a la edad.

- Se produce una *disminución sensorial*, que varía de unos individuos a otros, especialmente de visión y audición, que son fundamentales para la recepción de información.
- En la *atención*, los canales de entrada de la información se van a ver afectados por el envejecimiento, pero la motivación y el interés que tenga el anciano por atender son fundamentales para fijar los estímulos que le van llegando.
- El deterioro de la *memoria* es mayor en la memoria a corto plazo que en la memoria a largo plazo, aunque no en todos los individuos se manifiesta por igual.
- Aumenta el *tiempo de reacción*, ya que hay un enlentecimiento de la actividad mental que puede estar relacionado con la pérdida neuronal y con la menor rapidez de las transmisiones neuronales.
- Aparición de síntomas de desestructuración en el *esquema corporal* y dificultades en el reconocimiento del propio cuerpo.
- Dificultades en el *esquema espacial y temporal*, para mantener una correcta orientación y organización del espacio y del tiempo, que condiciona su relación con el entorno.

2.3. Cambios socioafectivos

La vejez se caracteriza por un cambio de roles y por la pérdida de alguno de ellos

(Montorio e Izal, 1999). En el ámbito afectivo va sufriendo pérdidas: cambia su apariencia, queda desligado de su profesión, recibe una menor retribución económica, sufre la pérdida de los seres queridos, disminuyen sus capacidades físicas, se hace cada vez más dependiente, etc.

La *jubilación* implica, además del abandono del rol profesional, una disminución de los ingresos económicos, una pérdida de oportunidades de contacto social derivadas del trabajo, que deben ser sustituidas por otras, y una mayor cantidad de tiempo libre.

Además, en la vejez se producen cambios en la *estructura familiar*: los hijos ya son adultos, abandonan el hogar paterno y demandan otro tipo de atención y apoyo, como el cuidado de los nietos, la colaboración económica y/o doméstica, etc. Por otra parte, la enfermedad o muerte de la pareja pueden obligar a una reestructuración de los patrones de funcionamiento cotidiano.

Las *redes sociales* tienden a ser más reducidas, y la frecuencia de los contactos sociales disminuye.

En general, la conducta del anciano se va a caracterizar por los siguientes rasgos:

- Evitación de situaciones nuevas por el esfuerzo y los recursos que suponen.
- Tendencia a la rutina, hacia situaciones que domina y en las que se ponen menos de manifiesto sus dificultades.
- Estado de ánimo decaído, generado por la sucesión de pérdidas que va sufriendo.
- Labilidad emocional, ansiedad y cierta irritabilidad-agresividad en momentos concretos.
- Tendencia a la soledad y a la introversión, mayor aislamiento social y sedentarismo, con una disminución en sus interacciones interpersonales sociales.

3. EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

Defontaine (1981) advierte que para realizar la evaluación psicomotriz del anciano es necesario: su consentimiento, motivación y participación. Antes de comenzar la evaluación es importante hablar con ellos para que tomen confianza, ya que normalmente sufren de soledad, se repliegan y desconfían. Sugiere una primera parte de presentación en la que se recojan algunos datos personales y se observe su grado de movilidad.

Asimismo, es necesario efectuar un examen clínico para verificar las posibles dificultades respiratorias, cardíacas, apraxias, afasias, agnosias, o un estudio más profundo del sistema nervioso si se sospecha que pueda haber un problema neurológico.

Como medida de habilidades psicomotrices, el instrumento que más se ha utilizado es la *Batería psicomotora* de V. da Fonseca (1998), ya descrita en el capítulo 3.

La BPM es una batería de observación que, si bien se diseñó para identificar el grado de maduración psicomotora del niño, presenta condiciones para evaluar la psicomotricidad de las personas mayores. En concreto ha sido aplicada en su globalidad a ancianos (Fonseca, María, Henriques, Passarinho, Mourao y Alfonso, 1987) y ha probado su utilidad como instrumento de detección de señales disfuncionales. Se observan en el anciano un deterioro que sigue el proceso inverso a la evolución. La involución se da desde el córtex hasta la médula, de lo más complejo a lo más simple y de lo más voluntario a lo más involuntario.

Para analizar los resultados, dividieron la muestra por edades en cuatro grupos:

- *Grupo 1, de 60 a 69 años*: obtuvo los mejores resultados en noción corporal, mientras que la tonicidad arrojó el peor saldo. Este grupo presentaba los mejores resulta-

dos de la totalidad de la muestra en todas las pruebas, a excepción de la tonicidad.

- *Grupo 2, de 70 a 79 años:* la noción corporal fue la más puntuada, y el equilibrio obtuvo el peor resultado. Obtuvo resultados inferiores al grupo 1 en todas las pruebas y superiores a los grupos 3 y 4 en todas las pruebas, a excepción de la tonicidad.
- *Grupo 3, de 80 a 85 años:* su prueba más puntuada fue la noción corporal, y la estructuración espaciotemporal la que conchó un peor resultado. La suma de medias fue inferior a las medias de los grupos 1 y 2, pero superior a la del grupo 4.
- *Grupo 4, 86 años o más:* la mejor prueba de este grupo fue la noción corporal, y la peor, la praxia fina. Todos los valores obtenidos fueron inferiores a los de los grupos 1 y 2; con respecto al grupo 3, se obtuvieron valores más bajos en todas las pruebas a excepción de los que medían la estructuración espaciotemporal.

En general se observó un descenso en los valores del grupo 1 al 4. Las pruebas de tonicidad, noción corporal y praxia global fueron las menos discriminativas por edad, mientras que las más discriminativas fueron la praxia fina, la estructuración espaciotemporal y el equilibrio.

Fonseca et al. (1987) afirman que en el anciano se produce una desorganización vertical descendente desde la praxia fina hacia la tonicidad, verificándose la pérdida progresiva primero de las adquisiciones exteroceptivas, posteriormente de las propioceptivas y por último las interoceptivas. Sugieren que la tonicidad, como primer factor de organización psicomotora, también tarda más tiempo en desintegrarse como último factor psicomotor de desorganización involutiva, aunque reconocen que se registran alteraciones en él, sobre todo en rela-

ción con el debilitamiento de la extensibilidad, la rigidez paratónica apendicular y los mecanismos de aferencia y vigilancia afectiva.

4. INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ

Es necesario establecer programas y recursos preventivos que procuren un mayor bienestar físico, mental y social. El objetivo es preparar a las personas para que afronten una vejez con la mejor edad funcional posible mediante el aprendizaje de estrategias y habilidades que permitan seguir cumpliendo una labor importante dentro de la sociedad.

Entre estas habilidades ocupan un lugar destacado las psicomotoras, ya que la retrogénesis psicomotora puede producir modificaciones importantes en la organización psicomotriz e interferir en las conductas cognitivas y socioafectivas (Justo, 2000). La reeducación psicomotriz en las personas mayores puede ser un procedimiento eficaz para combatir los problemas derivados de la retrogénesis psicomotora, y los programas de gerontopsicomotricidad son especialmente necesarios en ancianos institucionalizados (Benavente, 1995; Díez Manglano, Vela, Sanz, Bardina, Tricas y Callau, 1991; Parreño, 1983; García Arroyo, 1995; García Nuñez y Morales, 1995; Linares, 1999b).

Lorente (2003) recomienda tomar de la psicología comunitaria el enfoque de tres niveles de prevención. El enfoque desde una prevención primaria se asociaría a la intervención con ancianos sanos para impedir que los déficit asociados a la edad se acrecienten o se conviertan en patológicos; de esta manera intervendría el psicomotricista del centro de día o centro social de la tercera edad. En el momento en que la persona comienza a quejarse de cierta discapacidad o presenta déficit o deterioro cognitivo, es necesario un entrenamiento más exhaustivo próximo a la reeducación psicomotriz, lo

que sería una prevención secundaria, destacando las dimensiones cognitiva y motriz. Si la persona ya tiene un diagnóstico, como la enfermedad de Alzheimer, se trataría de una prevención terciaria, y la intervención psicomotriz se centraría en la mejora de la calidad de vida, en el manejo de sus déficit y en el disfrute del movimiento y del trabajo corporal.

4.1. Objetivos de intervención

La tabla 11.1 resume los principales objetivos de intervención.

4.1.1. Área motora

1. Tono y relajación: percibir y controlar las variaciones tónicas (incluyendo la relajación global, segmentaria y diferencial) y la respiración.
2. Coordinación dinámica general: afianzar los desplazamientos, y sus variaciones, necesarios para su independencia en la vida diaria (en especial la marcha).
3. Equilibrio: afianzar el equilibrio dinámico y estático.
4. Disociación de movimientos: posibilidad de realizar con eficacia movimientos en los que estén implicados diferentes segmentos corporales.
5. Coordinación óculo-manual: reforzar las habilidades de manipulación y motricidad fina.

4.1.2. Área cognitiva

1. Percepción del cuerpo:
 - Vivencia de la globalidad de su cuerpo a través de distintas posiciones y desplazamientos.

- Denominación y localización de las distintas partes del cuerpo, así como capacidad de sentir y movilizar éstos y las articulaciones corporales.
- Afianzar el conocimiento de las nociones básicas espaciales en relación con su cuerpo.

2. El espacio y los objetos:

- Afianzar el conocimiento de las nociones espaciales: orientación espacial (orientación en el espacio inmediato y trayectos complejos) y transposición de las nociones espaciales sobre otro (conservar sus propias referencias sin dejarse influir, interpretar los gestos y desplazamientos del otro y guiar los desplazamientos del otro).
- Establecimiento y utilización de los diferentes espacios de la sala.
- Utilización creativa de los objetos.

3. El tiempo:

- Afianzar el conocimiento de las nociones temporales: nociones básicas, toma de conciencia de las relaciones en el tiempo y coordinación de los diversos elementos.
- Distribución y planificación del tiempo de la sesión.

4. Procesos cognitivos: reforzar la capacidad de atención, memoria, abstracción y lenguaje.

4.1.3. Área socioafectiva y comunicativa

1. Mantener o mejorar en la medida de lo posible su nivel de autonomía.

TABLA 11.1
Objetivos de intervención

Área motora	Área cognitiva	Área socioafectiva y comunicativa
<p>Tono muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> — Relajación • Global • Segmentaria • Diferencial <p>— Respiración</p> <p>Coordinación dinámica general</p> <ul style="list-style-type: none"> — Marcha <p>Equilibrio</p> <ul style="list-style-type: none"> — Equilibrio dinámico espontáneo — Equilibrio en el suelo <p>Coordinación visomotriz</p> <ul style="list-style-type: none"> — Habilidades manuales — Motricidad fina <p>Disociación de movimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Coordinación dinámica de los miembros superiores — Coordinación dinámica de miembros superiores e inferiores — Coordinación dinámica y postural — Movilización de otros segmentos y del conjunto del cuerpo 	<p>Percepción del cuerpo</p> <ul style="list-style-type: none"> — Percepción global del cuerpo — Conocimiento de las distintas partes — Toma de conciencia del espacio gestual <p>El espacio y los objetos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Nociones espaciales • Orientación espacial • Transposición de las nociones espaciales sobre otros <p>— Establecer y utilizar distintos espacios</p> <p>— Utilización creativa de los objetos</p> <p>El tiempo</p> <ul style="list-style-type: none"> — Nociones temporales • Nociones básicas • Relaciones en el tiempo • Coordinación de diversos elementos <p>— Distribución y planificación del tiempo</p> <p>Procesos cognitivos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Atención — Memoria — Abstracción — Lenguaje 	<p>Relación de apego y seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> — Autonomía <p>Relación con los demás</p> <ul style="list-style-type: none"> — Establecimiento de relaciones con los demás — Respeto y aceptación — Cooperación — Búsqueda de ayuda — Capacidad de iniciativa — Aceptación de propuestas — Asertividad <p>Autoconcepto y autoestima</p> <ul style="list-style-type: none"> — Reconocimiento de capacidades y limitaciones

2. Desarrollar habilidades de comunicación personal y grupal.
3. Vivir su cuerpo de forma saludable, aceptar su envejecimiento y afrontar sus limitaciones corporales.

4.2. La sesión de psicomotricidad

Defontaine (1981) aconseja que la reeducación psicomotriz con personas mayores tenga en cuenta sus limitaciones (los ritmos cardiacos y respiratorios, la fatiga, etc.), de manera que no se pida un esfuerzo al máximo. Las sesiones no deben ser largas, y han de alternar ejercicios activos y pasivos.

Lorente (2003) indica que, en cuanto a la distribución de los participantes en *grupos*, el tamaño aconsejable sería aproximadamente de diez personas, reduciendo el número cuando existan déficit significativos. Cuando en un grupo hay mayoría de pacientes con graves problemas de conducta o deterioro cognitivo severo y/o problemas de movilidad, lo más adecuado es intervenir en grupos de dos o tres personas, o también de forma individual.

El *material* utilizado tiene que ser fácilmente manipulable, ni muy pesado, ni muy pequeño; también se requiere que sea cercano, conocido y no muy sofisticado. Se deben evitar superficies que sean muy brillantes y objetos que les puedan parecer infantiles. Son válidos materiales como picas, balones, telas, pañuelos, cuerdas o aros. Incluso se puede trabajar con otros no habituales, como abanicos, barajas de naipes, papeles de periódico, etc. Se recomienda también disponer de cartulinas de colores, tarjetas que representen categorías semánticas como frutas, animales, herramientas, etc., así como instrumentos musicales de percusión (de sencillo manejo), cuentas para ensartar, tejidos de diferente textura, etc.

La *música* facilita el trabajo en la sala, tanto si se utiliza de fondo como si sirve de apoyo a la actividad. Las que más motivan a las personas mayores son aquellas conocidas y habituales en su entorno, como pasodobles, canciones de su juventud, melodías regionales, ritmos latinos y piezas muy célebres de música clásica o de ballets. En la relajación lo mejor son los adagios, las melodías populares instrumentales, la música celta, etc.

García Arroyo (1995) realiza una reflexión en torno al método o *modelo* de intervención más adecuado para utilizar con personas mayores. Recomienda comenzar con sesiones dirigidas, ya que han sido educados según un modelo pedagógico en el que el maestro es el que sabe y el que indica lo que uno debe hacer, están más acostumbrados a seguir las indicaciones y se sienten menos inhibidos. Sin embargo, la directividad continuada impediría que consiguieran una iniciativa propia en la búsqueda de posibilidades personales creativas, lo que no favorecería la relación grupal. Por tanto, recomienda que en un segundo momento se pase a sesiones vivenciadas.

4.2.1. Sesiones dirigidas

Las sesiones dirigidas se utilizan en la primera parte de la intervención y abordan, principalmente, objetivos del área motora y cognitiva.

Defontaine (1981), Masson (1987c) y Pont (1993) proponen las siguientes actividades para realizar con personas mayores en estas sesiones:

- *Gimnasia suave*: el objetivo es, principalmente, tomar conciencia del cuerpo. Su trabajo se basa en la sensación y en la relajación, llevando a mover el cuerpo

con más eficacia y menos esfuerzo. Es importante tener en cuenta la posición en la que se realizan los ejercicios; no son aconsejables la posición tumbada o la de rodillas, pues la primera puede provocar malestar o vértigo, y en el caso de la segunda, aun cuando la artrosis no sea manifiesta, las rodillas suelen estar doloridas y la presión de éstas en el suelo resulta desagradable, así como el estiramiento en la posición de rodillas sentado. La posición de pie es la más adecuada para el trabajo muscular y para la respiración, pero hay que buscar una corrección postural empezando desde abajo y repartiendo el peso uniformemente sobre ambos pies. La posición sentada es una de las mejor toleradas, así que es aconsejable alternarla con la posición de pie. Las movilizaciones siempre deben ser lentas y suaves, siendo conveniente seguir las siguientes recomendaciones:

- No mantener la postura durante un tiempo prolongado.
 - No practicar ejercicios con pesos adicionales.
 - No realizar ejercicios bruscos o violentos.
 - No efectuar estiramientos exagerados o demasiado prolongados.
 - No realizar ejercicios a un ritmo demasiado rápido.
- *Taichi*: es un método oriental muy antiguo que se basa en los movimientos de los animales y en la contemplación de la naturaleza. Se compone de una serie de formas de movimiento que se realizan de forma lenta. Constituye un procedimiento de trabajo eficaz, que actúa sobre la postura, el equilibrio, el movimiento, la

respiración, la sensación y la concentración. Son una serie de movimientos encadenados, establecidos, que, ejecutados de forma lenta y relajada, consiguen conectar al individuo con su propio interior a través de una concentración en las sensaciones y la contemplación de la respiración. Además de su capacidad para obtener relajación, permite adquirir coordinaciones fundamentales.

- *Ritmo y baile*: puede ser espontáneo, dejando que evolucione libremente como si fuera una fiesta popular, o se puede realizar un desarrollo coreográfico, marcando las figuras a seguir y las evoluciones en el espacio y en el tiempo. Para poder emplear esta actividad es necesario, por una parte, que se sientan motivados y, por otra, que se realicen algunas adaptaciones:

- Disponer de un espacio suficiente para poder moverse sin dificultades.
- Elegir canciones o músicas de ritmos fáciles y bien marcados.
- Cambiar figuras complejas por otras de fácil ejecución.
- Utilizar movimientos y figuras repetitivos.
- Doblar los tiempos para que los movimientos sean más lentos.
- Evitar los giros bruscos.
- Escuchar detenidamente la pieza musical antes de bailarla.
- Si no se puede o no se quiere bailar, seguir los tiempos o pulsaciones con palmadas o marcándolos con los pies.

- *Juegos de mesa*: como los naipes, las damas y el ajedrez, permiten ejercitar la habilidad manual y hacen trabajar a los dedos, en especial al pulgar y el índice, que son indispensables para el movi-

miento de pinza. Además, van a facilitar la utilización del espacio.

- *Trabajos manuales*: van a ejercitar también la habilidad manual. Se pueden realizar trabajos de carpintería, cerámica, cañamazo con agujeros grandes, manteles, etc. Todas estas actividades pueden exhibirse en una exposición donde se valoren sus obras y se sientan útiles.
- *Técnicas de relajación*: se intenta que adquieran un control sobre sus propias tensiones, que consigan un equilibrio psicofisiológico agradable ante cualquier situación. Cuando se lleva a cabo la relajación, es importante tener en cuenta las indicaciones proporcionadas sobre la postura por tanto la posición más recomendable es sentado, y de pie en el caso de los ejercicios respiratorios. Los métodos de relajación más utilizados han sido:
 - El entrenamiento autógeno de Schultz.
 - El entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson.
 - Métodos de relajación dinámicos en los que a partir del movimiento se intenta relajar la musculatura utilizando

el grado de contracción mínimo para ser eficaz.

- Técnicas de respiración.

4.2.2. Sesiones vivenciadas

Se utilizan en un segundo momento de la intervención para continuar trabajando los objetivos del área motora y cognitiva con una mayor iniciativa y creatividad e incidir más en los objetivos del área socioafectiva.

El psicomotricista puede comenzar planteando al grupo propuestas de trabajo psicocorporal en torno a algunas conductas que se quieren trabajar. Se trata de ir creando poco a poco seguridad en el participante, potenciando la autonomía y la creatividad, así como favoreciendo el trabajo grupal y el establecimiento de relaciones interpersonales.

En una última parte del programa el psicomotricista formula propuestas de trabajo para que los distintos participantes, de manera libre y voluntaria, se autogestionen en la búsqueda de soluciones y resolución de problemas. Se proponen situaciones diversas utilizando distintos modos de expresión: oral, gestual, corporal, plástica, gráfica y musical.

RESUMEN

- El *envejecimiento* implica una serie de *cambios* morfológicos, psicológicos, funcionales y bioquímicos que son inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo. Sin embargo, no afecta por igual a todas las personas, y existe una gran variabilidad interindividual e intraindividual.
- *A nivel psicomotor* estas modificaciones se expresan como un proceso de retrogé-

nesis que sigue una pauta inversa a la evolución y va desde la praxia fina hasta la tonicidad. Además, el anciano muestra menor seguridad en la marcha y en el equilibrio estático, disminución en el tono muscular y dificultades para la relajación voluntaria.

- *A nivel cognitivo* disminuye la inteligencia fluida, pueden reducirse sus capacidades de visión y audición, se produce

un deterioro de la memoria a corto plazo, aumenta el tiempo de reacción y se manifiestan dificultades en el reconocimiento del propio cuerpo y en la orientación y organización del espacio y el tiempo.

- *A nivel socioafectivo* va sufriendo pérdidas y hay un cambio de roles. Las redes sociales son más reducidas y los contactos sociales disminuyen, lo que puede desembocar en un estado de ánimo decaído y en la soledad y el aislamiento.
- La *evaluación psicomotriz* del anciano requiere su consentimiento, motivación y participación. Previamente es necesaria una entrevista con el anciano para tomar sus datos personales y observar su grado de movilidad; además, debe complementarse con un examen clínico. La Batería Psicomotora de V. da Fonseca ha probado su utilidad para medir las habilidades psicomotoras en personas mayores.
- El *objetivo de la intervención psicomotriz* es procurar un mayor bienestar físico, mental y social; actúa desde un enfoque preventivo y trabaja diversos objetivos del área motora, cognitiva y socioafecti-

va, tratando de impedir que los déficits se acrecienten e incrementando su calidad de vida.

- Las *sesiones* suelen ser grupales, con un material fácilmente manipulable, evitando objetos que puedan parecer infantiles, y suelen acompañarse de música que sea conocida y habitual en su entorno. La intervención suele comenzar con sesiones dirigidas para pasar, en un segundo momento, a sesiones vivenciadas.
- Las *sesiones dirigidas* permiten abordar objetivos de las áreas motora y cognitiva. Las actividades que se suelen utilizar en este tipo de sesiones son: gimnasia suave, taichí, ritmo y baile, juegos de mesa, trabajos manuales y técnicas de relajación y respiración.
- Las *sesiones vivenciadas* permiten seguir trabajando los objetivos de las áreas motora y cognitiva con una mayor iniciativa y creatividad e incidir más en el objetivo del área socioafectiva. El psicomotricista plantea propuestas de trabajo y va potenciando su autonomía, creatividad, el trabajo grupal y el establecimiento de relaciones personales.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

García Arroyo, M. J. (1995). *Entrenamiento en habilidades psicocorporales en la vejez*. Salamanca: Amarú.

Presenta un programa de intervención psicomotriz para prevenir y/o contrarrestar los efectos del envejecimiento. Incluye algunos ejemplos de sesiones que se pueden llevar a cabo.

Lorente, E. (2003). *Intervención psicomotriz con pacientes con demencia: una propuesta rehabili-*

tadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 11, 13-28.

Expone algunos de los aspectos a tener en cuenta en la intervención psicomotriz con pacientes con demencia.

Pont, P. (1993). *Tercera edad, actividad física y salud*. Barcelona: Paidotribo.

Propone distintas actividades para realizar con personas mayores, incluyendo fichas de ejercicios para cada una de las actividades propuestas.

Referencias bibliográficas

- Ajuriaguerra, J. (1979). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Toray-Masson.
- Alexander, G. (1983). *La eutonía. Un camino hacia la experiencia total del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Alonso, V., Viedma, M. J., Blanco, M. y Cañamares, J. M. (1997). Psicomotricidad. En A. Rodríguez (eds.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Andrés, N. y García Arroyo, M. J. (1993). La observación psicomotriz como técnica de evaluación en la etapa de educación infantil. *Aula: Revista de pedagogía de la Universidad de Salamanca*, 5, 209-222.
- Ardanaz, T. (2009). La psicomotricidad en educación infantil. *Innovación y experiencias educativas*, 16.
- Arnaiz, P. (1991). *Evolución y contexto de la práctica psicomotriz*. Salamanca: Amarú.
- Arnaiz, P. (1992). Habilidades psicomotoras básicas en el síndrome de Down. En I. Candel y A. Turpin (eds.), *Síndrome de Down. Integración escolar y laboral*. Murcia: Amarú.
- Arnaiz, P. (1994). *Deficiencias visuales y psicomotricidad: Teoría y práctica*. Madrid: ONCE.
- Arnaiz, P. y Bolarin, M. J. (2000). Guía para la observación de los parámetros psicomotores. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 37, 63-85.
- Arnaiz, P. y Juan, M. J. (1993). Ceguera, integración sensorial y desarrollo psicomotor. *Psicomotricidad*, 44, 7-22.
- APA (2003). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Ausubel, D. P. y Sullivan, E. V. (1983). *El desarrollo infantil: El desarrollo de la personalidad*, vol. 2. Barcelona: Paidós.
- Aucouturier, B. (1993). Los niveles de la expresividad motriz. *Revista de Educación Especial*, 15, 39-48.
- Aucouturier, B., Darrault, I. y Empinet, J. L. (1985). *La práctica psicomotriz: reeducación y terapia*. Barcelona: Científico-Médica.
- Batshaw, M. L. y Pret, Y. M. (1986). *Children with handicaps*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Bayley, N. (1969-1977). *Escalas Bayley de desarrollo infantil*. Madrid: TEA.
- Beltz, Y. (1996). Práctica psicomotriz. En J. Richard y L. Rubio (eds.), *Terapia psicomotriz*. Barcelona: Masson.
- Benavente, C. (1995). Psicomotricidad y terapia ocupacional en geriatría. *Psicomotricidad*, 49, 27-41.
- Berges, J. y Bounes, M. (1983). *La relajación terapéutica en la infancia*. Barcelona: Masson.
- Berges, J. y Lezine, I. (1963) *Test de imitación de gestos*. París: Masson.
- Berruezo, P. P. (1996). La psicomotricidad en España: de un pasado de incompreensión a un futuro de esperanza. *Psicomotricidad: Revista de Estudios y Experiencias*, 53, 57-64.
- Berruezo, P. P. (1999). El psicomotricista, un profesional para las necesidades especiales. En P. P. Berruezo, P. L. Linares y J. M. Arraez (eds.), *Motricidad y necesidades especiales*. Granada: AMNE.

- Berrueto, P. P. (2000a). Hacia un marco conceptual de la psicomotricidad a partir del desarrollo de su práctica en Europa y España. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 37, 21-33.
- Berrueto, P. P. (2000b). El contenido de la psicomotricidad. En P. Bottini (ed.), *Psicomotricidad: prácticas y conceptos*, pp. 43-99. Madrid: Miño y Dávila.
- Berrueto, P. P. (2001). El contenido de la psicomotricidad. Reflexiones para la delimitación de su ámbito teórico y práctico. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 1, 39-48.
- Berrueto, P. P. (2002). Las conductas motrices. En M. Llorca, V. Ramos, J. Sánchez y A. Vega (eds.), *La práctica psicomotriz: Una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento*. Málaga: Aljibe.
- Berstein, N. A. (1967). *The coordination and regulation of movements*. Oxford: Pergamon Press.
- Berstein, D. A. y Borkovec, T. D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Bigelow, B. J. (1977). Children's friendships expectations: A cognitive-developmental study. *Child Development*, 48, 246-253.
- Blanco, A. y Pastor, A. (1997). Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades. En A. Rodríguez (ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Block, M. E. (1991). Motor development in children with Down Syndrome: a review of the literature. *Adapted physical activity quarterly*, 8, 179-209.
- Bolarín, M. J. (1998). *Elaboración de una guía de observación de los parámetros psicomotores*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia.
- Boscaini, F. (1994). La educación psicomotriz en la relación pedagógica. *Psicomotricidad*, 29, 7-24.
- Brand, U. (1997). *La eutonia. Educar el cuerpo a los movimientos naturales*. Barcelona: Abraxas.
- Brasey, E. y Debailleul, J. P. (1999). *Vivir la magia de los cuentos*. Madrid: EDAF.
- Bravo, G. (1998). Fisiopatología del envejecimiento: envejecimiento fisiológico y patológico. En P. Durante y P. Pedro (eds.), *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica*. Barcelona: Masson.
- Brunet, O. y Lezine, I. (1978-1980). *Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia*. Madrid: MEPSA.
- Bucher, H. (1976). *Trastornos psicomotores en el niño: Práctica de la reeducación psicomotriz*. Barcelona: Masson.
- Burlingham, D. (1977). Problemas especiales de niños ciegos: el perfil del bebé ciego. En R. Eissler y A. Freud (eds.), *Una antología del estudio psicoanalítico del niño*. New Haven y Londres: Yale University Press.
- Burns, I. (1995). El desarrollo del movimiento: la base del rendimiento eficaz y de las habilidades vitales. En I. Burns y P. Gunn (eds.), *El síndrome de Down. Estimulación y actividad motora*. Barcelona: Herder.
- Bryant, S. (1987). *El arte de contar cuentos*. Barcelona: Hogar del libro.
- Cabanillas, M. C. y Fernández, C. (2002). Psicomotricidad. En J. C. González-Cases y A. Rodríguez (eds.), *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención*. Madrid: Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
- Camino, S. (1995). Cambios psicológicos en la vejez. En S. Rodríguez y A. Castellano (eds.), *Intervención clínica y psicosocial en el anciano*. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS.
- Candel, I. (1991). El desarrollo de los niños con síndrome de Down en edad preescolar. En J. Flórez y M. V. Troncoso (eds.), *Síndrome de Down y educación*. Barcelona: Salvat.
- Candel, I. y Carranza, J. A. (1993). Características evolutivas de los niños síndrome de Down en la infancia. En I. Candel (ed.), *Programa de atención temprana: Intervención en niños con síndrome de Down y otros problemas del desarrollo*. Madrid: CEPE.
- Cautela, J. R. y Groden, J. (1985). *Técnicas de relación: Manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Barcelona: Martínez Roca.

- Cerviño, M. J. y Blanco, M. (1997). Rehabilitación de déficits cognitivos. En A. Rodríguez (ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Chace, L. S. (1985). El niño con necesidades especiales y trastornos específicos. En J. R. Cautela y J. Groden, *Técnicas de relajación: Manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Barcelona: Martínez Roca.
- Checa, F. J. (1999). La evaluación psicopedagógica. En I. Martínez (ed.), *Aspectos evolutivos y educativos de la deficiencia visual*, vol. I. ONCE: Dirección de educación.
- Chokler, M. H. (1988). *Los organizadores del desarrollo psicomotor*. Buenos Aires: Ediciones Cincos.
- Cratty, B. J. (1969). *Motricidad y psiquismo en la educación y el deporte*. Valladolid: Miñón.
- Colón, E. (1998). Los otros lenguajes del niño: El dibujo y el juego en la sala de psicomotricidad. *Boletín de la Asociación Española de Psicomotricistas*, 1, 4-6.
- Cratty, B. J. (1982). *Desarrollo perceptual y motor en los niños*. Barcelona: Paidós.
- Coste (1979). *Las 50 palabras clave en psicomotricidad*. Barcelona: Médica y Técnica.
- Defives, J. F. (1987). El juego, los deportes, la reeducación y la terapia psicomotriz: El juego, enfoque psicológico. En S. Masson et al. (eds.), *Reeducación y terapias dinámicas*. Barcelona: Gedisa.
- Defontaine, J. (1978). *Manual de reeducación psicomotriz. Primer año*. Barcelona: Médica y Técnica.
- Defontaine, J. (1981). *Manual de reeducación psicomotriz. Tercer año*. Barcelona: Médica y Técnica.
- Defontaine, J. (1982). *Manual de reeducación psicomotriz. Tercer año. Tomo IV*. Barcelona: Médica y Técnica.
- Delval, J. (2004). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo XXI.
- Díaz, A. (2000). Psicomotricidad vivenciada en el usuario con enfermedad mental. *Terapia Ocupacional*, 27, 73-76.
- Díaz-Aguado, M. J. (1990). Programa para el desarrollo de la competencia social en niños con adaptación socioemocional. En J. M. Román y D. A. García Villamizar (eds.), *Intervención clínica y educativa en el ámbito escolar*. Valencia: Promolibro.
- Díaz-Aguado, M. J., Segura, P. y Royo, P. (1996). *El desarrollo socioemocional de los niños maltratados*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Díez Manglano, J., Vela, J. M., Sanz, M. C., Bardina, E., Tricas, J. M. y Callau, M. P. (1991). Desarrollo de un programa de reeducación psicomotriz en el anciano. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 26, 191-195.
- Digelmann, D. (1981). *La eutonía de Gerda Alexander*. Buenos Aires: Paidós.
- Erhardt, R. P. (1998). Parálisis cerebral. En H. L. Hopkins y H. D. Smith (eds.), *Terapia Ocupacional*. Madrid: Panamericana.
- Erwin, E. J. (1993). Social participation of young children with visual impairments in specialized and integrated environments. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 87, 138-142.
- Escribá, A. (2002). Los juegos sensoriales y sensoriomotores. En M. Llorca, V. Ramos, J. Sánchez y A. Vega (eds.), *La práctica psicomotriz: una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento*. Málaga: Aljibe.
- Escribá, A. (1999). *Estudio del desarrollo psicomotor de los niños con síndrome de Down en la región de Murcia*. Tesis doctoral (sin publicar). Universidad de Murcia.
- Escribá, A. et al. (1999). *Psicomotricidad: Fundamentos teóricos aplicables en la práctica*. Madrid: Himnos.
- Escribá, A. (2002). *Síndrome de Down: Propuestas de intervención*. Madrid: Gymnos.
- Fernández, A. (2002). La práctica psicomotriz de B. Aucouturier. En M. Llorca, V. Ramos, J. Sánchez y A. Vega (eds.), *La práctica psicomotriz: Una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento*. Málaga: Aljibe.
- Fernández, M. R., Palomero, J. E. y Aranda, B. (1988). Propuesta para la creación de los estudios de psicomotricidad en la universidad española. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 3, 145-159.
- Fleishman, E. A. (1967). Development of a behavior taxonomy for describing human tasks: A

- correlational-experimental approach. *Journal of Applied Psychology*, 51, 1-10.
- Flórez, J. (1991a). Patología cerebral y aprendizaje en el síndrome de Down. En J. Flórez y M. V. Troncoso (eds.), *Síndrome de Down y educación*. Barcelona: Salvat.
- Flórez, J. (1991b). Cerebro y aprendizaje: una aproximación biológica. En Flórez, J. y Troncoso, M. V. (eds.), *Síndrome de Down y educación*. Barcelona: Salvat.
- Fonseca, V. da (1988). Psicomotricidad y psiconeurología: Introducción al sistema psicomotor humano. *Psicomotricidad*, 30, 25-43.
- Fonseca, V. da (1998). *Manual de observación psicomotriz: Significación psiconeurológica de los factores psicomotores*. Barcelona: INDE.
- Fonseca, V. da, Maria, A., Henriques, A., Passarinho, M., Mourao, G. y Alfonso, M. (1987). Gerontopsicomotricidad: Una aproximación al concepto de retrogénesis psicomotora. *Psicomotricidad*, 25, 57-68.
- Fraiber, S. (1982). *Niños ciegos: La deficiencia visual y el desarrollo inicial de la persona*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Franc, N. (2003). Apuntes para una reconceptualización del cuerpo y el movimiento. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 11, 51-64.
- Gaetner, R. (1981). *Terapia psicomotriz y psicosis*. Barcelona: Paidós.
- Garaigordobil, M. (1999). Evaluación del desarrollo psicomotor y sus relaciones con la inteligencia verbal y no verbal. *Revista Interuniversitaria de Educación del Profesorado*, 8, 9-36.
- Garaigordobil, M. (2002). Relevancia del juego cooperativo y creativo en el desarrollo cognitivo, social y emocional. En M. Llorca, V. Ramos, J. Sánchez y A. Vega (coords.), *La práctica psicomotriz: Una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento*. Málaga: Aljibe.
- García, L. (2003). Observación y análisis de la interacción en la práctica psicomotriz: Requisitos teóricos y propuestas metodológicas. *INDIVISA, Boletín de Estudios e Investigación, Monografía II*, 17-29.
- García Arroyo, M. J. y Holgado, A. (1990). *Metodologías de intervención psicomotriz*. Salamanca: Amarú.
- García Arroyo, M. J. (1995). *Entrenamiento en habilidades psicocorporales en la vejez*. Salamanca: Amarú.
- García Navarro, M. E., Tacoronte, M., Sarduy, I., Abdo, A., Galvizú, R., Torres, A. y Leal, E. (2000). Influencia de la estimulación temprana en la parálisis cerebral. *Revista de Neurología*, 31, 716-719.
- García Núñez, J. A. (1993a). Intervención psicomotriz en la lateralidad manual contrariada. *Psicomotricidad*, 44, 23-33.
- García Núñez, J. A. (1993b). Actividades psicomotrices para niños de 0 a 3 años. En M. D. Requena y B. Vázquez-Dodero (eds.), *Desarrollo cognitivo y motor*, pp. 151-179. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- García Núñez, J. A. y Morales, J. M. (1995). Programa de gerontopsicomotricidad en ancianos institucionalizados. *Psicomotricidad*, 50, 7-30.
- García Ruso, H. (1997). *La danza en la escuela*. Barcelona: Inde.
- Goldman, H. H., Gatozzi, A. A. y Tanbe, C. A. (1981). Defining and counting the chronically mental ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 22.
- González, L. (1990). *Psicomotricidad para deficientes visuales (4-7 años)*. Salamanca: Amarú.
- González-Piñeda, J. A., Núñez, J. C. y González-Pumariega, S. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 9, 271-289.
- Guilford, J. P. (1967). *The nature of human intelligence*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Guilmain, M. E. (1948). *Tests moteurs et psychomoteurs*. París: Foyer central d'hygiène.
- Gunn, P. (1995). Características del síndrome de Down. En I. Burns y P. Gunn (eds.), *El síndrome de Down. Estimulación y actividad motora*. Barcelona: Herder.
- Gutiérrez, M. (1989). *140 juegos de educación psicomotriz*. Sevilla: Wanceulen.
- Haerren, H. y Guilcemet, S. (1982). *Estudios sobre la educación de los niños y adolescentes ciegos, ambliopes y sordociegos*. Barcelona: Médica y Técnica.

- Henderson, S., Morris, J. y Ray, S. (1981). Performance of Down Syndrome and other retarded children on the Cratty Gross-Motor test. *American Journal of Mental Deficiency*, 85, 416-424.
- Herrán, E. (2007). El salto a los tres años en psicomotricidad: Observación del comportamiento psicomotor infantil. *Infancia y aprendizaje*, 30, 183-196.
- Herrero, A. B. (2000). Intervención psicomotriz en el primer ciclo de educación infantil: Estimulación de situaciones sensoriomotoras. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 37, 87-102.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University Press.
- Jobling, A. (1995). El juego y la educación por el movimiento. En I. Burns y P. Gunn (eds.), *El síndrome de Down. Estimulación y actividad motora*. Barcelona: Herder.
- Justo, E. (2000). Estimulación psicomotriz en personas mayores. *Psicomotricidad*, 65, 19-23.
- Kuehnel, T. G., De Risi, W. J. y Liberman, R. P. (1984). Treatment strategies that promote desinstitutionalization of chronic mental patients. En W. P. Christian (ed.), *Programming effective human services: Strategies for institutional change and client transition*. Nueva York: Plenum Press.
- Lagrange (1976). *Educación psicomotriz: Guía práctica para niños de 4 a 14 años*. Barcelona: Fontanella.
- Lapierre, A. (1990). El lugar del cuerpo en la educación. Las diversas concepciones y su integración en la relación educativa. *Cuadernos de psicomotricidad y Educación Especial*, 1, 5-10.
- Lapierre, A. y Aucouturier, B. (1977a). *Simbología del movimiento*. Barcelona: Científico-Médica.
- Lapierre, A. y Aucouturier, B. (1977b). *Educación vivenciada: de la vivencia a lo abstracto a través de la educación psicomotriz*. Barcelona: Científico-Médica.
- Lapierre, A. y Aucouturier, B. (1980). *El cuerpo y el inconsciente en educación y terapia*. Barcelona: Científico-Médica.
- Lázaro, A. (1993). La relajación: Aproximación a los grandes métodos. *Psicomotricidad*, 44, 53-70.
- Le Boulch, J. (1983). *La educación por el movimiento*. Buenos Aires: Paidós.
- Le Boulch (1992). *Hacia una ciencia del movimiento humano*. Barcelona: Paidós.
- Levitt, S. (1995). *Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor*. Madrid: Panamericana.
- Linares, R. (1994). *Fundamentos psicoeducativos de la Educación Física Especial*. Granada: Universidad de Granada.
- Linares, R. (1996). Educación psicomotriz y alumnos/as con dificultades educativas especiales permanentes (segunda parte). *Polibea*, 40, 4-12.
- Linares, P. L. (1997). Técnicas de relajación en el ámbito de las necesidades especiales. *Polibea*, 45, 4-10.
- Linares, P. L. (1999a). Deficiencia visual, psicomotricidad y relajación. *Polibea*, 53, 4-11.
- Linares, P. L. (1999b). Psicomotricidad y ancianidad. *Polibea*, 51, 14-21.
- Linares, P. L. y Sánchez, M. J. (1998). La relajación de Jacobson en personas con discapacidad. *Polibea*, 46, 4-12.
- Llorca, M. (2002). La psicomotricidad como propuesta de intervención terapéutica. En M. Llorca, V. Ramos, J. Sánchez y A. Vega (eds.), *La práctica psicomotriz: Una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento*. Málaga: Aljibe.
- Llorca, M. y Sánchez, J. (2003). *Psicomotricidad y necesidades educativas especiales*. Málaga: Aljibe.
- Lorente, E. (2003). Intervención psicomotriz con pacientes con demencia: una propuesta rehabilitadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 11, 13-28.
- Lucerga, R. y Sanz, M. (1992). *Juego simbólico y deficiencia visual*. Madrid: ONCE.
- Luquet, G. H. (1972). *El dibujo infantil*. Barcelona: A. Redondo.
- Luria (1980). *Conciencia y lenguaje*. Madrid: Pablo del Río.
- Luthi, F. y Luthi, W. (1987). Reeducaciones y terapias psicomotrices fundadas en el ritmo, la mímica, la música, la danza y el canto: Danza clásica, carácter, modern jazz y zapateo. En S. Masson et al. (ed.), *Reeducación y terapias dinámicas*. Barcelona: Gedisa.

- MacCarthy, D. (1983). *Escalas MacCarthy de aptitudes y psicomotricidad*. Madrid: TEA.
- McGuire, I. L. y Meyers, C. E. (1971). Early personality in the congenitally blind child. *New outlook for the blind*, 65, 137-143.
- Madrigal, A. (2005). Síndrome de Down: Mitos y realidades. *Minusval*, 154, 35-41.
- Maigré, A. y Destrooper, J. (1986). *La educación psicomotora*. Madrid: Morata.
- Maldonado, M. A. (2008). *La Psicomotricidad en España a través de la revista CITAP: 1981-1996*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona.
- Mañosa, M. T. (1988). La práctica psicomotriz educativa de Bernard Aucouturier con niños deficientes visuales. *Jornadas sobre educación de los niños ciegos y deficientes visuales*. Barcelona: ONCE.
- Marcos, M. (1999). Percepción visual y ceguera. En I. Martínez (coord.), *Aspectos evolutivos y educativos de la deficiencia visual*, vol. I. ONCE: Dirección de educación.
- Markus, H. y Kitayama, S. (1991): Culture and the self: Implications for cognition, emotion and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- Márquez, M. O. (1992). Evaluación del desarrollo psicomotriz. En R. Fernández-Ballesteros (ed.), *Introducción a la Evaluación psicológica*, pp. 284-315. Madrid: Pirámide.
- Martínez, R. (1999a). La práctica psicomotriz educativa de Bernard Aucouturier. *Políbea*, 49, 32-41.
- Martínez, R. (1999b). Procesos comunicativos en el niño sordo-ciego a través de la práctica psicomotriz: El juego sensoriomotor (segunda parte). *Políbea*, 51, 14-21.
- Martínez, R. (2000). Esquema e imagen corporal en el niño ciego: Su influencia en el desarrollo del espacio (segunda parte). *Políbea*, 54, 18-23.
- Martínez, R. (2003). Psicomotricidad y actividad física en la tercera edad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 17, 89-105.
- Martínez, R. (2004). Deficiencia visual y motricidad creativa en la etapa de educación infantil. *Políbea*, 73, 15-28.
- Martínez, R. y Aledo, F. J. (2002). Atención a la diversidad: expresión corporal, danza, danzaterapia y necesidades educativas especiales I. *Políbea*, 64, 20-31.
- Martínez, S. D. (2000). La intervención psicomotriz en parálisis cerebral como un proceso global e integrador. *Terapia Ocupacional*, 24, 18.
- Mateos, F. (2001). La evolución de la autoestima en la Enseñanza Primaria y su relación con el rendimiento. *Enseñanza*, 19, 113-140.
- Masson, S. (1985). *Las relajaciones*. Barcelona: Gedisa.
- Masson, S. (1987a). El juego, los deportes, la reeducación y la terapia psicomotriz: el juego. En S. Masson et al. (coords.), *Reeducación y terapias dinámicas*. Barcelona: Gedisa.
- Masson, S. (1987b). Reeducaciones y terapias psicomotrices fundadas en el ritmo, la mímica, la música, la danza y el canto: la danza. En S. Masson et al. (ed.), *Reeducación y terapias dinámicas*. Barcelona: Gedisa.
- Masson, S. (1987c). La educación de la postura de la persona de edad. En S. Masson et al. (eds.), *Reeducación y terapias dinámicas*. Barcelona: Gedisa.
- Montagner, H. (1995). Apego, ternura y vicisitudes. Las competencias zócalo en el niño. *Psicomotricidad*, 51, 23-51.
- Montorio, I. e Izal, M. (1999). Cambios asociados al proceso de envejecimiento. En M. Izal e I. Montorio (eds.), *Gerontología conductual: Bases para la intervención y ámbito de aplicación*. Madrid: Síntesis.
- Mueller, E. y Silverman, N. (1989). Peer relations in maltreated children. En D. Cicchetti y V. Carlson (eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, pp. 579-578. Nueva York: Cambridge University Press.
- Murcia, R. (1993). La eutonía de Gerda Alexander. *Psicomotricidad*, 43, 15-21.
- NIMH (1987). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Washington DC: National Institute of Mental Health.
- Ochaíta, E. (1984). Una aplicación de la teoría piagetiana al estudio del conocimiento espacial en los niños ciegos. *Infancia y aprendizaje*, 25, 81-104.

- OMS (1992). *CIE-10 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- Ortiz, M. J. (1999). El desarrollo emocional. En F. López, I. Etxebarria, M. J. Fuentes y M. J. Ortiz (eds.), *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Pirámide.
- Parreño, J. R. (1983). *Tercera edad sana: ejercicios preventivos y terapéuticos*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Palacios, J. (1999). El desarrollo del yo. En F. López, I. Etxebarria, M. J. Fuentes y M. J. Ortiz (eds.), *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Pirámide.
- Pereira, J. M. (1995). Envejecer: una perspectiva evolutiva. En S. Rodríguez y A. Castellano (eds.), *Intervención clínica y psicosocial en el anciano*. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS.
- Pérez, E., Muñoz, M. y Ausín, B. (2003). Diez claves para la elaboración de informes psicológicos clínicos (De acuerdo a las principales leyes, estándares, normas y guías actuales). *Papeles del psicólogo*, 86, 48-60.
- Piaget, J. (1966). *La formación del símbolo en el niño*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Piaget, J. (1975): *Seis estudios de psicología*. Barcelona: Barral.
- Picq, L. y Vayer, P. (1977). *Educación psicomotriz y retraso mental*. Barcelona: Científico-Médica.
- Pont, P. (1993). *Tercera edad, actividad física y salud*. Barcelona: Paidotribo.
- Porretta, D. L. (1990). Developmental and remedial exercises and activities. En J. P. Inc (ed.), *Adapted physical education and sport*. Champaign, IL: Human Kinetics Books.
- Preisler, G. M. (1993). A descriptive study of blind children in nurseries with sighted children. *Child care, health and development*, 19, 295-215.
- Quemada, J. I. y Sánchez, I. (2005). Trastornos de la psicomotricidad. En I. Iguíluz y R. Segarra (eds.), *Introducción a la psicopatología*. Barcelona: Paidotribo.
- Quirós, V. (2001). Hacia el descubrimiento de sí mismo: propuesta de intervención psicomotriz en el período de 0-3 años. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 3, 77-88.
- Ribera, J. M. (1995). ¿Qué es envejecer? Consecuencias del envejecimiento. En S. Rodríguez y A. Castellano (eds.), *Intervención clínica y psicosocial en el anciano*. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS.
- Rigal, R. (1987). *Motricidad humana. Fundamentos y aplicaciones pedagógicas*. Madrid: Pila Teleña.
- Riguet, C. B. y Taylor, N. D. (1981). Symbolic play in autistic Down's and normal children of equivalent mental age. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 11, 439-448.
- Rodríguez, A. y González-Cases, J. C. (2002). La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica. En A. Rodríguez y J. C. González-Cases (ed.), *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención*, pp. 17-42. Madrid: Consejería de Servicios Sociales.
- Ruiz, L. M. (1987): *Desarrollo motor y actividades físicas*. Madrid: Gymnos.
- San Emeterio, M., Aymerich, M., Faus, G., Guillamón, I., Illa, J. M., Lalucat, L., Martínez, C., Sánchez, I. y Teixido, M. (2003). *Guía práctica de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia*. Barcelona: Agencia d'Avaluación de Tecnología i Recerca Mèdiques.
- Sánchez, J. (1996). *Jugando y aprendiendo juntos. Un modelo de intervención didáctico para favorecer el desarrollo de los niños con Síndrome de Down*. Málaga: Aljibe.
- Sánchez, J. y Llorca, M. (2001). El rol de psicomotricista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 3, 57-76.
- Sánchez, J. y Llorca, M. (2004). *Atención educativa al alumnado con parálisis cerebral*. Málaga: Aljibe.
- Sánchez, J. y Llorca, M. (2008). *Recursos y estrategias en psicomotricidad*. Málaga: Aljibe.
- Savoie, D. y Abreu, M. E. (2002). Necesidades educativas especiales: Trabajo con un niño con parálisis cerebral y una niña prematura. En M. Llorca, V. Ramos, J. Sánchez y A. Vega (eds.), *La práctica psicomotriz: Una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento*. Málaga: Aljibe.

- Sassano, M. y Bottini, P. (1982). Psicomotricidad, antecedentes y realidad actual. *Psicomotricidad*, 40, 51-64.
- Secadas, F. (1988). *Escala Observacional del Desarrollo*. Madrid: TEA.
- Scherzer, A. L. y Tscharnuter, I. (1990). *Early diagnosis and therapy in cerebral paralysis*. Nueva York: Decker.
- Schneekloth, L. H. (1989). Play environments for visually impaired children. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 83, 196-201.
- Schultz, J. H. (1987). *El entrenamiento autógeno*. Barcelona: Científico-Médica.
- Serrabona, J. (2002). Los cuentos vivenciados: imaginación y movimiento. *Revista Iberoamerica de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 5, 65-76.
- Skellenger, A. C. y Hill, E. W. (1994). Effects of a shared teacher-child play intervention on the play skills of three young children who are blind. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 88, 433-445.
- Sheelen, L. y Dropsy, J. (1987). Reeduaciones y terapias psicomotrices fundadas en el ritmo, la mímica, la música, la danza y el canto: La danza educativa moderna. En S. Masson et al. (eds.), *Reeducación y terapias dinámicas*. Barcelona: Gedisa.
- Sloper, P. et al. (1990). Social life of school children with Down syndrome. *Child: Care, Health and Development*, 16, 235-251.
- Smith, L. y Von Tetzchner, S. (1986). Communicative sensorio-motor and language skills of young children with Down's syndrome. *American Journal of Mental Deficiency*, 91, 57-66.
- Sugrañés, E. y Ángel, M. A. (coord.) (2007). *La educación psicomotriz (3-8 años)*. Barcelona: Grao.
- Tait, P. (1972). A descriptive analysis of the play of young blind children. *Education of the Visually Handicapped*, 4, 12-15.
- Tasset, J. M. (1980). *Teoría y práctica de la psicomotricidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Toro, S. y Zarco, J. A. (1995). *Educación Física para niños y niñas con necesidades educativas especiales*. Archidona: Aljibe.
- Triana, B. (2002). El desarrollo en la infancia y en la niñez temprana. En M. Llorca y J. Sánchez, *La práctica psicomotriz: una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento*. Málaga: Aljibe.
- Tröster, H. y Brambring, M. (1994). The play behavior and play materials of blind and sighted infants and preschoolers. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 88, 421-432.
- Valdés, R. (1979). *El desarrollo psicográfico del niño*. La Habana: Científico-Técnica.
- Vayer, P. (1985). *El niño frente al mundo*. Barcelona: Científico-Médica.
- Vázquez, C. y Ochoa, E. (1989). Cognición y esquizofrenia: percepción y atención. *Monografías de Psiquiatría*, 1, 26-31.
- Youniss, J. E. (1980). *Parents and peers in social development: A Sullivan-Piaget perspectiva*. Chicago: University of Chicago Press.
- Zausmer, E. (1993). Estimulación del desarrollo de la motricidad gruesa. En S. M. Pueschel (ed.), *Síndrome de Down. Hacia un futuro mejor*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- Zazzo, R. (1960). *Manuel pour l'examen psychologique de l'enfant*. París: Delachaux et Niestlé.

TÍTULOS RELACIONADOS

- ADICCIÓN A LA COMPRA. Análisis, evaluación y tratamiento, *R. Rodríguez Villarino, J. M. Otero-López y R. Rodríguez Castro.*
- ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN ADOLESCENTES Y JÓVENES, *E. Echeburúa, F. J. Labrador y E. Becoña.*
- AGORAFOBIA Y ATAQUES DE PÁNICO, *A. Bados López.*
- AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, *E. Echeburúa Odriozola.*
- CÓMO ELEGIR EL MEJOR TRATAMIENTO PSICOLÓGICO. Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento, *S. N. Haynes, A. Godoy y A. Gavino.*
- CONSULTORÍA CONDUCTUAL. Terapia psicológica breve, *M.ª X. Froján Parga (coord.).*
- DE LOS PRINCIPIOS DE LA PSICOLOGÍA A LA PRÁCTICA CLÍNICA, *C. Rodríguez-Naranjo.*
- DETECCIÓN Y PREVENCIÓN EN EL AULA DE LOS PROBLEMAS DEL ADOLESCENTE, *C. Saldaña García (coord.).*
- EL ADOLESCENTE EN SU MUNDO. Riesgos, problemas y trastornos, *J. Toro Trullero.*
- EL JUEGO PATOLÓGICO. Avances en la clínica y en el tratamiento, *E. Echeburúa, E. Becoña, F. J. Labrador y Fundación Gaudium (coords.).*
- GUÍA DE AYUDA AL TERAPEUTA COGNITIVO-CONDUCTUAL, *A. Gavino Lázaro.*
- GUÍA DE ÉTICA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, *C. del Río Sánchez.*
- GUÍA DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES I, II Y III, *M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (coords.).*
- INTERVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO INFANTIL. Una perspectiva conductual de sistemas, *M. Servera Barceló (coord.).*
- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y EDUCATIVA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES. Estudio de casos escolares, *F. X. Méndez Carrillo, J. P. Espada Sánchez y M. Orgilés Amorós (coords.).*
- LA INTERVENCIÓN ANTE EL MALTRATO INFANTIL. Una revisión del sistema de protección, *J. Martín Hernández.*
- LA VOZ Y LAS DISFONÍAS DISFUNCIONALES. Prevención y tratamiento, *R. M.ª Rivas Torres y M.ª J. Fiuza Asorey*
- LAS RAÍCES DE LA PSICOPATOLOGÍA MODERNA. La melancolía y la esquizofrenia, *M. Pérez Álvarez.*
- LOS PROBLEMAS DE LA BEBIDA: UN SISTEMA DE TRATAMIENTO PASO A PASO. Manual del terapeuta. Manual de autoayuda, *B. S. McCrady, R. Rodríguez Villarino y J. M. Otero-López.*
- MANUAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE. Trastornos específicos, *V. E. Caballo Manrique y M. A. Simón López (coords.).*
- MANUAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE. Trastornos generales, *V. E. Caballo Manrique y M. A. Simón López (coords.).*
- MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD, *I. Amigo Vázquez, C. Fernández Rodríguez y M. Pérez Álvarez.*
- MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y FAMILIA, *J. M. Ortigosa Quiles, M.ª J. Quiles Sebastián y F. X. Méndez Carrillo.*
- MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA, *J. F. Rodríguez Testal y P. J. Mesa Cid.*
- MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA GENERAL, *P. J. Mesa Cid y J. F. Rodríguez Testal.*
- MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS, *V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobes (dirs.).*
- MANUAL DE TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN Y TERAPIA DE CONDUCTA, *F. J. Labrador Encinas, J. A. Cruzado Rodríguez y M. Muñoz López.*
- MANUAL DEL PSICÓLOGO DE FAMILIA. Un nuevo perfil profesional, *L. M.ª Llavona Uribebarrea y F. X. Méndez.*
- MANUAL PARA LA AYUDA PSICOLÓGICA. Dar poder para vivir. Más allá del *counselling*, *M. Costa Cabanillas y E. López Méndez.*
- MANUAL PARA EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS DELINCUENTES, *S. Redondo Illescas.*
- MANUAL PRÁCTICO DEL JUEGO PATOLÓGICO. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta, *J. Fernández Montalvo y E. Echeburúa Odriozola.*
- MÚLTIPLES APLICACIONES DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT), *M. Páez Blarrina y O. Gutiérrez Martínez.*
- PRESERVACIÓN FAMILIAR. Un enfoque positivo para la intervención con familias, *M.ª J. Rodrigo, M.ª L. Máiquez, J. C. Martín y S. Byrne.*
- PREVENCIÓN DE LAS ALTERACIONES ALIMENTARIAS. Fundamentos teóricos y recursos prácticos, *G. López-Guimerá y D. Sánchez-Carracedo.*
- PSICOLOGÍA APLICADA A LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA, *J. A. Mora Mérida, J. García Rodríguez, S. Toro Bueno y J. A. Zarco Resa.*
- PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA. Aspectos clínicos, evaluación e intervención, *M.ª T. González Martínez (coord.).*
- PSICOLOGÍA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA, *F. J. Labrador y M.ª Crespo.*
- PSICOLOGÍA DE LA SALUD. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones, *J. Gil Roales-Nieto (dir.).*
- PSICOLOGÍA DE LA VEJEZ. Evaluación e intervención, *R. Fernández-Ballesteros (dir.).*
- PSICOMOTRICIDAD. Guía de evaluación e intervención, *M. Bernardo de Quirós Aragón.*
- PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, *R. González Barrón (coord.).*
- PSICOPATOLOGÍA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. Desarrollos actuales, *J. R. Buendía Vidal.*
- PSICOPATOLOGÍA INFANTIL BÁSICA. Teoría y casos clínicos, *J. Rodríguez Sacristán (dir.).*
- PSICOTERAPIAS. Escuelas y conceptos básicos, *J. L. Martorell.*
- REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES CRÓNICOS, *A. Rodríguez González (coord.).*
- TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA, *F. J. Labrador Encinas (coord.).*
- TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores, *K. G. Wilson y M. C. Luciano Soriano.*
- TERAPIA DE CONDUCTA EN LA INFANCIA. Guía de intervención, *I. Moreno García.*
- TERAPIA PSICOLÓGICA. Casos prácticos, *J. P. Espada Sánchez, J. Olivares Rodríguez y F. X. Méndez Carrillo (coords.).*
- TERAPIA PSICOLÓGICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES. Estudio de casos clínicos, *F. X. Méndez Carrillo, J. P. Espada Sánchez y M. Orgilés Amorós (coords.).*
- TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE (TEL), *E. Mendoza Lara (coord.).*
- TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE HÁBITOS Y ENFERMEDADES, *J. M.ª Buceta Fernández y A. M.ª Bueno Palomino.*
- TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL MUTISMO SELECTIVO, *J. Olivares Rodríguez, A. I. Rosa Alcázar y P. J. Olivares Olivares.*
- TRATAMIENTOS CONDUCTUALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. Bases históricas, conceptuales y metodológicas. Situación actual y perspectivas futuras, *J. Olivares Rodríguez, F. X. Méndez Carrillo y D. Maciá Antón.*
- TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. La perspectiva experimental, *J. Vila Castellar y M.ª del C. Fernández-Santaella.*
- TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y TRASTORNOS CLÍNICOS, *A. Gavino Lázaro.*
- VIGOREXIA. La prisión corporal, *A. García Alonso.*
- VIVIR CON LA DROGA. Experiencia de intervención sobre pobreza, droga y sida, *J. Valverde Molina.*

Si lo desea, en nuestra página web puede consultar el catálogo completo o descargarlo:

www.edicionespiramide.es