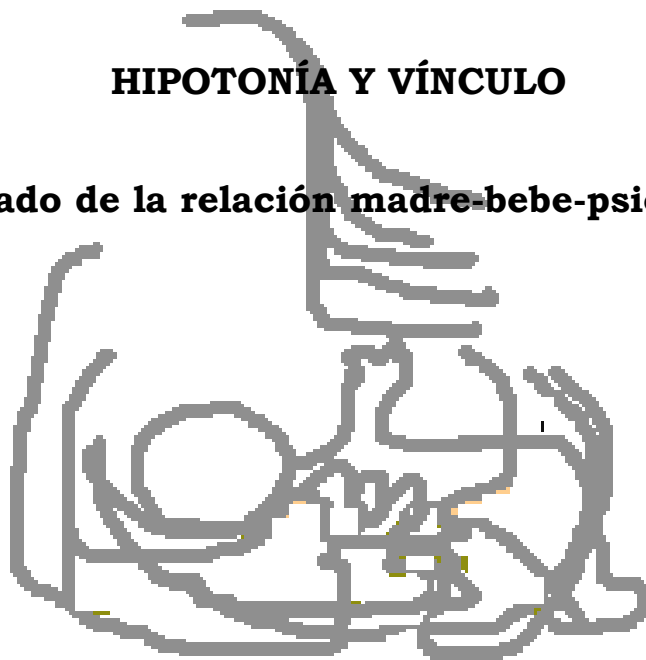


**Universidad de la República
Facultad de Medicina
Escuela Universitaria de Tecnología Médica
Licenciatura de Psicomotricidad**

HIPOTONÍA Y VÍNCULO

“Entramado de la relación madre-bebe-psicomotricista”



**Estudiante: Liliana Pivel Garicoïts
Tutora: Lic. Claudia Ravera
Octubre, 2005**

HIPOTONÍA Y VÍNCULO

“Entramado de la relación madre-bebe-psicomotricista”

INDICE	Pág.
Agradecimientos	3
Aclaraciones sobre la elección del tema	4
Introducción	7
Desarrollo y sistematización	7
Interrogantes que guían la hipótesis de trabajo	10
 Primera Parte	
Capítulo 1	
Hipotonía	11
Clasificación	13
▪ Localización anatómica de la hipotonía.....	13
▪ Hipotonía periférica	14
▪ Hipotonía central	15
Síndrome Hipotónico	17
▪ Signos clínicos de hipotonía	17
▪ Examen neurológico en el lactante hipotónico ...	17
▪ Evaluación del niño hipotónico	17
▪ Maniobras comprobatorias a destacar	18
Hipotonía de origen Central	19
Capítulo 2	
Tono muscular	20
El movimiento	20
▪ El tono muscular y sus propiedades	21
De la actividad refleja al diálogo tónico	23
 Segunda Parte	
Capítulo 3	
Vínculo temprano	27
“Bolsa de papa”	32
Capítulo 4	
Función materna	35
Sostén	37
Manipulación	39



Tercera Parte	Pág.
Capítulo 5	
Plan de trabajo	44
Comunicación	46
▪ El psicomotricista y la comunicación.....	47
▪ Relación psicomotricista-bebe	47
▪ Empatía tónico-emocional	48
▪ Intercambio vincular madre-bebe-psicomotricista.	52
Tiempo	56
▪ Ritmo madre-bebe	56
▪ Ritmo madre-bebe-hipotónico	57
Creatividad	60
▪ Estrategias de intervención del psicomotricista ...	60
Reflexiones Finales	64
Bibliografía	66



Agradecimientos

Son varias las personas que han colaborado, desde su espacio, en la elaboración de esta monografía.

A Catalina y Ema, gracias por ser fuente diaria de vitalidad, aprendizaje, alegría, crecimiento.

A Julio por estar.

Gracias a mi tutora, Claudia Ravera por el “sostén”, profesional y personal.

A Graziela por su invaluable y entusiasta colaboración.

A Cecilia por tomar y compaginar las fotos y dibujos.

A Mercedes por su ayuda en la presentación.

A los niños, madres y padres con los que tuve contacto a lo largo de mi formación.

A Marisa por garantizarme, desde el inicio, un buen sostén.

Aclaraciones sobre la elección del tema

Esta monografía es producto de un cuidadoso proceso, tanto a nivel profesional como personal, en búsqueda de consolidar, asegurar y reafirmar los conocimientos teóricos para luego entramarlos en la clínica.

Es de destacar la necesidad de reflexionar sobre los diferentes factores que participan e influyen en el trabajo con el bebe hipotónico y su madre, desde la psicomotricidad.

Al llegar al final de la carrera, sentí que tenía claro cuál era el tema elegido para el trabajo final. Se me presentaba cada vez más cerca, al fin, terminar, luego de años, de estar desde el principio “enganchada” a una u otra generación. Primero, porque la carrera estuvo sin abrir cupos varios años. Luego, con la llegada de mis hijas decidí posponer mis estudios, para dedicarme al aprendizaje de ser mamá, algo alejada de los libros. Por esto el retorno a la Facultad, en el año 2000, para cursar los últimos años, lo hice no sólo como estudiante, sino como mamá que trabaja y estudia. Esto permitía que los conocimientos que iba adquiriendo los pudiera referir al desarrollo que había observado y continuaba observando en mis hijas.

Llegó el momento de hacer la “mono” y a veces parece que el tiempo va demasiado rápido y que hacemos de algunas cosas mucho y de otras un poco solamente, por lo que terminarla me ha llevado mucho más tiempo del que deseaba.

El proceso comenzó con la elección del tema. Con la ayuda de mi tutora, la lectura de muchos autores y la experiencia que da la clínica pude ir depurando y llegar a un tema concreto: “Hipotonía y vínculo”. Me interesé en el tema la primera vez que tuve un brazos a una niña con hipotonía, al sentir que se me “escurría” por todos lados, no pudiendo sostenerla en forma adecuada lo que me generó angustia, inseguridad. Me hizo pensar en lo aprendido desde Winnicott, la importancia en la función materna que éste le da al sostén, pensar en lo aprendido con mis hijas que presentaban un

desarrollo dentro de los márgenes normales... qué era lo que precisaba para sostener a Shyonara en la sesión de tratamiento psicomotor, cómo me enfrentaba a ella, a su madre, qué podría ofrecerle, aportarle, de qué serviría mi intervención.

Comencé a tratar de “ajustarme” y “ajustarla”, “ayudarme” y “ayudarla” a poder “sostenerme” y “sostenerla” y encontrar una sintonía postural en el encuentro con ella.

Esa niña tenía más de 12 meses, y sólo lograba reptar, los cambios de posición eran casi imposibles, su cabeza grande, pues tenía una hidrocefalia (derivada), cada tanto descansaba sobre el plano debido al esfuerzo que realizaba para aumentar el tono y accionar en forma tímida sobre el mundo. Me preguntaba: si ésta era su situación tónica y motora actual, cómo habría sido en las primeras semanas y meses de vida. El constatar que la niña con lentitud pero con mejorías, en definitiva avanzaba, y gracias a la mamá suficientemente buena que a pesar de su corta edad (17 años), me ayudó a crecer como profesional y como persona.

Dado que este primer acercamiento con la patología en un bebe quedó arraigado en mí, no dudé en decidir que mi monografía trataría sobre nuestro trabajo en clínica de bebes y que la hipotonía estaría presente en él.

Comenzamos como estudiantes el tratamiento psicomotor de Shyonara. A la vez, las demás compañeras iniciaban su trabajo con otros bebes, trabajo que podíamos observar, discutir y analizar juntas.

El observar que los cambios en un bebé con patología se ven claramente de una sesión a otra, me entusiasmaba mucho al igual que a mis compañeras. Apreiciar que el trabajo en psicomotricidad da sus frutos, me reafirmaba en el acierto de mi elección profesional.

Me sentía ávida de más, ansiosa, deseaba estar en contacto con mayor cantidad de bebes. En lo personal, en el contacto con niños en general y con



bebés en particular, me reafirmo, me siento segura y con capacidad para “hacer” y “crear” de manera positiva .

La oportunidad de tomar contacto con pacientes con patologías varias, se me presentó en la Ayudantía Docente realizada en la práctica de Clínica de bebés, trabajando con los niños internados en Pediatría C, en el Hospital Pereyra Rossell.

Por todo lo expuesto, este trabajo apunta a la clínica, al trabajo directo con niños con alguna patología, donde una de sus características es la hipotonía.

En muchos de los casos, el encuentro con las madres y sus bebés, no pasó de una primera y única entrevista, ya que fueron dados de alta y no siguieron concurrendo al tratamiento psicomotriz.

INTRODUCCIÓN

Desarrollo y sistematización

En síntesis el objetivo de esta monografía es intentar:

1. profundizar el **conocimiento teórico** acerca de la relación entre tono muscular y vínculo temprano;
2. establecer una hipótesis de trabajo acerca del establecimiento del **diálogo tónico madre-bebe** con hipotonía;
3. elaborar **estrategias de intervención psicomotriz**, en especial dirigidas a favorecer:
 - un buen sostén y una adecuada manipulación por parte de la madre;
 - un apropiado conocimiento de su cuerpo;
 - un adecuado vínculo con los demás;
 - una alentadora exploración del mundo externo.

Se ha organizado en tres partes:

De acuerdo a las interrogantes planteadas, a medida que se toma contacto con bebés hipotónicos y con sus mamás, se observan conductas similares pero a la vez diferencias significativas, producto de sus características únicas.

El enfoque del trabajo, intenta mostrar el modo en que fue elaborado y trata de resolver las incertidumbres, las dudas, que se fueron planteando a medida que se establecía el contacto con una mamá y un bebé hipotónico.

La **Primera Parte** abarca la Hipotonía y Tono muscular con sus definiciones y desarrollo respectivo.

El **Capítulo 1** está volcado de lleno a la patología, para lograr una síntesis que englobe las características que comparten estos bebés con hipotonía a nivel de su sistema nervioso.

No obstante, se encontró que no bastaba sólo con los aspectos teóricos aportados en la carrera desde el curso de Neuropediatría, ya que pese a ser sin duda valiosos, se circunscribían a constituir un punto de partida para profundizar sobre este tema.

Se realizó a los efectos una búsqueda de información en base a diferentes fuentes: bibliotecas, material existente en Internet, y bibliografía manejada a nivel de la formación profesional; al igual que en elementos sustanciales para nuestra labor en el tratamiento psicomotor, provenientes tanto de la neurología como de la pediatría, cuya ligazón se considera imprescindible para obtener un panorama globalizador de esta temática.

El **Capítulo 2**, trata sobre el tono muscular desde lo puramente neurológico y fisiológico (origen, propiedades). Asimismo considera la estrecha relación existente entre tono y emoción, haciendo referencia al concepto de diálogo tónico desarrollado por Julián de Ajuriaguerra, retomando así la noción de fusión afectiva primitiva de Henri Wallon.

La **Segunda Parte** comprende dos temáticas concernientes al vínculo temprano madre-bebé y concepto de función materna.

El **Capítulo 3** integra el ya mencionado vínculo afectivo.

Al inicio se hace referencia a lo que sucede en el desarrollo normal y a las expectativas de la interacción madre-bebé si el vínculo se halla dentro de los parámetros adecuados.

Luego se plantean las características del niño hipotónico que influyen en el vínculo. Compartiendo con Stern que “el lactante es un activo buscador de estímulos”¹ ¿cómo se percibe la búsqueda por parte del lactante hipotónico de dichos estímulos y cómo es que su mamá logra interpretarlos?. Y por otro

¹ Stern, D. (1983) *La primera relación madre- hijo*. pág.89. Madrid: Editorial Morata.

lado ¿qué capacidad de respuesta motriz, gestual, tiene este niño con un tono tan descendido? Estas interrogantes se analizan a partir de un caso clínico.

En el **Capítulo 4** según Winnicott se hace referencia al concepto de función materna y dentro de ella al sostén y la manipulación y la influencia de ambos en la afectividad del bebe. Conceptos que se estiman básicos en el tratamiento psicomotor y que son avalados mediante una viñeta clínica.

La **Tercera Parte (Capítulo 5)** incluye la elaboración y ejemplificación del trabajo desde nuestro rol en la clínica con bebes hipotónicos y sus madres. Se aportan ideas para la inclusión de la díada en la operativa clínica. Asimismo integra la elaboración personal de un plan de trabajo basado en el registro y decantación de sugerencias.

Interrogantes que guían la hipótesis de trabajo

- ¿Influye la actitud de la madre en la actividad, movimientos, iniciativa, que se observan en el niño hipotónico?
- ¿Hay diferencia en la actitud de la madre si es su primer hijo, si es único, si tiene hermanos sin dificultades y con respecto a otras madres y otros hijos?
- ¿Cómo afecta a las madres en el vínculo: la lentitud, la pasividad?.
- ¿Cómo ayudar a la madre a lograr un efectivo sostén del niño, evitándole la sensación de que se le “escurre”, de que “no puede”?.
- ¿Cómo graduar los estímulos para evitar un estado de hiperalerta?.
- ¿Cómo contribuir a una eficaz y continua interacción del niño con el entorno, para evitar su cansancio, “saturación” y tendencia a aislarse o “desconectarse”?.

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO 1

HIPOTONÍA

Se considera importante al inicio referirse a las características del niño hipotónico.

Partir del conocimiento de la patología, sus variantes, su clasificación, saber dentro de qué cuadros la podemos encontrar.

En el enfrentamiento a un paciente con una patología determinada, se recurre a la más variada información. ¿Para qué?. Para entender cómo se ve afectado en el niño su desarrollo, en qué áreas, cuál es el diagnóstico, cuál es el pronóstico, cuáles son los tratamientos indicados.

Para poder elaborar el proyecto terapéutico con ese niño y su familia, se debe tener presente la patología. Para conocer de qué modo influye ésta en el desarrollo psicomotor del niño, y a su vez cómo incide en la vida familiar y por lo tanto en el vínculo de éste con su madre y otros familiares. También para entender hasta dónde exigir de ese niño.

Son factores necesarios pero no suficientes los que tienen que ver con las características propias del niño, las de su grupo familiar, las de su medio social. El acercamiento a nivel teórico de la patología, es esencial para llegar a la elaboración de una visión global del niño.

Por esto, la primera interrogante que se plantea al enfrentarse a un paciente hipotónico es: ¿qué se entiende por hipotonía?:

La **hipotonía** es la *disminución del tono de los músculos de los miembros y tronco*. Esta se presenta en grado variable, pudiendo ser la hipotonía leve, hasta su extrema severidad que es la atonía².

² Cursos@elnegrodeneuro Hipotonía. <http://www.elnegrodeneuro.com/htm>

Puede aparecer sola o acompañar otros trastornos neurológicos.

La hipotonía depende de lesiones que se pueden asentar en los músculos, en el sistema nervioso central o en el sistema nervioso periférico.

El mantenimiento del tono muscular requiere un sistema central y periférico intacto, por lo que la hipotonía es un síntoma común de disfunción neurológica y se presenta en enfermedades del cerebro, cordón espinal, nervios periféricos y músculos.

Una célula del asta anterior y todas las fibras musculares inervadas por ella, se llama unidad motora.

Un desorden primario del axón o de la vaina de mielina se denomina neuropatía y un desorden primario de la fibra muscular es una miopatía.

La Hipotonía puede ser el resultado de injurias agudas o crónicas a cualquier nivel del sistema nervioso central (hipotonía de origen central) ó periférico (hipotonía de origen periférico o neuromuscular).

También la hipotonía es parte normal del desarrollo, y es responsable de las posturas características que adopta el prematuro, que han sido utilizadas para evaluar la edad gestacional.

No obstante, es un signo inespecífico de enfermedades sistémicas graves, como la septicemia o insuficiencia cardiorrespiratoria y de enfermedades crónicas.

En estos casos, el diagnóstico se hace evidente y la hipotonía forma parte de un compromiso multisistémico.

Dadas las múltiples etiologías a considerar, es fundamental un acercamiento ordenado, guiado por los datos de la anamnesis y el examen físico.

Con una adecuada localización anátomo-funcional, se puede planificar un estudio de laboratorio que permita definir una etiología específica.

El intervalo de edad que debe considerarse fundamentalmente es el primer año de vida. Si aparece más adelante, el enfoque irá mas bien dirigido al estudio de una parálisis adquirida.

Por ello, su patología debe enfocarse dependiendo de la edad en que esta hipotonía se presenta.

CLASIFICACIÓN

Localización anatómica de la hipotonía

De acuerdo con la topografía, las hipotonías pueden ser periféricas o centrales, según el sistema que se encuentre afectado. Algunos autores³ realizan la distinción entre hipotonía *paralítica y no paralítica*; en este último caso, se trataría de un hipotonía supranuclear, por estar afectado el sistema nervioso por encima de la motoneurona del asta anterior.

Es tarea del neuropediatra el determinar el sitio de enfermedad: si es cerebral, espinal o de la unidad motora. Aunque en algunas entidades se comprometen varias de estas localizaciones en forma simultánea. La estrategia alcanza la identificación de signos o síntomas que sugieran de manera importante la disfunción de ciertas estructuras.

³Prats Viña, J. (2001) Enfoque diagnóstico del niño hipotónico.
<http://www.aeped.es/protocolos/neurologia/10-hipotonico.pdf>

Hipotonía periférica:

En la Hipotonía por lesión del sistema nervioso periférico se observan:

- reflejos osteotendinosos ausentes o hipoactivos,
- fasciculaciones en músculos en reposo,
- disminución de respuesta a reflejos del desarrollo (de Moro, tónico del cuello, prensión palmar),
- atroñas musculares severas.

Por lo tanto, la hipotonía por lesión de neurona motora periférica se acompaña de atrofia muscular y arreflexia.

La interrupción del arco reflejo espinal, tanto en su rama aferente como eferente, determina la abolición del tono muscular.

En función de lo precedente, en las afecciones de la neurona motora periférica (alfa) hay hipotonía con la consiguiente parálisis flácida (con disminución del tono).

En la lesión radicular posterior (tallo dorsal), en la que se ha comprometido la sensibilidad propioceptiva, la hipotonía es global y muy acentuada (flaccidez, hiperextensibilidad e hiperpasividad).

Entre otras patologías de causa periférica que determinan hipotonía muscular se distinguen: mononeuropatías, polineuropatías, polirradiculoneuritis, poliomyelitis anterior aguda, amiotrofia espinal progresiva (Síndrome de Werdnig – Hoffmann), amiotonia congénita, distrofia muscular progresiva.

Hipotonía central:

En la hipotonía central están inhibidos los impulsos facilitadores vestibuloespinales y puede observarse en síndromes cerebelosos, shock medular y en comas de diversas etiologías.

Se llega al diagnóstico de hipotonía cerebral mediante la presencia de:

- micro o macrocefalia;
- dismorfismo o malformación de otros órganos;
- reflejos osteotendinosos normales o aumentados (reflejo tónico del cuello estereotipado o presente en mayores de 6 meses, reflejo de Moro muy exagerado o presente después de los 6 meses, respuesta anormal del reflejo postural, disfunción cerebral como convulsiones o coma. Habitualmente se conserva el reflejo de prensión palmar y plantar.

Cuando la hipotonía se debe a lesión central, pueden los reflejos ser normales o estar exaltados.

Es característico de estos niños portadores de hipotonía central (exceptuando las lesiones medulares) señalar la predominancia de la hipotonía sobre la debilidad: aún con hipotonía marcada son capaces de vencer gravedad y se logran inducir movimientos activos en respuesta a estímulos.

Hay que recordar la ubicación de la lesión en este tipo de trastorno. Puede cursarse en tres lugares:

1- Enfermedades de la médula: que afectan a la motoneurona alfa (poliomielitis aguda, amiotrofias espinales) y en las afecciones que toman los cordones posteriores de la médula, interrumpiendo la información necesaria para regular el tono muscular.



2- Enfermedades cerebelosas: En las cerebelopatías predomina la hiperpasividad, y los reflejos profundos se pueden presentar con carácter pendular.

3- Enfermedades extrapiramidales: En la corea de Sydenham y en la parálisis se observa hipotonía.

Las alteraciones del sistema vestibulocerebral se pueden acompañar de hipotonía homolateral, por deficiencia de los influjos facilitadores vestibuloespinales.

También es necesario precisar que ciertos tipos de encefalopatías propias de la infancia, pueden evolucionar con hipotonía (síndrome de Down). La hipotonía también puede ser encontrada en la fase de choque del sistema nervioso central, consecutiva a determinadas lesiones agudas del cerebro o de la médula, y en los grados profundos de coma.

Las causas más frecuentes de hipotonía de origen central son:

- Injuria encefálica aguda,
- Vascular: AVE, hemorragia,
- Trauma: encefálico, medular
- Infecciosa: meningitis, encefalitis,
- Tóxico-metabólica: bilirrubina, magnesio, calcio, drogas.
- Encefalopatía hipóxicoisquémica
- Encefalopatías disontogénicas (malformativas)
- Enfermedades metabólicas, Hipocalcemia, Hipermagnesemia, Hipoglicemia, Hipotiroidismo,
- Intoxicación por drogas.

SÍNDROME HIPOTÓNICO

La hipotonía es el signo de disfunción neurológica que se encuentra más frecuentemente en el recién nacido.

Signos clínicos de Hipotonía

El niño hipotónico presenta ciertas características en la postura, en maniobras gravitatorias o en la resistencia al movimiento pasivo de músculos o grupos musculares. Para analizarlas, se debe tener en cuenta la edad del niño y su edad gestacional.

Examen neurológico en el lactante hipotónico

La hipotonía en el bebe se presenta con posturas inusuales, disminución de la resistencia a la movilidad pasiva y el aumento del rango articular.

Evaluación del niño hipotónico

En posición decúbito supino:

- El niño mantiene sus MMII en abducción excesiva o postura de rana (normal en el recién nacido de menos de 34 semanas de gestación).
- Presenta movimientos espontáneos escasos. Sus MMSS se encuentran extendidos al lado del cuerpo con ausencia de actitud de flexión.
- En caso de existir una gran debilidad general, estos niños pueden presentar Pectum excavatum debido a la debilidad de los músculos de la pared torácica.

Maniobras comprobatorias a destacar:

- La tracción de extremidades superiores, en que se manifiesta la falta de control cefálico, que se traduce en una extensión completa del cuello.
- *La suspensión ventral, sosteniendo al niño en posición prona desde el tronco, la cabeza y las extremidades, posición en que, si existe una enfermedad neuromuscular como causa de la hipotonía, el niño cuelga como una U invertida. Por el contrario, si la causa es una disfunción del sistema nervioso central se aprecia un mejor control en esta posición si se compara con la tracción en supino, ya que prima el tono extensor.*
- Posición sedente: Tomándolo de las manos y llevándolo de la posición supina a la sedente se observa que la cabeza no se levanta con el eje del cuerpo y no se siente resistencia flexora en los brazos. Generalmente el tronco se dobla y el niño se inclina hacia delante, la cabeza usualmente acompaña al tronco.
- Suspensión vertical: Al tomar al niño desde las axilas da la impresión de que se “desliza” debido a la ausencia de contracción de los músculos aductores del hombro. Al apoyar los pies en la superficie las piernas se doblan.
- Palpación y resistencia al estiramiento pasivo (pasividad): Se detectan las hiperelasticidades de tipo ligamentoso que permiten un arco de movimiento exagerado. También se constata la flacidez muscular a la palpación y la disminución de la resistencia.

Hipotonía de origen Central:

Reafirmando lo expresado anteriormente, el niño con este tipo de hipotonía logra inducir movimientos en respuesta a estímulos. Su afección no impide la presencia de reflejos arcaicos que pueden mostrarse normales, entre otras características ya expuestas.

Interesa para el análisis del vínculo temprano, recalcar el papel activo del niño en lo referente a la interacción con su madre.

Luego del estudio de la hipotonía, clasificación, y características, se estima que la hipótesis planteada para este trabajo puede consolidarse en una forma más clara si se considera la hipotonía de origen central

Desde el trabajo clínico se reforzó la selección de este tipo de hipotonía.

Es necesario precisar que la hipotonía es un signo, por lo que se debe tener en cuenta - en cada caso - las otras características que intervienen, dependiendo del síndrome correspondiente.

CAPÍTULO 2

TONO MUSCULAR

“El tono acompaña el movimiento, dándole el sostén que es necesario, a su progresión regular, al dosaje exacto que pueden exigir las resistencias reencontradas. Distribuido en todo el conjunto del cuerpo, asegura el equilibrio necesario para la ejecución de cada gesto, realizando una actitud ya sea estable, ya sea móvil, que se apropia a las diferentes fases del acto. Así, no hace sino ser el soporte del movimiento que se efectúa, prepara la continuación, lo tiene en potencia, y ese rol puede ser exclusivo del movimiento mismo. “Wallon⁴.

EL MOVIMIENTO

La función motriz responde a dos grandes categorías de fenómenos: el movimiento propiamente dicho, ligado a la contracción física del músculo y el estado de función permanente pero variable dentro del cual se encuentran los grupos musculares, y que está en relación con la contracción tónica.⁵

Esas dos modalidades fundamentales de la actividad muscular están conjuntamente bajo la dependencia de los tres grandes sistemas (piramidal, extrapiramidal y cerebeloso) que asisten con su especificidad, a la totalidad de la función motriz.

Para Rebollo⁶, la motricidad es la función del movimiento, pensando movimiento como todo lo que implica contracción muscular. Entonces es motricidad también la fijación de una actitud.

⁴Wallon, H. *Del acto al pensamiento* (1974) pág.29. Buenos Aires: Ed. Psique

⁵ de Ajuriaguerra, J, Angelergues, R. (1999) De la psicomotricidad al cuerpo en la relación con el otro. *Revista La Hamaca* No10.págs. 29-38. Buenos Aires:Editorial Fundari..

⁶Rebollo, Maria A. (1966) *Semiología Del Sistema Nervioso*. Pág.31. Montevideo: Editorial Delta.

En función de esto, los movimientos pueden ser:

- activos (locomoción, prensión)
- pasivos (reflejos posturales cuya base es el tono muscular)
- que se exteriorizan en actitudes y mímica.(también pasivos pero con significado funcional diferente)

El movimiento implica la existencia de una contracción muscular de forma que el efector es el músculo.

El mismo posee una doble función: **clónica** que está en la base de la actividad cinética dirigida hacia el mundo exterior y **tónica** que mantiene en el músculo una cierta tensión y sostiene su esfuerzo.

Esta **función tónica** está regida por el sistema nervioso, resulta del reflejo miotático, cuyos centros están situados en la médula espinal, donde su rama aferente la conforman los nervios sensitivos y la rama eferente la neurona motora periférica.

El tono muscular y sus propiedades

El tono es la resistencia ofrecida por los músculos para el estiramiento continuo, como el producido por la flexión y la extensión pasiva de una articulación. Los dos mecanismos que contribuyen son:

- las propiedades viscoelásticas inherentes del propio músculo;
- la tensión establecida del músculo por la contracción refleja causada por el estiramiento muscular.

También es la base con la que se forman las actitudes, las posturas y la mímica.

“Por tono muscular entendemos el estado de tensión permanente de los músculos, de origen esencialmente reflejo variable, cuya misión fundamental

tiende al ajuste de las posturas locales y de la actitud en general, y dentro del cual es posible distinguir semiológicamente diferentes propiedades”⁷

En neurología se distingue entre **tono permanente** y **tono de acción**.

El **tono permanente** cumple un importante papel en la actividad motriz, es el punto de partida para la actividad estática o cinética.

Consta de tres propiedades: consistencia (por palpación), extensibilidad (capacidad del músculo de ser estirado), pasividad (resistencia a la movilización pasiva).

El **tono de acción** se observa a través de la postura, fuerza y retorno a la posición de reposo.

Exploramos el tono muscular:

- por la observación de la postura y movimientos espontáneos y reflejos y la vuelta a la posición de reposo;
- palpación por consistencia;
- movilización pasiva para extensibilidad y pasividad.

⁷ Rebollo, M.A. Op. cit. Pág.32.

DE LA ACTIVIDAD REFLEJA AL DIÁLOGO TÓNICO

Los reflejos y las reacciones arcaicas en el primer año de vida evidencian la condición del sistema nervioso del niño.

Las características del comportamiento del recién nacido indican que existe una predominancia de núcleos subcorticales, cuya maduración se produce antes que la corteza cerebral.

Es por eso que el comportamiento del recién nacido y del lactante se caracteriza por esos “patterns” primarios. A medida que se da la maduración del sistema nervioso (céfalo-caudal), se inhiben estos modelos primarios de comportamientos⁸.

En el recién nacido existe una hipotonía axial y una hipertonia de miembros. Se da un predominio a nivel de los miembros del tono flexor, en cambio la cabeza muestra predominio del tono extensor.

En cuanto al movimiento espontáneo, el recién nacido presenta mayor actividad en miembros inferiores (flexión y extensión) que en miembros superiores (variables, asimétricos).

El tono muscular como dotación de base, es automático, no está sujeto al control voluntario en cuanto depende del área subcortical.

La principal característica al nacer es la actividad refleja del recién nacido. Al nacer el niño está en un constante estado de alarma desde el punto de vista tónico, reactivo a diferentes estímulos interoceptivos, propioceptivos, exteroceptivos.

⁸ Flehmig, I.(1987) *Desarrollo normal del lactante y sus desviaciones. Diagnóstico y tratamiento temprano*”. Pág.21. 3era. Edición.Alemania: Ed. Panamericana.

Este “fondo tónico” constituye la primera modalidad de respuesta del bebe al ambiente, es el tejido que lo conecta al mundo, y en primer lugar, al cuerpo de la madre con el que se confunde e identifica.⁹

La actividad refleja no sólo nos habla del estado del sistema nervioso del niño, sino que sirve a éste para adaptarse al medio a través de la ejercitación de estos reflejos. Por ejemplo el reflejo de succión, el que irá perfeccionándose en los primeros días de vida y luego ampliándose.

El bebe se prende principalmente al pecho para ingerir alimento, pero también como modo conocer lo que le rodea, porque le produce placer, como chupar su mano u otra parte de su cuerpo.

Emde¹⁰ plantea que el primer motivo básico de la conducta y el desarrollo está dado por la actividad.

La tendencia a la actividad da al niño una mayor organización y conocimiento del medio, pero debe existir un ambiente que lo favorezca.

En relación a esto una madre cuenta: “cuando le pongo el dedo en su mano me aprieta fuerte”. En este caso el reflejo de prensión palmar es el que está presente, pero esa interpretación que hace la madre, el significado que le atribuye, va a colaborar al inicio de un intercambio. El que la mamá se sienta reconocida, “apretada” por su bebé puede generar conductas tiernas como una caricia, un beso. El sentir conocido a su bebé, el poder prever su reacción, la asegura en su rol, la reafirma.

A su vez, a medida que madura el haz piramidal, encargado de los movimientos voluntarios, el bebe une a sus posibilidades motrices la experiencia, para poder actuar sobre el mundo de las personas y objetos. Continuando con el ejemplo de la mano. El niño, a medida que la

⁹ Ambrosi, M. (1985) Il tessuto della relazione: il tono muscolare. *Revista Práctica Psicomotoria*. Año II No. 3 pág.24.

¹⁰ Emde, R (1987) Desarrollo terminable e interminable. Factores innatos y motivacionales desde la infancia. *Revista de Psicoanálisis*; XLIV-4, Buenos Aires.

maduración del sistema nervioso lo permite, logra el aprendizaje, el saber que esa mano sirve para tocar, chupar, acariciar, agarrar, no agarrar.

Esto es posible cuando desaparecen: el reflejo tónico cervical asimétrico, el reflejo palmar y se adquiere la coordinación mano-ojo. También gravita especialmente todo lo experimentado y lo vivido en relación con el otro (la mamá besa la palma de la mano, la abre acariciando sus dedos, la pasea por su cara, por un juguete).

La madre significa cada parte de su cuerpo, “marcándolo” con su cuerpo y palabras, zona por zona.

Madre y bebe van conociéndose y construyendo una forma de comunicación que es de esperar respete las características de cada uno en su singularidad. La madre irá dando un significado a cada movimiento, variación tónica, y respondiendo a su vez con modificaciones tónicas y posturales.

Esto lleva a la noción de diálogo tónico de J. de Ajuriaguerra.

Este autor basándose en el trabajo de Wallon en referencia a la “fusión afectiva primitiva”; nos habla del diálogo tónico como el prelude de la comunicación verbal.

Lo define como “una función de intercambio por medio de la cual el niño da y recibe... diálogo tónico, que arroja al sujeto entero en la comunión afectiva y que no puede tener como instrumento a su medida, más que un instrumento total: el cuerpo”.

Diálogo tónico que, utilizando las palabras de Piaget, corresponde al proceso de asimilación y sobre todo de acomodación, entre el cuerpo de la madre y el cuerpo del niño.

Este diálogo consiste en “contracción fásica y tónica del músculo, lo que no significa movimiento y tono sino gesto y actitud. La función motriz encuentra su verdadero sentido humano y social, que el análisis neurológico

y fisiológico le habían hecho perder: ser la primera de las funciones de relación”...¹¹

La madre **intuitivamente** decodifica y comprende las acciones de su hijo. De qué forma: preguntándose el porqué del llanto, los gestos o los cambios tónicos de su bebe, dando un significado a las señales de éste.

El niño por su parte capta el efecto que sus acciones producen en su entorno, por lo que actúa en forma creativa, variada, fomentando, promoviendo, alimentando, la comunicación.

Hasta aquí nos referimos a lo que se observa dentro de los parámetros de la normalidad, con respecto al sistema nervioso del bebé, también dentro de un ambiente favorable para el inicio del intercambio, de la interacción y de los distintos aprendizajes.

Para seguir avanzando: ¿cómo se observa el establecimiento del vínculo temprano madre-bebe dentro de los parámetros de la normalidad y que sucede en éste cuando se halla presente la patología?

¹¹Ravera, C. (2002) “Comprensión psicomotriz de las nociones de cuerpo, espacio y tiempo en pacientes con trastornos generalizados del desarrollo”. cita en: Fabre, A.(1981) El pensamiento pedagógico de Henri Wallon in *Introducción a Wallon. Wallon y la Psicomotricidad*, Editorial Médica y Técnica, Barcelona.

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO TRES

VÍNCULO TEMPRANO

“Vínculo (del latín vinculum) Unión o atadura de una persona o cosa con otra”¹²

Se estudia el aporte que numerosos autores han realizado respecto al vínculo temprano madre-bebe. El mismo es logrado mediante observaciones y filmaciones relativas a los aspectos que entran en juego en la comunicación de la madre y el bebe.

En cuanto al inicio del vínculo, se refieren a la importancia de las particularidades del embarazo.

Las características que señalan, apuntan a las diversas situaciones que se plantean en cuanto al deseo y planificación o no del embarazo; a cómo se da el curso del mismo (si es el primero o ya ha tenido otros hijos, cómo fueron esas gestas y los anteriores partos).

Van a influir en la formación de su rol como mamá, el apoyo que la madre recibe en esos nueve meses, de su pareja, de su madre, del médico.

Además de lo relativo a su historia personal: sus experiencias como hija, las atenciones recibidas de su madre, la educación, las tradiciones culturales. En cada mujer se van integrando dichos elementos, que repercutirán en el encare de su futura maternidad.

A medida que avanza la gestación no sólo son evidentes los cambios físicos en la madre, también lo son a nivel más profundo en relación a la afectividad, a los aspectos emocionales.

¹² Diccionario de la Real Academia Española. (2001) Vigésima Segunda Edición. Madrid: Ed. Espasa Calpe S.A.

El comienzo de los movimientos fetales, leves al inicio, vigorosos luego, producen una sensación inolvidable en la mamá. Confirman que su bebe está bien, vivo, y que dentro de ella tiene su actividad independiente. "...desde el punto de vista psicológico, el bebe ha empezado a adquirir autonomía. Se puede decir que aquí es donde empieza el vínculo más temprano, puesto que ahora hay un ser separado, y por lo tanto la posibilidad de una relación".¹³

El movimiento como señal natural de vida, de salud, de integridad. Movimiento que servirá de indicador para la madre, quien dará un sentido, una interpretación a cada uno de ellos.

"Como notas de música que se añaden unas a otras para formar una gama, los movimientos de la cabeza, los hombros, los brazos, las caderas, las piernas, se desarrollaban, revelando al cuerpo la interdependencia de sus miembros".¹⁴

Los estudios ecográficos cada vez más avanzados, también ayudan a confirmar y hacen evidentes, entre otros, que el crecimiento, el desarrollo y los aspectos morfológicos se suceden en forma normal.

¿Qué sucede cuando nace el bebé?

Por la madre convergen, se mezclan variadas sensaciones: alegría, satisfacción, orgullo, temor, regocijo, emoción, desconcierto...

Entre las tareas que debe asumir la madre en el momento del nacimiento de su bebé, Brazelton y Cramer¹⁵ describen:

¹³Brazelton, T y Cramer, B (1990). Pág. 47 *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. España: Ed. Piados.

¹⁴ Bertherat, T. y otro (1992) *El cuerpo tiene sus razones* .pág.39. 6ta. Reimpresión. Buenos Aires: Ed.Paidós.

¹⁵ Brazelton, T y Cramer, B. Op. cit. pág.60



- la brusca finalización de la sensación de fusión con el feto, de las fantasías de integridad y poderío otorgadas por el embarazo (“y ahora qué hago”)
- la adaptación a un nuevo ser que ocasiona sentimientos de extrañeza.
- llorar al hijo imaginario perfecto, y acomodarse a las particularidades del bebe real.
- ir contra el temor de dañar al bebe.
- lograr sobrellevar y disfrutar la gran exigencia impuesta por la dependencia total del bebe, y en particular soportar las intensas apetencias orales del bebe y gratificarlas con su cuerpo.

Pero ¿cuáles son las señales que parten del bebe para que la madre captándolas, logre ajustar su accionar en forma correcta?.

En primer lugar el aspecto físico del bebe, tierno, su cara suave, su piel delicada, sus manos pequeñas y “perfectas”, su cuerpo que se amolda contra el cuerpo de la mamá, en sus brazos.

La madre sostiene, mantiene al bebe quien construye a partir de esa contención un sentimiento de confianza y seguridad que Bowlby¹⁶ denominó función de apego o vinculación afectiva. En relación al apego, este autor destaca la capacidad de iniciativa que manifiesta el niño muy pequeño, provocando respuestas en la madre: que lo tomen en brazos, que le den de mamar.

Stern ¹⁷ distingue dos tipos de estimulación que son buscadas por el lactante. Partiendo de la convicción que el lactante es un activo buscador de estímulos, éstos estarían referidos a la estimulación sensorial o perceptiva (intensidad de un sonido o de una imagen visual) y la estimulación intelectual o cognoscitiva (en relación con un estímulo de referencia).

¹⁶ Bowlby, J. (1989) *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Argentina: Ed. Paidós.

¹⁷ Stern, D. (1983) *La primera relación madre-hijo* .3era. Edición. Madrid: Ed. Morata.

El recién nacido presenta la capacidad de poder satisfacer por la actividad refleja, el mantenimiento de alguna de las funciones básicas, como puede ser el caso del reflejo de succión y su relación con la nutrición. Actividad refleja que en términos de Piaget¹⁸ por el ejercicio, por la experiencia, por asimilación funcional, logra ser el punto de partida de nuevas conductas.

¿En qué sentido se habla de nuevas conductas?

En cuanto a que son acciones demostrativas de cómo lo cognitivo se encuentra en estrecha relación con la actividad. En este período “sensoriomotor”, el lactante por coordinación de esquemas de acción conoce, descubre su cuerpo y lo que lo rodea.

Entonces el bebe no sólo succionará al mamar, también lo hará si se le presenta un objeto, o si por casualidad su mano roza los labios, para luego coordinar la succión con el movimiento de los brazos y llevar el pulgar a la boca.

El bebe nace con la capacidad de mantener una activa adaptación a la interacción, pudiendo producir respuestas en su madre por medio, por ejemplo del llanto, gestos, movimientos.

Entran en juego los aspectos tomados en cuenta en el capítulo anterior al referirnos al concepto de diálogo tónico con relación a lo que el bebe trae como base, matriz biológica, y se pone en juego en el inicio de la relación madre-bebe. La actitud materna es guiada por cómo ella capta las necesidades de su bebe y se traduce en un auténtico diálogo, donde “...fijación ocular, juguetes, libidinización corporal, variaciones posturales, cambios alimentarios, todo se va desarrollando de manera espontánea entre la madre y su hijo sin problemas”.¹⁹

¹⁸ Piaget.J (1986) ”*Seis estudios de Psicología*. Argentina: Ed. Ariel.

¹⁹ Jerusalinsky,A y colaboradores. (1988) *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil*. págs. 67-86. Buenos Aires: Editorial Nueva visión.



El objetivo de este trabajo es estudiar el vínculo madre-bebe en lo referente a la patología, en este caso la hipotonía.

Hasta ahora referimos al vínculo y cómo éste se instala dentro lo que se entiende por normalidad, y qué es necesario conocer, estudiar y manejar para poder enfrentar las dificultades que pueden existir en presencia de una determinada patología.

Es mediante la presentación de un caso clínico y en la forma que la mamá describe a su bebe hipotónico, que consideramos se logra la manera más clara para percibir, aproximar, comprender y reflexionar sobre los distintos factores que inciden en el vínculo temprano entre ambos.



“BOLSA DE PAPA”

“...Diego este terroncito de felicidad comenzó con amenas²⁰ a los 15 días de vida, pasamos al 2º piso de “Pediatria C” del Pereira, de allí al intermedio de UCIN durante nada menos que 2 meses y monitorizado todo el tiempo. Por fin llega el alta, las amenas continúan, nos vamos para casa con el monitor, más un reflujo grado 2 y como secuela de tantas amenas Diego tiene hipotonía general y asimetría del eje central a los 3 meses de vida.

Pase a neurologo, gastroenterologo, pediatra, cardiologo, etc., y por si fuera poco en cada una de las consultas no encontrabamos eco a nuestras dudas y la frialdad del sistema humano hospitalario nos tenía anonadados y desbordados.

...El era una **bolsita de papa** toda blandita, le costaba mantener la cabecita sobre el cuello y nada de agarrar objetos...”²¹

Recordamos la primera vez que vimos a Diego y su mamá, comenzaban el tratamiento psicomotriz derivados por la neuropediatra

La mamá se mostraba agotada al llegar, se desmoronaba en el banco. Pero a su vez contagiaba sus ganas de “hacer” (venía al hospital luego de caminar una hora para acceder al transporte, también para volver a su casa).

Diego impresionaba tal como la madre relata en la carta una “bolsita de papas blandita”, pero era un niño que “captaba” la atención. Se podía observar en él un interés hacia la comunicación.

También se destacaba un estado de hiperalerta, le costaba mantener la atención frente a un estímulo a la vez, prestando atención a todo y no prestando verdadera atención a nada

La familia de Diego la integraban sus padres y varios hermanos de distintas edades, los que permanentemente estaban con el bebe hablándole, mostrándoles juguetes, y es obvio que el clima del hogar era muy activo.

La mamá relató detalladamente las vicisitudes de Diego: su temprana internación, consultas, estudios.

Impresionaba “acorazada”. Se manifestaba como una madre con experiencia, ella

²⁰ apneas

²¹ Carta de los padres de Diego al grupo de psicomotricistas que atendió al niño en el marco de la Práctica Clínica de bebés. Hospital Pereira Rosell, Servicio de Neuropediatría. Servicio de Pediatría C.



“sabía” lo que su hijo precisaba. Pero su asistencia al tratamiento psicomotriz en forma regular demostraba que necesitaba ayuda, que la aceptaba y que estaba comprometida con el mismo.

Recordamos que algunas de las primeras pautas dadas a la mamá fueron referidas:

- *En cuanto al bebe: dosificación presentación de estímulos en forma discriminada, ordenada, organizada.*
- *En cuanto a la mamá: el que se permitiera “recuperarse” (física y afectivamente), revalorizando la importancia de ella dentro del vínculo con su bebe, y por ende en relación a la evolución en su desarrollo. También la correcta escucha de su bebe. Atrás de “lo blando” se rescata la intención de querer, de hacer, de dar, de recibir, de descubrir.*

En este caso impresiona que la madre no puede “parar”, porque si esto pasara su bebe no tendría su motor, su energía. La madre percibe a Diego como algo “blando”, que precisa del otro, de ella para moverse, hasta para dormir, porque también en la noche ella lo vigila. Sin duda en esto incide la angustia de que Diego deje de respirar, la amenaza inminente de muerte. Temor que no logra poner en palabras.

Recapitulando lo expuesto en el capítulo 1 con referencia a las características del recién nacido hipotónico: el bebe presenta escasos movimientos espontáneos, flacidez muscular, entre otras particularidades. En el caso descrito se observa en qué medida es la visión que tiene la madre de su bebe la que determina la forma de relacionamiento.

Coincidiendo con lo expuesto por Alfredo Jerusalinsky y colaboradores²² “... la sustentación, la manipulación, la tarea de conectar el niño con el entorno, la transmisión del lenguaje, el juego, todo, puede y suele quedar profundamente perturbado cuando el déficit constitucional del bebé produce un desencuentro precoz entre la madre y su niño. Desencuentro que, por un lado, aparece como el efecto de un dolor que se instala, suprimiendo el goce

²².Jerusalinsky, A y colaboradores. Op. Cit. pág 67-86.

del intercambio madre-hijo; por otro lado, se alimenta con los bajos niveles de registro y respuesta del pequeño ocasionados por los déficit constitucionales de éste...”.

Pero en el caso relatado, se señala la manera en que esta mamá pudo lograr un adecuado vínculo afectivo con su bebe, a pesar de los inconvenientes que se presentaron: internación, diferentes diagnósticos, reiteradas consultas con los especialistas. Es preciso destacar el apoyo que existe del padre. Respaldo afectivo, y en relación a las atenciones que el bebe requiere. Con respecto a esto se recuerda que el padre es enfermero (desocupado), y a pesar que es la madre quien lleva la “voz cantante” en las consultas, éste no deja de plantear sus inquietudes en relación a su hijo.

Es el momento de hacer referencia a lo que se entiende por una madre “suficientemente buena”, cuyas características le permiten que pueda dejar de lado todo lo demás para poder dedicarse en forma entera a su bebe.

CAPITULO CUATRO

FUNCION MATERNA

“Nuestro cuerpo no es nada sin el cuerpo del otro, cómplice de su existencia. Es con el otro como él se ve y se construye en la actividad de los sistemas que le son ofrecidos por la naturaleza, en la intimidad de este reflejante espejo que es el otro”. J. de Ajuriaguerra²³

Una madre suficientemente buena para Winnicott²⁴, es aquella capaz de despojarse de todos sus intereses personales para concentrarlos en su bebe. Este autor llama preocupación materna primaria a aquel estado de sensibilidad especial en el que las madres adquieren la capacidad de ponerse en el lugar del bebe. “...desarrollan una impresionante capacidad para identificarse con el bebe, lo cual les permite satisfacer las necesidades básicas de éste”²⁵ . Esto es lo que da a la madre la capacidad especial para hacer lo adecuado, ella sabe lo que siente el niño y actúa en consecuencia.

En las primeras semanas de interacción, la madre afirma las bases del futuro desarrollo de su bebe. Actuando de esta forma, facilita los procesos del desarrollo del bebe – tanto afectivo, cognitivo, como motor - permitiéndole desplegar su potencial.

²³ de Ajuriaguerra,J.(1986) Organización Neuropsicológica de algunas funciones de los movimientos espontáneos al diálogo tónico-postural y a las formas precoces de comunicación. Pág.31. *Revista Psicomotricidad* Citap.

²⁴ Winnicott, D (1984). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Editorial Hormé.

²⁵ Winnicott, D. (1987) *Los bebes y sus madres. El primer diálogo*. Pág.57. Buenos Aires:Ed. Paidós.

Winnicott²⁶ para describir las relaciones iniciales de la madre y su hijo, agrupa en tres categorías la función de una madre suficientemente buena en las primeras etapas de vida de su hijo, que son:

- Sostén (Holding),
- Manipulación (Handling),
- Mostración de objetos o realización (Show the world). Componente de la función materna promotora, en el bebe, de la capacidad de relacionarse con los objetos.

El bebe hipotónico, debido a un sistema nervioso que falla, es un bebe cuyo cuerpo precisa del otro para organizarse.

El bebe vive un continuo desconcierto al querer realizar algún tipo de movimiento, (como girar la cabeza hacia un lado), por lo que el otro, el cuerpo del otro, debe estar comprometido en el funcionamiento corporal del bebe y a su vez en la interacción.

Se considera en la función materna, el sostén y la manipulación del bebe, todo lo que trasmite, ayuda, permite una posibilidad de respuesta más positiva dentro de la carencia inherente a su patología, pilares a trabajar en el tratamiento psicomotriz del bebe hipotónico.

Por este motivo, en este capítulo se desarrollan únicamente estos conceptos, sin dejar de considerar relevantes en el desarrollo del niño cada uno de los factores que completan la función materna.

²⁶ Winnicott, D.(1984) *La familia y el desarrollo del individuo* Buenos Aires: Editorial Hormé.

Sostén

“...me conformo con utilizar la palabra sostén y con extender su significado a todo lo que la madre es y hace en este período” Winnicott²⁷

“Sostén: Cualquier cosa que sostiene física o moralmente.// Afirmar, asegurar”.²⁸

Se procura hacer referencia al sostén desde la perspectiva que le otorga Winnicott, incluyendo no sólo el sostén físico, sino todo lo que este término implica. Por lo tanto, se alude al sostén que protege, contiene, tamiza estímulos externos, confiere seguridad.

Sostén que permite percibir al bebé su cuerpo, marcado zona por zona por su madre, por sus manos que son, precisamente, el órgano de las caricias, por sus brazos que los sostienen, por el cuerpo de ésta que lo contiene.

El modo en que la madre sostiene a su bebé, en las primeras semanas, se caracteriza por su proximidad corporal, principio de superficie y de envolvimiento, regazo, refugio, tibieza.

La madre encuentra su fuerza en su proyección misma.

“Es probable que para la madre que mantiene con su hijo una relación muy proximal, influya la vivencia de que ese bebé es aún parte de ella. Esta situación de proximidad corporal, biológica, constituye la condición fundamental sobre la que el recién nacido inicia el desarrollo de su vínculo social y de su vida afectiva”²⁹

Este rodeo que ella otorga le permite abreviar la separación ocurrida luego del parto, y a la vez introducir diferentes sensaciones que colaboran en la discriminación del cuerpo de la madre con el del bebé.

La ligazón materna envuelve al bebé en una multiplicidad de estímulos (sensaciones táctiles, cenestésicas, visuales, auditivas, gustativas) ”esta

²⁷ Winnicott, D. (1987) *Los bebés y sus madres. El primer diálogo*. pág 23. Buenos Aires: Ed. Paidós.

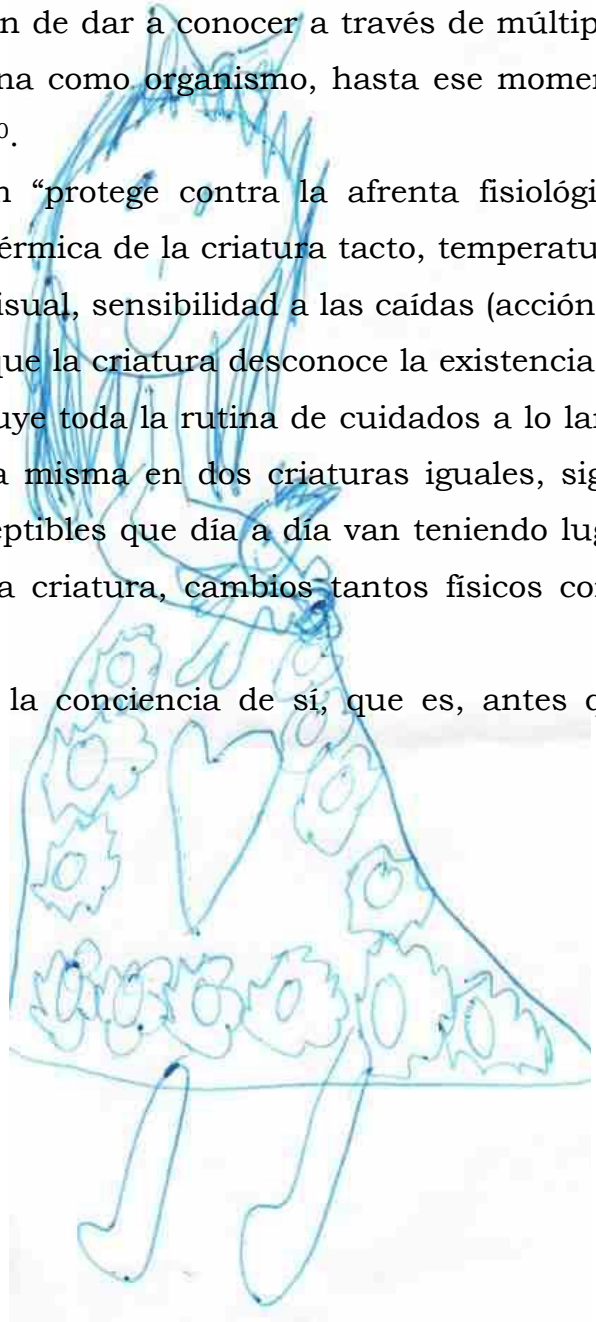
²⁸ Moliner, María. (2000). *Diccionario del uso del español*. Primera reimpresión. Edición abreviada por la Madrid. Editorial Gredos. Gredos.

²⁹ Díaz Roselló, J. y otros (1993). *La madre y su bebé: Primeras interacciones*. Pág.24. Montevideo: Ed. Roca Viva.

envoltura materna tendría la función de dar a conocer a través de múltiples vías sensoriales la presencia materna como organismo, hasta ese momento casi indiscriminado del de su hijo”³⁰.

Para Winnicott el adecuado sostén “protege contra la afrenta fisiológica, toma en cuenta la sensibilidad epidérmica de la criatura tacto, temperatura, sensibilidad auditiva, sensibilidad visual, sensibilidad a las caídas (acción de la gravedad), así como el hecho de que la criatura desconoce la existencia de todo lo que no sea ella misma; incluye toda la rutina de cuidados a lo largo del día y de la noche, que no es la misma en dos criaturas iguales, sigue asimismo, los cambios casi imperceptibles que día a día van teniendo lugar en el crecimiento y desarrollo de la criatura, cambios tantos físicos como psicológicos”³¹

La madre en su bebe...”encuentra la conciencia de sí, que es, antes que nada, la confianza en sí”...³²



★Dibujos Catalina y Ema

³⁰ Díaz Roselló, J y otros. op.cit. Pág 25

³¹ Díaz Roselló, J y otros. op.cit. Pág 25

³² Bachelard, G. (1966) *Psicoanálisis del fuego*. Pág.52. Madrid: Ed. Alianza.

Manipulación

“...el recién nacido es manipulado por otro, y es dentro de los movimientos del otro que sus primeras actitudes tomarán forma” Wallon³³

“Manipulación: Acción y efecto de manipular. Manipular (del latín manipullus) Operar con las manos o con cualquier instrumento”.³⁴

La manipulación asiste al desarrollo del niño de una asociación psicósomática que le permite percibir lo “real” como contrario a lo “irreal”. Para Winnicott una manipulación deficiente atenta contra el desarrollo del tono muscular y la coordinación, como contra la capacidad del niño para disfrutar de su actividad corporal.³⁵

Manipulación que acompaña y complementa, refuerza al adecuado sostén. La madre manipula a su bebé al alimentarlo, al cambiarlo, al bañarlo, al jugar con él.

La manipulación en el movimiento del bebé desencadena reflejos, reflejos de equilibración, vinculados con los reflejos tónicos del cuello, reflejos arcaicos, que tienden a tensionar de manera asimétrica el tono del eje del cuerpo y hacen aparecer respuestas a nivel de los miembros³⁶.

La madre mientras le da de mamar, con un brazo sostiene al bebé. El otro brazo permanece activo, explorando las diferentes partes del cuerpo de éste. Propiciando a través de nuevos estímulos, la discriminación entre ambos.

Según Flehmig³⁷, aunque debe existir una matriz motora, el desarrollo del tono muscular normal, la inhibición de modelos tónicos de postura y de

³³Wallon, H. (1979) *Los orígenes del carácter del niño. Los preludios del sentimiento de personalidad*. Pág.226 Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

³⁴Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua Española*. Vigésima Segunda edición. Madrid: Ed. Espasa Calpe S.A.

³⁵ Winnicott, D.(1984). *La familia y el desarrollo del individuo*. pág33. Buenos Aires: Ed. Hormé.

³⁶ Bergès, J. (1978) *Postura y comunicación*. Comunicación presentada en las jornadas de trabajo A.R.P.L.O.E (17-18 de junio). Hosp. H. Rouselle. Material extraído de biblioteca de AUP.

³⁷ Flehmig, I. op.cit. pág.48

reacciones primarias, el surgimiento de reacciones de enderezamiento y de equilibrio, entre otras, dependen en gran parte de la manipulación que el lactante experimenta a través de su madre (percepción táctil, cinestésica y vestibular).

La madre sostiene y maneja el cuerpo del bebe en un diálogo con éste, no fuerza sus movimientos, sus posturas; existe una sincronía en los movimientos de la madre y los del bebe.

El sostén y la manipulación, como los plantea Winnicott, hacen referencia a la función que cumple la madre en las primeras etapas en relación a la unión de ésta y su bebe, a la forma de comunicarse, de vincularse.

Pero es importante destacar el papel relevante de estos conceptos en la discriminación. La madre y el bebe no sólo se vinculan, se comunican e interactúan, también se reconocen como separados, similares y a la vez diferentes.

Esa proximidad inicial, es la que permitirá una posterior separación. En referencia a esto dice Lebovici “Lo esencial es que apego y separación se encuentran inextricablemente unidos, sin por ello dejar de ser términos totalmente opuestos. Durante los primeros meses de vida el observador es más sensible al proceso de apego y de compromiso en la relación, pero en los intervalos que median entre estos procesos ya se advierten los de separación, que van preparándose desde esa época”³⁸

A medida que prosigue el desarrollo, el bebe cuya madre ha logrado satisfacer sus diversas necesidades, adquiere confiabilidad en el ambiente. No porque no exista ningún tipo de fallas de parte de su madre, sino porque ésta al reparar sus errores permite que se desarrolle la comunicación entre ambos. El bebe sabe que hay alguien que se preocupa por él.

³⁸ Lebovici, S.(1988) *El lactante, su madre y el psicoanalista*.pág. 86. Argentina: Ed. Amorrortu, 1988.

“Cuando la pareja madre-bebe funciona bien, el yo del niño está apuntalado en todos los aspectos”³⁹, permitiendo que el bebe desde etapas tempranas pueda sentirse “él mismo, real y verdaderamente”⁴⁰.

En palabras de Winnicott:“...el desarrollo del bebe sólo puede tener lugar en relación con la confiabilidad humana del sostén y del manejo”

Uniendo los conceptos de sostén y manipulación, podemos acercarlos al de diálogo tónico que se hizo referencia en el capítulo 2 y al de vínculo temprano (capítulo 3).

Desde una perspectiva psicomotriz resulta interesante pensar dónde estas nociones entran en juego en nuestro trabajo.

Al respecto, resulta significativo observar cómo se produce esa comunicación, ese diálogo de la mamá y su bebe.

También el poder analizar los factores que intervienen en el inicio de esa interacción, destacando la necesidad de mirar desde dos ángulos la misma: desde el bebe y desde la madre.

Se elige un caso para evidenciar, cómo en la clínica, se muestran evidentes las dificultades en el despliegue de la función materna, cuando existe un déficit en el bebe. Déficit que obstaculiza el correcto desenvolvimiento materno y por lo tanto traba una adecuada interacción con su bebe.

En el caso del bebe hipotónico, la dificultad se puede encontrar a nivel de la incorrecta “lectura” que puede hacer la madre acerca del estado de su bebe.

Al respecto Jerusalinsky y colaboradores afirman: “Pueden presentarse situaciones desfavorables para el desarrollo, cuando en la interpretación parental queda enmascarado el verdadero sentido de los síntomas. Tal sería el caso de un niño marcadamente hipotónico que su madre interpreta como tranquilo.... Son múltiples las posibilidades de interpretación respecto a las variantes tónicas normales y patológicas, pero no caben dudas acerca de que

³⁹Winnicott, D.(1984). *La familia y el desarrollo del individuo*. pág32. Buenos Aires: Ed. Hormé.

⁴⁰ Winnicott, D. op.cit, pág.32.

el tono muscular y sus mecanismos constitucionales tienen importante influencia en la relación madre-hijo.”⁴¹

LUCAS

Lucas de 3 meses de edad, primer hijo de un joven matrimonio, es derivado a tratamiento psicomotriz por la genetista tratante. Su diagnóstico: hipotonía generalizada congénita. De los antecedentes se destaca: embarazo bien controlado, Diabetes gestacional. Parto normal a las 41 semanas de gestación. Apgar 7-8.

La primera vez que vi a Lucas estaba en brazos de su madre. Esta tenía una mirada alicaída, sin fuerzas, al igual que su bebe. El padre fue quien relató su historia, antecedentes personales, datos clínicos y razón de la derivación. Su discurso, casi sin pausas, incluía lo que “pensaba” su esposa.

En la sala los padres permanecieron sentados. A su lado, Lucas conmigo en una colchoneta.

De ese primer encuentro, de los parámetros psicomotores se destacan:

Lucas impresiona como un bebe tranquilo con mirada de “susto”, con escasa mímica facial, Presenta un contacto ocular por momentos lábil, no logra un adecuado seguimiento ocular. Permanece de a ratos con la mirada fija a la luz.

Presenta escasas vocalizaciones, llanto débil.

No se evidencia una reacción clara frente a fuente de sonido.

Se observa que su movimiento espontáneo es escaso y desorganizado.

En cuanto al sostén cefálico, está en vías de adquisición.

Presenta más actividad, fuerza y resistencia a nivel de MMII.

La hipotonía es más evidente en MMSS. Se observa mayor movilidad de MS derecho, el izquierdo lo mantiene perpendicular al tronco

Frente a mis preguntas era el padre quien se adelantaba a responder, evidenciando una gran ansiedad.

En determinado momento la madre llama al bebe, Lucas gira la cabeza en dirección a ella. De inmediato percibí por dónde comenzar a trabajar. Había que reforzar el rol de la madre. Partiendo de lo que se observaba en forma tímida: un estrecho vínculo entre ella y el bebé (compartían también su expresividad facial). Allí el padre comenta “es ella quien lo tranquiliza”. Por lo

⁴¹ Jerusalinky, A. y colaboradores. Op. cit. pág. 201-209.



que intervengo revalorizando el rol materno, apuntalando, reforzando sus actitudes y alentándola “a más”.

La madre, en el contacto con su primer hijo, no logra establecer un verdadero diálogo. A sus características personales, se suman las de un bebe poco demandante. Lucas muestra pasividad en el aspecto físico, su actividad motriz, su llanto, la manera de succionar el pecho...

¿Cómo comprender a ese bebe?. ¿Cómo interpretar en forma acertada sus cambios tónicos si éstos son escasos?, ¿Cómo sentirse “necesitada”, “requerida” si no “llama” con su llanto? . ¿Cómo “proteger” sintiéndose “desprotegida”?

La importancia de los conceptos revisados hasta ahora en relación con el vínculo temprano madre-bebe, en su adecuada presentación y manifestación, son relevantes en el desarrollo del bebe. La interacción madre-bebe se instala en un proceso de comunicación en la que ambos protagonistas envían y responden mensajes utilizando recursos propios, donde se privilegian gestos, vocalizaciones, sonrisas. “...la interacción madre-lactante se presenta como el prototipo primitivo de todas las formas de intercambio posteriores”⁴²

A su vez, es necesario considerar la matriz biológica que posee el bebe, quien podrá lograr desarrollarla, para desplegar su potencial al máximo, con un ambiente realmente favorecedor.

Pero si a nivel del sistema nervioso existe un déficit, una traba en el despliegue de las capacidades del bebe, ese ambiente deberá reforzarse.

Ahí se encuentra involucrado el rol del psicomotricista, en reforzar lo que “trae” el niño y lo que “trae” la madre, elaborando un plan de trabajo que involucre a la díada en su objetivo.

⁴² Lebovici, S. op.cit. pág.94

TERCERA PARTE

CAPÍTULO CINCO

PLAN DE TRABAJO

“Quiero recorrer a tu lado el camino que conduce a la Piedra.

El camino es la Piedra.

El punto de partida es la piedra.

Si no entiendes estas palabras, no has empezado aún a entender.

Cada paso que darás es la meta.” Jorge Luis Borges

“El plan de trabajo debe partir de objetivos concretos en el tiempo, que respeten los ritmos individuales de desarrollo en cada área y reconozcan la importancia de los procesos adaptativos y funcionales”⁴³.

En el caso de la hipotonía, ésta se presenta como uno de los síntomas, dependiendo del síndrome, de la patología a la que se enfrenta.

Se debe actuar sobre cada uno de los síntomas, eso excede la competencia de una sola profesión, un solo encare técnico. La interdisciplina es la forma de trabajo ideal, donde se “piensa” desde las distintas áreas la forma de abordaje y el tratamiento del paciente.

“Es una labor de equipo que las palabras nos ayuden, que no nos distancien, que no nos persigan, que cobren vida y produzcan beneficios al darnos la materia prima adecuada para la comprensión y la armonía”.⁴⁴

En el trabajo del hospital, por la gran demanda de atención, sobrecarga de pacientes y escasos técnicos, esta forma de trabajo no se observa en forma cotidiana.

⁴³ Zuluaga Gomez, J.(2001) *Neurodesarrollo y Estimulación*.págs.249-250. Colombia: Ed. Medica Internacional Ltda.

⁴⁴ Pérez de Plá, E. (comp.).(2000) *Sujeto inclusión y diferencia. Investigación psicoanalítica y psicosocial sobre el Síndrome de Down y otros problemas del desarrollo*. Pág.258. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Para la elaboración del plan de trabajo, del proyecto terapéutico en el tratamiento psicomotriz, se considera de primer orden establecer un adecuado vínculo con el bebe y con su mamá.

Stern⁴⁵ plantea varios enfoques terapéuticos que se utilizan en el abordaje de la relación entre padres e hijos, enfoques basados en dos aspectos.

- I. Uno es el objetivo teórico, el elemento que se debe modificar para lograr una mejora clínica.
- II. El otro es el puerto de entrada al método, la forma de lograr el objetivo teórico.

En el tratamiento psicomotor interesan las conductas del niño, pero sólo con una alianza terapéutica con la madre existen posibilidades de obtener logros positivos.

“Consideramos que como psicomotricistas, nuestro puerto de entrada es el desarrollo del bebe, al que contextualizaremos siempre dentro de un vínculo con las principales figuras de apego y al que accederemos sólo a partir de una alianza terapéutica y un sólido vínculo entre nosotros, los padres y el bebé”.⁴⁶

Son aspectos de la comunicación los que se deben manejar al inicio de este vínculo: vínculo con la madre, vínculo con el bebe; estrategias de comunicación que serán utilizadas con cada integrante de la diada, que servirán para poder realizar un correcto diagnóstico psicomotor y un adecuado proyecto terapéutico.

⁴⁵ Stern, D.(1997) *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Págs. 147-178.1ª Edición en español. Barcelona: Editorial Paidós.

⁴⁶ Ravera, C, Mila, J.(2003) *Entre el descreimiento y una apuesta al desarrollo*. Experiencia de trabajo Docente-asistencial en Psicomotricidad, dentro de un servicio de internación pediátrica con niños de 0-2 años. Trabajo a ser presentado en las Jornadas Uruguayas de Psicomotricidad “Poniendo el cuerpo a la educación y la clínica”. Noviembre.

COMUNICACIÓN

“Comunicación: Acción de trato, correspondencia entre dos o más personas.- Trasmisión de señales mediante un código común entre el trasmisor y el receptor”⁴⁷

Con respecto a la comunicación, es importante destacar que no sólo se encuentra, en el tratamiento psicomotriz, involucrada la forma en cómo se establece y se manifiesta el vínculo madre-bebe, sino también en relación al comprendido por madre-bebe-psicomotricista.

Para poder intervenir de manera acertada en cuanto al desarrollo del bebe, se debe comprender lo que puede estar sucediendo en la pareja madre-bebe, de qué modo y por qué puede verse afectada la interacción, el vínculo entre ambos.

Cuando se presenta la patología, el bebe se muestra diferente a lo que su madre esperaba, también para lo que estaba preparada. “...pero podríamos decir que el rasgo que tienen en común todos ellos es la dificultad para comunicarse adecuadamente: unos por exceso de movilidad o desorden en su motricidad, y todos en general por dificultad para coordinar los estímulos recibidos a través de los diversos canales sensoriales, por fallar en la percepción global”⁴⁸

De acuerdo a la observación de los parámetros del bebe, de la interacción madre-hijo y a los datos clínicos, el psicomotricista elaborará estrategias de intervención. Formas de comunicarse que variarán debido a las características propias, únicas, de cada bebe, a las que se deberá amoldar, acomodar.

⁴⁷ Real Academia Española.(2001) *Diccionario de la lengua Española*. Vigésima segunda edición. Madrid: Ed. Espasa Calpe S.A.

⁴⁸ Jerusalinsky, A. y colaboradores. op.cit. Pág 255

El psicomotricista y la comunicación

Relación psicomotricista- bebe

Cuando el bebe llora, su madre lo toma en brazos, lo balancea, lo sostiene de la forma en que sabe puede calmarlo. “Estas maniobras no pueden tener otro efecto que actuar sobre la sensibilidad que tiene por punto de partida los canales semicirculares y el laberinto...”⁴⁹. Maniobras que actúan sobre el aparato del equilibrio, el que registra las variaciones de la orientación del cuerpo y sus movimientos de traslación en el espacio.

Expresa Wallon “...sólo los contactos variables de las superficies articulares y el relajamiento o la tensión de los ligamentos que las unen al tono de los músculos pueden, combinándose con las impresiones ligadas, expresar la posición recíproca del tronco, de los miembros y de sus segmentos”⁵⁰

Para este autor la distancia que se puede observar en la movilidad del bebe, entre los desacertados gestos exteriores y el exacto funcionamiento de las vísceras, es a lo que se le llama sensibilidad propioceptiva⁵¹.

La sensibilidad propioceptiva contribuye en gran manera a constituir la noción del propio cuerpo, y es consecutiva a las reacciones que siguen a las excitaciones laberínticas.

El psicomotricista utiliza la misma herramienta que una madre usa para comunicarse con su hijo: el cuerpo. El suyo en relación con el cuerpo del bebe, registrando los cambios que son producidos a nivel tónico. “La tonicidad del terapeuta se transforma en el primer instrumento posible para establecer una relación. El “recibe” la tonicidad del bebe a través del impacto que ésta produce en la suya”⁵².

⁴⁹ Wallon, H.(1979) *Los orígenes del carácter del niño. Los preludios del sentimiento de personalidad*..pág 41 Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

⁵⁰ Wallon, H op.cit., pág44-45

⁵¹ Wallon, H. op.cit. pág.40

⁵² Ambrosi, M. Op.cit. págs.24-27

Empatía tónico-emocional

Pero a diferencia de la madre, el psicomotricista no confunde e identifica su propia vivencia a nivel tónico con la del bebe. Es la empatía tónica lo que permite al psicomotricista sentir al bebe sin por eso confundirse con su emoción⁵³.

Según Bergès la meta de una terapia es la de convertir al niño en un actor. Dando al cuerpo una posición, una presencia. Para esto el psicomotricista debe mantener su posición y no ponerse en el lugar del niño.⁵⁴

Expresa Carl Rogers: “el estado de empatía o de ser empático consiste en darse cuenta con precisión del cuadro de referencias interno de otra persona juntamente con los componentes emocionales y los significados a ella pertenecientes, como si fuésemos la otra persona, sin perder nunca la condición de “como si”... si perdemos esta condición de “como sí”, tendremos un estado de identificación”⁵⁵.

Para Lebovici “con el término empatía se designa la disposición mental de un observador que no guarda una neutralidad absoluta y puede comprender e interpretar gracias a su participación afectiva”⁵⁶.

La escucha tónico-emocional, la sensibilidad hacia el otro, sirven de base para este proceso.

El cuerpo del psicomotricista es dado a la mirada del niño, por lo que su cuerpo no debe ser problema para él. Para ello la formación corporal es fundamental, para que el psicomotricista logre contactar con su sensibilidad, sensorialidad y motricidad corporal, resultando fundamentales las experiencias de distensión y relajamiento.

El psicomotricista actúa a nivel corporal, con el movimiento, la postura favorece el “hacer” del bebe respetando su tiempo, evita la simple realización

⁵³ Ambrosi, M. op.cit.págs.24-27

⁵⁴ Bergès, J. Diagnóstico y terapia en psicomotricidad *Revista Cuerpo y comunicación*. N.5. Material extraído de biblioteca de AUP.

⁵⁵ Rogers, C.(1974) *La terapia centrada en el cliente*. Pág.92. Buenos Aires: Ed. Paidós.

⁵⁶ Lebovici, S op.cit.. pág 234

de “ejercicios” en forma mecánica, por el contrario se abre a la comunicación, al diálogo tónico. Diálogo tónico que se establece a través de la sensibilidad, sensorialidad y motricidad.

El diálogo tónico es la continuidad del contacto corporal, cuando no son utilizados otros canales expresivos. En él están mayormente involucradas la sensibilidad vestibular, cinestésica, táctil, la voz, la respiración.⁵⁷

Bergès⁵⁸ dice que el cuerpo de la psicomotricidad es el cuerpo de la recepción, es el cuerpo receptáculo. Receptáculo de la mirada, de la voz, de la palabra. Es el otro, la presencia del otro y los intercambios a nivel tónico y postural entre ambos, donde va a constituirse el cuerpo receptáculo. Afirma este autor, que la función de receptáculo del cuerpo está pronta desde el momento del nacimiento, y su funcionamiento depende de la madre.

“...el campo de lo real en el cual se ejerce y se integra la postura es el eje del cuerpo...”⁵⁹, lugar de la integración visual, auditiva y laberíntica.

JOAQUIN

Joaquín de 1 año y 4 meses de edad, se encuentra internado en el CHPR, Pediatría C por haber presentado convulsiones. De la historia clínica surge un diagnóstico de: encefalopatía crónica evolutiva e hipotonía generalizada.

Pudimos observar a Joaquín y su mamá una única vez, debido a ser dado de alta y no concurrir en la fecha pactada para iniciar el tratamiento psicomotriz.

Al invitarla a trasladarse a la sala, la madre acepta creyendo que iría sólo el niño. Al explicarle que era importante que ella lo acompañara, se muestra algo renuente. La madre muestra un discurso conciso. No parece poder manejar en forma adecuada la información que le aportan en el hospital sobre la patología de su hijo,

⁵⁷ Ambrosi, M. Op.cit. págs.24-27

⁵⁸ Bergès, J.(1988) *El Cuerpo de la Neurofisiología al Psicoanálisis*. Págs.6-8 Conferencia dictada en A.A.P Centro Dr. L. Coriat. Material extraído de biblioteca de AUP.

⁵⁹ Bergès, J (1988) *Reunión Clínica III*. Jornadas de estudio con J. Bergès. Material extraído de biblioteca de AUP.



por lo que ha pedido al padre de Joaquín que hable con los médicos.

Joaquín es el menor de cuatro hermanos, los tres mayores producto de un primer matrimonio de la madre, viven en el interior con su padre. Según relata la mamá el padre de Joaquín “no aparece tanto desde que las cosas se complicaron”.

La madre relata que a los tres meses nota “blandito” a su hijo, a lo que se resta importancia en la policlínica donde realiza los controles pediátricos.

Joaquín presenta su primera convulsión a los 6 meses, la segunda a los 7 donde se le indica medicación. La última convulsión ocurre a los 16 meses, es cuando tuvimos contacto con él.

Joaquín presenta un retraso global del desarrollo. Desde el punto de vista motor no ha adquirido aún el sostén cefálico, ni la posición sedente, tampoco se observa prensión de objetos.

La madre lo describe como “nervioso”. Esta es una de las características del niño hipotónico. Al no poder mantener, o no poder coordinar cambios de postura, impresiona como un niño inquieto, movedizo.

Luego de hablar con la mamá, tomo a Joaquín en los brazos. En forma permanente debo “armarme” para impedir el continuo “desarme” que me trasmite su cuerpo.

Me siento en el suelo, coloco a Joaquín sentado entre mis piernas. Oficio de tronco, de eje “auxiliar”. Un eje axial auxiliar que le permite mantener una postura. Sostener su cabeza, su tronco,

Frente a nosotros se sienta la madre. Se percibe en forma clara un cambio desde la mamá y desde el niño. Ese permanente “baile corporal” cede. Se interesa por un libro con figuras de animales, lo leo, realizo el sonido de cada uno de ellos. Joaquín permanece atento. Aún no se observa una correcta prensión, pero si es evidente el interés por ejemplo a querer pasar las hojas del libro. La madre sonrío. Puede que sea una de las pocas veces que en el hospital lo ha visto jugar.

A Joaquín deben realizarle más estudios. Deja la sala con el libro de animales. La madre dice que hará lo posible para volver, una vez dada el alta.

Se intenta resaltar de qué forma el cuerpo del psicomotricista está involucrado en la relación con el bebe hipotónico, para lograr interactuar con el bebe, debe “sostenerlo” y “sostenerse”. Debe interpretar el deseo del bebe, colaborando en el mantenimiento de una determinada postura, cómoda, segura.

Señala Bergès: “...el eje del cuerpo es el lugar en el que se producen estas primeras relaciones entre algo que tiene que ver con la modificación de la posición de la cabeza con respecto al cuerpo y una respuesta del tono, ya sea a nivel axial y como a nivel de los miembros”⁶⁰

El psicomotricista utiliza el sostén y la manipulación del cuerpo del bebe, de sus movimientos, estableciendo un diálogo tónico con él.

Sostén que otorga confianza, seguridad. Manipulación ajustada a la “escucha” del bebe, en sintonía tónica con él.

Seguridad y escucha que se trasmite también a la madre.

Se hizo hincapié en que la comunicación no se daba sólo con el bebe, también con su madre. ¿Por qué?. Como dice Winnicott “un bebe no puede existir solo, sino que constituye una parte esencial de una relación”⁶¹ haciendo referencia a la madre y la importancia de ésta en el vínculo.

“...en la relación madre-bebe intervienen comportamientos y comunicaciones que llevan a la idea de interacciones afectivas: las competencias del lactante, expresadas en vocalizaciones, mímicas, posturas y movimientos, determinan efectos de contagio unificante y compartido con el medio materno”⁶²

⁶⁰ Bergès, J. (1978) *Postura y comunicación*. Comunicación presentada en las jornadas de trabajo A.R.P.L.O.E (17-18 de junio). Hosp. H. Rouselle. Material extraído de biblioteca de AUP.

⁶¹ Winnicott, D. (1965). *El niño y el mundo externo*. Pág. 143. Buenos Aires: Editorial Hormé.

⁶² Lebovici, S op.cit. pág.233

Intercambio vincular: madre-bebe-psicomotricista

En el tratamiento psicomotriz están inmersos el bebe y la madre. El reconocimiento de las potencialidades del niño por el psicomotricista, permite a la madre cambiar la percepción que puede tener de éste, también de ella como mamá.

Con gran frecuencia es la madre quien realiza la consulta médica, por notar “blandito” a su bebe, la mayoría de estas mamás ya tenían otros hijos. Éstas no sólo perciben en primer lugar que algo está pasando, sino que han vivido el desarrollo de sus otros hijos y conocen los aprendizajes de cada etapa. En estos casos la actividad de maternaje ya la han experimentado, ellas recuerdan los juegos que hacían con sus otros hijos, nacidos en un intercambio más dinámico, que muchas veces es lo que está ausente en el bebé hipotónico: iniciativa, acción, variedad.

Lo que surge normalmente en el vínculo madre-bebe, donde la madre lo entiende y le ofrece lo que necesita, generándole la posibilidad de buscar en otro momento esa satisfacción ya vivida.

En madres primerizas que no han tenido la oportunidad de vivenciar esto, se observa más inseguridad: en el sostén, en la manipulación, también en relación al vínculo creativo.

El que el bebe muestre señales de avances en relación a su desarrollo, puede generar cierta rivalidad de la madre hacia el psicomotricista, en cuanto ésta puede considerar que es otro quien consigue con su bebe, lo que ella no logra.

Por ello es necesario establecer una alianza terapéutica con la madre, reconociendo su rol como pilar fundamental en el tratamiento psicomotriz, revalorizando su función en relación al desarrollo del bebe.

No resulta simple el manejo del vínculo del psicomotricista con la madre, debido a que entran en juego factores en relación a las características propias, aspectos inconscientes de ambos.

El pasaje del psicomotricista por una terapia de corte psicoanalítico, favorece una formación con bases más sólidas y posibilidades de manejo clínico más adecuados. El trabajo con bebés con determinada patología “...implica la necesidad permanente de recuperar la energía a través de un equipo o grupo de reflexión, de un constante autoanálisis individual y grupal por la posibilidad de perder el rumbo de la investigación y desviarnos hacia lo caritativo...de caer en estancamientos y decepción”⁶³.

El bebé con hipotonía suele mostrar escaso o nulo requerimiento materno: llanto débil, pasividad. La madre suele describirlo: “muy tranquilo”, “blandito”, “duerme mucho”, “llora poco, es como un quejido”.

Ella puede sentirse poco estimulada por el bebé hipotónico, frente a la ausencia de la respuesta esperada, suele darse una estimulación inapropiada, generando ansiedad en la diada.

El bebé no logra organizar, ajustar su respuesta, la madre no logra darle la seguridad necesaria, tampoco consigue “asegurarse” en su rol.

Se evidencia una falla en el sostén materno, esa proximidad corporal a la que se hizo referencia, no está presente. La madre al no sentirse requerida, no lleva en brazos al bebé demasiado tiempo. La sensación de seguridad que garantiza el adecuado sostén se ve afectada. En cuanto a la presentación de estímulos, se recurre a los objetos de manera prematura, debido a que la interacción cara a cara puede no resultar gratificante. La dosificación y presentación de estímulos suele darse en forma indiscriminada, desordenada, desorganizada, generando en el bebé un estado de hiperalerta. Al respecto dice Claudia Ravera: “Cuanto más nos encontremos en los extremos de las clases sociales, más valorado estará el objeto, por su falta o por su exceso. Y este es un obstáculo del que se ha hablado poco. ...Una madre de un bebé con una desnutrición crónica de origen endógeno, nos decía “no puedo estar con él sin un juguete, mejor agárrenlo ustedes que

⁶³ Pérez de Plá, E. Op.cit. pág.255

son lindas y simpáticas”, a su vez cuando le da el juguete no termina de entregárselo, tironeando ambos del objeto todo el tiempo...”⁶⁴

El siguiente caso ejemplifica las anteriores afirmaciones.

LUCIA

En una de las salas de Pediatría C se encuentran Lucía de 3 meses y su mamá. De la historia clínica se destaca: Embarazo mal controlado y mal tolerado, consanguinidad. Parto a las 39 semanas de gestación. Apgar 4-6. Lucía presenta dismorfias múltiples. Malformaciones renal, pélvica, en pies y manos. Operada por cardiopatía. No ha adquirido el sostén cefálico. Presenta bajo peso. Existe un mal pronóstico y la madre es consciente de ello. Ha permanecido internada casi desde su nacimiento. Es la menor de 4 hermanos, los que se encuentran al cuidado de su padre mientras la mamá cuida a Lucía en el hospital.

Lucía es muy pequeña en relación a su edad cronológica, presenta deformidades a nivel de manos, pies.

“Duerme casi todo el día”, y permanece en la cuna mientras está dormida. Tiras de tela la sostienen por debajo de los brazos para que no resbale debido a la inclinación de la cama, recomendada por los médicos. Cuelga de los barrotes de su cuna un móvil musical, que aparece resaltado en su tamaño por la pequeñez de la bebe.

Verla genera una sensación de desprotección, desamparo, soledad.

Mientras hablamos con la madre, miro a Lucía, acaricio su mano. La madre percibe un trato diferente al de los médicos, las enfermeras. Se sienta, habla con nosotros, de a poco va dejando de lado los términos médicos, nos cuenta de su familia, los otros hijos y de su relación con Lucía. La madre nos dice en referencia a sus hijos: “los otros ya estaban duritos a esta altura”. Muestra una mirada triste, de resignación.

Ella no va dejar de estar al lado de Lucía.

Le pregunto cómo se duerme la bebe, dice que en la cuna. “En la cama se calma, se agita cuando la agarro”. Lucía, en la cuna permanece siempre acostada sobre el mismo lado.

Le sugiero que la tome más en brazos, que es importante para Lucía estar cerca de su mamá, y que si “se agita” puede ser al percibir que está con ella. Que le hable, le cante.

Favoreciendo la interacción cara a cara. También la proximidad corporal.

⁶⁴ Ravera, C. (2004) *Clinica psicomotriz del bebe. ¿Qué entendemos y qué atendemos del desarrollo psicomotor del bebé?*. Trabajo a ser presentado en el 2º Congreso Internacional “Entre Educación y Salud” del Instituto Dr. Domingo Cabred 16 a 18 de setiembre.



Tomo en brazos a Lucía y se la entrego a la madre que sentada en el sillón, parece prepararse para sostener por primera vez a su bebe. La madre impresiona algo nerviosa, pero permanece con su hija en brazos hasta que nos vamos de la sala.

Al retirarnos del hospital y pasar por la puerta de la sala, vemos que Lucía nuevamente está en la cuna. Su madre permanece junto a ella.

En la imposibilidad de interactuar de otra forma, la madre se convierte en la “enfermera”, la “doctora” de Lucía. Está al tanto de los estudios, análisis, detalla las operaciones. Es a ese nivel que logra vincularse con su hija. Sabe cuál es el pronóstico de Lucía. Se percibe que esa madre no contó con apoyo a nivel afectivo. Tampoco Lucía quien encontró “sostén” en una cuna, atada por tiras de tela.

El manejo de una situación límite, excede las competencias del psicomotricista. En determinadas situaciones, informará, dentro de sus limitaciones, a los padres acerca de la patología y sus posibles consecuencias.

“Pero la posibilidad de que “esto indecible se hable”, esto que es fuente inagotable de angustia será también lo que permita que un deseo vital se ponga en juego con ese hijo”⁶⁵.

Al bebe con hipotonía se lo puede asociar a la pasividad, la ausencia, la indiferencia, lograr “conectarse” con un bebe hipotónico puede resultar algo difícil, debido a sus características.

En el tratamiento psicomotriz, en cuanto a los aspectos de la comunicación, se consideran el tiempo y la creatividad como factores a trabajar en la interacción con el bebe hipotónico.

⁶⁵ Jerusalinsky, A. y colaboradores. op.cit. pág.225

TIEMPO

“Tiempo: (del latín tempus). Duración de las cosas sujetas a mudanza//. Época durante la cual varía alguien o sucede algo.// Cada uno de los actos sucesivos en que se divide la ejecución de algo”⁶⁶

“Tiempo: Magnitud en que se desarrollan los distintos estados de una misma cosa u ocurre la existencia de cosas distintas en el mismo lugar. Se le da con frecuencia un valor patético, como sucesión de momentos que llegan y pasan inexorablemente y en los que se desenvuelve la vida y la actividad”⁶⁷

Compartimos con Bergès que “...antes que encarar una elevación o una baja del tono, creo que dejarlo frente a su propio ritmo al comienzo de la reeducación... ...la necesidad de regresión. Y es a través de ese ritmo que va a poder instalarse en la reeducación, algo que va a ser la reeducación de los ritmos ulteriores”⁶⁸. Lo que se pone en manifiesto en el encuentro con el bebe es el diálogo tónico.

Ritmo madre-bebe

En los primeros meses de vida del bebe, madre e hijo buscan hacer coincidir, sincronizar sus ritmos mediante miradas, vocalizaciones y movimientos. De esta forma logran una interacción donde ambos se amoldan, acomodan, situación placentera para la madre y para su bebe. Estas sincronías apuntan a fenómenos de lo recíproco, de lo complementario, de las conductas de la madre y el bebe. También en la interacción se destacan alternancia de encuentros y alejamientos de la

⁶⁶ Real Academia Española.(2001). *Diccionario de la lengua Española*. Vigésima segunda edición. Madrid: Ed. Espasa Calpe S.A.

⁶⁷ Moliner, María.(2000) *Diccionario del uso del español*. Edición abreviada por la Editorial Gredos. Primera reimpresión. Madrid: Gredos.

⁶⁸ Bergès, J.(1978) “Postura y comunicación” Comunicación presentada en las jornadas de trabajo A.R.P.L.O.E (17-18 de junio). Hosp. H. Rouselle. Material extraído de biblioteca de AUP.

madre y su bebe. “Juegos de acercamientos y alejamientos para “aprender” a separarse, manteniéndose en alguna medida juntos”⁶⁹

Para Brazelton⁷⁰, una de las funciones de la madre es aportar una regularidad, una armonización y una amplificación de los diversos ritmos sobre los cuales se organizan la vida interna y los intercambios relacionales entre el bebé y su entorno.

La madre con su función organiza y así favorece la integración de los distintos ritmos al bebe. Afirman Díaz Roselló⁷¹ y colaboradores, que a través de sus cuidados y su propia actividad rítmica, la madre permite organizar al bebe en momentos de desorganización. También ordenar los automatismos rítmicos de su bebe, darles un sentido, incluirlos en actividades lúdicas, favoreciendo el desarrollo y la comunicación social.

La capacidad de anticipación, primero presente en la madre que interpreta las necesidades de su bebé, está rápidamente presente en éste que busca en su entorno sonoro, visual, olfativo, afectivo, los indicadores de la experiencia que vendrá.

Ritmo madre-bebe hipotónico

En relación a la interacción del bebe hipotónico y su madre, ésta se puede ver afectada debido a la lentitud y escasa demanda y respuesta por parte del bebe. Frecuentemente el niño permanece largo rato en su cuna, o coche, solo o cerca de alguien que realiza otras actividades que no son precisamente interactuar con él. “Es tan tranquilo”.

⁶⁹ Bernardi, R y otros. “Ritmos y sincronías en la relación temprana madre-hijo”. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* No. 61. Pág. 99.

⁷⁰Brazelton, T y Cramer, B. Op.cit. págs. 187-188

⁷¹ Díaz Roselló, J.L y otros.(1993) *La madre y su bebe: Primeras interacciones*. Montevideo: Ed. Roca Viva.

72

**La madre
y el bebé
hipotónico**



⁷² Fotos tomadas en sala de internación 'Servicio de Pediatría C' C. H. P.R.

Se retoma el caso de Lucas (*Capítulo 4*), para hacer referencia al factor tiempo en el vínculo madre-bebe y en el tratamiento psicomotriz.

LUCAS

En la primer sesión de tratamiento psicomotriz uno de los factores que resaltan es la tendencia de Lucas a aislarse, desvincularse del otro, del ambiente. Luego de una breve interacción, se observa que rápidamente se cansa y permanece con la vista fija en una luz, un reloj, precisando del contacto físico próximo del otro para volver a interesarse. La madre cuenta que en su casa, Lucas pasa mucho tiempo en la cuna, que es muy tranquilo y que se distrae mirando la ventana

Se le hace hincapié a la madre acerca de lo importante de evitar que esto suceda, en cuanto a tomar en cuenta el tiempo de Lucas para poder organizar una respuesta a un determinado estímulo, juego. Se señala que por la patología que presenta, debe hacer un gran esfuerzo para interactuar, ya que le resulta agotador. Esperar, adaptarse a sus ritmos, evitándole la frustración de no poder responder, o de no tener a nadie a quien responder. Convertirse en algo interesante, alguien con quien tenga ganas de comunicarse de “hacer”. Sin estimular de “más”, respetar su tiempo, ayudar a organizar su respuesta. Lograr por medio de la voz, el tacto, que logre conectarse con el otro y el medio, evitando el aislamiento (mirada en luz, techo, etc).

En la siguiente sesión, se observa un cambio positivo al respecto. Lucas mantiene más tiempo el contacto cara a cara. Lo enriquece, “charla”, “rezonga”. Hasta “llora más fuerte”.

Se habla de la creatividad en el tratamiento psicomotriz. ¿Dónde se pone en evidencia?. ¿Qué elementos toma el psicomotricista para ser creativo en su rol?. Con respecto al niño y a la madre: ¿qué papel juega la creatividad en la interacción?

CREATIVIDAD

“Creación significaría dar existencia a lo que previamente carecía de forma o rasgos característicos. Es una palabra anómala, pues en términos estrictos sólo puede haber creación de la nada, como en el mito de la Creación. De otra manera, la creación siempre involucra el uso y la adaptación de materiales existentes⁷³.

“Creatividad: capacidad para realizar obras artísticas u otras cosas que requieren imaginación. Crear: Hacer que empiece a existir una cosa.//Forjar, formar en la mente, imaginar”.⁷⁴

Estrategias de intervención del psicomotricista

En relación a la modalidad de trabajo clínico en bebés, nos dice Esperanza Pérez de Plá “...lo específico y capital de la estimulación temprana es promover el desarrollo del bebé como persona, como sujeto psíquico y que esto se hace a través de estimular su desempeño instrumental perceptual, motriz, cognitivo, etcétera.”⁷⁵

Las estrategias de intervención del psicomotricista apuntan a favorecer el despliegue de la creatividad de los actores intervinientes, jerarquizándose las características propias del bebé, de su madre y del psicomotricista.

“Con respecto a la comunicación del bebé con la madre, pienso que la cuestión puede plantearse en términos de creatividad y sumisión. Cabe afirmar que, en la salud, la comunicación creativa tiene prioridad sobre la sumisión. Si contempla el mundo y se relaciona con él creativamente, el bebé puede obedecer sin sentirse menoscabado. Cuando el patrón es

⁷³ Read, H.(1959) *Educación por el arte*. Págs.138-139. 2da. Edición. Buenos Aires: Ed. Paidós.

⁷⁴ Moliner, María.(2000) *Diccionario del uso del español*. Primera reimposición. Edición abreviada por la Editorial Gredos. Madrid: Gredos.

⁷⁵ Pérez de Plá, E. Op.cit. pág.57

inverso, y predomina la sumisión, pensamos en la enfermedad y vemos en ello una mala base para el desarrollo del individuo. Así, llegamos a la conclusión de que el bebe se comunica creativamente, y que con el tiempo, adquiere la capacidad de utilizar lo que ha descubierto”⁷⁶

Creatividad en relación al uso del cuerpo, de los movimientos y posturas en el espacio, el uso de los objetos. Comunicación creativa con el otro. El bebe se mostrará curioso frente a los otros y al medio, ¿por qué?. Debido a que hay alguien que le responde, por la existencia del otro, que reconoce, fomenta, estimula esa comunicación creativa, ese “hacer” único, novedoso.

“La búsqueda de estímulos activos es un precursor de la curiosidad, aquella poderosa tendencia que va siendo considerada cada vez más como una fuerza de capital importancia para la adaptación y la supervivencia...”⁷⁷

La madre otorga la posibilidad en el bebe de crear ”...antes del destete es posible dar al bebe este contacto particular con la realidad externa a través de una mujer, la madre. El bebe cree que hay en el mundo lo que desea y necesita, hay una relación viva entre la realidad interna y la externa, la creatividad primaria innata y el mundo general compartido por todos”.⁷⁸

Esto en relación a la preocupación materna primaria, donde la madre en este estado, adquiere la capacidad especial de ponerse en el lugar del bebe, pudiendo hacer realidad aquello que el bebe necesita. Siguiendo a Winnicott, se puede afirmar que es a partir de esta experiencia de omnipotencia que el bebe puede comenzar a experimentar la frustración. Esta experiencia es habilitante con respecto a las relaciones con los otros, como similares pero a la vez distintos, únicos, integrantes del mismo ambiente.

⁷⁶ Winnicott, D.(1987) *Los bebes y sus madres. El primer diálogo*. Pág.136. Barcelona: Ed. Paidós.

⁷⁷ Brazelton, T y B. Cramer. Op.cit

⁷⁸ Winnicott, D. (1965) *El niño y el mundo externo*. págs.143-146. Buenos Aires: Editorial Hormé.



En relación a la creatividad en la clínica psicomotriz, se destacan las características propias del psicomotricista puestas en juego en la interacción con el bebe y su madre.

El psicomotricista deberá crear en relación a cada paciente un vínculo que se adapte al bebe, basado en una interacción creativa, en un contexto de sostén y manejo adecuados, alcanzando un diálogo a nivel corporal, postural.

De esta forma se busca:

- Favorecer un adecuado conocimiento de su cuerpo.
- Permitir remover las trabas del desarrollo, rescatando, revalorizando sus características únicas.
- Facilitar el despliegue de sus potencialidades en forma creativa.
- Apuntar a una activa relación con los otros y con el mundo de los objetos, fomentando la curiosidad del bebe, su papel activo en la búsqueda de la comunicación, con el otro, con el medio.

Finalmente y siempre visto como proceso, se considera que existe un espacio asignable, que se mueve en lo interno, reflejando lo que para cada quien es insustituible. Por lo tanto, los colores también se mueven en este sentido, simbólico y particular.



La siguiente letra de Caetano Veloso , acompaña esta idea:

Rai das Cores ⁷⁹

Para a folha: verde
Para o céu: azul
Para a rosa: rosa
Para o mar: azul

Para a cinza: cinza
Para a areia: ouro
Para a terra: pardo
Para a terra: azul

(Quais são as cores que são suas cores de predileção?)

Para a chuva: prata
Para o sol: laranja
Para o carro: negro
Para a pluma: azul

Para a nuvem: branco
Para a duna: branco
Para a espuma: branco
Para o ar: azul

(Quais são as cores que são suas cores de predileção?)

Para o bicho: verde
Para o bicho: branco
Para o bicho: pardo
Para o homem: azul

Para o homem: negro
Para o homem: rosa
Para o homem: ouro
Para o anjo: azul

(Quais são as cores que são suas cores de predileção?)

Para o folha: rubro
Para o rosa: palha
Para o ocaso: verde
Para o mar: cinzento

Para o fogo: azul
Para o fumo: azul
Para a pedra: azul
Para tudo: azul

⁷⁹ Veloso, C.(1989) En CD “Estrangeiro” . Polygram Brasil.

REFLEXIONES FINALES

Se llega al final de esta monografía con la sensación de que se abren otras interrogantes para volver a comenzar.

Este aliciente es permanente, en la energía que demanda, en ese atisbo de “algo más”, a mejorar en función del otro mediante nuestra intervención. Es lo que marca el sentido ya formulado en la elección de esta profesión.

Aquí está la certeza de poder utilizar al máximo esa capacidad a la que se hizo referencia: la capacidad creativa, lúdica, fomentada por la incesante curiosidad. Curiosidad por aprender, conocer y disfrutar en el vínculo, el relacionamiento con el niño, con el bebe.

No quedan dudas que son muchas las variables que se entrecruzan, intervienen, y determinan el desarrollo del bebe. Lo relacionado con la carga genética, matriz biológica con la que éste cuenta, también con los aspectos afectivos inmersos en una realidad ambiental, en la que es crucial la relación con el otro: la madre. Características del bebe, características de la madre, las que determinarán la forma de vincularse, la manera de establecer, en las primeras etapas la interacción. Ésta delinearán el modo en que se elaborarán las interpretaciones maternas, que marcarán el estilo de relacionarse con su bebe, el de éste con el otro, y luego con el mundo de los objetos. Aspectos que en su conjunto son tomados en cuenta por el psicomotricista en su labor.

“Montaigne decía que enseñar a un niño no es llenar un vacío sino encender un fuego”⁸⁰

En el vínculo con el bebe hipotónico se busca potenciar y favorecer el acceso a la comunicación por el sostén y manejo de su cuerpo, sus movimientos, su postura, en un verdadero diálogo tónico. Donde se privilegian la mirada, la imitación, el contacto corporal y la relación con el otro, como formas de lenguaje corporal generadoras de gran número de sensaciones y emociones.

⁸⁰ Tournier, M.(1962) ¿Existe una literatura infantil?. *El Correo de la UNESCO*. Año XXXV. París.



La escucha tónico-emocional del bebe, lo que sus variaciones tónicas transmiten, y a las que se les otorga un significado.

“...la reeducación no debe apuntar a reparar, sino a ampliar algo que funciona. Este desarrollo de lo que funciona debe remontarse al origen del momento de la evolución en el que se ha producido el trastorno inicial...dar al cuerpo un lenguaje que es el del cuerpo, permitiendo al cuerpo estar ahí. El papel de la reeducación psicomotriz es el de instalar al cuerpo en el que el niño pueda decir “yo”⁸¹. J. Bergès

⁸¹ Bergès, J. Diagnóstico y terapia en psicomotricidad. *Revista Cuerpo y comunicación*. Cap. 5 Material extraído de biblioteca de AUP.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, D. y Espinosa, E.** (2000) Guía de manejo del niño con hipotonía. Consultado el 25/03/03
<http://www.encolombia.com/ped35100guíahipotonía3htm>
- Avaria, M. y Klinsteuber, K.** (2004) Síndrome hipotónico y enfermedades neuromusculares en el recién nacido. *Neurología Perinatal*. Consultado el 25/03/05. <http://www.prematuroscl/webseptiembre/sindromehipotonico/sindromehipotonico.html>
- Ambrosi, M.R.** (1985). Il tessuto della relazione: il tono muscolare. *Revista Práctica Psicomotoria. Anno II, No3*. Setiembre-diciembre. Trento-Italia.
- Bachelard, G.** (1966) *Psicoanálisis del fuego*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bergès, J.** (1978) *Postura y comunicación*. Comunicación presentada en las jornadas de trabajo A.R.P.L.O.E (17-18 de junio). Hosp. H. Rouselle. Material bib. AUP.
- Bergès, J.** Diagnóstico y terapia en psicomotricidad. *Revista Cuerpo y Comunicación. No. 5*. Material extraído de Biblioteca de AUP.
- Bergès, J.** (1988) Reunión clínica III. Jornadas de estudio con J. Bergès. Noviembre. Material extraído de Biblioteca de AUP.
- Bergès, J.** (1988) *El cuerpo de la neurofisiología al psicoanálisis*. Conferencia dictada. AAP. Centro Dr. L. Coriat. Material extraído de biblioteca AUP.
- Bernardi, R. y otros.** Ritmos y sincronías en la relación temprana madre-hijo. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* no. 61. Montevideo.
- Bertherat, T. y otro.** (1992) *El cuerpo tiene sus razones*. 6ta. Reimpresión. Buenos Aires: Ed. Paidós
- Bowlby, J.** (1989) *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Argentina: Editorial Paidós.
- Brazelton, T. y Cramer, B.** (1990) *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. España: Editorial Paidós.
- Cantú, P.** (2003) Temas de urgencia. *Neurología y Neurocirugía*. Consultado el 7/06/05. <http://www.medurgla.org/documentos-archivos/neuro.pdf>
- Corvalán Bücher, M.A.** (2000) Alteraciones neurológicas más frecuentes. Consultado el 25/03/05. <http://www.revneurolog.com>
- Chokler, M.** (1994) *Los organizadores del desarrollo psicomotor*. Argentina: Ediciones Cinco.
- Cursos@elnegrodeneuro** Hipotonía. Consultado el 25/03/05. <http://www.negrodeneuro.com/htm/>
- de Ajuriaguerra, J. y Angelergues, R.** (1999) De la psicomotricidad al cuerpo en la relación con el otro. *Revista La Hamaca* No10. Buenos Aires: Ed. Fundari.
- de Ajuriaguerra, J.** (1986) Organización neuropsicológica de algunas funciones de los movimientos espontáneos al diálogo tónico-postural y a las formas precoces de comunicación. *Revista Psicomotricidad Citap*.
- de Campo, S.** (2003) *Neurología/Nueociencias. Hipotonías*. Consultado el 7/06/05. <http://www.fisioterapiajaque.hpg.ig.com.br>
- De León, C., García, B.** (2000) *Cuerpo y representación. Espacio de reflexión en terapia psicomotriz*. Montevideo: Editorial Psicolibros.

- Dizionario Inglese-italiano.**(1986) Milán: Editorial Guigoni.
- Díaz Roselló, J.L.; Guerra, V.; Bernardi, R. y otros.** (1993) *La madre y su bebe: primeras interacciones.* Montevideo: Editorial Roca Viva.
- Dubowitz, V.** El niño hipotónico. Consultado el 25/03/05. <http://www.encolombia.com/ped35100guiahipotonia3htm>
- Emde, R.** (1987) Desarrollo terminable e interminable. Factores innatos y motivacionales desde la infancia. *Revista de Psicoanálisis*; XLIV-4, Buenos Aires.
- Flehmig, I.** (1987) *Desarrollo normal del lactante y sus desviaciones. Diagnóstico y tratamiento tempranos.* 3era. Edición. Alemania: Editorial Panamericana.
- García Pérez, A. y otros** (2004) Hipotonía neonatal severa y depresión respiratoria. Fundación Hospital Alcorcon, Madrid. Consultado el 25/03/05. <http://www.neuropediatria.org/senp/interiores/congreso/com>.
- Jerusalinsky, A. y colaboradores** (1988) *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil.* Buenos Aires: Editorial Nueva visión.
- Lebovici, S.** (1988) *El lactante, su madre y el psicoanalista.* Argentina: Editorial Amorrortu.
- Lévy, J.** (1993) *El bebe con discapacidades. Del acogimiento a la integración.* España: Editorial Paidós.
- Moliner, M.** (2000) *Diccionario del uso del español.* Edición abreviada por la Editorial Gredos. Primera reimpresión. Madrid: Gredos.
- Perez de Plá, E.** (2000) comp. *Sujeto, inclusión y diferencia. Investigación psicoanalítica y psicosocial sobre el síndrome de down y otros problemas de desarrollo.* 1era. Edición. México: Ed. Universidad Autónoma metropolitana.
- Piaget, J.** (1986) *Seis estudios de Psicología.* Argentina: Editorial Ariel.
- Prats Viña, J.** (2001) Enfoque diagnóstico del niño hipotónico. Consultado el 7/06/05. <http://www.aeped.es/protocolos/neurologia/10-hipotonico.pdf>
- Psicomotricidad** (2001). *Revista de estudios y experiencias.* Nos. 61,62 y 67. Instituto de Psicomotricidad. Madrid: Ed. Citap.
- Ravera, C.** (2002) *Comprensión psicomotriz de las nociones de cuerpo, espacio y tiempo en pacientes con trastornos generalizados del desarrollo.* Trabajo a ser presentado en la mesa sobre Simbolización Primaria del Yo corporal, en las Jornadas de inauguración de la Fundación La Casita, 16 de marzo de 2002, Concepción del Uruguay-República Argentina.
- Ravera, C y González, A.** (2002) Descubriendo las capacidades del discapacitado: la escucha psicomotriz. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales.* .Nº 8. Mayo.
- Ravera,C y Mila, J.L.** (2003) *Entre el descreimiento y una apuesta al desarrollo.* Experiencia de trabajo docente-asistencial en psicomotricidad, dentro de un servicio de internación pediátrica con niños de 0-2 años. Trabajo a ser presentado en las Jornadas Uruguayas de Psicomotricidad “Poniendo el cuerpo a la educación y la clínica”. Noviembre.
- Ravera, C.** (2004) *Clinica psicomotriz del bebe.¿ qué entendemos y qué atendemos del desarrollo psicomotor del bebé?.* Trabajo a ser presentado en el 2º Congreso Internacional “Entre Educación y Salud” del Instituto Dr. Domingo Cabred 16 a 18 de setiembre.



- Read, H.** (1959) *Educación por el arte*. 2da. Edición. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Real Academia Española.** (2001). *Diccionario de la lengua Española*. Vigésima Segunda edición. Madrid: Ed. Espasa Calpe S.A.
- Rebollo, M.A.** (1966) *Semiología del sistema nervioso*. Montevideo: Editorial Delta.
- Revista la Hamaca** (1998). No.9. Buenos Aires: Editorial Fundari.
- Rogers, C.** (1974) *La terapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Rufo Sevilla, M** (2000) Hipotonía en el período neonatal. Consultado el 25/03/05. http://www.comtf.es/pediatria/congreso_AEP_2000/Ponencias.
- Stern, D.** (1983) *La primera relación madre-hijo*. 3era. Edición. Madrid: Ed. Morata.
- Stern, D.** (1997) *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. 1ª edición en español. Barcelona: Ed. Piados.
- Stern, D.** (1999) *Diario de un bebe*. España: Ed. Paidós.
- Tagle, P.** Escuela de Medicina de Chile. Examen neurológico. Consultado el 7/06/05.
<http://escuela.med.puc.cl/departamento/protexne/htm>
- Tournier, M.** (1962) ¿Existe una literatura infantil?. *El Correo de la UNESCO*. Año XXXV. París.
- Wallon, H.** (1974) *Del acto al pensamiento*. Buenos Aires: Editorial Psique.
- Wallon, H.** (1979) *Los orígenes del carácter del niño. Los preludios del sentimiento de personalidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Winders, P** (2000) ¿Por qué la fisioterapia? *Revista Síndrome de Down* Vol. 17 (2) No.65.
- Winnicott, D.** (1965) *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires: Editorial Hormé.
- Winnicott, D.** (1984) *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Editorial Hormé.
- Winnicott, D.** (1987) *Los bebes y sus madres. El primer diálogo*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Zuluaga Gómez, J.** (2001) *Neurodesarrollo y estimulación*. Colombia: Editorial Panamericana.