

LA CLINICA PSICOMOTRIZ HOY(*)

Revisión del concepto de alteración psicomotriz como categoría nosográfica.

Claudia Ravera ()**
Psicomotricista

1) Introducción:

Cuando se me invitó a participar de esta mesa tuve en cuenta dos grandes cosas:

- el desafío que significaba reflexionar creativamente sobre nuestro trabajo ya que es bien conocido el hecho de que la clínica desborda los diferentes marcos teóricos en que nos posicionemos.
- el hecho de que iba a compartir la mesa con profesionales de otras disciplinas (psiquiatra infantil, neuropediatra, pediatra) con los cuales compartimos pacientes, y a veces equipos, pero que no siempre conocemos la praxis ni su sustrato teórico.

Como psicomotricista no puedo dejar de hablar al neuropediatra sobre todo del tono, de la coordinación, del equilibrio, del movimiento, de las posturas, del desarrollo gnoso-práxico, ni al psiquiatra infantil de la expresividad psicomotriz, de los contenidos del dibujo, del juego, así como de posibles elementos psicopatológicos que se intrican con el estilo de funcionamiento psicomotor de ese niño y que observo en la sala de psicomotricidad.

Pero sabemos muy bien, si lo sabremos, que la psicomotricidad se encuentra entre varias fronteras y que debemos construir un discurso propio sin necesidad de adherirnos al modelo neurológico, ni al psicoanalítico, ni al neuropsicológico, etc, y es por ello que somos los primeros en bregar por la constitución de equipos interdisciplinarios, donde miradas desde los más diversos ángulos permitan comprender y contextualizar ese modo particular de ser y de estar-corporal en el mundo, de nuestros pacientes.

¿De qué se ocupa el psicomotricista en su trabajo clínico?... ¿de las alteraciones psicomotrices?... ¿a qué nos referimos cuando hablamos de alteración psicomotriz?¿éstas, soportan una agrupación nosográfica?.... ¿es la alteración psicomotriz una alteración del desarrollo?

*Trabajo presentado en el Congreso de Psicomotricidad, 9, 10 y 11 de noviembre de 2000, IMM, Montevideo, Uruguay.

** Missouri 1563. Montevideo. Uruguay. Email: gamaflia@adinet.com.uy

2) ¿A qué se refieren los diferentes autores, cuando hablan de alteración psicomotriz?

Desde hace muchos años Bucher (), plantea que “la noción de trastorno psicomotor es una de las más difíciles de definir: por la intrincación de los factores, el carácter evolutivo de las manifestaciones y la multiplicidad de formas y contenidos”.

Agrega que no debemos entenderlos como entidades aisladas sino como un estilo de funcionamiento, una forma particular de relación del niño con su medio donde nos será muy difícil separar los factores en juego para determinar el origen del trastorno.

La mayoría de las veces nos resultará imposible saber lo que responde a un proceso afectivo-emocional o a una alteración funcional. Un claro ejemplo es el de la hiperactividad y consecuente dispersión, donde desde siempre se suscitaron grandes discusiones sobre el problema del origen neurológico o psicológico.

El estilo de funcionamiento psicomotor es la resultante de numerosísimas variables somáticas y psíquicas que se entranan y se metabolizan a lo largo de la vida y se expresan de un modo singular en cada sujeto. Cuando dicho funcionamiento se sale de algún modo de “norma”, se habla de alteración psicomotriz.

En 1990, Bergès dice: “Los trastornos psicomotores se pueden contemplar ante todo a nivel descriptivo: el conflicto se inscribe por medio del cuerpo, de la actividad, de los gestos y de la postura del niño...” ()... “Surge la interrogante de una constancia en la organización de las agrupaciones de funciones interesadas”

Finalmente planteara: “a nuestro entender los trastornos psicomotores no son del orden de la patología o de la desviación de la expresión, sino mas bien de la vicisitudes de la huella del cuerpo como receptáculo...la terapéutica consistiría en apretar las mallas demasiado sueltas o en proporcionar una soltura a la trama con la esperanza de modificar aquí y ahora, esas famosas “vivencias” cuyo origen en el participio pasado sería la garantía de su evolución actual. Mejor que referirse a una ”vivencia”, la experiencia pondría más de relieve la importancia de una “memoria” del cuerpo: es en su historia en donde se inscribe lo que se puede llamar la psicomotricidad. Las manifestaciones de sus trastornos evocan cierta forma de escritura de una historia que se repite”

3) Clasificaciones de alteración psicomotriz

He tomado algunas de las clasificaciones más conocidas de alteración psicomotriz, la de Bucher(), las de Ajuriaguerra de 1973() y de 1982(), y la de Bergès de 1990(). (ver tabla que se adjunta)

Lo primero que nos llama la atención es:

- la diferencia en cuanto al número de trastornos considerados por uno u otro autor,
- la inclusión de una misma alteración en diferentes categorías .
- la variedad de subcategorías en que agrupan los trastornos.
- las dificultades para clasificar la Debilidad motriz; mientras que de Ajuriaguerra la incluye dentro de la categoría Trastornos Psicomotores junto a otras alteraciones,

Bergès la excluye de los Trastornos Psicomotores y la ubica con estatuto propio, como una categoría aparte.

Bucher (1973)	De Ajuriaguerra (1973)	De Ajuriaguerra (1982)	Bergès (1990)
a) Trastornos del esquema corporal y de la estructuración témporo-espacial	I. TRASTORNOS PSICOMOTORES	a) Trastornos de la lateralización	I. MANIFESTACIONES PSICOMOTORAS DEL LACTANTE.
b) Los retrasos de maduración	a) Perturbaciones tónico-Emocionales precoces	b) Disgrafía	a) La hipotonía del niño
c) Disarmonías tónico-motoras	b) Hábitos y descargas motrices en la evolución	c) Debilidad motriz	b) Los trastornos del ritmo y las manifestaciones tónico-motoras
	c) Tics	d) Dispraxias	c) Las descargas
	d) Debilidad motriz	e) Inestabilidad psicomotriz	II. LOS TRASTORNOS PSICOMOTORES DEL NIÑO
	e) La inestabilidad psicomotriz o síndrome hiperquinético	f) tics	a) Las inestabilidades
	II TRASTORNOS DE LA REALIZACION MOTORA	g) Tricotilomanía. Onicofagia	b) La inhibición psicomotora
	a) Dirpaxias		c) Las distonías de actitud. El calambre del escritor
	b) Disgrafias		d) Los tics
			e) Las torpezas
			III . LA DEBILIDAD MOTORA DE DUPRE
			IV. LOS RETRASOS MOTORES
			V. TORPEZA Y LATERALIDAD
			VI. LAS DISPRAXIAS.

Por otra parte de Ajuriaguerra varía de la clasificación del 73 a la del 82 sustancialmente; pasa de plantear la existencia de Trastornos psicomotores y Trastornos de la Realización Motora, a incluirlos todos bajo el título Psicopatología de las conductas motoras (posiblemente más del lado de la falla instrumental).

Bergès por su lado habla de Manifestaciones o Trastornos psicomotores del lactante, del niño y a continuación una serie de patologías.

Sabemos que quienes se han referido a la existencia de trastornos psicomotores y han promovido la creación de la disciplina que hoy nos ocupa, han sido en su inmensa mayoría destacadísimos médicos: de Ajuriaguerra (...), Bergès (neurólogo, psicoanalista) y en nuestro medio la Profa. Rebollo (neuropediatra).

De ello se desprende algo obvio, que el lenguaje que nombra a la psicomotricidad es fundamentalmente extraído de la patología neurológica del adulto. Es así que se habla de tono, coordinación, equilibrio, gnosias, praxias, esquema corporal, lateralización, hiperquinesis, etc.

Sabemos que desde hace unos años, el lenguaje con el que los psicomotricistas nombran su quehacer está en plena transformación: postura, comunicación, investimento, expresividad, cuerpo real, cuerpo receptáculo, cuerpo imaginario, etc. Por supuesto que no desconocemos que Wallon utilizó un lenguaje cuasi-filosófico, muy alejado del modelo médico y que desde hace tiempo está siendo rescatado y que Bergès sin lugar a dudas ha salido del modelo médico y ha creado un lenguaje propio psicomotor con una enorme influencia del psicoanálisis lacaniano.

¿ Como congraciarse este nuevo lenguaje con el que los médicos nos identifican, el de la alteración psicomotriz como categoría nosográfica? ¿Será acertado considerar a la alteración psicomotriz como una entidad definida y limitada, factible de ser agrupada en categorías reconocibles y repetibles?

4) Clasificaciones de Trastornos del desarrollo.

No podemos obviar lo que la Asociación Americana de Psiquiatría, plantea en su “Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales” ¿Se habla allí de alteración psicomotriz? ¿Existe alguna categoría que se refiera a trastorno del movimiento?

Trastornos del desarrollo

- Trastornos específicos del aprendizaje
 - dislexia
 - disgrafía
 - discalculia
- Trastornos del lenguaje
 - disfasia
- Trastornos de las habilidades motoras
 - torpeza motora fina y/o gruesa
- Trastornos en el área de la atención y/o conducta
 - Déficit atencional (ADD)
 - Déficit atencional con hiperactividad (ADHD)
- Trastornos de la comunicación
 - Autismo
 - otros

Como una subclase dentro de los considerados TRASTORNOS DEL DESARROLLO, encontramos “Trastornos de las habilidades motoras –torpeza motora fina y/o gruesa” lo que se correspondería con las torpezas, las dispraxias, las digrafias, la debilidad motriz.

En fin todos los trastornos del movimiento observados en su vía final, la ejecución motriz. No interesa lo que ocurre con el deseo, con el tono de relación, con la mirada del otro, con las gnosias, con los elementos figurativos u operativos del pensamiento, con el proyecto motor, etc. No se toma en cuenta, por ejemplo, si el niño tiene un aumento de tono a partir del cual se pueda explicar su torpeza, o si tiene dificultadesgnosopráxicas importantes.

5) ¿Qué se observa en la clínica psicomotriz?

Y ahora a la clínica, a ver qué pasaba con estas clasificaciones y con lo que observaba semanalmente de mis pacientes. ¿Era posible incluirlos dentro de las categorías consideradas por alguno de los diferentes autores?

Tenía la impresión de que iba a ser muy difícil, ya que nuestra visión del niño ha ido ampliándose más allá del cuerpo y del movimiento. Pensar el movimiento como protagonista y como resultante de un proceso dinámico de desarrollo donde se integran y se intrican de modo inseparable aspectos subjetivos e intelectuales, me llevó a confeccionar una ficha para ordenar los datos que me resultaban más significativos:

5.a. Confección y análisis de la ficha:

La edad del paciente resulta fundamental desde el momento en que nos estamos refiriendo al desarrollo de funciones que están estructurándose.

La derivación y el motivo de consulta resultan significativas sobre todo en lo referente al encuadre de trabajo y al abordaje terapéutico. Si la lectura del paciente será dentro de la configuración que supone un equipo interdisciplinario o en forma aislada.

El desglose de diferentes aspectos en lo que respecta al cuerpo real, me pareció adecuado ya que va mostrando cómo aspectos que el neurólogo estudia en forma específica y separada de la funcionalidad, se van subsumiendo en otros cada vez más necesarios para el sujeto, sobre todo si hablamos en términos de desarrollo.

Cuando me refiero al cuerpo imaginario lo hago teniendo en cuenta, todas aquellas representaciones o angustias que el niño nos trasmite y que somos capaces de captar tanto por el discurso gestual, como por los contenidos expresados en el juego y/o en el dibujo, por el discurso verbal, pero sobre todo por la ruptura del registro simbólico que muchas veces y en pacientes más o menos graves se produce en el rincón del placer sensorio-motor. Pero dentro de este mismo renglón, me pareció pertinente agregar las representaciones de los padres respecto del cuerpo del hijo, sobre todo en los más pequeños.

Nombre: F.N: F.I: Esc:	Derivación:	Motivo de consulta:	Antecedentes familiares:	Antecedentes personales:	Encuadre de trabajo:		
CUERPO REAL			CUERPO IMAGINARIO	JUEGO	DIBUJO	PENS.LENG	APRENDIZ
Tono Coordinac. Equilibrio	Ejecución motriz	Expresividad psicomotriz	Fantasías y angustias relativas al cuerpo				
Diag. Psicom Nosografico	Diag. Psicom. Sintomático	Diagn. Psiquiatrico	Diagnóstico síntomas afectivo-emocionales	Diagn. Neuroped.	Diag. Etiológico	Conclusiones:	

Las producciones del niño –juego, dibujo, pensamiento-lenguaje- me parecieron ineludibles ya que si realmente creemos que el desarrollo es psicomotor, son los procesos de simbolización los garantes de que ese sujeto ha podido evolucionar del cuerpo a la representación. Por otro lado, tenerlos en cuenta, resulta útil en el momento de reflexionar acerca de la especificidad de la alteración psicomotriz.

El diagnóstico, que no es más ni menos que pensar:

¿Qué le pasa a este niño? (diagnóstico sintomático)

¿Le pasa a otros? (diagnóstico nosográfico o sindromático)

¿Cuál fue la/s causa/s comprobada científicamente? (diagnóstico etiológico)

En la columna Diagnóstico Psicomotriz (nosográfico) intento analizar si el niño por sus características es factible de ser homologado a las categorías propuestas por alguna de las diferentes clasificaciones psicomotrices mencionadas anteriormente.

En la columna Diagnóstico Psicomotriz (sintomático), me refiero a la concepción de alteración psicomotriz, desde el punto de vista del grupo al que pertenezco y con el que venimos trabajando y produciendo desde hace muchos años. Es así que consideramos que ese modo alterado de ser y estar en el mundo se constituye en las vicisitudes de los procesos de integración somato-psíquica y ponemos especial atención a la construcción

de las constantes corporales (eje, tono y movimiento), y la dinámica del sujeto desde el ser-hacer.

En nuestra lectura los procesos de integración somatopsíquica si se han desarrollado adecuadamente conducirán al sujeto desde un constituirse como SER unificado en un cuerpo que habita en la mente, a la vez que una mente que se conecta con ese cuerpo, pudiendo proyectarse en el HACER.

En la columna Diagnóstico Psiquiátrico, se anota si el niño ha sido visto por psiquiatra infantil y si éste ha dado un diagnóstico. En la columna siguiente, Diagnóstico de elementos afectivo-emocionales, ordenamos los datos aportados por el psicólogo o aquellas evidentes que nos aportan sus padres o que nosotros mismos observamos en el niño y que resultan significativos desde este punto de vista.

Bajo el título Diagnóstico Neuropediátrico, en el caso de los niños que han sido visto por neuropediatra, apuntamos a la información dada por el mismo acerca de lo que le sucede al paciente.

Y en Diagnóstico Etiológico, solamente se anotan aquellas patologías que han sido comprobadas científicamente como es el caso del Síndrome de Down, Glucogenosis, Toxoplasmosis, Síndrome de Prader-Willie, etc., y que sabemos porque la estadística lo demuestra su vinculación directa con trastornos en el desarrollo neuropsíquico.

7) CONCLUSIONES.

- Es cada vez más difícil, viendo la clínica, tratar de agrupar a los pacientes teniendo en cuenta los cuadros nosográficos más arriba descriptos. Vemos que una y otra vez la alteración psicomotriz es desbordada por otra problemática que muchas veces toca la estructuración del pensamiento expresada en la desorganización del lenguaje, en el discurso que acompaña al juego, en las dificultades de discriminación realidad-fantasa, en los arrebatos de impulsividad donde el niño parece querer atravesar y meterse dentro del cuerpo del otro, en una problemática social y/o familiar caótica, etc.
- Todo esto nos lleva a pensar que no podemos hablar de alteración psicomotriz como cuadro específico y clasificable nosográficamente. Que es preferible hablar de síntomas, y junto con los otros datos de los demás profesionales del equipo configurar un mosaico del funcionamiento del sujeto para llegar a construirnos una hipótesis psicomotriz a partir de la cual abordar al paciente. Así podremos trabajar de una manera más libre, sin adherir el paciente a una palabra. Si pensamos en los riquísimos aportes del Prof. Jean Bergès, veremos que en sus últimas producciones prácticamente no se refiere a trastorno psicomotor sino a síntoma psicomotor. El define el síntoma psicomotor de la siguiente manera:

“El síntoma psicomotor a diferencia del síntoma motor, no interesa ni a la estructura del sistema nervioso correspondiente, ni a la función, sino al funcionamiento ante la mirada del examinador.

Y sobre todo toma sentido en el discurso que lo describe, principalmente el discurso de los padres.

El síntoma psicomotor existe en la medida en que creemos en la existencia de un inconsciente”

