

APLICACIONES DE LA PSICOMOTRICIDAD: LA POLINEUROPATÍA DEL PACIENTE CRÍTICO

DRA. CHRISTIAN ARIANA CEA HERNÁNDEZ

Maestranda en Psicoterapia Psicoanalítica por el Colegio Internacional de Educación Superior. Médico Cirujano y Partero por la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional. Correo electrónico: arianaceahernandez@gmail.com

Recepción: 18 noviembre 2021/ Aceptación: 10 diciembre 2021

RESUMEN

Los tiempos pandémicos actuales exigen que haya disciplinas que abarquen campos de los que no se han ocupado con anterioridad, con el fin de enfrentar de una manera distinta a la contingencia mundial que ha amenazado la normalidad de múltiples formas. La mirada central en este estudio está en los sujetos diagnosticados con Polineuropatía de Paciente Crítico (PPC). La intención es puntuar a la psicomotricidad como la herramienta de mayor utilidad para la recuperación de estos pacientes, dado el perfil dual que se maneja en el tratamiento orgánico corporal, y la atención brindada en la psique. La psicomotricidad y el psicoanálisis pueden engrandecerse entre ellas. El psicoanálisis presta sus teorías para darle un soporte a las funciones que resultan fundamentales de la psicomotricidad. Es turno de la psicomotricidad de desarrollar nuevas estrategias, que permitan el manejo integral desde el lugar privilegiado que posee. *Palabras clave: Polineuropatía del Paciente Crítico, psicomotricidad, psicoanálisis, rehabilitación.*

SUMMARY

The current pandemic times demand to discipline that cover fields that have not been dealt with previously, in order to face in a different way, the global contingency that has threatened normality in multiple forms. The central focus in this study is on the subjects diagnosed with Critical Patient Polyneuropathy (CPP). The intention is to rate psy-

chomotricity as the most useful tool for the recovery of these patients, given the dual profile that is handled in the organic body treatment, and the care provided on the psyche. Psychomotricity and psychoanalysis can magnify each other. Psychoanalysis lends its theories to support the fundamental functions of psychomotricity. It is the turn of psychomotricity to develop new strategies that allow comprehensive management from the privileged place it has. *Key words: Critical Patient Polyneuropathy, psychomotricity, psychoanalysis, rehabilitation.*

RÉSUMÉ

Les temps de pandémie actuels exigent qu'il y ait des disciplines qui couvrent des domaines qui n'ont pas été traités auparavant, afin de faire face d'une manière différente à la contingence mondiale qui a menacé la normalité de multiples manières. L'objectif central de cette étude est sur les sujets diagnostiqués avec la polyneuropathie critique du patient (CPP). L'intention est de classer les compétences psychomotrices comme l'outil le plus utile pour le rétablissement de ces patients, étant donné le double profil qui est traité dans le traitement organique du corps et les soins fournis sur le psychisme. La psychomotricité et la psychanalyse peuvent s'amplifier mutuellement. La psychanalyse prête ses théories pour soutenir les fonctions fondamentales de la psychomotricité. C'est au tour de la psychomotricité de développer de nouvelles stratégies qui permettent une prise en charge globale à partir de la place privilégiée dont dispose.

MOTS CLÉS: Polyneuropathie critique du patient, habiletés psychomotricité, psychanalyse, rééducation.

INTRODUCCIÓN

Los tiempos pandémicos actuales exigen que haya disciplinas que abarquen campos de los que no se han ocupado con anterioridad, con el fin de enfrentar de una manera distinta a la contingencia mundial que ha amenazado la normalidad de múltiples formas. Los centros de salud tuvieron que sufrir reconversiones una y otra vez para alcanzar las necesidades sanitarias de cada uno de los países, la información científica y técnica ha alcanzado velocidades estratosféricas y alcanza a dar la vuelta al mundo en

cuestión de segundos, y día con día hay nuevas tecnologías empleadas que giran alrededor de la conservación de la salud y de la condición humana.

Uno de los lugares quizás más apocalípticos que la realidad actual nos ofrece se encuentra dentro de los hospitales, siendo incluso asociado con una idea de una muerte inevitable, y por ello evitados en la sociedad actual. Sin embargo, la ligazón presentada no está lejos de la realidad: estos sitios se han convertido en campos de batalla, donde el surrealismo de sobrevivir a la amenaza de una muerte inminente se vuelve una realidad tangible. Al médico se le exige conocer las técnicas para preservar la vida, sin preocuparse demasiado en el contexto inmediato por las consecuencias que estas maniobras pueden traer consigo, para no retrasar la atención.

La mirada central en este estudio está justo en los sujetos que son sometidos a estas acciones de soportes vitales, y a una estancia hospitalaria prolongada en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), y más específicamente, en aquellos casos donde el cuerpo se ha deteriorado en una gran parte debido a las medidas inicialmente diseñadas para mantener al individuo con vida, perdiendo incluso la autonomía motora, con un psiquismo traumatizado que puede incluso ser incapaz de procesar la realidad mortífera que lo rodea. Específicamente, me refiero al diagnóstico de la Polineuropatía de Paciente Crítico (PPC).

La intención con la información aquí mostrada es puntuar a la psicomotricidad como la herramienta de mayor utilidad para la recuperación de estos pacientes, dado el perfil dual que se maneja en el tratamiento orgánico corporal, y también la atención brindada en la psique, el cual en momentos tan particulares como el que expongo, requiere de una atención mayor a la actualmente proporcionada.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

La investigación girará inicialmente en torno a las características de la PPC: aspectos estadísticos, etiología, condiciones clínicas, y consecuencias a mediano y largo plazo.

Posterior a ello, y tomando a la psicomotricidad en el papel estelar, se revisarán las aplicaciones actuales de la materia en la actualidad, y las particularidades que posee

para el trabajo a nivel psique - soma, necesario e importante en el abordaje de los pacientes elegidos como tema de estudio en este trabajo.

DESARROLLO

LA POLINEUROPATÍA DEL PACIENTE CRÍTICO: ASPECTOS MÉDICOS

La Polineuropatía del Paciente Crítico (PPC) describe una neuropatía que abarcaba las funciones sensoriales y motoras, encontradas en un 60 – 80% de los pacientes que habían tenido un ingreso a la UCI, llegando a ser en el 100% de los casos en pacientes con diagnósticos de sepsis, Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS), y Falla Orgánica Múltiple (FOM) [1].

Descrita por primera vez en 1977, la PPC se considera una serie de daños musculares múltiples más allá de una afección única, cuya manifestación clínica más común es la dificultad e imposibilidad del destete de la ventilación mecánica asistida (VMA) [2]. Este tipo de afecciones se desarrolla entre los primeros 2 – 5 días de estancia en UCI o desde el comienzo de la inflamación sistémica, y generalmente debe sospecharse en pacientes con al menos 2 – 3 semanas de estancia en UCI. Las causas de esta condición son múltiples: el uso de bloqueadores neuromusculares y otros medicamentos, alteraciones en el metabolismo de la glucosa y de la albúmina, estados hiperosmolares, el uso de nutrición parenteral, entre otros [1].

La gran problemática que este tipo de afecciones tiene es la probable evaluación inadecuada, mientras los pacientes se encuentran con medicamentos sedantes, anestésicos y relajantes, sobre todo en los primeros días de estancia en UCI [1]. El cuadro clínico depende mucho del nivel de la afección nerviosa: principalmente a nivel de mielina (generalmente por procesos infecciosos, dando parestesias y debilidades musculares), del axón (secundario a diabetes mellitus o insuficiencia renal cuando son simétricas, y síndrome parainfeccioso o vascular cuando son asimétricas), y de *vasa nervorum* (afección de varios nervios de forma bilateral) [3]. Con el fin de apoyar al clínico para el diagnóstico temprano, se realizan estudios como la electromiografía o estudios de neuroconducción [1].

El pronóstico depende mucho del grado de afección: en los casos leves, la recuperación puede llevarse a cabo en semanas, en contraste con aquellos casos graves en que incluso a los 2 años hay persistencia de limitación de la movilidad, con un pronóstico funcional desfavorable, siendo peor cuando se encuentra con una neuropatía axonal con enlentecimiento de la velocidad de conducción. Los tres factores de peor pronóstico son: la larga estancia en UCI, la pérdida de peso, y una duración prolongada de sepsis [2].

Dentro de las recomendaciones para evitar este tipo de alteraciones, se encuentra el evitar los fármacos neurotóxicos (corticoides, bloqueadores neuromusculares principalmente), evitar los daños periféricos por compresión, y un manejo adecuado de la hiperglicemia. La evolución favorable depende de la recuperación del déficit neurológico, un acceso rápido a los servicios de rehabilitación física, y el manejo de las complicaciones secundarias a la inmovilización, como el dolor, las escaras, alteraciones vasculares, entre otros [1]. Es ideal la formulación y la definición de un plan de recuperación en que se involucre la familia, el personal de enfermería y el mismo paciente, incluyendo en ello las expectativas del proceso: desde el grado de recuperación, la independencia del paciente, la movilidad, el retorno a las actividades laborales, entre otros [3].

La fisioterapia ha sido una herramienta que se ha mantenido al servicio de los pacientes que tienen alguna situación de discapacidad, por lo que es esperado que se desarrollaran herramientas específicas para cada momento de esta afección, teniendo un papel estelar en su prevención y tratamiento [4].

Antes de continuar, vale la pena señalar algunas características de la hospitalización: no solo implica una afección orgánica, sino que también es un factor de estrés capaz de causar alteraciones emocionales, cognitivas y conductuales; hay una separación con las rutinas en casa, con los miembros de la familia y las tareas en los círculos sociales en los que el sujeto en cuestión pertenece. Ante este contexto, la empatía del personal de salud que rodea al enfermo resulta primordial [5].

SOBRE LA PSICOMOTRICIDAD

El cuerpo tiene un lugar fundamental en la práctica psicoanalítica, sin embargo, se ha dejado de lado sobre todo en las teorías lacanianas: la porción biológica pertenece al campo de lo Real, y se toma partida por la porción representada, correspondiente al eje simbólico, al cual podemos dirigirnos a partir del lenguaje. El cuerpo pasa a ser una entidad que puede ser tocada a partir de la palabra en el diván; y se toma en cuenta como la dimensión en la que se pueden llegar a representar aquellas situaciones que no pueden ser simbolizadas en el discurso [6].

Desde las teorías freudianas se establecía a la vivencia dolor (ligada a la sensación corporal del dolor) como una experiencia fundante en la psique, incluso previa al placer. El aparato psíquico tiende a la disminución de las tensiones, y por ende a evitar el displacer. El dolor resulta anterior a la condición de la satisfacción, por ende, el deseo no se puede inscribir sin esta vivencia previa [7]. Ante esta experiencia, la respuesta del aparato psíquico es la movilización de las investiduras para ligar la ruptura consecuente, y reestablecer la protección ante los estímulos externos; empobreciendo al mismo tiempo las investiduras del resto del cuerpo [8].

La psicomotricidad surge como una materia centrada en el cuerpo de un sujeto deseante: No sólo se trata de un conjunto de órganos y sistemas, pasa a ser la suma de un organismo, una imagen, y un esquema corporal con habilidades motoras. A la par, da paso a la transferencia para poder ocuparse del sujeto que se encuentra inmerso en un cuerpo no respondiente, para dar paso a una actualización de esta misma imagen corporal inconsciente. La transferencia está instalada en el momento en que el terapeuta encarna un Otro a quien se puede confiar la capacidad de uno mismo para la producción, el juego, el decir y la creación [9].

Uno de los conceptos que es fundamental revisar es el de la función tónica, entendida como una estructura primordial del desarrollo motor, y como un organizador de lo corporal y lo que conlleva: posiciones, equilibrio, posturas, entre otros. El diálogo tónico tiene como base primordial la emoción, permitiendo que esta se exprese a través de la corporalidad. La función tónica es capaz de imprimir lo afectivo – emocional en el

cuerpo: ansiedad, angustia, tensión, deseo, motivación, entre otros; y el papel del psicomotricista es establecer este diálogo, que en primera instancia es llevado entre la madre y el bebé, para que las explosiones emotivo - orgánicas sean capaces de transformar el medio que lo rodea [9].

La psicomotricidad tiene distintas aplicaciones, y basa la práctica en tres ejes fundamentales: la función motora (en que facilita la adquisición del esquema corporal y la toma de conciencia del cuerpo), la cognitiva (mejora de la memoria, audición, visión, atención, concentración y creatividad), y la social afectiva (conocer el medio que los rodea, y poder desarrollar las habilidades para desenvolverse en él, superando dificultades y miedos). La psicomotricidad terapéutica la más útil en este estudio, dado que se centra en una práctica individual, personalizada de acuerdo a las necesidades específicas de cada caso particular, independiente a la edad del paciente, tomando también en cuenta que los factores corporales influyen en el psiquismo, por lo que las experiencias motoras que se puedan proporcionar resultan fundamentales también para fijar nuevas habilidades, modificando las anteriormente aprendidas [10].

LA PSICOMOTRICIDAD: ¿ÚTIL EN LA REHABILITACIÓN DE LA PPC?

Si bien anteriormente se ha puntualizado sobre la importancia de la rehabilitación física, meramente orgánica en el tratamiento post – extubación en la PPC, el ambiente hospitalario deja fácilmente fuera el componente psíquico, como si el rescate de la porción corporal fuera suficiente para mantener a una persona con vida. Se espera que el sujeto siga aferrándose a la vida de la misma forma en que lo hacía antes de pasar por la intubación. El sujeto vuelve a la conciencia, sólo para descubrir que el cuerpo que conocía antes del proceso no es el mismo que posee al despertar: ahora está lastimado, insensible, a veces hasta incompleto, y los trabajadores de la salud analizan una recuperación de aparatos y sistemas, sólo para darle de alta y regresarlo a la cotidianidad que perdió de forma súbita al entrar a la terapia intensiva [11].

El psicoanalista con su escucha puede permitir que el sujeto en cuestión procese de una forma distinta todo el trauma antes ocurrido, pero hay un intervalo intermedio en que la incapacidad motora interfiere de forma directa al acceso de la psicoterapia (aun

tomando en cuenta los medios digitales tan modernizados). Es en el punto en que el paciente queda a su merced, donde la psicomotricidad puede tomar una gran importancia, en el ambiente hospitalario, y también en el ambiente del hogar.

Se hace la invitación a pensar en algunas particularidades antes señaladas de la PPC: se habla de un cuerpo incapaz de moverse, de sentir, e incluso de ambas tareas. Un cuerpo que puede ya no ser reconocido como propio, que ya no será mirado como antes del evento. Un cuerpo lleno de cicatrices y marcas que evidencian los procesos médicos que el sujeto pasó, en un periodo de tiempo donde no había una conciencia, y en la que no se puede afirmar o negar la presencia de un inconsciente registrando; un cuerpo que incluso puede ser rechazado por ser el monumento a lo mortífero de la experiencia.

Vale la pena recalcar que se trata de pacientes en un estado de vulnerabilidad prácticamente absoluta, donde el dolor orgánico y psíquico es parte de la experiencia cotidiana, por lo que es importante pensar en terapéuticas que puedan brindar abordajes integrales. Estos pacientes ya tomaron la decisión de continuar la vida, a pesar de las consecuencias; y los profesionales que los acompañen tienen el deber de que esa vida pueda desenvolverse en el mejor escenario posible en todos los ámbitos, respetando siempre el deseo del sujeto a quien se enfrentan.

Si se puede hacer una comparación con lo planteado hasta este momento, quizás la escena que resulta más equiparable es el del recién nacido, en que el cuerpo es el receptor de las sensaciones de placer y displacer, y donde no hay una diferencia entre el objeto y la zona estimulada. La función primordial de la madre radica en la erogenización del cuerpo, y de la satisfacción de las necesidades biológicas y emocionales del bebé [12]. En la infancia, es gracias a la madre que presenta una y otra vez el cuerpo ante la psique y viceversa, que se lleva a cabo el proceso de personalización, y por ende las bases del *self* en el cuerpo, llegando a establecer relaciones entre el niño y las identificaciones que se organizan en la realidad psíquica interna, y permitiendo la relación con los objetos externos sin perder su identidad [13].

Por otro lado, el trauma psíquico como evento, es capaz de superar las defensas yojicas desarrolladas en etapas del desarrollo emocional anterior. Posterior al evento se pueden edificar nuevas defensas, pero en el instante anterior a ello, el sujeto puede sufrir una pérdida de continuidad de la existencia, por la falla ambiental que renueva las angustias impensables: desintegración, caída interminable, ausencia de orientación, entre otras que generalmente se encuentran en los primeros instantes de la vida [14].

Es lícito pensar en el cuerpo doliente y herido de la PPC como una base de un pictograma negativo basado en displacer, con el consecuente desinvertimiento de la representación zona – objeto complementario. Por otro lado, el psiquismo se encuentra gravemente desorganizado, dada la incapacidad de poder significar la experiencia brutal de haber “vencido” a la muerte [11]. Bajo este escenario, el retorno a la cotidianidad de la vida previa al suceso, a la enfermedad, resulta irreal, y se deben contar con las herramientas necesarias para poder brindar un tratamiento integral, que se interese a la par de la porción orgánica, y de la situación psíquica, ofreciendo con ello una recuperación mucho más completa, por ende, con la cualidad de ofrecer una mejor calidad de vida.

Los objetivos terapéuticos en estos pacientes, que parecieran de dos campos completamente distintos, comienzan a converger en el ámbito de la psicomotricidad. No sólo la recuperación de la voluntad motriz y la capacidad sensorial; también se trata de una re - erogenización del cuerpo sufriente, y a la par una re - personalización, permitiendo una organización del psiquismo que se pueda alejar del dolor, que pueda volver a encontrar el placer. Se podría hablar incluso de una resignificación de un cuerpo transformado, ajeno: se trabaja con el cuerpo para volver a habitarlo con todo lo que ello implica.

A partir de las atenciones ofrecidas al cuerpo es que las funciones neuronales se recuperan en una forma orgánica. Regresa la capacidad de modificar el mundo exterior de acuerdo a la voluntad motora de forma paulatina, y con ello la independencia perdida. Nuevamente se puede hacer la comparación con el bebé, el cual parte desde la dependencia absoluta a la independencia, y requiere de un ambiente facilitador para lo-

garlo. En la dependencia relativa, el bebé es capaz de percatarse de su dependencia, y aparece la angustia ante la ausencia prolongada de la madre [15]. El sujeto en cuestión requiere del personal de salud para satisfacer las necesidades básicas corporales, e incluso el manejo de la angustia ante sus ausencias puede ser variado. No es raro encontrar pacientes que, luego del alta hospitalaria, cuentan con un enfermero en el domicilio para apoyarlo.

Basados en los roles maternos en los estadios rescatados en este texto, es probable que se pueda desarrollar una relación particular al estar en contacto con estos pacientes que los trabajadores hospitalarios desconocen, y por ende tampoco saben aprovechar. La psicomotricidad es la materia que más provecho saca de esta relación al posicionarla como transferencial, por ende, pudiendo ofrecer un mayor beneficio ante estos escenarios tan catastróficos.

El perfil profesional del psicomotricista, con sus cualidades únicas, resulta en el más adecuado para el tratamiento de las condiciones graves como la PPC. El entrenamiento ante la recuperación de las funciones motoras, el entendimiento de los procesos psíquicos encontrados, el aprovechamiento de la escena, y el uso de la transferencia hacen que la posibilidad de una recuperación integral de estos pacientes sea una realidad, sin dejar de lado ninguno de los aspectos fundamentales de la vida del sujeto.

CONCLUSIONES E INVITACIONES FUTURAS

Uno de los puntos iniciales en que este trabajo comenzó fue en la idea de la convergencia entre los servicios de rehabilitación física y la psicomotricidad, a una forma de aliar ambas disciplinas. Los enfoques multidisciplinarios siempre ofrecen enriquecimientos en todas las direcciones empleadas, brindan bases para nuevos trabajos, y para nuevos usos de las herramientas ya desarrolladas. Tristemente, en las bibliografías actuales, pareciera que la rehabilitación y la psicomotricidad corren a puntos distintos, y son pocas las ocasiones en que se atreven a converger.

No es una situación particular. Pensar en que la medicina se enfoque en situaciones que van a la par de lo orgánico es solicitarle un ideal imposible de alcanzar. Afortuna-

damente, hoy en día existen herramientas como el psicoanálisis, que se pueden encargar de aquello que la medicina hace a un lado. La medicina se resiste a tomar en cuenta al psicoanálisis, y el psicoanálisis también llega a hacer a un lado las situaciones fisiológicas. Este estudio es una invitación bilateral, a los profesionales de la salud de distintas áreas, de tomarse en cuenta, de reinventarse, de abarcar más campos de los que actualmente se piensan. Al final, las ciencias de la salud persiguen el bien común del estado de bienestar del sujeto.

La asociación realizada en este texto fue distinta a la planeada en un inicio. La psicomotricidad y el psicoanálisis también pueden engrandecerse entre ellas, y este estudio es el ejemplo de ello. El psicoanálisis presta sus teorías para darle un soporte a las funciones que resultan fundamentales de la psicomotricidad. Es turno de la psicomotricidad tomar a partir de los puntos expuestos, para desarrollar nuevas estrategias, que permitan el manejo integral desde el lugar privilegiado que posee.

Es poco probable que la PPC sea el único punto de aplicación de las bases aquí formuladas. Probablemente puede extenderse a distintas afecciones corporales: las enfermedades autoinmunes que comprometen la movilidad (como las artritis o las espondilitis en todas sus variedades), las situaciones crónicas que deterioran paulatinamente las funciones vitales (como la diabetes o la hipertensión arterial, por ejemplo, en la agudeza visual o en las funciones sensitivas periféricas), entre otras. Si la psicomotricidad tiene una importancia tan radical en afecciones tan graves como las planteadas en este estudio, ¿Qué no podría hacer con otros sujetos?

BIBLIOGRAFÍA

- [1] CERDA, AL. (2011). Evolución neurológica y funcional en pacientes con polineuropatía de paciente crítico. Revisión de literatura y reporte de casos. Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile. 22. Revisado 12/04/2021 DOI: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/evolucion_neurologica.pdf
- [2] VINDAS, MT. (2011). Polineuromiopatía del paciente críticamente enfermo. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. 1 (1). DOI: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/6983/6670>

- [3] OTERO, RE. Polineuropatías en pacientes críticos. (2019). Trabajo de Fin de Grado de Enfermería. España. España. Universidad de Cantabria. Revisado 15/04/2021. DOI: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/16980/OteroRuizE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [4] PAZ, L. ET AL. (2020). ¿Qué papel desempeña la Fisioterapia en la pandemia mundial por COVID 19? Fisioterapia. España. Revisado 18/04/2021 DOI: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/25650/ListaPaz_Ana_2020_Papel_desempe%C3%B1a_Fisioterapia_pandemia.pdf
- [5] ROMERO, HAA, ROMERO, IK. (2020). El juego como herramienta psicomotriz en los niños hospitalizados. Psicomotricidad, Movimiento y Emoción. Vol. 6. México. Revisado 20/04/2021. DOI: <https://cies-revistas.mx/index.php/Psicomotricidad/issue/view/Psicomotriciad%2C%20empresa%2C%20medicina%20y%20danza>
- [6] PONCE, LE. (2002). Una propuesta interdisciplinaria: Psicoanálisis y psicomotricidad en una técnica conjunta para el tratamiento de niños. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, vol 96. Uruguay. Revisado 23/04/2021. DOI: https://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup96/rup96-poncedeleon.pdf
- [7] FREUD, S. (1895). Proyecto de psicología para neurólogos: La vivencia del dolor. Obras completas vol. 1. Buenos Aires: Amorrortu, 2005.
- [8] FREUD, S. (1920). Más allá del principio del placer. Obras completas vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu, 2005.
- [9] MOLINA, RM. (2015). Del psicoanálisis a la psicomotricidad: Contribuciones de Esteban Levin. Psicomotricidad, Movimiento y Emoción. Vol 1. México. Revisado 23/04/2021. DOI: <https://cies-revistas.mx/index.php/Psicomotricidad/article/view/24#:~:text=Resumen,y%20la%20escucha%20del%20sujeto.>
- [10] PORTERO, SNP. (2015). La psicomotricidad y su incidencia en el desarrollo integral de los niños y niñas del primer año de educación general básica de la escuela particular “Eugenio Espejo” de la ciudad de Ambato Provincia de Tungurahua. Tesis de Licenciatura en Ciencias Humanas y de la Educación. Ambato, Ecuador. Universidad

Técnica de Ambato. Revisada 27/06/2021. DOI: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/25938/1/TESIS%20DE%20PSICOMOTRICIDAD%20.pdf>

[11] CEA, HCA. (2021) La intubación orotraqueal como causa de trauma psíquico. Le-tra en psicoanálisis. Vol 7. México. Revisado 01/07/2021. Revisado 01/07/2021 DOI: <http://www.cies-revistas.mx/index.php/Psicoanalisis>

[12] AULAGNIER, P. (1977). La violencia de la interpretación. Buenos Aires: Amorrortu, 1996.

[13] WINNICOTT, D. (1970). Sobre las bases del self en el cuerpo. Exploraciones psi-coanalíticas vol 1. Argentina: Paidós, 2006.

[14] WINNICOTT, D. (1989). El concepto de regresión clínica comparado con el de or-ganización defensiva. Exploraciones psicoanalíticas vol. 1. Argentina: Paidós, 2016.

[15] WINNICOTT, D. (1965). De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo. El proceso de maduración en el niño (Estudios para una teoría del desarrollo emocional). España: Laila. 1981.