



Directorio

Psicomotricidad, Movimiento y Emoción

Director- Editor

Dr. Jaime Fausto Ayala Villarreal

Consejo de Redacción

| <i>Redacción</i> | <i>Gráfico</i> |
|--|-----------------------|
| Concepción Rabadán Fernández Jimena Ayala Rabadán María Esther Castillo Barnetche Ezequiel Martínez Martínez Patricia Nava Alejo | Regina Latapí Jiménez |

Nacional

Dr. Javier Amado Lerma

Ciudad de México, Instituto Nacional de Psiquiatría

Dra. Thalia Attié Rohl

Ciudad de México, Independiente

Lic. Medicina Jimena Ayala Rabadán

Universidad La Salle

Mtra. Mariana Becerra Arzate

Ciudad de México, Independiente

Dra. Martha Patricia Bonilla Muñoz

Ciudad de México, Instituto Mexicano de Terapia Cognitivo-Conductual

Dra. María Esther Castillo Barnetche

Ciudad de México, Independiente

Dra. Rosa María Denis Rodríguez

Pachuca, Hidalgo. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Mtro. Armando Israel Escandón Muñoz

Taller Maladrón, CDMX

Mtro. Juan Francisco Garduño Aparicio

Ciudad de México, Independiente

Mtro. Nicolás Guzmán Nava

Ciudad de México, DIF Nacional

Mtro. Pedro Rafael Hernández Uzcanga

Ciudad México, Colegio Internacional de Educación Superior.

Mtra. Mitzi Miriam León Calderón

Ciudad de México, Independiente

Lic. Ezequiel Martínez Martínez

Ciudad de México, Independiente

Mtro. José Mendoza Landeros

Ciudad de México, Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia

Mtro. Macario Molina Ramírez

Ciudad de México, Escuela Superior de Educación Física (ESEF).

Mtra. María Oswelia Murad Robles

Ciudad de México, Independiente

Dra. Alicia Parra Carriedo

Ciudad de México, Universidad Iberoamericana

Mtra. Paulina Reyes Retana Dahl

Ciudad de México, Independiente

Mtro. José Eduardo Reynoso Cruz

Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Juan Gabriel Serna Guerrero

Pachuca, Hidalgo, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Mtra. Martha Elva Valenzuela Amaya

Ciudad de México, Colegio Internacional de Educación Superior

Mtro. Josué Dante Velázquez Aquino

Ciudad de México, Colegio Internacional de Educación Superior

Comité Editorial:

Internacional

Lic. Miguel Sassano

Buenos Aires, Argentina. Universidad de Morón

Mtra. Katia Fabiola Medina Sanjinés
Bolivia

INDICE

EDITORIAL

ENTRE PÉRDIDAS Y DUELOS

Jaime Fausto Ayala Villarreal y Concepción Rabadán Fernández

ENTRENAMIENTO AUTÓGENO DE SCHULTZ EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA EN EL HOSPITAL CENTRAL MILITAR

Maritza Joanna Nava Morales*, Samantha Rodríguez Martínez**, Nayeli Isabel Trejo Bahena**, Rodolfo Lerma Espinoza**, Monserrat Guadalupe Murillo Gutierrez**.

EI TERAPEUTA DE LENGUAJE CON Y SIN ENFOQUE PSICOMOTRIZ: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

Zeltzin Anaid Molina Méndez

TRANSFORMACIONES DE LA ADOLESCENCIA A TRAVÉS DE LA EXPRESIÓN CORPORAL EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Andrea Ibarra Frías

EL CASO DE “TAGO” Y LA INFLUENCIA DE LA NATURALEZA SENSORIAL EN LA INTEGRACIÓN DEL ESQUEMA CORPORAL.

Ana Jocelyn Esquerro Zamudio

EDITORIAL

ENTRE PÉRDIDAS Y DUELOS

Con las aportaciones del psicoanálisis, la depresión implica un planteamiento diferente al de la psiquiatría clásica. La falta, las pérdidas, las ausencias, si se tramitan como equivalentes del duelo, irán estructurando el aparato psíquico, formando parte de los apremios de la vida. Los duelos constituyen los fenómenos con que se va estructurando la personalidad en la continuidad existencial entre las discontinuidades. Pierre Fédida, lo explica: la psique, metáfora primitiva de toda depresión.

Por su parte, Melanie Klein había analogado el duelo temprano con el duelo actual. En la posición depresiva el bebé, en el primer año de vida, logra integrar lo bueno y lo malo del objeto. Ya no son dos objetos escindidos sino uno total. En la posición anterior la esquizo-paranoide, amar a un objeto y devorarlo estaban íntimamente relacionados. Las posiciones esquizo-paranoide y depresiva, implican una fantasía, un sentimiento y las respectivas defensas. Cada paso hacia la unificación del yo conduce otra vez a una renovada disociación de las imagos en buenas y malas, prevaleciendo la omnipotencia. En la posición depresiva entonces hay una pena y culpa por haber dañado al objeto y la capacidad para repararlo.

Si pensamos el duelo con el “Proyecto de psicología para neurólogos” y con “Pulsiones y destinos de pulsión” de Sigmund Freud, es desde el desamparo que la madre auxilia al bebé. En la vivencia del auxilio coinciden angustia, placer y dolor; este último como lo que no se liga y la angustia como la transposición de la energía biológica en libido, como el mínimo de ligadura. El bebé como un yo placer purificado inicial, cuando falta el auxilio ajeno, surge la gratificación alucinatoria del deseo; esta alucinación entendida como un momento de especularización: aún en la falta, él genera siempre placer, él es el pecho. El aparato psíquico es capaz de organizar una alucinación y así elaborar, en la diferencia, lo que falta, dando apertura al deseo.

En palabras de Winnicott, ahí donde la madre-ambiente falla, la mente del bebé funciona ayudando a realizar las funciones de la madre; piensa, como una forma de habitar, cobijar la organización del yo. En la creatividad primaria, el bebé tiene la ilusión de ser el creador del pecho, estando presente. La ilusión y los fenómenos transicionales facilitarán la continuidad en la existencia, implicarán la posibilidad de sentirse real entre los fenómenos de ilusión y desilusión.

Cuando el bebé cuenta con un aparato psíquico capaz de organizar un estado de relajación que le permite soñar, es entonces que puede soñar la gratificación del objeto de la falta, dando acceso al deseo.

El nieto de Sigmund Freud de 18 meses de nacido jugando Fort Da elaboraba, en un primer tiempo, la ausencia-presencia de la madre. Continuando, en un segundo tiempo, jugaba a hacerse desaparecer a sí mismo, cuando lograba, al jugar con su imagen en el espejo, hurtar el cuerpo (erogenizado) a la imagen del espejo.

El objeto se crea en el acto de rechazarlo refiere Winnicott. André Green lo explica: para poder decirse sí a uno mismo, hace falta poder decirle no al objeto. La oposición, la negatividad, la represión primaria y secundaria forman parte del establecimiento del No. La negación que corresponde al no del lenguaje, que es a la vez una pérdida y una sustitución.

El bebé necesita de un objeto que satisfaga y de uno que permita hacer oposición. Para la fuerza vital del infante (la agresión), es importante, refiere Winnicott, poder destruir el objeto y éste sobrevivir a su destrucción en la fantasía. Los fenómenos de destructividad o negativización van permitiendo ir transitando por los procesos de maduración emocional primitivos.

Entonces el duelo transcurre en la repetición dentro del tiempo, entre soñar/dormir, jugar, destruir/sobrevivir, crear, fantasear, imaginar. Pierre Fédida en su artículo "El actuar depresivo" en la revista *Espectros del psicoanálisis* (territorios 2, 2002), explica, en la depresión, en el duelo, "La vida se hace lenta y se ensordece, y cada uno, a pesar de sí mismo, regresa al cadáver". Cada duelo reorganiza la estructura psíquica, moviliza los lazos narcisistas, como en el sueño de cada noche se reorganiza la disposición estructural psíquica y narcisista del durmiente.

Entonces hay formas de funcionar el aparato psíquico capaz de lidiar con la ausencia/presencia, la falta, la pérdida, el vacío, que llevan a la estructuración del aparato psíquico, en la continuidad existencial entre las discontinuidades.

A pesar de que el proceso de duelo forma parte de la estructuración psíquica y de que las formaciones de compromiso son la forma de funcionar del aparato psíquico, esto no implica que con la muerte de un ser querido o de un ideal, se deje de sentir dolor psíquico. Para Freud, en su trabajo "Duelo y melancolía" textualmente explica, el proceso

de duelo que le indica que el objeto amado ya no existe más no se cumple enseguida, se ejecuta pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y de energía de investidura mientras la existencia del objeto perdido continúa en el aparato psíquico. Cada uno de los recuerdos y cada una de las expectativas en que la libido se anudaba el objeto son clausurados, sobreinvertidos y en ello se consume el desasimiento de la libido. La operación de compromiso del duelo, que va ejecutando una despedida, pieza por pieza de la orden de la realidad, resulta extremadamente doloroso; pero una vez cumplido el trabajo del duelo, el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido. Se puede agregar, los recuerdos ya no duelen.

Los duelos al implicar procesos narcisistas, resultan en comunicaciones y procesos del orden de lo íntimo, de lo secreto, de lo sagrado. El duelo, explica Fédida, en el acontecer del extrañamiento, en el corazón de lo familiar, concierne a la inquietante intimidad del secreto. Pero ¿Cómo pensar esa inquietante intimidad del secreto?

Este nivel de intimidad lo comenta Winnicott en la madre de un niño con autismo que confiesa al terapeuta el momento en que dejó de interesarse por su bebé de 9 meses de nacido. Este nivel de secreto sagrado es el que calla Abraham cuando recibe la orden divina de sacrificar a su hijo Isaac. Es un secreto del orden de lo sagrado, de lo íntimo. El duelo moviliza partes de sí mismo de este nivel de intimidad, como ocurre en los sueños. Y que como parte de un sacrificio implica un planteamiento respecto a lo que se renuncia.

Cuando un niño, un doliente, una madre sienten la confianza para compartir este nivel de intimidad con alguien, se posibilita el tránsito del dolor, el odio, la rabia, y un alivio y recuperación libidinal y narcisista.

Los pérdidas y sus destinos, como el juego con plastilina o masa del niño, cobran diferentes formas en cada uno, en diferentes momentos de la vida. En la salud emocional, transitan referentes narcisistas del límite entre duelo y manía. En cambio, en la privación o la deprivación, en vez de vacío existencial se encuentra un vacío aniquilante para el infante, que conlleva el riesgo de no proceder por el camino del duelo normal (estructurante).

Concepción Rabadán Fernández

Jaime Fausto Ayala Villarreal

Comité editorial LeP.

Director-editor LeP

ENTRENAMIENTO AUTÓGENO DE SCHULTZ EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA EN EL HOSPITAL CENTRAL MILITAR

MARITZA JOANNA NAVA MORALES*, **SAMANTHA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ****,
NAYELI ISABEL TREJO BAHENA***, **RODOLFO LERMA ESPINOSA******, **MONSERRAT**
GUADALUPE MURILLO GUTIERREZ*****.

*Licenciada en Terapia física por la Escuela de Medicina Física y Rehabilitación “Adele Ann Iglesias” del Centro Médico ABC, adscrita al Hospital Central Militar y Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Maestra en Psicomotricidad por el Colegio Internacional de Educación Superior.

**Licenciada en Terapia física por Universidad Politécnica de Pachuca, Maestra en Psicomotricidad por el Colegio Internacional de Educación Superior.

***Mayor Médico Cirujano especialista en Medicina Física y Rehabilitación con alta especialidad en Rehabilitación Cardíaca, Jefe de la Sección de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Central Militar.

****Mayor Médico Cirujano especialista en Cardiología con alta especialidad en Rehabilitación Cardíaca, adscrito al Hospital Central Militar.

*****SId A.A.T.M. Licenciada en Fisioterapia y Técnico en Urgencias Médicas, adscrita al Hospital Central Militar.

Recepción: 08 de febrero 2021/ Aceptación: 28 de mayo de 2021

RESUMEN

La cardiopatía isquémica crónica es una enfermedad que afecta al sistema cardiaco dañando al endotelio vascular, ocasionando disminución del flujo sanguíneo produciendo un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno miocárdico, siendo causa importante de morbi-mortalidad. El entrenamiento autógeno de Shultz es un sistema de autohipnosis, que atiende el bienestar psico-corporal, busca tomar conciencia corporal, incidiendo de manera refleja la regulación de los signos vitales, producto de procesos homeostáticos autorregulatorios del SNA.

Se implementará el entrenamiento autógeno de Schultz a pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquemia que se encuentren en tratamiento de fase II de Rehabilitación

Cardíaca del Hospital Central Militar, valorados por el Mayor médico cirujano en rehabilitación cardíaca. El método será aplicado por tres fisioterapeutas y/o psicomotricistas capacitados en la aplicación del entrenamiento autógeno de Schultz y tratamiento de pacientes con cardiopatía isquémica. Los pacientes seleccionados serán divididos en 3 grupos, A mayor riesgo, B riesgo moderado y C bajo riesgo, donde se otorgarán dos sesiones por semana, con una duración de 45 minutos con el fin regular la tensión arterial y frecuencia cardíaca, con la finalidad de disminuir el estrés y contribuir en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Cardiopatía isquémica, Entrenamiento autógeno de Schultz, procesos homeostáticos auto regulatorios, signos vitales, bienestar psicocorporal.

SUMMARY

Chronic ischemic heart disease is a disease that affects the heart system, damaging the vascular endothelium, causing a decrease in blood flow, producing an imbalance between myocardial oxygen supply and demand, being an important cause of morbidity and mortality. Shultz's autogenous training is a system of self-hypnosis, which attends to the psycho-corporal well-being, seeks to become aware of the body, reflecting the regulation of vital signs, a product of self-regulatory homeostatic processes of the ANS. Schultz's autogenic training will be implemented in patients diagnosed with ischemic heart disease who are undergoing phase II treatment of Cardiac Rehabilitation at the Central Military Hospital, evaluated by the Major Surgeon in Cardiac Rehabilitation. The method will be applied by three physiotherapists and / or psychomotricists trained in the application of Schultz autogenous training and treatment of patients with ischemic heart disease. The selected patients will be divided into 3 groups, A higher risk, B moderate risk and C low risk, where two sessions will be given per week, lasting 45 minutes in order to regulate blood pressure and heart rate, in order to reduce stress and contribute to improving the quality of life of patients.

KEY WORDS: Ischemic heart disease, Schultz's autogenic training, self-regulatory homeostatic processes, vital signs, psycho-body well-being.

RÉSUMÉ

La cardiopathie ischémique chronique est une maladie qui affecte le système cardiaque, endommageant l'endothélium vasculaire, provoquant une diminution du flux sanguin, produisant un déséquilibre entre l'offre et la demande en oxygène du myocarde, étant une cause importante de morbidité et de mortalité. L'entraînement autogène de Shultz

est un système d'auto-hypnose, qui s'occupe du bien-être psycho-corporel, cherche à prendre conscience du corps, reflétant la régulation des signes vitaux, un produit des processus homéostatiques autorégulateurs du SNA.

La formation autogène de Schultz sera mise en œuvre chez les patients diagnostiqués avec une cardiopathie ischémique qui subissent un traitement de phase II de rééducation cardiaque à l'hôpital militaire central, évalué par le chirurgien majeur en réadaptation cardiaque. La méthode sera appliquée par trois physiothérapeutes et / ou psychomotriciens formés à l'application de l'entraînement autogène de Schultz et au traitement des patients atteints de cardiopathie ischémique. Les patients sélectionnés seront répartis en 3 groupes, A risque plus élevé, risque B modéré et C faible risque, où deux séances seront accordées par semaine, d'une durée de 45 minutes afin de réguler la pression artérielle et la fréquence cardiaque, afin de réduire le stress et contribuer à améliorer la qualité de vie des patients.

MOTS CLÉS: Cardiopathie ischémique, entraînement autogène de Schultz, processus homéostatiques autorégulateurs, signes vitaux, bien-être psycho-corporel.

INTRODUCCIÓN

La psicomotricidad es una disciplina que busca el desarrollo de la persona en su globalidad, esto incluye los aspectos motores, cognitivos y socio afectivos. Los aspectos motores, son aquellos relacionados con el movimiento tales como el tono muscular, la coordinación dinámica general, la coordinación visomotriz, la lateralidad y el equilibrio. Los aspectos cognitivos, comprenden la percepción del cuerpo, el espacio, los objetos, el tiempo y la capacidad de representación. Mientras que el área socio afectiva engloba aspectos como la relación del apego, seguridad, autoestima, auto concepto; expresión y reconocimiento de emociones; aceptación y respeto de normas; comunicación, lenguaje y la relación con los demás [1].

Aragón de acuerdo con Lázaro, explica que las técnicas de relajación se utilizan en psicomotricidad ya que son métodos de mediación corporal, atiende la globalidad del ser humano, beneficiándolo física y psíquicamente, ponen en relajación el cuerpo del terapeuta y del paciente. De tal manera que, el sistema nervioso ejerce una respuesta sobre la acción del tono muscular; sin embargo, no se limita a este, si no que permite lograr control sobre la afectividad y las emociones, además de contribuir a la imagen corporal [1].

Los métodos de relajación, son una sucesión terapéutica que tiene por objetivo la relajación de la musculatura que conlleva a la regulación del tono en un estado de reposo, consiguiendo un estado de bienestar físico y psíquico [2].

El entrenamiento autógeno de Schultz, siendo una técnica de relajación, favorece la salud cardiovascular, ayuda a disminuir el estrés, facilita los procesos psicomotores, estimulando el área motora, cognitiva y socio afectiva. Además, facilita el trabajo a nivel del tono muscular, de la percepción del cuerpo, del esquema corporal; favorece la capacidad de reconocimiento y expresión de emociones; sensaciones y sentimientos, se puede gozar de estos beneficios a partir de la aplicación y aprendizaje de un correcto entrenamiento [2].

La psicomotricidad busca la armonía del sujeto en todo momento; incluye y se dirige a todos los sujetos; siendo un punto importante por el cual, se decide aplicar psicomotricidad en el tratamiento de pacientes con cardiopatía isquémica a través del entrenamiento autógeno de Schultz [2].

La cardiopatía isquémica es una enfermedad, en la cual existe una disminución del aporte sanguíneo al miocardio, causando daño severo a la función del corazón [3]. Afecta principalmente a hombres entre 45 y 64 años de edad conduciéndolos a la muerte [4]. En el Hospital Central Militar se observó que los pacientes que han sido diagnosticados con cardiopatía isquémica tienen mayor probabilidad de sufrir malestar psíquico, depresión, miedo y estrés, manifestándolo con disnea, palpitaciones o dolor precordial. De tal manera que, presentan una mayor posibilidad de sufrir un infarto y complicaciones de tipo cardíaco, por lo tanto, incrementa el riesgo de mortalidad. Se implementará como parte del tratamiento convencional el entrenamiento autógeno de Schultz en pacientes cardiópatas que se encuentran en Rehabilitación cardíaca. Con la intervención se esperan cambios favorables en el estado de salud cardiovascular que se pueden observar al mejorar la tensión arterial, frecuencia cardíaca, estado psicocorporal y por lo tanto mejor calidad de vida.

MARCO TEÓRICO

El entrenamiento autógeno de Schultz fue descrito por el psiquiatra Johannes Heinrich Schultz, quien basándose en investigaciones neurofisiológicas y psicofisiológicas crea un sistema de autohipnosis. La terapia autógena se conforma por varios pasos psicoterapéuticos que se desarrollan de manera sistematizada con una visión global del

ser humano [5]. Schultz desarrolló una técnica de relajación basada en la percepción de una serie de sensaciones que se manifiestan en el organismo; mirando al ser humano como unidad funcional, de tal forma que el cuerpo y la mente no son partes separadas, sino integrales [6].

Existen dos grupos de métodos de relajación: los globales y los segmentarios o analíticos. Los métodos globales se caracterizan por actuar sobre el cerebro, mediante consignas verbales, obteniendo una respuesta global. Estos métodos sitúan en primer plano el aspecto de concentración y mental, considerando la relajación muscular como un medio, con posibilidad a obtener una relajación psicológica. Los métodos analíticos, tienen un punto de partida en los distintos segmentos corporales mediante la educación del sentido muscular, con intención de causar relajación; es decir, con una toma de conciencia de las modalidades del funcionamiento muscular, para ello, lo realizan región por región de manera progresiva [2].

De estos dos grupos de métodos, el entrenamiento autógeno de Schultz es considerado como un método global dentro de la psicoterapia, ya que, su aplicación se extiende a diversos campos. El método nace de las investigaciones realizadas sobre el sueño y se define como una técnica de autohipnosis que estimula los procesos de concentración psíquica [2].

La aplicación del entrenamiento autógeno de Schultz consiste en seguir una serie de comandos, posterior a un breve momento de concentración y conexión corporal. Estos se basan en percibir sensaciones de peso y calor en diferentes segmentos corporales como en las extremidades, toma de conciencia del ritmo cardíaco y de la respiración. Así mismo, se facilita la percepción de calor a nivel del pecho y del abdomen, para finalizar con la sensación de frescura sobre la frente. Además, esta técnica, tiene la intención de eliminar tensión muscular, facilitando una experiencia placentera, induciendo de manera refleja la regulación de mecanismos que estimulan un estado de bienestar y tranquilidad [7].

Para Aragón el entrenamiento autógeno de Schultz está estructurado por dos ciclos, uno inferior y otro superior. El grado inferior consta de seis etapas que se describen a continuación: 1. Relajación muscular: cuando la persona está en actitud de reposo y tranquilidad, se trata de inducir una sensación de peso. 2. Relajación vascular: previa sintonización de reposo, y una vez que haya conseguido una relajación muscular, se trata de lograr una vivencia de calor. 3. Relajación cardíaca: se trata de conseguir una vivencia

de tranquilidad y estabilidad con el objetivo de percibir las sensaciones de ritmo cardíaco. 4. Regulación respiratoria: pretende un control de la respiración. Se debe evitar forzar la inspiración, se recomienda dejarse llevar por la respiración. 5. Regulación de los órganos abdominales: debe aprender a sentir en la región abdominal una sensación de calor. 6. Regulación de la región cefálica: conseguir una sensación de frescura en la cabeza [1].

En el grado superior es necesario el dominio seguro y rápido del grado inferior. Se compone de siete ejercicios, cada uno de los cuales consiste en dejar surgir el campo de la conciencia de ideas particulares, tales como el descubrimiento del propio color, reflexiones introspectivas, concepciones sobre sí mismo [1]. Tiene la intención de conseguir la realización de uno mismo, el desarrollo y vivencias de manera armónica y total [2].

EFFECTOS FISIOLÓGICOS

Entre los efectos fisiológicos más importantes alcanzados con el entrenamiento autógeno de Schultz se encuentran: la relajación muscular, modificación de los reflejos espinales, incremento de la temperatura periférica, regulación de la peristalsis, disminución de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, cambios en la función cardíaca, disminución del 15% de la frecuencia respiratoria sobre la basal, mejora del patrón ventilatorio, disminución del consumo de oxígeno hasta un 30% del consumo basal, eliminación de bióxido de carbono, cambios en la actividad cerebral, disminución de los niveles de cortisol; mejoran los procesos de recuperación física, mejoran los procesos de producción de energía y rendimiento físico, se reduce la percepción subjetiva del dolor, mejoran los procesos cognitivos, disminución de la actividad del sistema simpático y mejora la actividad del parasimpático [5, 6].

INDICACIONES

El entrenamiento autógeno de Schultz está indicado en trastornos neurológicos, médicos-somáticos o funcionales idiopáticos, psicológicos, enfermedades cardiovasculares, ansiedad, estrés, depresión; para favorecer la calidad de vida, en fase terminal de la vida y en alteraciones psicomotrices [5].

PRECAUCIONES

Se deben tomar especial cuidado en pacientes psiquiátricos, con inestabilidad emocional y/o cuadros de ansiedad [5].

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

La cardiopatía isquémica crónica es una enfermedad que afecta el sistema cardiovascular, daña el endotelio disminuyendo la luz de sus vasos que irrigan al corazón, de tal manera que se reduce el aporte de sanguíneo al miocardio causando daño estructural y funcional al tejido. Afecta con mayor frecuencia a hombres mayores de 45 y a mujeres de más de 55 años de edad. Esto tiene relación con el estilo de vida y los agentes causales como una mala alimentación, sedentarismo, tabaquismo, sobrepeso, consumo de bebidas alcohólicas y estrés. Además, de los factores de riesgo cardiovasculares como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, problemas cardíacos previos. Y aquellos que no se pueden modificar como la edad, la genética y el sexo. Los niveles elevados de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial afectan de manera importante la actividad del corazón, incrementando el trabajo cardíaco y la demanda metabólica poniendo en riesgo la salud [8,9].

Es la mayor causa de muerte en el mundo occidental de tal manera que, la psicomotricidad se suma al equipo multidisciplinario para ayudar en este problema de salud pública, mejorando la armonía del sujeto a nivel biopsicosocial, ya que del 8 al 10% de los pacientes que han sufrido un infarto al miocardio por cardiopatía isquémica tienen el riesgo de tener un nuevo evento cardiovascular en el primer año posterior al incidente y por tal motivo, el riesgo de mortalidad es elevada [10].

El principal objetivo en la intervención en el tratamiento de pacientes con cardiopatía isquémica es ayudar a disminuir los factores de riesgo, con la finalidad de lograr una óptima salud cardiovascular por medio de acciones preventivas como mejorar la actividad física, regular los niveles de la tensión arterial, disminuir la frecuencia cardíaca, favorecer una alimentación saludable, evitar el consumo de tabaco y de estrés [8,10].

El papel de la psicomotricidad en el proceso de rehabilitación será mejorar la calidad de vida y por lo tanto ayudar a prevenir el riesgo de un nuevo evento de cardiopatía isquémica. Esto puede lograrse a partir de una intervención que tenga efecto directo sobre el sistema nervioso autónomo con el entrenamiento autógeno de Schultz, favoreciendo de esta manera la salud cardiovascular, previniendo un nuevo evento de cardiopatía isquémica o un infarto al miocardio y disminuyendo el riesgo de mortalidad [5,10].

JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud en el 2017 estableció que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo. En el 2016, hubo un índice de 56.4 millones de muertes a nivel mundial con este origen etiológico, situación que es alarmante, ya que, dentro de las primeras causas de mortalidad se encuentra la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares. Por otra parte, en México, el Sistema Nacional de Salud refiere que es un grave problema de salud pública en nuestro país, ya que afecta a gran parte de la población masculina de mediana a avanzada edad, teniendo una tasa de mortalidad más elevada en hombres que en mujeres. De acuerdo con la el Instituto Nacional de Estadística y Geografía las enfermedades que afectan el corazón son la primera causa de muerte en el 2017. Hubo 141, 619 defunciones por esta causa, con una tasa de 75,256 hombres, 66, 337 mujeres y 26 personas que se desconoce su sexo [11].

De acuerdo con las estadísticas del Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez la tasa de mortalidad en el 2011 fue de 28.43% con 87 defunciones registradas en ese periodo. Así mismo, en el 2018 la tasa se elevó al 32.15% con 100 casos reportados, mientras que de enero a marzo del 2019 la tasa prácticamente se mantuvo en 32.14% con 27 muertes reportadas por cardiopatía isquémica; siendo de enorme interés y un foco rojo a nivel de salud pública para el país [12].

Desafortunadamente para el 2030 la OMS pronostica que las enfermedades cardiovasculares seguirán encabezando la lista como principal causa de muerte en el mundo, afectando más a los países con menores recursos [13].

Los pacientes que han sido diagnosticados con cardiopatía isquémica y que han presentado un infarto tienen mayor probabilidad de sufrir malestar físico y psíquico; con mayor posibilidad de desarrollar un infarto recidivante en el primer año, siendo el riesgo de mortalidad elevado. Por esta razón se pretende intervenir con la aplicación de una técnica de relajación a través del segundo y tercer nivel de atención [14]. Por tal motivo, se propone la aplicación del entrenamiento autógeno de Schultz a pacientes con cardiopatía isquémica, ya que está basado en un enfoque psicofisiológico del comportamiento humano, teniendo la finalidad de lograr a través de la concentración pasiva la capacidad de autorregular el organismo a nivel corporal y emocional,

reduciendo el estrés y por lo tanto también los factores de riesgo mejorando la calidad y tiempo de vida [5,10].

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la cardiopatía isquémica en México se ha convertido en un tema de salud pública por el incremento de número de casos diagnosticados, ubicando a esta patología como causa importante de muerte y discapacidad. De acuerdo con Castro “en el 2013 las tres principales causas de muerte en el país fueron la cardiopatía isquémica, la diabetes y las enfermedades crónicas del riñón” (190) [8].

En los setentas, la mortalidad en México era de las más bajas, treinta años posteriores, se duplicó el número de casos, sobrepasando la tasa de países como Argentina o Chile, cuyas tasas eran 3-4 veces por arriba de la de México en 1970. Considerándola como epidemia emergente debido a la mortalidad prematura por cardiopatía isquémica, por su contribución en años vividos con discapacidad, en los países en vías de desarrollo, como la observada en México en los últimos años. “La mortalidad por cardiopatía isquémica tiene un claro efecto sobre la edad. Los hombres de 65 años y más tienen una mortalidad cinco veces mayor que aquellos de 45 a 64 años [...] La mortalidad es mayor en hombres que en mujeres” (245) [4].

En el periodo de los años 2014 al 2016 en el Hospital Central Militar se presentaron 276 casos de pacientes con cardiopatías que ingresaron al Programa de Rehabilitación Cardíaca que se dirige a militares en activo, militares en situación de retiro, derechohabientes de militares en el activo y retirados [15].

En los cuales se ha notado que posterior a un diagnóstico o evento de cardiopatía isquémica crónica la mayoría de los pacientes presentan crisis de angustia y miedo por el riesgo de muerte súbita y pérdida del estado de salud y bienestar. Siendo una reacción normal ante una situación de amenaza a la vida, generando de manera pronominal y anticipada una respuesta de estrés; el cual se refleja mediante la activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (Eje HHA), incrementando la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, la frecuencia respiratoria, el tono muscular y por lo tanto generando un estado de estrés crónico que pone en riesgo la salud cardiovascular, aumentando el riesgo de recidiva, mortalidad y por lo tanto su calidad de vida se ve mermada [10].

Mediante el entrenamiento autógeno de Schultz en la población militar y de derechohabientes se pretenden mejores condiciones físicas, psíquicas, sociales y de

calidad de vida [10]. Apoyando en todo momento el proceso de duelo por la pérdida de salud, brindando de esta manera una atención a nivel de prevención secundaria limitando los periodos de estrés; mejorando el estado de salud cardiovascular y psicocorporal al favorecer los procesos homeostáticos autorregulatorios sobre el sistema nervioso autónomo parasimpático [5]. Siendo el entrenamiento autógeno de Schultz una técnica integral que atiende la esfera física, psíquica y socioafectiva; en la cual, el sujeto por medio de la psicomotricidad conocerá, descubrirá, reconocerá y construirá su cuerpo a través de sensaciones que se elaboran por medio de comandos verbales que favorecen la toma de conciencia de sí mismo, generando una conexión psicocorporal, mejorando su bienestar físico y mental.

METODOLOGÍA

Se realizará un estudio exploratorio, observacional y transversal descriptivo a lo largo de un año, la muestra esperada será de 100 pacientes del Hospital Central Militar. Se seleccionarán de acuerdo a los criterios de inclusión e ingresarán 12 individuos cada 6 semanas al programa.

POBLACIÓN Y MUESTRA. Se incluirán pacientes militares y derechohabientes de militares con diagnóstico de cardiopatía isquemia que se encuentren en fase II de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Central Militar. Su selección será de manera intencional asumiendo los criterios de corte no probabilístico. La selección la realizarán los Mayores Médicos Cirujanos con alta especialidad en Rehabilitación Cardíaca, indicando la aplicación de Entrenamiento Autógeno de Schultz. Se realizarán 3 grupos de inclusión A, B y C, los cuales tienen como diferencia el tiempo de aplicación de la técnica, esto es 6, 4 y 2 semanas respectivamente. La clasificación será de acuerdo al riesgo por complicaciones cardiovasculares. Los pacientes con mayor riesgo se incluirán en el grupo A, los de riesgo moderado en el grupo B y los de bajo riesgo en el grupo C. Las sesiones se realizan 2 veces a la semana, con una duración de 45 minutos cada una.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN GRUPO A, RIESGO ALTO. Pacientes en tratamiento de fase II de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Central Militar, con diagnóstico de cardiopatía isquémica crónica estable. Con antecedente de infarto del miocardio en los últimos 12 meses, angina de pecho estable, capacidad funcional menor a 5 Mets, fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor del 35%. La aplicación del Entrenamiento Autógeno de Schultz será por 6 semanas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN GRUPO B, RIESGO MODERADO. Capacidad funcional de 5 a 7 Mets, fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 35 al 49%. Cambia el tiempo de aplicación del Entrenamiento Autógeno de Schultz a 4 semanas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN GRUPO C, RIESGO BAJO. Capacidad funcional mayor a 7 Mets, fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 50%. Cambia el tiempo de aplicación del Entrenamiento Autógeno de Schultz a 2 semanas.

Todos los pacientes han firmado previamente un consentimiento válidamente informado para su participación en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN. Cardiopatía isquémica inestable, angina inestable, enfermedad coronaria aguda, presión arterial en reposo menor de 90/60mmHg, bradicardia <45 latidos por minuto, diabetes tipo II descompensada, aneurisma disecante de aorta, estenosis grave de salida del ventrículo izquierdo, hipoacusia severa, déficit cognitivo.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN. Paciente que no acepte participar en el programa integral de Rehabilitación, que decida no continuar en el protocolo, si llega a requerir cambio de medicamento, si presenta respuesta hipotensora exagerada de manera consecutiva por 3 veces, si cambia negativamente su estado fisiológico y aquellos con crisis de angustia durante el entrenamiento autógeno de Schultz.

RECURSOS Y MATERIAL

Tres fisioterapeutas y /o psicomotricistas capacitados en la aplicación del entrenamiento autógeno de Schultz y tratamiento de pacientes con cardiopatía isquémica previamente valorados por el médico. Se requerirá de un espacio amplio y seguro libre de ruidos externos, con temperatura agradable, ventilación óptima y poca luz, almohadas, cuatro bancas con respaldo (capacidad para 4 personas), unidad compuesta por mesa y sillón para toma de signos vitales, pantalla inteligente con entrada de USB para la reproducción de la música de relajación (instrumental con sonidos de naturaleza), hojas de signos vitales y test de seguridad (la institución provee el material), lápices y/o bolígrafos, hojas blancas. En el test se le preguntará al paciente ¿Cómo se siente?, ¿Desayuno?, ¿Tomó café?, ¿Tiene tos?, ¿Tiene fiebre?, ¿Tiene vómito?, ¿Tiene diarrea?, ¿Durmió bien?, ¿Cansancio?, ¿Presenta algún malestar? Y se registrará la tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación parcial de oxígeno.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN: 3 estetoscopios, 3 esfigmomanómetros calibrados, 3 oxímetros de pulso de dedo.

PROCESO DE ATENCIÓN

El Médico Mayor Cirujano con alta especialidad en rehabilitación cardíaca realizará la selección de los pacientes. Posteriormente los participantes se presentarán en las instalaciones de rehabilitación cardíaca del Hospital Central Militar en tiempo y forma. Las sesiones se realizan 2 veces a la semana (martes y jueves), tienen una duración de 45 minutos, en un horario de 9:00 a 10:00 am.

Se realizará toma de signos vitales iniciales de todos los participantes: tensión arterial (>90/60mmHg), frecuencia cardíaca (>45 latidos por minuto), saturación parcial de oxígeno (> 80 %). Se llevará un registro en la hoja de signos vitales de cada paciente y se realizará un test de seguridad que permitirá conocer el estado fisiológico actual del paciente.

Una vez que el terapeuta se asegura que su paciente se encuentra fisiológicamente estable y es candidato para la aplicación del entrenamiento autógeno se le pedirá al paciente que pase al área establecida para dar inicio. Cabe mencionar que este protocolo realizará todas las sesiones bajo el mismo seguimiento, aun cuando el paciente ya las conozca.

Se les dará la bienvenida general y de manera individual se les pregunta ¿Cómo se encuentra el día de hoy?, se procede a explicar el sobre el Entrenamiento Autógeno de Schultz: ¿Qué es? ¿En qué consiste? ¿Cuál es la importancia en su tratamiento? Se les indicarán los datos de alarma para interrumpir la aplicación (ansiedad, náusea, taquicardia, visión borrosa, mareo, falta de aire), se hace hincapié que cualquier malestar que presente durante el entrenamiento de inmediato de aviso a su terapeuta responsable.

Se les invitará a cerrar los ojos, a tomar una posición en sedente que le sea cómoda para concentrarse en su cuerpo, en cada percepción, sensación corporal que experimentará a lo largo de la sesión a través de comandos verbales. Se regulará la luz de la sala, que sea muy tenue. A continuación, se les pedirá que lleven su atención en la respiración: se iniciará con las siguientes indicaciones: respire suave y lento; a través de cada respiración conecte con su cuerpo. Es importante mencionar que el entrenamiento

autógeno de Schultz tiene una aplicación total de 30 minutos y cada indicación por segmento corporal es de 2 minutos.

Durante la aplicación del entrenamiento autógeno se inducirá a la percepción sensorial a nivel de autohipnosis de las sensaciones de peso, calor, latidos del corazón, respiración, pecho y frescura en la frente; con una aplicación total de 30 minutos y cada indicación por segmento corporal de 2 minutos.

Las indicaciones que se dan son en cuanto a peso: mi brazo derecho pesa mucho (repetir de 2 veces), estoy tranquilo muy tranquilo, mi respiración es tranquila, estoy en calma, damos estas mismas indicaciones en el brazo izquierdo, pierna derecha e izquierda. En calor: mi brazo derecho está muy caliente (repetir de 2 veces), estoy tranquilo muy tranquilo, mi respiración es tranquila, estoy en calma. Y repetimos las mismas indicaciones en brazo izquierdo, pierna derecha e izquierda [16].

En cuanto al corazón: mi corazón late tranquilo (repetir de 2 veces), estoy tranquilo muy tranquilo, mi respiración es tranquila, estoy en calma. En respiración: mi respiración es tranquila (repetir de 2 veces), estoy tranquilo muy tranquilo, mi respiración es tranquila, estoy en calma. En plexo solar: mi plexo solar irradia calor (repetir de 2 veces), estoy tranquilo muy tranquilo, mi respiración es tranquila, estoy en calma. En Frescor en la frente: mi frente esta agradablemente fría (repetir de 2 veces), estoy tranquilo muy tranquilo, mi respiración es tranquila, estoy en calma [16].

Para finalizar y regresar al paciente de la autohipnosis se le indicará: realice una respiración, al mismo tiempo lleve su atención para identificar la experiencia y emoción vivida con la técnica de relajación. Ahora suavemente inicie a mover los dedos de sus pies y de sus manos; cuando se encuentre listo y a su paso puede abrir los ojos.

Una vez que se encuentren reactivos, se les preguntará ¿cómo se sienten? se les invitará a expresar su experiencia corporal y emocional; también se abrirá el espacio para poder expresar la vivencia por medio de la palabra, escritura o representación plástica; siempre y cuando sea su deseo (algunos pacientes no saben leer, ni escribir). El terapeuta creará un espacio expresión, respeto y escucha.

Se concluirá con la toma de signos vitales finales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación parcial de oxígeno). Se hará el registro final y posteriormente a la conclusión del estudio se realizará el análisis estadístico de los datos de las tomas de tensión arterial, frecuencia cardíaca, para concluir y conocer los resultados.

RESULTADOS ESPERADOS

Se busca obtener beneficios con la aplicación del entrenamiento autógeno de Schultz en pacientes con cardiopatía isquémica con una mirada desde la psicomotricidad, apreciando al sujeto desde la globalidad, atendiendo las esferas bio-psico-social-eco-cultural con sostén, calidad y calidez. La preeminencia se aprecia de manera refleja en la mejoría clínica a nivel de la regulación y/o disminución de tensión arterial, frecuencia cardíaca, reduciendo el factor de riesgo del estrés y al mejorar de manera importante el estado de bienestar físico, mental, emocional y por lo tanto la calidad de vida. La intervención en este nivel de atención a la salud aspira a reducir la tasa de morbilidad y mortalidad de los pacientes con cardiopatía isquémica crónica a partir de la aplicación del entrenamiento autógeno de Schultz.

CONCLUSIÓN

La cardiopatía isquémica crónica es una patología que va en aumento en la población mexicana, dejando secuelas en la salud física y mental, afectando de manera importante la calidad de vida de quien la padece, modificando también la dinámica familiar. Por lo que se ha buscado un tratamiento complementario al convencional mediante el entrenamiento de Schultz, el cual, es una terapia autógena que tiene beneficios psicofisiológicos y neurofisiológicos, que consiste en estimular al organismo a través de una serie de comandos verbales, concentración mental y práctica; con la finalidad de incitar la cascada de procesos homeostáticos autorregulatorios, alcanzando estabilidad psicocorporal ajustando los niveles de tensión arterial sistémica y frecuencia cardíaca, apreciando un progreso clínico; de tal manera que, los pacientes pueden menguar los periodos de estrés logrando mejorar su salud y por lo tanto su calidad de vida. Sería adecuado continuar con una investigación que ayude a conocer los cambios que se vivencian con el entrenamiento autógeno de Schultz a nivel del esquema e imagen corporal en militares con cardiopatía isquémica.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] ARAGÓN, M. (2012). *Psicomotricidad Guía de evaluación e intervención*. Madrid: Pirámide.
- [2] CAVEDA, J. L. y VICIANA, V. (1998). *Fundamentos para el desarrollo de la motricidad en edades tempranas*. Málaga: Aljibe, 2001.

- [3] Serralde, E. C., & Ortega Cedillo, P. (2017). Estilos de vida y factores de riesgo en paciente con cardiopatía isquémica. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 189-200.
- [4] ESCOBEDO, J., RODRÍGUEZ, G. y Cols. (2010). Morbilidad y mortalidad por cardiopatía isquémica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Estudio ecológico de tendencias en población amparada por el Instituto Mexicano del Seguro Social entre 1990 y 2008. Elsevier México. 80(4), 242-248.
- [5] ABUÍN, M. R. (2016,). *Terapia autógena: técnicas, fundamentos, aplicaciones en la salud y clínica y apoyo empírico*. [Revista electrónica]. Elsevier, España (27): 133-145. Fecha de consulta: 2019-03-22. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S113052741630041X?token=59ACE2C1C0BE02EBB2D2C64755E2CF02990F1778E07F76E1AEA7D5B0BD4F5E0F3C6D8E678BA9D1EACAF8223A17083BA6>
- [6] REIGAL, R. y VIDERA, A. (2011). Efectos de la técnica de relajación de Schultz en el control de las pulsaciones tras un esfuerzo aeróbico. [Revista electrónica]. 16(160). Fecha de consulta: 2019-01-19. Disponible en: <https://www.efdeportes.com/efd160/la-relajacion-en-el-control-de-las-pulsaciones.htm>
- [7] SCHULTZ, J.H. (1969). *El entrenamiento autógeno. Autorrelajación concentrativa*. Barcelona: Editorial Científico-Médica.
- [8] CASTRO, E. y ORTEGA, P. (2017). Estilos de vida y factores de riesgo en paciente con cardiopatía isquémica [Revista electrónica]. 25 (3). Fecha de consulta: 2019-03-23. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim173f.pdf>
- [9] IMSS. (2019-05-07). Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de Cardiopatía isquémica crónica. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/000GERCardiopatialsquemica.pdf>
- [10] GOMÉZ, A., MIRANDA, A., y Cols. (2015). Recomendaciones sobre rehabilitación cardíaca en la cardiopatía isquémica de la Sociedad de Rehabilitación Cardio-Respiratoria (SORECAR). Elsevier. 49 (2), 102-124.
- [11] INEGI. (2020-10-12). Características de las defunciones registradas en México durante 2017. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf>

[12] GOBIERNO DE MÉXICO. (2020-10-12). Disponible en: https://www.cardiologia.org.mx/transparencia/transparencia_focalizada/estadisticas/

[13] OMS. (2019-05-07). Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

[14] ARILLA, J., LLITERAS, M. y Cols. (2006). Patología depresiva en pacientes con cardiopatía isquémica. Una relación incierta. [Revista electrónica]. 13 (3). Fecha de consulta: 2019-03-26. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134593406753441>

[15] TREJO, N. I., LERMA, R. y Cols. (2006). Eficacia del programa de rehabilitación cardiaca fase II para mejorar la clase funcional de los pacientes cardiópatas. Tesis de posgrado. Ciudad de México, Escuela Militar de Graduados de Sanidad.

[16] CARRANQUE, G. A. (2004). Entrenamiento autógeno de Schultz: instrucciones (Autorrelajación concentrativa). [Revista electrónica]. 10 (73). Fecha de consulta: 2018-12-06. Disponible en: <https://www.efdeportes.com/efd73/schultz.htm>

EI TERAPEUTA DE LENGUAJE CON Y SIN ENFOQUE PSICOMOTRIZ: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

ZELTZIN ANAID MOLINA MÉNDEZ

Licenciada Terapeuta en Comunicación Humana, Maestra en Psicomotricidad por el Colegio Internacional de Educación Superior, CiES.

Recepción: 12 de noviembre 2020/ Aceptación: 06 de mayo de 2021

RESUMEN

Este artículo consistió en realizar un análisis sobre la formación de los terapeutas de lenguaje antes y después de especializarse en la psicomotricidad. Así mismo se propone una intervención terapéutica enfocada en el desarrollo en conjunto de las áreas de psicomotricidad, lenguaje y aprendizaje en niños cuyas edades se enmarcan entre los 3 y 6 años. La finalidad es desarrollar un interés por una intervención terapéutica global, haciendo énfasis en el desarrollo de las habilidades psicomotoras que impactan de forma directa la adquisición del lenguaje y posteriormente la adquisición de la lectura y escritura. Esto nos permitió demostrar que la formación del terapeuta de lenguaje debe de estar en constante actualización para poder lograr ver al niño como un todo y una intervención global en donde la psicomotricidad es la base del desarrollo de las habilidades del lenguaje y aprendizaje.

PALABRAS CLAVE: aprendizaje, desarrollo, lenguaje, niños, pirámide, Psicomotricidad.

SUMMARY

This article consisted of an analysis of the training of speech therapists before and after specializing in psychomotor skills. It also proposes a therapeutic intervention focused on the joint development of the areas of psychomotor skills, language and learning in children between the ages of 3 and 6 years old. The purpose is to develop an interest in a global therapeutic intervention, emphasizing the development of psychomotor skills that have a direct impact on the acquisition of language and later on the acquisition of reading and writing. This allowed us to demonstrate that the training of the speech therapist must be constantly updated to be able to see the child as a whole and a global intervention where psychomotor skills are the basis for the development of language and learning skills.

KEY WORDS: learning, development, language, children, pyramid, Psychomotricity.

RÉSUMÉ

Cet article consistait en une analyse de la formation des orthophonistes avant et après leur spécialisation en psychomotricité. Il propose également une intervention thérapeutique axée sur le développement conjoint des domaines de la psychomotricité, du langage et de l'apprentissage chez les enfants âgés de 3 à 6 ans. L'objectif est de développer l'intérêt pour une intervention thérapeutique globale, en mettant l'accent sur le développement des compétences psychomotrices qui ont un impact direct sur l'acquisition du langage et plus tard sur l'acquisition de la lecture et de l'écriture. Cela nous a permis de démontrer que la formation de l'orthophoniste doit être constamment mise à jour pour pouvoir considérer l'enfant dans son ensemble et une intervention globale où les compétences psychomotrices sont la base du développement des compétences linguistiques et de l'apprentissage.

MOTS CLÉS: apprentissage, développement, langage, enfants, pyramide, psychomotricité.

INTRODUCCIÓN

Existen distintas escuelas en la ciudad de México que imparten licenciaturas referentes al tratamiento del lenguaje en niños y adultos. Estas escuelas contienen diferentes enfoques para guiar a sus alumnos, las más conocidas son el enfoque lingüístico, el enfoque pedagógico y el enfoque clínico. El enfoque clínico se encarga de hacer ver al paciente o al niño por su patología o dificultad, categorizarlo y solo así generar un plan de intervención. La palabra clínico se incorporó en el lenguaje de la medicina para hacer referencia al estudio, diagnóstico y tratamiento de un paciente desde el lugar que el médico ocupa.

Para los estudiantes es importante tener en claro, qué es lo que sucede con las personas, qué síntomas demuestra para poderlo relacionar con conocimientos de libros o curso. En el caso de la terapia de lenguaje, se debe enfocar en lo que está alterado, si no escucha bien, si no discrimina sonidos, si las estructuras del aparato fonoarticulador se encuentran bien, si tiene la suficiente movilidad de la lengua, si la memoria de trabajo se encuentra en óptimas condiciones, si sus periodos de atención son largos o no; generalmente la principal dificultad es que se interviene dejando las demás áreas en otros niveles de prioridad. Sin embargo, el aspecto motriz es igual de importante

observar según el enfoque clínico, saber ante qué trastorno nos estamos enfrentando, podremos deducir u observar si tiene alguna relación con la dificultad cognitiva o del lenguaje que está presentando el niño; pero tal vez esta visión dada en los colegios no sea un enfoque integral ya que no considera la psicomotricidad. El enfoque clínico del terapeuta de lenguaje permite trabajar sobre un diagnóstico dado por la observación clínica hacia el niño y complementado por una serie de pruebas que nos indican el padecimiento y así poder trabajar en un plan de intervención específico.

He observado en mi práctica como terapeuta de lenguaje cómo llegan los niños presentando dificultades agregadas a la patología inicial; por ejemplo, dificultad en mantener el equilibrio, problemas de bajo o alto tono muscular, mala postura al caminar o sentarse y poco control corporal. Es importante estar pendientes de las áreas del desarrollo del niño: motricidad, lenguaje, cognición, socio-afectiva, para proporcionarles actividades estimulantes con el fin de evitar que lleguen a un espacio terapéutico. La psicomotricidad permite ampliar la visión y formas de intervención terapéutica, observar al niño más allá de un diagnóstico de hospital es contemplar cómo se desarrolla y se mueve dentro de un ambiente seguro, cómo utiliza su cuerpo y las palabras para expresar sus sentimientos y pensamientos, permite conocer los gustos del niño, lo que le causa motivación, alegría e incluso miedo. El proporcionarles estimulación de las habilidades psicomotoras hará que las zonas cerebrales inmaduras reconecten y promoverá apreciación del cuerpo, haciendo que los procesos mentales superiores como la atención, motivación, concentración y lenguaje maduren acorde a la edad cronológica, evitando así cualquier retraso psicomotor y a su vez de lenguaje y aprendizaje. Con esta visión psicomotriz, el crear un plan terapéutico integral basándose en la información proporcionada por Lázaro y Berruezo en su Pirámide del desarrollo, logrará incluir todas las áreas del desarrollo del niño en actividades propuestas para realizar en cada sesión terapéutica, comenzando siempre por la movilidad del cuerpo y expresión de ideas o sentimientos.

Como terapeuta de lenguaje con visión psicomotriz es importante relacionar la dificultad expresiva con algún aspecto del movimiento del niño y con lo que quiere decir con ese movimiento, en lo que llamamos expresión corporal. Que el niño no pueda hablar no significa que no se pueda comunicar haciéndolo con el cuerpo. Dentro de la terapia se comienza a intervenir con técnicas que desarrollan exclusivamente el lenguaje, pero se deja atrás las áreas motrices en las que puede estar teniendo dificultad, sin llegar a pensar que esa área no estimulada está afectando la adquisición u organización del

lenguaje. Así mismo, la lectoescritura es el siguiente paso en el desarrollo del niño, en donde si el lenguaje y la motricidad no se encuentran en el nivel requerido, vendrán dificultades en las habilidades como la discriminación auditiva, disociación de movimientos escapulares, fluidez al hablar y comprensión auditiva, que son necesarias para la adquisición de la lectura y escritura. En el arribo de un paciente con dificultades en el lenguaje es esencial hacer preguntas que no sólo impliquen conocer el desarrollo del lenguaje, sino agregar el desarrollo de la emoción y el movimiento.

La psicomotricidad debe ser abordada desde un enfoque amplio, utilizando las emociones del ser, expresadas en movimiento y no sólo tener el concepto de la psicomotricidad como movimiento.

PSICOMOTRICIDAD

Le Boulch define a la psicomotricidad como “la concepción general de la utilización del movimiento como medio de la educación global de la personalidad” (25) [1]. Para Picq y Vayer es “la acción pedagógica y psicológica que utiliza los medios de la educación física con la finalidad de normalizar o mejorar el comportamiento del niño” (25)[1]

La psicomotricidad estudia e interviene en el desarrollo motor y en la vinculación con el pensamiento y las emociones de la persona donde existe una interacción entre el cuerpo y el ambiente. La psicomotricidad educa el movimiento al mismo tiempo que pone a prueba las funciones de la psique [1]. Lapierre menciona que “todo movimiento es indisociable del psiquismo que lo produce e implica, por este hecho, a la personalidad completa y a la inversa, el psiquismo en sus diversos aspectos” (25) [1].

Es necesario que el niño organice su yo; es decir, que conozca su cuerpo y todas las posibilidades de movimiento e interacción que tiene con él, al mismo tiempo debe relacionarse con su entorno con ayuda de ciertas nociones fundamentales. Estas nociones se dan por las experiencias o situaciones que el niño viva; por eso es de suma importancia que se deje al infante explorar su ambiente, se le deje tocar, gritar y ensuciarse. La psicomotricidad como área del desarrollo, su comportamiento y su práctica puede ayudar a comprender y mejorar las relaciones con uno mismo, los objetos y las personas que nos rodean. Propone al ser humano como una globalidad desde la infancia, fomentándonos a alcanzar niveles de simbolización y representación con su máximo exponente en la elaboración de la propia imagen, comprensión de todos y establecer una comunicación exitosa. Existen tres tipos de ejes, desde los que se aborda la psicomotricidad: la educación psicomotriz desde la que se favorece el desarrollo de la

inteligencia a través de actividades motrices; la reeducación psicomotriz, desde la que se reestablece el control motriz voluntario y la terapia psicomotriz que considera el cuerpo propio, las relaciones con uno mismo, con los demás y el entorno.

Julian de Ajuriaguerra estudió la evolución del desarrollo psicomotor del niño desde la psiquiatría infantil, recalcando el papel de la función tónica, que no es sólo la función de la acción corporal sino un modo de relacionarse con el otro [1].

DESARROLLO PSICOMOTOR

El niño es un ser en desarrollo que presenta características, físicas, psicológicas y sociales propias, su personalidad se encuentra en proceso de construcción, posee una historia individual y social, producto de las relaciones que establece con su familia y miembros, por lo cual un niño es: un ser único con características diferentes, tiene formas propias de aprender y expresarse, ya que cada niño tiene un ritmo biológico diferente de aprender y expresarse, piensa y siente de forma particular, le gusta conocer y descubrir el mundo que lo rodea [2].

La evolución del desarrollo psicomotor se ubica entre lo físico-madurativo y lo relacional, ya que cuenta tanto con leyes como con aspectos que dependen de su medio ambiente, susceptibles a la estimulación y aprendizaje de terceros [3].

Dentro de las leyes existen dos que rigen el correcto desarrollo psicomotor; el principio cefalocaudal que se refiere a la maduración que ocurre de arriba para abajo [3]. El segundo principio se llama proximodistal por ejemplo, primero el niño aprende a controlar antes el movimiento de los hombros que el movimiento fino de los dedos.

Alfonso Lázaro y Pedro Pablo Berruezo proponen el desarrollo humano como una pirámide; la cual sustenta la importancia de desarrollar de forma óptima las primeras áreas que se encuentran en la base (orientación laberíntico-vestibular, propiocepción, el gusto, el olfato, la vista, el tacto, oído y la Interocepción). Todas estas habilidades tienen una repercusión directa sobre el sistema nervioso central y a la par, la estimulación genera cambios en el cerebro, y esto repercute en el aprendizaje.

En la pirámide de desarrollo se pueden diferenciar los hitos del desarrollo motriz del niño; cada habilidad que adquiere es necesario dominarla antes de aprender la siguiente [3]. Por ejemplo, el gateo, que se da entre los 6 y 10 meses aproximadamente, y se ha demostrado que tiene beneficios cognoscitivos y psicosociales; además de que interviene en el desarrollo del esquema corporal, organización espacial, tono muscular

entre otros, “los niños que gatean adquieren mayor sensibilidad respecto al lugar donde están los objetos, perciben mejor de qué tamaño son, si se pueden mover o qué aspecto tienen, los ayuda a juzgar las distancias y a percibir la profundidad”(73) [4].

Entre los 3 y 4 años comienzan a desarrollarse las habilidades necesarias para la posterior adquisición de la lectoescritura como el copiar figuras sencillas como una cruz o cuadrado que le permitirá iniciar la copia de letras de su nombre. A los 4 años dibujará una persona en donde se distingue la cabeza. A los 3 años se espera que el niño realice un corte continuo con tijeras en una hoja de papel, después cortar una línea recta con alguna desviación [5]. Generalmente los niños que presentan alguna dificultad en el lenguaje, tienen deficiencias en las áreas sensoriales y motoras, y es bastante común pensar que si el niño puede caminar puede hablar, pero la realidad es que, si el niño no domina su cuerpo en totalidad sus partes gruesas y grandes como los brazos y piernas, será sumamente difícil que pueda controlar el músculo más fino que tenemos; la lengua.

PIRÁMIDE DE BERRUEZO Y LAS HABILIDADES.

La pirámide de Berruezo consta de 4 niveles de desarrollo, en cada uno de ellos existen habilidades específicas para el correcto desarrollo del niño. Berruezo y Lázaro mencionan los 3 aspectos básicos del lenguaje colocándolos en el nivel 3 “desarrollo perceptivo motor” de los 3 a los 6 años de edad, sin embargo, el lenguaje no se puede separar del desarrollo de las demás habilidades, por lo tanto, debería encontrarse dentro de cada uno de los niveles de la pirámide ya que tiene su desarrollo desde los primeros meses de edad, se refiere al lenguaje expresivo y comprensivo, que se desarrollarán más adelante.

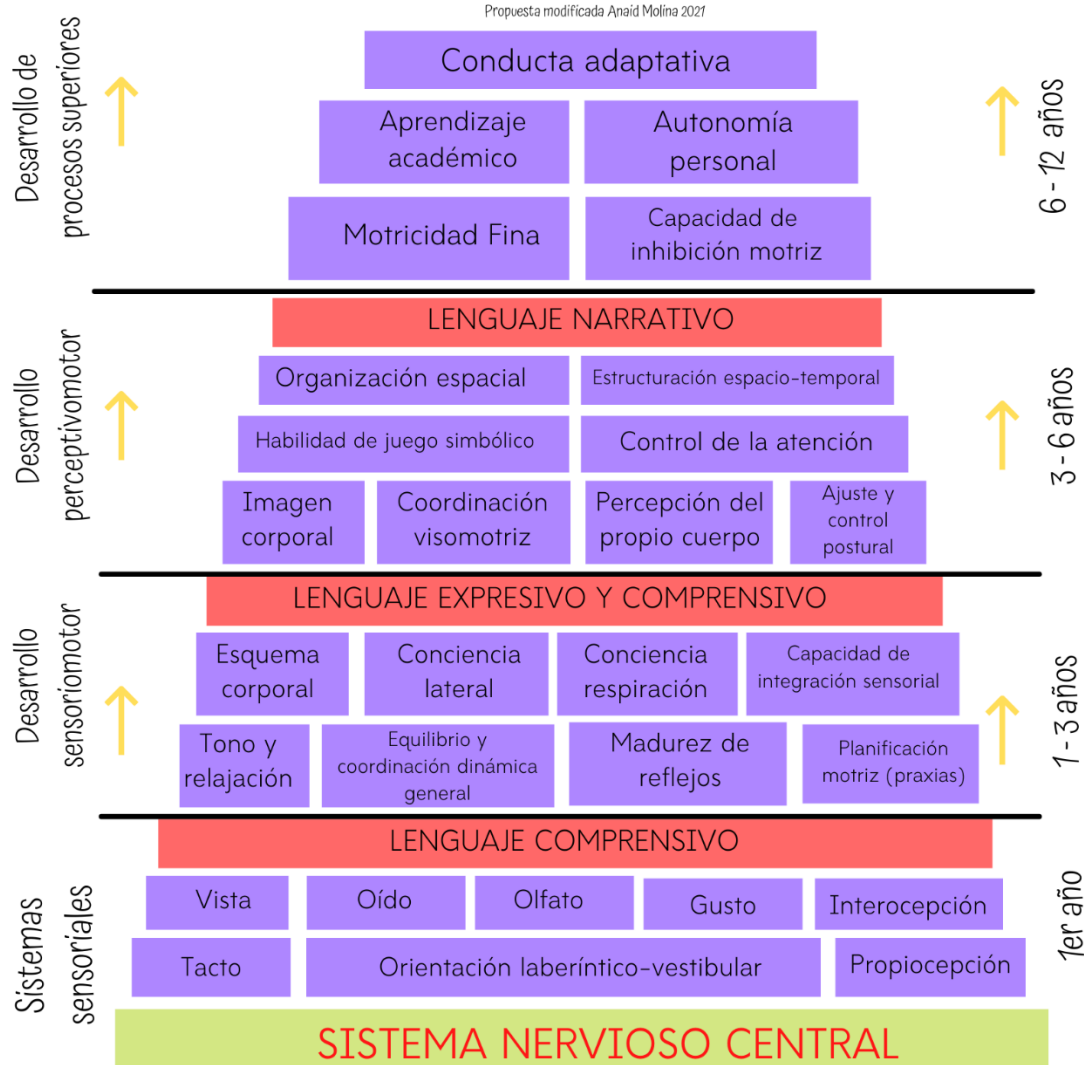
En el primer nivel de la pirámide de Berruezo se habla de la integración sensorial, la cual se define como la organización de sensaciones que entran al cuerpo de forma exteroceptiva para un posterior uso, en donde interviene el Sistema Nervioso [6]. Estos sistemas sensoriales forman la base de la pirámide, evolucionando durante el primer año de vida. Si este conjunto de sensaciones no se encuentra equilibrado, conforme se suba de nivel, encontraremos dificultades en áreas motoras como el esquema corporal, el equilibrio, la postura, el tono, la relajación y posteriormente en el desarrollo de las destrezas del lenguaje dándose en una edad aproximada de los 3 a los 6 años.

El sistema vestibular, músculos y articulaciones están íntimamente relacionados con la adquisición del lenguaje, ya que sin un adecuado tono muscular es probable que el menor tenga dificultades para articular fonemas del lenguaje, y en el área motriz tendrá dificultades para poder desarrollar cualquier aspecto del movimiento. Si existe una

Pirámide del desarrollo

Lázaro y Berruezo 2009

Propuesta modificada Anaí Molina 2021



alteración en el sistema vestibular, podrá presentar dificultades en el equilibrio y una consecuencia de mayor grado en la audición, que genera falla en la recepción del lenguaje, por medio del oído. La audición en específico es muy importante para la posterior adquisición del lenguaje; y si las pérdidas auditivas se detectan a tiempo, se puede aminorar el impacto negativo hacia el lenguaje. El abordar las sensaciones logrará un enfoque integral ya que comprende todo el cuerpo, los sentidos y el cerebro; cuando los músculos trabajan juntos para formar un movimiento corporal adaptativo los músculos y articulaciones mandan sensaciones bien organizadas al cerebro.

Dentro de este primer nivel “el sistema sensorial” la habilidad del lenguaje que se desarrolla es la comprensiva pues todos sus sentidos están completamente alerta a los estímulos externos. La voz del padre o de la madre produce en él la confianza y seguridad de estar en un lugar protegido; conforme los meses pasan estos estímulos

auditivos verbales que ha escuchado abren paso a la formación de conceptos sencillos y vocabulario que deberá utilizar en el futuro para poder expresarse.

Los niños en edad preescolar, de 3 a 6 años comienzan a desarrollar las habilidades psicomotoras necesarias para la consecuente adquisición de la lectura y la escritura. En la pirámide de Berruezo estas habilidades se encuentran en el segundo y tercer nivel en los periodos llamados sensoriomotor y perceptivo motor [8].

La educación del movimiento y control del cuerpo, prepara a los niños para el preescolar generando aprendizajes que deberá saber resolver. La mejor forma de presentar estas dificultades es a manera de juego que le permita conocer su cuerpo, ejercitarlo en habilidades espaciales, temporales y poder integrar todas las experiencias para generar conocimiento.

La escritura moviliza miembros superiores y requiere de precisión de los movimientos y coordinación ojo-mano. Las capacidades motoras (correr, saltar, lanzar, cachar) están en evolución siendo movimientos globales. El objetivo es generar a través de ejercicios de coordinación la maduración y control tónico específico necesario [7] En la lectura, además de un desarrollo de lenguaje esperado para la edad, es importante la percepción visual, saber diferenciar las formas y su orientación, la prosodia al hablar y la imitación de su medio ambiente, a esto se le llama estimulación del entorno.

El comienzo del segundo nivel de la pirámide abarca la edad de 1 a 3 años, junto con las habilidades sensoriomotoras de este apartado, el desarrollo de lenguaje comprensivo aumenta y se agrega el lenguaje expresivo, donde los niños son capaces de articular sonidos sin significado, sílabas y palabras sencillas, el lenguaje comprensivo se alimenta al retener la información auditiva y tener la posibilidad ya de expresar sus ideas y hacer actividades que le piden.

El desarrollo del esquema corporal es uno de los más importantes, ya que de éste deriva la percepción del cuerpo y conocimiento de las partes de este, el cómo moverse por el espacio y en la parte emocional, la imagen y seguridad que construimos de cada uno de nosotros.

Según Ajuriaguerra “el conocimiento de sí mismo es el resultado de todas las experiencias activas o pasivas que tiene el niño y esto es posible gracias al diálogo tónico que implica la relación del individuo con el ambiente” (112) [4].

El esquema corporal se construye gracias a la evolución del pensamiento y de manera lenta gracias a las experiencias que se realizan con el cuerpo y de las vivencias. Para una construcción positiva del esquema corporal se necesita la imitación, el juego simbólico y el lenguaje.

El niño a los dos años comienza el juego de imitación, lo cual supone conocimiento de sí mismo, de las posibilidades de control de los movimientos propios y de las personas a su alrededor. La percepción es importante, ya que genera una imagen mental; al mismo tiempo, la aparición del lenguaje facilita el reconocimiento de las partes del cuerpo y el establecimiento de las relaciones entre cada segmento del cuerpo [4].

La estructuración del esquema corporal en el segundo periodo (3 a 7 años), comienza con la concienciación de su propio cuerpo diferenciándose a sí mismo de todo lo demás, aumenta la discriminación de sus percepciones, capta el “yo” como un conjunto global y su lateralización se afirma [9].

En el momento en que un niño presenta dificultades en el lenguaje, atrasará el óptimo desarrollo de los elementos de la psicomotricidad, en este caso del esquema corporal. Debido a la falta de estimulación e intención comunicativa, el niño no logrará emitir estímulos que le permitan construir una imagen mental propia, por más estímulos visuales que existan, como los espejos o los padres realizando movimientos sencillos frente a ellos. Se necesita crear una intención comunicativa para que se forme la intención de imitar, posteriormente de jugar y al último se pueda hablar de un comienzo de la creación del esquema corporal. La ventaja de centrarse sólo en lo motriz y social es que el lenguaje va inmerso en cada una de las etapas y actividades.

El esquema corporal en la lectura necesita un equilibrio correcto y controlado, el control de los ojos, discriminar percepciones visuales y auditivas, atención y memorización correspondientes. El aprendizaje de la grafía requiere una lateralización correcta, necesaria percepción visual, equilibrio controlado y suficiente coordinación visomanual. Para el cálculo se debe contar con el desarrollo de la percepción visual, conocimiento correcto del espacio-temporal, adquisición de la noción de número y la atención y memorización suficientes [9].

Las dificultades que se pueden observar en una deficiente estructuración del esquema corporal se dividen en: perceptivas, la cual incluye una deficiencia en la estructuración espacio-temporal. Para la adquisición de la lectura y la escritura es importante, ya que de esto dependen las posibilidades de orientación. Los problemas más frecuentes se

encontrarán en la confusión de letras en donde invierta la orientación, inversión de letras y sílabas, aumento de letras en las palabras u omisión de algunas. En el área del lenguaje se verá afectada la utilización de la sintaxis al construir una oración, podrá equivocarse en el género o número

La deficiencia en la parte motriz se ve reflejada en la incapacidad de organizar los esquemas motores de los que parten las acciones. El niño que no ejerce control sobre alguna parte del cuerpo presenta defectos de coordinación, de lentitud o torpeza y esto afecta en la escritura con letras deformadas, mal alineadas y temblorosas, cuadernos sucios y no organizados [9].

El tono es una habilidad psicomotriz que se encuentra en el segundo nivel del desarrollo sensoriomotor. Se refiere al grado de contracción o tensión de los músculos en determinada actividad, ya que al realizar algún movimiento utilizamos cierto tono en algunos músculos y debemos inhibir algunos otros para que el movimiento no se vea entorpecido. Si no tenemos desarrollada la adaptación de controlar la tensión muscular, la actividad e interacción con el mundo que nos rodea sería desorganizada y la posibilidad del desarrollo mental sería nula, ya que es la manipulación y actividad sobre el tono la causa del desarrollo psicológico [1].

La evolución del tono muscular comienza desde el nacimiento con una hipotonía de los miembros y por hipotonía del tronco. Hacia los tres años de edad el tono se va modificando gracias a las experiencias de movimiento que genera el niño, dando más agilidad a los miembros. Según lo mencionado por Ajuriaguerra “un niño de seis años, al botar la pelota con la mano derecha puede ejecutar el mismo movimiento con la izquierda gracias a la regulación del tono muscular” (23) [7].

En conjunto con el tono muscular se desarrolla la postura, la cual se perfecciona, según Berruezo, llegando al control postural en el tercer nivel perceptivo motor de la pirámide de desarrollo. Una integración del tono muscular será facilitada por el desarrollo del equilibrio, coordinación dinámica global y segmentaria, afirmación de la lateralidad, percepción espacio, tiempo y ritmo. A la par de la postura se adquiere la prensión palmar consciente. Estas nuevas adquisiciones dependen de factores de maduración y psicológicos relacionados con las experiencias del niño en su entorno [7].

En la edad preescolar, de 3 a 6 años, los niños comienzan con la grafomotricidad que se conoce como un “nivel inicial de un acto motor que tiene por finalidad educar y corregir la ejecución de los movimientos básicos que intervienen en la escritura[...] Las

actividades que se realizan están dirigidas a un control grafomotriz de los trazos gráficos, para que el niño adquiriera los movimientos básicos evitando movimientos que no son productivos y previene anomalías posteriores de la escritura como son los giros invertidos, la dirección y la presión del lápiz, entiendo que esta última anomalía tiene como base el tono muscular” (2) [10].

La coordinación motriz fina es fundamental para la posterior adquisición de la pinza para escribir. A los 2 años y medio el niño tiene un mayor control de la muñeca para trazos independientes, siguiendo los movimientos de su mano con la mirada. A los 3 años aparece la coordinación óculo-manual, dibuja e intenta controlar el movimiento de su mano, como no salirse del papel. A los 4 años aparece la intencionalidad al dibujar, mencionando con una estructuración del lenguaje esperada para su edad, lo que va a dibujar antes de realizarlo. Entre los 4 y 6 años de edad podemos observar la integración del esquema corporal por medio de dibujos del cuerpo humano, cabeza, pies, ojos, manos [10].

LENGUAJE

Para la evaluación y diagnóstico de los trastornos del lenguaje, en los niños preescolares se recomienda realizarlo a través del juego, en situaciones naturales para observar la espontaneidad, sin ejercer presiones. El área cognoscitiva, psicomotriz, lenguaje y social se desarrollan en conjunto; si existe retraso en alguna de ellas es muy probable que en otra área también lo exista. Cuando el niño no cuenta con comunicación verbal, busca expresarse de diferente manera, encontrando que su cuerpo puede moverse como él lo desee, siempre y cuando sea de forma positiva, como señalando lo que quiera obtener o de forma negativa con autolesiones.

Azcoága menciona que el desarrollo del lenguaje del niño pasa por niveles distintos para lograr, según la edad en la que se encuentre, la adquisición esperada. Existen dos áreas básicas; el analizador verbal que incluye lo auditivo, que es una parte importante para la adquisición del lenguaje y diversos aprendizajes, y el analizador cinestésico motor verbal que implica las aferencias básicas en la adquisición de actos motores y la melodía cinética que facilita el lenguaje expresivo” [11].

La adquisición ontogenética del lenguaje abarca tres estadios de comunicación, uno prelingüístico (0 a 12-15 meses de edad) y dos lingüísticos (1 a 5 años y de 5 a 12 años de edad aproximadamente) [11].

En el nivel prelingüístico se establecen los primeros recursos de comunicación del niño, el principal es el llanto. Se le conoce como prelingüística porque se basa en actividades innatas como la succión, deglución, respiración, grito y llanto. Estas actividades van desarrollando de forma paulatina hasta formar parte de la función del habla. La importancia del primer nivel lingüístico es la adquisición de los fonemas del lenguaje que se da de manera constante y progresiva, los fonemas del lenguaje no se adquieren hasta los 6 años, máximo 7 [11].

En este nivel se dan dos etapas que conciernen a los niños de 3 a 6 años. La etapa de la frase simple donde incorpora preposiciones, artículos, conjunciones y declinaciones en género, número y persona verbal; lo que genera la construcción de la sintaxis de la oración. A la comprensión de los significados de las oraciones se incorporan inflexiones de voz, actitud gestual y contexto situacional que le dan al mensaje del niño un nivel alto de comunicación. Comienza el monólogo infantil durante el juego; esto es el inicio de la “interiorización” del lenguaje. Y la formación del lenguaje interno aparece entre los dos y los siete años, donde aparece el soliloquio o monólogo en el que el niño expresa para sí mismo en voz alta con la finalidad de resolver situaciones. La formación del lenguaje interno a expensas del lenguaje exterior está dada por los significados.

En el segundo nivel lingüístico –5 a 12 años– coincide con el ingreso a la etapa escolar y con el desarrollo de los procesos de aprendizaje. En los niños sin ningún problema agregado, el dominio de todas las funciones lingüísticas se desenvuelve en el código lecto-escritor, también en la comunicación verbal y en la actividad del lenguaje interior o el pensamiento discursivo. El proceso del lenguaje se desarrolla más en esta etapa, dividiéndose en lenguaje receptivo que se encarga de la percepción de las palabras de forma oral o escrita; el interior se encarga de la búsqueda del significado correcto de las palabras y expresivo, encargado de la expresión de las palabras en respuesta o por iniciativa propia.

Entre los tres y cinco años, en el lenguaje receptivo, se inicia la comprensión de palabras interrogativas como ¿dónde? ¿por qué? ¿para qué? El infante de cinco a siete años comprende términos abstractos y de comparación. En el lenguaje expresivo de tres a cinco años se utiliza más palabras pivote, incluye elementos pequeños de una oración como sustantivos, verbos, adjetivos, pronombres, adverbios y preposiciones. En estas edades también se realizan diferentes combinaciones con los elementos de las oraciones de forma coherente. La adecuada adquisición de lenguaje en los niveles anteriores le ayudará en su aprendizaje escolar.

El aprendizaje escolar está íntimamente relacionado con el desarrollo y adquisición del lenguaje. Existen retardos en el aprendizaje escolar que son consecuencia a una secuela lingüística que afecta al niño en el momento en el que inicia el aprendizaje de la lectura y escritura. Si la dificultad del lenguaje en el niño es articulatoria, en la adquisición de la lectura se verán dificultades en el análisis y síntesis de nuevos fonemas y combinaciones. Se caracteriza por ser una lectura lenta y por confusiones entre fonemas con puntos de articulación similares o muy próximos. Sin embargo, la comprensión se encuentra intacta, y si la dificultad en el lenguaje del niño está en el área de la comprensión, tendrá problemas en la síntesis de la información, es decir, en la combinación de los grafemas; por esto la lectura se hace deletreada y muestra dificultad en la evocación de los grafemas. Así mismo la comprensión se encuentra afectada, y dificulta la adquisición de la lectura, ya que es un nuevo código que procesar [11].

El aprendizaje de la escritura es simultáneo a la lectura, de manera que, si el niño presenta dificultades en el área de la articulación, manifestará trasposiciones y sustituciones que se observan en las palabras polisilábicas de fonemas con semejanza articulatoria. La dificultad del lenguaje en el área de comprensión se verá reflejado en dificultad en la escritura por medio de omisiones y sustituciones en el nivel silábico y polisilábico. Cuando adquiera la escritura espontánea tendrá dificultades en la redacción por falta de palabras adecuadas y por una desorganización del contenido.

CONCLUSIÓN

Estructurar la información del desarrollo esperado del niño en sus distintas áreas sin enfocarnos en una sola nos da una perspectiva diferente para la atención en terapia a los niños, además de que nos permite tener objetivos más claros y concisos en cuanto a la intervención. La pirámide nos invita a trabajar de una manera más integral en terapia, en donde no se descuide por ningún motivo las áreas corporales, perceptivas y sensitivas. El trabajo día a día en terapia permite confirmar que ningún área puede desarrollarse sin la otra, gracias a esto es que el área del lenguaje debe colocarse entre los subniveles de la pirámide de Berruezo, para que el terapeuta de lenguaje logre tener una perspectiva psicomotriz y no sólo sobre la dificultad del lenguaje que al no ser atendida a tiempo formará un problema de aprendizaje escolar. La importancia de cambiar de visión del terapeuta de lenguaje es que se podrán prevenir retrasos en cualquier área del niño, si este se aborda con un enfoque psicomotriz, multidinámico e integral. Todo objetivo terapéutico es prevenir de cualquier dificultad que se pueda presentar en el desarrollo del niño y evitar siga evolucionando, si este objetivo no se pudo realizar, abre la puerta a la

reeducación y/o rehabilitación del niño comenzando con los niveles sensoriales y motores del niño a la par que la dificultad del lenguaje se va trabajando. Se pretende dar a conocer en profundidad a la psicomotricidad, manejándola no sólo como un área del desarrollo, sino como una nueva visión hacia las habilidades y el movimiento que expresa el niño. La psicomotricidad es la unión de la actividad motriz y el desarrollo de la actividad mental en conjunto. La misma importancia que se da a la adquisición de movimientos motrices del niño se le debe dar a la capacidad de desapego, seguridad, conciencia corporal, observar cómo se desenvuelve con las personas cerca de su círculo social y lejos de él. Con el ejercicio psicomotor se permite al niño experimentar en su propio cuerpo como una totalidad, vivenciado en segmentos, en el espacio y el tiempo, integrando los fenómenos afectivos y procesos cognitivos.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] CADAVEIRA, M., & Waisburg, C. (2015). *Autismo*. México: Paidós
- [2] OMS. (2019). *CIE-11*. Obtenido de https://icd.who.int/ct11_2018/icd11_mms/es/release#/
- [3] CONADIS (2019). *Gobierno de México*. Obtenido de <https://www.gob.mx/conadis/es/articulos/dia-mundial-de-concienciacion-sobre-el-autismo-2019?idiom=es>
- [4] OMS. (s.f.). *Desarrollo en la adolescencia*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- [5] BRUGUÉ MARTA (2008). *El desarrollo de los niños, paso a paso*. Barcelona: Editorial UOC.
- [6] AYRES, A. JEAN (2016). *La integración sensorial y el niño*. México: Trillas.
- [7] DURIVAJE JOHANNE (2013). *Educación y psicomotricidad*. México: Trillas.
- [8] A. BERRUEZO PEDRO Y LAZARO (2009). *La pirámide del desarrollo*. Revista Iberoamericana de psicomotricidad y Técnicas corporales. (9) 16-42.
- [9] ORTEGA J. JOSÉ (2010). *Psicomotricidad: Teoría y programación*. España: Wolters Kluwer, Las Rozas Madrid.
- [10] CAMACHO CARLA (2016). *La grafomotricidad en el nivel inicial*. Escuela Profesional de Educación Inicial. Perú: Trujillo.

- [11] AZCOAGA, J.E. (1981). Los retardos del lenguaje en el niño. Barcelona: Paidós.
- [12] BERRUEZO, P.P. (2000). El contenido de la psicomotricidad. En Bottini, P. Psicomotricidad: prácticas y conceptos. Madrid: Miño y Dávila. (ISBN: 84-95294-19-2).
- [13] ANGULO, J. (2012). Cuerpo, emociones, cultura. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. Vol. 26, núm. 2, agosto, 53-74.
- [14] PAPANDREA, A. (2018). Abordaje psicomotor en adultos. Argentina: Imago Mundi.
- [15] MILA, J. 2018. *Psicomotricidad intervenciones en el campo adulto*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Corpora Ediciones.

TRANSFORMACIONES DE LA ADOLESCENCIA A TRAVÉS DE LA EXPRESIÓN CORPORAL EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

ANDREA IBARRA FRÍAS

Maestranda en Psicomotricidad por el Colegio Internacional de Educación Superior, Licenciada en Psicología por el CiES.

Recepción: 06 de abril 2021/ Aceptación: 23 de abril de 2021

RESUMEN

Poco se ha hablado del trastorno del espectro autista en la adolescencia, lo que conlleva una gran variedad de retos, así como la presencia de conductas desadaptativas, que en un gran porcentaje estarán relacionadas con integración sensorial, y serán tomadas desde lo neurológico y corporal. Dichas conductas traen consigo una gran variedad de efectos colaterales en lo social por lo que la psicomotricidad debe manifestarse, abordando dicho fenómeno y estableciendo propuestas para la intervención.

El cuerpo será parte fundamental para la observación de una expresión corporal del adolescente, para determinar y analizar el por qué de la conducta ya sea que tenga lenguaje o no, permitiendo así su medio de comunicación, que a través de la psicomotricidad se trabajará desde una modalidad integral y semiestructurada, permitiendo autodeterminación en el adolescente, brindándole herramientas para trabajar la flexibilidad y regulación de dichas conductas.

PALABRAS CLAVE: adolescencia, autismo, conductas disruptivas, expresión corporal, integración sensorial, psicomotricidad.

SUMMARY

Not much has been said about autism in adolescence, which entails a great variety of challenges, such as the presence of desadaptative behaviors, which is a large percentage will be related to sensory integration and will be taken from the neurological and corporal. These behaviors bring with them a great variety of collateral effects in the social area, so psychomotor skills must be manifested, addressing this phenomenon and establishing a proposal for intervention.

The body will be a fundamental part in the observation of the adolescent's corporal expression, so we will be able to analyze the reason for that behavior, whether it has

language or not, thus enabling the adolescent's means of communication, which will be worked on through psychomotor skills in a comprehensive and semi-structured manner, allowing self-determination in the adolescent, providing tools to work on the flexibility and regulation of such behaviors.

KEY WORDS: autism, adolescence, disruptive behaviors, body expression, sensory integration, psychomotricity.

RÉSUMÉ

Peu de choses ont été dites sur le trouble du spectre de l'autisme à l'adolescence, qui implique une grande variété de défis, ainsi que sur la présence de comportements inadaptés, qui dans un grand pourcentage seront liés à l'intégration sensorielle, et seront considérées du point de vue neurologique et corporel. Ces comportements entraînent une grande variété d'effets collatéraux dans la sphère sociale, c'est pourquoi les compétences psychomotrices doivent se manifester, aborder ledit phénomène et établir une proposition d'intervention.

Le corps sera une partie fondamentale pour l'observation d'une expression corporelle de l'adolescent, pour déterminer et analyser la raison du comportement, qu'il ait un langage ou non, permettant ainsi ses moyens de communication, qui à travers des compétences psychomotrices seront travaillés à partir de une modalité globale et semi-structurée, permettant l'autodétermination chez l'adolescent, fournissant des outils pour travailler sur la flexibilité et la régulation desdits comportements.

MOTS CLÉS: autisme, adolescence, comportements perturbateurs, expression corporelle, intégration sensorielle, compétences psychomotrices.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición que perdura durante toda la vida del sujeto. Se presenta de diversas maneras y pueden encontrarse comorbilidades, sobre todo alteraciones de integración sensorial y trastornos psicomotores que serán expresados por medio de conductas desadaptativas, las cuales se podrán observar a simple vista desde lo social, y se deben de abordar desde la situación que origina dicha respuesta. Las alteraciones en la integración sensorial se pueden llevar a cabo a través de la psicomotricidad con diversas herramientas y estrategias para determinar el por qué de las reacciones al ambiente, producto, sujeto, entre otros.

La mayoría de los casos la intervención de estas conductas va dirigida a retos de adaptación al ambiente, sin embargo, muy pocas veces se considera la parte emocional y sentimental de los adolescentes que de cierta manera se hacen dependientes de otro. Lo ideal sería que el adolescente tuviera mayor autodeterminación, libertad para expresarse, así como ser entendido por el otro y ser tomado como sujeto y no solo como un individuo que presenta una conducta no adaptativa a su entorno.

La integración sensorial y la intervención psicomotriz pueden trabajarse de manera conjunta, ya que la psicomotricidad permite un abordaje más integral del paciente porque toma en cuenta no sólo aspectos físicos o fisiológicos, sino que también aspectos psíquicos, brindando un abordaje de intervención más amplio para el adolescente con autismo trabajando lo emocional y lo corporal.

Muchos adolescentes con autismo no emplean la resiliencia ni la autonomía, se dirigen por lo que el adulto ordena o desea. Pero, ¿en dónde queda el deseo de él como sujeto dejando de lado el trastorno?

AUTISMO Y ADOLESCENCIA

A lo largo del tiempo la definición de autismo ha ido evolucionando, desde Kanner en 1943 quien fue pionero describiendo el concepto en su artículo “Autistic Disturbances of Affective Contact”; hasta la actualidad.

El DSM-V “plantea pensar el autismo ya no como una categoría diagnóstica única, sino como una dimensión más abarcadora y no tan restringida” (66) [1].

Actualmente, de acuerdo con la OMS, en el CIE-11 [2], está clasificado en la sección de trastornos del neurodesarrollo, y sus principales características son “déficits persistentes en la capacidad de iniciar y sostener la interacción social recíproca y la comunicación social y por un rango de patrones comportamentales e intereses restringidos, repetitivos e inflexibles” [2]. A su vez Cadaveira y Waishburg [1] incluyen también que habrá una tendencia a una inclinación hacia ciertos factores sensoriales, en donde se puede observar hipersensibilidad o hiposensibilidad a los estímulos sensoriales que generan una respuesta diferente a la normal.

La incidencia del autismo en México no tiene datos actuales, no obstante, CONADIS [3] estima que al año nacen alrededor de 6 mil 200 personas con autismo. De igual manera, Carol Ajax, fundadora de Spectrum Therapy Center México, aseguró que en el país 1 de cada 115-120 personas presenta algún tipo de trastorno del espectro autista [3].

Frecuentemente cuando hablamos de autismo se piensa inmediatamente en niños y en muchas ocasiones se entiende como si el autismo sólo se diera en la niñez, sin embargo, esta condición perdura durante toda la vida en las personas que lo padecen, y se encuentra poca referencia e investigación en otras etapas de la vida. Por lo que en este trabajo se pretende abordar el autismo en la adolescencia, una de las etapas que para todo ser humano conlleva una serie de cambios físicos y emocionales importantes en su desarrollo.

La adolescencia es un proceso de transición que según la OMS [4] se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. En esta etapa podemos observar diversos cambios físico-biológicos y emocionales por los que todos los seres humanos pasamos.

En los púberes con Trastorno del Espectro Autista podemos observar como menciona Ogalla [5], que habrá un aumento en las conductas disruptivas (estrés) o desadaptativas ya que, para las personas con autismo, la adolescencia es un periodo de desafíos. Por ejemplo, podemos ver que la menstruación para las mujeres con autismo generará mayor confusión y angustia.

Estos cambios físicos enmarcan un duelo importante descrito por Aberastury [6] refiriéndose aquellas modificaciones biológicas, que lo dejan en la transición entre el cuerpo infantil y el cuerpo adulto, produciendo un “fenómeno de despersonalización” (143)[6], además “se experimentan como extraños, violentos e intrusivos” (6) [7] y podrán verse reflejados tanto en el esquema corporal como en la imagen corporal, ya que como bien es sabido estas están relacionadas con los procesos psicomotores, brindando así nuevos descubrimientos en dimensiones y formas de verse, reconocerá e integrará poco a poco estos cambios.

No obstante, se ha observado que esto se dificulta en los adolescentes con autismo, generando mayores retos en la sociedad, en el ámbito educativo y familiar que causarán alteraciones que se podrán observar en su integración sensorial como hipersensibilidad o hiposensibilidad ante estímulos del entorno que en ocasiones les imposibilitan la realización de algunas actividades.

En lo social la incapacidad para expresar el sentir por la mirada del otro generará, por ejemplo, en el ámbito educativo una alteración en las conductas de interacción con sus compañeros dificultando la inclusión. La falta de sensibilidad hacia lo que le ocurre al adolescente con autismo nos hace reflexionar en que posiblemente las conductas

disruptivas o desadaptativas que presenta no le ayuden a expresarse de una manera en la que todos le puedan entender, sin embargo, su cuerpo habla y todo el tiempo intenta comunicar algo por medio de sus expresiones, posturas, gestos y el entorno en donde se desenvuelve le genera experiencias con respecto al contacto con los otros y el ambiente.

DESDE LA INTEGRACIÓN SENSORIAL A LA PSICOMOTRICIDAD

“Recientes trabajos de investigación han indicado que entre 76 y 85% de los niños y adultos con autismo exhiben respuestas inusuales al input sensorial” (197) [1].

Ante las diversas reacciones adversas o repetitivas a ciertos estímulos fue que Jean Ayres terapeuta ocupacional, en 1998 introdujo el modelo de integración sensorial para brindar herramientas e identificar trastornos del procesamiento sensorial, el cual está enfocado en niños menores de 7 años. Actualmente no hay algún autor que se enfoque o haya llevado a cabo una investigación sobre integración sensorial en adolescentes y adultos.

Para Ayres [8] la integración sensorial es la “organización de sensaciones para su uso” (13) [8], queriendo decir que, a través de los estímulos percibidos por medio del mundo externo al cuerpo, emitirán comunicaciones al cerebro, el cual se encargará de registrar dicha información y modular la entrada sensorial, por lo tanto, llevar a cabo la integración sensorial, que si bien si no se modula o se registra tendremos un desorden del procesamiento sensorial, que a través de dicha técnica generará respuestas adaptativas a los estímulos.

Actualmente Barrios [9] menciona que Winnie Dunn presenta un modelo de procesamiento sensorial, el cual es ecológico, es decir, “que enfatiza la importancia de analizar las demandas de la actividad y del entorno del sujeto para maximizar su autonomía” (1) [9]. Este modelo plantea cuatro patrones, el de búsqueda, evitación, sensibilidad y registro; los cuales estarán en función de un umbral neurológico que es la consistencia en que las neuronas respondan a los estímulos recibidos de una autorregulación pasiva y activa, la cual se considerará hipersensibilidad o hiposensibilidad, nuevamente enfocándose en lo puramente corporal.

Cabe destacar que los sentidos a los que se refiere la Integración Sensorial, son los mismos abordados por la Psicomotricidad en la pirámide de desarrollo de Lázaro y Berruezo [10], quienes clasifican ocho en nuestro sistema sensorial: vista, oído, olfato,

gusto, tacto, vestibular, propioceptivo, interoceptivo. No obstante, este último solo lo aborda la psicomotricidad.

Debemos de esclarecer a qué nos referimos con psicomotricidad ya que podemos encontrar una gran variedad de definiciones con respecto a esta técnica en donde la misma palabra proporciona los factores que aborda y se relacionan entre lo motor, psíquico.

Según la Sociedade Brasileira de Psicomotricidade “La psicomotricidad es una ciencia que estudia a la persona a través de su cuerpo en movimiento y en relación con su mundo interno y externo y de sus posibilidades de percibir, actuar y relacionarse con los otros, con los objetos y consigo mismo. Guarda relación con el proceso de maduración, donde el cuerpo es el origen de las adquisiciones cognitivas, afectivas y orgánicas. Psicomotricidad es, pues, un término que se emplea para designar una concepción del movimiento organizado e integrado, en función de las experiencias vividas por el sujeto cuya acción es el resultado de su individualidad, su lenguaje y su socialización” (31-32) [11]

Asimismo, Berruezo [12] cita a Da Fonseca para definir la psicomotricidad como aquella que ocupa la “comprensión del movimiento como factor de desarrollo y expresión del individuo en relación con su entorno” (1). Pero al “estudiar el movimiento como fenómeno de comportamiento se deben de integrar tanto los movimientos expresivos como las actitudes significativas, se pueden percibir la especificidad motriz y actitudinal del ser humano” (1).

Del mismo modo, esta investigación estuvo centrada en la psicomotricidad terapéutica, dado que como bien refiere Berruezo [11], es el área “cuya finalidad es la intervención psicomotriz sobre trastornos psicomotores del desarrollo, así como sobre alteraciones emocionales y de la personalidad en función de un proyecto terapéutico realizado sobre la base de un diagnóstico” (23) [11].

En cuanto a los trastornos psicomotores del desarrollo antes mencionados nos lleva a relacionar con lo que la teoría de Integración Sensorial plantea como dispraxias del desarrollo, y es que en ambos el problema comienza desde edades muy tempranas afectando su desenvolvimiento durante el crecimiento, ambos se focalizan en las deficiencias cerebrales que ocasionan el conflicto motor sin embargo, la gran diferencia entre ambos es que en los trastornos psicomotores no sólo está la parte motora como en las dispraxias con respecto a coordinación y por ende a planificación motora, sino que de

manera psíquica y afectiva lo podemos observar, no obstante, no todas las alteraciones son específicas para los adolescentes con autismo, sino que tienen diferentes características y se manifiestan diversas actitudes y desarrollos, dependiendo también del ambiente brindado tanto emocional como físico.

Los trastornos psicomotores son alteraciones que se pueden observar en el tono, movimiento, postura, equilibrio, espacio, tiempo, coordinación, esquema e imagen corporal de nuestro propio cuerpo, y en las personas con autismo puede existir una gran dificultad ante esto, desencadenando ciertos conflictos emocionales y de ansiedad expuestos en conductas desadaptativas.

Cuando hablamos de emociones Angulo [13] refiere que para Damasio “es en amplia medida un mundo de acciones que se lleva a cabo en nuestros cuerpos, desde las expresiones faciales y las posturas” (62) [13], dando así al cuerpo el medio de comunicación del adolescente.

Los procesos psicomotores ayudan a que el adolescente con autismo pueda desarrollar un esquema corporal, ya que se ha podido observar que presentan dificultades para integrar adecuadamente las nociones de su cuerpo y de su “yo corporal”, puesto que al encontrarse en situaciones como el roce de las manos o la voz de un sujeto que está en convivencia con ellos, pueden aparecer complicaciones en su organización psicocorporal.

Para esto, es fundamental tener claro este concepto por lo que Berruezo [12] ante la definición por parte de Le Boulch refiere que hay una concientización de nuestro propio cuerpo ya sea en reposo o en movimiento, en relación con sus diferentes partes, especialmente con el espacio y los objetos que lo rodean.

Deberán organizar y asimilar la información del mundo exterior y dentro de la terapia psicomotriz se abordarán las dificultades ante la construcción de la globalidad corporal que se puede presentar, así como de imagen corporal, al ir estructurando y empoderándose de su cuerpo en los nuevos cambios.

Los nuevos retos y cambios tanto corporales como psíquicos en los adolescentes, generan un movimiento en la prehistoria de su corporeidad, ese yo corporal que desde la infancia comienza a construirse a través de “huellas de contactos, miradas, palabras, voces, gestos, actitudes y posturas que van marcando nuestro frágil e inmaduro cuerpo nacido de otro cuerpo” (61) [14] durante su desarrollo con los cuidadores primarios y los adultos quienes son indispensables para dar ese sentir de existencia.

Cuando no hay una adecuada construcción del esquema corporal o de la imagen corporal podemos, ver que no hay una percepción de los límites del adentro y del afuera.

PSICOMOTRICIDAD COMO ABORDAJE TERAPÉUTICO PARA ADOLESCENTES CON TEA

En el adolescente con autismo, su cuerpo, su mente, sus sensaciones y sus percepciones se transforman y la mayoría de las veces podemos ver que los adolescentes no son autónomos, sino dependientes de un otro y constantemente están en terapias o en la escuela, y no hay un momento para pensar en lo que él quiere realmente y puede aparecer en ellos la pregunta “¿qué quieren de mí?”. No se les da el tiempo y el espacio para reconocerse y saber quiénes son. Se construyen para otros, pero no para ellos mismos, dejando a un lado su deseo. Tengan o no lenguaje verbal, su individualidad y su autonomía es sofocada por una necesidad de regular aquello que a la sociedad tanto le incomoda.

Nadie les pregunta su opinión ni escuchan sus necesidades como sujeto, no se le apoya para adquirir autonomía, hasta pareciera como si no fuera importante y no se trata de alcanzar metas, sino que cada uno de ellos contemple lo que ha logrado, que observe perciba la importancia y el por qué de eso que está realizando, además de ser libre de expresar su incomodidad ya sea a los estímulos sensoriales evitando o adaptándose a lugares, o a las actitudes y percepciones de los otros hacía él.

El tratamiento de estos pacientes generalmente se enfoca en la corrección de las conductas desadaptativas, pero, ¿por qué no tomar esas conductas como si nos estuvieran diciendo algo? En la adolescencia como ya hemos visto se presentan variedad de cambios importantes que a veces por considerar sólo la parte visible se deja de lado lo interno, el motivo por el cual está reaccionando de esa manera, pero, “¿por qué no considerar los sentimientos y emociones de una forma importante en el desarrollo e interacción social de una manera diferente? A través de las expresiones emocionales y corporales que están sumamente relacionadas con su historia.

Con esto trato de explicar que la expresión se manifiesta en el lenguaje corporal y es a través de gestos, movimientos y miradas que se establece la comunicación con el exterior. A decir verdad, algunos textos mencionan y refieren que existe poca expresión facial en los gestos de las personas con Trastorno del Espectro Autista, pero esto no limita el poder observar otras expresiones como el movimiento, la mirada, etc.

Asimismo, como previamente he mencionado la parte corporal desde su construcción está teniendo un impacto significativo, en estas edades los adolescentes irán integrando ya los procesos psicomotores obtenidos y dadas las características que representa el Trastorno del Espectro Autista, se presentarán o no dificultades sensoriales que tendremos que abordar, así como las emociones emergentes a diversas circunstancias por las que estará viviendo el púber, debido a la aparición de alteraciones significativas socialmente en el sentido de cambio de escuela, que requerirá una modificación de rutina, por lo tanto de personas a su alrededor, donde en ciertos momentos esto le produzca conflicto, o que extrañe a los amigos que tenía en la anterior escuela o por cuestiones de cómo lo ven los demás, esto enfocado a adolescentes con menores retos, ya que cuando tienen mayores retos podremos verlo desde otro punto más detallado.

Se pretende que tengan un espacio en donde puedan, si tienen lenguaje, hablar y expresar sus sentimientos y emociones para así trabajarlos y hacer que el propio adolescente busque estrategias de solución, asimismo, cuando no se tiene un lenguaje, a través de los sentidos, de la mirada, de una palabra emitida poder ir observando y evaluando junto con los padres y/o personas que interactúen con él de manera integral para llegar al por qué está teniendo esas conductas ya sea por estímulos sensoriales, o emocionales.

Del mismo modo a través del juego, establecer un lenguaje, una comunicación emitida por el cuerpo que a la vez, será parte de su expresión corporal que tiene que ver con sus sentimientos, lo mismo que llevar a cabo la integración sensorial, del mismo modo la parte afectiva, que si englobamos esto, nos referimos a lo que se trabaja en psicomotricidad, así como también brindamos herramientas de interacción con ellos, respetando siempre y cuando sus límites corporales, y que en un momento dado se acompaña a tener una construcción de su imagen y esquema corporal, proporcionando una serie de diversas actividades lúdicas como motrices, para que ellos se hagan conscientes de lo que está generando su propio cuerpo mediante la acción que avivará su afectividad y deseos, igualmente de manera indirecta también es un trabajo de interacción social.

Por consiguiente, la intervención de la psicomotricidad dará un acompañamiento, y una observación para comenzar a proporcionar las herramientas necesarias para ir trabajando esos sentimientos y su autoconcepto, a su vez que generar su autodeterminación, dando espacios para que ellos escojan algunas de las actividades, dependiendo de las dificultades y retos de cada sujeto.

Cabe mencionar que el trabajo en el abordaje psicomotriz en adolescentes con autismo veremos algo similar a lo que propone Juan Mila [15] para los adultos, puesto que no se trata de infantilizar las sesiones, hablando de adolescentes de 15 a 19 años, en donde enfatiza un momento de trabajo corporal y otro de conversación y escucha que se llevaría a cabo con sesiones más estructuradas. Sin embargo, las actividades llevadas a cabo con adolescentes con autismo de 10 a 15 años y dependiendo sus retos, algunas ocasiones deberán ser espontáneas o que las propongan.

CONCLUSIÓN

Tenemos que dejar de ver lo superficial y ver más allá de lo que podemos apreciar con los ojos, es observar y analizar qué es lo que está ocasionando, qué quiere decirnos ese cuerpo en movimiento, ese lenguaje corporal, esa expresión, ser los detectives de las verdaderas causas y no mirar lo superficial que eso cualquiera lo hace, a través de esta intervención psicomotriz abrimos a la complejidad, llevar a un encuentro con el otro, en ese acompañar de su propio conocimiento, capacidad y deseo.

Debemos de tomar mayor consideración a los adolescentes con Trastorno del Espectro Autista, desde el hecho de ubicarlos como sujetos, que se desarrolle mayor autodeterminación y autonomía, si acompañarles, pero dejar que experimenten, que puedan ser capaces de trabajar a través de una terapia psicomotriz los aspectos tanto sensoriales, como emocionales, llenarlos de posibilidades, y herramientas que lo ayuden a desarrollarse en su entorno de una manera más adecuada, y poder así adentrarlos a una etapa adulta con mayor independencia, incluso en el ámbito laboral y social.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] CADAVEIRA, M., & Waisburg, C. (2015). *Autismo*. México: Paidós.
- [2] OMS. (2019). *CIE-11*. Obtenido de https://icd.who.int/ct11_2018/icd11_mms/es/release#/
- [3] CONADIS. (2019). *Gobierno de México*. Fecha de consulta: 2021-01-15. Disponible en: <https://www.gob.mx/conadis/es/articulos/dia-mundial-de-concienciacion-sobre-el-autismo-2019?idiom=es>
- [4] OMS. (s.f.). Desarrollo en la adolescencia. Fecha de consulta: 2021-01-15. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

- [5] OGALLA, E. (2003). "Adultación" de los jóvenes con autismo y/o necesidades de apoyo generalizado. *Escuela Abierta*, 85-127.
- [6] ABERASTURY, A., & Knobel, M. (1988). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México: Paidós Educador.
- [7] MONSERRAT, A. (2013). Clínica psicoanalítica en adolescentes. Sus vicisitudes. Madrid: Biblioteca Nueva.
- [8] AYRES, J. (1998). La integración sensorial y el niño. México: Trillas.
- [9] BARRIOS, S. (2017). *Ocupa TEA*. Fecha de consulta: 2021-01-15. Disponible en: <http://ocupatea.es/procesamientosensorial1/>
- [10] LÁZARO, A., & Berruezo, P. (2009). La pirámide del desarrollo humano. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. 9 (2), 15-42.
- [11] BERRUEZO (2008). El contenido de la psicomotricidad. Reflexiones para delimitación de su ámbito teórico y práctico. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado* 19-34.
- [12] BERRUEZO, P.P. (2000): El contenido de la psicomotricidad. En Bottini, P. *Psicomotricidad: prácticas y conceptos*. Madrid: Miño y Dávila. (ISBN: 84-95294-19-2)
- [13] ANGULO, J. (2012). Cuerpo, emociones, cultura. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. Vol. 26, núm. 2, agosto, 53-74.
- [14] PAPANDREA, A. (2018). Abordaje psicomotor en adultos. Argentina: Imago Mundi.
- [15] MILA, J. 2018. *Psicomotricidad intervenciones en el campo adulto*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Corpora Ediciones.

EL CASO DE “TAGO” Y LA INFLUENCIA DE LA NATURALEZA SENSORIAL EN LA INTEGRACIÓN DEL ESQUEMA CORPORAL

ANA JOCELYN ESQUERRO ZAMUDIO

Licenciada en Comunicación Humana, adscrita a la División de Terapia de Comunicación Humana en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Posgrado en Psicomotricidad por la Delegación Mexicana de la Organización Internacional en Psicomotricidad y Relajación OIPR. Miembro y Secretaria de la mesa directiva de la Asociación Mexicana de Terapeutas en Comunicación Humana (AMTCH) gestión 2020-2023. Miembro del Comité de Terapia de la mesa directiva de la Asociación Mexicana de Comunicación, Audiología, Otoneurología y Foniatría (AMCAOF) gestión 2014- 2021. Integrante de la clínica de Trastorno de Procesamiento Central Auditivo del Instituto Nacional de Rehabilitación. Maestra en Psicomotricidad por el Colegio Internacional de Educación Superior, CiES. jocelyn.esquerro@hotmail.com

Recepción: 06 de abril 2021/ Aceptación: 13 de mayo de 2021

RESUMEN

Se describe una intervención psicomotriz dividida mes a mes en un periodo de ocho meses, en un caso específico de retardo de lenguaje alálico, siendo este un trastorno del desarrollo en la comprensión y la expresión del lenguaje. Las características principales son déficit mental desde moderado a severo, especialmente en la organización lingüística, por lo que la psicomotricidad tiene un impacto en este caso, a partir de la construcción de su esquema corporal y sus manifestaciones, como resultado de la experiencia del cuerpo, del que fue tomando poco a poco consciencia y por ende constituyó la forma de comunicarse con el medio.

PALABRAS CLAVE: esquema corporal, sensación, lenguaje, psicomotricidad, cuerpo, percepción.

SUMMARY

A psychomotor intervention is described, divided monthly during an eight month period, in a specific case of alalic language delay, which is a developmental disorder of language comprehension and expression. Its main characteristics are moderate to severe mental

deficit, especially in linguistic organization, which is why psychomotricity has an impact on this case. The building of the body schema and its manifestations, as a result of the body experience, he gradually built awareness and therefore constitute a way to communicate with the environment.

KEY WORDS: body scheme, sensation, language, motor skills, body, perception.

RESUMÉ

Décrire une intervention psychomotrice, mois par mois, pendant une période de huit mois, dans un cas spécifique de retard de langage alalique , défini comme un trouble du développement dans la compréhension et l'expression du langage, parmi ses caractéristiques, on trouve une déficience intellectuelle modérée à grave, notamment dans l'organisation linguistique. La psychomotricité a donc un impact dans ce cas a partir de la construction d'un schéma corporel et ses manifestations comme un résultat de l'expérience du corps, qui prend petit à petit conscience et en conséquence constitué la manière de se communiquer avec l'environnement.

MOTS CLÉS: schéma corporel, sensation, langage, habiletés motrices, corps, perception.

INTRODUCCIÓN

El retardo de lenguaje alálico en deficiencias mentales leves y moderadas es un trastorno del desarrollo y organización de lenguaje infantil que afecta a todos los aspectos de la comprensión, así como la locución en forma paralela y uniforme. En el déficit lingüístico variará según la magnitud de la insuficiencia psíquica global, según las lesiones encefálicas, las perturbaciones de las funciones sensoriomotoras de la recepción y la expresión verbal que acompañar a la deficiencia [1,2,3].

El cuerpo, desde el aspecto sensorial es fundamental para la exploración y aprendizaje infantil ya que a través de los sentidos percibimos el mundo que nos rodea, es por ello que la psicomotricidad desde su modalidad dirigida y vivencial por medio de la integración del esquema corporal y la estructuración espacial se dan organizaciones motoras espontáneas, los cuales se abordan de forma paralela, siendo distintos parámetros, que ponen en relación a la persona con su cuerpo, con el espacio, con los objetos, con los otros y con el lenguaje [4].

Como es en el caso de TAGO, que presenta alteraciones moderadas de lenguaje, motoras y cognitivas, desde un aspecto fundamental de la naturaleza sensorial como base imprescindible de preparación de la función motora y de la elaboración de la percepción, se aprecia que las experiencias por medio de todos los sentidos, y propioceptivas, conducen asertivamente a la manipulación, exploración, imaginación, conciencia, adaptación, para llegar a la estructuración y organización del esquema corporal [5].

En el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), en el área de terapia de lenguaje, se atienden pacientes con deficiencias mentales de leves a moderadas por periodos de 3 meses. La elaboración de programas o planes de trabajo individualizados, a partir de la psicomotricidad busca brindar un tratamiento global, durante un periodo más prolongado; pretende por medio de la actividad y el movimiento, promover o restablecer la integración del individuo en su ambiente. Su objetivo es desarrollar el aspecto comunicativo del cuerpo, emplear adecuadamente su energía, dominar eficazmente sus gestos, perfeccionar su equilibrio de sentirse bien dentro del propio cuerpo.

La reeducación psicomotriz es una psicoterapia de mediación corporal, de la cual el psicomotricista estudia y trata las conductas motrices inadecuadas o inadaptadas, en diversas situaciones, generalmente ligadas a problemas psicológicos o psicoafectivos; pretende conseguir que cada persona se adapte a su medio familiar, social y desarrolle su personalidad, mediante el despliegue de sus posibilidades de comunicación e intercambio con el exterior y partiendo del conocimiento y dominio de su cuerpo que hace posible estos intercambios [6].

CASO DE TAGO

TAGO es un niño de tres años seis meses de edad, nacido en el estado de México, de nivel socioeconómico y cultural medio bajo, es el primer hijo de un matrimonio de edad avanzada, el cual es diagnosticado con retardo de lenguaje alálico, el interés por el trabajo con TAGO se despierta al ver la oportunidad de aplicar la psicomotricidad en un caso tan severo de alteraciones del lenguaje.

TAGO cuenta con los siguientes antecedentes heredofamiliares, producto de gesta 2, planeado y deseado, previo aborto espontáneo, con control prenatal, antecedentes de infección de vías urinarias en tercer trimestre del embarazo, con tratamiento y evolución oportuna. En los antecedentes perinatales fue una cesárea mediante raquea a las 36 semanas por doble circular de cordón, pesó 2.9 kilogramos. En el APGAR obtiene una

calificación de 9. En los antecedentes postnatales TAGO permanece hospitalizado por 72 horas como parte de los cuidados hospitalarios necesarios.

En el desarrollo psicomotor de TAGO, la alimentación fue a base de biberón, usó chupón hasta los dos años, no presentó problemas en la alimentación, sostuvo la cabeza a los cinco meses, se sentó a los seis meses, la bipedestación a los ocho meses, presentó gateo al año de edad de corta duración, caminó solo a los catorce meses, subió y bajo escaleras a los dos años seis meses. En el desarrollo del lenguaje, balbuceo a los seis meses y dijo su primera palabra al año de edad y palabras aisladas a los dos años cuatro meses. Sus hábitos de sueño, se duerme a las 22 horas, en habitación y cama compartida con su madre de martes a viernes y los fines de semana duerme con ambos padres, el ritual para llevar a la cama a TAGO es cambiarlo, cenar, apagar las luces y dormir, suele tener sueño intranquilo, no se despierta en las noches, pero se mueve constantemente y en ocasiones ligeros ronquidos y se despierta a las siete horas. Los padres de TAGO viven en unión libre, con 6 años de evolución, el niño convive de martes a viernes con la madre, abuela y tío maternos, en casa de la abuela, ya que ella es quien lo cuida mientras los padres trabajan, los fines de semana y lunes se queda en la casa del padre. Ambos lugares de vivienda donde TAGO se desenvuelve con su padre y su madre, cuentan con servicios de luz, eléctrica, gas estacionario, agua potable y espacio con cocina, baño, sala, comedor y recamaras, así como televisión abierta. La edad del padre al nacimiento de TAGO es de 39 años y de la madre 38 años, nacidos en la ciudad de México. El tiempo referido como efectivo de convivencia con TAGO es con la madre de 5 horas diarias y con el padre todo el fin de semana y lunes. Cuenta con esquema de vacunación completo.

TAGO es inscrito a preescolar por sus padres, por la edad y porque se habían percatado que no hablaba como los niños de su edad, motivo por el cual es canalizado por la maestra del Kinder a un Centro de Atención Múltiple, en donde es atendido por un psicólogo, quien asiste principalmente con sus recursos las prioridades que los padres ocupaban, para que el pequeño ingresara al kínder, sin embargo por pocos avances, en dos meses se decide canalizar al niño al Instituto Nacional de Rehabilitación, donde es aceptado y a su ingreso se realizaron varias pruebas y estudios donde se determinó:

a) Exploración física: conducta auditiva dudosa, ya que parece percibir estímulos, pero no presta atención a los mismos, no sigue indicaciones, no es cooperador, es inquieto con lapsos cortos de atención, requiere reestructuración de indicaciones.

b) Lenguaje: evaluación de lenguaje verbal (no se obtuvo cooperación por parte de TAGO), en el lenguaje espontáneo a nivel de monosílabos no dirigidos y sonidos guturales. No reconoce ni indica la función de los objetos, no identifican los conceptos de género, número ni cantidad, únicamente tamaño, no realiza asociación semántica, ni cierre gramatical de palabras, no asocia partes del cuerpo con su función, ni denomina colores básicos, no obedece indicaciones. No menciona su nombre, se comunica a señas y llevando a los padres al objeto deseado o con llanto y gritos.

c) Audición: en los estudios auditivos concluyen, datos compatibles con audición normal bilateral.

d) Psicología: evaluación psicométrica con escala Wechsler de inteligencia para los niveles preescolar y primario II Test de Ontario Maniquí: obtuvo un cociente intelectual total de 73 y un CI y verbal de 73.

Con los resultados se concluye que TAGO tiene un Diagnóstico inicial de Retardo del Lenguaje de patogenia probablemente Alálica, posible Trastorno Generalizado del Neurodesarrollo. Las Recomendaciones de la Institución son: Iniciar terapia de lenguaje en un período de prueba de tres meses, interconsulta a Paidopsiquiatría, también acudir a orientación familiar, continuar con la escolaridad regular, la práctica de una actividad recreativa o deportiva extraescolar.

GENERALIDADES DEL DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO

El conocimiento del desarrollo psicomotor en el infante es primordial en todos los procesos de intervención, ya sea dentro del campo educativo o del área clínica. De acuerdo a las adquisiciones básicas de aprendizaje podemos establecer una clasificación de este período madurativo.

Ajuriaguerra hace énfasis en la importancia del esquema corporal, habla del cuerpo, lo clasifica en el desarrollo desde la fase inicial del cuerpo vivido, con la maduración de centros motores, regido principalmente por las leyes céfalo-caudal, próximo-distal, con el manejo en el control del propio cuerpo primordialmente, ya en la fase de cuerpo percibido que va de los 3 a los 7 años, edad que abarca nuestro caso de estudio, se centra en la percepción, interiorización del propio cuerpo y del mundo exterior, con un desarrollo de la motricidad transitiva y expresiva en el control del cuerpo tanto global como segmentario; de ahí el enfoque primordial de la investigación en el esquema corporal como base en el desarrollo infantil [7].

ESQUEMA CORPORAL

El esquema corporal más allá de los confines de la psique redescubriendo el cuerpo como elemento cognoscitivo, afectivo, relacional, considerándolo el elemento central de la experiencia psicomotora de la persona y el elemento propulsor fundamental del desarrollo individual, viéndolo como síntesis dinámica de todas las sensaciones táctiles, visuales y propioceptivas, registradas en el cerebro y que le permite al individuo construir un modelo postural de sí mismo en el espacio, ya sea estático o dinámico, en cuanto a todos los estímulos proveniente del ambiente exterior, a través de la periferia del cuerpo, llegan a la corteza cerebral donde se confrontan con las múltiples sensaciones ya registradas. El esquema corporal es resultado que inicia de los datos sensoriales como base en continua evolución, permitiendo el conocimiento y la orientación del cuerpo en el espacio y así el sujeto pueda actuar con eficacia, a través de las continuas modificaciones de la posición y postura en el movimiento. De las relaciones con los objetos y los otros, es que se construye en la mente la representación del propio cuerpo como objeto de conocimiento en sí y como tal esta a la base de cada sensación y relación [8].

Tomando como base las referencias de los estudios de Wallon a partir de la patología, donde se precisa de estadios esenciales de la evolución tales como, impulsividad motriz, sensoriomotor, proyectivo y del personalismo, en los cuales, el dinamismo motor está estrechamente vinculado a la actividad mental: desde el acto motor hasta la representación mental, cautiva la significación del conjunto de los comportamientos, el medio que lo rodea, la vía de relación mediante el diálogo tónico corporal [9].

ABORDAJE PSICOMOTOR

En el Instituto Nacional de Rehabilitación se lleva a cabo la evaluación y el diagnóstico de pacientes que acuden por alguna dificultad en el desarrollo, su principal trabajo consiste en tener a los niños en periodos de prueba cortos que permitan a los profesionales contar con evidencias de avances y mejorías para dar seguimientos por periodos más largos.

En el caso de TAGO con los resultados obtenidos de la evaluación se trabajó principalmente la sensorialidad siendo esta el punto de partida en su impacto en el desarrollo de la corporalidad y sobretodo en la integración del esquema corporal, reconocimiento, percepción hasta llegar a la consciencia e imagen corporal.

En el registro de información y percepción generadas mediante la observación inicial de TAGO, la mirada se encuentra perdida y no busca el contacto visual, la sonrisa es espontánea de manera social a situaciones placenteras, su tono es inestable y con cambios bruscos. El equilibrio estático y dinámico es estable. En la postura presenta hipotonía en sedestación encorvado e hipertonía a la marcha, ya que la realiza con puntas. Su respiración es oral y muchas veces insuficiente. La locomoción es generalmente lenta, con movimientos coordinados, pero sin disociaciones segmentarias, presenta estereotipias (aleteos).

En el lenguaje no verbal, usa gestos de agrado y desagrado ante diferentes estímulos, la señalización de objetos con interés, rabietas al no obtener la atención de sus padres, no hace el gesto de hola y adiós, su expresión facial es inespecífica. En el lenguaje verbal solo emite vocalizaciones y expresiones de dos vocales juntas y consonantes /p/ /t/ /m/ acompañadas de vocales, se comunica con gritos y llanto al no obtener lo que desea, se expresa con palabras aisladas en número aproximado de diez, pero mal articuladas, las cuales forman parte de un código de comunicación intrafamiliar, ya que constituyen principalmente neologismos, su comprensión es limitada a instrucciones muy sencillas y concretas. Su conducta demuestra inseguridad con una falta de confianza y pobre autoconcepto, se presenta con pañal, es muy inquieto, difícil de controlar, respeta jerarquías, pero no lugar mi turno, le cuesta trabajo socializar con iguales, pero no es agresivo y se muestra impulsivo.

Por lo tanto, se decide llevar a cabo la intervención psicomotriz conforme al análisis e interpretación de los resultados obtenidos del diagnóstico, la observación psicomotriz. Se les solicita a los padres continuar con el manejo multidisciplinario e integrar a TAGO a un deporte de su elección, leer cuentos con el fin de interactuar, mantener contacto visual y realizar preguntas sencillas de la lectura; así como incorporar juegos donde involucren el contacto corporal, tolerancia, actitud y disposición parental.

Se elabora con un plan y programa que vislumbra la relevancia que conlleva la práctica psicomotriz, con énfasis en el esquema corporal en cuanto a la imitación, exploración de su cuerpo, descubrimiento de diversas sensaciones corporales, nociones corporales en cuanto al espacio que ocupa, reconocimiento segmentario para su integración corporal, utilización corporal funcional de las partes de su cuerpo, estructuración y organización corporal esencialmente. La Percepción tanto visual, táctil, auditiva, gustativa y propioceptiva por medio de la sensorialidad.

El objetivo general es demostrar la influencia de la sensorialidad como beneficio en la integración del esquema corporal, con énfasis en el proceso de relación, estructuración y organización corporal en un niño con retardo del lenguaje alálico.

PROGRAMA PSICOMOTOR MES A MES

En el primer mes de acuerdo a las características de TAGO se decide un enfoque que parta de la exploración sensorial y de su reflejo frente al espejo, para destacar su expresividad, ya sea de agrado o no, pero que lo envistiera táctil y visualmente, para atrapar su mirada y aumentar un poco su tonicidad y sobretodo que se reconociera en su reflejo corporalmente y se fuera instaurando su Yo como identidad. Tomando como base a Wallon en la construcción del yo del niño a partir del movimiento, pues el desarrollo va del acto al pensamiento, es decir de lo corporal a lo cognitivo.

| Aspecto psicomotor | Objetivo | Actividad | Material | N o . sesiones |
|---------------------------------------|---|--|---|-----------------------|
| Esquema corporal Percepción táctil | Descubrimiento de su cuerpo y posibilidades segmentariamente, por medio de la prehensión de estímulos sensoriales táctiles principalmente | Se le muestran diferentes semillas en diferentes cubetas, las cuales con apoyo de su padre va explorando con sus manos y pies, reconociendo cuales le agradan cuales no y haciendo mención de algunas características de las semillas, al finalizar las sesiones se remarca en el piso en un papel bond su silueta y se van poniendo las partes del cuerpo con las semillas que ellos elijan mencionando la parte que se esta colocando. | Cubetas de semillas con arroz, frijol, haba, lenteja, alpiste | 4 |

| | | | | |
|--|---|--|-----------------------------|----------|
| <p>Imagen corporal Reconocimiento corporal</p> | <p>Reconocer las partes y funciones corporales usando como mediador la proyección en el espejo y la propiocepción</p> | <p>Con un espejo grande, explora su reflejo y bajo la instrucción de “Simón dice” partes gruesas, finas y funciones corporales, se van colocando las manos en diferentes partes del cuerpo observando el reflejo en el espejo, por último se remarca la silueta en el espejo y se intenta poner las partes conforme se solicita desde gruesas a finas y también por funciones.</p> | <p>Espejos y marcadores</p> | <p>4</p> |
|--|---|--|-----------------------------|----------|

TABLA 1. Actividades propuestas para TAGO de esquema corporal y sensorialidad.

TAGO se adapta paulatinamente a las sesiones con llanto al inicio de las terapias, pero con buena adaptación en las últimas sesiones, aún no sigue instrucciones, es muy distraído, muestra poco interés y motivación, ya que su comprensión aún es muy limitada, realiza diversas actividades por imitación con sus iguales por lapsos cortos, pero cuando se integra a las actividades se muestra dispuesto y alegre para aprender. En este momento el primer logro es la integración corporal y reconocimiento personal.

Debido a la poca evolución de TAGO, en el segundo mes se continua con los estímulos sensoriales enfocados a su esquema corporal segmentario para favorecer la intención comunicativa y los procesos de locomoción para seguir con el proceso tónico postural, pero principalmente seguir con ese reconocimiento corporal a partir de las sensaciones táctil, esta vez agregando la percepción gustativa.

| Aspecto psicomotor | Objetivo | Actividad | Material | N o . sesiones |
|--|---|--|--|----------------|
| Percepción táctil Segmentación corporal | Explorar del propio cuerpo en relación en su entorno, a través de la percepción táctil y visual | Se le pide que ensamble una figura humana de tamaño real pegada en la pared, con partes revueltas en el salón con diferentes texturas, pero con silueta a la de partes segmentarias gruesas y finas del cuerpo humano (cabeza, brazos, piernas, pies, manos, ojos, nariz, boca y orejas), la va buscando de acuerdo a la instrucción mencionada, ya sea por segmento o función | Partes del cuerpo en recortes con texturas rasposo, liso, suave | 4 |
| Percepción gustativa | Registrar los segmentos corporales asociados a una sensación gustativa | Se colocan partes del cuerpo finas y gruesas en diferentes partes del salón con sabores determinados a cada una, las cuales deberá asociar, reconocer y mencionar. Finalmente, en un referente visual en el suelo deberá llevar las partes del cuerpo degustadas y acomodar en su sitio. | Partes del cuerpo en recortes con diferentes sabores dulce, salado, amargo, agrio y picoso | 4 |

TABLA 2. Actividades propuestas para TAGO enfocadas en esquema corporal, percepción táctil y gustativa.

TAGO se muestra con mayor confianza en cada sesión, que lo motiva a seguir aprendiendo de manera significativa, gradualmente va disminuyendo su inseguridad en las actividades. Cabe señalar que dejar de usar el pañal en casa, se trabaja con el área de psicología en el manejo de reglas y límites en casa. Lo más relevante de este mes, mejora en la sensación y percepción corporal.

En el tercer mes, se elaboran procesos ya de proyección del esquema corporal con la exploración táctil con ayuda y después sin la ayuda de la apreciación visual, para formar conexiones neuronales en memoria, atención y propiocepción.

| Aspecto psicomotor | Objetivo | Actividad | Material | N o . sesiones |
|------------------------------------|---|--|--|-----------------------|
| Percepción táctil Propiocepción | Proporcionar estructuración perceptiva por medio de la propiocepción corporal | Tocar las diferentes partes del cuerpo gruesas o finas y funciones primero las propias y seguidamente las de su padre, mencionadas por el terapeuta, se agregan objetos de uso corporal, finalmente tendrá que moldear en plastilina las partes del cuerpo y objetos explorados. | Cepillo de dientes Peine Gorra Lentes Zapato | 4 |

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| Memoria Atención Percepción táctil Propiocepción | Apropiarse de la información perceptiva usando como mediador solo la percepción táctil y la propiocepción | Tocar las partes del cuerpo de su padre y mencionar que parte es y cual es su función, pero con ojos tapados, posteriormente el padre tocará partes del cuerpo de TAGO y él menciona que parte y función tiene. Finalmente, se le darán objetos corporales previamente explorados que tendrá que mencionar que es y cual es su uso | Antifaz Cepillo de dientes Peine Gorra Lentes Zapato | 4 |
|--|---|--|---|---|

TABLA 3. Actividades propuestas para TAGO de propiocepción, percepción táctil y dispositivos básicos de aprendizaje.

TAGO empieza a socializar por medio del juego con los otros pacientes de taller por las sensaciones vivenciadas que le provocan diferentes respuestas que expresa entusiasmado. Al término de las sesiones comienza a imitar y se despide con una señal de adiós. En las ultimas sesiones del mes se presenta sin pañal a las sesiones y avisa cuándo quiere ir al baño usando la palabra “pipi”. Los beneficios en este mes son la integración propioceptiva, la socialización y reconocimiento de la imagen mental corporal.

En el cuarto mes TAGO presenta varicela y no acude a las sesiones/terapias, se le brindan indicaciones a los padres para trabajar en la medida de lo posible las actividades realizadas con anterioridad en casa.

En el quinto mes se presenta con su médico a revaloración y es canalizado al servicio de neurología, por presentar datos de actividad anormal en electroencefalograma solicitado, le dan cita en dos meses más para resultados neurológicos. En la intervención psicomotriz se establece un recorrido por las áreas trabajadas con anterioridad, para saber qué está conservado. Con la mayoría de los aspectos trabajados conservados, se

dispone dar seguimiento al programa, para mejorar la marcha y movimientos estereotipados que presenta, con estimulación vestibular y diálogo tónico.

| Aspecto psicomotor | Objetivo | Actividad | Material | Nº . sesiones |
|-------------------------|--|--|------------------|--|
| Estimulación vestibular | Control postural por medio de estimulación vestibular y diálogo tónico | Con toalla grande dispuesta en el suelo se le pide a TAGO que se acueste en ella y disfrute del movimiento y que su padre lo arrastre por el espacio al ritmo de la música compartiendo miradas que favorecen el diálogo tónico corporal. Poco a poco se va pidiendo a TAGO que explore diferentes posiciones para los desplazamientos en la toalla (sentado, hincado y de pie), usando la disociación de movimientos, se le pide que simule que toca un instrumento musical y se le dan los referentes visuales para su elección. | Toalla Música | 2 acostado 2 sentado 2 hincado 2 de pie |

TABLA 4. Actividades propuestas para TAGO de estimulación vestibular, equilibrio y diálogo tónico corporal.

TAGO lleva a cabo la actividad al inicio con reservas, pero poco a poco se va adaptando y mostrando placer al movimiento. La Conciencia corporal con el control postural y los procesos de equilibración son el mayor logro en este mes.

En el sexto mes se emprende la creatividad, para facilitar la motivación del lenguaje pues es un aspecto que va mejorando, pero aún requiere de un impulso que no sea abrumador y que al mismo tiempo le de la oportunidad de expresarse creativamente, además de que nos permite observar el tipo de juego que TAGO elabora en ese momento.

| Aspecto psicomotor | Objetivo | Actividad | Material | N o . sesiones |
|--|--|--|---|-----------------------|
| Proyección mental Expresión corporal Juego de roles J u e g o simbólico | Incitar la representación por medio del juego simbólico creativo y libre | Se ponen a disposición diferentes elementos (, etc.), y se le pide a TAGO que elija material y juegue libremente | Cuerdas Pelotas Te l a s Bloques | 4 |

| | | | | |
|---|--|---|--|----------|
| <p>Percepción auditiva</p> <p>Expresión corporal y oral</p> | <p>Discriminación auditiva por medio de la percepción de estímulos sonoros a través de la corporalidad</p> | <p>Se le muestran imágenes con animales uno a uno para que se mencione el sonido que hace, como es corporalmente y como se desplaza, una vez teniendo la información realizar el movimiento de imitación por el espacio, después de recrear diferentes animales, TAGO menciona que animal es su preferido y porque?, finalmente se elije un animal y se representa con material del salón (cuerdas, pelotas, telas, bloques, etc.). también se trabaja con lotería de sonidos con expresión oral de cada sonido y asociaciones auditivas con imágenes y representación corporal de lo escuchado</p> | <p>Imágenes de animales</p> <p>Elefante</p> <p>Caballo</p> <p>Ratón</p> <p>Cerdo</p> <p>Serpiente</p> <p>Chango</p> <p>León</p> <p>Lotería de sonidos</p> <p>Sonidos ambientales</p> | <p>4</p> |
|---|--|---|--|----------|

TABLA 5. Actividades propuestas para TAGO de percepción auditiva y expresión corporal y oral.

Las vivencias lúdicas con otros niños a los cuales imita pero muestra espontáneas conductas adaptativas, despiertan su interés en su entorno y en las últimas sesiones del mes se vuelve más independiente en el movimiento. La expresión corporal y oral junto con la percepción auditiva son los aspectos más favorecidos.

En el séptimo mes se le realiza el estudio neurológico pendiente en el cual se establece un cuadro de epilepsia latente en TAGO, el cual no había sido detectado por ser mínimo y caracterizado por ausencias. En neurología recomiendan tratamiento farmacológico, el cual los padres deciden no administrar inmediatamente. En este mes de acuerdo a los avances distinguidos con su corporalidad, manejo de los objetos el espacio y relación con los demás, da la pauta para retomar estímulos táctiles que propicien la disociación de movimientos por medio de la grafomotricidad.

| Aspecto psicomotor | Objetivo | Actividad | Material | N o . sesione s |
|---------------------------------------|---|---|---|-----------------------|
| Expresión corporal Grafomotricidad | E x p l o r a c i ó n sensorial a través de juegos grafomotores | Descubrimiento del movimiento y trazos libres y garabatos en primer y segundo plano, al inicio y con música de fondo al final de cada sesión se le pide hacer trazos un poco más dirigidos y en secuencia, al ritmo de la música (vertical, horizontal, círculos, zic-zac). | Pintura digital Espuma Gel Harina Arena G i s grueso P l u m ó grueso Crayolas | 8 |

TABLA 6. Actividades propuestas para TAGO de expresión corporal y grafomotricidad.

TAGO disfruta mucho de las actividades y es muy creativo, cabe mencionar que los padres se muestran desmotivados y reservados, principalmente por el nuevo diagnóstico de su hijo y su proceso de duelo para lo cual se les da orientación psicológica y sensibilización. La creatividad y expresión corporal es lo mas apreciable en este mes con TAGO.

En el último mes los padres deciden comenzar a administrar el medicamento recomendado por el neurólogo, quien les solicita nuevamente estudios audiométricos y valores de CI. TAGO esta más a gusto con su cuerpo, se identifica como persona capaz de comunicarse corporal y verbalmente que aún con limitaciones, pero con capacidad de

planeación y resolución de problemas puede terminar de hacer consiente su cuerpo por medio de la relajación, como parte de una culminación de integración de la corporalidad.

| Aspecto psicomotor | Objetivo | Actividad | Material | N o . sesiones |
|--|---|--|----------------------|-----------------------|
| Coordinación dinámica de movimientos | Provocar las descargas motrices en diferentes ritmos, con desplazamientos para un mayor control inhibitorio voluntario sobre si mismo | Con cambios musicales (rápido-lento) para lograr la relajación corporal y sesiones con gritos y silencios | Música | 4 |
| Relajación Motricidad global y segmentaria | Potenciar la toma de conciencia del propio cuerpo y sus segmentos corporales a través de la relajación dirigida | Experimentar con tensión y distensión de segmentos corporales y global del cuerpo, apoyado en la respiración rápida y lenta, en diferentes posiciones corporales (acostado supino, prono, sentado, de pie) | Colchoneta Musica | 4 |

TABLA 7. Actividades propuestas para TAGO de coordinación dinámica, disociación de movimientos y relajación.

TAGO experimenta la sensación de distensión y tensión como un juego que le produce tranquilidad. Al final logra desarrollar un mejor control sensoriomotor que disfruta conscientemente.

RESULTADOS

TAGO muestra avances significativos en las diferentes áreas del desarrollo, en cuanto al lenguaje receptivo y expresivo, logra nombrar a sus padres, verbaliza, “hola y adiós”, aún con errores de pronunciación, pero intencionados, incrementa su vocabulario que se

proyecta en denominaciones, también se logra la intención comunicativa y puede hacer saber sus necesidades fisiológicas y para las actividades de placer y displacer, su respiración es más consiente, se observa más nasal. En su lenguaje expresa individualidad, ya que al inicio se mostraba como una extensión de su madre. En expresión verbal logra mencionar hasta tres palabras para formar una frase corta y sencilla, es capaz de manifestar sus emociones, gustos, intereses y hasta exigencias. Inicia con imitación de sus pares, su percepción aumenta con el reconocimiento de sensaciones y texturas, las cuales expresa verbalmente, su coordinación global y segmentaria comienza a tener estructura y organización, el control postural, el tono, así como los ajustes en equilibración y estimulación vestibular son acordes a su edad. Inicia el juego social con sus iguales, comienza a demostrar su veracidad, así como el placer en el trabajo grafomotor.

TAGO integra, estructura y organiza evolutivamente su esquema corporal, con una conciencia corporal que se logra a través de los diferentes estímulos sensoriales explorados, su atención también se ve beneficiada, ya que sus lapsos son más largos y selectivos, se muestra más motivado y despierto ante las actividades, logra el desempeño en seguimiento de instrucciones. En las actividades motrices tiene mayor confianza y desempeña destrezas más acordes a su edad, su expresividad corporal es constante y su exploración y curiosidad se mantienen despiertas. Consecuentemente se genera la creación de un vínculo con TAGO en un clima de seguridad, interactúa con otros mediante acercamientos, expresiones corporales, gestos, regula sus impulsos, es más extrovertido, está más dispuesto a colaborar, disfruta los ejercicios encaminados a favorecer la estimulación sensorial.

Se mantiene el canal de comunicación con los profesionales de la salud que atienden al caso. Es importante señalar que se propone continuar con el tratamiento psicomotor y de lenguaje, con el fin de contribuir en la maduración de las áreas más deficientes, por medio de las áreas más sobresalientes y rescatar habilidades a través de los diversos ejes psicomotores en un replanteamiento de la intervención con los nuevos resultados de la revaloración médica.

Posterior a las sesiones de intervención de psicomotricidad y lenguaje se observa que TAGO persiste con la mirada evasiva, pero busca el contacto ocasionalmente, sonrisa es espontánea de manera social a situaciones placenteras, el tono es de predominio hipotónico, el equilibrio estático y dinámico es estable. La postura en sedestación con tono adecuado, a la marcha, sin puntas y la carrera aún inestable, salta con dos pies adecuado y con un pie en proceso, respiración es nasal y ocasionalmente oral. Los

movimientos globales son más coordinados, segmentarios con dificultad pero bien dirigidos, en la disociación de movimientos tanto visomotriz como óculo pedal, hay una disminución de movimientos estereotipados, lenguaje no verbal las rabieta menos frecuentes pero aún presentes, su expresión facial es más específica y demuestra estados de ánimo, lenguaje verbal se expresa con más palabras, mal articuladas pero bien dirigidas, comprensión aún es limitada pero muestra avances en denominaciones y campos semánticos, reconocimiento y seguimiento de instrucciones, conducta demuestra más confianza y manifiesta individualidad, avisa para ir al baño, es inquieto, pero controlable, respeta turno en más ocasiones, comienza con juego social, también comienza a dejar de lado la imitación y hay momento en los que sugiere juegos.

CONCLUSIÓN

La psicomotricidad aplicada en centros de rehabilitación como parte del tratamiento suele ser benéfica ya que el trabajo del esquema corporal como base de organización y estructuración corporal infantil para partir del reconocimiento de su cuerpo y sensaciones que benefician los problemas de lenguaje tanto expresivo como receptivo al tener experiencias significativas sensoriales que potencian las diferentes áreas de desarrollo de los niños a edades tempranas.

Los niños con autismo moderado suelen ser tener una mirada interna y externa sin explorar, además de que son poco valorados por su entorno, por desconocimiento, es por ello que mediante la intervención psicomotriz se puede por medio del cuerpo principalmente brindar un escenario que los motive al aprendizaje considerando sus necesidades y capacidades en un ambiente multidisciplinario pendiente de la mayoría de los aspectos de desarrollo.

Mediante el trabajo con TAGO durante ocho meses, se demuestran los beneficios que se puede tener mediante la terapia psicomotriz, con los avances obtenidos hasta ahora descritos en los resultados, enfocados en el esquema corporal y una planeación de las sesiones de acuerdo a las necesidades específicas del niño; se buscó este reconocimiento e integración corporal que tanto necesitaba TAGO. Y se logró favorecer por medio de experiencias por los diferentes sentidos una estructuración y organización corporal al explorar las diferentes posibilidades corporales en un espacio psicomotor y que propicio a lo largo de la intervención una comunicación con su medio más placentera.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] AZCOAGA, J. (1981). Los retardos de lenguaje en el niño. Buenos Aires: Paidós, 1992.
- [2] NIETO, M. (1988). Retardo de lenguaje y sugerencias pedagógicas. México: CEDIS,1994.
- [3] KUMATE, J. (1994). Medicina de la comunicación humana. México: INCH,1994.
- [4] BERNALDO, M. (2012). Psicomotricidad. Guía de evaluación e intervención. Madrid: Pirámide, 2012.
- [5] SUÁREZ, B. (2011). Estrategias psicomotoras. México: LIMUSA, 2011.
- [6] BERRUEZO, P. (2008). El contenido de la psicomotricidad reflexiones para la delimitación de su ámbito teórico y práctico. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado. 62(22-2), 19-34.
- [7] BRYANT, C. (1978). Desarrollo Perceptual y motor en los niños. México: Paidós, 1970.
- [8] BOSCAINI, F. (2013). Clínica psicomotriz. Italia: CISERPP, 2013.
- [9] VAYER, P. (1977). El Diálogo Corporal. Acción educativa en el niño de 2 a 5 años. Barcelona: Científico-Médica, 1985.
- [10] LEVITT, S. (2001). Tratamiento de la Parálisis Cerebral y del retraso motor. Madrid: Panamericana,
- [11] MARTÍN, D. (2008). Psicomotricidad e intervención educativa. Madrid: Pirámide.
- [12] GARCÍA, J. y Cols. (2013). Psicomotricidad y educación infantil. Madrid: CEPE.