

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

**La Terapia Psicomotriz:
Una mirada relacional**

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ €

125

Ψ

NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

La *Revista de Psicoterapia* publica artículos originales e inéditos de carácter científico que engloban una amplia variedad de trabajos relevantes de investigación, de revisión, contribuciones teóricas/metodológicas o estudios de casos del campo clínico y psicoterapéutico.

Los manuscritos se enviarán en un único documento, en formatos “.doc” o “.docx” a través de la aplicación OJS (Open Journal System) en la web de la revista: <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/about/submissions>. Podrán enviarse manuscritos escritos en español o en inglés.

Los artículos estarán escritos a **doble espacio** en **Times New Roman, 12 puntos**. La extensión máxima de los artículos será de **7000 palabras** (incluyendo título, resumen, referencias y tablas, figuras y apéndices si los hubiera). La numeración de las páginas se ubicará en la parte superior derecha.

En la **primera página** debe incluirse el **título** (se aconseja no exceder de 12 palabras) que ha de estar centrado y escrito con *Letra Inicial Mayúscula de cada Palabra Importante*: **nombre y apellidos** de todos los autores e **institución a la que pertenecen**; además debe recogerse la **afiliación** de los mismos, incluyendo correo electrónico, teléfono y dirección para correspondencia.

En la **segunda página** se escribirá el **título**, el resumen y las **palabras clave** tanto en inglés como en español. El resumen (entre 150-250 palabras) debe reflejar el objetivo y contenido del manuscrito y se presentará sin sangrado y alineado a la izquierda. Las palabras clave (entre 4 y 6) se escribirán separadas por comas.

La tercera página comenzará de nuevo con el **título** del artículo y continuará con la **introducción** del manuscrito.

Para la redacción del manuscrito se seguirán las normas de publicación recogidas en séptima edición de la APA (2019) y que se resumen en las siguientes consignas:

CITAS: Las citas textuales o directas (incluyen exactamente lo dicho por el autor) siguen la siguiente fórmula: **Apellido del autor, Año, número de página** de la que se ha extraído la cita. Si la cita es *menor de 40 palabras*, se inserta el texto entre comillas dobles; si el número de palabras es de *40 palabras o más*, la cita comienza en bloque, en un renglón separado, con indizado de 5 espacios sin comillas. Las citas indirectas o no textuales (paráfrasis) siguen la fórmula: **Apellido del autor, Año**. Cuando se quieren citar varios trabajos para reflejar una idea, se escribirán entre paréntesis y se presentarán por orden alfabético separados por punto y coma. Cuando se cita un trabajo en más de una ocasión, la redacción de la segunda y siguientes citas dependerá del número de autores firmantes: (a) uno o dos autores: se citarán siempre todos los autores; (b) entre tres o más autores: en todos los casos, se citará al primer autor, seguido de et al.

REFERENCIAS: incluyen únicamente los trabajos citados en el texto. Se escriben en una nueva página, después del apartado de discusión, a doble espacio y en sangría francesa. La lista de referencias deben ordenarse alfabéticamente según el apellido del primer autor; las referencias de un mismo autor, se ordenan por año de publicación; si, además del autor coincide el año de publicación, hay que diferenciarlos añadiendo una letra (a, b, c...) después del año. Es recomendable que, al menos el 40% de las fuentes documentales referenciadas correspondan a trabajos publicados en los últimos cinco años. Cada referencia debe ajustarse al formato de la séptima edición de la APA (2019).

TABLAS Y FIGURAS

Las figuras y tablas se ubicarán dentro del manuscrito, en el lugar que le corresponda. Cada figura incluida en el manuscrito deberá ser adjuntada en un fichero adicional (preferentemente “.jpeg”), aparte del manuscrito. Las figuras no deben utilizar una resolución inferior a 240dpi y el ancho recomendable de las mismas será de entre 126 y 190 mm.

Las tablas y las figuras se enumerarán por orden de aparición en el texto. Debajo del número de la tabla o figura, se escribirá su título en cursiva y, a continuación la tabla. Debajo del rótulo se sitúa, en caso necesario, la leyenda.

En todas las figuras y tablas, deben emplearse una misma terminología y formato; se utilizará una fuente *sin serif* (e.g., Arial).

En la composición de la tabla, solo se utilizarán líneas de separación (filetes) horizontales, que mejoran la comprensión de la información.

Las notas explicativas se colocarán al final de cada tabla. Las notas generales informarán sobre las abreviaturas o cualquier símbolo incluido en la tabla; se designan con la palabra *Nota* (en cursiva) seguida de un punto. Las notas específicas se escribirán debajo de las generales, si las hubiera, y se refieren a la información de una columna, fila o celda en particular. En último lugar, aparecerán las notas de probabilidad que indican los valores de *p* mediante un asterisco (*) u otro símbolo (e.g., **p* < .05, ***p* < .001). Las notas van alineadas a la izquierda (sin sangría) y las notas específicas y de probabilidad se sitúan en el mismo párrafo.

NOTACIÓN NUMÉRICA

Los decimales se escriben con punto (e.g., 3.45), siendo suficientes dos decimales. No se usará el cero antes de un decimal cuando el número es inferior a uno; es aplicable tanto para ofrecer datos de correlaciones, probabilidades, niveles de significación (e.g., *p* < .001), etc. En unidades de millar no se escribe punto ni coma (e.g., 2500 participantes). Se escriben con palabras y no con números cualquier cifra inferior a 10 y cualquier número al comienzo de una frase.

Proceso de evaluación y selección de originales:

La dirección de la *Revista de Psicoterapia* acusará recibo de los originales. En una primera evaluación el equipo de redacción valorará la adecuación de los contenidos a la línea editorial y de ser positiva pasará el original a una valoración del cumplimiento de las normas APA. El autor será informado de esta fase y de ser preciso se le requerirá los cambios necesarios. Pasada esta fase, el manuscrito será enviado a dos revisores externos e independientes, quienes juzgaran la conveniencia de su publicación. El método de revisión por pares (peer review) empleado es de doble ciego (double-masked), que garantiza el anonimato de autores y revisores. Los autores recibirán los comentarios de los revisores y del editor, que le informará de la decisión adoptada sobre su manuscrito en un plazo máximo de 40 días a partir de la recepción.

Copyright:

El envío de artículos con su aceptación de publicación implica la cesión de derechos por parte de los autores a la *Revista de Psicoterapia*.

Las opiniones y contenidos de los artículos publicados en la *Revista de Psicoterapia* son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la revista.

CONTENIDO

Monográfico: La Terapia Psicomotriz: Una mirada relacional Joaquim Serrabona Mas y Victor Renobell

Editorial

La terapia psicomotriz: Una mirada relacional.....	1
Joaquim Serrabona Mas	

El acompañamiento a los niños y niñas con autismo desde la psicomotricidad relacional	7
Josefina Sánchez Rodríguez, Miguel Llorca Llinares, Talía Cristina Morillo Lesme y Raquel González Hernández	

Principios para una clínica psicomotriz con adultos. Su marco y orientaciones.....	21
José Ángel Rodríguez Ribas	

La mejora de la sociabilidad y las habilidades sociales mediante el uso de la psicomotricidad relacional en menores con síntomas de autismo	33
Victor Renobell	

Efectos del programa de intervención integral gerontopsicomotriz en domicilio, centrado en la diada persona mayor con demencia y su cuidador familiar	47
Soledad Vázquez, Ana Kmaid, Clarissa Verde y Mariana Barros	

Eficacia de las intervenciones de terapia psicomotriz en ansiedad y estrés laboral en el personal de salud.....	63
Juan Mila, Sandra Ravazzani, María Noel Close, Mireia Serra Voltas y Anders Bech Christiansen	

La terapia psicomotriz en los trastornos del espectro autista...	79
Àngels Morral Subirà	

Construyendo una disciplina: Acreditación como psicólogo/a experto en psicomotricidad en Cataluña.....	91
Joaquim Serrabona Mas	

——Artículos del Monográfico de Libre Acceso——

(disponible en abierto a través de <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/issue/archive>)

Una psicomotricidad para el siglo XXI	97
Ángel Hernández Fernández	
Valor de los juegos afectivos-fantásticos en el tratamiento de sujetos con dificultades en el desarrollo	113
Joaquim Serrabona Mas	

——Artículos de Libre Acceso——

(disponible en abierto sólo a través de <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/issue/archive>)

Mindfulness basado en fortalezas: Efecto sobre la salud mental y el bienestar	129
Juan Nieto, Dafne Cataluña, Aroa Ruiz, y Borja Arribas	
Validez de contenido del cuestionario del estilo personal del terapeuta en población colombiana.....	141
Adriana Trujillo y Nubia Apolinar	

—— Recensión ——

Los juegos de la familia	161
Lluís Casado	

CONTENTS

Monographic: Psychomotor Therapy: A relational look Joaquim Serrabona Mas, & Victor Renobell

From Editor

Psychomotor therapy: A relational look	1
Joaquim Serrabona Mas	

The accompaniment of children with autism from relational psychomotricity	7
Josefina Sánchez Rodríguez, Miguel Llorca Llinares, Talía Cristina Morillo Lesme, & Raquel González Hernández	

Principles for a psychomotor clinic with adults. Its framework and orientations	21
José Ángel Rodríguez Ribas	

The improvement of sociability and social skills through the use of relational psychomotor skills in children with symptoms of autism	33
Victor Renobell	

Effects of the psychomotor therapy program at home, focused on the elderly person with dementia and their family caregiver	47
Soledad Vázquez, Ana Kmaid, Clarissa Verde, & Mariana Barros	

Efficacy of psychomotor therapy interventions on anxiety and workrelated stress in health personnel.....	63
Juan Mila, Sandra Ravazzani, María Noel Close, Mireia Serra Voltas y Anders Bech Christiansen	

Psychomotor therapy in autism spectrum disorders.....	79
Àngels Morral Subirà	

Building a discipline: Accreditation as a psychologist / expert in psychomotor in Catalonia	91
Joaquim Serrabona Mas	

—Open Access Monographic Articles—

(accessible only through <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/issue/archive>)

Psychomotricity for the XXI century	97
Ángel Hernández Fernández	

Value of affective-fantasy games in the treatment of subjects with difficulties in development	113
Joaquim Serrabona Mas	

—Open Access Articles—

(accessible only through <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/issue/archive>)

Strengths-based Mindfulness: Effects on mental health and well-being	129
Juan Nieto, Dafne Cataluña, Aroa Ruiz, & Borja Arribas	

Content validity of the questionnaire of the therapist's personal style for the colombian population	141
Adriana Trujillo, & Nubia Apolinar	

— Review —

Los juegos de la familia	161
Lluís Casado	

EDITORIAL: LA TERAPIA PSICOMOTRIZ: UNA MIRADA RELACIONAL

PSYCHOMOTOR THERAPY: A RELATIONAL LOOK

Joaquim Serrabona Mas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9550-8664>

Universidad Ramon Llull, Barcelona. España

Colegio Oficial de Psicólogos de Psicología Cataluña. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Serrabona, J. (2023). La terapia psicomotriz: Una mirada relacional [Editorial]. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 1-6. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37816>

El cuerpo en movimiento y el concepto de totalidad corporal en interacción con el entorno definen a la Psicomotricidad. Un abordaje terapéutico que rompe con el dualismo y nos acerca a una comprensión global de la persona, tanto en la forma en que capta e interpreta el mundo que le rodea, como en sus posibilidades expresivas. La psicomotricidad la entendemos como un abordaje terapéutico que actúa sobre la totalidad de la persona a través de las vías senso-perceptivas, motrices y lúdicas favoreciendo la toma de consciencia y la posterior representación mental de sus acciones, para que permita al sujeto un cambio emocionalmente significativo con la finalidad de que establezca una relación positiva consigo mismo, con los objetos, con el espacio-tiempo y las demás personas.

Dedicamos este número monográfico a la terapia psicomotriz, pensando en aportar una mirada dinámica y holística que ayude al psicoterapeuta a comprender al ser humano en su globalidad y favorezca el cambio significativo en su posible malestar. Como comentábamos al inicio de este editorial, el núcleo de la Psicomotricidad es la motricidad humana. El cuerpo en movimiento, la dimensión motriz del cuerpo de la persona. En ella se expresan y se trabajan las restantes dimensiones del sujeto (cognitiva, conativa, afectiva, relacional...). Cuando en Psicomotricidad se habla de cuerpo, se está hablando del tono, del diálogo tónico, de la postura, del gesto, de la praxia, con todas sus implicaciones relacionales, afectivas, sociales y fantasmáticas. Y cuando se habla de movimiento, se habla del cuerpo.

El inicio de la Psicomotricidad supuso a finales del siglo XIX una ruptura epistemológica fundamental, gracias a los grandes descubrimientos de la fisiología nerviosa que pusieron de manifiesto la insuficiencia del modelo tradicional de



entender el cuerpo (Arnaiz, 1987). De acuerdo con Boscaini (1992), la psicomotricidad históricamente nace en Francia a comienzos del siglo XX en el ámbito de la patología, en particular en lo que concierne a la psiquiatría infantil. Dupré (1925), citado por Levin (1991), expone su concepción sobre la psiquiatría infantil, que ha tenido una gran influencia sobre las posteriores generaciones de psiquiatras y donde menciona por primera vez el término psicomotricidad. Las ideas de Dupré serán tomadas y desarrolladas posteriormente a través de estudios científicos de diversos campos: neurocirugía, neurofisiología y neuropsicología, a los que hay que añadir los aportes de la psicología genética (Wallon y Piaget). La perspectiva psicoanalítica también ha influido de forma significativa en el avance del enfoque psicomotriz al esforzarse en demostrar que para que la motricidad funcione de forma adecuada deberá ser previamente investida, ya que el movimiento tiene una existencia objetiva pero también inconsciente. La concepción de un Yo corporal también ha sido importante, gracias a la aportación de la dimensión relacional de los comportamientos llamados psicomotores.

Durante el siglo XX, múltiples autores como, Ajuriaguerra, Berges, Jolivet, Soubiran y posteriormente Vayer, Lapierra, Aucouturier, Fonseca... han aportado conocimientos teóricos y prácticos al abordaje psicomotriz constituyendo un marco conceptual sólido.

Pero este enfoque terapéutico no implica una orientación metodológica única, ya que se han dado diversas líneas de metodología psicomotriz que podríamos resumir en una orientación más instrumental o Psicomotricidad cognoscitiva (Vayer, Bucher, Fonseca, Lebouch...), y otra más relacional (Aucouturier, Lapierre...). Durante el último cuarto del siglo pasado los practicantes de la psicomotricidad se adherían casi de forma exclusiva a uno de estos dos bloques.

Durante los años 80 la falta de delimitación, la poca claridad en las definiciones y algunas opiniones teóricas y prácticas, de poco rigor científico, provocaron bastante confusión y conflictos entre los profesionales relacionados con el trabajo corporal lo que llevo a un cierto descrédito social e institucional. Todo era psicomotricidad y como ocurre en estos casos, el todo y la nada se confunden. Cuando surgió la psicomotricidad relacional como oposición a la psicomotricidad instrumental, sucedió lo que ocurre en muchas "crisis de crecimiento", que se produce una notable confusión y conflicto pero que desde una cierta perspectiva temporal, podemos pensar que una vez superada, ha enriquecido y fortalecido a la psicomotricidad, ya que nos ha obligado, a estudiar, investigar y acentuar lo que es propio de la psicomotricidad. Tuvo que pasar alguna década para empezar a ver la necesidad, de dejar las luchas internas (proceso que se ha repetido en innumerables ocasiones en otras disciplinas y campos de la ciencia) para buscar lo que existe de común y complementario entre las diversas corrientes psicomotrices.

Así pues, consideramos que el abordaje psicomotriz esta emergiendo de su crisis de identidad, al verse reforzada por los trabajos e investigaciones que se están realizando en Europa y Sudamérica principalmente.

Evidentemente, entendemos y respetamos la pluralidad de enfoques que consideran la identidad humana desde una perspectiva psicomotriz, pero es cierto que un poco por necesidad y otro poco por la propia dinámica de estos procesos constitutivos, actualmente nos situamos en una necesidad de integración. Con relación a la psicomotricidad, sería el lugar donde se pone de manifiesto lo que hay de común entre diversas formas de concebir la psicomotricidad, aceptando enfoques complementarios que permitan realizar un enfoque prescriptivo, es decir: escuchar al sujeto para a continuación darle una respuesta ajustada. Nuestras conclusiones y propuestas van en esta línea, una psicomotricidad de integración.

Actualmente existen muchos indicios para pensar que la psicomotricidad está superando la época de crisis en que se vio sumergida durante los años 80. Como prueba de ello, vemos un aumento de investigaciones, tesis doctorales, libros y artículos de autores españoles e internacionales (Mila, Camps, Hernández, Serrabona, Bottini, ...), así como también de formaciones de máster cada vez más sólidas, como el Master Internacional en Psicomotricidad organizado por el Colegio Oficial de Psicología de Cantabria y Cataluña, junto con la Universidad Europea del Atlántico.

También creemos necesario remarcar la aprobación de la acreditación como Psicólogo/a experto en Psicomotricidad, en julio del 2016, por parte de la Junta del Colegio Oficial de Psicología de Cataluña, impulsada por el grupo de trabajo en Psicomotricidad del COPC, que supuso un reconocimiento institucional a este tipo de abordaje terapéutico.

Resumen de cada uno de los capítulos

El primer capítulo de este monográfico (Sánchez et al., 2023) sobre terapia psicomotriz, lo firman Josefina Sánchez, Talía Morillo, Raquel González y Miguel Llorca, profesores de la Universidad de la Laguna, reflexionan sobre las aportaciones de la Psicomotricidad Relacional, al favorecer un adecuado acompañamiento afectivo- emocional al paciente con autismo, y la influencia que dicho acompañamiento tiene en el desarrollo del sujeto. A través del encuentro corporal con el otro, el diálogo tónico, el placer del movimiento y el juego, los autores nos exponen como los psicomotricistas, construyen un contexto de interacción con el niño, que le dotará de herramientas para descubrir que existe el otro y que existe él. El objetivo de este trabajo es tratar de reflejar los recursos y herramientas metodológicas que se pueden poner en práctica en el acompañamiento a los niños y niñas con autismo para mejorar sus competencias para la interacción social, buscando generar un estado interno de mayor bienestar en la relación con su entorno, que motive al sujeto a utilizar herramientas para favorecer la comunicación. El niño con autismo necesita construir una imagen del cuerpo como unidad, como totalidad. Si no puede construir una imagen total de sí mismo, si no se reconoce, no puede tampoco construir una imagen del otro e identificarse con él.

En el siguiente capítulo (Rodríguez Rivas, 2023), José Ángel Rodríguez Ribas, Médico. Psicoanalista y Psicomotricista, en el tercer capítulo nos introduce en los

fundamentos epistemológicos y clínicos que sostienen una clínica psicomotriz aplicada al campo de los sujetos adultos, para posteriormente mostrarnos los grandes rasgos de la clínica psicosomática contemporánea a la hora de plantear la dirección de la cura, agregando sus principios genéricos de intervención.

Soledad Vázquez, Ana Kmaid, Clarissa Verde y Mariana Barros, profesoras de la Facultad de Medicina en la Universidad de la República de Uruguay, ponen de relieve que la demencia afecta a millones de personas en todo el mundo y que revisiones sistemáticas han demostrado beneficios de las terapias psicosociales en las personas con demencia y sus cuidadores. El objetivo principal del estudio es evaluar los efectos de un Programa de Intervención Gerontopsicomotriz en domicilio, dirigido a la díada persona con demencia y su cuidador familiar, en la sobrecarga en los cuidados y la calidad de vida de la díada (Vázquez et al., 2023). Como objetivos secundarios se plantea evaluar el impacto en el desempeño cognitivo, funcional, y los síntomas psico-comportamentales de la persona con demencia. Se realizó un ensayo clínico de intervención, dónde se reclutaron 22 díadas que se asisten en forma habitual en el Departamento de Geriátrica del Hospital de Clínicas, de las cuales se registraron 8 pérdidas y 14 díadas que cumplieron el ciclo completo, para su análisis estadístico. En relación a los objetivos planteados, se realizó la prueba de Friedman para evaluar la diferencia en los puntajes de las escalas. Con excepción de la escala de Barthel, las demás escalas muestran diferencias significativas en los puntajes en las diferentes fases de valoración. Las diferencias significativas en las fases para las áreas de calidad de vida, sobrecarga del cuidador, síntomas psico-comportamentales asociados a la demencia y desempeño cognitivo, nos indican la importancia de la implementación de una intervención que apunte a potenciar las capacidades intrafamiliares de cuidado y estimulación de la autonomía de las personas mayores con demencia.

El trabajo que presentan Juan Mila, Sandra Ravazzani, María Noel Close, Mieria Serra, de la Unidad de Terapia Psicomotriz para el Bienestar social de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República de Uruguay en colaboración con Anders Bech Christiansen, de Psychomotor Education Deptat. Of Health University, Copenhagen. Denmark, expone un proyecto de investigación en curso (fecha de inicio setiembre del año 2022) que se propone evaluar la eficacia de las Intervenciones Psicomotrices Terapéuticas con personal de salud en situación de ansiedad y estrés laboral. El enfoque metodológico de la investigación es el de un estudio de observación longitudinal con mediciones previo a la intervención y post-intervención.

En el estudio se seleccionaron personas en situación de estrés laboral y que se encontrasen en desempeño de sus funciones, con un tamaño de la muestra de 133 personas. El proyecto está basado en la realización de sesiones de psicomotricidad terapéutica de una hora de duración durante 12 semanas. La evaluación de la eficacia se realiza a partir de diversas pruebas estandarizadas. Con la investigación en curso se proponen los autores establecer una diferencia significativa en los resultados de

las pruebas luego de las Intervenciones Psicomotrices Terapéuticas, constatando menores niveles de estrés laboral en el personal participante (Mila et al., 2023).

Ángels Morral en su artículo reflexiona sobre la terapia psicomotriz con niños con Trastorno del Espectro Autista y la importancia del cuerpo como eje vertebrador en la comprensión de su funcionamiento y en el tratamiento. El cuerpo es la intersección entre las funciones del organismo y la vida psíquica y afectiva de la persona. Para la autora la terapia psicomotriz con niños con TEA es un espacio que posibilita conectar experiencias sensoriales primarias no integradas con sensaciones y emociones integradas a través de una relación significativa con el terapeuta motriz (Morral, 2023).

En el siguiente artículo (Serrabona, 2023a), se expone el proceso de acreditación como psicólogo experto en Psicomotricidad impulsado por el Colegio de Psicología de Cataluña en su política de favorecer el desarrollo competencial necesario para dar respuesta a las diferentes demandas y necesidades que se le pueda presentar a un psicólogo/a experto/a en psicomotricidad en el ejercicio de su profesión. Una de las tareas más importantes de un Colegio Profesional es la de proteger los intereses de los profesionales y usuarios, velando por que los diferentes servicios profesionales se presten en un contexto de fiabilidad científica y técnica.

Ángel Hernández, es psicólogo y psicomotricista, profesor jubilado de la Universidad de Cantabria y actualmente Co-coordinador del Máster Internacional en Psicomotricidad de la Universidad Europea del Atlántico / Colegios Oficiales de Psicología de Cantabria y Cataluña. El artículo revisa cómo se aborda desde la psicomotricidad su objetivo de servir de acompañamiento, apoyo y andamiaje al proceso de desarrollo en contextos educativos y terapéuticos y propone una reescritura desde una perspectiva constructivista que impulse su implantación y reconocimiento. Con este propósito plantea los axiomas básicos de un marco conceptual constructivista para la psicomotricidad, los cuales afectan a la concepción del ser humano, el desarrollo, la mente, la subjetividad, el valor de la diversidad, los objetivos y métodos de intervención, sus ámbitos de actuación, requerimientos y potencialidad en nuestros días (Hernández, 2023).

Joaquim Serrabona Mas, co-coordinador del Máster Internacional en Psicomotricidad de la Universidad Europea del Atlántico / Colegios Oficiales de Psicología de Cantabria y Cataluña, en este artículo intenta presentar las posibilidades preventivas y terapéuticas de los juegos afectivos-fantasiosos y de cómo estos favorecen la elaboración de los miedos de manera que no dificulten o bloqueen el desarrollo del niño. Se exponen las razones por las que resulta importante permitir que de forma espontánea o bien propuesta este tipo de juegos se trabaje dentro de las sesiones de psicomotricidad. Se explican las repercusiones en diversas dimensiones de la persona, tanto a nivel cognitivo, como en la dimensión afectiva y relacional especialmente cuando estos juegos son utilizados desde lo simbólico de roles, por las resonancias tónico-afectivas que movilizan. En el artículo se exponen vías para observar y valorar las repercusiones emocionales de dichos juegos, así

como estrategias metodológicas que favorecen su desarrollo.

Por último, se apunta la importancia este tipo de juegos en los cuentos clásicos y como pueden ser utilizados en los cuentos vivenciados motrizmente para trabajar aspectos emocionales profundos (Serrabona, 2023b).

La coordinación y publicación del presente monográfico sobre terapia psicomotriz es el resultado escrito de la labor conjunta de diversos profesionales que desarrollan su intervención terapéutica desde la Psicomotricidad y el apoyo al grupo de trabajo en Psicomotricidad por parte del *COPC*, que tengo el honor de coordinar.

No querríamos finalizar este editorial sin un agradecimiento a la labor que se realiza desde la Revista de Psicoterapia, siempre impecable, y que además tiene la virtud de saber aunar el interés clínico con el rigor científico en cada uno de sus números. Gracias también al Decano del Colegio de Psicología de Cantabria, Javier Lastra y al decano del *COPC* Guillermo Mattioli, por su inestimable apoyo en la planificación y preparación de este monográfico y del proyecto formativo del Máster Internacional en Psicomotricidad que lideran ambos Colegios Oficiales de Psicología con el objetivo de dar una formación de calidad a los profesionales de la educación y de la salud que quieren profundizar en el abordaje psicomotriz. Por último, agradecer también a los autores del monográfico, su implicación y profesionalidad al cumplir tanto en los plazos como en las exigencias de calidad científica que la revista ofrece.

Referencias

- Arnaiz, P. (1987). *Evolución y contexto de la practica psicomotriz*. Amarú.
- Boscaini, F. (1992). Hacia una especificidad de la psicomotricidad. *Psicomotricidad. Revista de estudios y experiencias*, 40, 5-49.
- Hernández, A. (2023). Una psicomotricidad para el siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 97-112. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37824>
- Levin, E (1991). La clínica psicomotriz. Nueva visión.
- Mila, J., Ravazzani, S., Noel, M., Serra, M. y Bech, A. (2023). Eficacia de las intervenciones de terapia psicomotriz en ansiedad y estrés laboral en el personal de salud. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 63-77. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37821>
- Morral, A. (2023). La terapia psicomotriz en los trastornos del espectro autista. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 79-90. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37822>
- Renobell, V. (2023). La mejora de la sociabilidad y las habilidades sociales mediante el uso de la psicomotricidad relacional en menores con síntomas de autismo. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 33-46. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37819>
- Rodríguez Ribas, J. A. (2023). Principios para una clínica psicomotriz con adultos. Su marco y orientaciones. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 21-31. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37818>
- Sánchez, J., Llorca, M., Morillo, T. y González, R. (2023). El acompañamiento a los niños y niñas con Autismo desde la Psicomotricidad Relacional. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 7-19. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37817>
- Serrabona, J. (2023a). Construyendo una disciplina: Acreditación como psicólogo/a experto en psicomotricidad en Cataluña. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 91-96. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37823>
- Serrabona, J. (2023b). Valor de los juegos afectivos-fantásticos en el tratamiento de sujetos con dificultades en el desarrollo. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 113-127. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37825>
- Vázquez, S., Kmaid, A., Verde, C. y Barros, M. (2023). Efectos del programa de intervención integral gerontopsicomotriz en domicilio, centrado en la diada persona mayor con demencia y su cuidador familiar. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 47-61. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37820>

EL ACOMPAÑAMIENTO A LOS NIÑOS Y NIÑAS CON AUTISMO DESDE LA PSICOMOTRICIDAD RELACIONAL

THE ACCOMPANIMENT OF CHILDREN WITH AUTISM FROM RELATIONAL PSYCHOMOTRICITY

Josefina Sánchez Rodríguez¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4386-3597>

Miguel Llorca Llinares¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9796-3185>

Talía Cristina Morillo Lesme¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7789-4116>

Raquel González Hernández¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8307-2963>

¹Departamento de Didáctica e Investigación Educativa, de la Facultad de Educación.
Universidad de la Laguna. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Sánchez, J., Llorca, M., Morillo, T. y González, R. (2023). El acompañamiento a los niños y niñas con autismo desde la psicomotricidad relacional. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 7-19. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37817>



Resumen

Partiendo de la conceptualización de los Trastornos del Espectro del Autismo, reflexionamos en lo que puede aportar la Psicomotricidad Relacional, a la luz de lo que nos está enseñando la neurociencia, sobre la influencia que tiene en el desarrollo un adecuado acompañamiento afectivo-emocional. A partir de esta experiencia relacional, a través del encuentro corporal con el otro, el diálogo tónico, el placer del movimiento y el juego, los y las psicomotricistas tratan de construir un contexto de interacción con el niño, que le dote de herramientas para descubrir que existe el otro y que existe él. El objetivo del psicomotricista es generar un estado interno de mayor bienestar en la relación con su entorno, que motive al niño a utilizar herramientas para favorecer la comunicación. El niño con autismo necesita construir una imagen del cuerpo como unidad, como totalidad. Si no puede construir una imagen total de sí mismo, si no se reconoce, no puede tampoco construir una imagen del otro e identificarse con él.

Palabras clave: psicomotricidad relacional, trastorno del espectro del autismo, totalidad corporal, decodificación simbólica

Abstract

Starting from the conceptualisation of Autism Spectrum Disorders, we reflect on what Relational Psychomotricity can contribute, in the light of what neuroscience provides on, the influence that an adequate affective-emotional accompaniment has on development. From this relational experience, through the bodily encounter with the other, the tonic dialogue, the pleasure of movement and play, we psychomotricians try to build a context of interaction with the child, which provides him/her with the tools to discover that the other exists and that he/she exists. Our objective as psychomotor therapists is to generate an internal state of greater well-being in the relationship with the environment, which motivates the child to use tools to favour communication. The child with autism needs to build an image of the body as a unit, as a totality. If he cannot build a total image of himself, if he does not recognise himself, he cannot build an image of the other and identify himself with him.

Keywords: relational psychomotricity, autism spectrum disorder, bodily totality, symbolic decoding

El objetivo de este trabajo es tratar de reflejar los recursos y herramientas metodológicas que se pueden poner en práctica en el acompañamiento a los niños y niñas con autismo para mejorar sus competencias para la interacción social.

Para el desarrollo de este artículo se ha llevado a cabo el método Delphi, llegando a un consenso prospectivo en torno a la intervención realizada para tratar de dar respuesta al rango de dificultades que manifiestan los niños y niñas con autismo en el desarrollo de la interacción social y la reciprocidad emocional, el desarrollo del juego, la presencia de intereses sensoriales y patrones de conducta repetitivos o estereotipados. Hemos tratado de comprender a partir de las peculiaridades manifestadas, cómo viven estos niños y niñas su cuerpo, y cómo podemos en este sentido organizar nuestro acompañamiento. Para el desarrollo de este grupo de discusión se ha contado con la participación de diez profesionales que forman parte del equipo de psicomotricidad del servicio, y que cuentan con más de quince años de experiencia profesional, tres de ellos más de treinta años, así como con la participación de Anne Lapierre, la persona que, junto a su padre, creó las bases teóricas y metodológicas de la psicomotricidad relacional.

El autismo conlleva peculiaridades en el aprendizaje, la conducta y la interacción, que tienen su origen en una función divergente del sistema nervioso. Según las últimas investigaciones, en los trastornos del autismo existen alteraciones en los procesos de poda neurológica, siendo inferior, lo que ocasionan diferencias en el procesamiento de la información.

Los estudios neurológicos señalan que las diferencias en el procesamiento de la información pueden venir ocasionadas por múltiples factores que generan un funcionamiento neurológico y una expresividad diferente en las personas con autismo. Vásquez y Del Sol (2020) señalan, en este sentido, los defectos en la migración neuronal, que explicarían las dificultades para procesar la información, así como la disminución de células del cerebelo, que guarda relación con los problemas de inflexibilidad frecuentes en estas personas. También se ha comentado que en las personas con autismo se observa un aumento de la densidad de las dendritas que cuentan con un mayor volumen. Este fenómeno está relacionado con las dificultades en los procesos ejecutivos, en la percepción y en la comprensión del lenguaje. El giro postcentral es un área que se encuentra situada en la corteza somatosensorial primaria, que se encuentra encargada de procesar la información sensorial relacionada con el tacto, la posición, el dolor y la temperatura. Las alteraciones estructurales en esta zona podrían estar relacionadas con los déficits sensoriales típicos del TEA (Artigas y Narbona, 2011). En este sentido, se han señalado las alteraciones en las micro columnas corticales que afecta a la agrupación de neuronas y explicaría las dificultades en la sensibilidad sensorial y en la comprensión del lenguaje.

Otra de las alteraciones más conocida dentro de los trastornos del espectro del autismo es la falta de activación de las neuronas espejo en el área prefrontal. El papel de estas neuronas ha sido ampliamente estudiado y guarda relación con las dificultades en los procesos de mentalización, la imitación y la empatía (Mantini

y Vanduffel, 2013). Por último, también es importante señalar alteraciones de la conectividad entre diferentes áreas cerebrales que guardan relación con las dificultades para el procesamiento del lenguaje, para el conocimiento del entorno y el acceso a los procesos de generalización (Shen et al., 2017).

Partiendo del origen neurobiológico del trastorno del espectro del autismo, la primera cuestión que nos planteamos es si es posible tener un efecto sobre estas personas con la intervención desde la psicomotricidad relacional.

Se sabe que es muy difícil modificar una estructura de personalidad y que actualmente el autismo no tiene una cura, porque tampoco es una enfermedad que se adquiera, no se ha conseguido identificar un marcador biológico, pasando a formar parte de una condición personal. Esta consideración no supone una mirada pesimista o derrotista respecto a los efectos de la intervención, porque se pueden mejorar a lo largo de la vida las limitaciones con las que nos vamos encontrando. Las diferentes investigaciones desde la neurociencia arrojan una mirada optimista sobre la influencia que tiene en el desarrollo, un adecuado acompañamiento afectivo-emocional, que es la base de la psicomotricidad relacional. En este sentido, podemos señalar las aportaciones de diferentes autores que destacan que las experiencias relacionales facilitan y modifican las conexiones neuronales y el funcionamiento de las glándulas endocrinas (Riera, 2011). Las experiencias interpersonales pueden modelar la estructura y funcionamiento del cerebro. Para Barudy (2011), un entorno bien tratante puede modificar la epigenética en el caso de los niños que han sufrido alteraciones neurológicas debido a la exposición reiterada a vivencias traumáticas en la infancia; hoy sabemos que muchas de estas alteraciones son también propias de los niños y niñas con autismo debido a sus dificultades en la construcción vincular.

A partir de esta experiencia relacional, a través del encuentro corporal con el otro, el diálogo tónico, el placer del movimiento y el juego, los y las psicomotricistas tratamos de construir un contexto de interacción con el niño, que le dote de herramientas para descubrir que existe el otro y que existe él. El objetivo del profesional de la psicomotricidad es generar un estado interno de mayor bienestar en la relación con su entorno, que motive al niño y a la niña a utilizar herramientas para favorecer la comunicación.

Intervención Psicomotriz ante las Diferentes Manifestaciones del Trastorno del Espectro del Autismo

Actualmente se habla de condición del espectro del autismo para identificar una forma de ser que incluye variedad de expresividades en el ámbito de la relación y la vivencia corporal. En este sentido, podemos encontrarnos a personas con una afectación severa, donde existen pocos registros de interacción con otras personas; y niños y niñas con autismo de alto funcionamiento, donde existe interés por la interacción social y desarrollo de la comunicación, con presencia de intereses restringidos, rituales y dificultades en el ámbito de empatía y el desarrollo de la intersubjetividad. Ha sido a partir del manual diagnóstico DSM V (2014), que se

aboga por el uso de esta etiqueta de tipo más inclusivo, espectro del autismo, desapareciendo otras denominaciones como síndrome de Asperger o Psicosis Infantil.

Debido a la gran diversidad comportamental, de intereses y motivaciones dentro del espectro del autismo, se plantean una serie de retos para dirigir y ajustar la intervención psicomotriz, a los que se ha tratado de ir dando respuesta en este trabajo a partir del conocimiento y la experiencia del grupo de profesionales que han participado en este trabajo.

Ante la falta de habilidades para la interacción social y la falta de reciprocidad emocional, emerge el reto de lograr ser significativos para el niño/a. Los y las psicomotricistas señalan la importancia de las competencias adquiridas en la formación personal, como herramientas para encontrar el placer de jugar con el cuerpo en relación con el otro, buscando experiencias de momentos agradables compartidos.

En relación con las diferencias y limitaciones en la expresividad, tanto en la comunicación oral, como en la gestual y en la expresividad corporal, desde la psicomotricidad se asume el reto de tratar de favorecer el surgimiento y desarrollo del deseo de comunicarse, recogiendo los intentos del niño/a por decirse, a partir del uso que hace de su cuerpo, del espacio y de los objetos (Lapierre et al., 2015) lo que permite contar con una lectura más amplia y profunda para interpretar los deseos del niño y darle una respuesta.

Otra de las manifestaciones del autismo hace referencia a las dificultades en el juego (pobreza-literalidad-dificultades para acceder a la ficción) y en la organización de la actividad (capacidad ejecutiva). Las y los profesionales psicomotricistas, tienen en este ámbito, el reto de encontrar la posibilidad de conectar y compartir el placer por el juego. Cuando es posible conectar con el deseo del niño, generar vivencias placenteras, este se muestra más permeable a las propuestas del otro, utilizándolo como modelo. La cercanía afectiva del psicomotricista, de carácter no invasivo, favorece que el niño le permita entrar en su juego y hacerlo evolucionar. No siempre es fácil partir de la espontaneidad del niño/a cuando el juego tiende a ser repetitivo, siendo necesaria una progresiva implicación del profesional, ofreciendo nuevas posibilidades de exploración para acceder a otros contenidos.

Ante la presencia de patrones de comportamiento, intereses y actividades repetitivas y estereotipadas con tendencia a la inflexibilidad, así como falta de espontaneidad y creatividad, el grupo de profesionales señala la necesidad de crear desde la sala de psicomotricidad una estructura en la sesión, con elementos que se repiten y que enmarcan el inicio y final de la misma, ayudando de esta manera a bajar los niveles de angustia, mostrando un entorno predecible, pero también al mismo tiempo, ofreciendo propuestas mediante la presentación de objetos y espacios diferentes que puedan generar nuevas acciones e intereses, y favorecer que se pueda salir de una actividad repetitiva. Se trata de construir un entorno predecible junto a elementos nuevos que sorprendan al niño y favorezcan su participación.

Los niños y niñas con autismo presentan dificultades también en la capacidad ejecutiva, por lo que a veces se hace difícil decodificar su movimiento o sus accio-

nes, ya que en muchas ocasiones se quedan en el camino, sin finalizar o llegar a una meta. Desde la intervención en la sala, partiendo de una actitud de escucha y espera, se puede favorecer con la permanencia en una situación generada, que los niños y niñas puedan dar continuidad a sus propuestas de acción y/o exploración. Los y las profesionales de este grupo señalan, además, que en ocasiones es necesario un acompañamiento, cuidando de no anticiparse, para que el niño o la niña pueda concluir su proyecto.

Otra de las características que se ha utilizado para definir lo que ocurre en el autismo, es la presencia de diferencias en el procesamiento sensorial. Actualmente, se hace referencia a la dificultad de estas personas para integrar la información por vía visual y auditiva de manera sincrónica (Martínez-Cerdeño, 2017). Los y las psicomotricistas relacionales se caracterizan por usar poco el lenguaje verbal, tratando de no invadir la expresividad del niño con los mensajes orales, intentando contactar con la expresividad emocional mediante el cuerpo, el gesto y la postura. Son conscientes de cómo la voz y la mirada como mediadores corporales pueden penetrar en el cuerpo del otro, también el contacto y el sostén afectivo transmitido a través de la tonicidad. Desde un lugar cercano al niño, es importante cuidar la postura para estar disponibles, esperando encontrar un acercamiento posible desde el que favorecer la integración sensorial, encontrando vías para llegar al niño, partir del “yo piel” (Anzieu, 2010) que se estimula en la relación corporal, como paso previo para poder llegar a la construcción de un yo psíquico.

La Vivencia Relacional del Cuerpo en los Niños y Niñas con Autismo

El niño/a con autismo necesita construir una imagen del cuerpo como unidad, como totalidad. Si no puede construir una imagen de sí total, si no se reconoce, no puede tampoco construir una imagen del otro e identificarse con él (Lacan, 1949/2009; Dolto, 1986).

En los niños y niñas con autismo, la construcción de esta identidad es precaria; el miedo a cortarse las uñas, el pelo, o a cambiar de ropa, nos dan una idea de la inconsistencia de la imagen del cuerpo, de una corporalidad compuesta por partes que tienden a conservar idénticas para no perder la integridad. Viven entonces en un mundo fragmentado de sensaciones sensoriales a las que se adhieren para sentir continuidad, se aferran a “ventosas sensoriales” (Aucouturier, 2004; Bick, 1968). Recurren a contenerse aferrándose a diferentes rituales o fijaciones, para tratar de contener las angustias relacionadas con el miedo al vacío. Las sensaciones que buscan las personas con autismo son torbellinos de sensaciones autogeneradas que anulan la conciencia de los sentimientos y de toda realidad amenazante. Constituyen una coraza sensorial generada por actividades táctiles y por movimientos repetitivos del cuerpo. Objetos y sensaciones ejercen una función hipnótica que desconectan la atención de cualquier realidad exterior y generan una sensación de cohesión corporal, siempre amenazada de desintegración y “agujereamiento” (Sammartino, 1999). Necesitan entonces, para poder salir de estas angustias, poder

integrar las diferentes sensaciones que le vienen de fuera, inscribiéndolas en su cuerpo, sensaciones de placer que facilita el otro y que le ayudan a ir construyendo esa unidad corporal, esa identidad en una relación positiva. La dificultad con el cuerpo propio se manifiesta de maneras muy distintas, pero es habitual que busquen, especialmente en los momentos de angustia, lugares en los que sentir los límites de su cuerpo e, incluso, contenerlo.

Etimológicamente, autismo proviene del griego, “auto”, de “autós”, que significa propio, uno mismo, para hacer referencia a la idea de un niño encerrado. Sin el otro, sin la relación y comunicación con el otro, no podemos constituirnos como sujetos con psiquismo y personalidad propia. Pero no existe un encierro total, siempre se pueden encontrar algunas grietas en esta coraza para poder llegar. Lapierre y Auocuturier (1984) señalan que, a medida que el bebé reciba una respuesta satisfactoria a sus solicitudes gestuales, tónicas y sonoras, podrá establecer progresivamente una relación causal entre su acción y la respuesta del otro. Es este el principio del acompañamiento psicomotriz, intentando crear un vínculo a través del reconocimiento y la sintonización con el otro.

Buscar la sonrisa del niño y niña con autismo, es el primer indicador del proceso de identificación empática y acceso a la intersubjetividad. Supone encontrar una experiencia emocional positiva compartiendo una acción placentera para él. Los y las psicomotricistas de este estudio, tratan de crear una relación construida sobre el deseo de repetir las experiencias gratificantes que el niño haya podido registrar en la sala en la relación con su psicomotricista. Se trata de encontrar un modo de comunicación a través del pedido y para ello, es necesario ajustar la escucha, para entender la expresividad psicomotriz de este pedido y devolverle al niño el principio de la construcción de un espacio intersubjetivo “yo siento lo que tú sientes”.

En este proceso, es necesario que el/la psicomotricista se convierta en una presencia significativa. Si lo interesante es la estimulación sensorial, el psicomotricista trata de convertirse en un instrumento que genera experiencias de placer, facilitando el sostén afectivo para que el niño vaya pudiendo construir e integrar una imagen unificada del otro como objeto total, en un proceso de construcción recíproca. Para Llorca (2014) y Lapierre (2022), este proceso implica encontrar que se tiene un lugar en el cuerpo del otro, pasar de la fusión a la separación sin perder la relación, porque se ha integrado la presencia del otro. Para ayudar a este proceso es fundamental la utilización y decodificación simbólica del uso de los objetos que hace el niño en la sala, y de la conquista de conceptos como el dentro (conciencia de sí mismo), el dentro compartido (identificación con el otro) y el fuera (diferenciación del otro).

En el caso de los niños y niñas con un funcionamiento autista más severo, se tratará de proporcionar nuevos registros en una relación afectiva que posibilite poder llegar a relaciones regresivas desde las que revivir experiencias que le permitan ir construyendo la noción de *yo* y *no yo*; la noción de dentro y fuera; de un encuentro con el otro para diferenciarse después. No tener construido el cuerpo,

ni en su imagen, ni en el circuito de satisfacción, deja al sujeto sin una percepción de los límites, de lo que está dentro y de lo que está fuera. El niño solo encontrará la globalidad corporal en el contacto de su cuerpo con un cuerpo adulto que facilite su cohesión. Esta relación de maternaje es satisfactoria cuando existe una compenetración recíproca, es decir, cuando hay un deseo y un placer mutuos que se instauran en el diálogo tónico (Llorca, 2014).

Se parte de la organización de las sensaciones internas en torno al “sí-mismo” (yo corporal) para avanzar hacia la constitución del “yo psíquico”. Los humanos construimos nuestra propia imagen a partir de la imagen que nos devuelven los demás, gracias al desarrollo de las neuronas espejo. Aunque sabemos que el desarrollo de estas neuronas está limitado en el autismo, se considera que por “esas grietas de la coraza” es posible activar la memoria emocional, a través de lo que nuestro cuerpo siente en la relación con el otro. En la piel se guardan las huellas de la presencia del otro. Es a través de los cuidados afectivos y la presencia contenedora del otro, que el niño/a puede ir construyendo una representación interna de sí, naciendo el yo psíquico.

El Acompañamiento del Psicomotricista

Partiendo de la premisa de que no existen dos niños iguales y que es necesario comprender la singularidad de cada persona, que vendrá condicionada por su historia de vida, el grupo de profesionales que ha participado en este estudio coincide en señalar las siguientes propuestas de intervención, como formas de acompañamiento más utilizadas ante las dificultades con las que se encuentran en el trabajo con los niños y niñas con autismo.

a- Cuando el niño o la niña con autismo se siente ansioso o irritado por los procesos de transición y la dificultad para tolerar los cambios, desde la sala de psicomotricidad se trata de ofrecer una estructura en la sesión que le ofrezca regularidad. Esta estructura genera sentimientos de seguridad y límites, así como la posibilidad de anticipación por parte del niño. Sin caer en una actitud inflexible o mecánica, manteniendo esta estructura se permite que el niño cuente con determinados anclajes que contengan su emoción y faciliten el tránsito hacia la actividad espontánea y la finalización de las sesiones.

Para cada niño y psicomotricista puede ser un modelo diferente, pero se tratará de establecer un ritual que permita al niño situar y contener su acción y pensamiento en una estructura espacio-temporal que mantiene un nexo de continuidad con la siguiente sesión. Si bien, como se comentó al inicio de este trabajo, esta necesidad de regularidad requiere también de elementos novedosos durante el juego que ayuden a que el niño o la niña, así como al psicomotricista, puedan sorprenderse de nuevas posibilidades de actuar, y se facilite poder salir de la realización de actividades repetitivas. Se debe aceptar también, que la repetición es la defensa y armadura del niño con autismo, y que solo desde la construcción de una relación afectiva, el psicomotricista puede aportar al niño pequeñas modificaciones que

le ayuden a poder diversificar, construyendo una relación basada en la alteridad.

b- Cuando el niño con autismo se separa de los demás absorbo en sus sensaciones y rituales, es importante comprender que hay momentos donde necesita autorregularse o descargar sus tensiones. No se puede estar continuamente rescatando al niño, se debe registrar cuál ha sido el detonante, y también, aceptar los momentos de vacío y de pérdida para entender cuándo aparecen, para descubrir si el niño puede salir solo de estos estados, o para encontrar una respuesta justa, que no venga movilizadora por la angustia o temor a perder la relación con el niño.

En psicomotricidad relacional, la casa del psicomotricista es un espacio simbólico desde el que mantener una presencia viva para el niño. Desde este lugar simbólico, realizar un camino hacia la sala (Lapierre 2022) puede facilitar que el niño pueda salir y entrar a la relación con su psicomotricista, facilitándole que tenga un lugar de referencia para encontrarse con este profesional, cuando por momentos se encuentre perdido en sus rituales, o se desconecte centrado en la exploración de su cuerpo en el espacio o en la manipulación de los objetos.

Esperar por la expresividad del niño es fundamental para que pueda aprender a pedir sin adelantarse a satisfacer las necesidades o deseos del niño. La espera es fundamental, tanto para que el niño/a realice peticiones como para que le llegue el pedido de su psicomotricista. Es esta acción la que permite acceder a los contenidos básicos de una relación: dar y pedir.

c- Es frecuente que los niños y niñas con autismo eviten la mirada. La neurociencia identifica que existe una gran dificultad en las personas con autismo para coordinar a la vez dos sentidos como, por ejemplo, el oído y la vista. Riera (2011) señala que, para poder integrar la presencia de otra persona, es necesario la integración de manera coordinada, de la presencia de al menos dos sensaciones que recibe del exterior. En este sentido, para hacerse presentes para el niño como sujetos, los y las psicomotricistas incluyen en los encuentros el uso de dos canales sensoriales, como pueden ser el tacto y el sonido.

Sostener la mirada del otro es darle el permiso para que pueda penetrar simbólicamente en el interior, ello implica confiar en que no le van a hacer daño, lo cual a veces es difícil cuando no se ha podido elaborar la permanencia y el desarrollo de un vínculo seguro con el otro. No se puede forzar a nadie a mirar a otra persona. Mirar al otro y mirarse, parte del reconocimiento y, cuando hay fallas en los procesos de vinculación, esta relación duele o da miedo. Si no se dirige la mirada del niño, los instantes en que las miradas se crucen, son momentos significativos de vivencias constructivas, donde el niño expresa que está creando un espacio de comunicación (Lapierre, 2022).

d- Acompañamiento para el desarrollo de la representación simbólica. Los/las psicomotricistas relacionales aprenden a dar sentido a la actividad del niño/a a partir de la decodificación simbólica de los materiales. Además de este proceso de decodificación, para que el niño pueda acceder a la socialización y la comunicación es necesario que desarrolle su capacidad de simbolización. Para ello, el/la psicom-

tricista puede investir los objetos cargándolos de afectividad y vida, representando a través de ellos, acciones, movimientos y vivencias que adquieran significado para el niño. Este proceso se construye progresivamente a partir de la representación de vivencias corporales y vivencias relacionales en las que el niño pueda entender que se desarrollan sus acciones y experiencias de cuidado cotidianas. El acceso a esta representación simbólica más explícita permite que el niño pueda verse reflejado y pueda acceder a un imaginario, para aprender a expresar lo que vive o desea desde un código de comunicación basado en el juego simbólico. Este acompañamiento no es posible, si previamente no se ha construido un vínculo afectivo con el niño, en el que éste se deje penetrar por la presencia de otro modelo de acción. Se da así, el primer proceso de aprendizaje basado en la imitación, modificado por la capacidad de iniciativa, generalización y creatividad.

En algunos niños y niñas con autismo, el acceso al simbolismo no es difícil. Hay muchos niños y niñas que presentan buenas competencias simbólicas y expresivas, si bien se defienden y protegen viviendo en una fantasía desbordada, delirante, donde el otro no existe de manera diferenciada. Estos niños y niñas narran y viven en películas que se sitúan en su mente, con un acceso difícil para las otras personas. En estas situaciones, los y las psicomotricistas intentan encontrar la empatía para poder entrar en el delirio del niño y, desde este acompañamiento, tratar de contener, activar la emoción y conectar con las vivencias del propio cuerpo, para poder ayudar al niño a materializar su pensamiento y a poder compartir su mundo interno.

El contenido de estos juegos, como el contenido de los sueños, revela un mundo de conflictos, pulsiones y necesidades internas que, desde el acompañamiento simbólico, el psicomotricista tratará de hacer evolucionar. No se puede caer en el tópico de pensar que porque sea algo repetitivo es algo que no tiene sentido.

e- Aprender a vivir en grupo. La sala de psicomotricidad es un espacio maravilloso donde el niño aprende a desarrollar habilidades sociales en situaciones no estructuradas, situaciones de grupo donde cada persona parte de sus posibilidades, sus deseos y necesidades, para poder encontrar que los demás le ofrecen oportunidades para sentirse bien.

El grupo es un lugar de contención, identificación y aprendizaje. Con la presencia y mediación de un adulto o una pareja de adultos, se tratará de movilizar en el grupo situaciones que favorezcan el encuentro. En este sentido, es importante el acompañamiento a realizar para que el niño/a con autismo pueda compartir y participar en los momentos más estructurados de la sesión. En el ritual de entrada, cada niño puede participar diciendo su nombre o sintiéndose nombrado. Es un momento donde puede permanecer cerca de los demás sentado o tumbado, donde aprende habilidades comunicativas que favorecen su participación y reconocimiento delante del grupo. Es también un momento donde los niños van descubriendo que pueden contar y compartir sus experiencias e inquietudes, similares o diferentes a las de otro compañero o compañera, teniendo un grupo que les escucha. Es importante para estos niños ir ganando autonomía, iniciativa y espontaneidad.

En los momentos de juego y movimiento, el grupo puede generar miedo al niño con autismo, al encontrar a otras personas que se mueven y hacen ruido alrededor, si bien progresivamente en sucesivas sesiones, el niño o la niña con autismo pueden encontrar el placer del movimiento compartido y el disfrute del encuentro con los cuerpos de sus compañeros. En la medida en que hay más experiencias y mayor seguridad, la sensibilidad va disminuyendo porque el sistema de alerta se reduce. La participación del psicomotricista jugando junto a los niños con su cuerpo favorece la motivación y la confianza para poder explorar. La intervención mediando o facilitando estos encuentros es fundamental para que los niños y niñas con autismo puedan sentirse en un entorno inclusivo.

Para los niños y niñas con autismo, es a veces complicado interpretar de un modo acertado las intenciones del otro. Traducir con el cuerpo, con la gestualidad o con las palabras, es a veces necesario para favorecer la resolución de conflictos o el acercamiento a vivencias compartidas.

A pesar de que la palabra autismo significa encerrado en sí mismo, a lo largo de la experiencia de estos profesionales se ha podido comprobar que, cuando las puertas se abren y estos niños se encuentran aceptados y deseados por los demás, el placer y la afectividad se hacen presentes. Para los niños y niñas con autismo, la soledad no es una elección, es el resultado de una dificultad cuando carecen de herramientas para poder llegar a los demás. Como para el resto de la humanidad, necesitan sentir que pertenecen a un grupo para poder vivir de una manera plena, sintiéndose útiles y nutridos por los demás.

Conclusiones

En torno al objetivo principal de este trabajo, de establecer una propuesta de intervención en el acompañamiento a niños y niñas con autismo basada en las opiniones y experiencia de un grupo de psicomotricistas, se han establecido las siguientes conclusiones:

La intervención psicomotriz en los niños y niñas con autismo debe ajustarse a la singularidad de cada persona, sus competencias y necesidades de apoyo.

En la intervención desde la psicomotricidad relacional es fundamental la construcción de una relación afectiva, donde el/la psicomotricista se convierte en una persona acompañante segura, de la que el niño/a puede ir aceptando pequeñas modificaciones y aprendiendo nuevos modelos de interacción. La falta de conexión con la mirada del niño es un indicador del estado del vínculo en la relación.

En el desarrollo de las sesiones de intervención es importante mantener una estructura estable y regular, que facilite que los niños y niñas puedan desenvolverse con mayor seguridad y anticipación, en un contexto marcado por la relación y el juego espontáneo.

Para poder salir de las actividades e intereses repetitivos se hace necesario incluir en las sesiones de psicomotricidad, elementos novedosos que generen nuevas acciones y relaciones durante el juego.

En la intervención con los niños y niñas con autismo, es necesario dejar espacios para la presencia de rituales o conductas estereotipadas que les permiten descargar la tensión y tener la oportunidad de auto-regularse. La espera del psicomotricista facilita comprender por qué aparecen estas conductas tratando de ofrecer la respuesta que mejor se ajuste a la necesidad del niño y no al temor de perderle en la relación.

En los niños y niñas con autismo, la intervención psicomotriz tratará de favorecer el desarrollo del juego, aportando elementos y acompañamiento al niño para que pueda realizar un uso funcional y simbólico de los objetos. En los casos donde la fantasía se encuentra desbordada, el psicomotricista tratará de contener al niño y conectar las emociones y vivencias con el propio cuerpo para poder acceder a un mundo interno compartido.

Dentro de la intervención psicomotriz constituye un aspecto fundamental el desarrollo de las habilidades sociales en grupo, a través de la implicación del profesional para movilizar situaciones que favorezcan el encuentro, la comprensión y la participación de los niños y niñas con autismo en entornos espontáneos de juego.

Referencias

- Anzieu, D. (2010). *El yo piel*. Biblioteca nueva.
- Artigas-Pallarés, J. y Narbona, J. (2011). *Trastornos del neurodesarrollo*. Viguera Editores.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a. ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Aucouturier, B. (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Graó.
- Barudy, J. (2011). *La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil*. Gedisa.
- Barudy, J. (2014). *La inteligencia maternal*. Gedisa.
- Bick, E. (1970). La experiencia de la piel en las relaciones de objeto tempranas, *Revista de Psicoanálisis*, 27(1), 111-117.
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Paidós.
- Lacan J. (2009). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En J. Lacan (ed.), *Escritos*. (vol. 1, pp. 99-105). Siglo Veintiuno. México. (Trabajo original de 1949)
- Larbán, J. (2012). *Vivir con el autismo, una experiencia relacional*. Octaedro.
- Lapierre, A. (2022). Supervisión de casos clínicos. *Aula Cultural del Seminario de Psicomotricidad* [Seminario]. Universidad de La Laguna, Tenerife, España.
- Lapierre, A. y Aucouturier, B. (1984). *El cuerpo y el inconsciente en educación y terapia*. Científico-Técnica.
- Lapierre, A., Llorca, M. y Sánchez, J. (2015). *Fundamentos de intervención en psicomotricidad relacional: reflexiones desde la práctica*. Aljibe.
- Llorca, M. (2014). La psicomotricidad como recurso en el tratamiento de las necesidades asociadas a TEA. *Revista de Psicomotricidad*.
- Mantini, D. y Vanduffel, W. (2013). Roles emergentes de la red por defecto del cerebro [Emerging roles of the brain's default network]. *Neuroscientist*, 19(1), 76-87. <https://doi.org/10.1177/1073858412446202>
- Riera, R. (2011). *La conexión emocional*. Octaedro.
- Sammartino, M. E. (2006). La representación psíquica de la piel. *Revista Tres al cuarto, Actualidad, Psicoanálisis y Cultura*. <http://www.gradivabarcelona.org/articulo/la-representacion-psiquica-de-la-piel-por-maria-elena-sammartino-octubre-2006>
- Shen, M. D., Kim, S. H., McKinstry, R. C., Gu, H., Hazlett, H. C., Nordahl, C. W. y Piven, J. (2017). Increased extra-axial cerebrospinal fluid in high-risk infants who later develop autism [Aumento de líquido cefalorraquídeo extra-axial en lactantes de alto riesgo que desarrollan autismo]. *Biological Psychiatry*, 82(3), 186-193. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.02.1095>

Vásquez, B. y Del Sol, M. (2020). Morfología neuronal en el trastorno del espectro autista. *International Journal of Morphology*, 38(5), 1513-1518. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022020000501513>

MIPS Máster Internacional en Psicomotricidad

INTERVENCIÓN A LO LARGO DEL CICLO VITAL



CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
DENTRO DEL PROGRAMA BIENAL DEL MÁSTER

CURSO ACADÉMICO
2023-24

PRESENCIAL y ONLINE



Universidad
Europea
del Atlántico

PROGRAMA POSTGRADO
INTERVENCIÓN EN TERAPIA PSICOMOTRIZ



PRINCIPIOS PARA UNA CLÍNICA PSICOMOTRIZ CON ADULTOS¹. SU MARCO Y ORIENTACIONES

PRINCIPLES FOR A PSYCHOMOTOR CLINIC WITH ADULTS. ITS FRAMEWORK AND ORIENTATIONS

José Ángel Rodríguez Ribas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7939-1555>

Médico. Psicoanalista (ELP/AMP). Psicomotricista (AEC/ASEFOP)
EADE/University of Wales Trinity Saint David. Reino Unido

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rodríguez Ribas, J. A. (2023). Principios para una clínica psicomotriz con adultos. Su marco y orientaciones. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 21-31. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37818>

Resumen

En esta exposición, obligatoriamente sintética, daremos cuenta de los fundamentos epistemológicos y clínicos que sostiene una clínica psicomotriz aplicada al campo de los sujetos adultos. Deteniéndonos, en sus inicios, en la diferencia entre la educación y la clínica junto a la constitución del sujeto corporeizado. Posteriormente, hablaremos de los grandes rasgos de esta clínica psicósomática contemporánea a la hora de plantear la dirección de la cura, agregando sus principios genéricos de intervención.

Palabras clave: práctica psicomotriz, epistemología, clínica psicomotriz, posición estructural, síntoma, suplencias, dirección de la cura

Abstract

In this exposition, necessarily synthetic, we will give an account of the epistemological and clinical foundations that sustain a psychomotor clinic applied to the field of adult subjects. Stopping, in its beginnings, in the difference between education and the clinic together with the constitution of the embodied subject. Subsequently, we will talk about the broad features of contemporary psychosomatic clinic when considering the direction of the cure, adding its generic principles of intervention.

Keywords: psychomotor practice, epistemology, psychomotor clinic, structural position, symptom, substitutions, treatment direction



Para comenzar a desplegar este tema, habría que hacer una fina distinción entre lo que es de orden educativo y lo que es la clínica. Máxime si sostenemos, tal y como pretendemos hacerlo, que lo que marca nuestra especificidad en la práctica es, justamente, una clínica, que no puede confundirse con la intervención psiconeuroeducativa individual. Se trata, con ello, de evitar caer en esa suerte de eclecticismo bienintencionado que nos encontramos, tan a menudo, y que sólo puede conducirnos a verdaderos callejones sin salida. A esto se añade el hecho de que el ámbito psicomotor aplicado al campo adulto resulta relativamente novedoso respecto a otras áreas clásicas de intervención psicomotriz, como puedan ser las de la infancia o la gerontopsicomotricidad. Apenas hay literatura al respecto y todavía queda mucho por investigar. A partir de ahí intentaremos definir los rasgos propios que definen los malestares contemporáneos. Con la finalidad, por último, de presentar la clínica psicomotriz como una de las alternativas más veraces y coherentes a la hora de hacer frente a los impasses de numerosas afecciones psicocorporales que nos encontramos.

Por lo tanto, el gran objetivo de este texto es el de mostrar un panorama general de este abordaje, a partir de nuestra propia experiencia. Por lo que cuestiones como indicaciones, contraindicaciones, aspectos técnicos, modalidades grupales o especificidad del tratamiento, deberán ser obviadas. Es en ese sentido que hemos decidido mantener el tono expositivo y testimonial que corresponde a lo que en sus inicios fue este texto.

Una Distinción Radical

Veamos. De entrada, el cometido de la Educación es el de ocuparse de la correcta adaptación del sujeto a un determinado medio social y cultural a partir de la ajustada implementación de cuidados, códigos, enseñanzas y programas. Sintetizando mucho, en la Educación el acento está puesto más lo proveniente del “exterior”, en la actividad docente, en el Otro que nutre al sujeto de las justas representaciones.

La Clínica, por el contrario, asume que es el universo simbólico el que antecede al sujeto. Y que será el Lenguaje el que, con su caída sobre el cuerpo, inscribe sus huellas, marcas, imágenes y trazos sobre el futuro sujeto a corporeizar.

Hasta ahí, estos presupuestos incluso podrían asemejarse a las teorías construccionistas y neuropsicológicas tan propias de los modelos neurocognitivos. La real diferencia comienza cuando, a pesar de plantearse el cuerpo como una superficie de inscripción, tal y como numerosos autores lo han hecho, desde el campo Clínico no podemos saber a priori que palabras, que tactos o marcas van a dejar sus huellas, trazos e imágenes en lo real de la carne del sujeto.

Vista de esta manera, el objetivo de la llamada Clínica Psicomotriz no será tanto el adecuado ajuste del sujeto a su entorno como, más bien, poder manejarse de otra manera con aquello que sobredeterminó, de manera contingente, la vida de alguien. Y para ello, se requiere que el sujeto pueda “darse cuenta”, a niveles conscientes e inconscientes, de la relación que mantuvo con ese universo simbólico que lo antecede.

dió. En la Clínica, vemos que el acento está puesto, más bien, en lo Uno del sujeto.

Si trasladamos esto a sus ejes epistemológicos, de manera más nítida: en Educación, lo prioritario, se centra en la construcción de las óptimas posibilidades de aprendizaje de la persona, basadas en la evidencia científica, la conciencia y las emociones. En la Clínica, por el contrario, el eje que vértebra su campo es el de la constitución del sujeto, fundado en el inconsciente, la verdad y los afectos.

Como vemos, tenemos dos planteamientos de partida que, al ser disjuntos entre sí, no terminan cada uno de ellos de recubrir la realidad discursiva del sujeto. Es decir, a pesar de que no puedan tener carta de naturaleza el uno sin el otro, sin embargo, no se pueden fundir; en la medida que un solo discurso, *per sé*, no puede dar cuenta de la totalidad de la realidad de los sujetos. No existe totalidad alguna en lo que a lo humano compete. De ahí que la subjetividad, por el mero hecho de serla, esté fundada por varios discursos entremezclados, de manera suplementaria, entre sí.

Lo cual significa, haciendo una pirueta metodológica que, por mucho que se pretenda, ni todo lo que cura es científico ni la ciencia logra curarlo todo. O, si quieren, que: aunque toda la clínica sea terapéutica no toda terapia es de orden clínico. Por la simple razón que la subjetividad no se deja atrapar del todo bajo el estrecho marco de los presupuestos científicos: los humanos, por el momento, no somos replicables (Canguilhem, 1971).

Precisemos algo más. Aunque no siempre fue así, no se puede negar que actualmente existe una terapia que parte de presupuestos neurocognitivos-conductuales, con una gran vocación unificadora; y otra terapia, más encuadrada clínicamente que, sin desdeñar la razón rigurosa, lo hace desde supuestos, digamos, psicoanalíticos. Es más. Si la condición de una (psico)terapia con vocación científica es, precisamente, la exclusión del sujeto, bien podemos enunciar que el psicoanálisis se ocupa de aquello que la ciencia no lo hace, ni puede llegar a hacerlo.

También es cierto que, dicho sea de paso, en la actualidad, se denomina terapia casi a cualquier acción, proceda de donde proceda, prescrita con el propósito de lograr un alivio.

De ahí parte el hecho de precisar que la clínica psicomotriz, aunque quisiera, no puede, ni debe ser ni una psicoeducación individual ni una rehabilitación neuromotriz, ni mucho menos, una suerte de coaching del movimiento. La clínica del sujeto no es educable. Siendo ambas dos profesiones imposibles, al decir freudiano, educar y sanar no son ni pueden ser lo mismo².

Resumamos este primer punto: educación y clínica, al proceder de ámbitos y puntos de partida radicalmente distintos, pueden llegar a establecer una relación suplementaria pero lo que nunca podrá darse entre ellos es una relación de complementariedad absoluta.

A partir de ahí, lo que cabe es poner el acento en la clínica del sujeto. Porque hablar de clínica es hablar de la clínica del sujeto, es decir, la clínica del Otro de lo simbólico³.

El Otro de los Cuerpos

Saber que el llamado Otro⁴, es el Otro del universo simbólico de Lalangue y del Lenguaje y que ambos están hechos tanto de elementos significantes como de las relaciones estructurales que se establecen entre ellos requiere, al menos, de dos precisiones.

La primera: es que lo Otro, en la medida que nunca puede ser total, va cambiando según los determinantes culturales, sociales e histórico-temporales. Estamos hablando de un Otro epocal y de un Otro de un lugar, en la medida que tanto sus elementos como la relación que establecen con el Lenguaje van modificándose epocalmente. No vamos a recordar cómo hubo un tiempo en la historia Humana donde la palabra provocaba auténticos desmayos, alteraciones corporales, parálisis, afonías, parestesias, etc. En cambio, hoy en día, como dijo J. Lacan, “ya nadie se muere de vergüenza” (Miller, 2021). Entonces, tenemos, por un lado, a un Otro epocal, temporal y, por otro lado, un Otro geográfico, espacial.

Y, en segundo lugar, por la anterior condición de posibilidad, bien podemos decir que el Otro de hoy en día ya no es el que era. Pensar que los fundamentos mismos de la subjetividad humana son inalterables y lo que cambia a lo largo del tiempo serían sus meras manifestaciones sintomáticas, es no entender como ese “magma” simbólico al que advenimos, incluso antes de nacer, influye no solo en la construcción y producción de nuevas subjetividades socio-antropológicas, las de cada época, sino en la constitución misma del sujeto, en el entramado de su subjetivación.

El resultado de lo que en su momento denominamos como “mutaciones del Otro” (Rodríguez Ribas, 2020), consistente en las modificaciones acaecidas en este conjunto simbólico, es la cada vez más frecuente “dislocación de las estructuras” subjetivas. Habida cuenta que el habla “cambia” –hay palabras que se marcan más en un lugar y en un periodo que en otro– los elementos que integran dichas estructuras simbólicas van cambiando y en consecuencia también van a modificarse las manifestaciones somático-sintomáticas. Por eso, y es aquí donde pretendemos llegar: a cada época y lugar, le corresponde su propio real distinto. No es lo mismo una civilización cuyo real esté puesto en la Naturaleza y el logos, que en la Deidad y la teología o la cifra y su cuantificación actuales. Porque las afecciones somáticas, la afectación de la palabra sobre el organismo a la hora de constituir la carne y conformar los cuerpos, como bien demostró el ínclito B. Spinoza, van a ser muy distintos. Lo que trae de suyo, que comparezcan afecciones somáticas distintas. Enténdasenos. No estamos hablando que cambie el sustrato orgánico de los cuerpos⁵: las leyes de la fisiología son las que son. Pero la manera de vivir los cuerpos, las modalidades de goce, la experiencia del amor, del sueño, la relación de los sujetos con ingesta, el saber, la sexualidad, el dolor, la muerte etc, esas sí que van cambiando con la historia, dejando su lógica impronta en el sufrimiento psicosomático y psicomotriz, de los individuos.

Porque, lo que sí “no cambia” en absoluto, en tercer lugar, y más allá de cual-

quier sobredeterminación espacio temporal, es que cada sujeto “escribe” su propio goce como puede y, en ocasiones, como quiere. Precisemos, que acá entendemos la “escritura” como: esa operación subjetiva consistente en desalojar del cuerpo un montante de goce libidinal hasta poder llegar a convertirlo en un producto por medio de cierta acción. En síntesis: que, a cada sujeto, le corresponde su propia modalidad escritural de goce...y, por tanto, su propia psicomotricidad.

Con lo cual, a la hora de plantear la dirección para una cura concreta, no se puede dejar de lado el propósito de abordar las nuevas sintomatologías contemporáneas sin discernir la posición corporal⁶ en la que cada sujeto resulta incluido. Resulta diáfano que la vivencia corpórea y expresiva de cada sujeto no será la misma si su posición estructural y psicopatológica es de orden neurótico, perverso, psicótico o autístico. A diferentes corporeidades, es menester adoptar diferentes modalidades de tratamiento.

Rasgos Clínicos Actuales

En este apartado, deberemos dar un salto si queremos aproximarnos al tema en cuestión. ¿Cuáles serían, en general, los rasgos que comandan la Clínica corpórea en estos tiempos, e independiente de los trastornos manifiestos?

Quizás, el primero de los rasgos clínicos, muy llamativo, sea el de la caída de la causalidad histórica y, por tanto, la caída de la “causalidad psíquica”. Es decir, se rompió la causalidad entendida como la concatenación lógica entre una causa y sus consecuencias. Por eso, cada vez encontramos a más colegas que le preguntan a alguien: “¿y tú, ¿cómo eras de chico?, ¿a qué jugabas cuando eras pequeño?” y los sujetos responden: “¿y eso... que tiene que ver con lo que me pasa?”, “no vengo a perder el tiempo contando historietas!”. No se capta la relación de un pasado subjetivo con el malestar del presente.

Segundo rasgo, muy propio de hoy: no se tolera la incertidumbre. Todo lo que sea una “suposición de saber del Otro” resulta poco menos que insoportable. En este sentido, nos encontramos con una dificultad real de “sintomatizar” los malestares, entendiendo esto como hacer de cualquier afección o sufrimiento una atribución subjetiva: de que “eso” que a uno le pasa, tiene que ver con lo que uno es.

El resultado –tercero– de este estado, es el de una absoluta desresponsabilización subjetiva: el sujeto ya apenas se hace cargo de su propio síntoma y, por tanto, se lo endilga directamente al otro o se lo encasqueta al especialista.

Otra característica muy actual y, para mí, la más llamativa, es la gran falta, el gran declive de recursos simbólicos. Cayó el gran Otro, en el sentido de la potencia del Lenguaje y extensión de los significantes; cayeron los ideales, cayeron las identificaciones, las identidades se han vuelto cada vez más rígidas o más licuadas, y ante la angustia, ante el sufrimiento, se da, en general, la misma respuesta, a menudo, reactiva, adictiva e inmediata. Este declive del Otro, corre parejo a la pérdida de recursos corpóricos. Lo que trae de suyo que cualquier suceso pueda llegar a ser potencialmente “traumático”: cualquier situación puede precipitar un

verdadero “trauma”. Y contra esto, contra la posibilidad de encuentro con lo real, los sujetos se defienden recurriendo a una verdadera petrificación fantasmática.

Lo que conlleva, quinto, que hoy, las clásicas estructuras subjetivas y clínicas, se nos presenten más confusas, difusas, de curso bizarro, tórpido, es decir: psicosis que no parecen psicosis, autismos que no parecen autismos, neurosis que casi parecen psicosis... Miller (2021), utilizó el apelativo de “ordinarias” para referirse a estas estructuras psicopatológica –en oposición a las clásicas de carácter “extraordinario”– cuyo diagnóstico y exploración resultaban nítidas y evidentes... Aunque es verdad que siempre hubo estructuras borderline o limítrofes, cada vez nos enfrentamos a una progresiva licuefacción estructural subjetiva.

Sin embargo, desde otro costado, sexto, podemos encontrarnos con estructuras sumamente “rígidas”: histerias rígidas, fobias rígidas... donde nada, apenas, las hace conmoverse... Esto, llevado a su extremo, nos conduce a una clínica sin Sujeto, por fuera del Otro e incluso, a un verdadero “rechazo” al Otro, tal y como pueden darse en los casos de psicosis o autismos.

Inherente a este estado de la cuestión, séptimo, es que apenas nadie quiere pagar y, peor aún, que no consideran que deban hacerlo. “No quiero que me quites nada de mis goces”: algo así como “quítame la inhibición sin dejar de ser inhibido”. “Quítame lo que me molesta, pero no quiero cambiar nada”. A los pacientes actuales les resulta muy muy extraño, cuando se enuncia que: “para cambiar algo... algo tiene que cambiar”. Nadie quiere hacerse “mayor” cuando hasta los adultos prefieren seguir siendo adolescentes y cuando “pagar” significa que algo de goce tiene que ser cedido para que algo del cuerpo se vuelva a configurar o unificar

En esta serie provisional que vamos tratando de armar, octavo, un último rasgo de la clínica contemporánea, en línea con lo anterior, es que la palabra ya apenas toca, araña, el fantasma. Aparece así, una verdadera dificultad para sintomatizar el padecimiento. A menudo, se diga lo que se diga, señalando o puntuando, nada conmueve al sujeto de esa estructura rígida o licuada. Máxime, cuando el mismo sujeto hace de su modalidad de goce un rasgo de cálculo y reivindicación al punto de convertirlo en su identidad. El resultado es que, en numerosas ocasiones, los rasgos fantasmáticos del malestar actual terminan convirtiéndose en rasgos de la propia identidad del sujeto.

Bordes de la Clínica Psicomotriz Contemporánea

Sí se dijo que el cuerpo se abre a la existencia como superficie, como terreno o proyección, como extensión o pesaje –según qué autores– en suma, como el lugar donde se inscriben las palabras, las letras, cifras, imágenes, los contactos, miradas, etc. la clínica contemporánea, hoy más que nunca, se nos presenta como la de una “escritura generalizada de los cuerpos”. Unos sujetos, se hacen tatuajes, otros se autoagreden, hay otros que se hacen piercings; sin embargo, otros se mueven, otros escriben, otros hacen deporte, otros modelan o dibujan, escriben...o aprenden... cada cual “sublima” a su manera.

Por lo tanto, si queremos acceder a abordar la lógica constitutiva de cada sujeto corporeizado, no queda otra alternativa que “des-escribir”, desescribir el cuerpo de la misma manera que él lo hace: en sus fenómenos, en sus síntomas o producciones fantasmáticas. Si es la corporeidad singular la que debe condicionar el tratamiento psicomotor, y no al contrario, nuestro acompañamiento consiste en intervenir sobre las modalidades escriturales del cuerpo de cada sujeto. Es la misma línea seguida cuando definíamos a la Clínica Psicomotriz como una suerte de “psicosomática generalizada” que denominamos como una “corpórica” de la psicomotricidad. Porque lo que si resulta constatable hoy en día es que, prácticamente, todas las patologías y clínicas subjetivas que nos rodean son de orden psicosomático; al punto que ya, apenas, se encuentran trastornos mentales sin su particular correlato corpórico.

En este sentido, y ya descendiendo a niveles sintomáticos concretos, la clínica psicomotriz que habitualmente encontramos en la sala de psicomotricidad es, eminentemente, una clínica del paso al acto. Primero el sujeto “hacen”...y luego ya “hablaremos”. Primero pega un niño a otro niño, primero se tira a la colchoneta o empuja a otro...y luego ya hablaremos. Esta clínica sin deseo, de pura demanda especular es, sobre todo, la de una clínica compulsiva o impulsiva, con su correspondiente dificultad para pasar del acto a la acción y la actividad.

A lo anterior, debe añadirse a otro rasgo sumamente característico: la absoluta falta de respeto para con el síntoma, tanto por parte de los padecientes como de los practicantes. Y lo que vemos, es que detrás de esta clínica manifiesta, en ocasiones aparatosa, puede coexistir otra clínica latente, más sutil, taponada, pero no menos determinante para el sujeto. El síntoma, nos recuerda en todo momento que debemos de tener cuidado al querer quitar a toda costa el mínimo sufrimiento, no sea que encontremos que, efectivamente, el/la sujeto estaba sostenido por una estructura muy precaria o muy lábil y delicada y provoquemos más mal que bien. Hemos hablado en numerosas ocasiones (Rodríguez Ribas, 2013) de la “iatrogenia psicomotriz” causada por el desconocimiento clínico del lugar que ocupa un síntoma en la economía subjetiva. Por la misma razón que podemos encontrar como determinados síntomas hacen función de mecanismo de suplencia, permitiendo estabilizar una posición corpórica frágil o desestructurada. El síntoma pide respeto y suma delicadeza a la hora de ser tratado.

Lo que nos lleva a un tercer punto: la necesidad de un diagnóstico estructural, psicopatológico, previo a cualquier acompañamiento. Porque incluso, aunque los trastornos fueran similares, el abordaje clínico no será el mismo en una posición subjetiva que en otra. Son los fundamentos estructurales, su posición corporal, y no tanto sus manifestaciones sintomáticas, las que deben condicionar los principios del abordaje psicomotor y la tecnicidad del practicante.

Dirección de la Cura en la Clínica Psicomotriz del Presente

¿Cuál sería la dirección de la cura, la orientación clínica, que corresponde a los Psicomotricistas, en la actualidad?. Demos un pequeño rodeo.

Primero. ¿Cuál era el referente clínico de la época freudiana? La primera época freudiana, fue el tiempo de la conversión histérica. Recordemos como Freud, descubrió ese continente que fue el inconsciente, y por añadidura el cuerpo, a partir de la disociación entre los síntomas somáticos presentados y su falta de lógica neurofisiológica. Por su parte, ¿cuál era la referencia clínica del Lacan de los años 40 del pasado siglo?: las psicosis. Donde, por cierto, con su contribución a la imagen especular, y el cuerpo simbólico, logró dar nuevos bríos a nuestra práctica. ¿Y cuál es el referente clínico de hoy en día?: sin duda alguna, los autismos; es con esta modalidad desde donde se organizan las presentes categorías ordinarias, borderline, limítrofes y, a su vez, todas las estructuras rígidas. Es la que actualmente tomamos como referencia para investigar. La clínica del autismo es la clínica de la corporización, la del arreglárselas con lo real del goce sin un Otro, la clínica de la palabra sin sentido, la del rechazo o la defensa frente al Otro. También, la clínica de la lengua que atraviesa y constituye la carne, previa a su construcción corporal.

Podríamos decir, claramente, que la clínica de hoy en día es más de la “carne” (preedípica o preespecular, dirían algunos) que la del cuerpo propio.

Es una clínica, y hay que decirlo, que debiera poner el acento más en el contenido que en el continente. Estamos cansados del empuje masivo a lograr la “buena” expresividad ajustada a una “normalización” en la que nadie termina por reconocerse, cansados de la búsqueda del aprendizaje correcto como remedio para todos los males, de una inserción e inclusión forzadas que solo redoblan sus sufrimientos; cansados también, de las ofertas psicoeducativas presentadas como clínicas psicoterapéuticas... Porque esa ayuda neurocognitiva jamás dirá cuál es el sentido de una vida “particular”, ni la motivación de las diferentes elecciones que condicionaron la posición de cada cual en el transcurso de su historia. Tendríamos que recuperar incidir más en el “contenido” subjetivo, como efecto de significación del deseo sobre la vida y malestares de cada sujeto, que hacerlo sobre el mero comportamiento.

Para ello, sería sumamente apropiado volver a la psiquiatría clásica, sobre todo la psicodinámica: sería muy interesante retomar la psicopatología, la exploración nosológica seria y rigurosa, y el psicoanálisis aplicado. Sin ceñirse, solamente, a los dictados clasificatorios del DSM o CIE. La clínica que se está impartiendo en numerosos servicios no es, desde luego, la clínica que merecen y demandan las singularidades encarnadas actuales.

¿Cuál es el problema de una clínica centrada en el trastorno? Que, al tomar la globalidad del sujeto, su unicidad, como un sumatorio de partes, de varios trastornos, en un síndrome y no ir a la base causal que determinó sus consecuencias, lo que sucede es que se promueve la creación de nuevas cronicidades, o que el alivio momentáneo dará paso a nuevas afecciones. Máxime, cuando ya el mismo

Freud enunció, claramente, que lo patológico está hecho de la misma materia que la normalidad y que si solo se modifica el detalle visible, mensurable, cuantificable, el sujeto vuelve a enfermar con otro trastorno desplazado.

Recordemos aquella fórmula donde planteamos que los psicomotricistas “fantasmaticizan la pulsión” y los psicoanalistas “sintomatizan el fantasma” (Rodríguez Ribas, 2021): era una manera un tanto grosera de separar las aguas entre ambas cuando, efectivamente, la clínica del sujeto contemporáneo cada vez más apunta hacia una clínica psicomotriz. En concreto, nos referimos entre otros, a esa clínica del desarraigo y la desinserción, del tatuaje y la escarificación, la clínica de las tensiones, los dolores crónicos y las somatizaciones motrices, de los pasos al acto, del cansancio, de la disconformidad y la ataraxia, de la hipocondría, la fibromialgia, y la compulsión hasta el delirio, de las palabras que no hacen cuerpo, y porque unas sí y otras no, y porque tal sujeto puede fantasmaticizar y jugar simbólicamente y otros sujetos solo se expresan bajo la pura actuación pulsional⁷.

Desde nuestra orientación, nuestro tratamiento apunta a que los sujetos encuentren su saber-hacer y un saber-decir particular con su propio goce motor, es decir, con su propia posición sintomática. Dicho de otra manera: que caiga algo de su fantasma en su ciframiento para que aparezca algo del deseo descifrado. Con este motivo, acompañamos a que cada sujeto encuentre una solución singular a las consecuencias que le llevó su particular causalidad psíquica.

Esa es nuestra tecnicidad: una clínica de la “metaforización” corporal, es decir, de la producción escritural de las resonancias tónico-afectivas inscritas en cada cuerpo. Estamos hablando de una clínica del “bricolaje”, del anudamiento, de la conformación y constitución de cada cuerpo. Una clínica de la corporización, donde la palabra “toque” al cuerpo, lo horade e inscriba para que algo de su propia historia pueda escribirse, a la hora de ser cifrada fantasmáticamente...hasta su conversión sintomática.

A condición de tener en cuenta algunos preliminares.

El primero, es que el fantasma no se interpreta, no podemos interpretar la modalidad de goce de lo Uno: lo que se interpreta es la historia particular, no la modalidad de goce. A mayor historización y sentido causal mayor posibilidad que aparezca algo del deseo y caiga algo del fantasma; en síntesis, que algo de “adentro” se ponga “afuera”: “dímelo de otra manera”, “juega de otra manera”, “relátamelo de otra manera”...

El segundo: “mejor corto que largo”, es una expresión muy castiza, que apunta a que si no sabemos muy bien en qué posición se sitúa la expresividad del sujeto quizás sea más loable tratarlo como un sujeto en posición psicótica que neurótica, porque si nos “pasamos” en la intervención ya no hay vuelta atrás, mientras que si nos quedamos cortos...“podremos tirar más de la cuerda”...

Tercera pista. Cada vez resulta más interesante la cuestión de la temporalidad. El real del futuro, el verdadero real, no va a ser tanto el del cuerpo o la palabra, que también, como el real de la temporalidad. En este sentido, nuestras intervenciones

deberían apuntar a los cortes, escansiones, anudamientos, puntuaciones, rectificaciones, dinámicas que articulen, abrochamientos, que “corten” el discurso motor repetitivo del los niños...y adultos...para que algo del discurso prosiga y haga lazo: “estás saltando demasiado”, un corte...”a otra cosa”...lo que te apetezca,...pero “a otra cosa”. “Te veo demasiado escondido en la casita”... a otra cosa...de otra manera.

Por último: una terapia psicomotriz concluye cuando cuando un sujeto es capaz de construir un otro Otro, el suyo propio, más “amable”, menos imperativo, menos deudor e “impuesto”, menos superyoico...

¿Cuál sería, por lo tanto, la función de nuestro acompañamiento clínico? Finalmente, no somos sino “puntuadores” de texto, también dijimos, “correctores” de los escritos y relatos vitales de cada quien. Resumidas cuentas, que cada sujeto, cada persona, componga su propio Otro con los otros, su propio hogar y “lugar” en el mundo. En última instancia, se trata de “producir sujetos corporeizados”, de volver a subjetivar los cuerpos contemporáneos, reinstaurando e inventando nuevas relaciones con los afectos, los vínculos y las vivencias, por medio del testimonio, la transmisión, la presencia, la experiencia, la transferencia, la asociación libre o el juego sin propósito...volviendo a tejer, y retratar, “analógicamente” los cuerpos.

Conclusiones

A lo largo de este recorrido hemos tratado de presentar un panorama general de un ámbito terapéutico que recién ahora comienza a tomar cuerpo. Aludiendo algunas vías de trabajo y puntos candentes más que mostrar conclusiones efímeras. Para ello, hemos debido de delimitar nuestro ámbito epistemológico y analizar los rasgos más específicos de las corporeidades contemporáneas. Para concluir sugiriendo ciertos principios de intervención. A la espera de nuevos estudios e investigaciones, en este campo psicomotor, al que, sin duda, podemos augurarle un gran futuro.

Notas del autor

- 1 Texto, ampliado y corregido, procedente de la intervención en el Seminario del Postgrado de Psicomotricidad con Adultos. 21 agosto 2021. UNSL (Argentina). También, en el II Congreso Internacional de Psicomotricidad con Adultos: 10-11 septiembre 2021. Organizó: Corpus (BBAA. Argentina).
- 2 Es el famoso affaire que se dio en su momento entre Anna Freud y Melanie Klein, acerca del carácter educable o no de la emergencia del inconsciente.
- 3 Queremos reflejar, con esto, la posición paradigmática que adopta este autor como punto de partida. Y que bien puede definirse como *aucoutu-lacanian* (B. Aucouturier y J. Lacan).
- 4 Especialmente para la corriente estructuralista francesa.
- 5 Aunque también lo hagan. La alimentación, a inmunidad, los factores endocrinos, infecciosos etc, no dejaron de hacer sentir sus efectos en la vivencia y experiencia de los cuerpos.
- 6 Recordemos que asimilamos la “posición corporal” a “estructura simbólica”, a pasar de intentar en todo momento trascender el dualismo cartesiano, aún, tan presente en nuestra cultura.
- 7 Es de perogrullo, aunque no siempre se tiene claro, que no necesariamente una afección psicossomática deba ser abordada por una ayuda corporal. O que una afección mental deba ser tratada por una psicoterapia verbal. La cuestión de la indicación, dependerá más bien de la posición estructural y los recursos subjetivos de elaboración, más que la modalidad sintomática que adopte.

Referencias

- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.
- Miller, J-A. (2021). *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*. Paidós.
- Rodríguez Ribas, J. A. (2013). *La práctica psicomotriz en el tratamiento psíquico*. Octaedro.
- Rodríguez Ribas, J. A. (2020). *Re-trazos en el aire (escritos sobre clínica psicomotriz de orientación lacaniana)*. Corpora.
- Rodríguez Ribas, J. A. (2021). *Lecturas de cuerpos presentes. Conversaciones entre psicomotricidad y psicoanálisis*. Corpora.



INTRODUCCIÓN A LAS PSICOTERAPIAS

Psicodinámicas, Experienciales, Sistémicas, Constructivistas e Integradoras

Begoña Rojí • Luis Ángel Saúl (Eds.)



LA MEJORA DE LA SOCIABILIDAD Y LAS HABILIDADES SOCIALES MEDIANTE EL USO DE LA PSICOMOTRICIDAD RELACIONAL EN MENORES CON SÍNTOMAS DE AUTISMO

THE IMPROVEMENT OF SOCIABILITY AND SOCIAL SKILLS THROUGH THE USE OF RELATIONAL PSYCHOMOTOR SKILLS IN CHILDREN WITH SYMPTOMS OF AUTISM

Victor Renobell

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6617-5020>

Universidad Internacional de la Rioja. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Renobell, V. (2023). La mejora de la sociabilidad y las habilidades sociales mediante el uso de la psicomotricidad relacional en menores con síntomas de autismo. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 33-46. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37819>



Resumen

El artículo se enfoca en la aplicación de la psicomotricidad relacional como herramienta para mejorar las habilidades sociales en niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). La psicomotricidad relacional es un enfoque dentro de la psicomotricidad que se centra en el desarrollo de las habilidades motoras en relación con el entorno y con los demás. Esta perspectiva considera que el movimiento no es solo una acción física, sino que también tiene una dimensión relacional y comunicativa. El estudio presenta el método del caso para desarrollar el estudio. Se trata concretamente del caso de tres niños de 6 a 9 años con dificultades sociales y síntomas del trastorno del espectro autista. A través del uso de la psicomotricidad relacional y de la obtención de datos mediante un pre test y un post test de los Test de Motricidad Movement Assessment Battery for Children (MABC) y del Test de Desarrollo Psicomotor de Victor L. Serra (TEPSI), se observó una mejora significativa en su coordinación y destreza para realizar tareas de sociabilidad y habilidades sociales. Además, se mencionan estudios que respaldan la idea de que la psicomotricidad relacional puede ser una herramienta eficaz para abordar las dificultades sociales y de comunicación en niños con TEA. Al proporcionar un entorno estructurado y lúdico para practicar y desarrollar habilidades sociales, permite a los niños aprender y aplicar normas sociales, comprender las señales no verbales y participar de manera efectiva en interacciones sociales. En general, los resultados positivos obtenidos a través del uso de la psicomotricidad relacional sugieren que esta técnica puede ser beneficiosa para el desarrollo de habilidades relacionales, sociales y motoras en niños con TEA.

Palabras claves: *psicomotricidad, TEA, sociabilidad, habilidades sociales, estudio de caso*

Abstract

The article focuses on the application of relational psychomotor skills as a tool to improve social skills in children with autism. Relational psychomotor skills is an approach within psychomotor skills that focuses on the development of motor skills in relation to the environment and to others. This perspective considers that movement is not only a physical action, but also has a relational and communicative dimension. The study presents the case method to develop the study. It deals specifically with the case of three children aged 6 to 9 years with social difficulties and symptoms of autism spectrum disorder. Through the use of relational psychomotor skills and the collection of data by means of a pre-test and a post-test of the Movement Assessment Battery for Children (MABC) and the Victor L. Serra Psychomotor Development Test (TEPSI), a significant improvement in their coordination and dexterity to perform tasks of sociability and social skills was observed. In addition, studies are mentioned that support the idea that relational psychomotor skills can be an effective tool for addressing social and communication difficulties in children with autism. By providing a structured, playful environment to practice and develop social skills, it enables children to learn and apply social norms, understand nonverbal cues, and participate effectively in social interactions. Overall, the positive results obtained through the use of relational psychomotor skills suggest that this technique may be beneficial for the development of relational, social, and motor skills in children with autism.

Keywords: *psychomotor, autism, sociability, social skills, case study*

La psicomotricidad relacional es un enfoque dentro de la psicomotricidad que se centra en el desarrollo de las habilidades motoras en relación con el entorno y con los demás (Aucouturier y Lapierre, 1980; Berruezo, 2001; Fernández, 2002; Bernaldo de Quirós, 2006). Esta perspectiva considera que el movimiento no es solo una acción física, sino que también tiene una dimensión relacional y comunicativa (Lapierre, 2002). Y donde la importancia del juego simbólico es esencial (Serrabona, 2019). La motricidad relacional se basa en la idea de que el ser humano se desarrolla y se relaciona con el mundo a través del movimiento (Lagrange, 1976). Se considera que el movimiento es una forma de comunicación y expresión, y que tiene un papel fundamental en el desarrollo emocional, cognitivo y social de las personas (Fonseca Fonseca, 2001; Piaget, 1975/2022; Prieto, 1983).

En este enfoque, se presta atención a cómo los individuos se mueven y se relacionan con los demás y con su entorno y su imagen corporal (Bergés, 1991; Baños et al., 1986; Blázquez y Ortega, 1984). Se exploran las interacciones y las formas de comunicación no verbal a través del movimiento corporal. Se considera que el movimiento no solo refleja el estado interno de una persona, sino que también influye en la manera en que se percibe a sí misma y se relaciona con los demás (García Núñez, 1986; Serrabona, 2002). La motricidad relacional se enfoca en promover la conciencia corporal, la expresión emocional a través del movimiento y la interacción social (Serrabona, 2006; Berruezo, 1990). Se utilizan actividades y juegos motores que fomentan la comunicación, la cooperación, el respeto y la empatía. Este enfoque se aplica en diferentes contextos, como la psicomotricidad infantil, la terapia psicomotriz y la educación física. El objetivo es facilitar el desarrollo integral de las personas, fortaleciendo su capacidad para relacionarse con los demás y para expresar sus emociones y necesidades a través del movimiento. En este caso se ha utilizado el enfoque relacional para ayudar a niños que tienen un trastorno del espectro autista (TEA) o síntomas de tener un TEA (APA, 2014).

El TEA, o trastorno del espectro autista, es un trastorno del neurodesarrollo que afecta la comunicación, la interacción social y el comportamiento de una persona. Se caracteriza por patrones persistentes de dificultades en la comunicación verbal y no verbal, déficits en la interacción social y patrones repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (Cratty, 1969). El término “espectro” en TEA se refiere a la amplia variabilidad en la presentación y gravedad de los síntomas en diferentes individuos. Algunas personas con TEA pueden tener dificultades graves en el lenguaje y la interacción social, mientras que otras pueden tener habilidades lingüísticas avanzadas pero luchar con la comprensión social (Le Boulch, 1972; Picq y Vayer, 1977).

Algunos síntomas comunes del TEA incluyen (1) Dificultades en la comunicación verbal y no verbal: Puede haber retraso en el desarrollo del habla, dificultades para iniciar o mantener una conversación, uso repetitivo del lenguaje o dificultad para entender el lenguaje no literal (como el sarcasmo). (2) Déficit en la interacción social: Puede haber dificultades para establecer y mantener relaciones sociales,

dificultades para comprender y responder a las emociones de los demás, falta de reciprocidad social y dificultades para compartir intereses o actividades con los demás. (3) Comportamientos repetitivos y restrictivos: Pueden presentarse patrones de comportamiento repetitivo, como movimientos estereotipados del cuerpo, adhesión inflexible a rutinas o rituales, intereses o preocupaciones intensas y limitadas en determinados temas, y respuestas sensoriales atípicas (hiper o hiposensibilidad a estímulos sensoriales). Y (4) Es importante destacar que el TEA es un espectro, lo que significa que los síntomas y la gravedad pueden variar significativamente de una persona a otra. Algunas personas con TEA pueden tener habilidades excepcionales en áreas específicas, como la memoria o el razonamiento lógico.

La psicomotricidad es una disciplina terapéutica que se basa en la relación entre el cuerpo y la mente, y utiliza el movimiento y la actividad física como herramientas para promover el desarrollo global de la persona (Muniain, 2001; Piaget, 1983). Puede beneficiar a los niños con autismo al ayudarles a mejorar habilidades motoras, coordinación, equilibrio, orientación espacial y habilidades sociales. El diagnóstico del TEA se basa en una evaluación exhaustiva de los síntomas y el desarrollo del individuo, y generalmente se realiza por profesionales de la salud, como psicólogos o psiquiatras, especializados en trastornos del neurodesarrollo. Es importante tener en cuenta que el TEA es una condición neurológica que no se puede “curar”, pero con intervención temprana y apropiada, así como con apoyo continuo, muchas personas con TEA pueden aprender a desarrollar habilidades y vivir vidas plenas y significativas.

El objetivo de esta investigación es conocer si la psicomotricidad relacional puede mejorar las condiciones de comunicación social, la sociabilidad y las habilidades sociales en niños de 6 a 9 años.

Método

Para realizar el estudio se han analizado tres casos particulares. El objetivo principal es obtener una comprensión completa y rica de un caso específico y extraer conclusiones relevantes. En el contexto de la psicomotricidad, el método de estudio de caso se puede utilizar para investigar el progreso y el impacto de la intervención psicomotora en un individuo en particular. Los pasos necesarios son (1) la selección del caso: En este caso se han seleccionado tres casos. El primero se trata de un niño de 6 años que tiene diagnosticado un TEA de bajo funcionamiento. El segundo de los casos se trata de una niña de 7 años que muestra aspectos del TEA pero que no está diagnosticado y que necesita un refuerzo de su identidad y aspectos sociales. Y el tercer caso se trata de una niña de 9 años diagnosticada con TEA de bajo funcionamiento. (2) Recopilación de datos: se han utilizado diferentes métodos de recopilación de datos para obtener una visión completa del caso. Se han realizado test antes y después de los seis meses de tratamiento, también se han realizado entrevistas con sus padres o cuidadores, otros profesionales de psicomotricidad, y se ha trabajado con la observación directa de las sesiones de psicomotricidad. Los

test que se han realizado son el Test de Motricidad Movement Assessment Battery for Children (MABC, 2ª ed.; Henderson et al., 2007) que es una evaluación estandarizada que se utiliza para medir habilidades motrices en niños de 3 a 16 años. El MABC evalúa la coordinación motriz, el equilibrio y la destreza manual a través de una serie de pruebas y actividades. Y el Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI; Haeussler y Marchant, 1985) que es una herramienta de evaluación que se utiliza para medir el desarrollo psicomotor en niños de 4 a 8 años. Evalúa aspectos como la coordinación, el equilibrio, la lateralidad y la motricidad fina y global.

El siguiente paso ha sido (3) el análisis de datos obtenidos en los test, entrevistas y observaciones de la sala de psicomotricidad. Y finalmente (4) la interpretación y conclusiones. A partir del análisis de los datos, interpreta los hallazgos y extrae conclusiones relevantes se han descritos los cambios observados en las habilidades psicomotoras de los tres casos, los factores que pudieron haber contribuido a esas mejoras y las implicaciones de los resultados para la práctica de la psicomotricidad.

Es importante tener en cuenta que el método de estudio de caso no permite generalizar los resultados a una población más amplia, ya que se basa en casos únicos o en un número limitado de casos. Sin embargo, puede proporcionar información valiosa y detallada sobre la experiencia de un individuo y el impacto de la intervención psicomotora en su desarrollo y bienestar.

Procedimiento

Para el estudio se han analizado tres casos observados en la sala de psicomotricidad (Tabla 1). El primero de los casos es el de Juan un niño de 7 años diagnosticado de TEA moderado y que viene con dificultades de comunicación e interacción social y juego cooperativo. El segundo de los casos es el Laura una niña de 9 años con síntomas de TEA leve y con dificultades de comunicación y socialización. Y finalmente el caso de María una niña de 6 años con síntomas de TEA leve y dificultades sociales. A los tres se ha realizado un tratamiento de 6 meses en el año 2022. Has acudido a la sala de psicomotricidad una vez por semana y has sido tratados por el un psicomotricista principal y diversos psicomotricistas ayudantes que han colaborado en días puntuales. A los tres se les realizado los test MABC y TEPSI al inicio y final de los 6 meses observando mejoras. Y el enfoque relacional ha sido el principal en todos los 6 meses.

Tabla 1

Resumen de los Casos

Laura	Juan	María
Edad: 9 años	Edad: 7 años	Edad: 6 años
Diagnóstico: TEA leve no diagnosticado	Diagnóstico: TEA moderado diagnosticado	Diagnóstico: TEA leve no diagnosticado y dificultades sociales
Dificultades principales: Comunicación y socialización	Dificultades principales: Comunicación, interacción social y juego colaborativo	Dificultades principales: Comunicación, interacción social y juego colaborativo

El MABC es un test estandarizado que evalúa la motricidad en niños. Consiste en tres componentes principales: control manual, destrezas manuales y equilibrio. Cada componente incluye diferentes subpruebas que evalúan habilidades motoras específicas. La evaluación se realizó al inicio y al final del período de 6 meses de intervención en psicomotricidad.

Al inicio Juan mostró dificultades significativas en la precisión y rapidez al colocar las fichas en los lugares designados. Al final se observó una mejora considerable en la precisión y velocidad de colocación de las fichas. Juan demostró mayor coordinación y destreza en esta tarea. Al inicio Juan presentó dificultades moderadas para dibujar una línea recta. Al final se observó una mejora significativa en la capacidad de Juan para dibujar una línea recta. Su trazo se volvió más preciso y controlado. Al inicio Juan experimentó dificultades marcadas para enhebrar las cuentas en el orden correcto. Pero al final se observó una mejoría notable en la habilidad de Juan para enhebrar cuentas. Demostró una mayor destreza en la coordinación mano-ojo y en la secuenciación de movimientos. Al inicio Juan mostró dificultades moderadas para cortar papel con tijeras de manera precisa. Al final se evidenció una mejoría significativa en la capacidad de Juan para cortar papel con tijeras. Su habilidad para controlar los movimientos de corte mejoró notablemente. Al inicio Juan presentó dificultades notables para mantener el equilibrio al saltar sobre una pierna. Y al final se observó una mejora sustancial en la capacidad de Juan para mantener el equilibrio mientras realizaba saltos sobre una pierna. Demostró mayor estabilidad y control corporal. Al inicio Juan mostró dificultades moderadas para caminar sobre una línea recta. Pero al final se evidenció una mejor a mejoría significativa en la capacidad de Juan para caminar sobre una línea recta. Su equilibrio y coordinación mejoraron, y fue capaz de mantener una trayectoria más estable.

Resultados

Los resultados de la evaluación del Test de Motricidad (MABC) indican que Juan ha experimentado mejoras significativas en sus habilidades motrices después de participar en sesiones de psicomotricidad durante un período de 6 meses. Se observaron avances en el control manual, las destrezas manuales y el equilibrio. En el componente de control manual, Juan demostró una mayor precisión y rapidez al colocar fichas, así como una mejor capacidad para dibujar líneas rectas. En las destrezas manuales, mejoró su habilidad para enhebrar cuentas y cortar papel con tijeras. En cuanto al equilibrio, logró mantener mejor el equilibrio al saltar sobre una pierna y caminar sobre una línea. Estos resultados sugieren que las sesiones de psicomotricidad han sido beneficiosas para el desarrollo de las habilidades motrices de Juan. La intervención ha contribuido a mejorar su coordinación, destreza manual, equilibrio y control corporal. Estos avances tienen un impacto positivo en su autonomía, su interacción con el entorno y su participación en actividades diarias.

Respecto a María los resultados de la evaluación del Test de Motricidad (MABC) mostró inicialmente dificultades en la precisión y rapidez al colocar las

fichas en los lugares designados. Pero finalmente se observó una mejora significativa en la precisión y velocidad de colocación de las fichas. María demostró una mayor coordinación y destreza en esta tarea. Al inicio María presentó dificultades moderadas para dibujar una línea recta. Al final se evidenció una mejora notable en la capacidad de María para dibujar una línea recta. Su trazo se volvió más preciso y controlado. Al inicio María experimentó dificultades significativas para enhebrar las cuentas en el orden correcto. Pero al final se observó una mejoría considerable en la habilidad de María para enhebrar cuentas. Demostró una mayor destreza en la coordinación mano-ojo y en la secuenciación de movimientos. Al inicio María mostró dificultades moderadas para cortar papel con tijeras de manera precisa. Y al final se evidenció una mejoría significativa en la capacidad de María para cortar papel con tijeras. Su habilidad para controlar los movimientos de corte mejoró notablemente. Al inicio María presentó dificultades notables para mantener el equilibrio al saltar sobre una pierna. Y al final se observó una mejora sustancial en la capacidad de María para mantener el equilibrio mientras realizaba saltos sobre una pierna. Demostró mayor estabilidad y control corporal. Al inicio María mostró dificultades moderadas para caminar sobre una línea recta. Y al final se evidenció una mejora significativa en la capacidad de María para caminar sobre una línea recta. Su equilibrio y coordinación mejoraron, y fue capaz de mantener una trayectoria más estable.

Además de los componentes motrices evaluados por el MABC, también se observaron mejoras en las dificultades sociales de María. Durante las sesiones de psicomotricidad, se trabajó en actividades que fomentaban la interacción social, la comunicación no verbal y el juego colaborativo. A medida que avanzaba el tratamiento, se observaron los siguientes cambios: al inicio María mostró una mayor disposición para participar en actividades de grupo y demostró un aumento en la iniciativa para establecer interacciones sociales con sus compañeros. Mejoró su capacidad para tomar turnos y compartir materiales durante las actividades. Respecto a la comunicación no verbal María desarrolló habilidades para expresar emociones y necesidades a través de gestos y expresiones faciales. Demostró una mayor comprensión de las señales no verbales de sus compañeros y respondió de manera adecuada. Respecto al juego colaborativo María mostró una mayor participación en actividades de juego en grupo. Se observó una mejora en su capacidad para cooperar con sus compañeros, seguir reglas básicas y compartir roles en el juego.

Los resultados de la evaluación del Test de Motricidad (MABC) indican que María ha experimentado mejoras significativas en sus habilidades motrices y dificultades sociales después de participar en sesiones de psicomotricidad durante un período de 6 meses. En cuanto a las habilidades motrices, María ha desarrollado una mayor coordinación, destreza manual y equilibrio. Su desempeño en las tareas de control manual, destrezas manuales y equilibrio mejoró considerablemente. Además, se observaron avances en sus dificultades sociales, como una mayor disposición para la interacción social, una mejora en la comunicación no verbal y una mayor

participación en actividades de juego colaborativo. Estos resultados respaldan la efectividad de la psicomotricidad como una intervención integral que aborda tanto las habilidades motrices como las dificultades sociales en niños con TEA leve.

Y también se realizó el Test de Motricidad (MABC) para Laura quien inicialmente mostró dificultades en la precisión y velocidad al colocar las fichas en los lugares designados. Pero que finalmente se observó una mejoría significativa en la precisión y rapidez de colocación de las fichas. Laura demostró una mayor coordinación y control en esta tarea. Al inicio Laura presentó dificultades moderadas para dibujar una línea recta. Y finalmente se evidenció una mejora notable en la capacidad de Laura para dibujar una línea recta. Su trazo se volvió más preciso y controlado. Al inicio Laura experimentó dificultades significativas para enhebrar las cuentas en el orden correcto. Y finalmente se observó una mejoría considerable en la habilidad de Laura para enhebrar cuentas. Demostró una mayor destreza en la coordinación mano-ojo y en la secuenciación de movimientos. Al inicio Laura mostró dificultades moderadas para cortar papel con tijeras de manera precisa. Y finalmente se evidenció una mejoría significativa en la capacidad de Laura para cortar papel con tijeras. Su habilidad para controlar los movimientos de corte mejoró notablemente. Al inicio Laura presentó dificultades notables para mantener el equilibrio al saltar sobre una pierna. Y al final se observó una mejora sustancial en la capacidad de Laura para mantener el equilibrio mientras realizaba saltos sobre una pierna. Demostró mayor estabilidad y control corporal. Al inicio Laura mostró dificultades moderadas para caminar sobre una línea recta. Y al final se evidenció una mejora significativa en la capacidad de Laura para caminar sobre una línea recta. Su equilibrio y coordinación mejoraron, y fue capaz de mantener una trayectoria más estable.

Además de los componentes motrices evaluados por el MABC, también se observaron mejoras en las dificultades de comunicación y socialización de Laura. Durante las sesiones de psicomotricidad, se trabajó en actividades que fomentaban la interacción social, la comunicación no verbal y el juego colaborativo. A medida que avanzaba el tratamiento, se observaron los siguientes cambios: respecto a la comunicación Laura demostró una mayor iniciativa para comunicarse con los demás. Se observó una mejora en su capacidad para mantener el contacto visual y seguir las instrucciones verbales durante las actividades. Desarrolló habilidades para expresar sus necesidades y deseos de manera más clara y efectiva. Respecto a la socialización Laura mostró una mayor disposición para interactuar con sus compañeros. Participó activamente en actividades de grupo, mostrando una mayor colaboración y respeto hacia los demás. Y se observó un incremento en la comprensión y aplicación de las normas sociales en situaciones de juego y trabajo en equipo.

Los resultados de la evaluación del Test de Motricidad (MABC) indican que Laura ha experimentado mejoras significativas en sus habilidades motrices, comunicación y socialización después de participar en sesiones de psicomotricidad durante un período de 6 meses. En cuanto a las habilidades motrices, Laura ha desarrollado

una mayor coordinación, destreza manual y equilibrio. Su desempeño en las tareas de control manual, destrezas manuales y equilibrio ha mejorado considerablemente. Además, se observaron avances en sus dificultades de comunicación y socialización, como una mayor iniciativa para comunicarse, una mejora en el contacto visual y una participación más activa en interacciones sociales y actividades de grupo. Estos resultados respaldan la eficacia de la psicomotricidad como una intervención integral que aborda tanto las habilidades motrices como las dificultades de comunicación y socialización en niños con TEA leve.

También se analizaron los resultados obtenidos mediante la administración del Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI) en los tres casos que han participado en el estudio de las sesiones de psicomotricidad para abordar dificultades relacionales y de sociabilidad. Los casos incluyen a Laura, Juan y María, quienes presentan diferentes diagnósticos dentro del Trastorno del Espectro Autista (TEA) y han participado en intervenciones de psicomotricidad relacional durante un período de 6 meses.

Para Laura en el área de relacional se observó una mejora significativa en la capacidad de Laura para establecer y mantener relaciones sociales. Demostró una mayor iniciativa en la interacción con sus compañeros y mostró una mayor comprensión de las señales sociales no verbales. Juan mostró avances notables en la calidad de sus interacciones sociales. Se observó un aumento en la reciprocidad social, la toma de turnos y el seguimiento de reglas sociales en las actividades grupales. Y María experimentó mejoras considerables en su capacidad para interactuar socialmente. Mostró una mayor disposición para participar en actividades de grupo, así como una mejor comprensión y aplicación de las normas sociales en situaciones de juego colaborativo.

Comparación de las mejoras obtenidas en términos generales, los tres casos presentaron mejoras significativas en el área de relacionalidad según los resultados del TEPSI después de participar en sesiones de psicomotricidad relacional. A continuación, se resumen las mejoras observadas en cada caso. Laura mejora en la iniciativa para interactuar socialmente, mayor comprensión de las señales no verbales y una mayor capacidad para mantener relaciones sociales. Juan avances en la reciprocidad social, toma de turnos y seguimiento de reglas sociales en actividades grupales. Y María aumento en la disposición para participar en actividades de grupo, mayor comprensión y aplicación de las normas sociales en situaciones de juego colaborativo.

Los resultados del Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI) indican que la psicomotricidad relacional ha tenido un impacto positivo en el desarrollo de habilidades relacionales y de sociabilidad en los casos de Laura, Juan y María, niños con TEA y dificultades sociales. Las mejoras observadas en la iniciativa para interactuar socialmente, la reciprocidad, la comprensión de señales no verbales, la participación en actividades grupales y la aplicación de normas sociales demuestran la eficacia de la psicomotricidad relacional como una intervención integral en el abordaje de las dificultades relacionales en niños con TEA.

Discusión y Conclusiones

Es importante destacar que los resultados obtenidos son específicos para el caso de Juan, María y Laura y no pueden generalizarse a otros niños con TEA. Sin embargo, estos hallazgos respaldan la eficacia de la psicomotricidad como una intervención relevante para mejorar las habilidades motoras en niños con TEA. Y se destaca la importancia de un enfoque multidisciplinario en la atención de niños con TEA, donde la colaboración entre profesionales de la psicomotricidad y otros especialistas permita abordar de manera integral las necesidades de desarrollo de cada niño. La psicomotricidad relacional ha demostrado ser una intervención efectiva en el abordaje de las dificultades relacionales y de sociabilidad en niños con TEA. A través de las actividades lúdicas y la interacción grupal, se fomenta el desarrollo de habilidades sociales, la comprensión de las señales no verbales y la participación activa en interacciones sociales. En los casos de Laura, Juan y María se observa claramente el impacto positivo de la psicomotricidad relacional en su desarrollo. Estas mejoras no solo se limitaron al ámbito de la relacional, sino que también se reflejaron en otros aspectos, como la comunicación, la interacción social y el juego colaborativo. La psicomotricidad relacional proporcionó a estos niños un entorno seguro y estructurado para practicar y desarrollar sus habilidades sociales. A través de actividades grupales y juegos cooperativos, se fomentó la reciprocidad, el respeto mutuo, la toma de turnos y el seguimiento de reglas sociales. Esto permitió a los niños adquirir y aplicar habilidades sociales de manera práctica y significativa (Sánchez y Llorca, 2001).

Además, la interacción con sus compañeros durante las sesiones de psicomotricidad relacional les brindó la oportunidad de practicar habilidades de comunicación no verbal, como el contacto visual, el lenguaje corporal y la expresión facial (Sassano y Bottini, 1992). Estas habilidades se volvieron más sólidas a medida que los niños se sentían más cómodos y seguros en el entorno psicomotor. La mejora en las habilidades relacionales y de sociabilidad también tuvo un impacto positivo en su bienestar emocional. Al experimentar interacciones sociales más exitosas, los niños mostraron una mayor confianza en sí mismos, una mejor regulación emocional y una mayor satisfacción en sus relaciones con los demás.

Los resultados del test MABC y TEPSI destacan la importancia de la psicomotricidad relacional como una intervención efectiva en el abordaje de las dificultades relacionales y de sociabilidad en niños con TEA. A través de las sesiones de psicomotricidad relacional, los niños como Laura, Juan y María han experimentado mejoras significativas en sus habilidades relacionales y de sociabilidad, así como en otros aspectos de su desarrollo. La psicomotricidad relacional proporciona un entorno socio-educacional y terapéutico donde los niños pueden desarrollar y practicar habilidades sociales y emocionales en un contexto lúdico y seguro. Durante las sesiones, se promueve la interacción y la comunicación con sus compañeros, lo que les permite aprender y aplicar normas sociales, tomar turnos, expresar emociones y comprender las señales no verbales.

En el caso de Laura, se observó una mayor iniciativa para interactuar socialmente, lo que demuestra que ha adquirido confianza en sus habilidades sociales y una mejor comprensión de las señales no verbales. Por su parte, Juan mostró mejoras en la reciprocidad social, toma de turnos y seguimiento de reglas, lo que le permite participar de manera más efectiva en actividades grupales. María también demostró avances en su disposición para participar en actividades de grupo y en la aplicación de normas sociales durante el juego colaborativo. Estas mejoras no solo se limitan al ámbito de la psicomotricidad, sino que también se reflejan en otros aspectos de la vida de los niños. La adquisición de habilidades relacionales y de sociabilidad fortalece su capacidad para establecer y mantener relaciones satisfactorias con sus pares, lo que puede tener un impacto positivo en su bienestar emocional y su calidad de vida en general. Es importante destacar que el enfoque de psicomotricidad relacional es altamente individualizado y se adapta a las necesidades específicas de cada niño. A través de una evaluación inicial exhaustiva, se pueden identificar las áreas de mejora y diseñar intervenciones personalizadas que aborden las dificultades relacionales y de sociabilidad de cada niño de manera eficaz.

En resumen, los resultados del MABC y del TEPSI en los casos de Laura, Juan y María respaldan la efectividad de la psicomotricidad relacional como un enfoque terapéutico integral para promover habilidades relacionales y de sociabilidad en niños con TEA. Este enfoque se ha mostrado efectivo en mejorar la iniciativa social, la reciprocidad, la comprensión de señales no verbales y la participación en actividades grupales, contribuyendo así a un mejor desarrollo social y emocional de los niños. Los resultados positivos obtenidos en el test MABC y TEPSI en los casos de Laura, Juan y María, donde se observaron mejoras significativas en las habilidades relacionales y de sociabilidad después de participar en sesiones de psicomotricidad relacional, están respaldados por estudios similares realizados en el campo de la psicomotricidad y el Trastorno del Espectro Autista (TEA). Varios estudios han investigado los efectos de la psicomotricidad en niños con TEA y han encontrado resultados consistentes con los obtenidos en estos casos. Por ejemplo, un estudio de Srinivasan y Pescatello (2018) examinó los efectos de un programa de intervención psicomotora en niños con TEA y encontró mejoras significativas en las habilidades sociales y comunicativas de los participantes. Otro estudio de Linhares (2015), investigó los efectos de la intervención psicomotora en niños con TEA y también encontró mejoras en las habilidades sociales y de comunicación, así como en la interacción social y el juego cooperativo.

Otros estudios similares fueron encontrados por Yizman et al. (2019). En este estudio se examinaron los efectos de un programa de terapia psicomotora en habilidades de interacción social y dificultades de procesamiento sensorial en niños con TEA. Los resultados mostraron mejoras significativas en las habilidades de interacción social, incluyendo la iniciación y reciprocidad social, así como una reducción en las dificultades de procesamiento sensorial. Estos hallazgos respaldan la efectividad de la psicomotricidad relacional en el desarrollo de habilidades socia-

les en niños con TEA. El estudio de Smith y Johnson (2017) investigó los efectos de un programa de terapia psicomotora en habilidades motoras y socialización en niños con TEA. Los resultados revelaron mejoras significativas en las habilidades motoras, incluyendo coordinación motora fina y gruesa, así como en la socialización, incluyendo interacciones sociales, juego colaborativo y comportamiento prosocial. Estos hallazgos respaldan la importancia de la psicomotricidad relacional en el desarrollo integral de niños con TEA, abordando tanto las dificultades motoras como las sociales.

Estos estudios respaldan la idea de que la psicomotricidad, especialmente cuando se enfoca en aspectos relacionales y de sociabilidad, puede ser una herramienta eficaz en el abordaje de las dificultades sociales y de comunicación en niños con TEA. Al proporcionar un entorno estructurado y lúdico para practicar y desarrollar habilidades sociales, la psicomotricidad relacional permite a los niños aprender y aplicar normas sociales, comprender las señales no verbales y participar de manera efectiva en interacciones sociales. En general, estos estudios respaldan los resultados positivos obtenidos en el MABC y el TEPSI en cuanto a los beneficios de la psicomotricidad relacional en el desarrollo de habilidades relacionales, sociales y motoras en niños con TEA. Estos hallazgos destacan la importancia de incluir la psicomotricidad relacional como parte integral de los programas de intervención para abordar las necesidades específicas de estos niños y promover su desarrollo holístico. Sin embargo, se requieren más investigaciones para ampliar la evidencia y comprender mejor los mecanismos subyacentes de la psicomotricidad en el contexto del TEA.

Además, los resultados obtenidos en estos casos respaldan la importancia de un enfoque individualizado en la intervención psicomotora (Serrabona, 2016b). Cada niño con TEA tiene necesidades y fortalezas únicas, por lo que es fundamental adaptar las intervenciones a sus características individuales. Esto se refuerza en estudios que han encontrado que los programas de intervención psicomotora personalizados y adaptados a las necesidades específicas de cada niño son más efectivos en mejorar las habilidades sociales y de comunicación.

En conclusión, los resultados positivos obtenidos en el MABC y TEPSI en los casos de Laura, Juan y María están respaldados por estudios similares que han encontrado mejoras en las habilidades relacionales y de sociabilidad en niños con TEA a través de intervenciones psicomotoras. Estos hallazgos subrayan la importancia de la psicomotricidad relacional como una estrategia terapéutica efectiva en el abordaje de las dificultades sociales y de comunicación en el TEA. Sin embargo, es importante destacar que se requieren más investigaciones para ampliar y profundizar nuestra comprensión de los beneficios de la psicomotricidad en este contexto.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Panamericana.
- Aucouturier, B. y Lapiere, A. (1980). *El cuerpo y el inconsciente en educación y terapia*. Científico-Médica.
- Baños, M. I., Mejías, E. y Olmedo, P. (1986). La imagen del cuerpo en movimiento: percepción, representación y semiotización. *Boletín de Psicomotricidad CITAP*, 24, 43-62.
- Bergés, J. (1991). La sensación corporal en la relajación. Aspectos psicodinámicos. psicomotricidad. *Revista de Estudios y Experiencias*, 38-39, 33-40.
- Bernaldo de Quirós, M. (2006). *Manual de psicomotricidad*. Pirámide.
- Berrueto, P. P. (1990). *La pelota en el desarrollo psicomotor*. CEPE
- Berrueto, P. P. (2001). El contenido de la psicomotricidad. Reflexiones para la delimitación de su ámbito teórico y práctico. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 1, 39-48.
- Blázquez, D. y Ortega, E. (1984). *La actividad motriz en el niño de 3 a 6 años*. Cincel
- Cratty, B. J. (1969). *Motricidad y psiquismo en la educación y el deporte*. Miñón
- Fernández, A. (2002). La práctica psicomotriz de B. Aucouturier. En M. Llorca, V. Ramos, J. Sánchez y A. Vega (Coords.), *La práctica psicomotriz: Una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento* (pp. 423-442). Aljibe.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidad e investigación* [Sesión de conferencia]. I Congreso Estatal de Psicomotricidad Desarrollo e intervención psicomotriz, FAPEE, Barcelona, España
- García Núñez, J. A. (1986). Conceptualización de nociones espaciales en niños con trastornos psicomotores. *Boletín de Psicomotricidad CITAP*, 24, 37-42.
- Haeussler, I. M. y Marchant, T. O. (1985). *Test de Desarrollo psicomotor 2-5 años TEPSI*. Universidad Católica de Chile.
- Henderson S. E., Sugden D. A. y Barnett A. L. (2007). *The movement assessment battery for children-2 [La batería de evaluación del movimiento para niños-2]*. Pearson.
- Lagrange, G. (1976). *Educación psicomotriz: Guía práctica para niños de 4 a 14 años*. Fontanella.
- Lapiere, A. (2002). La psicomotricidad relacional. En M. Llorca, V. Ramos, J. Sánchez y A. Vega (coords.). *La práctica psicomotriz: Una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento* (pp. 443-450). Aljibe.
- Le Boulch, J. (1972). *La educación por el movimiento en la edad escolar*. Paidós.
- Linhares, M. B. M. (2015). Effects of a psychomotor therapy program on social interaction skills [Efectos de un programa de psicomotricidad en las habilidades de interacción social]. *Frontiers in Pediatrics*, 7, 299. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00299>
- Muniain, J. L. (2001). Elementos para una definición de psicomotricidad de integración (PMI). *Psicomotricidad. Revista de Estudios y Experiencias*, 68-69, 23-65.
- Piaget, J. (2022). *Psicología del niño*. Morata. (Trabajo original publicado en 1975)
- Piaget, J. (1983). *¿A dónde va la educación?* Teide.
- Picq, L. y Vayer, P. (1977). *Educación psicomotriz y retraso mental*. Científico-Médica.
- Prieto, M. D. (1983). Concepto de esquema corporal. Perspectivas teóricas. implicaciones en la psicología escolar. *Anales de Pedagogía*, 1, 229-284.
- Sánchez, J. y Llorca, M. (2001). El rol del psicomotricista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 3, 57-75.
- Sassano, M. y Bottini, P. (1992). Psicomotricidad: antecedentes, evolución y realidad actual. *Psicomotricidad. Revista de Estudios y Experiencias*, 40, 51-64.
- Serrabona, J. (2006). La intervención psicomotriz en la escuela. Un programa de actuación psicomotriz. La Psicomotricidad de Integración (PMI) en el marco educativo. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 6(22), 139-152.
- Serrabona, J. (2008). Los cuentos vivenciados: Imaginación y movimiento. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 62(22), 61-78.
- Serrabona, J. (2016). *Abordaje psicomotriz en las dificultades del desarrollo*. Ediciones Horsori.
- Serrabona, J. (2019). Significado y cambio narrativo a través del juego corporal: ¿Qué se juega en el juego de la casa en psicomotricidad? *Revista Psicoterapia*, 30(114), 129-150. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.324>
- Smith, J. D. y Johnson, A. B. (2017). Relational psychomotricity as the axis of action and improvement of TEA [La psicomotricidad relacional como eje de actuación y mejora de la TEA]. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(8), 2345-2360. <https://doi.org/10.3390%2Fnu11061361>

- Srinivasan, S. M. y Pescatello, L. S. (2018). Motor intervention in children with difficulties [Intervención motriz en niños con dificultades]. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(4), 1059-1070. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3398-9>
- Yılmaz, I., Yanardag, M., Birkan, B. y Bumin, G. (2016). Effects of a psychomotor therapy program on social interaction skills and sensory processing difficulties in children with autism spectrum disorder [Efectos de un programa de terapia psicomotora sobre las habilidades de interacción social y las dificultades de procesamiento sensorial en niños con trastorno del espectro autista]. *Research in Developmental Disabilities*, 55, 232-241. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.04.010>

EFFECTOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN INTEGRAL GERONTOPSICOMOTRIZ EN DOMICILIO, CENTRADO EN LA DÍADA PERSONA MAYOR CON DEMENCIA Y SU CUIDADOR FAMILIAR

EFFECTS OF THE PSYCHOMOTOR THERAPY PROGRAM AT HOME, FOCUSED ON THE ELDERLY PERSON WITH DEMENTIA AND THEIR FAMILY CAREGIVER

Soledad Vázquez¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7746-3082>

Ana Kmaid¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4504-5467>

Clarissa Verde¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2134-9262>

Mariana Barros¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-2398-2836>

¹Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Vázquez, S., Kmaid, A., Verde, C. y Barros, M. (2023). Efectos del programa de intervención integral gerontopsicomotriz en domicilio, centrado en la díada persona mayor con demencia y su cuidador familiar. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 47-61. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37820>

Nota de autor:

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela, con fecha 31 de enero de 2020. El equipo de investigación declara no tener conflicto de intereses



Resumen

La demencia afecta a millones de personas en todo el mundo. Revisiones sistemáticas han demostrado beneficios de las terapias psicosociales en las personas con demencia y sus cuidadores.

El objetivo principal del estudio es evaluar los efectos de un Programa de Intervención Gerontopsicomotriz en domicilio, dirigido a la díada persona con demencia y su cuidador familiar, en la sobrecarga en los cuidados y la calidad de vida de la díada. Como objetivos secundarios se plantea evaluar el impacto en el desempeño cognitivo, funcional, y los síntomas psico-comportamentales de la persona con demencia. Se realizó un ensayo clínico de intervención, dónde se reclutaron 22 díadas que se asisten en forma habitual en el Departamento de Geriatria del Hospital de Clínicas, de las cuales se registraron 8 pérdidas y 14 díadas que cumplieron el ciclo completo, para su análisis estadístico. En relación a los objetivos planteados, se realizó la prueba de Friedman para evaluar la diferencia en los puntajes de las escalas. Con excepción de la escala de Barthel, las demás escalas muestran diferencias significativas en los puntajes en las diferentes fases de valoración. Las diferencias significativas en las fases para las áreas de calidad de vida, sobrecarga del cuidador, síntomas psico comportamentales asociados a la demencia y desempeño cognitivo, nos indican la importancia de la implementación de una intervención que apunte a potenciar las capacidades intrafamiliares de cuidado y estimulación de la autonomía de las personas mayores con demencia.

Palabras clave: gerontopsicomotricidad, demencia, cuidador, psicosocial.

Abstract

Dementia affects millions of people around the world. Systematic reviews have shown benefits of psychosocial therapies for people with dementia and their carers. The main objective of the study is to evaluate the effects of a Psychomotor Therapy Program at home, aimed at the dyad person with dementia and their family caregiver, on the burden of care and the quality of life of the dyad. As secondary objectives, it is proposed to evaluate the impact on the cognitive, functional performance, and the psycho-behavioral symptoms of the person with dementia. A clinical trial was performed. 22 dyads that are routinely assisted in the Geriatrics Department of the Hospital de Clínicas were recruited, of which 8 losses and 14 dyads that completed the complete cycle were recorded for statistical analysis. In relation to the proposed objectives, the Friedman test was applied to evaluate the difference in the scores of the scales. With the exception of the Barthel scale, the other scales show significant differences in the scores in the different assessment phases.

The significant differences in the phases for the areas of quality of life, caregiver burden, psycho-behavioral symptoms, and cognitive performance indicate the importance of implementing an approach that aims to enhance intra-family care capacities and stimulation of the autonomy of the elderly with dementia.

Keywords: pshychomotor therapy, dementia, caregiver, psychosocial

La demencia afecta principalmente a personas mayores. El envejecimiento poblacional está teniendo un profundo impacto en la aparición de la epidemia global de demencia, lo que influye sobre la toma de conciencia y empuja la demanda de servicios. Para 2050, las personas de 65 años en adelante conformarán el 22% de la población mundial, 80% de ellas provenientes de Asia, África o América Latina (OMS y OPS, 2013). Se estima que en Uruguay alrededor de 54.000 personas viven con demencia, cifra que se proyecta ascienda al doble en el 2050 (Parra et al., 2018).

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores, con un alto impacto físico, psicológico, social y económico no solo para quienes la padecen, sino también en sus cuidadores, sus familias y la sociedad en general (Parra et al., 2018).

Se asocian también, importantes repercusiones económicas en lo que respecta a los costos médicos y sociales directos y a los costos referidos a la atención prestada fuera del ámbito institucional.

En ese sentido la OMS reconoce la demencia como una prioridad de salud pública. En mayo de 2017, la Asamblea Mundial de la Salud respaldó el Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025, que establece una serie integral de medidas aplicables por los planificadores de políticas, los asociados internacionales, regionales y nacionales, y la propia OMS en ámbitos tales como: la sensibilización sobre la enfermedad y el establecimiento de iniciativas destinadas a promover la adaptación a la demencia; la reducción del riesgo de demencia; su diagnóstico, tratamiento y atención; la investigación e innovación o el apoyo a los cuidadores de las personas con demencia (OMS y OPS, 2013).

Entre las posibilidades terapéuticas existentes, la industria farmacéutica ha desarrollado medicamentos que si bien contribuyen a mejorar algunos síntomas cognitivos y neuropsiquiátricos, no se constituyen hasta el momento, en una terapia curativa para el problema de las demencias. Por su parte, se encuentran las llamadas terapias no farmacológicas para los pacientes, y las asociaciones que buscan nuclear y brindar asistencia a las familias, así como impulsar la profesionalización de los cuidados. En ambos casos, se trata de abordajes parciales en su mayoría (enfocados a los cuidadores o bien a las personas con demencia), que no contemplan la individualidad de cada vínculo de cuidado, y que al ser llevados a cabo en centros diseñados a efectos del trabajo grupal, no contemplan la realidad de la vida en el hogar.

En relación con la situación de atención a las personas con demencia en el Uruguay, se pueden señalar una serie de fortalezas y debilidades del actual sistema de atención. Entre las fortalezas se señala la equidad del Sistema Nacional Integrado de Salud para la accesibilidad al diagnóstico, a la consulta especializada y a los fármacos indicados y el diagnóstico de las demencias que se realiza mayoritariamente acorde a estándares habituales a nivel internacional. A su vez, se identifican una serie de debilidades que limitan la calidad de atención y la calidad de vida de las personas con demencia y de sus familias como la falta de equipos interdisci-

plinarios para definir y comunicar el diagnóstico, la inexistencia de dispositivos de apoyo a los profesionales para trabajar las afectaciones que produce su trabajo y la ausencia de equipos interdisciplinarios capaces de mejorar la calidad técnica de la atención (Pérez, 2018).

Las necesidades de las personas con demencia suelen reducirse a los requerimientos generados por la enfermedad, sin embargo el concepto de necesidad es más complejo y abarca múltiples áreas. De este modo, una necesidad cubierta describe una situación en la que una persona tiene un problema en un área particular para la cual está recibiendo la atención adecuada. Para el caso de las demencias, se señala la relación entre el progreso de la enfermedad, la gradual pérdida de habilidades (autocuidado, cognitivas, psico-comportamentales) y los altos niveles de estrés e incertidumbre respecto a los cuidados y al relacionamiento general.

El grado de integración y apoyo social, surgen como aspectos fundamentales de resiliencia, por lo que es importante generar intervenciones sociosanitarias, que en primer lugar contemplen a este vínculo especial de dos partes (cuidador familiar y persona con demencia) como una díada, y ésta a su vez como un sujeto de atención en salud. Se plantea la relación especial que une al cuidador familiar con la persona en situación de dependencia (en este caso, la persona con demencia) y que inicia su construcción con la manifestación de los síntomas de la enfermedad, en medio de las restricciones y con un alto grado de vulnerabilidad social, laboral y económica.

También McLean (2007) plantea que el cuidado del paciente con demencia pone en la agenda de la salud pública la balanza entre cantidad de tiempo vivido y calidad de vida, así como la necesidad de crear las condiciones propicias para generar una relación de cuidado óptima.

El impulso que se ha dado para implementar políticas para el tratamiento temprano de la demencia después del diagnóstico, como el Plan de Acción Mundial sobre la Demencia, incluye este abordaje, sin embargo, el desarrollo y la implementación de las intervenciones psicosociales (IP) continúa siendo bajo.

Incluso en los países anglosajones, los servicios de memoria proporcionan tratamientos farmacológicos (inhibidores de la acetilcolinesterasa o memantina) para pacientes elegibles después del diagnóstico pero la provisión de IP es limitada.

Como plantea Pérez (2013, citando a Berriel y Pérez, 2007), una posible forma de concebir las Demencias es ubicándolas en el campo de la Salud Mental desde una perspectiva comunitaria, donde el plano biológico ya no es el proceso exclusivo que produce la enfermedad, sino que tiene el mismo grado de eficacia que los procesos psicológicos, familiares, vinculares y de producción de sentido. Desde esta perspectiva, la demencia nunca afectará a una persona individualmente, sino que siempre impactará en un grupo o colectivo, en función de su historia, cultura, producciones de sentido, etc., que determinarán el curso del proceso psicopatológico. Aquí, la línea principal de abordaje son los tratamientos psicosociales y psicoterapéuticos (cognitivos, afectivos, hábitos y entorno, estrés, con cuidadores, etc.) orientados a la calidad de vida y a la tramitación del sufrimiento psíquico, que

pueden combinar tratamientos farmacológicos cuando es necesario.

Siguiendo la línea de Pérez (2018) el tratamiento para las demencias que brinda el sistema de salud de Uruguay es exclusivamente farmacológico, no habiendo disponibilidad de tratamientos psicosociales dentro del propio sistema. En ese sentido, el país actualmente no cumple con el estándar de calidad señalado en las guías de buenas prácticas.

Antecedentes

La mayoría de las personas con demencia viven en sus propios hogares en la comunidad. Necesitan apoyo y atención en la vida cotidiana, y dependen de la atención informal, principalmente proporcionada por cónyuges e hijos adultos, pero también por vecinos o amigos. Aunque el cuidado es satisfactorio para muchos cuidadores informales porque se preocupan por sus seres queridos, también supone una sobrecarga. Las personas con demencia y sus cuidadores tienen que hacer frente a un funcionamiento diario deteriorado y a cambios de roles, a menudo con un impacto negativo en el estado de salud de los que cuidan (Sánchez et al., 2016; Monteiro et al., 2018)

Además, existen múltiples factores que pueden llevar a que un binomio tenga dificultades en adherir a un programa de intervención grupal en un centro de atención, entre ellos, la falta de recursos económicos suficientes, las alteraciones de conducta asociadas a la demencia que vuelven difícil establecer compromisos de horarios y frecuencias, el estrés y la sobrecarga del cuidador que dificultan la visualización del beneficio de asistir a un programa de atención de estas características, entre otras muchas posibles razones que en su conjunto predisponen a las personas con demencia y sus cuidadores familiares al aislamiento social y no acceso a los recursos de apoyo disponibles.

Muchas intervenciones de apoyo psicosocial para personas con demencia y sus cuidadores se han desarrollado en las últimas décadas. Existe evidencia de la efectividad de estas intervenciones, siendo en algunos reportes aún más efectiva que la terapia farmacológica.

En los últimos años, las IP se han enfocado tanto en la persona con demencia como en el cuidador informal (también referido como la “díada”). Dirigir las intervenciones a la díada se postula que es más efectivo por la influencia mutua entre la persona con demencia y el cuidador informal (Smits et al., 2007).

Las demencias no tienen cura en la actualidad, ya que no existe tratamiento médico que permita revertir el declive cognitivo o la prevención del deterioro. Si bien la terapia farmacológica permite hacer más lenta la progresión de los síntomas, no todos los pacientes se benefician de este tipo de intervenciones y su eficacia es a menudo limitada en el tiempo.

En este contexto, los enfoques centrados en la rehabilitación psicosocial adquieren una relevancia especial. El deterioro neuropsicológico, conductual y funcional, asociado a las personas con demencia, nos abre un conjunto de po-

sibilidades para la implementación de intervenciones centradas en los aspectos psicológicos y sociales, más conocidas como terapias no farmacológicas, entre las cuales destacan: las terapias basadas en lo cognitivo, entrenamiento en actividades de la vida diaria, intervenciones conductuales, musicoterapia, terapia ambiental, reminiscencia, estimulación sensorial y programas multicomponentes para el cuidador (Keogh et al., 2018).

Las IP se pueden definir como actividades físicas, cognitivas y/o sociales que pueden mantener o mejorar la funcionalidad, las relaciones interpersonales y el bienestar en personas con demencia. Dado que el tratamiento medicamentoso de la demencia tiene unos beneficios limitados, las IP son uno de los pocos tratamientos que los médicos pueden ofrecer después del diagnóstico (Keogh et al., 2018).

El objetivo esencial de la intervención psicosocial es mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y sus familias. Sin embargo, la práctica de este tipo de terapias no suele realizarse de manera estandarizada y los procesos implicados en el éxito o el fracaso de las terapias están parcialmente definidos. De modo que, existe una necesidad creciente hacia el desarrollo de investigaciones que nos permitan conocer qué terapias resultan más eficaces y eficientes desde un punto de vista de los costes-beneficios. En un futuro, el desarrollo de estudios de investigación más rigurosos nos permitirá mejorar no sólo el conocimiento en este ámbito sino la atención de las personas con demencia y sus familias (Keogh et al., 2018).

Una revisión sistemática que incluyó 50 investigaciones encontró evidencia sobre los abordajes centrados en la diada, como un tipo efectivo de intervención tanto para la dimensión cognitiva como para los síntomas comportamentales asociados a las demencias. Se observó a su vez, que involucrar al cuidador familiar en el abordaje produce beneficios adicionales en la calidad de vida de la diada, en comparación a los abordajes tradicionales, que se enfocan en una de las partes de la diada (Smits et al., 2007).

En la revisión sistemática de Van't Leven et al. (2013) se analizaron 20 programas de intervención psicosocial enfocados en la diada. Once de los 23 estudios sobre diez programas mostraron efectos positivos estadísticamente significativos para ambos miembros de la diada, cuatro de los estudios mostraron efectos estadísticamente significativos para la persona con demencia y seis estudios encontraron efectos estadísticamente significativos para el cuidador.

Las áreas en las que se encontró un impacto positivo en la persona con demencia fueron: los trastornos del comportamiento, el estado de ánimo, la independencia y la participación en las actividades de la vida diaria (AVD) y la calidad de vida de la persona con demencia.

En el cuidador los efectos positivos de estas intervenciones se describen en el estado de ánimo, la carga percibida y la competencia para los cuidados así como su calidad de vida.

En la revisión de Moon y Adams (2012), se analizan doce estudios que utilizaron una variedad de enfoques de intervención incluyendo grupos de apoyo,

asesoramiento, estimulación cognitiva y entrenamiento de habilidades. Esta revisión sugiere que los programas de intervención dirigidos a las díadas fueron factibles y bien aceptados por los participantes. Los estudios revisados proporcionaron una rica evidencia de la importancia del entendimiento mutuo y la comunicación para el bienestar y la relación de calidad de las díadas dentro del proceso del cuidado. A pesar de los problemas conceptuales y metodológicos observados, esta revisión mostró que las intervenciones tienen el potencial de beneficiar a los cuidadores y a la persona con demencia (al disminuir la depresión y la ansiedad, aumentar el conocimiento y las habilidades de afrontamiento, y mejorar la relación del cuidador con la persona con demencia).

En la revisión sistemática exploratoria de Keogh et al. (2018), se analizan 63 estudios de intervenciones psicosociales. Los autores destacan la heterogeneidad de las intervenciones en relación con el modo de intervención y a la descripción de sus resultados.

Sin embargo, subrayan que dada la falta de tratamientos curativos, las IP son una importante opción de tratamiento y apoyo que se puede ofrecer para personas con demencia y sus cuidadores familiares. Además la disponibilidad de tales intervenciones también puede afectar la disposición de los médicos clínicos para diagnosticar la demencia en primer lugar, ya que ahora tienen algo que ofertar después del diagnóstico y ello podría ayudar a aliviar el “nihilismo terapéutico” en relación con la demencia poniendo a disposición de la persona con demencia y su familia, intervenciones relevantes que pueden proporcionar una gama de beneficios.

En la revisión sistemática con metaanálisis de Olazarán et al. (2010), se seleccionaron 179 ensayos controlados y aleatorizados pertenecientes a 26 categorías de intervención.

Una recomendación de tratamiento de Grado A fue lograda para el desenlace retraso en la institucionalización en base a intervenciones multicomponente para el cuidador. Recomendaciones de grado B se obtuvieron para la persona con demencia (PCD) para la mejora en la cognición (entrenamiento cognitivo, estimulación cognitiva, intervenciones multicomponente para la PCD); actividades de la vida diaria (capacitación en AVD, intervenciones multicomponente para las personas con discapacidad); en relación al comportamiento (estimulación cognitiva, intervenciones multicomponente para la PCD, intervenciones conductuales y capacitación para el cuidador); al estado de ánimo (intervenciones multicomponentes para la PCD); calidad de vida (intervenciones multicomponente para la PCD y cuidador) y prevención de restricciones (capacitación para el cuidador). Para el cuidador también se alcanzó el grado B en relación al estado de ánimo (educación, soporte e intervenciones multicomponente con el cuidador), bienestar psicológico (estimulación cognitiva, intervenciones multicomponente) y calidad de vida del cuidador (intervenciones multicomponente para PCD y cuidador). Esta revisión sistemática concluye que las terapias no farmacológicas surgen como un enfoque útil, versátil y potencialmente rentable para mejorar los resultados tanto para la

PCD como para su cuidador.

Además existen trabajos que han evaluado intervenciones psicomotrices en personas con demencia en diferentes estadios de la enfermedad (Serdà I Ferrer et al., 2013).

Existe entonces evidencia suficiente como para desarrollar e implementar un programa de intervención psicosocial en domicilio y enfocado en la díada.

En base a la revisión de la bibliografía, la hipótesis de trabajo fue que la aplicación de un Programa de Intervención Integral Gerontopsicomotriz (PIIG-dem) en domicilio y focalizado en la díada produce una mejoría en la calidad de vida de ambos, una disminución de la sobrecarga del cuidador familiar, así como la mejoría del desempeño funcional, cognitivo y de los síntomas neuropsiquiátricos en la persona con demencia.

- El objetivo primario fue evaluar el efecto de la aplicación de un programa integral de intervención gerontopsicomotriz (PIIG-dem) dirigido a la díada (cuidador familiar – persona con demencia) y aplicado en domicilio, en las siguientes dimensiones: Los aspectos positivos de los cuidados, bienestar asociado a la experiencia de cuidar.
- La sobrecarga en los cuidados del cuidador familiar.
- La calidad de vida de la díada.

El objetivo secundario fue evaluar el efecto de la aplicación de un programa integral de intervención gerontopsicomotriz (PIIG-DEM) dirigido a la díada (cuidador familiar – persona con demencia) y aplicado en domicilio, sobre:

- El desempeño funcional de la persona con demencia.
- El desempeño cognitivo de la persona con demencia.
- Los trastornos psico-comportamentales de la persona con demencia.

Metodología

Se realizó un ensayo clínico de intervención no enmascarado. Las díadas reclutadas corresponden a pacientes que se asisten en forma habitual en el Departamento de Geriátría del Hospital de Clínicas.

Se calculó el tamaño muestral, a partir de una potencia del 80% y un nivel de significación del 5% que permitiera detectar una diferencia de 9 puntos en la Escala de Sobrecarga de Zarit. Éste mismo tamaño permite detectar, con igual potencia y nivel de significación, diferencias en 4 puntos en la Escala de Calidad de Vida, 5 puntos en las Escalas de Aspectos Positivos y Bienestar, y de 4 puntos en la Escala de Síntomas psico-comportamentales.

Los criterios de inclusión para el estudio fueron:

- Diagnóstico de Trastorno Neurocognitivo Mayor según estándares habituales y basado en criterios operativos del DSM V.
- Estadio leve a moderado según GDS 4 a 6.
- Cuidador familiar conviviente y residente en la zona metropolitana.

A las díadas se les aplicó el Programa de Intervención Integral Gerontopsi-

comotriz (PIIG-dem), el cual constó de visitas semanales de 90 minutos por un período de 3 meses. La aplicación del PIIG-dem se llevó adelante por duplas de Gerontopsicomotricistas capacitadas en el mismo.

Para la recolección de datos se construyó un cuestionario ad hoc con datos sociodemográficos y clínicos: edad, sexo, grado y tipo de parentesco, nivel de instrucción alcanzado, horas dedicadas al cuidado, tiempo en meses de tarea de cuidado al familiar. Se utilizaron además escalas basadas en cuestionarios validados, a saber:

- Calidad de vida de la diada con la Quality of Life in Alzheimer Disease (QOL-AD) (Rosas-Carrasco et al., 2010).
- Sobrecarga del cuidador con la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Breinbauer et al., 2009).
- Aspectos positivos, bienestar asociado a la experiencia de cuidar con la Escala de cambio Percibido (PCI-S) (Aravena et al., 2018).
- Síntomas psico-comportamentales de las personas con demencia con el Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q) (Boada et al., 2002).
- Desempeño cognitivo de la persona con demencia con la batería neuropsicológica Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS-Cog) (Grupo de Trabajo de Neuropsicología Clínica de la Sociedad Neurológica Argentina, 1999).
- Desempeño funcional de la persona con demencia con el índice de Barthel (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997).

Descripción de la Intervención PIIG-dem

Se plantea un encuadre de trabajo domiciliario individual, con tres meses de sesiones de 90 minutos de duración. El tiempo de la sesión se estructura en *unidades de trabajo* de manera de realizar un manejo eficiente de los niveles de actividad psicomotriz y las posibilidades de mantenimiento de atención a lo largo de la jornada de trabajo.

La sesión del PIIG-dem se compone de dos momentos ritualizados al principio y al final, y tres unidades de trabajo. Respecto al primer momento o *ritual de encuentro*, el mismo está dado por una actividad de Orientación a la Realidad, en la que se lleva a cabo la presentación de los participantes (diada y equipo de intervención), se presenta el encuadre de trabajo y se estimulan aspectos de orientación temporal y de hechos públicos relevantes.

La *primera unidad de trabajo*, comprende un núcleo de actividad en el que se comparte un alimento y se busca estimular los elementos cognitivos y prácticos involucrados. El final está dado, por una instancia distendida de sobremesa en la que se favorecen los intercambios espontáneos. La importancia y objetivo principal de este momento radica en la habilitación y la estimulación de la autonomía de las personas con demencia. A través de la propuesta de “compartir un desayuno o una merienda”, el Gerontopsicomotricista introduce un mediador (el momento de alimentación) y es a través de éste que puede observar el grado de autonomía al

que es habilitado o restringida la persona con demencia por parte de su cuidador. Podrá entonces observar directamente, aquellas praxias más conservadas o más comprometidas en relación a los elementos que se pongan a disposición. De esta manera, el momento de alimentación se transformará en un verdadero espacio de intervención psicomotriz para la observación, pero sobre todo para realizar pautas y señalamientos oportunos. Se intenta, a través de esta actividad, ayudar al cuidador familiar a construir estrategias de comunicación que puedan resultar igualmente útiles y amplificables a otras actividades de la vida diaria y rutinas familiares.

A continuación, se da paso a la *segunda unidad de trabajo*, con un núcleo de mayor actividad donde se centrará el fuerte de las propuestas de estimulación motriz, con una metodología de trabajo de acuerdo al modelo de estimulación psicomotriz, en la que se entrenan aquellas habilidades psicomotoras que ayuden al mantenimiento y la mejora en las funciones en relación a sus AVD y a mejorar su calidad de vida. Si bien se plantean estos objetivos como generales, según el proceso de cada persona, se elaborará un proyecto terapéutico con objetivos individualizados. Es así que en los estadios más leves de la enfermedad se podrá trabajar con mayor exigencia, aunque prestando especial atención a que no se den aprendizajes con errores. A medida que surjan los problemas de comunicación y sea más difícil el seguimiento de las dinámicas, se volverá más importante el apoyo con materiales favorecedores y potenciadores de la comunicación.

De esta manera queda manifiesta la importancia de realizar un proyecto flexible y dinámico en el que se vaya acompasando la evolución de la enfermedad y las características individuales de las díadas. Las tareas deben ser sencillas, con instrucciones concretas y sin grandes exigencias, para evitar la frustración de no comprender las consignas o no poder realizarlas. Para esto se le da a las actividades un carácter procedimental, en el entendido de que las personas con demencia se benefician de los procedimientos al conservar la memoria implícita hasta fases avanzadas (Lorente, 2003). El cuidador familiar, tendrá la oportunidad de hacer preguntas y de explorar sus posibilidades como “estimulador” en un clima de contención y seguridad, así como recibirá señalamientos o pautas que ayuden a mejorar la función.

Con frecuencia bisemanal, la *segunda unidad de trabajo* tendrá un espacio destinado para el trabajo por separado con los cuidadores familiares. De esta manera y teniendo en cuenta estos datos que reflejan la realidad de la mayoría de los cuidadores se propondrá a los familiares un espacio y un tiempo dentro del encuadre de las sesiones. En el mismo se favorecerá el intercambio y la construcción de un saber acerca de la enfermedad y sus características, así como de alternativas y estrategias para hacer frente a las complicaciones más frecuentes.

La *tercera unidad de trabajo*, se encuentra representada por las actividades de estimulación cognitiva y de praxia fina, cuyos objetivos y grado de exigencia, irán variando de acuerdo a la progresión de la enfermedad. De esta manera, se brindará al cuidador estrategias para acompasar tres niveles progresivos de dete-

rioro cognitivo como forma de lograr el mantenimiento de la actividad cuando el PIIG-dem haya culminado.

Finalmente, como forma de dar cierre a la sesión, se lleva a cabo el *ritual de Despedida*. Los rituales tienen como función asegurar al sujeto permitiéndole anticipar las actividades y organizarse. Las personas con demencia sufren una gradual desestructuración de su esquema espacio-temporal, que no les permite realizar anticipaciones u organizarse en sus actividades. Esto es vivenciado con una fuerte carga afectiva debido a la permanente incertidumbre de lo que vendrá, por lo que resulta imprescindible incluir este aspecto en el abordaje. Es así que se introducen los llamados “rituales” como momentos de referencia estable dentro de la sesión, al inicio y final de la misma.

Las unidades de trabajo se muestran claramente definidas por áreas de desempeño, para responder a la necesidad del cuidador de cubrir cada una de ellas con ejercicios específicos y pre diseñados. Si el objetivo fundamental de la intervención es formar a los cuidadores como principales agentes de estimulación de sus familiares, entonces sería un error pretender que éstos realicen la tarea con la idoneidad de un profesional formado. Por este motivo, el equipo de intervención debe ser muy cuidadoso en la selección de actividades, para que las mismas sean de fácil reproducción, disfrutables para ambas partes de la díada, y con las que el cuidador se perciba a sí mismo como efectivo en su tarea.

Se prevé una serie de etapas o hitos a cumplir para ir monitoreando el progreso del PIIG-dem. Cada una de las unidades de trabajo tiene sus propios hitos, que de ser alcanzados determinarán el pasaje a un siguiente nivel en esa área. De esta manera, cada unidad de trabajo funciona de manera independiente de las otras, contemplando las posibilidades o dificultades diferenciales de cada persona con demencia y su cuidador. El objetivo de fijar hitos radica en la necesidad de protocolizar la intervención, como forma de poder demostrar la eficacia de la intervención disminuyendo al máximo las variaciones inter-equipo.

Recursos Humanos

Para la ejecución del proyecto se conformó un equipo integrado por Especialistas en Gerontopsicomotricidad (Escuela de Graduados de Facultad de Medicina, Facultad de Medicina, UdelaR) o en fase avanzada de su formación de posgrado que realizaron el trabajo de campo a través de la aplicación del programa PIIG-dem.

Aspectos Éticos

Se tuvieron en cuenta las consideraciones establecidas en el Decreto de Ley 309/008 vigente en el Uruguay en relación con la experimentación con seres humanos, se mantendrá la confidencialidad de los datos obtenidos y la libre participación en el estudio de las personas involucradas. De esta manera la díada pudo por propia voluntad abandonar el estudio cuando así lo deseara.

El equipo de profesionales encargados de la ejecución del trabajo de campo, recibió una capacitación de un mes de duración a cargo de los investigadores responsables. La misma comprendió el entrenamiento en la batería de valoración, así como del dispositivo prediseñado de intervención en domicilio. Para ello, se utilizó una metodología didáctica basada en clases expositivas, dinámicas de rol-play, soporte audiovisual, e instancias de discusión grupal que incluyeron no solo los aspectos técnicos de la intervención, sino también aquellas dimensiones éticas y humanas que involucra el trabajo y la investigación con seres humanos y poblaciones vulnerables.

Resultados

Se registraron 14 díadas, conformadas por el paciente y su cuidador, 9 de los pacientes son mujeres (64.3%) y 5 son hombres (35.7%); la edad promedio de éstos es de 81 años (± 5.45 años), en tanto, la edad promedio de los cuidadores es de 60,8 años (± 11.3 años). Se evaluaron variables relacionadas con la enfermedad del paciente, entre ellas la encefalopatía de base que presenta y los años de diagnóstico de la misma. En referencia a la encefalopatía de base se observó que 71.4% presentan Enfermedad de Alzheimer y el resto (28.6%) presentan enfermedad mixta, de las cuales hace, en promedio, 9.8 años desde su diagnóstico. Además, se evaluaron variables relacionadas con el cuidador, entre ellas el grado de parentesco del cuidador con el paciente, las horas dedicadas en promedio semanales al cuidado y si comparten el cuidado con otra persona. Se pudo observar que el 57.1% de los cuidadores son hija/o del paciente, mientras que el 42.9% son cónyuge del mismo; que el 57.1% de los cuidadores comparten el cuidado de su familiar con otra persona, mientras que el 42.9% de los cuidadores no lo hacen. Con respecto a la cantidad de horas semanales en promedio que el cuidador dedica al cuidado de su familiar, se observa que el 57.1% de los cuidadores dedican entre 65 y 100 horas al cuidado, el 28.6% dedica más de 110 horas de cuidado a su familiar, el 7.1% dedica menos de 30 horas al cuidado de su familiar, y el mismo porcentaje dedica entre 35 a 60 horas semanales.

Las díadas reclutadas fueron asignadas al grupo de intervención. Se les realizó una valoración inicial previa a la aplicación del PIIG-dem, una valoración luego de la intervención y una valoración de seguimiento a los 3 meses de finalizada la intervención.

Los datos de los puntajes promedio para cada escala aplicada, en las tres fases de valoración se resumen en la Tabla 1.

Se realizó la prueba de Friedman (Tabla 2) para evaluar si los puntajes de las escalas presentaban diferencias antes de la intervención, luego de la intervención y en el seguimiento. Con excepción de la escala de Barthel, las demás escalas muestran diferencias significativas en los puntajes en las diferentes fases de valoración.

Tabla 1*Puntajes Promedio de Escalas Utilizadas en el PIIG-I en las Tres Fases de Valoración*

Escala	Valoración inicial	Post intervención	Seguimiento
	<i>Media±desvío estándar</i>	<i>Media±desvío estándar</i>	<i>Media±desvío estándar</i>
QOL-AD	26.57 ± 3.39	32.50 ± 6.15	34.14 ± 4.96
ZARIT	44.43 ± 14.15	33.79 ± 15.89	31.50 ± 14.09
PCI-S	28.71 ± 4.34	42.14 ± 11.59	43.36 ± 13.32
NPI-Q	36.07 ± 17.91	19.86 ± 17.21	16.71 ± 14.75
ADAS-COG	30.07 ± 10.51	24.0 ± 10.1	23.79 ± 9.70
BARTHEL	77.50 ± 14.77	82.86 ± 14.37	82.14 ± 14.51

Media±desvío estándar

Tabla 2*Valor p para Prueba de Friedman para Cada Escala*

Escala	Valor-p
QOL-AD	<0.001
ZARIT	0.001
PCI-S	<0.001
NPI-Q	<0.001
ADAS-COG	0.027
BARTHEL	0.098*

Nota: *valor p no significativo

Las diferencias estadísticamente significativas en las fases para las áreas de calidad de vida, sobrecarga del cuidador, síntomas psico-comportamentales asociados a la demencia y desempeño cognitivo, nos indican la importancia de la implementación de una intervención que apunte a potenciar las capacidades intra-familiares de cuidado en territorio y estimulación de la autonomía de las personas mayores con demencia.

Discusión

El impacto del Programa de Intervención Integral Gerontopsicomotriz en domicilio (PIIG-dem) sobre el cuidador y la forma en que se brindan estos cuidados puede suponer un menor riesgo de claudicación familiar y un retraso en la institucionalización de la persona con demencia. A su vez, al mantener el mayor grado de autonomía en la persona con demencia contribuye a lo antedicho. Así, un programa de este tipo supone fortalecer los cuidados familiares y ralentizar la entrada de la persona con demencia a niveles más altos de dependencia y por tanto de cuidados más intensos y complejos. Esta investigación pretende ser un aporte a un campo en construcción, como lo es el tratamiento de las demencias y la atención al cuidador, a través de la socialización de los resultados de la evaluación de un modelo de atención que tome la díada persona con demencia y su cuidador familiar como eje.

Referencias

- Aravena, J. M., Albala, C. y Gitlin, L. N. (2018). Measuring change in perceived well-being of family caregivers: Validation of the Spanish version of the Perceived Change Index (PCI-S) in Chilean dementia caregivers [Medición del cambio en el bienestar percibido de los cuidadores familiares: Validación de la versión en español del Índice de Cambio Percibido (PCI-S) en cuidadores chilenos con demencia]. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(1), e120-e130. <https://doi.org/10.1002/gps.4734>
- Boada, M., Cejudo, J. C., Tàrraga, L., López, O. L. y Kaufer, D. (2002). Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q): validación española de una forma abreviada del Neuropsychiatric Inventory (NPI) [Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q): validación española de una forma abreviada del Neuropsychiatric Inventory (NPI)]. *Neurología*, 17(6), 317-323.
- Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S., Guerra, C. y Millán, T. (2009). Validación en Chile de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista Médica de Chile*, 137(5), 657-665. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009>
- Cid-Ruzafa, J. y Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*, 71, 177-137.
- Grupo de Trabajo de Neuropsicología Clínica de la Sociedad Neurológica Argentina. (1999). La escala de evaluación de enfermedad de Alzheimer en la Argentina: instrucciones para su administración. *Revista de Neurología Argentina*, 24(3), 139-145.
- Keogh, F., Mountain, G., Jodrell, P. y Lord, K. (2019). Psychosocial interventions for community-dwelling people following diagnosis of mild to moderate dementia: findings of a systematic scoping review [Intervenciones psicosociales para personas que viven en la comunidad después del diagnóstico de demencia leve a moderada. Hallazgos de una revisión sistemática del alcance]. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(6), 641-651. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.12.027>
- McLean, A. (2007). Dementia care as a moral enterprise: a call for a return to the sanctity of lived time [El cuidado de la demencia como empresa moral: un llamado a la vuelta a la santidad del tiempo vivido]. *Alzheimer's Care Today*, 8(4), 360-372.
- Monteiro, A. M. F., Santos, R. L., Kimura, N., Baptista, M. A. T. y Dourado, M. C. N. (2018). Coping strategies among caregivers of people with Alzheimer disease: a systematic review [Estrategias de afrontamiento entre cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática]. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 40(3), 258-268. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0065>
- Moon, H. y Adams, K. B. (2013). The effectiveness of dyadic interventions for people with dementia and their caregivers [La efectividad de las intervenciones diádicas para personas con demencia y sus cuidadores]. *Dementia*, 12(6), 821-839. <https://doi.org/10.1177/1471301212447026>
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo, J. M., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., Orrell, M., ... y Muñoz, R. (2010). Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 30(2), 161-178. <https://doi.org/10.1159/000316119>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013). *Demencia: una prioridad de salud pública*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/98377>
- Parra, M. A., Baez, S., Allegri, R., Nitrini, R., Lopera, F., Slachevsky, A., Custodio, N., Lira, D., Piguat, O., umfor, F., Huepe, D., Cogram, P., Bak, T., Manes, F. e Ibañez, A. (2018). *Dementia in Latin America Assessing the present and envisioning the future [Demencia en América Latina evaluando el presente y visualizando el futuro]*. *Neurology*, 90(5), 222-231. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004897>
- Pérez, R. (2013). Demencias, salud mental y exclusión social. En N. De León (Coord.), *Salud Mental en debate. Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental* (pp. 151-166). Psicolibros.
- Pérez, R. (2018). El tratamiento de las demencias en el sistema de salud de Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 139-169. <https://doi.org/10.26864/pcs.v8.n2.8>
- Rosas-Carrasco, Ó., Torres-Arreola, L. D. P., Guerra-Silla, M. D. G., Torres-Castro, S. y Gutiérrez-Robledo, L. M. (2010). Validación de la escala Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD) en pacientes mexicanos con demencia tipo Alzheimer, vascular y mixta. *Rev Neurol*, 51(2), 72-80.
- Sánchez, B., Chaparro, L. y Carrillo, G. M. (2016). La carga del cuidado en la enfermedad crónica en la diada cuidador familiar-receptor del cuidado. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 18(2), 43-60.
- Serdà i Ferrer, B.-C., Ortiz Collado, A. y Àvila-Castells, P. (2013). Reeducación psicomotriz en personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista Médica de Chile*, 141(6), 735-742. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000600007>

- Smits, C. H., De Lange, J., Dröes, R. M., Meiland, F., Vernooij-Dassen, M. y Pot, A. M. (2007). Effects of combined intervention programmes for people with dementia living at home and their caregivers: a systematic review [Efectos de los programas de intervención combinados para personas con demencia que viven en el hogar y sus cuidadores: una revisión sistemática]. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A Journal of the Psychiatry of Late Life and Allied Sciences*, 22(12), 1181-1193. <https://doi.org/10.1002/gps.1805>
- Van't Leven, N., Prick, A. E. J., Groenewoud, J. G., Roelofs, P. D., de Lange, J., & Pot, A. M. (2013). Dyadic interventions for community-dwelling people with dementia and their family caregivers: a systematic review [Intervenciones diádicas para personas con demencia que viven en la comunidad y sus cuidadores familiares: una revisión sistemática]. *International Psychogeriatrics*, 25(10), 1581-1603. <https://doi.org/10.1017/S1041610213000860>



Programa Modular Virtual de Postgrado
Formación Continua
**Intervención
Psicoterapéutica**
Curso 2023-2024 (20ª Edición)
www.intervencion-psicoterapeutica.com

Intervención Psicoterapéutica es un programa modular virtual de Formación Continua de Postgrado en activo desde 2004. Ofrece un total de **16** módulos organizados de forma piramidal. Su objetivo consiste en promover la actualización de los conocimientos **teóricos y prácticos** requeridos por las actividades psicoterapéuticas. Permite acceder a sus titulaciones secuencialmente, a lo largo de 4 años y cuenta con módulos reconocidos como formación teórica, por ASEPCO y por la Asociación Laureano Cuesta, para la **acreditación** ante la **FEAP**

14 Certificados de Enseñanza Abierta, 6 ó 12 créditos ECTS. Requisitos: Ninguno.

Diploma de Experto Universitario en **Ámbitos de Intervención Psicoterapéutica, 18 créditos ECTS.** Requisitos: Cumplir con los requisitos legales de Acceso a la Universidad y CV relacionado con la materia.

Diploma de Especialización en **Intervención Psicoterapéutica, 30 créditos ECTS.** Requisitos: Título de Graduado Universitario en Psicología o disciplinas afines.

Título de Máster en **Intervención Psicoterapéutica, 60 créditos ECTS.** Requisitos: Título de Graduado Universitario en Psicología o disciplinas afines

Matrículas del 7 de Septiembre al 30 de Noviembre de 2023

MÁS INFORMACIÓN



Fundación General de la UNED

<https://www.fundacion.uned.es/>

Secretaría de Cursos

Teléfonos: (+34) 91 386 72 75 / 15 92

Fax: (+34) 91 386 72 79

EQUIPO RESPONSABLE DEL PROGRAMA

ipsicoterapeutica@psi.uned.es



Fundación UNED

EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES DE TERAPIA PSICOMOTRIZ EN ANSIEDAD Y ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL DE SALUD

EFFICACY OF PSYCHOMOTOR THERAPY INTERVENTIONS ON ANXIETY AND WORKRELATED STRESS IN HEALTH PERSONNEL

Juan Mila¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3318-0385>

Sandra Ravazzani¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0943-8778>

María Noel Close¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-4936-778X>

Mireia Serra Voltas²

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-4936-778X>

Anders Bech Christiansen²

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-8405-6630>

¹ Universidad de la Republica. Uruguay

² Psychomotor Education Depat. Of Health University. Copenhagen. Dinamarca

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Mila, J., Ravazzani, S., Close, M. N., Serra, M. y Christiansen, A. B. (2023). Eficacia de las intervenciones de terapia psicomotriz en ansiedad y estrés laboral en el personal de salud. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 63-77. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37821>



Resumen

El presente estudio analiza las mejoras en ansiedad y estrés laboral de un grupo de trabajadoras y trabajadores de la salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Uruguay). La muestra asciende a 133 personas a quienes se les aplican varios tipos de test para medir y evaluar su situación en los aspectos mencionados. La evaluación de la eficacia de las intervenciones psicomotrices terapéuticas se realiza a partir de pruebas estandarizadas y a estandarizar, para la población en cuestión. Se utilizan cuatro test validados: Maslach Burnout Inventory for Human Services - MBI-HSS (Maslach, Jackson, Leiter, Schaufeli y Schwab, 1986), Copenhagen Psychosocial Questionnaire - COPSQ III (Burr et al., 2019), Evaluación Multidimensional de Conciencia Corporal Interoceptiva - Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness - MAIA, 12 sub scales self-regulation and thrust (Mehling et al., 2012) y General Health Questionnaire - G.H.Q.-28 items (Goldberg, 1972). Son aplicados antes del comienzo de las intervenciones psicomotrices terapéuticas, y al finalizar el ciclo de 12 sesiones. Se desarrolla un programa de intervención psicomotriz como una herramienta eficaz para la mejora de las condiciones personales de ansiedad y estrés provocados por situaciones complejas en el ámbito laboral.

Palabras clave: terapia psicomotriz, salud laboral, estrés laboral

Abstract

This study analyzes the improvements in anxiety and work stress of a group of health workers from the Faculty of Medicine of the University of the Republic (Uruguay). The sample amounts to 133 people to whom various types of tests are applied to measure and evaluate their situation in the aforementioned aspects. The evaluation of the efficacy of therapeutic psychomotor interventions is carried out from standardized tests and to be standardized, for the population in question. Four validated tests are used: Maslach Burnout Inventory for Human Services - MBI-HSS (Maslach, Jackson, Leiter, Schaufeli & Schwab, 1986), Copenhagen Psychosocial Questionnaire - COPSQ III (Burr et al., 2019), Multidimensional Assessment of Consciousness Body Interoceptive - Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness - MAIA, 12 sub scales self-regulation and thrust (Mehling et al., 2012) and General Health Questionnaire - G.H.Q.-28 items (Goldberg, 1972). They are applied before the start of the therapeutic psychomotor interventions, and at the end of the 12-session cycle. A psychomotor intervention program is developed as an effective tool for improving personal anxiety and stress conditions caused by complex situations in the workplace.

Keywords: psychomotor therapy, occupational health, work stress

El presente trabajo da cuenta de un proyecto de investigación que se propone evaluar la eficacia de las Intervenciones Psicomotrices Terapéuticas con personal de salud en situación de ansiedad y estrés laboral. En función de los objetivos de este estudio, el enfoque metodológico de la investigación es el de un estudio de observación longitudinal con mediciones previo a la intervención y post-intervención. Para la selección de las personas participantes se realiza una convocatoria a personal de salud que se considere en situación de estrés laboral y se encuentre en desempeño de sus funciones. Quedan excluidas de este estudio aquellas personas que se encuentren en situación de certificación médica prolongada (90 días). El tamaño de la muestra es de 133 personas que son sorteadas de entre la totalidad de las personas inscritas. Se realizan sesiones de Psicomotricidad Terapéutica de una hora de duración en subgrupos de 14/15 participantes, durante 12 semanas (frecuencia 1 vez por semana).

La evaluación de la eficacia de las intervenciones psicomotrices terapéuticas se realiza a partir de pruebas estandarizadas y a estandarizar, para la población en cuestión. Se utilizan cuatros test validados: Maslach Burnout Inventory for Human Services - MBI-HSS (Maslach et al., 1986), Copenhagen Psychosocial Questionnaire - COPSOQ III (Burr et al., 2019), Evaluación Multidimensional de Conciencia Corporal Interoceptiva - Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness - MAIA, 12 sub scales self-regulation and thrust (Mehling et al., 2012) y General Health Questionnaire - G.H.Q.-28 items (Goldberg, 1972). Todos los instrumentos están bien establecidos y son ampliamente utilizados en la investigación psicosocial relacionada con el trabajo (por ejemplo: Seidler et al., 2014; Van Der Molen et al., 2020) o (MAIA) para evaluar los efectos de las intervenciones centradas en las interacciones cuerpo-mente (Bornemann et al., 2015; Machorrinho et al., 2017; Mehling et al., 2018).

Son aplicados antes del comienzo de las Intervenciones Psicomotrices Terapéuticas, y al finalizar el ciclo de 12 sesiones.

A partir de esta investigación se espera: como primer objetivo, establecer una diferencia significativa en los resultados de las pruebas luego de las Intervenciones Psicomotrices Terapéuticas, constatando menores niveles de estrés laboral en el personal participante; y como segundo objetivo, constatar las propiedades psicométricas de COPSOQ III.

Fundamentación

El estrés es el problema de salud más comúnmente vinculado con el trabajo (Office of the European Union, 2010). Estudios anteriores han demostrado que la reducción del estrés basado en la atención plena y las técnicas de relajación son eficaces para reducir el estrés (Chiesa y Serretti, 2009; Netterstrøm et al., 2013). El estrés es una condición psicosomática y varios estudios muestran que la conciencia corporal, que es una característica central en la intervención psicomotriz terapéutica, es un factor importante en los trastornos psicosomáticos (Courtois,

Cools et al., 2014).

En Dinamarca el estrés relacionado con el trabajo es una de las razones más comunes para la indicación de terapia psicomotriz. Trabajar en terapia psicomotriz tiene como objetivo reducir los síntomas de estrés, mejorar la calidad del sueño, disminuir el pensamiento excesivo y la agitación corporal. En la experiencia clínica, se trata de una intervención muy eficaz para reducir el estrés, pero a pesar del apoyo teórico, todavía no ha habido ninguna investigación sistemática sobre la eficacia general de este enfoque en comparación con otras intervenciones con eficacia probada.

El estrés es una condición psicosomática, que involucra estados mentales y fisiológicos.

Junto al dolor de espalda, el estrés laboral es el problema de salud relacionado con el trabajo más común, con efectos negativos tanto para los individuos como para las organizaciones.

Formulación del problema

El problema de investigación propuesto es el constatar la eficacia de las Intervenciones Psicomotrices Terapéuticas con personal de la salud en situación de angustia y estrés laboral. En relación con la muestra considerada el estudio busca responder las siguientes interrogantes:

- ¿Cómo es la Eficacia de la Intervención Psicomotriz Terapéutica en un grupo de personas del personal?
- ¿Cuáles son los indicadores psicomotrices de evolución?
- ¿Cuál es la evolución de cada una de las personas participantes de la intervención?
- ¿Cuál es la evolución del grupo?
- ¿Es posible establecer una sistematización de este trabajo terapéutico?

A lo largo del estudio se responderán todas estas preguntas.

Objetivos

Objetivos Generales

- Investigar la eficacia de las Intervenciones Psicomotrices Terapéuticas (EPIAS) en la angustia y el estrés relacionado con el trabajo (objetivo principal).
- Desarrollar una versión local de EPIAS contextualizando a la realidad del ambiente laboral sanitario del Uruguay, el encuadre de trabajo y la selección de los mediadores psicomotrices terapéuticos.

Objetivos Específicos

- Investigar los mecanismos de cambio en las intervenciones de psicomotricidad sobre el estrés y la ansiedad relacionados con el trabajo, específicamente con respecto a los efectos mediadores de la conciencia corporal

- Sistematizar la metodología y propuestas de mediación terapéutica de Terapia Psicomotriz de Personal de Salud con Estrés Laboral.
- Caracterizar el desempeño de las pruebas específicas empleadas en la investigación.

Metodología

El estudio se lleva a cabo como un ensayo pragmático, utilizando una variante del llamado diseño aleatorizado de cuña escalonada por conglomerados (1,2). La principal ventaja del diseño de cuña escalonada en el contexto del presente estudio es que permite extender la intervención a lo largo del tiempo, mientras que un diseño paralelo tradicional requeriría que todos los participantes recibieran la intervención al mismo tiempo, lo que no sería posible debido a restricciones prácticas. Además, todos los participantes que aporten datos al estudio recibirán el tratamiento, que es de valor ético y puede mejorar la motivación para la participación. (Gavelin, 2015).

Además, el diseño dentro del sujeto tiene un mayor poder estadístico y reduce el número total de participantes necesarios en comparación con un diseño paralelo entre sujetos.

Plan y Protocolo de Intervención

Una vez a la semana, durante un total de 12 semanas, las personas participantes del estudio asisten a una sesión de grupo de Terapia Psicomotriz de 1 hora de duración. Cada grupo está constituido por un total de entre 14 y 15 participantes. El estudio incluye nueve grupos que sumarán un total de 133 participantes.

Las intervenciones Psicomotrices Terapéuticas son realizadas por el Prof. Dr. Juan Mila bajo su rol de Psicomotricista Terapeuta, con la Prof. Agda. Lic. Sandra Ravazzani en su rol de Psicomotricista Observadora Participante y Prof. Adj. Dra. Maria Noel Close como Observadora.

Las sesiones se llevan a cabo en las instalaciones del Hospital de Clínicas. En cada sesión se plantean diferentes propuestas de Intervención Psicomotriz Terapéutica. En cada una de las sesiones del Programa se realizan propuestas de trabajo a partir de Mediaciones Psicomotrices Terapéuticas con el objetivo de acompañar al personal de salud en:

- la adquisición de una mayor conciencia corporal, tanto a nivel propioceptivo como a nivel interoceptivo
- el incremento de la capacidad de registrar estados, procesos y acciones que suceden en el cuerpo en situaciones específicas de estrés relacionado con el trabajo (desequilibrios en la tonicidad muscular, dolor, malestar interno, alteraciones de la respiración, postura corporal, atención psíquica, estados emocionales)
- el incremento de la capacidad para manejar emociones
- el despliegue de potencialidades psicomotoras y creativas transformadoras, individuales y grupales

- la construcción de saberes grupales
- la adquisición de conocimientos sobre los mecanismos que generan y sostienen estados de estrés crónico

Criterios de Inclusión

Son criterio de inclusión el personal de salud, sujetos físicamente sanos, sin condiciones psiquiátricas concurrentes ni tratamiento. En la preparación del estudio, los equipos uruguayos y daneses desarrollaron y trabajaron conjuntamente en una experiencia piloto instrumentada por la Unidad de Terapia Psicomotriz para el Bienestar Laboral, en la que se realizó la adaptación de los protocolos de pruebas del instrumento danés EPIAS y sobre los procedimientos de tratamiento del estrés que se utilizaron en las intervenciones grupales en el ajuste a los entornos locales.

Durante el período de intervención, de este Programa se contó con la supervisión del equipo danés, de frecuencia semanal, mediante la preparación de las sesiones de trabajo y el análisis posterior de las mismas mediante registro en vídeo. Durante el trabajo de investigación el equipo danés continúa la supervisión en forma remota (asistidos por las grabaciones en vídeo de las sesiones) y con frecuencia semanal, pensando junto con el equipo uruguayo sobre cómo realizar las intervenciones.

Escalas / Medidas de Resultados

Las variables de resultados se medirán en la versión en español de los instrumentos de auto reporte que se enumeran a continuación (las referencias corresponden a estudios de validación de la versión en español de cada instrumento).

- Maslach Burnout Inventory for human services (MBI-HSS) (García et al., 2019). Esta herramienta mide tres dimensiones del agotamiento profesional: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en profesionales de servicios humanos y atención sanitaria.
- Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ III) (Zelaschi et al., 2021). Este instrumento evalúa de manera integral múltiples factores del entorno laboral psicosocial, incluyendo la carga de trabajo, la claridad de roles, el agotamiento profesional, el apoyo social y el estrés en formas cognitivas y somáticas
- Evaluación Multidimensional de Conciencia Corporal Interoceptiva. Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) (12 sub scales: self-regulation and thrust) (Montoya-Hurtado et al., 2023; Valenzuela-Moguillansky & Reyes-Reyes, 2015). Este instrumento evalúa la conciencia interoceptiva, o la percepción consciente de las sensaciones internas del cuerpo, a través de 12 subescalas, centrándose aquí en la autorregulación y la confianza en las señales corporales propias.
- General Health Questionnaire (G.H.Q.-28 items) (Gibbons et al., 2004; Lobo et al., 1986). Esta herramienta de autoinforme está diseñada para detectar trastornos psiquiátricos menores en la población general y den-

tro de entornos comunitarios o clínicos no psiquiátricos, enfatizando la incapacidad para llevar a cabo funciones normales y la aparición de experiencias nuevas y angustiantes.

Todos estos instrumentos están bien establecidos y son ampliamente utilizados en la investigación psicosocial relacionada con el trabajo (por ejemplo: Seidler et al., 2014; Van Der Molen et al., 2020) o (MAIA) para evaluar los efectos de las intervenciones centradas en las interacciones cuerpo-mente (Bornemann et al., 2015; Machorrinho et al., 2017; Mehling et al., 2018).

Las principales variables de resultado son las subescalas de estrés de COP-SOQ III (estrés, estrés cognitivo y estrés somático) junto con las puntuaciones en MBI, agotamiento emocional. Los demás instrumentos y escalas se utilizan para la validación cruzada de los resultados y el análisis de mediación, utilizando el modelado de variables latentes, y para fines exploratorios.

Consideraciones Éticas

El proyecto de investigación ha sido diseñado tomando en cuenta las especificaciones referidas en el Decreto CM/515 del Poder Ejecutivo del 04-08-2008 (Uruguay), que regula la Investigación con seres humanos en nuestro país (Ministerio de Salud Pública, 2008). Tal decreto responde a la normativa internacional dispuesta en la Declaración Universal de Derechos Humanos (Organización de Naciones Unidas, 1948), la Declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial (2013) y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2005).

Según la normativa vigente en ética de la investigación de Uruguay, la propuesta ha sido registrada en el Ministerio de Salud Pública de Uruguay bajo el Nro. 7073727 y fue presentada al Comité de Ética del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina - UdelaR para su evaluación. Fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina.

Se contactó con las personas participantes, quienes dejaron asentada su voluntad a través del consentimiento informado. Los consentimientos informados de las y los participantes se solicitan en forma presencial, acordando día y hora vía correo electrónico o contacto telefónico. Asimismo, se informa a todos/as los y las participantes de los aspectos generales del estudio, del alcance, de los objetivos, de la metodología propuesta en la investigación, haciendo especial énfasis en las expectativas o las dudas que puedan generarse, asociadas a la participación en esta investigación .

Se informa además que pueden negarse a realizar cualquiera de las propuestas que se les presenten, así como retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que esto implique perjuicio alguno. Se establece un cronograma para la aplicación de cuestionarios y se determina el encuadre de las sesiones de psicomotricidad terapéutica.

Se estima que la investigación tiene riesgos mínimos para los y las partici-

pantes. Aun así, se toman las medidas necesarias para proteger la identidad de las personas que participan en la investigación, que no serán identificadas en ningún reporte ni publicación posterior.

Durante la sistematización de los datos obtenidos se anonimiza toda la información de los y las participantes en la investigación. Las características del análisis de los datos que se realiza, torna innecesaria la vinculación entre los resultados obtenidos en cada uno de los cuestionarios aplicados y los y las participantes. Los beneficios que se espera obtener de esta investigación son de orden social, sanitario y académico, excediendo el plano de lo individual.

Este trabajo permitirá estudiar la eficacia de las intervenciones psicomotrices terapéuticas en la reducción de los niveles de angustia y de estrés laboral. Los resultados obtenidos en esta investigación contribuirán en la consolidación de programas de Intervención Psicomotriz Terapéutica que permitan reducir los niveles de estrés laboral en el personal de la salud.

Factibilidad

Se considera que la investigación se desarrolla a partir de los recursos humanos y materiales con los que se cuenta. Por otro lado, desde el punto de vista de los materiales, se señala que se cuenta con todos los tests e instrumentos que permitirán recabar los datos (protocolos digitalizados, hojas de registro de observación, material fungible, etc.) y con el programa estadístico para su análisis.

Antecedente - piloto

Durante el año 2021 se trabajó con un Grupo Piloto integrado por personal de Enfermería del Hospital de Clínicas donde se puso en marcha el dispositivo de trabajo.

Dicho trabajo fue bien evaluado por las personas que participaron y permitió al equipo poner a prueba el programa de intervención y realizar los ajustes necesarios para una mayor eficacia de funcionamiento en las versiones siguientes.

Figura 1*Imagen Prueba Piloto*

La imagen de la Figura 1 muestra un momento durante una sesión de intervención psicomotriz terapéutica con el grupo piloto (año 2021). Se observa a cinco de las personas participantes, en una posición de pie, en una distribución en el espacio en la que se evitaba el contacto visual entre ellas. Al fondo de la fotografía se ve al psicomotricista terapeuta quien estaba presentando una propuesta de mediación de manera verbal, y favoreciendo mediante la voz y el lenguaje utilizados el investimento de la misma por parte de quienes participaban. La propuesta inducía a la elección individual y silenciosa de una música o canción significativa para cada persona.

El Programa de investigación comenzó a ser implementado en setiembre del año 2022. El primer grupo ya finalizó el trabajo, y nos encontramos en este momento con dos grupos cumpliendo su ciclo terapéutico de 12 sesiones.

Las sesiones de Terapia Psicomotriz con Personal de Salud Sometida a Estrés y Angustia Laboral

Encuadre

Como ya fue planteado, se conforma un grupo de 12 a 15 personas, integrantes de diferentes equipos de salud. Se establece un encuadre de trabajo en un ciclo de 12 sesiones, con una frecuencia de una vez por semana. Las sesiones se desarrollan en el Hospital de Clínicas de la Universidad de la República y están bajo la responsabilidad de la Unidad de Terapia Psicomotriz para el Bienestar Laboral

Se clarifican los roles de los y las diferentes profesionales que son responsables de la intervención terapéutica.

Roles en las Intervenciones Psicomotrices Terapéuticas

Se distinguen cuatro roles específicos del programa de intervención:

Psicomotricista Terapeuta

Es quien propicia activamente el momento de encuentro recibiendo a quienes participan, fortaleciendo el sentido de pertenencia al grupo y escuchando sus demandas y preocupaciones, dando lugar a la expresión de intereses colectivos y particulares. Retoma también, la reflexión acerca de lo trabajado en la sesión anterior de manera de favorecer la continuidad y el acceso a los procesos personales de mentalización.

Realiza y sostiene las propuestas de mediación psicomotriz terapéutica, que si bien fueron pensadas con anticipación, requieren en cada caso, el ajuste a la expresividad del grupo en el contexto determinado de cada encuentro, valiéndose para ello de la capacidad de escucha inherente al rol de psicomotricista, así como del sostén que ofrece la comunicación constante con la psicomotricista observadora participante.

Es también quien administra el tiempo de sesión, situado desde el respeto al encuadre acordado, propone modificaciones que potencien las posibilidades terapéuticas de cada propuesta de mediación.

Psicomotricista Observadora Participante

Participa activamente del momento de encuentro y recibimiento de quienes participan en cada sesión. Colabora mediante su actitud de escucha y disponibilidad, en la reafirmación de lo propiciado por el psicomotricista terapeuta para el grupo: la consolidación del sentido de pertenencia. En este primer momento, lleva registro de las personas presentes y ausentes en cada sesión y de las demandas y preocupaciones expresadas.

Durante toda la sesión, se encarga de llevar un registro descriptivo y el esbozo analítico de lo que va ocurriendo.

Realiza una observación atenta de la expresividad de cada persona participante, en general, y en particular en relación con la propuesta de mediación: su recibimiento, rechazo, investimento, etc. Al mismo tiempo, mantiene la comunicación con el psicomotricista terapeuta a través de mediadores a distancia como la mirada y la gestualidad, de manera de no distorsionar el desarrollo de la actividad. Este intercambio tiene el objetivo de favorecer el ajuste de cada detalle de la propuesta de mediación a la respuesta de quienes participan.

Realiza intervenciones puntuales en acuerdo con el coordinador.

Psicomotricista Supervisora

Las sesiones de supervisión se han realizado de acuerdo con los principios de la psicomotricidad según los cuales el crecimiento -en este caso el profesional- se sustenta en el ejercicio de ampliar e integrar el conocimiento sobre aspectos que definen la condición humana y hacerlo desde la propia experiencia -esto es desde el propio cuerpo y la propia mente- en resonancia con uno/a mismo/a y con los y las demás. Así mismo se ha hecho hincapié en la importancia de que el terapeuta

trabaje con el propio bienestar durante la situación específica de la intervención, ésto es, trabaje para optimizar el acceso a las capacidades psicomotrices propias y ponga atención en la propia expresividad y los propios mediadores de comunicación.

Por otro lado, y debido a las circunstancias específicas del proyecto, las sesiones de supervisión han incluido un ejercicio continuo de crear un vocabulario común desde el cual poder pensar y generar nuevos conocimientos. También se han realizado numerosas reflexiones sobre la psicomotricidad como disciplina y el cómo las herramientas que ésta nos proporciona pueden ayudarnos a facilitar procesos de regulación física y emocional en personal de salud en riesgo de desarrollar estrés laboral. Esto ha resultado en un intercambio significativo de conocimientos relacionados con las referencias teóricas, la metodología práctica y el discurso ideológico que sustentan la disciplina tal y como se entiende y se practica en los dos países representados en el proyecto – Uruguay y Dinamarca.

Observadora desde la Perspectiva de la Psicología del Trabajo

La responsable de la Observación cuenta con una formación específica en Psicología del Trabajo. Su registro desde esta perspectiva aporta a la discusión posterior de cada sesión y hace visible aspectos de las situaciones de cada integrante del grupo desde su realidad laboral y la gestión de sus relaciones interpersonales en el ámbito laboral. Así mismo aporta a la comprensión de las organizaciones laborales y la inserción de las personas trabajadoras en la mismas (distribución y ejercicio del poder, culturas institucionales y culturas profesionales).

Momentos

a) Antes de la sesión

Previo a cada sesión, tanto en el encuentro de supervisión semanal como en otras instancias de encuentro entre el psicomotricista terapeuta y la psicomotricista observadora participantes, se trabaja en la elección de la propuesta de mediación. Para ello, debemos analizar el momento de cada grupo, los niveles de compromiso, pertenencia y confianza alcanzados entre quienes lo integran y tomar la decisión en relación con los objetivos a corto plazo definidos para la evolución del grupo, siempre en coherencia con los objetivos generales del programa.

Luego de definida la propuesta de mediación a utilizarse, se preparan los materiales necesarios para ella teniendo en cuenta las variaciones del encuadre que puedan ocurrir fuera de nuestras posibilidades de decisión como por ejemplo la ausencia de alguna de las personas integrantes del grupo, o la asignación de un espacio en el Hospital de Clínicas, diferente al que en general utilizamos.

Además de los materiales necesarios para la implementación de la propuesta de mediación, debemos preparar otros que posibilitan la estabilidad del dispositivo como por ejemplo, la computadora con acceso a internet (independientemente del espacio físico asignado), la cámara para el registro en video de la sesión y planillas

impresas u otros soportes para escritura.

Debemos llegar al edificio del Hospital de Clínicas con suficiente antelación para recibir el espacio asignado, y en función de sus características prepararlo, apartando el mobiliario innecesario, asegurando unas adecuadas ventilación, calefacción e iluminación, según corresponda, y preparando los dispositivos para la filmación.

b) Durante la sesión

El desempeño del psicomotricista terapeuta, la psicomotricista observadora participante (ver Figura 2) y la psicóloga observadora se da en cada sesión desde sus respectivos roles, y en ajuste a la propuesta de mediación que se utilice y las necesidades de cada grupo.

Figura 2

Ejemplo de Intercambio Psicomotriz

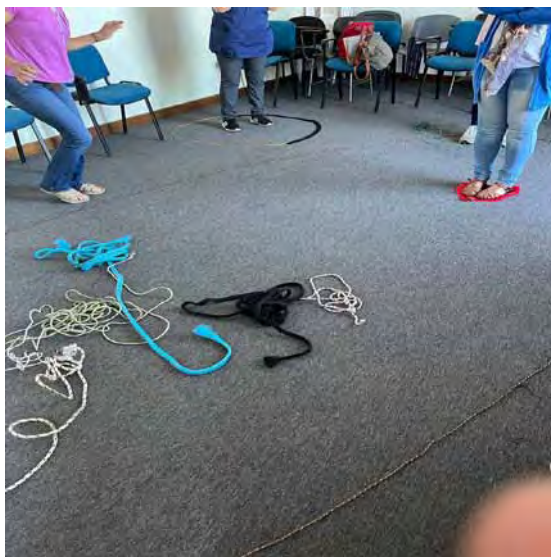


La imagen de la Figura 2 muestra a cinco participantes del grupo piloto (año 2021) y a la psicomotricista observadora participante en una posición de pie dispuestas en una fila de espaldas. Se trata de un momento en el desarrollo de una propuesta de mediación psicomotriz terapéutica pensada a partir del intercambio

acerca de las zonas más olvidadas del cuerpo, entre las que fue seleccionada especialmente la espalda. Se trabajó en la alternancia de la atención a las manos propias en la espalda de otra persona y los datos recibidos a través de estas, y la atención a la propia espalda y las sensaciones que otras manos provocaban

Figura 3

Herramientas para la Delimitación del Espacio



En la imagen de la Figura 3 se puede ver el tronco, las piernas y los pies de tres participantes del primer grupo del Programa de Intervenciones Psicomotrices Terapéuticas para personal de la salud en situación de estrés laboral (año 2022). Se observan cuerdas de diversos colores, texturas y grosores utilizadas para la propuesta de mediación de esa oportunidad. A partir de la disponibilidad y exploración de ese material, se había propuesto la elección libre y a criterio personal, de una o varias cuerdas con las que delimitar un espacio.

c) Después de la sesión

- Digitalización del registro y enriquecimiento del análisis.
- Intercambio a partir de los registrados entre coordinador y observadora participante
- Se comparte registro y video con la supervisora.
- Una vez a la semana encuentro de supervisión en forma virtual

El funcionamiento del equipo terapéutico se sustenta en la crítica constructiva, el desacuerdo, el acuerdo, la reflexión, el análisis, la construcción de conocimiento de manera colaborativa y la edificación de vínculos de confianza. Para ello, trabajamos también en nuestra propia expresividad, en el uso que hacemos de nuestros

mediadores de comunicación, en la gestión de nuestras emociones.

Discusión

Como ya fué expresado nos encontramos en pleno desarrollo de la investigación. Culminamos con el ciclo de 12 sesiones con un primer grupo y en la actualidad nos encontramos en la sesión número 11 de dos grupos más.

El diseño metodológico prevé que la evaluación de la eficacia de los Tratamientos Psicomotrices se realice en forma simultánea en las 133 personas que constituyen la muestra. Por lo que al momento solo podemos inferir los avances a través de las verbalizaciones y producciones de las y los participantes de los tres primeros grupos.

Ya se conformaron dos grupos más de 15 personas cada uno que comenzarán el proceso terapéutico en el mes de julio/2023.

Se espera que los resultados de la investigación nos permitan mensurar la eficacia de las intervenciones psicomotrices terapéuticas con colectivos del personal en riesgo de padecer o ya con estrés y angustia laboral.

No existen en la bibliografía antecedentes de estudios similares de la disciplina, sobre la eficacia de tratamientos psicomotrices que nos sirvan de referencia en la actual investigación. Por ese motivo pensamos que la presente investigación tiene características de originalidad. Así mismo puede ser un aporte para futuras investigaciones.

Referencias

- Bech, P., Bille, J., Møller, S. B., Hellström, L. C. y Østergaard, S. D. (2014). *Psychometric validation of the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90) subscales for depression, anxiety, and interpersonal sensitivity. J Affect Disord, 160*, 98–103.
- Bornemann, B., Herbert, B. M., Mehling, W. E. y Singer, T. (2015). *Differential changes in self-reported aspects of interoceptive awareness through 3 months of contemplative training. Consciousness Research, 5*, 1504.
- Burr, H., Berthelsen, H., Moncada, S., Nübling, M., Dupret, E., ...Demiral, Y. (2019) *The third version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. Saf Health Work, 10*(4), 482–503.
- Cohen, S. y Williamson, G. (1988). *Perceived Stress in a probability sample of the United States*. In S. spacapan y S. oskamp (Eds.), *The Social Psychology of Health Claremont Symposium on Applied Social Psychology* (pp. 31-67). Sage.
- Courtois, I., Cools, F. y Calsius, J. (2015). *Effectiveness of body awareness interventions in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: a systematic review and meta-analysis. Journal of Bodywork and Movement Therapies, 19*(1), 35–56. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2014.04.003>
- Chiesa, A. y Serretti, A. (2009). *Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. Journal of Alternative and Complementary Medicine, 15*(5), 593–600. <https://doi.org/10.1089/acm.2008.0495>
- Eskildsen, A., Dalgaard, V. L., Nielsen, K. J., Andersen, J. H., Zachariae, R., Olsen, L. R., Jørgensen, A. y Christiansen, D. H. (2015). *Cross-cultural adaptation and validation of the Danish consensus version of the 10-item Perceived Stress Scale. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 41*(5), 486–490. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3510>
- García, R. G., Alonso Sangregorio, M. y Sánchez, M. (2019). *Factorial Validity of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) in a Sample of Spanish Social Workers. Journal of Social Service Research, 45*(2), 207–219.

- Gavelin, H. M., Boraxbekk, C. J., Stenlund, T., Järholm, L. S. y Neely, A. S. (2015) *Effects of a process-based cognitive training intervention for patients with stress-related exhaustion*. *Stress*, 18(5), 578–88.
- Gibbons, P., Arévalo, H. F. de, & Mónico, M. (2004). *Assessment of the factor structure and reliability of the 28 item version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in El Salvador*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 389–398.
- Goldberg, D.P. (1972). *Detección de enfermedades psiquiátricas mediante un cuestionario*. Londres: Oxford University Press.
- Hoge, E.A., Guidos, B.M., Mete, M., Bui, E., Pollack, M.H.,... & Simon, N.M. (2017). *Effects of mindfulness meditation on occupational functioning and health care utilization in individuals with anxiety*. *J Psychosom Res*, 95, 7–11.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J., & Artal, J. (1986). *Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population*. *Psychological Medicine*, 16(1), 135–140.
- Machorrinho, J., Rosário, I. M., Marques, M. do C. M. P. y Marmeleira, J. F. F. (2017). *Aplicações Do Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (Maia)*. *Revisão Sistemática*. *RIASE*, 3(1).
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B. y Schwab R. L. (1986) *Maslach burnout inventory sampler set manual, general survey, human services survey, educators survey, & scoring guides*. Mind Garden Publishers, Menlo Park.
- Mehling, W. E., Price, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E. y Stewart, A. (2012) *The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA)*. *PLoS ONE* 7(11), e48230.
- Mehling, W. E., Chesney, M. A., Metzler, T. J., Goldstein, L. A., Maguen, S., Geronimo, C., Agcaoili, G., Barnes, D. E., Hlavin, J. A. y Neylan, T. C. (2018). *A 12-week integrative exercise program improves self-reported mindfulness and interoceptive awareness in war veterans with posttraumatic stress symptoms*. *Journal of Clinical Psychology*, 74(4), 554–565.
- Montoya-Hurtado, O., Gómez-Jaramillo, N., Bermúdez-Jaimes, G., Correa-Ortiz, L., Cañón, S., Juárez-Vela, R., Santolalla-Arnedo, I., Criado-Pérez, L., Pérez, J., Sancho-Sánchez, M. C. y Criado-Gutiérrez, J. (2023). *Psychometric Properties of the Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) Questionnaire in Colombian University Students*. *Journal of Clinical Medicine*, 12(8), 2937.
- Netterstrøm, B., Friebel, L. y Ladegaard, Y. (2013). *Effects of a multidisciplinary stress treatment programme on patient return to work rate and symptom reduction: results from a randomised, wait-list controlled trial*. *Psychother Psychosom*, 82(3), 177-186.
- Office of the European Union. (2010). *Health and safety at work in Europe (1999–2007): a statistical portrait*. (Eurostat). Publications.
- Olsen, L. R., Mortensen, E. L. y Bech, P. (2004). *The SCL-90 and SCL-90R versions validated by item response models in a Danish community sample*. *Acta Psychiatr Scand*. 110(3), 225–229.
- Seidler, A., Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F., Hegewald, J., Nieuwenhuijsen, K., & Riedel-Heller, S. G. (2014). *The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion – a systematic review*. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 9(1), 10.
- Valenzuela-Moguillansky, C. y Reyes-Reyes, A. (2015). *Psychometric properties of the multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA) in a Chilean population*. *Frontiers in Psychology*, 6.
- Van Der Molen, H. F., Nieuwenhuijsen, K., Frings-Dresen, M. H. W. y De Groene, G. (2020). *Work-related psychosocial risk factors for stress-related mental disorders: An updated systematic review and meta-analysis*. *BMJ Open*, 10(7), e034849.
- Zelaschi, M. C., Cornelio, C., Reif, L. y Amable, M. (2021). *Validación de un cuestionario de riesgos psicosociales en población trabajadora argentina (COPSOQII-ISTAS21)*. *Revista de Psicología*, 20(2), 2–17. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe084>

Ignacio Serván

DESOR GANI ZACIÓN DEL APEGO

Clínica y psicoterapia
con adultos



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

LA TERAPIA PSICOMOTRIZ EN LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

PSYCHOMOTOR THERAPY IN AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Àngels Morral Subirà
Institución Carrilet, Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Morral, A. (2023). La terapia psicomotriz en los trastornos del espectro autista. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 79-90. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37822>

Resumen

Este artículo reflexiona sobre la terapia psicomotriz con niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y la importancia del cuerpo como eje vertebrador en la comprensión de su funcionamiento y en el tratamiento. Analiza los principales aspectos a tratar por el profesional psicomotriz en la práctica con menores afectados por TEA. El cuerpo es el punto de anclaje de todas las experiencias sensoriales, perceptivas, motoras, afectivas, emocionales, cognitivas y del mundo del inconsciente. Es la intersección entre las funciones del organismo y la vida psíquica y afectiva de la persona. Mediante la metodología de la revisión bibliográfica y estudios de casos se extraen las principales conclusiones a la hora de tratar con menores con TEA diagnosticado. La terapia psicomotriz con menores con TEA es un espacio que posibilita conectar experiencias sensoriales primarias no integradas con sensaciones y emociones integradas a través de una relación significativa con el terapeuta motriz. Como una de las principales conclusiones vemos que el trabajo psicomotor favorece la integración de una corporalidad diferenciada, subjetivada e investida y una vivencia relacional significativa y susceptible de ser pensada, que posibilita poder separarse y tolerar, sin demasiada angustia, el dolor de la pérdida, para poder existir como sujeto diferenciado.

Palabras clave: *psicomotricidad, menores, TEA, sensorialidad, cuerpo subjetivado, movimiento*

Abstract

This article reflects on psychomotor therapy with children with Autism Spectrum Disorder (ASD) and the importance of the body as the backbone in understanding its functioning and in treatment. It analyzes the main aspects to be dealt with by the psychomotor professional in practice with minors affected by ASD. The body is the anchor point of all sensory, perceptual, motor, affective, emotional, cognitive experiences and the world of the unconscious. It is the intersection between the functions of the organism and the psychic and affective life of the person. Through the methodology of bibliographic review and case studies, the main conclusions are drawn when dealing with minors with diagnosed ASD. Psychomotor therapy with children with ASD is a space that makes it possible to connect non-integrated primary sensory experiences with integrated sensations and emotions through a significant relationship with the motor therapist. As one of the main conclusions we see that psychomotor work favors the integration of a differentiated, subjectivated and invested corporality and a significant relational experience that can be thought, which makes it possible to separate and tolerate, without too much anguish, the pain of loss, in order to exist as a differentiated subject.

Keywords: *psychomotricity, minors, ASD, sensoriality, subjectivated body, movement*

Fecha de recepción: 24 de abril de 2023. Fecha de aceptación: 29 de mayo de 2023.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: amorralpsicomot@gmail.com

© 2023 Revista de Psicoterapia



Este artículo reflexiona sobre la terapia psicomotriz con niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y la importancia del cuerpo como eje vertebrador en la comprensión de su funcionamiento y en el tratamiento. Una de las dificultades en el TEA es la construcción de uno mismo y de una corporalidad investida y subjetivada (Viloca, 2003; Calmels, 2009). El artículo profundizará sobre esta corporalidad en el funcionamiento mental primario y también en el autismo (el uno mismo), la presencia de registros no verbales y unas manifestaciones corporales específicas del funcionamiento mental autista, basadas en ansiedades y maniobras muy primitivas. El objetivo de este estudio es analizar las estrategias principales de tratamiento a menores con TEA desde la perspectiva psicomotriz basadas en una determinada comprensión.

A través de la experiencia personal como psicomotricista, la búsqueda bibliográfica y el análisis de casos, se plantea cómo el trabajo desde la terapia psicomotriz permite la integración y subjetivación de esos cuerpos autistas fragmentados, en cuerpos capaces de contener y simbolizar la experiencia emocional y relacional. Dando mayor continuidad a la experiencia mental y simbólica. El trabajo de campo se ha realizado durante más de quince años en el Centro Carrilet de Barcelona, cooperativa sin afán de lucro fundada por la psicoanalista Lluïcia Viloca y que atiende, desde el año 1974, a niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista y a sus familias y en el Centro Cor de Calella en atención privada.

El objetivo de mi estudio durante todos estos años ha sido investigar y profundizar en la relación entre cuerpo y autismo y poder verificar como hay una falla importante en la construcción de la corporalidad, la integración somatopsíquica, la cohesión y regulación de este. Este estudio plantea ideas, estrategias y aportaciones para un trabajo que incida en esta construcción de la corporalidad, esencial en el abordaje en menores con TEA. El cuerpo es el sustento durante los primeros años de vida para el proceso de diferenciación y separación.

Marcos de Referencia

El marco de referencia teórico para este estudio se basa en las aportaciones de las teorías psicodinámicas y la Práctica Psicomotriz Aucouturier

Las teorías psicodinámicas se refieren a una comprensión de los mecanismos del mundo interno y a la posibilidad de cambio. En el autismo en concreto se presupone que no hay una estructura primitiva, un Yo diferenciado del entorno, la persona con TEA vive de forma insoportable la separación corporal. La comprensión y la intervención desde una mirada psicodinámica se basarán en la posibilidad de construir un continente corporal y un pensamiento embrionario, en palabras de Júlia Coromines (1998) “Integrar la sensorialidad” lo que va a permitir al niño diferenciarse y separarse de su entorno (Morral y Pallas, 2017).

La Práctica Psicomotriz Aucouturier, desarrollada por el profesor Bernard Aucouturier (2004) profundiza sobre la construcción de la unidad corporal que parte de la unidad dual y de la formación de las primeras fantasías primarias de

acción que son fruto de una transformación de lo sensorial en la actividad íntima de la interacción o relación significativa. Cuando por diferentes y múltiples causas el menor no puede construir la unidad corporal, aparecen lo que Aucouturier denominó como angustias arcaicas, que impiden al niño poder descentrarse y poder transitar del mundo de la sensoriomotricidad al mundo del pensamiento simbólico.

El Trastorno del Espectro Autista

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) afecta a la comunicación y el lenguaje, la interacción social recíproca y el pensamiento simbólico. Aunque el autismo fue definido por Kanner en 1948, fue Wing en 1981, la primera de hablar del espectro autista. Actualmente el DSM-5, en su última revisión (APA, 2013) define los siguientes criterios (a nivel de sintomatología) para el diagnóstico del TEA

La presencia de deficiencias persistentes y clínicamente significativas en la comunicación y la interacción social y la existencia de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y repetitivos (que se tiene que manifestar en varios puntos. Estos criterios se tienen que presentar en diferentes contextos ya sea en la actualidad o en el pasado.

La sintomatología del TEA ha de estar presente en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida) y tiene que causar un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

Hay otras miradas complementarias al DSM-5 que sitúan el “uno mismo” y el cuerpo como elementos primordiales en el abordaje psicomotriz de los niños con TEA. Los investigadores Marshall y Meltzoff (2015), en su artículo sobre los mapas corporales en el cerebro sugieren la idea que el TEA implica una interrupción en el procesamiento de uno mismo-otros, que afecta la capacidad de formar y coordinar representaciones sociales, con efectos en cascada sobre la imitación, la comunicación y la interacción interpersonal.

Las teorías psicodinámicas definen que las personas con TEA tienen dificultades para pensar y para aprender de la experiencia, crear significados de la realidad y construir símbolos (Klein, 1989/1930). En el autismo, los niños viven anclados en la sensorialidad con dificultades importantes para establecer relaciones con su entorno y para construir un cuerpo investido y un pensamiento primario, semilla del posterior acceso al pensamiento y al mundo de las relaciones. Este “uno mismo” o “cuerpo investido” no es por lo tanto un constructo innato, sino que es un proceso dinámico, afectivo y compartido entre el bebé y un entorno significativo.

Vamos a ver esta construcción del “uno mismo” en los primeros años de vida en el funcionamiento mental primario y en el funcionamiento mental autista para posteriormente poder reflexionar sobre la importancia de un abordaje desde la psicomotricidad terapéutica.

El Cuerpo en el Funcionamiento Mental Primario y en el Funcionamiento Autista

El cuerpo es el punto de anclaje de todas las experiencias sensoriales, perceptivas, motoras, afectivas, emocionales, cognitivas y del mundo del inconsciente. Es la intersección entre las funciones del organismo y la vida psíquica y afectiva de la persona. (Rota, 2015). La emoción vivida dentro de un vínculo afectivo significativo, liga las funciones del organismo y la vida psíquica posibilitando la construcción de un cuerpo subjetivado e investido (Morrall y Mestres, 2022). La identidad del ser humano se manifiesta y se fundamenta en esta corporalidad subjetivada e investida (Camps, 2007).

Este proceso se construye en los primeros años de vida del bebé a través de dos ejes: el cuerpo en relación y el cuerpo movimiento. Tal y como describe Aju-riaguerra (1970, 1993) nuestro cuerpo se construye con la presencia de otro cuerpo en una relación íntima con otro significativo.

Por lo tanto, es imprescindible la presencia de otro cuerpo para que podamos existir y construirnos como cuerpo investido y subjetivado. El desarrollo psicomotor en los primeros años de vida, así como los primeros juegos acompañan este proceso de construcción, diferenciación, separación y pérdida.

El funcionamiento mental primario parte de la unidad dual (Aucouturier, 2004) equivalente a la diada descrita por Stern (1991) entre el bebé y su madre, para paulatinamente ir transitando desde la fusión o la indiferenciación mamá-bebé, a la identidad corporal o diferenciación.

Esta diferenciación y organización del Yo y el No-Yo (mundo interno y mundo externo), está llena de aspectos no verbales, como todos elementos transicionales descritos ampliamente por Winnicott (2008), que facilitan este proceso de separación y de adquisición de una identidad. Estos elementos no verbales estarían dentro de la denominada comunicación no verbal (gestual, corporal, expresiva, musical, prosódica, de la ritmicidad conjunta etc.) (Guerra, 2015), que van creando unas sintonías (Stern, 1991) y unas envolturas biológicas y sensoriales que poco a poco se van conectando a las diferentes emociones vividas dentro del vínculo afectivo.

Esto permite al bebé ir construyendo una imagen de “madre” de carácter sensorial (Viloca, 1998; Winnicott, 2008) que le permite poder ir soportando pequeñas ausencias de la madre, poder ir tolerando la espera a través de la construcción e integración de su propio cuerpo que conecta estas sensaciones con las emociones que se producen en estas primeras interacciones del bebé y su entorno. Cuando estas sensaciones se vuelvan difíciles e insoportables para el bebé será necesaria la presencia de una madre con la suficiente capacidad para poder contener, transformar, digerir, metabolizar estas ansiedades (elementos beta) y devolvérselas a su bebé en su cuerpo y en su psique incipiente en forma de sensaciones y emociones que el bebé pueda tolerar, digerir y metabolizar (elementos alfa según Bion, 1977).

En el funcionamiento autista este proceso de construcción de la identidad que pasa por la construcción de una corporalidad investida y subjetivada no ha podido

realizarse. Las causas son multifactoriales genéticas, neurológicas, biológicas, sociales y ambientales, algunas conocidas y otras aún no. En el funcionamiento autista los niños viven aferrados a la indiferenciación y la autosensorialidad y utilizan diferentes maniobras, todas del orden de la sensorialidad para mantener el entorno indiferenciado e invariable (Corominas, 1998) y que dificultan la construcción de una corporalidad.

Estas maniobras autistas tienen unas manifestaciones en el cuerpo que pueden ser definidas como comunicación no verbal ya que para poder hablar de comunicación se requiere una diferenciación y separación que en autismo no existe.

En Morral (2022) se desarrollan ampliamente estos registros no verbales diferenciándolos de la comunicación no verbal del bebé durante los primeros años de vida. Estos serían: las angustias arcaicas (Aucouturier, 2004), los mecanismos de defensa primarios (Fraiberg, 1982) el desmantelamiento (Meltzer, 1979), y la autosensorialidad (Viloca, 2003) y los objetos y formas autistas (Tustin, 1987). Estos mecanismos del orden de lo no verbal no tienen un lugar psíquico por falta de una organización somato-psíquica (Aucouturier, 2004). Son aspectos arcaicos y sensoriales no integrados entre sí y que no se han podido conectar o ligar a las diferentes emociones por lo que en el autismo se expresan de forma desregulada, invasiva, fragmentada y sin conciencia, formando lo que Bick (1968) denomina una segunda piel. Una segunda piel que se externaliza (Corominas, 1998) en las manifestaciones corporales (Calmels, 2009) y que sostiene falsamente a la persona con TEA manteniéndolas en un mundo indiferenciado y sensorial.

Vamos a ver de forma resumida estos registros no verbales:

- 1- Las angustias arcaicas, descritas por el profesor Aucouturier (2004). La angustia de caída, de falta de límite, de explosión, de licuación, de arrancamiento: acciones sensoriales, engramadas y sin concienciación, no conectadas con ninguna emoción. No son una representación, aunque dentro de una intervención desde la terapia psicomotriz serán parte importante del tratamiento.
- 2- Los mecanismos de defensa primitivos, descritos por Fraiberg (1982) (propios del cerebro reptiliano, el más arcaico) aparecen cuando no se pueden metabolizar las experiencias externas (por diferentes causas). Son mecanismos previos a la construcción del yo.
- 3- El desmantelamiento sería lo opuesto a la integración sensorial. Es propio de los funcionamientos autistas donde no hay una percepción de la tridimensionalidad. En el desmantelamiento el mundo es percibido de forma bidimensional, no hay conexión entre los diferentes elementos ni del mundo externo, ni del mundo interno ni del propio cuerpo. El desmantelamiento da una falsa sensación de unidad que tiende a fragmentarse delante de cualquier discontinuidad, ruptura o diferenciación, pudiendo provocar crisis de agitación psicomotriz. Así pues, el niño/a autista se mantiene en el desmantelamiento como maniobra para no conectar dando una falsa

apariciencia, a nivel de superficie (de forma), de unidad y consistencia (Meltzer, 1979).

- 4- En la autosensoresialidad el pequeño con autismo se aferra a las sensaciones y las utiliza para mantenerse en la indiferenciación, en un estado de fusión y para negar o anular la presencia del otro: la comunicación, la interacción y el acceso al mundo del lenguaje y del pensamiento (Viloca, 2003).
- 5- Los objetos y las formas autistas, a diferencia de los objetos transicionales descritos por Winnicott (2008), no representan a la madre, sino que la substituyen. No son un tránsito hacia la diferenciación y la simbolización, sino que son otra maniobra que no permite construir la permanencia de objeto ni el recuerdo.

Estos registros no verbales no permiten la construcción de la una corporalidad investida y subjetivada. El trabajo desde la psicomotricidad con niños con autismo requerirá de un conocimiento profundo de todas estas maniobras sensoriales y registros no verbales para poder transformarlos “como si fueran una forma de comunicar”. Paralelamente se requerirá de un trabajo y acompañamiento a la integración del cuerpo y a la construcción de la corporalidad investida conectando y ligando las sensaciones a las emociones, al recuerdo y la representación.

Aplicaciones de la Terapia Psicomotriz con Menores con TEA: “del Trabajo con Casos a la Teoría”

A través del trabajo psicomotriz realizado, la observación de casos, la supervisión y la experiencia y teniendo en cuenta las aportaciones de los autores relatados, se intenta entender cuáles serían las consideraciones a tener en cuenta para realizar terapia psicomotriz con menores con TEA.

La terapia psicomotriz con niños con TEA es un espacio que posibilita conectar experiencias sensoriales primarias, es decir, estos registros no verbales y todas las maniobras autistas (no integradas, ni conectadas, ni mentalizadas), con una emoción a través de una relación significativa con el terapeuta. El trabajo psicomotor favorece la integración de una corporalidad diferenciada, subjetivada e investida y la integración de una vivencia relacional significativa y susceptible de ser pensada, que posibilita poder separarse y tolerarse sin demasiada angustia, el dolor de la pérdida, para poder existir como sujeto diferenciado (Morral, 2022).

El trabajo terapéutico con personas con TEA consiste en poder reconstruir una historia de relación (Rota, 2015) a través de la vía corporal integrando en el cuerpo todas las experiencias sensoriales, perceptivas, motoras, cognitivas, emocionales, afectivas, relacionales y del inconsciente. El eje vertebrador de nuestro trabajo es el cuerpo en relación y en movimiento.

Consideraciones Generales de la Terapia Psicomotriz

El abordaje psicomotor requiere de una formación específica del terapeuta psicomotriz (formación teórica-práctica y corporal) y de un espacio (sala de psi-

comotricidad) y unos tiempos determinados y específicos. Los diferentes tiempos a lo largo de una sesión o de una terapia favorecen el proceso de transitar desde la indiferenciación hasta la diferenciación (de la piel al pensamiento) (Benincasa et al., 2018). Partiendo de lo sensorial, de la piel, sus sensaciones y percepciones, su movimiento o actividad espontánea, hacia la emoción compartida y encarnada, la permanencia y la continuidad, la representación y el pensamiento.

La sala de psicomotricidad ha de ser un espacio de confianza y seguridad anclado en los registros no verbales y las maniobras sensoriales que se expresan en el cuerpo en movimiento y en el cuerpo en relación con otro cuerpo significativo (terapeuta-paciente), que va a permitir dar un significado compartido a la sensorialidad y a todas las maniobras sensoriales de las personas con TEA e ir construyendo e integrando la corporalidad.

Los materiales son principalmente no estructurados, o sea que son materiales que no tienen una finalidad concreta. En cada proceso terapéutico será importante seleccionar los materiales que vamos a utilizar según el momento madurativo y las necesidades del niño con TEA.

Como se ha señalado anteriormente, la temporalidad será muy importante, ya que el mantenimiento de la continuidad entre sesión y sesión permitirá un espacio de confianza, donde se podrán repetir de forma significativa las experiencias construidas en el espacio psicomotriz hasta que se pueda llegar al significado. La repetición significativa constituye una de las formas de acceso a la relación, el significado y el pensamiento de las personas con TEA (Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet, 2013).

Los momentos de entrada y salida, serán atendidos de forma especial, ya que son momentos de mucha fragilidad, en los cuales se pone en juego la continuidad de la experiencia, la posibilidad de sostener la separación sin ruptura, sin el uso de maniobras o defensas de tipo más autistas (como las estereotipias o la autosensorialidad), donde se puedan ir estableciendo imágenes sensoriales o corporales, que tengan la cualidad de presímbolo y permitan el posterior acceso al símbolo, el recuerdo y el pensamiento (Viloca, 2003).

Los Primeros Momentos de la Terapia: Partir de la Comprensión y la Indiferenciación

Los primeros momentos del trabajo con un niño con autismo requieren de una gran capacidad de observación interactiva por parte del terapeuta. Esta observación profunda del cuerpo en relación y movimiento, que nos indicará el nivel de sensorialidad de la persona con autismo y nos permitirá poder entender en qué momento madurativo se encuentra y registrar sus maniobras autistas.

Joan se despide de su mamá en la entrada al centro si mirarla y sin expresar ningún gesto relacionado directamente con la separación. Entra por el largo pasillo que une la entrada principal y la sala de psicomotricidad corriendo, dando vueltas a la vez y hablando en voz alta sobre los huracanes. Cuando entra dentro de la sala sigue dando vueltas cada vez

más rápido hasta que se desequilibra y cae al suelo. Con los cojines de la sala construyo una casita y le invito a entrar dentro para poder estar más tranquilo. Dentro de la casita le recuerdo que su mama está a fuera en la calle esperándole y que ahora está aquí conmigo y que vamos a jugar un ratito. Como su respiración es aún muy alterada dentro de la casita lo cubro con una tela suave y grande y con mis manos por encima de la tela voy resiguiendo el contorno corporal con un ritmo lento, con un toque continuo y con la presión suficiente.

En este caso en concreto la observación interactiva hace pensar en la dificultad ante la separación y como su cuerpo comunica esta angustia con la desorganización corporal y la pérdida del equilibrio y la búsqueda de la sensación de caída. No hay posibilidad en este momento de poder expresar la angustia y la emoción de otra forma que no sea a través de la desregulación corporal y sensorial y las angustias primitivas de caída y de falta de límite

La finalidad de esta observación es la construcción de una hipótesis corporal que nos permita poder establecer y trazar un camino. La observación está basada en diferentes parámetros psicomotores algunos son generales de la psicomotricidad como disciplina y otros son específicos del trabajo de niños con TEA.

Sin adentrarnos demasiado en la temática de la observación, cabe resaltar la importancia de los siguientes parámetros: la relación con el espacio y el cuerpo, la relación con el propio cuerpo, la relación con los objetos, el nivel de sensorialidad y la presencia de maniobras y/o registros no verbales. Estos aspectos nos van a permitir empezar a pensar y plantear una hipótesis de trabajo pensado des de lo corporal.

Los primeros acercamientos con el paciente han de priorizar los procesos como la regulación y la construcción una sintonía conjunta. El terapeuta en estos primeros momentos tiene que actuar de una forma indiferenciada y muy fusional. Este funcionamiento permitirá que el niño con TEA se sienta menos amenazado y por lo tanto disminuyan poco a poco las maniobras autistas.

Para conseguir esta primera aproximación desde la indiferenciación y fusionalidad entre el niño y el terapeuta psicomotriz podemos construir envolturas teniendo en cuenta las cualidades como el tono y el volumen de voz, el tiempo (si es un tiempo rápido o de tiempo lento), el canal sensorial utilizado por el niño con autismo (si es el visual, si el auditivo, el táctil). Estas envolturas serán en un principio sensoriales y darán al niño con autismo seguridad ya que reproducirán en parte una sensación de unidad dual, de fusión y de indiferenciación, por ejemplo, una ecolalia puede ser una de estas envolturas sensoriales. Poco a poco estas envolturas sensoriales irán cargándose de emocionalidad, de vínculo y de historia compartida a través de la repetición significativa. Estas pueden ser también una melodía, una canción, una música, un cuento (Morrall, 2022).

En el caso de Joan la envoltura de todo su cuerpo con una tela suave (tela que era guardada dentro de su caja de tratamiento y que era siempre la misma actuaba como una envoltura sensorial, de recogimiento de todo su cuerpo. Poco a poco es

importante poder ir conectando todas estas sensaciones de envoltura, recogimiento, continuidad, etc. a la relación. Antes será necesario investir esta tela como un elemento que ayuda a Juan a poderse despedir de la mamá y guardar dentro de su cabeza a su mamá durante la sesión.

Juan cuando había un periodo de vacaciones se llevaba a su casa la caja con su tela y la traía otra vez de vuelta con terminaban el periodo vacacional.

Otras estrategias pueden ser la utilización del ritmo y sobre todo poder encontrar una ritmicidad conjunta de la dualidad niño/terapeuta. Se trata de ir encontrado una distancia adecuada a cada momento del proceso terapéutico, una distancia en lo físico, pero también una distancia en el plano emocional y psicológico. Otras de las estrategias que podemos utilizar para construir este espacio seguro para el niño con autismo es la imitación (Trevarthen y Delafield, 2011). La estrategia de la imitación en un primer momento va a permitir aproximarse al pequeño con autismo de una forma poco invasiva difuminando la presencia de otro diferente. Este acercamiento hace posible que la persona con TEA viva esta presencia como un objeto que puede controlar y anticipar, un objeto repetitivo y previsible (Arias et al., 2015a; 2015b).

La imitación dentro de la sala tiene diferentes maneras o formas de llevarla a cabo según cada niño y su momento en el proceso de diferenciación y las ansiedades predominantes. Se tiene que entender la imitación no como algo concreto sino como un continuum que tendrá que estar relacionada con este proceso de diferenciación y las ansiedades predominantes. Por eso la imitación, igual que el espectro autista, es un abanico que va desde la imitación más adhesiva hasta la imitación por turnos o la interacción “tú y yo”.

Durante el Tratamiento

Hay que partir siempre de lo que el niño traiga a la sala y de la actividad espontánea. Por lo tanto, al trabajar con niños con TEA, se trabaja con las manifestaciones externas de todos los registros no verbales y maniobras autistas. Lo que la doctora Corominas (1998) denominaban las externalizaciones. Durante el tratamiento vamos a dar un espacio a todas estas angustias arcaicas. Van a repetirlas de forma constante y de forma no concienciada (estereotipada), sin concienciación, repitiendo una sensación sin poderla conectar ni integrar ni al cuerpo ni a la emoción o vivencia.

Con nuestra presencia vamos a darles continuidad, significación y poco a poco se irá integrado esta sensorialidad en el cuerpo y ligándola a las emociones que irán surgiendo dentro de la relación terapeuta- niño. Será necesaria la repetición, pero no una repetición robotizada sino una repetición encarnada que nos posibilitará poco a poco ir pudiendo representar estas angustias. Esta representación pasará por la palabra, el cuerpo, el juego, el dibujo, la construcción, el recuerdo etc. El objetivo será transformar estas angustias arcaicas, la sensorialidad, los objetos autistas, las defensas primitivas o sea todos estos registros no verbales en elementos compartidos, significativos y comunicativos.

Durante un largo proceso de terapia psicomotriz Joan externalizaba en la sala, en los objetos y en su propio cuerpo angustias ligadas a la sensación de caída, de derrumbe y de explosión. Las sesiones eran “juegos” relacionados con huracanes, explosiones, terremotos, volcanes donde el material salía disparado por todas partes. Joan se subía encima de la espaldera para tirar objetos y ver como caían al suelo. Todas estas acciones trascurrían mientras Joan se mostraba excitado, con su cuerpo daba vueltas sobre sí mismo, saltaba y realizaba movimientos de balanceo. Poder terminar la sesión era difícil y cuando en una salita mas pequeña se le ofrecía material para una posible representación, Joan dibujaba redondas y las pintaba con rotuladores de forma insistente hasta que se hacía un agujero en el papel. Yo guardaba todos sus dibujos con sus agujeros (siempre de color azul) dentro de una carpeta en su caja personal.

Poco a poco Joan pudo ir regulando, trasformando toda su excitación (autosensorialidad) y conectarla a la emoción que le producía poder tener un tiempo y un espacio donde poder representar sus volcanes, sus huracanes terremotos. Pudimos ir organizando un Juego mas elaborado y pudo permitir que yo participara y aportara mis ideas y jugara con él. También pudimos pasar de la búsqueda de sensaciones de caída constantes a poder vivenciar juegos de tirar la pelota, pasarnos la pelota, juegos de saltar, etc. y aceptaba el poder recoger la sala y me ayudaba a recoger apilando los cojines en forma de torre o de pared.

Con los papeles agujereados cuando Joan pudo empezar a transformar y representar toda esta sensorialidad y poderla compartir conmigo también empezó a aceptar que yo tapara estos agujeros con cinta adhesiva transparente. Joan hacia agujeros y yo con la cinta adhesiva los tapaba. Agujeros de colores diferentes colores, agujeros grandes, pequeños y medianos. Mientras Joan hacia agujeros con el papel y yo los tapaba yo le iba verbalizando que a lo mejor a él un día también le apetecía poder hacer redondas de colores sin agujero. Solo tenia que poder parar la mano. Un día después de varios meses repitiendo casi la misma secuencia con mi mano sujeté la mano de Joan antes de que el papel se agujereara. Tiempo después de aquellas redondas fueron apareciendo rostros humanos con sus ojos, sus bocas, su nariz, etc. Paralelamente a todo este proceso de transformación de las angustias arcaicas y la sensorialidad en representaciones y juegos compartidos Joan pudo ir ampliando su lenguaje, adquiriendo ciertos aprendizajes en la escuela y pudiendo integrar y trasformar toda su excitación sensorial.

El trabajo psicomotriz facilita poder transformar todos estos registros sensoriales no verbales, sensoriales en elementos comunicativos, en juegos en elementos susceptibles de ser representados, recordados y pensados integrándolos en una corporalidad subjetiva investida de la relación y de los afectos.

Durante algunas sesiones con Juan siempre jugamos con tambores. Juan tenía muchas dificultades con la función de agarre y muchas veces cogía un objeto y se le caía al suelo, era como si fuera perdiendo los objetos de las manos. Como le gustaba mucho la música dentro de la sala teníamos un espacio donde había varios instrumentos de percusión sobre todo tambores grandes. Era una forma de poder ir trabajando la función de agarre, invistiendo las manos como una parte del cuerpo más fuerte y conectarla al placer de poder tocar el tambor. A Juan le encantaba que yo tocara con él y que siguiera su ritmo. Cuando tocábamos por turnos (ahora Juan y ahora yo) me pedía siempre “Angels, toca como Juan” lo que yo entendía era: Angels, no actúes muy diferente a como yo actúo

Poder disfrutar de forma compartida de esta necesidad de Juan de poder anticiparme y controlarme favoreció construir poco a poco una relación basada en la confianza y una antesala a todo el trabajo posterior de diferenciación progresiva entre Juan y yo.

Conclusiones

En este artículo se ha examinado la importancia del trabajo psicomotriz en niños con TEA que permita poder construir una corporalidad subjetivada y a la vez poder acoger, dar un espacio y posteriormente transformar todos los elementos y registros sensoriales en elementos que se puedan recordar, representar, comunicar, jugar y ser pensados en una relación significativa.

Analizando durante más de quince años el trabajo con menores con un diagnóstico de TEA hemos visto que son de gran validez las ideas descritas por las teorías psicodinámicas (Coromines, 1998; Tustin, 1987; Viloca, 2003) y todas las aportaciones de la Práctica Psicomotriz Aucouturier (Aucouturier, 2004). Pero para poder trabajar con menores con TEA será necesario poder integrar estas dos teorías y también será necesaria una comprensión profunda del funcionamiento autista sobre todo de los registros no verbales, de la sensorialidad y de las angustias arcaicas para iniciar un abordaje centrado en estos aspectos y en la construcción de la corporalidad. Considero que esta será la base que posteriormente pueda sostener el proceso de diferenciación.

Los últimos estudios neurocientíficos ofrecen una explicación del autismo basada en una alteración de la experiencia encarnada y de la cohesión de este self nuclear primitivo (Delafield-Butt et al., 2023). Para ellos también hay una falla básica y arcaica que tiene relación con el cuerpo y con el investimento o encarnación intersubjetiva de este.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Panamericana.
- Ajuriaguerra, J. (1970) *Manual de psiquiatría infantil*. Masson.
- Ajuriaguerra, J. (1993). Ontogénesis de la postura. Yo y el otro. *Psicomotricidad. Revista de Estudios y Experiencias*, 45, 19-20.
- Arias, E., Fieschi, E. y Mestres, M. (2015b). La imitació del nen autista en la psicoteràpia psicoanalítica: fonaments, disseny i aplicació [La imitación del niño autista en la psicoterapia psicoanalítica: fundamentos, diseño y aplicación]. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 32(1), 123-37.
- Arias, E., Fieschi, E., Miralbell, J., Castelló, C., Soldevila, A., Anguera, y Mestres, M. (2015a). Efectos de la imitación en la interacción social recíproca en un niño con trastorno del espectro autista grave. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 25, 9-20.
- Aucouturier, B. (2004). *Los fantasmas de la acción y la práctica psicomotriz*. Graó.
- Anzieu, D. (2007). *El Yo piel*. Editorial Biblioteca nueva.
- Benincasa, G., Acebo, R., Luna, A. Masabeu, E y Morales, P. (coord.) (2018). *Terapia psicomotriz: reconstruyendo una historia*. Octaedro.
- Bick, E. (1968). L'experiència de la pell en les relacions d'objecte primerenques [La experiencia de la piel en las relaciones de objeto tempranas]. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 10(1-2), 77-81.
- Bion, W. R. (1977). *Volviendo a pensar*. Paidós.
- Calmels, D. (2009). *Infancias del cuerpo*. Biblos.
- Camps, C. (2007). El diálogo tónico y la construcción de la identidad personal. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 25(7), 5-30.
- Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet (2013). *Comprensió i abordaje educativo y terapéutico del TEA*. Horsori.
- Corominas, J. (1998). *Psicopatología arcaica y desarrollo: ensayo psicoanalítico*. Paidós.
- Delafield-Butt, J., Dunbar, P. y Trevarthen, C. (2023). Alteración del self nuclear en el autismo y su cuidado. *Aperturas Psicoanalíticas*, 72, e5.
- Fraiberg, S. (1982). Pathological defenses in infancy [Defensas patológicas en la infancia]. *Psychoanalytical Quarterly*, 51(4), 612-635. <https://doi.org/10.1080/21674086.1982.11927012>
- Guerra, V. (2015) [Director]. *Indicadores de la intersubjetividad 0-12m: Del encuentro de miradas al placer de jugar juntos* [Documental]. *Asociación de Uruguay*.
- Klein, M. (1989). La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo. En M. Klein (ed.), *Obras completas*, I (pp. 224-237). Paidós. (Trabajo original publicado en 1930)
- Meltzer, D. (1979). *Exploraciones el autismo*. Paidós.
- Marshall, P. J. y Meltzoff, A. N. (2015). Body maps in the infant brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(9), 499-505.
- Morral, À. (2016). El cuerpo del niño con TEA. Algunas ideas sobre la comprensión y el abordaje. *Revista Entre Líneas*, 38, 23-30.
- Morral, À. (2022). Los registros no verbales en el TEA. Una forma de comunicar. *Cuadernos de Psicomotricidad*, 54, 22-37.
- Morral, À. y Pallás, F. (2017). Padovan desde una experiencia relacional: una experiencia con niños pequeños con TEA. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 42, 163-175.
- Morral, À y Mestres, M. (2022). Terapia psicomotriz con un niño con TEA “de la autosensorialidad a la unidad corporal”. *Revista Chilena de Psicomotricidad*, 6, 8-13. https://www.fundacion.cicep.cl/revista/assets/files/Revista_Psico_N6.pdf
- Rota, J. (2015). *La intervención psicomotriz: de la práctica al concepto*. Octaedro.
- Trevarthen, C. y Delafield-Butt, J. (2011). Autism as a developmental disorder of unintentional movement and affective engagement [El autismo como trastorno del desarrollo en el movimiento intencional y el compromiso afectivo]. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 7, 1-16. <https://doi.org/10.3389/fnint.2013.00049>
- Tustin, F. (1987). *Estados autísticos en los niños*. Paidós.
- Viloca, Ll. (1999). De la discontinuïtat a la continuïtat en la relació d'objecte. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, XVI,1.
- Stern, D. N. (1991). *El mundo interpersonal del infante*. Paidós.
- Viloca, L. (1998). Ansietat catastròfica: de la sensorialitat a la comunicació [Ansiedad catastrófica: de la sensorialidad a la comunicación]. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 15(1), 53-60.
- Viloca, L. (2003). *El niño autista: detección, evolución y tratamiento*. CEAC.
- Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: a clinical account [Síndrome de Asperger: un relato clínico]. *Psychological Medicine*, 11(1), 115-130. <https://doi.org/10.1017/S0033291700053332>
- Winnicott, D. V. (2008). *Realidad y juego*. Gedisa.

CONSTRUYENDO UNA DISCIPLINA: ACREDITACIÓN COMO PSICÓLOGO/A EXPERTO EN PSICOMOTRICIDAD EN CATALUÑA

BUILDING A DISCIPLINE: ACCREDITATION AS A PSYCHOLOGIST / EXPERT IN PSYCHOMOTOR IN CATALONIA

Joaquim Serrabona Mas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9550-8664>

Universidad Ramon Llull, Barcelona. España

Colegio Oficial de Psicólogos de Psicología Cataluña. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Serrabona, J. (2023). Construyendo una disciplina: Acreditación como psicólogo/a experto en psicomotricidad en Cataluña. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 91-96. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37823>

Resumen

En el presente artículo se expone el proceso de acreditación como psicólogo experto en Psicomotricidad impulsado por el Colegio de Psicología de Cataluña en su política de favorecer el desarrollo competencial necesario para dar respuesta a las diferentes demandas y necesidades que se le pueda presentar a un psicólogo/a experto/a en psicomotricidad en el ejercicio de su profesión. Una de las tareas más importantes de un Colegio Profesional es la de proteger los intereses de los profesionales y usuarios, velando por que los diferentes servicios profesionales se presten en un contexto de fiabilidad científica y técnica. En este sentido se exponen los criterios que se han establecido desde el año 2016 y que han permitido obtener la citada acreditación a 55 psicólogos/as.

Palabras clave: psicomotricidad, acreditación, competencias profesionales, psicología

Abstract

This article explains the accreditation process for an expert psychologist in Psychomotricity, promoted by the School of Psychology of Catalonia, in its policy of encouraging the development of competence necessary to respond to the different demands and needs that may be presented to a psychologist who is an expert in psychomotor skills in the exercise of his/her profession. One of the most important tasks of a Professional Association is to protect the interests of both professionals and users, ensuring that the different professional services are provided in a context of scientific and technical reliability. In this regard the criteria that have been established since 2016, and that have allowed 55 psychologists to obtain the above-mentioned accreditation, are set out.

Keywords: psychomotricity, accreditation, professional skills, psychology



La construcción de una disciplina supone el avance en aspectos conceptuales, sociales y profesionales, de forma que presentamos en el Colegio de Psicología de Cataluña el proceso de acreditación como Psicólogos expertos en Psicomotricidad, proceso impulsado por el grupo de trabajo de Psicomotricidad del COPC (Colegio Oficial de Psicología de Cataluña) y APSI (Asociación de Psicomotricidad de Integración), en Colegio Oficial de Psicología de Cataluña, lo que ha supuesto un reconocimiento institucional para los psicólogos/as con la calificación suficiente para ejercer en el ámbito preventivo y o terapéutico como expertos en Psicomotricidad, con la intención de establecer unos criterios de calidad en la actividad profesional. Se ha pretendido que la iniciativa permita dar respuesta a una adecuada intervención profesional de calidad, tanto en el marco educativo como terapéutico.

Todo práctico de la psicomotricidad debe recibir una formación polivalente, que le permita conocer todas las dimensiones de la psicomotricidad, de forma que pueda responder con la mayor eficacia a la demanda, a los deseos y necesidades del niño, en función de las significaciones múltiples que él puede dar a su gestualidad, a su obrar. (Lapierre y Aucouturier, 1980, p. 60)

La existencia de una especificidad en el ámbito de trabajo y en el tipo de abordaje psicomotriz, justifica plenamente la existencia de un profesional con competencias propias capacitado para actuar en el campo de la prevención y de la terapia.

La administración debería incorporar a los profesionales de la psicología con capacitación en psicomotricidad tanto en servicios de sanidad, como en la educación o servicios sociales.

La Federación de Asociaciones de Psicomotricistas del Estado Español, en su definición del perfil profesional del psicomotricista (Berruezo 1996) propone las siguientes áreas de competencia: Diagnóstico, prevención, educación, terapia y área de formación, investigación y docencia. La finalidad es la capacitación para el desarrollo de la actividad profesional, la profundización en sus ámbitos de competencia y la transmisión de los contenidos ligados a esta práctica. Resume el perfil profesional de la siguiente manera:

El psicomotricista es el profesional que se ocupa, mediante los recursos específicos derivados de su formación, de abordar a la persona, cualquiera que sea su edad, desde la mediación corporal y el movimiento.” ... “La intervención del psicomotricista va dirigida tanto a sujetos sanos como a quienes padecen cualquier tipo de trastorno, limitación o discapacidad y su trabajo puede desarrollar individual o grupalmente, en calidad de profesional libre o integrado en instituciones educativas o sociosanitarias. (Berruezo, 2000, p. 26)

Así pues, vemos el campo de actuación en dos frentes:

a) Cuerpo pedagógico, donde se encuentra la actividad educativa/reeducativa del psicomotricista con un determinado propósito: conseguir llevar al individuo hasta la consecución de sus máximas posibilidades de desarrollo, de habilidad, de autonomía y comunicación (Fernández, 1990).

b) Cuerpo patológico: se realiza una actividad rehabilitadora/terapéutica que se orienta hacia la superación de los déficits o inadaptaciones que se producen por trastornos en el proceso evolutivo provocados por diversas causas, orgánicas, afectivas, cognitivas o ambientales (Berrezo, 2000).

Estamos de acuerdo con Berruezo (ex presidente de la FAPEE) en que

La psicomotricidad debe proponer dos líneas de trabajo bien diferenciadas que se corresponden con las dos vertientes aquí expuestas. Por un lado debe ser un instrumento educativo en mano de maestros y educadores o pedagogos que contribuya a sentar adecuadamente las bases de los aprendizajes y de la personalidad de los niños/as. Por otra debe caracterizar una figura profesional específica, el psicólogo/a experto en psicomotricidad que se encarge de abordar, con un peculiar enfoque, los trastornos y disfunciones que podemos denominar psicomotrices. (Berruezo, 2000, p. 33)

Desde hace más de 25 años existen formaciones de posgrado específicas y consolidadas vinculadas a Universidades, como La Universidad Ramon Llull (26 ediciones) La Universidad La Universidad Rovira i Virgili (16 ediciones), la Universidad Autónoma de Barcelona (10 ediciones) o la Universidad de Vic con también 10 ediciones, lo que nos permite garantizar un elevado competencial de los psicólogos/as formados en esta área.

Actualmente, desde el Colegio Oficial de Psicología de Cantabria y Cataluña, se ha impulsado desde el curso 22-23, el Máster Internacional en Psicomotricidad con una duración de 2 años, aportando formación teórica, práctica y personal para el ejercicio del abordaje psicomotriz, tanto en el plano preventivo y terapéutico.

Por estos motivos se ha potenciado la aprobación de la acreditación como Experto en Psicomotricidad por el COPC (Colegio Oficial de Psicología de Cataluña).

Justificación

El Psicólogo experto en Psicomotricidad, tiene un marco competencial de actuación que requiere una especialización para poder ejercer en los diferentes centros y en los diferentes ámbitos. Esta labor profesional tiene una repercusión directa en la sociedad. Es por esta razón que se hace imprescindible que desde los Colegios de Psicología, se vele por garantizar que los profesionales que intervienen tienen, no sólo los conocimientos necesarios adquiridos, sino el desarrollo competencial necesario para dar respuesta a las diferentes demandas y necesidades que se le pueda presentar a un psicólogo/a experto/a en psicomotricidad en el ejercicio de su profesión. Una de las tareas más importantes de un Colegio Profesional es la de proteger los intereses de los profesionales y usuarios, velando por que los diferentes servicios profesionales se presten en un contexto de fiabilidad científica y técnica. La tendencia que se manifiesta en Europa, y también en diferentes contextos profesionales de nuestro país, es que las asociaciones y colegios profesionales trabajen para establecer acreditaciones que avalen la competencia en un área determinada, con el objetivo de garantizar un servicio especializado, que responda adecuadamente a

los intereses y derechos de los usuarios. Así, el Colegio Oficial de Psicología de Cataluña (COPC) tiene abierto desde 2016, un proceso de acreditación de Experto en Psicomotricidad, que supone el reconocimiento científico y social de la capacitación profesional, en este ámbito, de todos los psicólogos psicomotricistas que disponen de los conocimientos y competencias consideradas adecuadas y necesarias en esta disciplina, enmarcando una praxis profesional de calidad, en parámetros compatibles con acreditaciones internacionales existentes.

Objetivos de la Acreditación

- Mejorar la calidad del desarrollo de la persona y el aprendizaje en los distintos niveles evolutivos.
- Diagnosticar e intervenir ante cualquier tipo de trastorno (emocional, conductual, de personalidad, etc) que pueda afectar a un alumno/a en su salud o proceso de aprendizaje.
- Prevenir, detectar y evaluar cualquier tipo de problema relacionado con el desarrollo de la persona que sea susceptible de mejora mediante la intervención psicomotriz, tanto personal como grupal o institucional.
- Dotar de recursos teóricos y prácticos para elaborar la programación psicomotriz en la educación infantil y primaria.
- Adquirir experiencia y criterios básicos para desarrollar tareas de diagnóstico y estrategia terapéutica.
- Contribuir a la inclusión del alumnado con algún tipo de necesidad específica de apoyo educativo.
- Dar recursos teóricos y prácticos para realizar una intervención en terapia psicomotriz y para elaborar, realizar o asesorar un proyecto de ayuda psicomotriz en Educación Especial.
- Reciclar conocimientos y metodologías referidas al campo psicomotriz.
- Ofrecer recursos para posibilitar la investigación en psicomotricidad.
- Asesorar a familias, profesorado, alumnado y de otro personal de apoyo a cuestiones relativas al desarrollo psicológico y educativo del alumnado.

Competencias

El psicólogo experto en Psicomotricidad debería llevar a cabo las tareas de prevención, detección de necesidades, evaluación, diagnóstico, orientación, asesoramiento e intervención psicomotriz en las diversas etapas evolutivas y en los distintos ámbitos de actuación, reconocidas por la FAPEE (educativo y terapéutico). Debe ser capaz de tener las competencias necesarias para la realización de las siguientes tareas, sin perjuicio de las que llevan a cabo otros profesionales afines, y que podrían denominarse competencias genéricas.

En el presente artículo señalamos exclusivamente las competencias específicas del terapeuta psicomotriz:

1. Saber analizar las demandas y necesidades de personas, grupos u organi-

- zaciones en diferentes contextos.
2. Saber establecer las prioridades, metas y objetivos de la intervención.
 3. Proponer criterios, estrategias e instrumentos para la valoración del cumplimiento de los objetivos establecidos.
 4. Formular y contrastar hipótesis sobre las demandas y necesidades de los destinatarios.
 5. Valorar, contrastar y tomar decisiones sobre la elección de los métodos y de los instrumentos de medidas adecuados en cada situación o contexto de evaluación.
 6. Ser capaz de detectar los principales trastornos asociados a las distintas etapas del desarrollo.
 7. Identificar las variables (individuales, ambientales, etc.) que pueden influir en una intervención y detectar los signos de resistencia al cambio.
 8. Ser capaz de diseñar, planificar y desarrollar intervenciones o tratamientos.
 9. Aplicar los métodos o estrategias recogidas en el plan de intervención.
 10. Responder y actuar de forma adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención.
 11. Desarrollar un plan para evaluar la intervención de acuerdo a los objetivos establecidos.
 12. Seleccionar y aplicar los instrumentos adecuados para la evaluación del plan de intervención.
 13. Analizar los resultados, valorar los progresos de una intervención psicomotriz y, en su caso, volver a definir los objetivos.
 14. Redactar informes sobre los resultados de la evaluación, la intervención.

Procedimientos para la Obtención de la Acreditación

Podrán obtener la acreditación de Experto en Psicomotricidad los colegiados/ desde que estén interesados y que reúnen los siguientes requisitos:

1. Tener la licenciatura o Grado de Psicología, u otro título homologado o declarado equivalente.
2. Estar colegiado/a en el COPC y estar al corriente del pago de las cuotas colegiales.
3. Acreditar un mínimo de 3 años de experiencia profesional, en el ámbito de la Psicomotricidad educativa y/o terapéutica.
4. Acreditar haber realizado un programa formativo específico y profesionalizador de tercer grado en el ámbito de la Psicomotricidad con un mínimo de 250 horas en entidades universitarias o de programas formativos reconocidos por la Federación de Asociaciones de psicomotricistas del Estado español.

Las solicitudes pueden presentarse en la web del COPC, o personalmente, en la sede del COPC en Barcelona, las delegaciones territoriales. Existe una comisión

de expertos/as, formada por profesionales reconocidos/as, a fin de estudiar los expedientes presentados. Las personas que lo integrarán serán nombradas por la Junta de Gobierno del COPC.

Las solicitudes se pueden presentar por la web del COPC, descargando y rellenando el formulario de solicitud, y enviándolo por e-mail (acreditacions@copc.cat), junto con la documentación requerida escaneada. Los documentos originales se tendrán que aportar físicamente, para ser verificados, el día de la entrevista de evaluación con la comisión de expertos/as, formada por profesionales reconocidos/as, a fin de estudiar los expedientes presentados. Las personas que lo integrarán serán nombradas por la Junta de Gobierno del COPC, y estará constituida, al menos, por: Un miembro de la Junta de Gobierno del COPC, un miembro de la Sección de Educativa y/o clínica y por reconocidos expertos/as en psicomotricidad ajenos a la junta del COPC.

Con la acreditación como profesional de la psicología experto en psicomotricidad, se pretende contribuir, tal como indica el documento de la Comisión Nacional de Acreditación Profesional del Colegio Oficial de Psicología en 2017, a responder a los desafíos que la complejidad de la sociedad del siglo XXI nos presenta, para que el abordaje psicomotriz tenga el sentido fundamental de contribuir al desarrollo integral de las personas y de sus potencialidades, para que puedan ser competentes en los diversos aspectos de su vida y en la sociedad, y sean capaces de actuar con responsabilidad, ética y proactividad ante las realidades en las que nos veamos inmersos.

Referencias

- Berrueto, P. P. (1996). La psicomotricidad en España: de un pasado de incompreensión a un futuro de esperanza. *Psicomotricidad. Revista de Estudios y Experiencias*, 53(2), 57-64.
- Berrueto, P. P. (2000). Hacia un marco conceptual de la Psicomotricidad a partir del desarrollo de su práctica en Europa y España. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado. Psicomotricidad y Educación*, 37, 21-33.
- Consejo General de Psicología de España. (1 de julio, 2017). CNAP Acreditación Nacional del Psicólogo Experto en Psicología Educativa Aprobado en Junta de Gobierno (V2).
- Lapierre, A. y Aucouturier, B. (1980). *El cuerpo y el inconsciente en educación y terapia*. Científico Médica.

UNA PSICOMOTRICIDAD PARA EL SIGLO XXI

PSYCHOMOTRICITY FOR THE XXI CENTURY

Ángel Hernández Fernández

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0459-2555>

Co-coordinador del Máster Internacional en Psicomotricidad de la
Universidad Europea del Atlántico, Santander. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Hernández, A. (2023). Una psicomotricidad para el siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 97-112.
<https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37824>

Resumen

La psicomotricidad ha sufrido profundas transformaciones en las últimas décadas y los siguientes pasos exigen cambios conceptuales que faciliten la comunicación de sus aportaciones a la sociedad, a las administraciones públicas, a la academia y a la comunidad científica. El objetivo del presente trabajo es hacer una revisión de cómo se aborda desde la psicomotricidad el acompañamiento, apoyo y andamiaje al proceso de desarrollo en contextos educativos y terapéuticos.

Como conclusiones de este análisis, se propone una reescritura de la psicomotricidad desde una perspectiva constructivista a fin de impulsar su implantación y reconocimiento social. Con este propósito, se plantea los axiomas básicos de un marco conceptual constructivista para la psicomotricidad, los cuales afectan a la concepción del ser humano, el desarrollo, la mente, la subjetividad, el valor de la diversidad, los objetivos y métodos de intervención, sus ámbitos de actuación, requerimientos y potencialidad en nuestros días.

Palabras clave: constructivismo, sistemas autoconstructivos, diversidad, autogobierno, subjetividad

Abstract

Psychomotricity has undergone profound transformations in recent decades and the following steps require conceptual changes that facilitate the communication of its contributions to society, public administrations, academia and the scientific community. The objective of this paper is to review how the accompaniment, support and scaffolding of the development process in educational and therapeutic contexts is approached from psychomotricity. As conclusions of this analysis, a rewriting of psychomotricity is proposed from a constructivist perspective in order to promote its implementation and social recognition. With this purpose, it presents the basic axioms of a constructivist conceptual framework for psychomotricity, which affect the conception of the human being, development, mind, subjectivity, the value of diversity, the objectives and methods of intervention, its areas of action, requirements and potentiality in our days.

Keywords: constructivism, self-constructive systems, diversity, self-government, subjectivity



Algunas Claves de la Práctica Psicomotriz

Influido por sus orígenes clínicos, la práctica psicomotriz ha navegado tradicionalmente entre dos enfoques muy divergentes.

Uno de ellos, que podría denominarse funcional, parte de un análisis del nivel de ejecución en un conjunto de habilidades perceptivo-motrices y de regulación tónico-postural que pueden situarse en el fondo de algunas dificultades y trastornos en el desarrollo. Utiliza para esta evaluación pruebas y escalas estandarizadas y, a partir de ellas, establece un programa de entrenamiento enfocado a aquellas habilidades en las que la ejecución no alcanza los criterios de referencia.

El otro enfoque, el relacional, plantea un diagnóstico y una intervención globalizada en torno al eje socioafectivo desde una fundamentación de inspiración psicodinámica, en la confianza de que ello liberará los bloqueos en el desarrollo general.

No obstante, en los tiempos actuales, ni a la academia, ni a la comunidad científica, ni a las administraciones públicas, ni a la sociedad en general le resultará fácil comprender la necesidad de un nuevo perfil profesional cuyo ámbito ya está cubierto en el primer caso por otros perfiles más consolidados (profesores de educación física y fisioterapeutas pediátricos) o bien, como en el segundo caso, se sustenta en una narrativa sobre los orígenes del comportamiento humano voluntariamente alejada del proceder científico.

En un esfuerzo por encontrar un espacio propio e integrar perspectivas, el Foro Europeo de la Psicomotricidad (FEP), La Organización Internacional de Psicomotricidad y Relajación (OIPR) y la Red Latinoamericana de Universidades con Formación en Psicomotricidad (Red Fortaleza de Psicomotricidad) firmaron en 2014 la declaración de París que establecía la psicomotricidad como una disciplina que actúa a) en el campo educativo y preventivo para potenciar el desarrollo de las personas en general y b) en rehabilitación y terapia, cuando estas personas se enfrentan a trastornos del desarrollo, aprendizaje, comportamiento adaptativo o cuadros psiquiátricos.

Su modelo de intervención globaliza los aspectos físicos, emocionales, afectivos y cognitivos adoptando una perspectiva bio-psico-social y utilizando técnicas en las que el usuario se enfrenta activamente a experiencias que involucran todos los aspectos mencionados.

La clave de esas experiencias podría situarse, no tanto en las actividades en sí mismas como en una relación estructurante que establecen los usuarios entre sí y con el psicomotricista.

La dinámica que se plantea busca generar una experiencia donde queden reflejados los recursos, necesidades y potencialidades de los usuarios, construyendo un espacio psicológico de intersubjetividad, que posibilite al psicomotricista acompañarles, apoyarles y andamiarles en un proceso de construcción o reconstrucción de sus habilidades cognitivas, emocionales y sociales.

Así, podemos ver que en la práctica psicomotriz son abordados aspectos comu-

nes a la educación en general, como es el desarrollo integral de la personalidad, y a cualquier tipo de psicoterapia, tales como son: el autoconcepto, la resignificación de las vivencias, la gestión emocional, la comunicación y las relaciones sociales.

Su aportación y su valor se sitúa en la forma vivencial en que actúa. Todos comprendemos que no es lo mismo escuchar una disertación sobre el barroco, la vida natural o el consumismo que visitar las grandes catedrales del mundo, hacer un vivac en el bosque o visitar un vertedero. Lo mismo sucede con necesidades psicológicas, motivaciones y temores. La psicomotricidad ayuda a un desarrollo global desde vivencias gestionadas por un especialista en un entorno específico.

El Trabajo sobre la Cognición en Psicomotricidad

La cognición en psicomotricidad se trabaja a partir de la planificación e implementación de acciones creativas, así como favoreciendo la reflexión del usuario sobre sus propias experiencias en las sesiones.

La práctica psicomotriz en este ámbito se caracteriza por ser muy abierta y personalizada, adaptándose a los recursos e intereses de cada individuo, al tiempo que facilita el intercambio de ideas y los acuerdos entre usuarios.

La posterior evocación, interpretación y valoración de proyectos y vivencias durante las sesiones favorece unos procesos cognitivos más complejos y precisos.

Las Emociones en la Práctica Psicomotriz

La psicomotricidad genera y gestiona vivencias con una fuerte carga emocional, lo cual incrementa su potencial educativo y terapéutico.

La correcta gestión de esa carga emocional permite favorecer que el sujeto exprese su singularidad con más claridad, lo cual ayuda a establecer los aspectos prioritarios para la intervención.

Favorece también que las experiencias vividas en la sala sean más significativas para el propio sujeto, ayudándole a reconceptualizar sus percepciones, facilitando su flexibilidad adaptativa y la remodelación de su estructura conceptual y competencial.

Por otra parte, si logran provocar una reacción fisiológica a la que el usuario atribuye un significado valioso, catalizan eficazmente el cambio de patrones emocionales, cognitivos y comportamentales.

Además, las emociones vinculadas a las experiencias vividas en la sala de psicomotricidad pueden ser muy significativas en el desarrollo de las capacidades de autorregulación y autogobierno, factor vital crítico (Poulton et al., 2016).

La Comunicación Metafórica No Verbal

Watzlawick (2008) estudia las características para todo acto comunicativo, las cuales se podrían redefinir para aplicarlas al caso particular de la comunicación en terapia psicomotriz.

En este sentido, podría afirmarse que todas las conductas que se suceden en la sala de psicomotricidad son un acto comunicativo modulado por la mutua influencia

entre las personas presentes. Este hecho hace que, aunque sea interpretado subjetivamente por cada uno de ellos, debiera considerarse de responsabilidad compartida.

Dicha relación, que actúa de fondo a la comunicación, puede ser más o menos simétrica y se puede apreciar en ella distintos grados de complementariedad. En cada caso, puede facilitar el desarrollo mejorando los recursos adaptativos del sujeto, o bien dificultarlo, llevándolo a situaciones de bloqueo o confusión.

Partiendo de este modelo, debe resaltarse que en psicomotricidad la comunicación incluye diálogos con componentes verbales y no verbales, intencionales y espontáneos, conscientes e inconscientes, directos y metafóricos. Todos son pertinentes, pero el psicomotricista analiza durante las sesiones con especial atención la comunicación no verbal, espontánea, inconsciente y metafórica.

En la sala de psicomotricidad, surgen fluidamente metáforas que permiten al sujeto expresar los constructos centrales de su propia teoría sobre el mundo y sobre sí mismo, además de convertirse en un poderoso instrumento en la negociación y reconstrucción de significados.

Esto es así, porque representan una gestalt comprensiva perfecta sin límites espaciotemporales que puede proyectarse sobre cualquier vivencia y modificar su percepción, incluso sin conciencia de ello, facilitando así la comunicación, el cambio actitudinal y ayudando a la toma de decisiones sobre cómo afrontar retos, evaluar recursos y superar obstáculos (Hernández, 2018, 2021a).

El Juego Terapéutico

La intervención terapéutica del psicomotricista suele presentarse como propuestas de actividad con un carácter lúdico.

El juego se caracteriza por entrañar una representación metafórica de la realidad vivencial del sujeto. Una representación en la que es posible una relajación de los habituales condicionantes sociales para la autorrevelación, lo cual permite reelaborar de forma segura sus vivencias pasadas y resignificarlas, estableciendo conexiones entre los patrones emocionales, de cognición y acción que subyacen a dichas vivencias.

También permite una evaluación de los recursos y habilidades del usuario y una posibilidad para su enriquecimiento ensayando situaciones hipotéticas y explorando las consecuencias de distintas formas de comportamiento sin los peligros ni las limitaciones del ensayo en contexto real.

Cabe destacar que la carga emocional que acompaña al juego cataliza tanto la expresión de actitudes vitales, motivaciones, necesidades y temores, como que la intervención del psicomotricista posea un fuerte impacto psicológico.

El juego, por tanto, no es sólo un entretenimiento o una fuente de placer, sino que ayuda a construir, expresar y reconstruir la propia identidad, en especial si ese juego es libre, espontáneo y permite generar una narrativa propia que lo revista, justifique y refuerce.

Este tipo de juego proporciona al psicomotricista la posibilidad de dinamizar

todos los procesos cognitivos y emocionales que sean necesarios, pero le exige que sea capaz de interpretar, comprender y gestionar lo que el sujeto expresa, acomodando sus propuestas a las necesidades y desafíos de éste.

Una Perspectiva Constructivista de la Psicomotricidad

Conceptos Básicos

Las sociedades humanas están cambiando de una forma radical y vertiginosa. El estar hiperconectados y en medio de un flujo de avances tecnológicos sin precedentes nos abre un futuro prometedor y conlleva un largo listado de peligros.

Las grandes empresas tecnológicas ya lo saben todo y lo ven todo, algo que antes solo estaba al alcance de los dioses y, simultáneamente, la inteligencia artificial está a muy poco de superar a la mente humana en todo lo que antes era privativo de ella.

Para lo bueno y lo malo, esto es un hecho y nos exige una reconceptualización del ser humano, su desarrollo y las intervenciones de apoyo a su desarrollo.

El constructivismo es una metateoría global y transdisciplinar, con espacios comunes con los planteamientos actuales de la física (Schrödinger, 2016; Capra, 1998), la biología (Maturana, 2009), las neurociencias (Llinas, 2003; Damasio, 2011) o la cibernética (Von Neumann, 1948; Von Foerster, 2003).

De hecho, uno de los ejes fundamentales de las investigaciones científicas y tecnológicas contemporáneas es el estudio del comportamiento de los sistemas autoconstructivos, de los que la inteligencia artificial podría ser un ejemplo paradigmático.

Estos sistemas suelen estar configurados como una compleja estructura de redes que utilizan procesos cíclicos de interacción con su entorno para construirse y reconstruirse constantemente, llevándolos a estar en permanente transformación a fin de optimizar su operativa.

En lo relativo al ser humano, queda muy obsoleto el dualismo del cuerpo y la mente planteado por René Descartes en el que ambos elementos (*res cogitans* y *res extensa*) eran considerados como objetos con esencia y cualidades inmutables que existían por sí mismos sin necesidad del otro, así como las teorías psicológicas basadas en la dinámica de estructuras estables, principios universales y todo tipo de dogmas mentalistas. El avance científico va a convertir todo ello en un mero objeto de estudio antropológico.

En las ciencias sociales, el constructivismo lleva ya un largo desarrollo, pensemos en autores como Piaget (1971, 1977) y Vygostki (1978, 1979), Kelly (1955), Rogers (2000), Watzlawick (2003, 2008), Weber (2010), Berger y Luckman (1968), Bruner (1988), Ausubel (1976) y un largo etcétera.

Sus aportaciones están mucho más en consonancia con el conocimiento contemporáneo y han contribuido a que se produzca un giro en la forma en que se concibe actualmente la educación, la vida en sociedad o la trayectoria vital de las personas.

El constructivismo inspira a las sociedades actuales a ser respetuosas con el pluralismo y la diversidad en aptitudes, intereses, valores y estilos de vida, fundamentando todos los sistemas educativos modernos que defienden un aprendizaje activo, significativo, personalizado, por descubrimiento, donde la persona sea el protagonista activo de su aprendizaje y desarrollo.

- Pero las aportaciones que ha recibido tienen origen y matices diversos. Se pueden considerar distintas perspectivas dentro de él. Así, Neimeyer y Mahoney (1998) las clasifican de la siguiente forma: Constructivismo Orgánico. - Por ejemplo, el de Piaget (1971, 1977), centrado en cómo la interacción con el entorno permite desplegar el programa genético del desarrollo cognitivo en los seres humanos.
- Constructivismo Eficiente. - Como el recogido por distintas perspectivas socioculturales, como la de Vygostki (1978) que nos habla del aprendizaje como un proceso social y una construcción interpersonal; la de Bandura (1989), para quien el pensamiento es un instrumento adaptativo o la de sociólogos como Berger y Luckman (1968), para quienes las personas vivimos en un nicho conceptual definido por el marco sociocultural de nuestra comunidad.
- Constructivismo Formal. - Como el de Kelly (1955) o Bruner (1988) que consideran el conocimiento como una red de significados construidos por el propio individuo.
- Constructivismo Radical. - Defendido por biólogos, neurocientíficos y físicos, para quienes el ser vivo es un macrosistema biológico (Von Bertalanffy, 1976) que se autoconstruye mediante procesos de interacción con su entorno y las transformaciones que dichos procesos generan (Maturana y Varela, 1973; Von Glaserfeld, 1984; Capra, 1998; Llinas, 2003; Damasio, 2011). También podrían incluirse en esta perspectiva algunos psicólogos humanistas (Rogers, 2000) y sistémicos (Watzlawick, 2003, 2008) que consideran que lo que llamamos realidad sólo nos describe a nosotros mismos.

Pensamientos y Emociones desde una Mirada Constructivista

Todas las anteriores perspectivas coinciden en considerar a la mente como un proceso del cerebro y al cerebro como un instrumento de gestión corporal y mediación con el entorno para optimizar la capacidad adaptativa del ser vivo en tanto que macrosistema autorregulado.

El cerebro, en lo relativo a su mediación en la interacción con el entorno, contribuye a la adaptación del ser vivo detectando semejanzas, coherencias y regularidades en un mundo en permanente transformación y construyendo a partir de ello conceptos, constructos y modelos de realidad que le permiten predecir situaciones y desarrollar conductas propositivas previendo sus consecuencias.

La clave de su eficacia se encuentra en que el cerebro determina e interpreta

las experiencias del sujeto, pero al mismo tiempo también es modificado por dichas experiencias alterando sus conexiones neuronales.

Sin embargo, se debería evitar caer en considerar al ser humano simplemente un cerebro pensante que instrumentaliza un cuerpo. En esa línea, Claxton (2016) afirma que el cuerpo, y no el cerebro, es el sujeto inteligente de toda acción humana.

Ciertamente, el cuerpo, como macrosistema global, está preparado para aprender y adaptarse a todo tipo de cambios en su contexto con procesamiento cognitivo o sin él y, en ocasiones, sin que ni siquiera participe el cerebro, por ejemplo, ante cambios climáticos o infecciones.

Muchos procesos adaptativos no son procesados cognitivamente. No obstante, ante algunas situaciones novedosas e inestables, percibirse en interacción con el entorno y construir patrones de reacción supervisados conscientemente facilita una mejor conducta adaptativa.

Pero, si en general el cuerpo en su integridad es el sujeto inteligente sería necesario ampliar los viejos conceptos de desarrollo y aprendizaje, que debieran considerar al cuerpo globalmente, exactamente como hace la psicomotricidad.

Es más, esto la situaría de pleno derecho como la intervención paradigmática para favorecer el desarrollo, tanto en contexto educativo como terapéutico, ya que se caracteriza precisamente por ese abordaje corporal globalizado (Hernández, 2015, 2021b).

En relación a las emociones, las teorías tradicionales les han atribuido naturaleza de objeto, como sucedió con la mente en Descartes. Así, se han descrito sus características y su evolución como si se tratara de estructuras biológicas. A este respecto, es muy reseñable el protagonismo en las últimas décadas del constructo de la inteligencia emocional. Las distintas líneas de investigación sobre este tema han dado lugar a modelos de habilidades cognitivas como el de Salovey y Mayer (1990) y a modelos mixtos que consideran habilidades cognitivas y también aspectos de personalidad, como los de Goleman (1995) y Bar-On (2006).

Desde una perspectiva constructivista, lo primero que hay que considerar es que las emociones no tienen entidad neurofisiológica específica (Barret, 2018) y mucho menos son instancias que nos puedan dominar, desbordar o traicionar. Desde esta perspectiva constructivista, las emociones son una interpretación contextualizada de cómo reaccionamos corporalmente ante una situación.

No obstante, los constructos emocionales de un individuo son determinantes en la interpretación subjetiva de sus vivencias y harán una importante contribución a la construcción de una identidad personal, la cual será su referencia básica a la hora de intentar comprender el comportamiento propio y ajeno, sirviendo de base a la toma de decisiones en acciones propositivas, por lo que es un elemento de consideración imprescindible en cualquier tipo de psicoterapia, ocupando un lugar central en el enfoque psicomotriz.

Una Psicomotricidad Constructivista

La psicomotricidad ha tenido su mayor implantación en el entorno educativo, pero sin llegar a adoptar su perspectiva constructivista, lo cual ha frenado considerablemente su comunicación con docentes, familias y la administración educativa.

La pedagogía terapéutica ha abierto el camino a la psicomotricidad en el ámbito social y sanitario, donde se empieza a consolidar su uso con colectivos diversos a lo largo de todo el ciclo vital.

El ámbito psicoterapéutico es conceptualmente más diverso que el educativo, pero una psicomotricidad constructivista podría conectar con planteamientos sistémicos, humanistas y cognitivos. Pero, mirando más allá, el enfoque constructivista permitiría conectar el objetivo de la psicomotricidad, relacionado con el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano con el conocimiento actual de las ciencias básicas, lo cual ayudaría a su comprensión por parte de la comunidad científica y su reconocimiento académico.

Ciertamente, el psicomotricista no va a utilizar directamente los conocimientos de las ciencias físicas o biológicas, pero precisa reformular su marco teórico para compatibilizarlo con el conocimiento científico e impulsar así su implantación profesional.

Los neurobiólogos están explorando la asombrosa plasticidad del cerebro y los neuropsicólogos estudian su reflejo en la plasticidad de la estructura cognitiva y emocional de las personas. Para que los psicomotricistas pudiésemos defender que la plasticidad de la sala de psicomotricidad permite promover el desarrollo neuronal, cognitivo y emocional de forma eficaz y personalizada necesitamos investigar y recopilar evidencias que puedan ser explicadas en el lenguaje actual de las ciencias y eso pasa por entender al ser humano como un macrosistema biológico autoconstructivo.

En la práctica, ese propósito no exige una gran modificación metodológica. De hecho, la psicomotricidad ya es en buena medida constructivista, ya que promueve que los sujetos experimenten activamente con vivencias personalizadas, significativas y con una importante carga emocional asociada, combinando creatividad y reflexión en la exploración de sus posibilidades y en la superación de sus dificultades, promoviendo que los usuarios se comuniquen e interactúen en grupo al tiempo que construyen su individualidad.

Por tanto, la práctica es claramente constructivista, quizás solo falta una re-escritura del marco conceptual que sea compatible con el saber científico del siglo XXI y le permita hacerse comprender.

Con este propósito, se proponen los siguientes diez axiomas:

1) El primer axioma se refiere a la naturaleza de la mente. Definiríamos la mente como un proceso de intermediación cognitiva generado por el cerebro para optimizar la gestión del macrosistema corporal y su interacción con su nicho ecológico. El objetivo de este proceso es lograr una conducta adaptativa más eficaz, tal y como plantean las neurociencias actuales.

2) El segundo axioma resaltaría la naturaleza subjetiva de la producción cognitiva humana, la cual depende de los recursos individuales disponibles. Cada persona construye una realidad subjetiva a partir de sus posibilidades biológicas, la estructura conceptual y los conocimientos adquiridos en aprendizajes y experiencias anteriores, todo ello ponderado mediante connotaciones emocionales. Esta realidad subjetiva le sirve para interpretar sus experiencias, pronosticar futuros eventos y planificar acciones.

Los miembros de nuestra especie compartimos los mismos recursos biológicos para interactuar con nuestro entorno: semejantes órganos sensoriales, el mismo sistema nervioso, los mismos patrones de conducta instintiva, etc.

Otros recursos, que nos transforman a partir de lo anterior, se derivan de las experiencias de aprendizaje y pueden ser de dos tipos: Unos son fruto de los procesos educativos y de socialización, mientras que otros se generan a partir de la interpretación subjetiva de las propias vivencias individuales.

Ambos tipos de aprendizajes, matizados emocionalmente, darán lugar a una persona única. Aunque las personas compartan recursos biológicos e incluso marco sociocultural, las historias de vida son distintas y el significado que atribuyen a sus experiencias siguen una dinámica no lineal que conduce a un modelo de realidad y a unos patrones emocionales, de pensamiento y de acción propios (Hernández, 2022).

Este relativismo constructivista mantiene, como decía Maturana (2009), que lo que vemos informa mucho más de nuestros sentidos que de los propios objetos, y por extensión, como decía Kelly (1955), que lo que pensamos sólo refleja la estructura conceptual que hemos construido cada uno de nosotros.

3) El tercer axioma sería considerar que el cuerpo no es un mediador entre el yo y el mundo, sino el sujeto que interactúa con el mundo. El mediador es el significado y el valor que cada uno atribuye a sus experiencias. La psicomotricidad diseña experiencias globales para que el sujeto las viva físicamente, las interprete cognitivamente y sirvan de material en su proceso autoconstructivo.

4) El cuarto axioma establecería que las personas, gracias al modelo de realidad que construyen interpretando sus experiencias, actúan propositivamente, persiguen el autogobierno y son capaces de elaborar soluciones creativas a los retos que enfrentan.

La previsibilidad de nuestra conducta se ve limitada por la mediación de la estructura dinámica de significados de cada uno de nosotros y, en la práctica, nos hace libres constructores de nuestra propia identidad, de nuestra narrativa vital y de otros elementos identitarios como motivaciones y valores.

5) El quinto axioma afirmaría que el individuo y su realidad personal debe ser el centro de cualquier intervención educativa o terapéutica (Rogers, 2000). Si la realidad es una percepción construida por cada individuo (Hoffman, 1998), los profesionales que dan apoyo a los procesos de desarrollo de las personas no pueden diseñar su intervención guiándose por sus propios modelos teóricos. Cualquier intervención de apoyo debe estar orientada a favorecer que los propios sujetos sean

dueños y protagonistas de su narrativa vital, trabajándose desde y para el universo del usuario, sin pretender sustituirlo.

Esto supone un gran reto para los profesionales educativos, sanitarios y sociales, a quienes nos cuesta especialmente guardarnos nuestros referentes teóricos e ideológicos y renunciar a pretender saber qué es lo que les conviene a otras personas. Nada nos resulta más difícil que renunciar a la colonización vivencial y conceptual del otro. Máxime cuando dicha intromisión suele responder a la expectativa social sobre nuestra tarea como educadores y terapeutas.

Es cierto que algunas personas, por razón de edad, alteraciones en su desarrollo o socialización o por desajustes emocionales no parecen estar en condiciones de tomar decisiones sobre su propia vida. En respuesta a ello, citaremos a Capra (1998), para quien la esencia de la actividad de cualquier ser vivo tiende a la homeostasis más beneficiosa para su supervivencia.

Un sujeto sano en un nicho ecológico sano siempre buscará de forma natural su desarrollo y bienestar y lo hará conforme a sus recursos y su modelo de realidad, que incluirá intereses, motivaciones y valores específicos que son mucho más ajustados y legítimos que los que puedan establecerse para él por otras personas, por lo que nuestra tarea debiera limitarse a ayudarlo a autogestionarse de una forma consciente, fluida y coherente.

Cuando una persona actúa en contra de su propio interés, estaría comportándose en contra de su propia naturaleza influido por la percepción que tiene de su relación con el entorno. En ese caso, la relación y su interpretación debieran ser los objetivos centrales de la intervención.

6) El sexto axioma sería el relativo al objetivo general de nuestra tarea, el cual consideramos que consiste en favorecer el desarrollo y el bienestar de los usuarios, entendiendo estos dos términos de la siguiente forma (Hernández, 2019, 2021b):

- El desarrollo es un proceso autoconstructivo a partir de un programa genético que persigue optimizar la capacidad de adaptarse de forma autorregulada en un entorno dinámico, siendo capaz de generar recursos propios y poner en marcha acciones funcionales para lograr la supervivencia y el mayor bienestar posible en cada caso.
- El bienestar humano es el indicador psicológico del ajuste en la interacción del individuo con su nicho ecológico y se apoya en los siguientes elementos:
 - Disponer de una teoría positiva, estable y funcional sobre uno mismo y la realidad.
 - Sentirse autodeterminado.
 - Disponer de recursos para progresar hacia los propios objetivos vitales.
 - Poseer un balance emocional cotidiano positivo.
 - Disfrutar de vínculos afectivos significativos.
 - Y, por último, jugar un papel social activo y bien valorado por su entorno.

7) El séptimo axioma sería el referente a la definición del marco de actuación. Desde una perspectiva constructivista, el ámbito de actuación del psicomotricista

debe ser todo el ciclo vital, cualesquiera que sean las circunstancias y las necesidades de la persona.

Somos un complejo macrosistema biológico pensante (Damasio, 2011). Corporalmente sentimos, actuamos y generamos las vivencias a las que damos significado y desde las que construimos y reconstruimos nuestra realidad a lo largo de nuestra existencia.

Hay una necesidad de apoyo psicosocial a lo largo de todas las etapas del ciclo vital que justifica figuras profesionales como la de educadores y terapeutas para hacer una contribución especializada al andamiaje que ofrece a cada persona su entorno social.

Creemos que la psicomotricidad es una estrategia privilegiada para ofrecer esta ayuda en un amplio espectro de necesidades, dado su carácter vivencial, global y personalizado, lo que le permite potenciar significativamente que se activen los programas genéticos de desarrollo y también facilitar recursos para aprender y construir autónomamente la propia identidad y un modelo de realidad positivo, funcional y actualizable que sea fuente de salud, bienestar y autodeterminación.

La psicomotricidad constructivista diseña experiencias de apoyo al desarrollo y promueve que las explore y gestione el propio sujeto, renunciando a encajarle en taxonomías cerradas, al uso de estándares de desarrollo prefijados y a procedimientos protocolizados de intervención.

8) El octavo axioma resaltaría que la diversidad es una característica esencial de la Humanidad. La combinación de los elementos biológicos, socioculturales e idiosincráticos es fuente de diversidad entre los individuos, lo cual representa el mecanismo básico de las especies para su adaptación y supervivencia. La naturaleza no hace clones, y no los hace precisamente para garantizar que las variaciones permitan la supervivencia de las especies cuando se produce un cambio significativo en su entorno.

En la actividad profesional del psicomotricista, respetar y promover la diversidad, supone reconocer que “lo normal” es que todos y cada una de las personas son distintas y necesitan apoyos de distinta índole a lo largo de su vida, pero también conviene ser conscientes de que la concreción de los apoyos necesarios no sólo depende del individuo. Las características del entorno también son determinantes, ya que hay entornos muy poco inclusivos que no facilitan el desarrollo a quien se sale de los estándares previstos.

Reconocer a la diversidad como lo natural y deseable, afecta entre otros aspectos a las tradicionales fronteras entre lo educativo y lo terapéutico, las cuales quedan difuminadas por la normalización de la diversidad. Así, se podría afirmar que toda terapia conlleva un aprendizaje, y todo aprendizaje, en alguna medida, también es terapéutico.

9) El noveno axioma estaría relacionado con la definición de las competencias del psicomotricista. Desde una perspectiva constructivista, el psicomotricista debe ser capaz de diseñar y gestionar la dinámica de la sala de psicomotricidad a fin de

promover que el usuario avance en la autoconstrucción de su desarrollo y bienestar. Para ello, deberá poseer las siguientes competencias generales

- a) Disponer de un sólido conocimiento de la disciplina y del desarrollo humano a fin de fundamentar sus observaciones e intervenciones. No se puede favorecer lo que no se conoce, por lo que es imprescindible que domine los avances en el estudio del desarrollo humano y las nuevas investigaciones y propuestas en la práctica psicomotriz.
- b) Disponer de los recursos metodológicos necesarios para abordar las distintas tareas de su actividad profesional, entre las que destacan:
 - Valorar la memoria corporal del sujeto. La memoria corporal se construye a partir de las huellas que dejan las vivencias propias y está en la raíz de patrones emocionales, cognitivos y de comportamiento, determinando la estructura conceptual del individuo y su modelo de realidad, incluidos sus elementos inconscientes. A partir de dicho modelo, el sujeto llevará a cabo la interpretación subjetiva de todas sus experiencias.
 - Diseñar experiencias para la sala que permitan al sujeto descubrir sus posibilidades y sus retos de desarrollo.
 - Gestionar la dinámica de la sala como un sistema multidimensional, donde acciones, emociones y conceptualizaciones se generan, fluyen y se influyen mutuamente con las contribuciones de todos los presentes.
 - Mostrar una actitud respetuosa hacia el sujeto sin prejuzgarle, ni establecer propósitos preconcebidos, asumiendo su realidad como persona única, salvaguardando su subjetividad y valorando su evolución y sus logros.
 - Incorporarse como elemento significativo a algunas de las narrativas verbales y corporales del sujeto cuando esto sea conveniente.
 - Apoyar su progreso autoconstructivo, personalizando el andamiaje que le brinda y permitiéndole siempre que protagonice su proceso con autogobierno, que dote por sí mismo de significado a sus experiencias en la sala, encajándolas en su realidad personal y vinculándolas a sus objetivos vitales.
 - Contribuir a un equipo de trabajo multiprofesional, comunicándose eficazmente con otros agentes de apoyo al desarrollo.

En lo relativo a las técnicas concretas, nuestra perspectiva constructivista es integradora (Serrabona, 2006, 2016). Coherentemente con lo expuesto, si consideramos que cada persona es irreplicable y situamos al individuo como protagonista de su propio desarrollo y bienestar, no podemos pretender un abordaje único en el apoyo que le brindamos por lo que las técnicas psicomotrices deberán personalizarse.

En algunos casos, las intervenciones en psicomotricidad pueden estar basadas en el juego espontáneo y en otros en actividades dirigidas, siempre

que conservemos lo fundamental que es contemplar al individuo como una realidad global que se transforma a sí mismo en base a las experiencias que acumula y asumamos que los recursos, las necesidades y las dinámicas de las personas en su proceso de desarrollo no responden a un único patrón.

- c) Poseer una gran habilidad comunicativa en todas sus modalidades para hacer posible una intervención en los parámetros descritos. El psicomotricista dialoga con el sujeto para ayudarlo a enriquecer o reelaborar sus propias vivencias a través de reenfocar su atención, modificar la carga emocional de dichas vivencias o crear y experimentar nuevas formas de actuar, de sentir y pensar. En ese diálogo se incluyen aspectos no verbales e inconscientes de la realidad del sujeto que el psicomotricista debe comprender, pero además debe ser consciente de lo que él mismo expresa, directa o metafóricamente, ya que su expresión debe ser siempre intencional y solo orientada a lo que precisa el desarrollo y bienestar del usuario.
- d) Ser capaz de construir unos procesos específicos de vinculación con el sujeto (Bowlby, 1976), que son la base a partir de la cual se puede generar un espacio de intersubjetividad y, en él, una negociación de significados. El sujeto debe otorgar al psicomotricista un valor dentro de su universo personal. Ese vínculo hará posible que el psicomotricista le acompañe y apoye en su desarrollo, aunque siempre se debe salvaguardar el protagonismo del sujeto y no olvidar en ningún momento que el referente último de nuestro trabajo es tender, tanto como sea posible, hacia la autonomía y autogobierno del usuario.
- e) Por último, además de una sólida formación en la disciplina, de un profundo conocimiento del desarrollo humano y de unas singulares capacidades comunicativas y relacionales, es imprescindible que el psicomotricista tenga las siguientes cualidades personales:
 - Equilibrio emocional y vivencia corporal positiva.
 - Capacidad de interacción tónica y sensorio-motriz con clara consciencia de los significados que el sujeto les atribuye.
 - Una actitud general que transmita al usuario seguridad, confianza, optimismo, vitalidad, curiosidad, actitud creativa y cuanto proceda según el caso particular para que el usuario se disponga o retome la autogestión de su desarrollo y bienestar, incluso cuando se enfrente a circunstancias gravemente limitativas.

Si no se satisfacen los criterios anteriores, la profesionalidad del psicomotricista se vería comprometida, ya que, durante el diálogo global establecido en la sala de psicomotricidad, el profesional queda expuesto y podría ser fuente de mensajes contrarios al objetivo de la intervención.

10) El décimo axioma es relativo al valor de la psicomotricidad. A este respecto, resaltaremos que la enorme potencialidad de la psicomotricidad como estrategia de apoyo al desarrollo se debe a que ofrece vivencias globales y significativas en

lugar de palabras o psicofármacos como otros formatos de intervención.

Conclusiones

La psicomotricidad puede jugar un importante papel en el siglo XXI, porque facilita que el individuo se reconozca en su cuerpo y, así, puede ayudar a evitar que las personas sustituyan la realidad por la simulación virtual que le ofrecen a través de sus dispositivos electrónicos, por tanto, se conviertan en simples consumidores acríticos de las empresas tecnológicas, tendencia que está viéndose llegar y que está teniendo una preocupante incidencia en el ámbito de la salud mental.

Por otro lado, el exponencial desarrollo tecnológico nos ha convertido en ciudadanos de una aldea global y, entre otros efectos, nos ha permitido acceder a realidades lejanas y muy diversas en todos los órdenes de la vida, lo cual inevitablemente nos conduce a relativizar las propias.

Los distintos dogmas sobre la naturaleza del ser humano y las características de su desarrollo están viéndose confrontados entre sí mismos y sobre todo con los conocimientos científicos. La simplificación de este proceso de relativización de los dogmas ha generado una posmodernidad que ha conducido a que algunas personas hayan pasado de abrazar unos valores como incuestionables a vivir con total carencia de ellos (Hernández, 2021a) y esto ha provocado que dichas personas no completen el recorrido madurativo que establecía Kholberg (1982) para el desarrollo moral.

Un modelo que aspiraba a que cada individuo se comprometiese con los valores con los que se identificaba personalmente. Los valores, las ideologías y las escuelas filosóficas y psicológicas son funcionales y enriquecedoras siempre que no pretendan ser las únicas verdaderas, rechazando las alternativas.

Por el contrario, el constructivismo es muy compatible con el modelo Kholberg ya que se presenta como una forma de interpretar al ser humano desde la defensa de la diversidad y el apoyo al autogobierno del individuo, pudiendo representar un marco conceptual que conecte a la psicomotricidad con la comunidad científica y académica y sobre todo con los ciudadanos del siglo XXI y con los responsables públicos de los servicios educativos, sanitarios y sociales.

La psicomotricidad mantiene que el desarrollo psicológico y el bienestar pasa por reencontrarnos con el cuerpo que somos y con los registros grabados en nuestra memoria corporal, escuchando lo que relatan de nuestra identidad y narrativa vital. La comprensión de todo ello sirve de base protectora en el proceso de desarrollo, siempre jalonado de nuevos desafíos, ante los que han de consolidarse actitudes positivas de seguridad, interés y creatividad que muevan hacia el aprendizaje y la adquisición de habilidades cognitivas y socioemocionales.

Posiblemente sólo seamos un cuerpo en acción y la conducta consciente sólo represente una mínima parte de toda la conducta inteligente de los organismos vivos, pero cuando las experiencias significativas sacuden el sistema corporal de una persona y dejan sus huellas en él, la constatación consciente de ello le ayudará en la comprensión y el ajuste de sus acciones.

El cuerpo expresa las necesidades, anhelos y temores del individuo de una forma más fiel que las palabras y en el cuerpo están también las respuestas necesarias. Reencontrarse conscientemente con él, va a permitir a la persona construir significados coherentes que atribuir a sus vivencias, superar desajustes que distorsionan su identidad y autogestionar un desarrollo equilibrado y armónico que le conduzca al bienestar personal.

La sala de psicomotricidad es un entorno global que ofrece vivencias que permiten reconocer lo que la memoria corporal expresa del sujeto y facilitarle experiencias valiosas para gestionar su propio proceso de desarrollo.

El psicomotricista genera un espacio de intersubjetividad donde cada persona se expresa libremente con una semántica plagada de influencias biológicas y socio-culturales que se entremezclan dentro de su propia estructura conceptual. Después establece un diálogo a través de las experiencias que le ofrece como estrategia de apoyo a su desarrollo personal.

El psicomotricista es experto en trasladar al usuario el mensaje que precisa a través de dichas experiencias. Sin necesidad de mensajes verbales, le dice que es apreciado y valorado, que, si intenta aprender, descubrirá cosas extraordinarias, que tiene habilidades que puede desarrollar y que puede hacerlo disfrutando de ello, y tantos otros mensajes que pueden transformar su actitud y su forma de actuar dentro y fuera de la sala, haciendo evolucionar su narrativa vital y dando un giro a su vida.

Desde una perspectiva constructivista, el psicomotricista observa los actos comunicativos del sujeto, no tanto para descubrir síntomas que nos permitan establecer un diagnóstico, sino para recoger las necesidades de apoyo que le expresan y darles respuesta.

La perspectiva constructivista de la psicomotricidad es compatible con la metodología de investigación y los principios generales que recorren transversalmente todas las disciplinas científicas contemporáneas: La teoría de sistemas, las ciencias de la complejidad o la teoría del caos (Hernández, 2022), pero paralelamente emplea un lenguaje y unos principios comprensibles y compatibles con los propios de los ciudadanos del siglo XXI.

Por ello, una relectura de la psicomotricidad en clave constructivista podría facilitar que se mejorara la comunicación de sus objetivos y metodologías de intervención, ayudando a dar sentido y delimitar su ámbito específico de actuación y a medir conforme a procedimientos científicos el efecto de su práctica, dando así, un impulso necesario a su consolidación en distintos escenarios de apoyo educativo y terapéutico.

Referencias

- Ausubel, D. P. (1976). *Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo*. Trillas. Bandura, A. (1989). Social cognitive theory [Teoría cognitivo social]. En R. Vasta (Ed.), *Annals of child development* (pp. 1-60). JAI Press.

- Bar-on, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI) [El modelo Bar-On de inteligencia emocional-social]. *Psicothema*, 18, 13-25.
- Barret, L. F. (2018). *La vida secreta del cerebro: Cómo se construyen las emociones*. Paidós.
- Berger, P. L. y Luckman, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu.
- Bowlby, J. (1976). *El vínculo afectivo*. Paidós.
- Bruner, J. S. (1988). *Desarrollo cognitivo y educación*. Morata.
- Capra, F. (1998). *La trama de la vida*. Anagrama.
- Claxton, G. (2016). *Inteligencia corporal*. Plataforma.
- Damasio, A. R. (2011). *El error de Descartes*. Destino.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence [Inteligencia Emocional]*. Bantam Books. Hernández, A. (2015). *Guía de actuación y evaluación en psicomotricidad vivenciada*. CEPE.
- Hernández, A. (2018). Las metáforas de la expresión personal en psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 43, 8-42.
- Hernández, A. (2021a). *Psicomotricidad constructivista*. Corpora.
- Hernández, A. (2021b). Psicomotricidad 3.0. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 46, 68-108.
- Hernández, A. (2022). La sala de psicomotricidad y el juego de la vida: caos y complejidad en la construcción de la identidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 47, 150-165.
- Hoffman, D. D. (1998). *Visual intelligence: how we create what we see [Inteligencia visual: cómo creamos lo que vemos]*. Norton.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs [La psicología de los constructos personales]*. Routledge.
- Kohlberg L. (1982). Los estadios morales y la moralización. *Infancia y Aprendizaje*, 18(2), 33-52. <https://doi.org/10.1080/02103702.1982.10821935>
- Llinas, R. (2003). *El cerebro y el mito del yo*. Norma.
- Maturana, H. (2009). *La realidad: ¿objetiva o construida? I. Fundamentos biológicos del conocimiento*. Anthropos.
- Maturana, H. y Varela, F. (1973). *De máquinas y seres vivos*. Universitaria.
- Neimeyer R. y Mahoney, M. (1998). El constructivismo radical: preguntas y respuestas. Jay, Efran y Fauber, Rober. *Constructivismo en psicoterapia*. Paidós.
- Piaget, J. (1971). *Seis estudios de psicología*. Barral.
- Piaget, J. (1977). *Psicología del niño*. Morata.
- Poulton, R., Moffitt, T. E. y Silva, P. (2015). The Dunedin multidisciplinary health and development study: overview of the first 40 years, with an eye to the future [El estudio multidisciplinario de salud y desarrollo de Dunedin: descripción general de los primeros 40 años, con la mirada puesta en el future]. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(5), 679-693. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1048-8>
- Rogers, C. (2000). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós.
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence [Inteligencia Emocional]. *Imagination, Cognition, Personality*, 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Serrabona, J. (2006). La intervención psicomotriz en la escuela. Un programa de actuación psicomotriz. La Psicomotricidad de Integración (PMI) en el marco educativo. *Revista iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 22, 139-152.
- Serrabona, J. (2016) *Abordaje psicomotriz de las dificultades de desarrollo*. Horsori.
- Schrödinger, E. (2016). *Mente y materia*. Tusquets.
- Von Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. Fondo de Cultura Económica.
- Von Foerster, H. (2003). *Understanding understanding. Essays on cybernetics and cognition [Comprendiendo lo comprensible: Ensayos de cibernética y cognición]*. Springer.
- Von Glasersfeld, E. (1984). An introduction to radical constructivism [Una introducción al constructivismo radical]. En P. Watzlawick (ed.), *The invented reality* (pp. nd.). Norton.
- Von Neumann, J. (1948). *The computer and the brain [El ordenador y el cerebro]*. Yale University Press.
- Vygotski, L. S. (1978). *Mind in society [Mente en sociedad]*. Harvard University Press.
- Vygotski, L. S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Crítica.
- Watzlawick, P. (2003). *¿Es real la realidad? Confusión, desinformación, comunicación*. Herder.
- Watzlawick, P. (2008). *Ficciones de la realidad. Realidades de la ficción. Estrategias de la comunicación humana*. Paidós.
- Weber, M. (2010). *Conceptos sociológicos fundamentales*. Alianza Editorial.

VALOR DE LOS JUEGOS AFECTIVOS-FANTASIOSOS EN EL TRATAMIENTO DE SUJETOS CON DIFICULTADES EN EL DESARROLLO

VALUE OF AFFECTIVE-FANTASY GAMES IN THE TREATMENT OF SUBJECTS WITH DIFFICULTIES IN DEVELOPMENT

Joaquim Serrabona Mas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9550-8664>

Universidad Ramon Llull, Barcelona. España

Colegio Oficial de Psicólogos de Psicología Cataluña. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Serrabona, J. (2023). Valor de los juegos afectivos-fantasiosos en el tratamiento de sujetos con dificultades en el desarrollo. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 113-127. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37825>

Resumen

En este artículo se presentan las posibilidades preventivas y terapéuticas de unos juegos muy recurrentes en la sala de psicomotricidad, como son los llamados juegos afectivos-fantasiosos. Se analiza como estos pueden favorecer al tratamiento de los miedos de manera que no dificulten o bloqueen el desarrollo del niño. El objetivo del estudio es exponer las razones por las que resulta importante permitir que de forma espontánea o bien propuesta este tipo de juegos se trabajen dentro de las sesiones de psicomotricidad. Se explican las repercusiones en diversas dimensiones de la persona, tanto a nivel cognitivo, como en la dimensión afectiva y relacional especialmente cuando estos juegos son utilizados, por las resonancias tónico-afectivas que movilizan. En el artículo se exponen las vías para observar y valorar las repercusiones emocionales de dichos juegos, así como estrategias metodológicas que favorecen su desarrollo. Por último, se apunta la importancia este tipo de juegos en los cuentos clásicos y como pueden ser utilizados en los cuentos vivenciados motrizmente para trabajar aspectos emocionales profundos. Se utilizó una metodología combinatoria. Por un lado, una revisión bibliográfica de las principales bases de datos, Web of Science, Scopus, Scielo, Google Scholar, y Dialnet y por otro lado, un estudio de 53 casos analizados en el espacio de psicomotricidad de Barcelona. Las conclusiones reflejan la importancia de tratar con una metodología correcta en la sala de psicomotricidad para abordar diferentes tipos de miedos a través del juego afectivo-fantasioso que puede favorecer su desarrollo psico-emocional.

Palabras claves: *psicomotricidad, menores, juegos afectivo-fantasioso, desarrollo psicomotor*

Abstract

This article presents the preventive and therapeutic possibilities of some often-recurring games in the psychomotor treatment room, such as so-called affective-fantasy games. We analyse how these games can favour the treatment of fears so that they neither hinder nor block the child's development. The object of the Study is to explain why it is important to allow that spontaneous or well-structured types of games are worked on within psychomotor skills sessions. The repercussions on various aspects of the person are explained, both at the cognitive level and in the affective and relational dimension, but especially in the latter where these games are used from, because of the tonic-affective resonances that can be mobilised. The article explains the ways to observe and assess the emotional repercussions of these games as well as the methodological strategies that favour their development. Finally, the importance of this type of game in classic stories is pointed out and how such games can be used in stories informed by motor work at the deep emotional level. A combinatorial methodology was used. On the one hand, a bibliographical review of the main databases, Web of Science, Scopus, Scielo, Google Scholar, and Dialnet, and on the other hand, studies of 53 cases analyzed in the Barcelona psychomotor area. The conclusions reflect the importance to deal with a correct methodology in the psychomotor room to address different types of fears through affective-fantasy play that can favor their psycho-emotional development.

Keywords: *psychomotor skills, children, affective-fantasy games, development psychomotor*

Fecha de recepción: 28 de abril de 2023. Fecha de aceptación: 31 de mayo de 2023.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: joaquinserrabona@gmail.com

© 2023 Revista de Psicoterapia



Todos al nacer experimentamos unas sensaciones agradables o desagradables que nos permitirán ir construyéndonos como personas.

Estas sensaciones de placer o displacer se van transformando progresivamente en emociones que ayudan al niño a ubicarse en relación al nuevo universo vital. Las emociones son una parte estandarizada del programa humano, conjunto innato de sistemas de adaptación al medio que han significado un extraordinario valor de supervivencia para la humanidad. Básicamente son impulsos que comportan reacciones automáticas. Se han descrito la universalidad de las emociones básicas, es decir, reconocidas por personas de culturas diversas. La mayoría de los investigadores están de acuerdo en la universalidad de cuatro emociones: tristeza, alegría, ira y miedo.

Los sentimientos son bloques de información integrada que incluyen valoraciones en las que uno está implicado y que predisponen a actuar de una manera u otra. Aparecen como síntesis de las informaciones que se tienen sobre las experiencias anteriores, los deseos y proyectos, el propio sistema de valores y la realidad. Dado que en los sentimientos intervienen creencias y valores hay autores que señalan la existencia de diversidades culturales de sentimientos.

Tanto las emociones como los sentimientos tienen manifestaciones físicas como el sudor, palpitaciones, temblores, dolor de estómago, rigidez o relajamiento muscular, entre otras (Marina y López, 1999)

Todos tenemos sentimientos y emociones, pero hemos de estar atentos a sus señales y reflexionarlos para poder comprenderlos. Por esto es necesario disponer de un lenguaje que designe los diferentes aspectos de la vida afectiva. A finales de la educación infantil la mayoría de niños tienen habilidad para mostrar emociones y para interpretar contextos afectivos. A esta edad, gradualmente se van descubriendo que las experiencias afectivas se pueden compartir con otros a través del lenguaje. Algunos también empiezan el camino de regulación interna de los estados afectivos a través de la auto-verbalización. Entre los 6 y los 12 años se da un desarrollo integral que relaciona vida afectiva, cognición / lenguaje y comportamiento.

Todos los sentimientos y las emociones son necesarias para sobrevivir y vivir con otras personas. Todos tienen su importancia y no se les puede categorizar como buenos o malos, correctos o incorrectos. Son las conductas que tenemos a partir de nuestra vida emocional las que si se pueden categorizar. Se trata de tener un mayor control sobre nuestras conductas.

La comprensión y regulación emocional parecen ser, aspectos importantes de la competencia social y del desarrollo de la personalidad y aparecen como objetivo para trabajos de prevención tanto para niños con desarrollo estándar como para niños de riesgo.

Una intervención psicomotriz debe ir dirigida también a aumentar las habilidades emocionales lo que supondría tener como objetivos referenciales (1) - reducir la ansiedad y el estrés; (2) aumentar la tolerancia a la frustración; (3) disminuir la timidez y el retraimiento; (4) comprenderse uno mismo y a los demás; (5) mejorar

la capacidad de resolver problemas; (6) mejorar la capacidad de tomar decisiones; (7) mejorar la capacidad de dar respuestas reflexivas; (8) disminuir la hostilidad y la agresividad; (6) disminuir los comportamientos conflictivos; y (7) aumentar la confianza y seguridad en el trance con los otros (Serrabona, 2006).

Como se comentaba anteriormente, aunque hay muchas clasificaciones en torno a las emociones básicas que son el fundamento de todas las demás, todos los autores están de acuerdo que la alegría, la tristeza, la ira y el miedo, son emociones básicas para la supervivencia. La alegría conecta con el deseo de vivir, con el placer, nos hace reír. La tristeza vincula a los seres humanos nos hace sociables y vinculantes. Nos hace llorar. El enfado nos afirma como individuos. Nos enrojece de rabia. El miedo nos protege de los peligros y provoca estilos narrativos de enfrentamiento: huida, bloqueo o ataque (Marina, 2015).

Metodología

Para la realización de esta investigación se ha utilizado una metodología combinatoria cualitativa (Bisquerra, 2004). Por un lado, una revisión bibliográfica de las principales bases de datos, Web of Science, Scopus, Scielo, Google Scholar, y Dialnet y por otro lado un estudio de 53 casos analizados durante los últimos diez años (de 2012 a 2022) en el espacio de psicomotricidad de Barcelona (España). Se han analizado más de 96 obras de referencia que tratan la temática de psicomotricidad y juego simbólico. Obras que han servido para argumentar y extraer las principales ideas sobre el juego simbólico afectivo-fantasmático. Los estudios de casos se centraban en niños y niñas de 3 a 12 años de edad. Todos residentes en la provincia de Barcelona (España). De los estudios de caso se han extraído las principales conclusiones que ayudan a mejorar el desarrollo psicomotor en niños de 3 a 12 años. Todos los casos han sido realizados en el centro de psicomotricidad Espai de Psicomotricitat situado en la ciudad de Barcelona (España). Realizando observación participante, evaluaciones psicomotrices e informes sobre el desarrollo psicomotriz de los niños. También se han realizado ocho entrevistas en profundidad a los diferentes profesionales (psicomotricistas) del centro que nos han ayudado a reconocer los principales patrones que ayudan al desarrollo del juego afectivo-fantasmático. Las entrevistas se han realizado a lo largo del año 2022 en el mismo centro fuera del horario de atención al público.

La observación cualitativa de estos tipos de juego simbólico afectivo-fantasmático se realiza a través de la observación participante directa, fijándose en la elección de materiales utilizados, en el proceso de construcción del dispositivo necesario para el juego y desde luego en la participación y desarrollo del mismo. También nos apoyamos en la observación posterior al juego, a través de la representación verbal o el dibujo, e incluso el uso de cuestionarios programados (Muniain y Serrabona, 2000).

En la tipología de situaciones en torno al juego se puede observar la permanencia o variabilidad en las identificaciones, la dimensión profunda de la acción,

la agresividad en torno al juego, si defienden o atacan, pero sobre todo la presencia en el juego, es decir, cómo se sitúa el niño dentro de ese juego. En estos juegos podemos ver como surgen vivencias afectivas positivas como son las expresiones de seguridad, las competencias personales, la mirada relacional, viendo si existen vínculos afectivos sólidos o la expresión ordenada y lógica junto con las funciones ejecutivas. También las vivencias afectivas negativas como son los temores profundos, vivencias de agresividad y de maltrato, vivencias de ausencia y muerte afectivas y las vivencias de prisión-escaparse (Serrabona, 2006).

Resultados

Factores Desencadenantes del Miedo y Tipos de Miedos

En el presente artículo nos vamos a centrar en los miedos de los niños, aunque también podríamos hablar de los niños que dan miedo: Esos niños donde la ausencia de miedo desemboca en la temeridad ya que un niño sin miedo es un peligro para él y su entorno. El miedo, todos sabemos que es una emoción desagradable, que puede llegar a ser dolorosa y se caracteriza por la amenaza real o imaginaria de un peligro. Como apuntan Marina y López en su Diccionario de los sentimientos: “La percepción de un peligro o la presunción de que ‘algo malo puede suceder’: remite como antecedente a experiencias buenas y malas que haya tenido el sujeto” (1999, p.243).

Desde que nacemos se producen cambios en el interior y exterior de nuestro cuerpo generando un mapa de la inquietud. Frente una sensación de amenaza real o imaginada se activa tanto el SNC como el SNA en especial el Sistema Simpático, dominante en situaciones de alarma, de tensión o de concentración, provocando cambios en el funcionamiento del propio cuerpo (aceleración cardíaca, aumento tono, afectación ritmo respiratorio...). Si la sensación de amenaza es muy intensa y continua se pueden producir trastornos de ansiedad que apuntan a cambios estructurales en el lóbulo temporal derecho o en el núcleo caudado.

La tarea principal de nuestro cerebro es garantizar nuestra supervivencia que supone (1) generar señales internas que nos digan lo que necesitamos, (2) crear un mapa que permita saber como satisfacer nuestras necesidades, (3) generar energía y acciones, (4) avisarnos peligros y oportunidades, y (5) adaptarnos. La vida emocional de las personas se encuentra en el sustrato del cerebro a partir de la cual se desarrolla la parte racional. Estas dos partes están vinculadas a través de miles de circuitos neuronales, lo que comporta que los centros emocionales influyan en gran medida sobre el funcionamiento global del cerebro y entonces el cerebro racional desarrolla un papel fundamental en el control de las emociones.

Bessel van der Kolk (2017), expone que el cerebro racional busca conocer y comprender, como funcionan las cosas y personas y ocupa sólo el 30% de superficie dentro del cráneo. Es el cerebro límbico el que primero actúa frente a las situaciones de miedo. Las sensaciones convergen en el tálamo que envía informa-

ción a la amígdala que actúa como “detector de Humos” mandando un mensaje al hipotálamo y tronco encefálico desencadenando cambios en el SNA, liberando dopamina y noradrenalina, así como adrenalina en la sangre. Sabemos que una lesión en la amígdala dificulta la expresividad y reconocimiento de las emociones y en los sentimientos de confianza – desconfianza. El tálamo también activa zonas del lóbulo frontal, creando otra ruta más lenta, que permite tomar consciencia de la situación de peligro, sería como “la torre de vigilancia”, controlando de arriba a abajo, las respuestas emocionales gracias a su control sobre la amígdala y el núcleo accumbens que regula respuestas individuales a las recompensas de estímulos agradables. A través del neurotransmisor GABA, inhibidor del SNC que produce calma y tranquilidad..

Dentro de la corteza prefrontal tiene gran importancia la región medial que permite mitigar la respuesta que daría el Sistema Límbico. La detección y respuesta frente a las situaciones de miedo, estrés, ansiedad o angustia es muy compleja a nivel neurobiológico ya que intervienen muchas áreas del cerebro (amígdala, tálamo, hipocampo, CPF..., hormonas y neurotransmisores como la vasopresina, oxitocina, la adrenalina o los glucocorticoides que se liberan en la sangre y afectan especialmente al Hipocampo que como sabemos está ligado a la construcción de la memoria del sujeto, por lo que un exceso de glucocorticoides puede acabar dañando no solo la memoria, sino la personalidad (identidad) del sujeto.

Los miedos pueden ser innatos o adquiridos. La pérdida de orientación, la oscuridad, las alturas y precipicios (activa cuando se empieza a gatear), los ruidos súbitos y posteriormente la separación o el miedo a los extraños son miedos de la especie que tienen una aparición ontogenética. La mayor parte de estos miedos infantiles van a poder elaborarse y controlarse, pero algunos permanecerán como miedos excesivos, y otros evolucionarán hacia trastornos fóbicos. El 23% miedos infantiles pueden enmascarar algún problema de ansiedad.

Existen niños con un temperamento más miedoso, más sensibles a las amenazas, los peligros o a la interpretación peligrosa de estímulos neutros. Reaccionan de forma temerosa ante unos hechos objetivamente no constitutivos de miedo. Todo les da miedo.

A través de los casos analizados hemos detectado cuatro tipos de causas generales que favorecen la aparición de miedos. (1) El miedo por contagio o imitación: Tiene que ver con las reacciones de las personas significativas para el niño, a veces se enseña más a temer que a protegerse de los peligros. El lenguaje verbal y no verbal y a veces no coinciden y el niño tiene un sexto sentido para captar las emociones profundas de los adultos. El hecho de que el niño no pueda racionalizar la situación hace que sea más intenso. Un adulto ansioso puede acentuar la emoción, haciendo del contagio y de la imitación algo más generalizado. De hecho, la imitación es la fuente más importante de explicación del miedo. (2) El miedo traumático o de aprendizaje al primer ensayo: Depende de la intensidad del estímulo. O de la amenaza del mismo (miedo a la caída). (3) El carácter reproductor del miedo:

Se puede señalar que en ciertos casos el miedo funciona como una espiral donde además de generalizar el estímulo aversivo también se aumenta su intensidad. “El miedo no solo produce miedo sino que produce más miedo”. Y (4) el miedo por inseguridad: Inseguridad motivada por la falta de continentes segurizantes externos o internos. La importancia de los límites bien puestos, la seguridad desde el exterior para incorporarse en el interior del sujeto.

Los Contenidos Afectivo-Fantásticos: (Expresión y Elaboración del Mundo Mágico)

El niño elabora constantemente su mundo imaginario, lo elabora en sus sueños, en la vida real, también en las vivencias de poder a través de la palabra el dibujo o el juego. Lacan (1953/2007) nos habla de los tres registros esenciales de toda realidad humana: Lo simbólico, lo imaginario y lo real. Registros que apuntan tanto a lo anímico como a lo corporal. Lo esencial del juego simbólico es que el niño encarna la fantasía en los objetos y acciones, con lo cual el niño puede tener el dominio total de su fantasía encarnada en una secuencia temporal, narración, es decir, en un orden. Partimos de la idea de que de alguna manera el juego simbólico permite expresar, elaborar y controlar un mundo fantástico lleno de miedos y fantasmas para que no desborden o bloqueen al niño.

Para nuestra investigación englobamos en los aspectos afectivos: todo lo relativo a necesidades afectivas, pulsiones, emociones, sentimientos, deseos, placeres, alegrías, temores, celos, envidias, odios, manifestaciones agresivas, etc.

Abarcamos también con los aspectos fantásticos: tanto los estrictamente fantasmáticos (inconscientes) como los puramente imaginarios o referentes a las fantasías. En definitiva, son el conjunto de deseos afectivos, las fantasías (vivencias imaginarias conscientes) y los fantasmas (vivencias imaginarias inconscientes).

En la globalidad del niño, todo está relacionado. En mayor medida que en otros aspectos lo relacional está conectado con lo afectivo y fantástico.

Los aspectos afectivos-fantasmáticos están presentes en el proceso constitutivo de la persona por lo que resulta ineludible trabajar sobre ellos. La evolución hacia el control de su mundo afectivo y mágico-fantasmático le resulta esencial al niño. Por ello, está inmerso en un proceso interminable de equilibración de ese mundo en su vida íntima “consciente” (diálogos en voz alta con sus personajes o situaciones fantásticas), en su vida inconsciente (sueños y soñar despierto), en su juego simbólico, en las elaboraciones que recibe del medio social (cuentos clásicos, internet, cine y TV, etc.). Para ello utiliza procesos continuos de identificación, oposición, compensación, reelaboración, modificación. En un esfuerzo de asimilación, de dominar la realidad de la fragilidad personal interna y el medio, para evolucionar hacia la necesidad de crecimiento y de seguridad de su yo.

Como actitud de cada terapeuta, puede ofrecer un aspecto esencial: un acogimiento afectivo cálido, una conciencia de esas necesidades del niño, y de las proyecciones que lleva a cabo sobre el educador. Una relación adecuada con el

niño será lo esencial para un acompañamiento terapéutico en el itinerario afectivo-fantasioso del niño.

El Juego en Psicomotricidad como Ayuda para Elaborar el Mundo Afectivo-Fantasioso

Para que pueda aparecer el juego, la experiencia lúdica, es imprescindible que el niño sienta que está en un entorno contenedor de sus ansiedades. Si este entorno no es segurizante, el niño realizará maniobras de autoestimulación o actuaciones que protejan su experiencia de supervivencia psíquica. Los terapeutas psicomotrices utilizamos el juego por necesidad, ya que resulta para el niño/a el principal vehículo de relación, de comunicación creando un placer en la relación favoreciendo la vinculación terapéutica.

Así pues el juego sería toda aquella actividad que contiene una actitud libre, placentera, esencial en tanto que es aplicable a todas las situaciones de la vida y finalmente potenciadora de las diferentes dimensiones de la persona.

Para que una actividad podamos considerarla como juego debe tener ocho propiedades: Placer, experiencia de libertad, ser un proceso en sí mismo, implica acción, seriedad y esfuerzo, pero sobretodo, la simulación (“hacer como si”).

Gracias al juego, el sujeto experimenta con personas y cosas, almacena información en su memoria resuelve problemas, aprende a controlar las reacciones e impulsos emocionales centrados sobre sí mismo, interpreta acontecimientos nuevos y a veces estresantes., en definitiva, aprende a vivir jugando.

Existe una progresión en el desarrollo de las fases de juego en función del momento evolutivo del niño, todas estas fases deben ser vividas positivamente y tienen su importancia pero en este artículo nos centraremos en los juegos simbólicos, especialmente los afectivos fantasiosos por la relevancia que tienen en la elaboración de los conflictos internos y externos que el sujeto puede sufrir.

Los juegos afectivo-fantasiosos los incluimos dentro de los juegos simbólicos donde se encuentra todo lo relativo a necesidades afectivas, pulsiones, emociones, sentimientos, deseos, placeres, alegrías, temores, celos, agresividad... y lo relacionado con lo imaginario o referente a la fantasía. En la totalidad del niño todo está relacionado. Las vivencias imaginarias inconscientes están presentes de forma irrefutable en cualquier acción del sujeto y especialmente en los juegos infantiles.

En estos juegos hemos de tener en cuenta las características propias de cada edad y cada sujeto en particular, temas como : afirmación del yo, oposicionismo, sociabilidad, ambivalencia en la relación con el adulto, mundo imaginario, relación a tres (conflictos de celos, necesidad de conquistar, de compartir...), complejidad de los afectos, miedos y temores profundos.

Con los juegos que planteamos buscamos ayudar al niño a pasar de una omnipotencia mágica, donde el niño se identifica con las fuerzas mágicas hacia el poder real, surgido de un yo emergente, de seguridad progresiva. Del impulso por crecer. Y también favorecemos el itinerario de la Fragilidad imaginaria donde existen todo

tipo de poderes y personajes vividos como peligrosos hacia una Fragilidad real, donde el sujeto está sometido a toda clase de necesidades y puede enfrentarse a ellas. Se trata de favorecer la tolerancia a la frustración, aceptación límites, aplazamiento satisfacción de los deseos, entre otras capacidades.

En definitiva, hemos de ayudar a que el niño evolucione desde una omnipotencia imaginaria (mágica) a la potencia real y de una fragilidad imaginaria a la fragilidad real.

La evolución hacia el control de su mundo afectivo y mágico- fantasioso es esencial para el niño, por ello, está inmerso en un proceso interminable de equilibración de ese mundo en su vida íntima consciente. El estudio de los casos nos ha llevado a desarrollar los diferentes tipos de juegos que favorecen el desarrollo psicomotriz a través de los juegos afectivo-fantasiosos. Relacionamos los juegos que favorecen estas actitudes antes mencionadas.

Tipos de Juegos Simbólicos: Afectivos –fantasiosos

Los Juegos de Destrucción-Construcción

Ruiz de Velasco y Abad (2011) relacionan estos juegos de destrucción con el deseo de separarse y de ser uno mismo. Con un deseo de afirmación y poder. Cuando el niño empuja o tira una torre de cojines experimenta un placer de dominio, de fortaleza. Los juegos de destrucción empiezan a edad muy temprana. Estamos de acuerdo con Ruiz de Velasco y Abad (2011, p. 55) que la destrucción en estos juegos, no significa romper, sino transformar y reorganizar. Después de la destrucción seguirá la construcción que permitirá el juego. La famosa “muralla de cojines” que utilizamos muchas veces al iniciar la sesión tiene un sentido por parte del terapeuta, de aceptación de la necesidad de afirmar la fuerza del yo del infante. Por su parte el infante se permite la descarga y posterior elaboración del juego. La creatividad es una dinámica de destrucción – construcción.

Juegos de Oposición

Permiten expresar y elaborar aspectos esenciales del mundo afectivo y fantasmático. Cualquier oposición implica a la persona. El juego de oposición muscular implica la movilización de afectos y fantasías, aparte de sistemas motrices y cognitivos.

En los casos analizados hemos vistos el juego de oposición como algo que favorece el buen desarrollo del niño. Mostrar dos opciones opuestas a la práctica que está realizando el niño en un momento dado sirve para trabajar todos estos aspectos y generar un proceso identitario relevante. La oposición del juego implica por un lado un poder del Yo y una lucha por la identidad. Implica un peligro de oposición y también la fragilidad y la posibilidad de ser devorado. Y finalmente posibilita una relación privilegiada como ser cogido por el lobo. Los juegos de oposición pueden ser verbales: por ejemplo: antes de la “destrucción de la casa”. También

mientras se realiza una persecución. O mediante la broma (oposición mental). Y también muscular como por ejemplo en la destrucción de la casa de la muralla, o en cualquier actividad, libre o propuesta, en la que participe el psicomotricista.

Juegos de Persecución

En los casos analizados y las entrevistas realizadas hemos podido constatar la importancia de este tipo de juegos. El juego de persecución es importante porque es donde existe la división entre lo bueno y lo malo. El que persigue es el malo que quiere atrapar al bueno. Y ese bueno escapa a las miradas y la persecución del malo. Es importante ver cómo el niño se coloca dentro de estos juegos y en qué rol. Se analiza si existe una identificación con el agresor que puede desdramatizar la situación y dar seguridad. Puede haber situaciones de miedo, incluso de confusión fantasía-realidad que debemos ayudar a simbolizar. Este tipo de juegos, con la ajustada intensidad emocional puede satisfacer al niño ayudándole a dominar el miedo a ser “devorado” lo que le da seguridad y alimenta el narcisismo. Jugando con situaciones “peligrosas”, por ejemplo, en el juego del lobo o del símbolo que propongan, el niño puede representar la espera y la anticipación.

Juegos del Escondite y Refugio

Los juegos del escondite o del refugio son juegos simbólicos que sirven para trabajar el cuerpo afectivo-fantasioso. Tienen sus orígenes en los juegos de presencia y ausencia, siendo de los primeros juegos que realiza el infante. Se remonta al juego de la sabanita y evoluciona hacia el juego del escondite donde el niño se aparta de la mirada de los demás para ser encontrado, reconocido, “pillado”. Supone capacidad de espera, autocontrol y como los demás juegos de este grupo implica un nivel de tensión emocional. Como nos han constatado en las entrevistas estos juegos desde sus versiones más primarias buscan satisfacer la noción de permanencia del objeto, jugar con la ausencia-presencia del otro y de uno mismo. María, una niña en situación de acogida, lo primero que realizaba en la sesión era esconderse, con la esperanza de ser buscada, encontrada y reconocida, a partir de aquí la sesión fluía con cierta calma. Como comentan Ruiz de Velasco y Abad (2011, p. 58) “el sentido de esconderse estaría en experimentar la sensación de ser importante para alguien, que te busca cuando no estás porque te echa de menos”.

Juego de Roles con Dinámicas Familiares

En este tipo de juego los niños muestran vivencias afectivas profundas, como pueden ser la identificación o búsqueda de los progenitores o el fracaso de ese encuentro. Las situaciones de fracaso ante esa búsqueda desencadenan situaciones de abandono o desprotección. Se buscan mediante el juego las identificaciones con roles familiares y sus relaciones (padre, madre, hermanos...). Descubriendo situaciones o vivencias afectivas de maltrato o de cuidado. Se busca la representación de los momentos de la comida que simboliza la casa y la familia. En los casos

analizados tenemos el ejemplo de Mario que con el juego de dinámicas familiares después de construir una casa-restaurante la bautiza con el nombre del restaurante de los bebés muertos donde se sirve comida de partes del cuerpo del bebé. En este juego, donde por parte del psicomotricista no hay juicios de valor, nos habla de los fantasmas de maltrato vividos por este niño. Es importante el retorno del fantasma, para poder elaborarlo sin apenas intervención del adulto ya que se confía en la capacidad autoreguladora del niño a través de estos juegos ya que lo esencial es la vivencia, sin necesidad de comunicar la posible interpretación al infante y que evidentemente será abierta y flexible. En este tipo de intervención atendemos al síntoma de modo no sintomático.

Juegos de Roles de Poder-Sumisión

En este tipo de juegos es donde se muestran las relaciones sociales, el imitar y ser imitado, el dominar y ser dominado. Son juegos simbólicos que ayudan a mejorar situaciones sociales. En los diferentes casos analizados hemos podido observar diferentes juegos que desarrollan roles sociales determinados. Situaciones que se manifiestan en juegos como policías y ladrones, el rey y su castillo y los “vasallos”, el domador y domado, los animales (perros, gatos...). Lo importante sería la reversibilidad, es decir la posibilidad del niño de jugar desde diferentes roles. Pero hay niños que quedan enganchados en un rol determinado que indudablemente afecta a su autoimagen. Como han comentado los profesionales psicomotricistas en las entrevistas realizadas este tipo de juegos son un avance de las situaciones sociales con las que se tendrán que encontrar en el futuro y con algunas situaciones de la vida actual. El poder y la sumisión son las dos caras de una moneda. El intercambio de roles ayudará al desarrollo psicomotor mediante este tipo de juegos simbólicos con alto grado de contenido y desarrollo social.

Juegos de Roles de Sanación

Dentro de los juegos afectivos-fantásticos requieren un especial atención aquellos referenciados en el campo de la salud y la sanación. Mediante esta simbología se reflejan situaciones que ayudarán satisfactoriamente al desarrollo psicomotor del niño. Por ejemplo tenemos el juego del hospital donde se unen la muerte y la resurrección. A medida que el niño puede jugar a estos juegos afectivo-fantásticos y los va transformando en juego simbólico de roles compartido empieza a mostrar sus miedos a la enfermedad, a la muerte y a construir una historia de esperanza en la que habrá un final feliz. Tenemos el estudio del caso de Nico, un niño adoptado que no se permitía ponerse enfermo y su juego le llevaba a asumir personajes de superhéroes o monstruos invencibles, tardó tiempo en permitirse los juegos de sanación ya que previamente era necesario permitirse estar “enfermo”. El desarrollo de estos juegos de reparación permitió a Nico “dejarse”, para posteriormente “resucitar”, lanzando el mensaje inconsciente que lo que se rompe puede volver a arreglar.

Juegos Inducidos por Cuentos Clásicos Vivenciados

Tal como se expuso en un anterior artículo (Serrabona, 2002), diversos autores, como Bettelheim, Ortner, Bryant..., han otorgado al cuento, principalmente narrado y vivenciado, una gran importancia en el proceso de maduración psicológica y sociológica del niño. Partimos de la hipótesis de que los cuentos, especialmente los clásicos, ayudan al desarrollo integral del niño. Dentro de esta afirmación, debemos añadir que los cuentos jugados corporalmente por los niños, a través del movimiento, refuerzan la percepción profunda de los contenidos que pretendemos que elaboren y asimilen.

Los cuentos ayudan a elaborar los miedos y fantasías (fantasmes), del sujeto que según Laplanche (1987, p. 138) sería el: “Guión imaginario en el que se halla presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo inconsciente” para que no bloqueen su desarrollo integral, al tiempo que ayudan a estructurar el universo cognitivo, emocional y relacional del niño por lo que su valor preventivo, pedagógico y terapéutico es indudable.

En los cuentos encontramos, los mayores temores del niño (Serrabona, 2002). El niño necesita que tomen cuerpo sus miedos, sus angustias, así como también sus ilusiones y esperanzas. El niño es incapaz por sí solo de identificar y concretar sus miedos y los cuentos le permiten justamente eso. Concretarlos. Los miedos concretados son más fáciles de localizar y elaborar que los difusos o las angustias inconcretas. En los casos analizados hemos podido comprobar que es preferible tener miedo de algún animal en concreto, por ejemplo del lobo, que tener miedo a algo vago que el niño no es capaz de identificar ni localizar, y por lo tanto se convierte en un malestar agobiante sin que el niño tenga ninguna vía que le permita vislumbrar un alivio respecto de la situación que le aqueja.

Los cuentos vivenciados motrizmente también permiten la externalización (White y Epston, 1993). Un concepto que los terapeutas narrativos, ponen en evidencia e intentan ayudar a los sujetos a separarse y separar sus relaciones del problema. La externalización abre la posibilidad de que se describan a sí mismos y a sus relaciones desde una perspectiva nueva, no saturada por el problema; lo que permite el desarrollo de una historia alternativa de la vida, más atractiva, tal como comentan White y Epston (1993, p. 54). Estos autores en este mismo libro exponen las ventajas del trabajo de externalización que de una manera u otra intentan realizar todas las orientaciones terapéuticas. Así pues, la externalización, permite que los niños actúen, apartando el problema de sus vidas y relaciones, así como “desdramatizar” el problema.

El final feliz de los cuentos es la representación máxima de la esperanza. Los cuentos nos prometen que acabaremos por liberarnos de nuestras angustias y que veremos compensados los sufrimientos a los que la vida nos ha sometido. Le presenta personajes sobre los cuales proyectar sus esperanzas y miedos, le ofrecen soluciones para sus problemas. Permite visualizar una superación de sus conflictos,

con esperanza.

Juegos de Proyección Verbal

Los juegos de proyección verbal son juegos que también son significativos. A través de ellos se trata de entender mediante la verbalización situaciones concretas. Mediante los casos analizados y las entrevistas realizadas podemos ver como este tipo de juegos ayudan al desarrollo psicomotor. Por ejemplo, decir quien vive en la casa (o en una montaña) ayuda a iniciar esa verbalización de lo imaginado. Mediante la verbalización se trabajarán los soportes afectivos-fantásticos. Se le pregunta, por ejemplo, ¿qué hay en la caja (tapada) de material? con lo que se trabajará en la sesión en función de las verbalizaciones y respuestas dadas. Todo esto permite proyectar y anticipar la acción y dar lugar a la fantasía.

Juegos de Provocación, de Humor

Parten de una confianza mutua, de una buena comunicación y nos sirven para desdramatizar la tensión y permiten aceptar mejor la realidad. Para realizar este tipo de juegos es necesario que exista un vínculo afectivo seguro que permita aceptar y entender dicha provocación. Se necesita que haya un conocimiento del psicomotricista con el niño elaborado a través de varias sesiones previas. Como señalan (Fry y Saladell, 2004): “la risa y el ingenio pueden utilizarse para evitar la realidad, negar sentimientos o dominar a los demás, pero también pueden emplearse para sacar a la luz verdades escondidas, crear vínculos con el propio potencial lúdico y abrirse a la complejidad de la vida”. La provocación con su necesaria dosis de humor permite establecer relaciones interpersonales cálidas, lo que permite aliviar ansiedades, estrés, favorecer la tolerancia y nos moviliza.

La Observación en Torno a los Juegos Afectivos-Fantásticos

La observación cualitativa de estos tipos de juego se realiza a través de la observación directa, fijándonos en la elección de materiales utilizados, en el proceso de construcción del dispositivo necesario para el juego y desde luego en la participación y desarrollo del mismo. También nos apoyamos en la observación posterior al juego, a través de la representación verbal (Muniain y Serrabona, 2000), o el dibujo, incluso de cuestionarios programados.

En la tipología de situaciones en torno al juego podemos observar la permanencia o variabilidad en las identificaciones, la dimensión profunda de la acción, la agresividad en torno al juego: defienden o atacan, pero sobre todo la presencia en el juego, es decir, cómo se sitúa el niño dentro de ese juego.

En estos juegos podemos ver como surgen las vivencias imaginarias inconscientes como son las expresiones de seguridad, las competencias personales, la mirada relacional, viendo si existen vínculos afectivos sólidos o la expresión ordenada y lógica: Las funciones ejecutivas. También las vivencias afectivas negativas como son los temores profundos, vivencias de agresividad y de maltrato, vivencias de

ausencia y muerte afectivas y las vivencias de prisión-escaparse.

¿Qué Aporta la Intervención de Ayuda Psicomotriz en este Proceso?

La Psicomotricidad permite construir un marco de intervención suficientemente amplio como para que hagamos una adaptación de las estrategias de la terapia en función del sujeto. Ese debe ser el camino de la ayuda que les llevará la autonomía. La intervención de ayuda psicomotriz ofrece un marco, un dispositivo metodológico contenedor, para que se pueda dar esta experiencia afectiva, motriz, relacional y cognitiva. La mirada del psicomotricista sobre las producciones del niño, sobre su expresividad, aporta información significativa para observar y evaluar las capacidades de integración sensorial, los intereses, habilidades y las dificultades del niño en relación con el propio cuerpo, con el otro y con el entorno. También favorece el aumento de las modalidades interactivas, así como, la conexión de los afectos con las acciones motrices del niño que se transformarán en intencionales y dotadas de sentido a partir de la vivencia, de la experiencia y de la significación compartida y es desde esa vivencia compartida de placer, de bienestar, de seguridad, el niño irá integrando la experiencia, reconociéndola para posteriormente evocarla y llegar a representarla. Este proceso de construcción conjunta permite al adulto y al niño constituirse como sujetos, siempre desde los intereses, necesidades y capacidades intersubjetivas del niño.

La Terapia psicomotriz, está orientada a ofrecer un espacio acogedor a aquellas problemáticas que presentan los niños vinculados a demandas de reconocimiento, de comunicación y de afectividad.

Observar y valorar los indicadores y síntomas de alteración o bloqueo en determinados aspectos del desarrollo desde una perspectiva de continuo, requiere una formación sólida en todos los fenómenos y transformaciones que se dan en el proceso de desarrollo normal del niño hacia la construcción de la identidad, la construcción de sí mismo. Un conocimiento que ha de proporcionar al adulto estrategias para construir, proponer y acompañar situaciones que favorezcan la experimentación, el aprendizaje explícito de aquellos aspectos sutiles de la interacción que en un niño con desarrollo “normal” se estructurarán de forma implícita.

Papel del Terapeuta Psicomotriz

Del análisis bibliográfico junto con el análisis de los casos y de las entrevistas realizadas podemos decir que el papel del terapeuta psicomotriz es muy importante para el buen desarrollo psicomotriz de los niños y que el juego afectivo-fantasmático se desarrolle de la mejor manera. Los terapeutas psicomotrices, han de poner sus capacidades al servicio de la transformación de los sentimientos y acciones de los sujetos. Para desarrollar sentimientos positivos es imprescindible la relación positiva con el adulto. Han de ofrecer modelos sólidos de identificación con los que los niños y niñas se puedan orientar e identificar.

La comunicación es imprescindible para tratar la vida emocional. Para hacer

posible una buena comunicación es necesario haber creado unos vínculos adecuados y un ambiente donde no exista la ansiedad. La interacción psicomotricista y paciente se ha de producir dentro de una atmósfera positiva, todo motivando el mutuo conocimiento.

En el abordaje psicomotriz, no se puede dejar las emociones fuera de la intervención. Es con toda nuestra complejidad que interactuamos. Sabemos que el tratamiento que damos a nuestras propias emociones sirve de modelo. Es muy importante, crear una atmósfera positiva y rica, donde nos sintamos satisfechos. Podemos utilizar algunas pautas como (1) creer en la necesidad de controlar la respuesta que damos a los comportamientos de los niños; (2) tomar conciencia de nuestra intervención en la sala esta influenciada por la interpretación que hacemos del comportamiento de cada uno de nuestros alumnos y que esta interpretación es modificable; (3) comprender por qué los niños y niñas actúan de una manera determinada. Es imprescindible comprender para evitar tanto la ansiedad como la irritación; (4) concienciarse de que podemos aumentar la percepción positiva que tenemos de nuestros alumnos, lo que repercute en una disminución del estrés y de la ansiedad; y (5) aumentar la propia competencia emocional siguiendo estos pasos: calmarse, entender lo que nos pasa, buscar soluciones, aplicarlas, revisar su aplicación y como nos afecta emocionalmente, buscar nuevas soluciones si es necesario.

Las acciones que suceden en las sesiones son importantes en los procesos de ayuda pero lo fundamental es la construcción de un sistema de actitudes por parte del psicomotricista que nos permita un diálogo terapéutico que dé una respuesta ajustada a las acciones y necesidades del niño. Es necesario, el acogimiento cálido, la toma de consciencia de las necesidades del niño y de sus proyecciones, posibilitando y favoreciendo la expresión, buscando trabajar sistemáticamente los aspectos afectivo-fantasiosos, siempre desde un marco lúdico.

Conclusiones

En todo lo expuesto hemos podido ver como se ha alcanzado el objetivo principal del estudio. El objetivo del estudio era exponer las razones por las que resulta importante permitir que de forma espontánea o bien propuesta este tipo de juegos se trabajen dentro de las sesiones de psicomotricidad. Las razones principales son consensuar los diferentes tipos de juegos afectivos-fantasiosos dentro del proceso psicomotriz atendiendo a las indicaciones propuestas.

Los juegos afectivos-fantasiosos nos aportan un significado detrás de cada modalidad, que puede aparecer de múltiples formas y materiales bien elegidos para representar aquello que pretenden.

El enfoque psicomotriz, favorece el proceso madurativo y de identidad del niño, desde la impulsividad y tendencia de la búsqueda del placer inmediato, a la planificación y demora de la satisfacción, para prevenir y superar los peligros y dificultades del camino. En concreto, los juegos afectivos-fantasiosos, nos permiten ver el desarrollo de los aspectos emocionales y relacionales del sujeto además de

otras funciones como las ejecutivas, como son: la inhibición voluntaria, la memoria, la flexibilidad cognitiva, la planificación o la toma de decisiones.

En el artículo también hemos podido exponer una clasificación de juegos afectivos-fantásticos que sin ser exhaustivos, nos permiten observar los diferentes aspectos emocionales que son manifestados por los infantes, de forma que también nos ha permitido realizar una primera clasificación de tipos de narrativas en función al juego.

Como hemos podido ver anteriormente el juego permite vislumbrar la narrativa existente entre el conflicto primario de deseo de fusión y deseo de identidad. Siendo la seguridad de la casa familiar que alienta a la salida al mundo externo, con el aviso de los posibles peligros.

A modo de conclusión general, nos reiteramos en lo expuesto en un anterior artículo (Serrabona, 2016) de que podemos afirmar que descubrir las posibilidades narrativas de nuestra acción motriz y nuestra imaginación es un proceso fascinante. Y aún más, hacer de esa narrativa psicomotriz una herramienta creativa para ayudar a superar problemas y potenciar capacidades.

Referencias

- Bisquerra, R. (coord.) (2004). *Metodología de la investigación educativa*. La Muralla.
- Bessel van der Kolk, M. D. (2017). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria
- Fry, F. y Saladell, W. (2004). *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas*. Desclee de Brouwer.
- Lacan, J. (2007). *Lo simbólico, lo imaginario y lo real*. Paidós. (Trabajo original publicado en 1953)
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1987). *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Labor
- Marina, J. A. y López, M. (1999). *Diccionario de los sentimientos*. Anagrama
- Marina, J. A. (2015). *Los miedos y el aprendizaje de la valentía*. Ariel.
- Muniáin, J. L. y Serrabona, J. (1996). La casa. *Psicomotricidad, Revista de Estudios y Experiencias*, 66, 24-39.
- Muniáin, J. L. y Serrabona, J. (2000). La representación verbal. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 0, 85-102.
- Ruiz Velasco, A. y Abad, J. (2011). *El juego simbólico*. Graó.
- Serrabona, J. (2002). Los cuentos vivenciados: Imaginación y movimiento. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 6.
- Serrabona, J. (2016). *Abordaje psicomotriz en las dificultades del desarrollo*. Horsori
- Serrabona, J. (2019). Significado y cambio narrativo a través del juego corporal ¿Qué se juega en el juego de la casa en psicomotricidad? *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 129-150. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.324>
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.



Luis Botella

LA CONSTRUCCIÓN DEL CAMBIO TERAPÉUTICO

Terapia Constructivista Integradora
en la Práctica Clínica



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

STRENGTHS-BASED MINDFULNESS: EFFECTS ON MENTAL HEALTH AND WELL-BEING

MINDFULNESS BASADO EN FORTALEZAS: EFECTO SOBRE LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR

Juan Nieto¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5697-9287>

Dafne Cataluña¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5554-6778>

Aroa Ruiz¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2907-536X>

Borja Arribas¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5873-4523>

¹Instituto Europeo de Psicología Positiva. Madrid, Spain

How to reference this article:

Nieto, J., Cataluña, D., Ruiz, A., & Arribas, B. (2023). Strengths-based mindfulness: Effects on mental health and well-being. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 129-139. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.37235>



Abstract

Combining Mindfulness and character strengths involves living fully aware of our strengths and putting them into action for the common good. Several studies have found a positive effect on well-being, but the effect on mental health has not yet been described. The aim of this study is to test the effectiveness of an online program that combines Mindfulness with character strengths to reduce symptoms of depression, anxiety and stress, and increase satisfaction with life. For this purpose, a quasi-experimental study was carried out with a control group whose sample consisted of 103 adults with anxious-depressive symptomatology residing in Spain. The results show the capability of the program to reduce the levels of anxiety, depression and stress, as well as to increase the levels of satisfaction with life. It is concluded that Mindfulness and Strengths-based programs are valid alternatives to improve mental health and that they can be applied online, reaching more people and reducing costs.

Keywords: mindfulness, character strengths, anxiety, depression, well-being

Resumen

La combinación del Mindfulness y con las fortalezas personales, implica vivir plenamente conscientes de nuestras fortalezas y ponerlas en acción para un bien común. Diversos estudios han encontrado efecto positivo sobre el bienestar; sin embargo todavía no se ha descrito el efecto que tiene sobre la salud mental. El objetivo de este estudio es comprobar la efectividad de un programa online que combina Mindfulness con fortalezas personales para reducir síntomas de depresión, ansiedad y estrés, y aumentar la satisfacción con la vida. Para ello, se lleva a cabo un estudio cuasi-experimental con grupo control cuya muestra está compuesta por 103 adultos/as con sintomatología ansioso-depresiva y residentes en España. Los resultados muestran la capacidad del programa para reducir los niveles de ansiedad, depresión y estrés, así como para aumentar los niveles de satisfacción con la vida. Se concluye que los programas basados en Mindfulness y Fortalezas son alternativas válidas para mejorar la salud mental y que se pueden aplicar online, llegando a más personas y abaratando costes.

Palabras clave: mindfulness, fortalezas del carácter, ansiedad, depresión, bienestar

Although Mindfulness comes from the Buddhist tradition, it has been incorporated into the field of mental health. Sometimes it appears as a component of psychological treatments, as in Acceptance and Commitment Therapy (ACT), and sometimes as a main component, as in the Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR). Several studies support the effectiveness of Mindfulness training in reducing depressive symptoms (e.g., Chi et al., 2018; Cillessen et al., 2019; Fredrickson et al. 2008; Kabat-Zinn et al., 1985; Khoury et al., 2015; Nieto et al., 2021), anxiety (e.g., Borquist-Conlon, 2019; Cillessen et al., 2019; Kabat-Zinn et al., 1985), stress (e.g., Cillessen et al., 2019; Khoury et al., 2015), burnout (e.g., Roeser et al., 2013; Sopezki et al., 2020; Shonin et al., 2014; Reb et al., 2015) and to work on pain management (e.g., Kabat-Zinn et al., 1985; Cillessen et al., 2019). However, it has not only been used as a means to cope with the aforementioned symptomatology or disorders, but has also been related to well-being variables, such as satisfaction with life (e.g., Kong et al., 2014).

Mindfulness has progressively broadened its meaning to include components such as non-judgment, acceptance and compassion, thus providing new avenues for the study and improvement of human functioning. It has also been combined with other approaches and constructs, such as character strengths. These are defined as psychological characteristics considered morally valuable (Peterson & Seligman, 2004), capable of generating positive affect, sense of mastery, personal growth and meaning in life (Harzer, 2016) and promoters of optimal functioning in people (Lavy & Littman-Ovadia, 2017).

Approaching contemplative sciences and strengths allows us to deepen our awareness of our best qualities and of how we use them through three elements: awareness of use, awareness of impact, and responsiveness (Herber, 2021).

This synergy also acts inversely: the practice of mindfulness is enriched by the use of strengths. Some have a central role in the Mindfulness process, as they enhance the practice. For example, activating the strengths of Perspective, Self-regulation or Curiosity favors a state of Mindfulness (Niemic et al., 2012; Niemic & Lissing, 2016).

Other strengths emerge as a result of Mindfulness practice. For example, when we combine Mindfulness with behavioral activation, people become more active and aware of their movements, and this together with an enhanced mood increases Zest and the desire to continue with the activity (Niemic et al., 2012).

Ultimately, a virtuous circle or positive spiral is generated, which has been called “heartfulness” (Niemic, 2017), meaning the act of living from the heart by being fully aware of our strengths and putting them into action for a common good.

Several empirical studies highlight the positive effect of Mindfulness-Based Strengths Practice (MBSP) on: Increased levels of well-being (e.g., Ivtzan et al., 2016; Niemic, 2014); increased sense of engagement (e.g., Ivtzan et al., 2016; Niemic, 2014); improved interpersonal relationships (e.g., Niemic, 2014); higher levels of flourishing (e.g., Ivtzan et al., 2016); increased satisfaction with life (e.g.,

Ivtzan et al., 2016); increased work performance (e.g., Pang & Ruch, 2019a) and work well-being compared to programs that use Mindfulness to reduce stress (e.g., Monzani et al., 2021).

However, the effect of Strengths-based Mindfulness on mental health and satisfaction with life in people with anxious-depressive symptomatology has not yet been empirically described. Moreover, it is necessary to provide evidence of its effectiveness in studies that include a control group.

Therefore, the aim of this study is to test the effectiveness of an online program that combines Mindfulness with character strengths to reduce symptoms of depression, anxiety and stress, and increase satisfaction with life.

Methods

Procedure

A convenience sampling was carried out, selecting a sample of people over legal age, residing in Spain and with high levels of anxiety, depression and stress. The study was conducted between July 2020 and February 2021 (these dates correspond to the Covid-19 pandemic).

Two groups were conducted: The experimental group (EG), composed of participants who requested to participate in an online program based on Mindfulness. The control group (CG), made up of people who were interested in carrying out an evaluation of their emotional state.

It was the participants themselves who voluntarily requested their participation in the different groups, so a quasi-experimental study was conducted.

Program

An online and self-applied program is developed, which combines Mindfulness with character strengths. It is structured in 12 sessions of 1h (see Table 1), where the first two sessions are focused on familiarizing the participant with the practice of Mindfulness and getting to know his or her personal strengths. From the third session onwards, the concept of strengths and their combination with mindfulness is introduced, while the last four sessions focus on practical elements of daily life in which to put this knowledge into practice.

Each session's content is presented in video format and divided into: theoretical content, where key concepts and how Mindfulness and strengths work are explained, and practical content, where participants put the content into practice through exercises and meditations. Meditation and practice is suggested between sessions. In addition, each month there is a live class where doubts are resolved and some of the key meditations of the program are worked on in groups. The program duration is 12 weeks, although it is up to the participant to decide when to do each of the sessions.

Table 1*Strengths and Mindfulness-Based Program Structure*

Session 1.	Introduction to Mindfulness and Emotional Management
Session 2.	Mindfulness attitudes and first steps
Session 3.	“Emotional” strengths
Session 4.	Creating awareness of automatic reactions
Session 5.	Mindfulness practice through Appreciation of beauty, Curiosity and Vitality.
Session 6.	Mindfulness practice through Acceptance, Harmony, Universalism, and Gratitude.
Session 7.	Benefits of Mindfulness
Session 8.	Shifting the Focus: Empowering Positive Emotions
Session 9.	Mindful Relationships I
Session 10.	Mindful Relationships II
Session 11.	Mindfulness for stress management I
Session 12.	Mindfulness for stress management II

Measures

The *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) Lovibond and Lovibond (1995), adapted to Spanish by Bados et al., (2005), was used to measure the presence of distress and negative symptomatology. This scale was used to obtain the scores on the dependent variables of depression, anxiety and stress. It consists of 21 items; each scale comprises 7 Likert-type items with four response options ranging from 0: Did not apply to me at all to 3: Did not apply to me at all. Reliability indices are .84, .70 and .82 for depression, anxiety and stress respectively (Bados et al., 2005).

As a measure of well-being, *the Satisfaction with Life Scale* (SWLS) Diener et al., (1985) adapted to Spanish by Vazquez et al., (2013) was used, obtaining a reliability index of .88. It consists of 5 Likert-type items with 7 response options: from 1: strongly disagree to 7: strongly agree. The higher the score, the greater the satisfaction with life experienced.

Participants

The total sample consists of 103 people, with an age range between 19 and 62 years ($M = 40.8$; $SD = 11.26$). The experimental group consists of 65 participants between 19 and 62 years of age ($M = 43.6$; $SD = 10$). Ninety-four percent are women while 6 percent are men. The control group consists of 38 participants, with an age range between 19 and 56 years ($M = 31.4$; $SD = 10.5$). 86% were women and 14% men. On average, participants in the experimental group took 3 months to complete the program, with a range of 2 to 7 months.

Results

Descriptive analyses were obtained for the four dependent variables in both groups (see Table 2).

Table 2 shows the pre-treatment and post-treatment scores of both groups. The pre-anxiety, depression and stress scores in both groups are compatible with

mental health problems, whose cut-off point is at 5, 6 and 6, respectively (Román et al., 2016). Regarding satisfaction with life, the control group presents a score that indicates the existence of possible significant problems in some area of life (Pavot and Diener, 1993), while the experimental group has a score that coincides with the average in satisfaction with life in that same study.

Table 2
Comparison Between Groups

		Pre				Post			
		Dep	Anx	Str	Sat	Dep	Anx	Str	Sat
Experimental Group	Mean SD	9 (3.3)	9.2 (3.1)	10.7 (3.1)	21.4 (5.6)	4 (2.4)	4.2 (2.8)	5.9 (3)	25.5 (4.8)
	Range	6-21	5-18	6-21	8-31	0-9	0-10	0-13	15-34
Control Group	Mean SD	10.7 (4.1)	9.9 (4.2)	12.1 (3.9)	16.7 (5.8)	8.1 (5.3)	8.4 (5.1)	9.8 (4.1)	17.2 (5.4)
	Range	6-21	5-19	6-20	5-31	1-21	0-21	3-21	5-28

Note. Dep: Depression; Anx: Anxiety; Str: Stress and Sat: Satisfaction with life.

For inferential analyses, a repeated measures ANOVA was performed for each of the dependent variables. Also, due to noncompliance with the assumptions, nonparametric tests were used for the depression and anxiety variables.

Depression

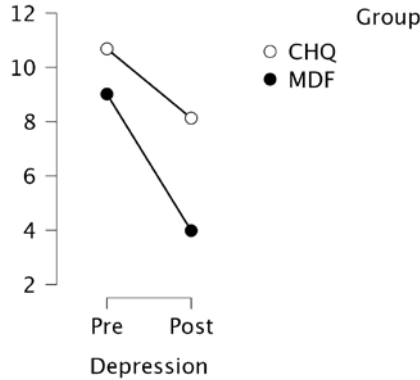
Because pre-treatment homogeneity assumption was not met ($p < .05$), nonparametric U-Mann-Whitney and Wilcoxon tests were used for intergroup and intragroup comparisons, respectively. In turn, an ANOVA was used to test for interaction effects (Figure 1).

The results show significant differences in the Wilcoxon test between pre-treatment and post-treatment, both in the CG group ($W_{CG} = 486$, $z = -2.8$, $p = .005$, $r = -.45$) and in the EG ($W_{EG} = 2008$, $z = -6.9$, $p < .001$, $r = -0.84$), the effect size in the CG is small, while in the EG is large. Regarding the analyses comparing each group, there were significant differences in the pre-treatment time ($U = 903$, $z = -2.40$, $p = .017$, $r = -.23$), as in the post-treatment ($U = 604$, $z = -4.41$, $p < .001$, $r = -.43$). The effect size for both cases is moderate.

As for the ANOVA, the results are similar to those previously described: the differences between the time without taking into account the difference of the groups is significant ($F_{(1,101)} = 70.2$; $p < .001$; $\eta_p^2 = .41$). The effect size is mediated. The interaction effect is also significant ($F_{(1,101)} = 7.4$; $p = .008$; $\eta_p^2 = .07$) but the effect size is small. Regarding the difference between the groups without taking into account the time we also found significant results, with a small effect size ($F_{(1,101)} = 24.1$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .19$). It can be seen that the rate of change is higher in the EG.

Figure 1

Pre/Post Depression Comparison

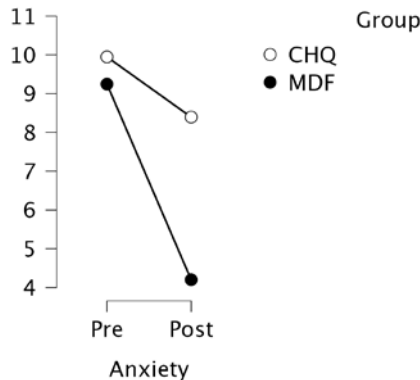


Anxiety

As with the previous variable, we found non-compliance with the homoscedasticity assumption ($p < .05$). In this case, we proceeded in the same way. Significant differences were obtained using the Wilcoxon test between pre-treatment and post-treatment of both groups ($W_{CG} = 491, z = -2.5, p = .013, r = .41$; $W_{EG} = 1082, z = -6.5, p < .001, r = .80$). In the CG the effect size is moderate, while in the EG it presents a large effect size. Regarding the ANOVA we found significant differences for the three levels of analysis, the two main effects: time ($F_{(1,101)} = 62.4, p < .001, \eta_p^2 = .38$) with a moderate effect size; group, with a small effect size ($F_{(1,101)} = 15.8, p < .001, \eta_p^2 = .13$) and for the interaction of the group factor at pre-treatment and post-treatment ($F_{(1,101)} = 17.3; p = .008; \eta_p^2 = .15$) with a reduced effect size. Although a reduction in anxiety occurs in both groups, we found a higher rate of change in the EG (Figure 2).

Figure 2

Pre/Post Anxiety Comparison

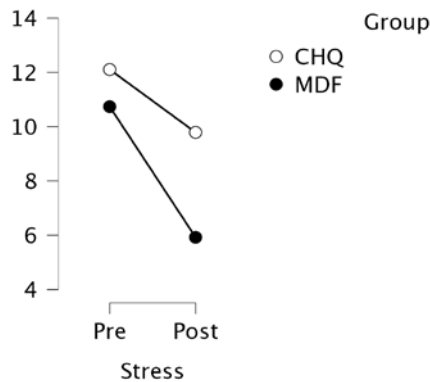


Stress

The homoscedasticity assumption is met in this variable, while the normality assumption was only not met in the EG at the pretreatment time ($p = 0.01$). Since the ANOVA is robust to non-compliance with this assumption, it was used as a tool in the analysis. Significant results were also obtained for both the main effects and the interaction effect. Time: ($F_{(1,101)} = 74.4, p < .001, \eta_p^2 = .42$) with a medium effect size, Group: ($F_{(1,101)} = 8.9, p = .004, \eta_p^2 = .08$) and interaction: ($F_{(1,101)} = 15.8, p < .001, \eta_p^2 = .18$) both present a small effect size. If the Post Hoc tests are analyzed, it can be seen that there is a significant improvement in symptomatology in the EG and CG. But it is in the EG where we found a higher rate of change, with a difference between means of 4.8 points versus 2.3, respectively (Figure 3).

Figure 3

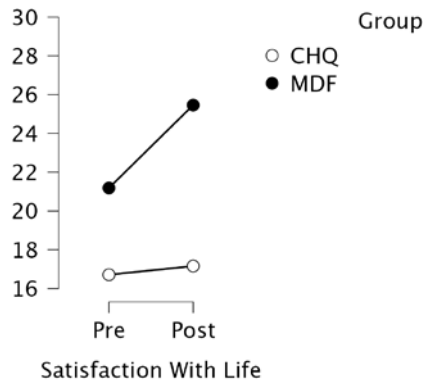
Pre/Post Stress Comparison



Satisfaction with Life

In this variable the assumptions necessary to perform an ANOVA are met: homoscedasticity ($p > .05$) and normality ($p > .05$). The results show that there are significant differences between the pre-treatment and post-treatment moments, independently of the group. With a small effect size ($F_{(1,101)} = 17.9; p < .001; \eta_p^2 = .15$). Significant differences are also found between group interaction with the treatment, the treatment effect differs in the groups. It also presents a small effect size ($F_{(1,101)} = 11.5; p < .001; \eta_p^2 = .10$). And finally a significant difference is found between groups, regardless of time ($F_{(1,101)} = 46.5; p < .001; \eta_p^2 = .313$), in this case the effect size is medium (Figure 4).

A Post Hoc comparison was performed to check in which direction the interaction occurred: finding that between pre-treatment and post-treatment of the control group there are no significant differences ($p = 0.60$).

Figure 4*Comparison of Pre/Post Satisfaction with Life*

Discussion

Several studies have shown positive results when implementing programs combining mindfulness and character strengths. These are based on the idea that when both practices are fed back to each other, a direct positive impact is generated in the people who perform them (Ivtzan et al., 2016, Niemiec, 2014). Despite this, the implications and possible benefits of combining Mindfulness and strengths on mental health have hardly been explored in depth. In this case, a 12-session and online application program that combines mindfulness with strengths has been constructed. The results found in this study support the hypotheses about the effectiveness of these programs.

The hypothesis that the practice of strengths based on Mindfulness has positive effects on mental health is confirmed, as a significant decrease in depression, anxiety and stress variables is observed. This trend is also detected in the control group, this may be due to the feedback obtained by the participants on the results of the completed questionnaires, as they received a detailed report with the use of their strengths, as well as on their emotional state, which could encourage them to make changes. However, the rate of change in the experimental group is significantly higher than in the control group. This means that programs based on the synergy between Mindfulness and Strengths are valid alternatives to reduce distress in cases with anxious-depressive symptomatology, results compatible with Nieto et al. (2021). Moreover, they can be applied online, reaching more people and reducing costs.

The validity of the results is reduced by the significant difference in satisfaction levels of both groups in the pre-treatment phase. A possible explanation lies in the fact that people who have discomfort and seek a solution for it, have already started on the road to recovery. Whereas those who only evaluate their emotional state, perhaps in a contemplative phase, are aware that they have problems, but have not yet begun to change. However, when we compare the groups we find a significant increase in the experimental group with respect to the control group, which does

not experience improvement. These results are in line with the work of Ivtzan et al. (2016), where increased satisfaction with life was found to be a consequence of Mindfulness-based strengths practice.

Although the results obtained support the proposed hypotheses, the limitations of the study must be taken into account, and the conclusions may be biased if these findings are not taken with caution. The first limitation is not having a representative sample with random assignment to the conditions of the study, since the sample has been obtained by convenience and may bias some results. To reduce this problem, variables such as the initial level of symptomatology have been controlled to make groups as homogeneous as possible. However, it is recommended to measure the level of Mindfulness of the participants before the study and to choose experimental designs with a waiting list.

Another limitation is the lack of a follow-up measure to corroborate whether the decrease in negative symptomatology or increase in satisfaction with life is sustained over time.

It is also recommended to use a more complete measure to measure the variable of well-being, since this study only addresses satisfaction with life.

Even with these limitations, it shows the effectiveness of an online program based on mindfulness and strengths, where we do not only find that it is able to reduce the discomfort experienced by a person, but also that it enhances one of the pillars of well-being such as satisfaction with life. Therefore, it is necessary to carry out further studies, where these limitations are solved and more robustness for the methodology used is provided.

References

- Bados, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS). *Psicothema*, *17*(4), 679-683.
- Borquist-Conlon, D. S., Maynard, B. R., Brendel, K. E., & Farina, A. S. (2019). Mindfulness-based interventions for youth with anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, *29*(2), 195-205. <https://doi.org/10.1177/1049731516684961>
- Cillessen, L., Johannsen, M., Speckens, A. E., & Zachariae, R. (2019). Mindfulness-based interventions for psychological and physical health outcomes in cancer patients and survivors: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *Psychooncology*, *28*(12), 2257-2269. <https://doi.org/10.1002/pon.5214>
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, *95*(5), 1045. <https://doi.org/10.1037/a0013262>
- Harzer, C. (2016). The eudaimonics of human strengths: The relations between character strengths and well-being. In Joar Vittersø (Ed.), *Handbook of eudaimonic well-being* (pp. 307-322). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-42445-3_20
- Herber, E. K. (2021). *Activa tus fortalezas: El método para desarrollar tu potencial más auténtico*. Kailas Editorial.
- Ivtzan, I., Niemiec, R. M., & Briscoe, C. (2016). A study investigating the effects of Mindfulness-Based Strengths Practice (MBSP) on wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, *6*(2), 1-13. <https://doi.org/10.5502/ijw.v6i2.557>

- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163-190. <https://doi.org/10.1007/BF00845519>
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519-528. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>
- Kong, F., Wang, X., & Zhao, J. (2014). Dispositional mindfulness and life satisfaction: The role of core self-evaluations. *Personality and Individual Differences*, 56, 165-169. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.09.002>
- Lavy, S., & Littman-Ovadia, H. (2017). My Better Self: Using Strengths at Work and Work Productivity, Organizational Citizenship Behavior, and Satisfaction. *Journal of Career Development*, 44(2), 95-109. <https://doi.org/10.1177/08948453166634056>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Monzani, L., Escartín, J., Ceja, L., & Bakker, A. B. (2021). Blending mindfulness practices and character strengths increases employee well-being: A second-order meta-analysis and a follow-up field experiment. *Human Resource Management Journal*, 31(4), 1025-1062. <https://doi.org/10.1111/1748-8583.12360>
- Niemiec, R. M. (2014). *Mindfulness and character strengths: A practical guide to flourishing*. Hogrefe Publishing.
- Niemiec, R. M. (2017). *Character strengths interventions: A field guide for practitioners*. Hogrefe Publishing.
- Niemiec, R. M., & Lissing, J. (2016). Mindfulness-based strengths practice (MBSP) for enhancing well-being, life purpose, and positive relationships. In I. Ivztan & T. Lomas (Eds.), *Mindfulness in positive psychology: The science of meditation and wellbeing*. Routledge.
- Niemiec, R., Rashid, T., & Spinella, M. (2012). Strong mindfulness: Integrating mindfulness and character strengths. *Journal of Mental Health Counseling*, 34(3), 240-253. <https://doi.org/10.17744/mehc.34.3.34p6328x2v204v21>
- Nieto, J., Arribas, B., & Cataluña, D. (2021). Eficacia de una intervención online basada en mindfulness frente al tratamiento psicológico habitual para la reducción de síntomas de ansiedad y depresión [Efficacy of an online mindfulness-based intervention versus treatment as usual for the reduction of anxiety and depression symptom]. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 37-54. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.992>
- Pang, D., & Ruch, W. (2019). Fusing character strengths and mindfulness interventions: Benefits for job satisfaction and performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(1), 150. <https://doi.org/10.1037/ocp0000144>
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). The affective and cognitive content of self-reports measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 28(1), 1-20. <https://doi.org/10.1007/BF01086714>
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification (Vol. 1)*. Oxford University Press.
- Reb, J., Narayanan, J., & Ho, Z. W. (2015). Mindfulness at work: Antecedents and consequences of employee awareness and absent-mindedness. *Mindfulness*, 6(1), 111-122. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0236-4>
- Roeser, R. W., Schonert-Reichl, K. A., Jha, A., Cullen, M., Wallace, L., Wilensky, R., Oberle, E., Thomson, K., Taylor, C., & Harrison, J. (2013). Mindfulness training and reductions in teacher stress and burnout: Results from two randomized, waitlist-control field trials. *Journal of Educational Psychology*, 105(3), 787-804. <https://doi.org/10.1037/a0032093>
- Román, F., Santibáñez, P., & Vinet, E. V. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como instrumento de tamizaje en jóvenes con problemas clínicos. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(1), 2325-2336. [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(16\)30053-9](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(16)30053-9)
- Shonin, E., Van Gordon, W., Dunn, T. J., Singh, N. N., & Griffiths, M. D. (2014). Meditation awareness training (MAT) for work-related wellbeing and job performance: A randomized controlled trial. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12(6), 806-823. <https://doi.org/10.1007/s11469-014-9513-2>
- Sopezki, D., Andreoni, S., Montero-Marin, J., Dias de Castro Filho, E., Fortes, S., de Lima, G. G., Pizutti, L., Campos, Á., Fernandes, T., García-Campayo, J. y Demarzo, M. (2020). Feasibility and effectiveness of a mindfulness-based program vs. relaxation in the treatment of burnout in Brazilian primary care providers: a mixed-methods pragmatic controlled study. *Mindfulness*, 11, 2573-2588. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01472-w>
- Vázquez, C., Duque, A., & Hervás, G. (2013). Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) en una muestra representativa de españoles adultos: Validación y datos normativos [Satisfaction with Life Scale (SWLS) in a representative sample of Spanish adults: Validation and normative data]. *Spanish Journal of Psychology*, 16(82), 1-15. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.82>



MANUEL VILLEGAS

La mente
emocional

Herder

VALIDEZ DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO DEL ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA EN POBLACIÓN COLOMBIANA

CONTENT VALIDITY OF THE QUESTIONNAIRE OF THE THERAPIST'S PERSONAL STYLE FOR THE COLOMBIAN POPULATION

Adriana Trujillo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1406-5310>
Universidad El Bosque, Colombia

Nubia Apolinar

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2975-428X>
Universidad El Bosque, Colombia

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Trujillo, A. y Apolinar, N. (2023). Validez de contenido del Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta en población Colombiana. *Revista de Psicoterapia*, 34(125), 141-159. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i125.35628>



Resumen

El estilo personal del terapeuta es el conjunto de características del estilo comunicativo que hace que un terapeuta lleve a cabo su tarea de una manera particular, más allá del enfoque teórico-técnico que emplee y de los requerimientos específicos de la intervención. El presente estudio es de corte instrumental, su objetivo fue evaluar el funcionamiento semántico del Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) para ser utilizado en la población de psicólogos clínicos colombianos. Para la valoración de la equivalencia lingüística del cuestionario se desarrollaron 15 entrevistas cognitivas, en estudiantes de posgrado en psicología clínica, utilizando la técnica del sondeo verbal. Los resultados indicaron que los ítems 5, 10, 16 y 36 presentaban dificultades en la claridad y la comprensión; de allí que fueron reformulados para lograr una adecuada adaptación al vocabulario del contexto colombiano. Los nuevos ajustes fueron evaluados por 10 psicólogos con mayor experiencia profesional y diferentes orientaciones teórico-técnicas, quienes estimaron la pertinencia de las modificaciones realizadas mediante la solución de una encuesta de evaluación de cambios. Producto de las valoraciones y cambios realizados, en el presente estudio se realizan sugerencias de cambios a nivel semántico, que podrían mejorar la comprensión de los ítems del cuestionario del estilo personal del terapeuta en psicólogos colombianos.

Palabras clave: validez de la prueba, validez transcultural; entrevista cognitiva, psicólogos clínicos, características del terapeuta

Abstract

The personal style of the therapist is the set of characteristics of the communicative style that makes a therapist carry out their task in a particular way, beyond the theoretical-technical approach they use and the specific requirements of the intervention. The present study is instrumental, its objective was to evaluate the semantic functioning of the Therapist's Personal Style Questionnaire (EPT-C) to be used in the population of Colombian clinical psychologists. For the semantic assessment of the questionnaire, 15 cognitive interviews were conducted in postgraduate students in clinical psychology, using the verbal probing technique. The results indicated that items 5, 10, 16 and 36 presented difficulties in clarity and comprehension; therefore, they were reformulated to achieve an adequate adaptation to the vocabulary of the Colombian context. The new adjustments were evaluated by 10 psychologists with greater professional experience and different theoretical-technical orientations, who estimated the relevance of the modifications made by solving a change evaluation survey. As a result of the evaluations and changes obtained, suggestions are made in the present study regarding changes at the semantic level, which could improve the understanding of the items of the EPT-C in Colombian psychologists.

Keywords: test validity, cross cultural validity, cognitive interview, clinical psychologists, therapist characteristics

Durante las últimas cinco décadas, el interés por la investigación en psicoterapia ha crecido exponencialmente (Horvath, 2013; Lutz et al., 2021; Wampold, 2019). El establecimiento de la efectividad de la terapia psicológica ha contribuido en tal desarrollo, siendo necesario continuar trabajando en la identificación de los mecanismos responsables del cambio en los procesos de intervención psicológica (American Psychological Association, 2012; Barkham y Lambert, 2021; Lambert, 2013; Lo Coco, 2021).

En tal sentido, es claro el desarrollo que han tenido diferentes áreas de estudio tales como: la comparación de la eficacia de las distintas modalidades terapéuticas, la selección de tratamientos ajustados a las necesidades particulares de los pacientes, la validación empírica de tratamientos y el estudio del proceso terapéutico; todas ellas temáticas en las que se realiza una amplia divulgación científica (Corbella y Botella, 2004; Crits-Christoph y Conolly Gibbons, 2021).

Entre estos temas, la investigación ha comenzado a interesarse cada vez más por el estudio de la influencia de la figura del terapeuta en el proceso y resultado de la psicoterapia. De hecho, se reconoce que la práctica profesional de la psicoterapia no comprende únicamente la aplicación de técnicas de intervención que surgen de modelos teóricos; más allá de esto, supone el encuentro entre dos individuos (paciente y terapeuta), cada uno de los cuales interactúa con base en sus características idiosincrásicas (Constantino et al., 2021; Corbella et al., 2008).

La literatura científica ha reconocido el rol del terapeuta como un factor con potencial explicativo en el resultado de la psicoterapia, lo que ha dado paso a que las características de este sean ampliamente estudiadas (Corbella y Botella, 2004; Wampold y Owen, 2021). Así, la investigación empírica ha demostrado la importancia de las características del terapeuta como factor que influye en el proceso y el resultado, llegando incluso a cuestionar si estas singularidades pudiesen influir en mayor medida que el tipo de intervención realizada (Casari et al., 2013).

El presente estudio gira en torno a las particularidades de la figura del terapeuta, enmarcándose en lo que se denomina *estilo personal del terapeuta*. Así, el estilo personal del terapeuta hace referencia a todas las características derivadas de la manera de ser del psicólogo, que influyen en la forma en que se desarrollan las actividades terapéuticas en conjunto y moldean la aplicación de cualquier intervención, más allá del enfoque de trabajo desde el cual se posiciona el profesional (García y Fernández-Álvarez, 2007; Santibáñez et al., 2019).

De acuerdo con Casari et al. (2017), el estudio del estilo personal del terapeuta tiene sus inicios en los trabajos realizados por Beutler et al. (1994) sobre las variables del terapeuta, quienes sostenían que el estilo del terapeuta era un estado estable en el tiempo, que modulaba la forma en que cualquier procedimiento es aplicado. No obstante, su inicio formal se remonta a 1998 cuando Fernández-Álvarez y García postulan un concepto distinto y consideran al estilo personal del terapeuta como el factor más idiosincrático del profesional (Casari et al., 2018).

En relación con el operar del terapeuta al interior del proceso terapéutico,

Corbella y Botella (2004, p.99-100) detallan lo siguiente:

En la comunicación que establece con el paciente, el terapeuta combina formas estilísticas y modalidades singulares ajustadas a cada situación particular. Las características del estilo comunicativo del terapeuta van estructurando su perfil personal de operar en la terapia, incluyendo su manera de relacionarse con el paciente.

Existen tres variables que han sido consideradas en la formación del estilo personal del terapeuta. Inicialmente, la posición socio-profesional, que hace referencia a la incidencia que tiene el lugar ocupado por el terapeuta en el contexto donde desempeña su actividad; también se encuentra la situación vital del terapeuta, que hace referencia a variables como las características físicas, intelectuales y emocionales que hacen el modo de ser del terapeuta; y finalmente, los modos de comunicación que utiliza el terapeuta, que operan integradamente imprimiendo su sello personal (Corbella et al., 2009).

Así mismo, se ha planteado que el estilo personal del terapeuta puede ser estudiado a través de dos dimensiones básicas: una relacionada con lo predominantemente técnico, que haría referencia a los mecanismos de selección de la información y las operaciones terapéuticas; y la otra, asociada con la relación terapéutica y los aspectos motivacionales, que incluye la regulación emocional y el ajuste en el grado de involucración en la relación con el paciente y con la terapia (Castañeiras et al., 2008).

Para el 2017, se habían identificado alrededor de 80 producciones científicas que incluían la variable del estilo personal del terapeuta, repartidas en artículos empíricos, tesis de grado y posgrado, libros y presentaciones en congresos que reflejan el interés que este constructo ha generado en la comunidad científica. De esta manera, las líneas de trabajo han incluido el estudio de las variables profesionales del terapeuta (Quiñones et al., 2019), la relación del estilo personal del terapeuta con variables de personalidad (Grzona et al., 2021), la interacción de estas características con la alianza terapéutica y el resultado de la psicoterapia (De la Fuente y Cruz, 2019), las particularidades de los terapeutas que abordan distintas poblaciones clínicas (Casari et al., 2017), y las propiedades psicométricas del instrumento del estilo personal del terapeuta en diferentes países (Casari et al., 2018).

En este sentido, el constructo del estilo personal del terapeuta se ha operacionalizado a través de un instrumento denominado Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (en adelante, EPT-C), desarrollado por Fernández-Álvarez y García (1998), el cual es una escala de autoinforme compuesta por 36 ítems que, a partir de la evaluación de cinco funciones distintivas permite la obtención de un perfil personal para cada terapeuta.

Diversas publicaciones han profundizado en las propiedades psicométricas del cuestionario, en población Argentina se cuenta con el estudio de la versión original de cuestionario realizado por Fernández-Álvarez et al. (2003); el estudio de Castañeiras et al. (2008) quienes evaluaron una versión abreviada de 21 ítems; y el

estudio de Casari et al. (2017) en el que se comparó la estructura de los diferentes modelos publicados a la fecha.

En otras localidades, se encuentra el estudio realizado por Da Silva et al. (2006) en población brasileña, el estudio de Quiñones et al. (2010) realizado en población chilena; el de Moura et al. (2011) en población portuguesa y finalmente, el estudio de Prado-Abril et al. (2019) realizado con población española. Aunque la mayoría de estudios han sido realizados en población hispano-parlante, no se detallan los aspectos específicos de la verificación de la validez de contenido, en particular la comprobación de la claridad y comprensión del lenguaje de las preguntas que incluye el cuestionario.

De hecho, Evans et al. (2021) enfatiza en la necesidad de comprobar la adecuación del cuestionario al contexto local, corriendo el riesgo de utilizar ampliamente una medida sin reconocer que, a pesar de utilizar una versión en el mismo idioma, las respuestas de diferentes lugares pueden no ser comparables debido a la variación lingüística.

Dado que la versión original del cuestionario fue desarrollada en Argentina, se consideró importante realizar una adaptación idiomática del cuestionario. De hecho, en pocos procesos de validación se describe detalladamente cómo ocurre la adaptación idiomática, incluyendo los estudios anteriores del EPT-C los cuales solo informan que, en efecto se realizó una adaptación idiomática pero no se detalla la metodología empleada (Da Silva et al., 2006; Mouera et al., 2011; Quiñones et al., 2010; Prado-Abril et al., 2019).

El EPT-C es un instrumento que posee un desarrollo conceptual y psicométrico vasto, con múltiples aplicaciones para la investigación; no obstante, sus propiedades psicométricas no se reproducen con exactitud en terapeutas de culturas distintas, por lo que se cuenta con diferentes versiones según el país en el que ha sido validado (Casari et al., 2018). De ahí que existe la necesidad de evaluar su funcionamiento semántico y proponer posibles variaciones lingüísticas que permitan aportar a evidencias sobre la validez de contenido del EPT-C al ser utilizado en la población de psicólogos clínicos colombianos.

Método

Tipo de estudio

Siguiendo a Ato et al. (2013) el diseño de investigación se describe como instrumental, en este caso enfocado hacia la adaptación de un cuestionario en una cultura diferente a la cual fue desarrollado originalmente.

Participantes

Para la fase de adaptación idiomática del cuestionario, en el apartado de entrevistas cognitivas, la muestra estuvo conformada por un total de 15 psicólogos graduados, convocados a través de un muestreo a conveniencia por bola de nieve.

Todos los participantes fueron mayores de edad, graduados en Psicología y con formación de posgrado en psicología clínica, contaban con al menos un año de experiencia atendiendo pacientes en contextos terapéuticos, de nacionalidad colombiana y residieron en el país durante el último año.

Posteriormente, con aquellos ítems en los que se identificaron dificultades semánticas y/o de comprensión se realizó una nueva evaluación con psicólogos de diferentes orientaciones teórico-técnicas. Esta fase estuvo compuesta por 10 psicólogos con experiencia superior a dos años en la práctica clínica, con ellos se empleó el método de la encuesta, en la cual se solicitó calificar la pertinencia de los cambios propuestos al ítem y la equivalencia semántica de las palabras y expresiones seleccionadas.

Instrumentos

Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). Se trata de un instrumento autoadministrado que permite identificar la forma en que el terapeuta se desenvuelve en el marco terapéutico. Para ello, consta de una serie de ítems presentados como autoafirmaciones a las que cada terapeuta debe responder según su grado de acuerdo con cada una de ellas, en una escala de tipo Likert que va desde 1 (*totalmente en desacuerdo*) hasta 7 (*totalmente de acuerdo*). En el presente estudio se utilizó la versión original de 36 ítems, el formato del cuestionario fue proporcionado por los autores una vez fue solicitado el permiso para la utilización del instrumento.

Las puntuaciones totales de las escalas del EPT-C se obtienen por sumatoria simple de los ítems que componen cada una de ellas. Para la versión original, la distribución de los 36 ítems es la siguiente: función Instruccional (8 ítems), función Expresiva (9 ítems), función de Involucración (6 ítems), función Atencional (6 ítems), y función Operativa (7 ítems) (Castañeiras et al., 2008). Los niveles de consistencia interna y estabilidad temporal son elevados, por lo que se afirma que el cuestionario posee características psicométricas satisfactorias. El EPT-C ha mostrado un Alpha de Cronbach superior a 0,70 en todas las funciones y correlaciones significativas al nivel de .05 en el retest (Rial et al., 2006).

Entrevista cognitiva. Para la valoración semántica del cuestionario se implementó la técnica de la entrevista cognitiva, la cual es definida por Peterson et al. (2017) como un tipo de entrevista que permite identificar, con base en las operaciones cognitivas de quien responde, los ítems que presentan una desalineación entre la interpretación de los participantes y las intenciones del desarrollador, así como determinar formas para modificar estos elementos en función de las respuestas proporcionadas y proveer evidencias de validez.

La entrevista cognitiva se realizó mediante la técnica de sondeo verbal, que ha demostrado tener mayores ventajas y establece una guía de seguimiento por áreas específicas de cada ítem. Así entonces, esta modalidad implica un rol activo del entrevistador, quien será el encargado de evaluar con profundidad la comprensión

de cada palabra o frase. De este modo, existen cinco tipos de preguntas que pueden hacerse para orientar la intervención: comprensión/interpretación, parafraseo, juicio/confianza, recuerdo específico y general. Empleando esta modalidad, la productividad de información proporcionada es mayor debido a que los diferentes tipos de sondeo incitan a la fluidez de los pensamientos y críticas de las personas (Caicedo y Zalazar, 2018).

En este caso, se siguió la misma dinámica en cada uno de los 36 ítems del EPT-C; en primer lugar se evaluó la comprensión del ítem mediante la pregunta: *¿Ha entendido esta afirmación?* registrando la respuesta según la opción SI/NO; posteriormente se solicitaba ampliar la información con la pregunta: *¿Podría explicar lo que ha entendido?* y se registraba la respuesta proporcionada.

En segundo lugar, se evaluó la claridad de los ítems, en este caso la pregunta realizada fue: *“¿Cree que hay palabras raras, difíciles de entender o que sean extrañas en el uso habitual del español en Colombia?”*, registrando nuevamente la respuesta según la opción SI/NO. En este caso, si la respuesta era positiva, se le solicitaba al participante ampliar la información mediante la pregunta: *“¿Cuáles palabras son difíciles de entender?”*; finalmente, se le solicitaban alternativas que pudieran reemplazar la palabra que se consideraba poco clara con otra(s) que pudieran utilizarse en el contexto colombiano, manteniendo en lo posible la equivalencia semántica con la palabra original propuesta en el cuestionario. Las alternativas propuestas por cada participante también fueron registradas.

Encuesta de evaluación de cambios. La encuesta es una técnica de recolección sistemática de información que permite recuperar datos y estandarizar esta información para un análisis posterior sobre determinadas variables de estudio (Alvira, 2011).

En este caso, la encuesta diseñada estuvo conformada por tres preguntas encaminadas a conocer la opinión de los participantes sobre la necesidad de modificar el ítem para mejorar su funcionamiento en nuestro contexto, la posterior valoración de la propuesta de cambio y la opción de incluir sugerencias adicionales. Esta evaluación sólo fue realizada con los ítems que mostraron mayores dificultades en la etapa anterior.

Procedimiento

Para llevar a cabo la investigación, se desarrolló inicialmente un protocolo de entrevistas cognitivas el cual permitió orientar la aplicación de la técnica. A continuación, mediante el muestreo a conveniencia se realizó la convocatoria a posibles participantes que cumplieran con los criterios de inclusión y que estuvieran interesados en hacer parte del estudio. Una vez se tuvo conformada la muestra, se desarrollaron las entrevistas cognitivas de forma individual y en formato virtual con la participación de 3 entrevistadores diferentes, cada uno de los cuales estuvo a cargo de 5 aplicaciones. Dado que la recolección de datos se realizó durante el segundo semestre de 2020, la alternativa que resultaba plausible en ese momento

para la recolección de la información era la entrevista online; comparable con la entrevista presencial, ya que según Salmons, (2011) se asemeja mucho al intercambio natural de la comunicación cara a cara, permitiendo registrar información incluidas las señales verbales y no verbales del entrevistado.

A continuación, se realizó el análisis de los datos y se incorporaron los ajustes necesarios al instrumento para la obtención de la versión final, la cual pasó posteriormente a una revisión de psicólogos con diferentes orientaciones teórico-técnicas quienes evaluaron la pertinencia de las modificaciones realizadas mediante la solución de una encuesta diseñada para tal fin.

Finalmente, mediante una plataforma de recopilación de datos, se publicó la convocatoria a participar en la recolección de datos sobre el EPT-C, enfocándose en psicólogos con experiencia en el ámbito clínico. Los interesados debían entrar al enlace adjunto, allí encontraban las condiciones de participación, un formulario con preguntas sobre su práctica clínica y los 36 ítems del EPT-C incluyendo los cambios introducidos al cuestionario en fases anteriores.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos obtenidos, se siguió la estructura propuesta por Caicedo y Zalazar (2018): (a) sintetizar la información, (b) comparar información entre participantes, (c) comparar entre grupos, y (d) conclusiones. De esta manera, para cada uno de los ítems se calculó el porcentaje de comprensión y claridad; y posteriormente, en aquellos en los que estos resultados indicaron dificultades, se procedió a valorar la interpretación que los participantes realizaron del ítem, las palabras de difícil comprensión que fueron identificadas, así como las alternativas propuestas, las cuales fueron analizadas para poder determinar la naturaleza de los ajustes que se requería en cada afirmación. En la segunda etapa, se tuvieron en cuenta los porcentajes de acuerdo con las modificaciones realizadas y las respuestas adicionales sobre las sugerencias para el ajuste de los ítems.

Consideraciones éticas

Este estudio se realiza como parte del proyecto: Relación entre el estilo personal del terapeuta y el resultado de la psicoterapia en psicólogos clínicos de Bogotá, el cual fue evaluado por el Comité de Ética Institucional de la Universidad El Bosque y cuenta con el aval correspondiente (Cód. PCI 2019-10707).

Resultados

En la primera evaluación del cuestionario, la muestra estuvo constituida por un total de 15 psicólogos con una edad media de 23 años, todos ellos reportaron como lengua materna el español y en todos los casos la experiencia en el área clínica fue de 1 año. Todos los participantes fueron colombianos y residentes del país, de los cuales el 53,3% contaban con el título de psicología y el 46,6% formación de especialización en psicología clínica.

Respecto a los porcentajes de comprensión y claridad, se siguió la sugerencia planteada por Liukkonen y Voutilainen (1995) quienes proponen un punto de corte en el 80% de acuerdo entre los evaluadores respecto a la validez de un ítem. De los 36 ítems que componen la escala, 28 de ellos obtuvieron porcentajes superiores al 80% en ambas categorías, con lo cual se concluye que dichos ítems no presentan dificultades y pueden ser aplicados tal como aparecen en su versión original (Tabla 1).

Tabla 1*Ítems que Permanecerán sin Cambios para la Versión Colombiana del EPT-C*

No	Ítem	Comprensión	Claridad
3	Como terapeuta prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada sesión	100%	86%
6	Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento	100%	80%
7	Me siento más inclinado a acompañar al paciente en su exploración que a señalarle los caminos a seguir	100%	100%
8	Evito comunicarme a través de gestos y expresiones muy emotivas	100%	80%
9	Tiendo a exigir cumplimiento estricto con los honorarios	100%	100%
11	La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio	100%	93%
12	Muchos cambios importantes en el curso de un tratamiento requieren que el terapeuta opere con un bajo tono emocional.	93%	80%
13	Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes.	100%	93%
14	Los cambios de consultorio afectan negativamente los tratamientos.	100%	100%
17	Me resulta útil revelar algunos de mis aspectos personales en las sesiones.	100%	80%
18	Me gusta sentirme sorprendido por el material del paciente sin tener ideas previas	80%	86%
19	Suelo atender pacientes fuera del ámbito del consultorio.	100%	100%
20	Las mejores intervenciones en un tratamiento surgen de modo espontáneo.	100%	93%
21	Lo que les pasa a mis pacientes tiene poca influencia en mi vida personal	93%	100%
22	En mis intervenciones soy predominantemente directivo.	100%	86%
23	Pienso bastante en mi trabajo, aun en mis horas libres.	100%	100%
24	Evito revelar a mis pacientes mis estados emotivos	100%	80%
25	Puedo planear un tratamiento en su totalidad desde que se inicia.	100%	100%
26	La distancia emocional con los pacientes favorece los procesos de cambio	93%	100%
27	Nunca modifico la duración de las sesiones, a menos que sea imprescindible	100%	100%
28	Si algo me irrita durante una sesión puedo expresarlo	100%	93%
29	Una alta proximidad emocional con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos.	100%	93%
30	Prefiero saber de antemano a qué cosas debo prestar atención en las sesiones.	100%	86%
31	Prefiero los tratamientos donde están programados todos los pasos a seguir.	100%	93%
32	Me interesa trabajar con pacientes que presentan problemas focalizados.	100%	80%
33	Procuro dirigir mi atención a la totalidad de lo que pasa en las sesiones	93%	86%
34	Tengo en mente los problemas de los pacientes más allá de las sesiones.	100%	100%
35	Soy bastante laxo con los horarios.	100%	80%

En segundo lugar, se encuentran aquellos ítems con porcentajes de comprensión y/o claridad inferiores a 80%, en los cuales se realizó un análisis sobre las interpretaciones realizadas por los participantes en cada afirmación, así como las palabras difíciles y las sugerencias propuestas (Tabla 2). En esta categoría se excluyeron los ítems con porcentajes de comprensión y/o claridad inferior al 50%.

Tabla 2*Ítems que Evidenciaban Dificultades en Comprensión y/o Claridad*

No	Ítem	Comprensión	Claridad	Observaciones	Sugerencias
1	Suelo mantener mi escucha más bien abierta y receptiva que concentrada y focalizada	73%	93%	Diferencia entre abierto y receptivo vs concentrado y focalizado	
2	Procuro que los pacientes se adecuen al formato habitual de mi trabajo.	93%	73%	Formato	Estructura, estilo, método
4	Mantengo un bajo nivel de involucración con los pacientes para actuar con más objetividad	86%	60%	Involucración	Acercamiento, empatía, prefiero involucrarme menos
15	Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso	93%	73%	Curso	Transcurso

Al analizar los resultados de estos ítems, se pudo evidenciar que en las sugerencias realizadas por los participantes incluían palabras específicas y que las alternativas propuestas eran sinónimos de las palabras o expresiones del ítem en su versión original; sin embargo, la interpretación realizada era adecuada en todos los casos, con lo que estos ítems no presentaban dificultades importantes que implicaran una evaluación más detallada con la posibilidad de modificarlos para realizar ajustes a las versiones originales.

Una situación diferente fue la encontrada en aquellos ítems con porcentajes inferiores al 50% en comprensión y/o claridad, en los que la interpretación del ítem fue cambiando en las diferentes entrevistas realizadas y las sugerencias proporcionadas demostraban las dificultades que presentaban estas afirmaciones. Así pues, en este caso fue necesario evaluar el tipo de observaciones realizadas por los participantes y a partir de allí proponer una reformulación del ítem de acuerdo con el tipo de dificultades evidenciadas (Tabla 3).

Tabla 3
Ítems que Requirieron Revisión y Reformulación

No	Ítem	Comprensión	Claridad	Observaciones	Sugerencias	Reformulación
10	Los tratamientos pautados me merecen escasa valoración	45%	45%	Me merecen	Tienen, producen, requieren, merecen de mi parte, implican, requieren de mí.	Los tratamientos pautados tienen una escasa valoración de mi parte.
5	Me resultan estimulantes los cambios en el encuadre	33%	26%	Encuadre	Enfoque, proceso, esquema, plan de consulta, contexto, relación terapéutica, reglas establecidas	Me resultan interesantes los cambios en la relación terapéutica
16	Me considero un terapeuta que trabaja con un encuadre flexible	86%	80%	Encuadre flexible	Relación terapéutica flexible, estilo, de manera flexible	Me considero un terapeuta que trabaja el marco de una relación terapéutica flexible
36	Desde el comienzo de las sesiones me dispongo a dejar flotar mi atención	40%	33%	Dejar flotar la atención	Divagar, conciencia plena, tener atención abierta, fluir, prestar atención, atención flexible.	Desde el comienzo de las sesiones me dispongo en una actitud de escucha activa.

Con relación al ítem 10, los participantes manifestaron dificultades en la comprensión de la expresión “me merecen”, por lo tanto, se sugirió que fuese sustituida. Para identificar una posible alternativa se contrastaron las sugerencias brindadas por los participantes en conjunto con posibles sinónimos en diccionarios especializados hasta llegar a la alternativa de “los tratamientos pautados *tienen* una escasa valoración de mi parte”, permitiendo facilitar la comprensión y conservar el contenido teórico del ítem.

En los ítems 5 y 16 la palabra “encuadre” fue identificada como difícil de entender, al evaluar las alternativas propuestas fue evidente la necesidad de realizar ajustes en las afirmaciones respecto a este concepto. Para entender la dificultad en esta palabra y proponer una posible reformulación fue necesario revisar el significado y el contexto en el cual suele aplicarse. En este caso, la definición del concepto realizada por Etchegoyen (2013) y la descripción de su naturaleza y componentes (González Velázquez, 2013; Villegas, 2013) permitió no solo profundizar en su significado, sino también identificar otras alternativas en palabras y expresiones que pudieran ser equivalentes al concepto de “encuadre” más allá del contexto psicodinámico en el que fue propuesto (Avenburg, 2004). Es así como, la alternativa “relación terapéutica” cumplió con las condiciones respecto a equivalencia semántica que la hace una alternativa adecuada para estos ítems, en el caso del ítem 16 se proponen ajustes adicionales para mejorar la redacción y concordancia de este.

En el ítem 36 la expresión “dejar flotar mi atención” tuvo mayores dificultades, evidenciándose en la variedad y discordancia de las alternativas propuestas por los participantes. Al hacer el mismo ejercicio de revisión del significado de esta expresión, se identificó un estudio bibliográfico del concepto de “atención flotante” realizado por Lorient, (2018) en el que se resalta la importancia de la escucha como antecesora de este concepto dentro del psicoanálisis freudiano. De allí que se proponga la expresión “escucha activa” como alternativa para este último ítem del cuestionario.

Posterior a esto, una vez se agregaron las modificaciones mencionadas para obtener la versión final del instrumento, estas fueron sometidas a una nueva evaluación en la que se aumentó el tiempo de experiencia para los participantes y se buscó una mayor diversidad respecto a modelos teórico-técnicos bajo los cuales los participantes definían su aproximación clínica. Así, el conjunto de evaluadores estuvo conformado por 10 psicólogos con nivel de formación de pregrado (20%), especialización (20%) y maestría (60%), todos con experiencia en el ámbito clínico superior a 2 años, de los cuales 3 definieron su enfoque como cognitivo-conductual, 2 como psicodinámico, 2 como humanista, 1 como sistémico, 1 cognitivo y 1 conductual.

De esta manera, a continuación, se expone el porcentaje de expertos que estuvieron de acuerdo con las modificaciones realizadas a cada uno de los ítems, así como algunas observaciones mencionadas para cada uno.

Tabla 4
Evaluación de los Ítems Reformulados

No Ítem reformulado	Porcentaje de acuerdo con el cambio	Sugerencias
10	100%	Los tratamientos pautados tienen poco valor para mí
5	80%	Se podrían ajustar los términos “estimulante” y “relación terapéutica”
16	80%	El término “flexible” podría resultar ambiguo
36	80%	El término “escucha activa” podría no ser igual a “atención flotante”

Como se puede observar, el porcentaje que estuvo de acuerdo con la reformulación del ítem fue alto y las sugerencias realizadas no se relacionaban con las expresiones que generaron dificultades inicialmente, a excepción del ítem 36, con lo cual se tuvieron en cuenta para mejorar la redacción de los postulados reformulados. En cuanto al ítem 36, las personas en desacuerdo con el cambio de expresión son aquellas que trabajan bajo en la mirada psicoanalítica, con lo que resulta comprensible que esta modificación no sea considerada del todo equivalente.

Discusión

El presente estudio permitió evaluar el funcionamiento semántico del cuestionario del estilo personal del terapeuta para la población colombiana. Mediante la información recolectada se logró realizar una clasificación de los ítems en 3 grupos, identificando: los que no presentaron problemas de claridad y comprensión, los que recibieron propuestas relacionadas con expresiones o palabras semejantes, pero presentaron un porcentaje de comprensión y claridad por encima del 50%, y los que resultaron problemáticos dado que más del 50% de los participantes reportaron dificultades para entenderlos.

De esta manera, se pudo determinar que los ítems 5, 10, 16 y 36 del cuestionario debían ser modificados para la aplicación de este en el contexto local colombiano; los 32 ítems restantes se conservarán en su versión original sin ninguna corrección.

Así, inicialmente la elección del concepto “relación terapéutica” como alternativa a la palabra “encuadre” de los ítems 5 y 16 se sustenta tanto en su definición, como en su amplia utilización en diferentes enfoques teórico-técnicos en psicoterapia. Según Etchegoyen (2013) el encuadre, es la respuesta técnica sobre la relación particular que se establece entre el (psico)analista y su analizado, este pacto analítico se da por constituido cuando algunas variables si fijan arbitrariamente y se vuelven constantes producto de determinados acuerdos entre las partes. González Velázquez (2013) incluye la frecuencia, duración, honorarios, contrato, diván y ambiente como factores a incluir en el encuadre desde una perspectiva psicoanalítica; estas condiciones que dan lugar a la dinámica terapéutica son definidas desde las diferentes escuelas psicológicas con diversos conceptos, tales como *setting* (Marchena-Giráldez et al., 2013) o contrato terapéutico (Villegas, 2013).

Desde esta misma perspectiva, la alianza de trabajo es un elemento terapéutico, determinado por la disposición del paciente a someterse a las exigencias del encuadre (González Velázquez, 2013). En este sentido, Villegas (2013) afirma que la práctica psicoterapéutica implica *per se* la formación de una relación profesional, caracterizada por el compromiso mutuo entre el terapeuta y el paciente sobre los medios para conseguir el objetivo terapéutico. De allí que se opta por la inclusión del concepto de “relación terapéutica” que enfatiza tanto en los acuerdos, como en el trabajo colaborativo que llevan a cabo terapeuta y paciente, siendo un concepto abordado desde diferentes enfoques que concuerdan en que la dimensión relacional no es opuesta con aspectos más formales o contractuales de esta relación (Etchevers et al., 2012).

Si bien el concepto de encuadre y relación terapéutica no pueden ser considerados sinónimos, la propuesta de modificación del ítem se sustenta en la relación que guardan estos dos conceptos, descrita en los apartados anteriores; siendo el encuadre un aspecto que aporta a la relación terapéutica, pero que al resultar poco comprensible requiere de ajustes para encontrar la mejor manera de ser evaluado en un contexto diferente al original y en el que se debe continuar trabajando por acercarse en lo posible tanto a la equivalencia semántica, como a la equivalencia

sociocultural, ligada a la cultura en el contexto en el que se espera sea utilizada (Congost-Maestre, 2015).

En la misma línea, el concepto de “escucha activa”, propuesto para facilitar la comprensión del ítem 36 reemplazando al concepto de “atención flotante”. González Velázquez (2013) define la atención flotante como el estado que asume el analista para captar los procesos inconscientes del analizado, siendo parte de los instrumentos técnicos de la psicoterapia. Braier (2016) resalta la actitud para la escucha que implica este estado, en la que se produce una atención no focalizada, que no privilegia nada en especial dentro de la información reportada por la persona entrevistada.

En este sentido, la escucha se presenta como un elemento característico de la atención flotante, que dentro la perspectiva psicodinámica enfatiza en las rupturas del analizado (González Velázquez, 2013). La escucha activa por su lado, se define como una habilidad comunicativa superior, más que un estado característico, que incluye tanto aspectos verbales como no verbales que refleja el interés genuino en la otra persona (Martín Naranjo, 2018).

Dentro del ámbito de la psicología, el concepto de escucha activa tiene su origen con el psicólogo humanista Carl Rogers y es en la actualidad uno de los puntos centrales en el desarrollo de las habilidades terapéuticas. Así, Bados y García (2011) la definen como la habilidad de saber escuchar en terapia, sosteniendo que esta implica tres actividades importantes: recibir el mensaje, procesar los datos atendidos, y emitir respuestas de escucha. Igualmente, se menciona que la escucha activa es la habilidad que permite que el terapeuta se mantenga atento a lo que el consultante menciona y facilita que este último se sienta comprendido y que la intervención tenga más probabilidades de éxito. Los puntos en común identificados en ambos conceptos -atención flotante y escucha activa- ha facilitado el planteamiento de ajustes, buscando con ello ampliar la comprensión del ítem a terapeutas con formación en aproximaciones teóricas diferentes al psicoanálisis.

Ahora bien, respecto a los cambios propuestos, es importante considerar las características de la muestra evaluada para entender los resultados obtenidos. En primer lugar, respecto a la edad de los participantes, el cuestionario deberá ser comprendido por psicólogos clínicos de diferentes niveles de experticia; por tanto, se consideró importante obtener datos de terapeutas noveles y de allí poder generalizar hacia aquellos con mayor experiencia. Adicionalmente, en las subsecuentes fases del proyecto como la recolección de evidencias sobre las propiedades psicométricas, los criterios de inclusión implican terapeutas con características específicas respecto a la experiencia clínica con lo que estos participantes serán convocados en las etapas futuras del estudio.

En segundo lugar, los participantes de la fase de entrevistas cognitivas se identificaron como terapeutas del enfoque cognitivo-conductual, lo que tendría concordancia con la dificultad que presentaron en la comprensión de los términos característicos del psicoanálisis. A pesar de que han sido pocas las investigaciones

que se han planteado la caracterización del paradigma al cual se acogen las instituciones en Colombia para impartir los programas de psicología, algunos estudios como el desarrollado por Triana et al. (2019) han encontrado que la mayoría de las instituciones en el país que cuentan con facultades de psicología, afirman tener una tendencia multiparadigmática a través de la cual los estudiantes son formados en distintos enfoques, resaltando principalmente el cognitivo-conductual, seguido por el humanista y el psicoanálisis. A continuación, las autoras de ese estudio mencionan que en segundo lugar se encuentran las instituciones que sostienen adherirse únicamente a un enfoque cognitivo-conductual, favoreciendo que los estudiantes practiquen la psicología basada en la evidencia.

De esta manera, la formación cognitivo-conductual es de las más preponderantes en el país. Según lo descrito por Ardila (2012), el psicoanálisis se estudia en Colombia como una asignatura, sin ser la alternativa principal de las instituciones, y adicionalmente, no tiene un predominio en gran parte de los centros de formación de psicólogos clínicos. En contraste con esto, en el país de origen de la prueba evaluada en este estudio, el campo de la psicoterapia se ha consolidado en torno al movimiento del psicoanálisis, el cual ha tenido históricamente un importante predominio en el ámbito académico, clínico y social (González, 2006). Así, en estudios como el realizado por Catriel (2017) se ha observado la influencia del psicoanálisis en la formación académica argentina, encontrando por ejemplo que en la Universidad de Buenos Aires entre el 2009 y 2017, más de la mitad de los autores de la literatura de las cátedras de psicología se adscriben explícitamente al psicoanálisis freudiano o lacaniano, lo que supone un importante predominio teórico de esta corriente en la formación de psicólogos.

En concordancia con lo anterior, resulta fundamental la valoración de los ajustes propuestos para estos ítems por parte de psicólogos clínicos con mayor experticia y con formación en diferentes modelos de intervención psicológica, de allí que, con la valoración realizada por ellos, se constató la pertinencia de los cambios introducidos y la necesidad de avanzar hacia la fase psicométrica de valoración de la escala.

En ningún caso se pretendía que los conceptos o expresiones que fueron modificados fueran completamente equivalentes, ya que se trata de constructos que tienen su origen en modelos epistemológicos que les proporcionan un significado acorde con los planteamientos propios de cada escuela; aun así, se intentó que el término reformulado fuera comprensible para una mayor cantidad de psicólogos, independientemente de su orientación teórico-técnica.

En este sentido, una estrategia que podría contribuir a la valoración de los cambios propuestos en el presente estudio es la aplicación de la metodología Delphi con los autores del instrumento original y otros autores de los diferentes estudios de validación que se han desarrollado. De esta manera, sería posible llegar a conclusiones consensuadas que pudieran garantizar una mayor validez de contenido para la escala en su versión colombiana (Gil y Pascual-Ezama, 2012).

Otra posibilidad implicaría la comprobación de la adecuación de los ajustes realizados durante la recolección de evidencias psicométricas, siguiendo la metodología propuesta por Evans, et al., (2021) quienes realizaron un proceso similar al comprobar el funcionamiento de la traducción del CORE-OM al español, realizada en el estudio de validación española (Trujillo et al., 2016) para su utilización en población Ecuatoriana, enfatizando en la variación lingüística de la escala en esta cultura el particular.

En la primera fase se realizó una nueva traducción de la escala del inglés al español; mientras que en la segunda fase, de forma similar a la metodología utilizada en el presente estudio, se utilizó la estrategia de la entrevista cognitiva para obtener información directa de los posibles usuarios de la prueba. Los resultados sugerían la necesidad de realizar cambios en el ítem 27, estos cambios fueron validados al aplicar las dos versiones del ítem (la original de la versión española y la versión modificada para Ecuador) en la recolección de evidencias psicométricas. Los resultados aportaron evidencias hacia el mantenimiento del ítem en su versión original (Paz et al., 2020).

Este mismo procedimiento fue utilizado en la validación de esta escala en población de Colombia y Perú, con una fase de entrevistas cognitivas a usuarios potenciales y la propuesta de modificación del ítem 17, nuevamente evaluado en el estudio de propiedades psicométricas, cuya evidencia también apoyó el mantenimiento de la versión original sin cambios (Ortiz et al., 2021). De allí que, será interesante continuar con la fase de evidencias psicométricas para valorar los resultados de los cambios propuestos en el presente estudio.

Una vez se finalice el proceso de validación del cuestionario, con evidencias de su funcionamiento psicométrico, se logrará obtener un cuestionario de gran utilidad en el ámbito investigativo para profundizar en la figura del terapeuta, y en el ámbito clínico para evaluar la relación entre este constructo y la forma en que se produce la mejoría en el paciente al hacer parte de un proceso psicoterapéutico. Así, con el desarrollo de este cuestionario, se abrirán las posibilidades al desarrollo de investigación en el área de la psicoterapia en el país, y así mismo a la creación de programas de formación que permitan aportar a los avances de la psicología clínica en Colombia.

Referencias

- Alvira, F. (2011). *La encuesta: una perspectiva general metodológica*. Consejo Editorial Colección de Cuadernos Metodológicos.
- American Psychological Association. (2012). *Recognition of psychotherapy effectiveness [Reconocimiento de la eficacia de la psicoterapia]*. <http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>
- Ardila, R. (2012). Enfoques conceptuales de la psicología en Colombia. *Interamerican Journal of Psychology*, 46(1), 79-86. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28424858008>
- Ato, M., López-García, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29, 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>

- Avenburg, R. (2004). Sobre el encuadre en psicoanálisis. *Psicoanálisis APDeBA*, 26, 25.
- Bados, A. y García, E. (2011). Habilidades terapéuticas. [Monografía]. Universidad de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/18382>
- Barkham, M. y Lambert, M. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies [La eficacia y efectividad de las terapias psicológicas]. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp 135-194). John Wiley & Sons.
- Braier, E. (2016). El diálogo psicoanalítico ayer y hoy Segunda parte: Asociación libre (continuación). La atención flotante ¿segunda regla de oro del psicoanálisis? *Intercambios, Papeles de Psicoanálisis*, 37, 13-33. <https://raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/326846>
- Caicedo, E., y Zalazar, M. (2018). Entrevistas cognitivas: Revisión, directrices de uso y aplicación en investigaciones psicológicas. *Avaliação Psicológica*, 17(3), 362-370. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1703.14883.09>
- Casari, L., Albanesi, S. y Maristany, M. (2013). Influencia del enfoque teórico en el estilo personal del terapeuta. *Psicogente*, 16(29), 132-142. <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1946>
- Casari, L., Morán, V. y Ison, M. (2017). Cuestionario de estilo personal del terapeuta: análisis factorial confirmatorio de modelos rivales con psicoterapeutas argentinos. *Psychologia*, 11(2), 69-84. <https://doi.org/10.21500/19002386.2725>
- Casari, L., Ison, M., Albanesi, S. y Maristany, M. (2017). Funciones del estilo personal del terapeuta en profesionales del campo de las adicciones. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 7-17. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612017000100001
- Casari, L., Ison, M. y Gómez, B. (2018). Estilo personal del terapeuta: estado actual (1998–2017). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(3), 466-477. <https://dx.doi.org/10.24205/03276716.2018.1082>
- Castañeiras, C., Ledesma, R., García, F. y Fernández-Álvarez, H. (2008). Evaluación del estilo personal del terapeuta: presentación de una versión abreviada del Cuestionario EPT-C. *Terapia Psicológica*, 26(1), 5-13. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100001>
- Congost-Maestre, N. (2015). La validación lingüística en los principales cuestionarios de salud y calidad de vida. *Lebende Sprachen*, 60(2), 307-325.
- Constantino, M., Boswell, F. y Coyne, A. (2021). Patient, therapist, and relational factors [Paciente, terapeuta y factores relacionales]. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp 225-262). John Wiley & Sons.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Vision Libros.
- Corbella, S., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L., García, F. y Botella, L. (2008). Estilo personal del terapeuta y dirección de intereses. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 281-289. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/84986/10.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L., Botella, L. y García, F. (2009). Estilo Personal del Terapeuta y Teoría de la Mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(2), 125-133. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921792003>
- Crits-Christoph, P. y Conolly, M. B. (2021). Psychotherapy process–outcome research: advances in understanding causal connections [Investigación del proceso-resultado de la psicoterapia: avances en la comprensión de las conexiones causales]. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp 263-296). John Wiley & Sons.
- Da Silva, M., Tiellet, M., Fernández-Álvarez, H. y García, F. (2006). Estilo pessoal do terapeuta: Dados preliminares da versão brasileira do EPT-Q [Estilo personal del terapeuta: Datos preliminares de la versión brasileña del EPT-Q]. *Psico*, 37(3), 241-247. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5161565>
- De la Fuente, J. y Cruz, C. (2017). Personalidad, experiencia y formación del psicoterapeuta como predictor de la alianza terapéutica. *Psicología Iberoamericana*, 25(2), 17-25. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133957572003>
- Etchegoyen, R. (2013) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* (3ª Ed.). Amorrortu.
- Etchevers, M., Garay, C., González, M. y Simkin, H. (2012) Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica. *Anuario de Investigaciones*, 19, 225-232.
- Evans, C., Paz, C. y Mascialino, G. (2021). “Infeliz” or “triste”: a paradigm for mixed methods exploration of outcome measures adaptation across language variants. *Frontiers in Psychology*, 12, 695893.
- Fernández-Álvarez, H. y García, F. (1998). El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación. *Investigación en Psicoterapia*, 4, 76-84.
- Fierro, C. (2017). *Formación académica y procesos de acreditación en psicología en Argentina: un análisis socio-bibliométrico comparativo de la carrera de la Universidad de Buenos Aires (2009-2017)* [Sesión de conferencia]. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV. Buenos Aires, Argentina.

- García, F. y Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el Estilo Personal del Terapeuta: una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2), 121-128. <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/2940>
- Gil, B. y Pascual-Ezama, D. (2012). La metodología Delphi como técnica de estudio de la validez de contenido. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 28(3), 1011-1020.
- González, E. (2006). El campo de la psicoterapia. Algunas reflexiones desde Pierre Bourdieu. *Perspectivas en Psicología*, 3(1). <http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/1025>
- González Velázquez, M. (2013) *Clínica psicoanalítica texto básico integrado*. Manual Moderno.
- Grzona, S., Casari, L., Muñoz, M., y Martínez, A. (2021). Comparación del estilo personal del terapeuta y dimensiones de personalidad antes y después de las prácticas clínicas pre-profesionales en estudiantes de psicología. *Summa Psicológica*, 18(1), 15-22. <https://summapsicologica.cl/index.php/summa>
- Horvath, A. (2013). You can't step into the same river twice, but you can stub your toes on the same rock: Psychotherapy outcome from a 50 years perspective [No puedes bañarte en el mismo río dos veces, pero puedes golpearte los dedos de los pies en la misma roca: resultado de la psicoterapia desde una perspectiva de 50 años]. *Psychotherapy*, 50(1), 25-32. <https://doi.org/10.1037/a0030899>
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy [La eficacia y efectividad de la psicoterapia]. En M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp 169-218). John Wiley & Sons.
- Liukkonen, A. y Voutilainen, P. (1995). Vanhusten hoidon laadun arvioinnin lähtökohdista [Sobre los puntos de partida para la evaluación de la calidad de la atención a las personas mayores]. *Gerontologia*, 7, 299-305.
- Lo Coco, G. (2021). Efficacy of psychotherapeutic treatments: research based on clinical practice [Eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos: investigación basada en la práctica clínica]. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(2), 387-401. <https://dx.doi.org/10.4081/rp.2021.261>
- Loriente, F. (2018). *Estudio bibliográfico sobre el concepto de atención flotante en Freud* [Presentación de artículo]. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Buenos Aires, Argentina.
- Lutz, W., Castonguay, L. G., Lambert, M. J. y Barkham, M. (2021). Traditions and new beginnings: historical and current perspectives on research in psychotherapy and behavior [Tradiciones y nuevos comienzos: perspectivas históricas y actuales de la investigación en psicoterapia y conducta]. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 3-18). John Wiley & Sons.
- Marchena-Giráldez, C., Calero-Elvira, A. y Galván-Domínguez, N. (2013). La importancia de las instrucciones del psicólogo para favorecer la adhesión terapéutica. *Clínica y Salud*, 24(2), 55-65. <http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a7>
- Moura, H., Corbella, S. y Mena, P. (2011). Análisis factorial confirmatorio de la versión corta portuguesa del Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(1), 91-102. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921807007>
- Martín, M. G. (2018). *Escucha activa y empática*. Elearning.
- Ortiz, E., Báez, A. L. M., Trujillo, A., Núñez, C., Rodríguez, M. Y. A., Rodríguez, Á. P. A. y Domínguez-Lara, S. (2021). Psychometric properties of Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) in Colombia and Peru [Propiedades psicométricas de Resultados Clínicos en Evaluación Rutinaria-Medida de Resultados (CORE-OM) en Colombia y Perú]. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 9(3).
- Ortiz, S. y Cruz, A. (2018). Elaboración, validación y adaptación cultural de instrumentos de medición en salud. *Actas Dermosifiliográficas*, 109(3), 202-206. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.09.012>
- Paz, C., Mascialino, G. y Evans, C. (2020). Exploration of the psychometric properties of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure in Ecuador [Exploración de las propiedades psicométricas del CORE-OM en Ecuador]. *BMC Psychology*, 8(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00443-z>
- Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Sánchez-Reales, S., Youn, S. J., Inchausti, F. y Molinari, G. (2019). La persona del terapeuta: Validación española del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 131-140. <https://doi.org/10.5944/rppc.24367>
- Peterson, C., Peterson, N. y Powell, K. (2017). Cognitive interviewing for item development: Validity evidence based on content and response processes [Entrevista cognitiva para el desarrollo de ítems: Evidencia de validez basada en contenido y procesos de respuesta]. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 50(4), 217-223. <https://doi.org/10.1080/07481756.2017.1339564>
- Quiñones, A., Melipillán, R. y Ramírez, P. (2010). Estudio Psicométrico del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) en Psicoterapeutas Acreditados en Chile. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 273-281. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921798008>

- Quiñones, A., Ugarte, C., Ceric, F., García, F. y Santibañez, P. (2019). Estilo personal del terapeuta: Comparación entre terapeutas cognitivos post-racionalistas y sistémicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 48-55. <http://dx.doi.org/10.24205/03276716.2018.1054>.
- Rial, V., García, F. Castañeiras, C., Gómez, B. y Fernández-Álvarez, H. (2006). Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuanti y cualitativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(98), 191-208. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352006000200002>
- Salmons, J. (2011). Designing and conducting research with online interviews [Diseñar y realizar investigación con entrevistas online]. En J. Salmons (Ed.), *Cases in online interview research* (pp. 1-31). Sage
- Santibañez, P., Vidal, B., Muñoz, C., Arriagada, P., Sepúlveda, A., & Quiñones, A. (2019). Variables that influence in the personal style of the therapist. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(4), 593-602. <https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1140>
- Triana, A., Caycedo, D., y Cubides, S. (2019). Caracterización y revisión sistemática de la formación en psicología clínica en Colombia [Tesis de pregrado, Fundación Universitaria Konrad Lorenz].
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Salla, M., Medina, J. C., Montesano, A., Soriano, J., Medeiros-Ferreira, L., Cañete, J., Corbella, S., Grau, A., Lana, F. y Evans, C. (2016). Psychometric properties of the spanish version of the clinical outcomes in routine evaluation–outcome measure [Propiedades psicométricas de la versión española de los resultados clínicos en evaluación rutinaria-medida de resultado]. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1457-1466.
- Wampold, B. (2019). *The basics of psychotherapy: an introduction to theory and practice* [Los fundamentos de la psicoterapia: una introducción a la teoría y la práctica]. American Psychological Association.
- Wampold, B. y Owen, J. (2021). Therapist effects: history, methods, magnitude [Efectos del terapeuta: historia, métodos, magnitud]. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp 297-326). John Wiley & Sons.

Lluís Casado Esquiús



El Análisis Transaccional ante los nuevos retos sociales

Adaptación a un mundo en cambio

EDITORIAL CCS

RECENSIÓN DE LIBROS | REVIEW OF BOOK

LOS JUEGOS DE LA FAMILIA¹**José Luis Martorell**

Editorial Jeder

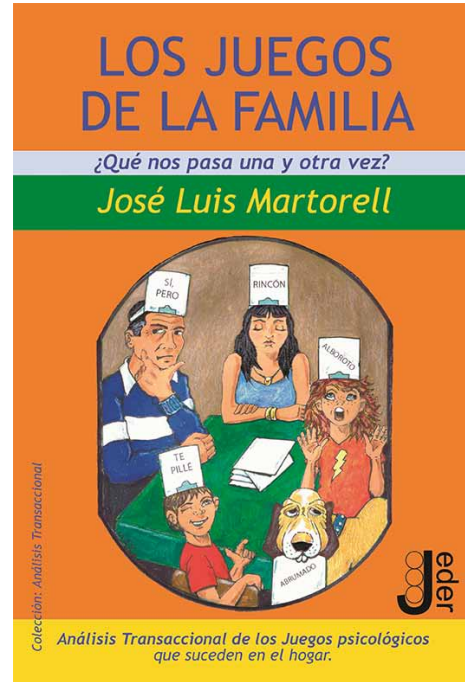
Páginas: 152

ISBN: 979-8834573852

Año de publicación 2022

Lluís CasadoORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4335-8227>

Psicólogo clínico, diplomado por la International Transactional Analysis Association. Barcelona, España



En 1983 apareció un libro de un autor joven, José Luis Martorell, sobre un tema poco conocido en nuestro país (los juegos psicológicos) enmarcado en un modelo psicoterapéutico también de incipiente presencia (Análisis Transaccional). Quien escribe estas líneas redactó una reseña para la sección de comentario de libros de la, también reciente, Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, precursora de la Revista de Psicoterapia que el lector está leyendo en este momento.

Releer un libro cuarenta años después es un reto y un ejercicio de distancia-historia muy saludable. El propio José Luis Martorell indica en el prefacio de la nueva edición que ha revisado y actualizado pocas cosas de la versión original y realmente coincido con él que no hacía falta cambiar demasiado el contenido. Este dice mucho a favor del libro y del modelo que nos propone y poco de la evolución

Fecha de recepción: 21 de marzo de 2023. Fecha de aceptación: 10 de abril de 2023.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: casado@copc.cat

© 2023 Revista de Psicoterapia



de nuestra sociedad.

En efecto la teoría de juegos psicológicos de Eric Berne nos ayuda a entender los procesos relacionales manipuladores entre personas, incluso en un terreno, aparentemente, tan amistoso como es la familia.

Conviene en este punto aclarar que los juegos transaccionales difieren de los juegos de comunicación descritos por Satir (1991) quien a partir de cuatro patrones universales dramatiza sus relaciones como ejercicio de autodiagnóstico e intervención terapéutica. Por cierto, que los cuatro patrones presentan claras similitudes con los roles del triángulo dramático que el transaccionalista Stephen Karpman describió como instrumento para el análisis de los juegos transaccionales.

Es un modelo potente para el crecimiento personal y relacional si es que es posible separar ambos niveles. Martorell explica muy bien ese doble nivel de análisis (individual y relacional) que caracteriza el Análisis Transaccional (estados del yo, transacciones, caricias y juegos), ilustrado, además, con frecuentes ejemplos y casos que facilitan su comprensión.

El análisis que hace el autor de los juegos en los distintos vínculos familiares (pareja, hermanos, padres e hijos, incluso con los educadores) confeccionan un mosaico muy completo del entramado relacional familiar, sus dificultades y sus consecuencias perjudiciales. Es primera parte del libro se centra pues en el “diagnóstico”.

Pero Martorell en su condición de terapeuta no deja al lector solo ante sus problemas, sino que en la parte final del libro orienta las posibles salidas para dejar de jugar. Es un libro de clara utilidad para los psicoterapeutas, pero, sin ser un manual de ayuda, puede inspirar a las personas no profesionales y orientarlas hacia el camino del crecimiento. En el comentario escrito en 1984 decía: “...*todo ello queda reflejado en el libro que resulta algo vivo y que refleja la realidad de cada día, huyendo de teorizaciones academicistas*”², Es por ello un libro claramente “berniano”, que combina sin esfuerzo el rigor de la práctica clínica, con un lenguaje comprensible y un enfoque orientado al crecimiento de las personas, en terapia y fuera de ella.

En resumen, un libro que resume de manera ordenada y completa la teoría de juegos transaccionales, que ofrece pautas de intervención para los psicoterapeutas y que puede resultar de ayuda para las personas no especialistas que, sin duda, se verán reflejadas en muchos de los apartados del libro.

Notas

1 <https://www.jederlibros.com/libro-los-juegos-de-la-familia-jose-luis-martorell/>

2 Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista (nº 7, pag.93)

Referencias

Satir, V. (1991). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. Pax.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 34, Number 125, July, 2023 – Online ISSN: 2339-7950

This Journal was born as *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* in 1981 (Era I). It was renamed *Revista de Psicoterapia* in 1990 (Era II). Today is a quarterly journal published by *Editorial Grao*. Publishes original research articles, review, theoretical or methodological contributions of clinical and psychotherapeutic field, with a predominantly integrative therapeutic approach.

The direction of the journal has been in charge of leading psychotherapists: Andrés Senlle Szodo (1981-1984) founder of the journal, a; LLuis Casado Esquius (1984-1987), Ramón Rosal Cortés (1987-1989), Manuel Villegas Besora (1990-2013).

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

English articles are welcome. They will be published in open access.

Manuscript Preparation

Prepare manuscripts according to the *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th edition).

The manuscripts will be sent in formats: “.doc” or “.docx”, through OJS (*Open Journal System*) application on the website of the journal:

<https://revistas.uned.es/index.php/rdp/about/submissions>

Manuscripts will be accepted in English or Spanish languages. If the paper is written in English, an abstract of 100-200 words in Spanish will be required.

The articles will be double-spaced in **Times New Roman, 12 point**, with all margins to 1 in. The maximum length of articles will be **7000 words** (including title, abstract, references, figures, tables and appendices). The numbering of the pages will be located in the upper right.

Other formatting instructions, as well as instructions on preparing tables, figures, references, metrics, and abstracts, appear in the *APA Manual*.

The articles are scholarly peer-reviewed.

JOURNAL INDEXING

- Bibliographical: Emerging Source Citation Index (ESCI) Web of Science, Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC, Crossref.
- Assessment of quality of journals: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.
- Identification of journals: ISSN, Ulrich´s.
- OPAC´s: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA).
- Repositories: Recolecta

CONTENIDO

LA TERAPIA PSICOMOTRIZ: UNA MIRADA RELACIONAL

Psychomotor Therapy: A relational look

Joaquim Serrabona Mas y Víctor Renobell

(Coordinadores)

EDITORIAL

LA TERAPIA PSICOMOTRIZ: UNA MIRADA RELACIONAL

Joaquim Serrabona Mas

EL ACOMPAÑAMIENTO A LOS NIÑOS Y NIÑAS CON AUTISMO DESDE LA PSICOMOTRICIDAD RELACIONAL

Josefina Sánchez Rodríguez, Miguel Llorca Llinares, Talía Cristina Morillo Lesme y Raquel González Hernández

PRINCIPIOS PARA UNA CLÍNICA PSICOMOTRIZ CON ADULTOS. SU MARCO Y ORIENTACIONES

José Ángel Rodríguez Ribas

LA MEJORA DE LA SOCIABILIDAD Y LAS HABILIDADES SOCIALES MEDIANTE EL USO DE LA PSICOMOTRICIDAD RELACIONAL EN MENORES CON SÍNTOMAS DE AUTISMO

Víctor Renobell

EFFECTOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN INTEGRAL GERONTOPSICOMOTRIZ EN DOMICILIO, CENTRADO EN LA DIADA PERSONA MAYOR CON DEMENCIA Y SU CUIDADOR FAMILIAR

Soledad Vázquez, Ana Kmaid, Clarissa Verde y Mariana Barros

EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES DE TERAPIA PSICOMOTRIZ EN ANSIEDAD Y ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL DE SALUD

Juan Mila, Sandra Ravazzani, María Noel Close, Mireia Serra Voltas y Anders Bech Christiansen

LA TERAPIA PSICOMOTRIZ EN LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Àngels Morral Subirà

CONSTRUYENDO UNA DISCIPLINA: ACREDITACIÓN COMO PSICÓLOGO/A EXPERTO EN PSICOMOTRICIDAD EN CATALUÑA

Joaquim Serrabona Mas

—Artículos del monográfico de Libre Acceso—

UNA PSICOMOTRICIDAD PARA EL SIGLO XXI

Ángel Hernández Fernández

VALOR DE LOS JUEGOS AFECTIVOS-FANTASIOSOS EN EL TRATAMIENTO DE SUJETOS CON DIFICULTADES EN EL DESARROLLO

Joaquim Serrabona Mas

—Artículos de Libre Acceso—

MINDFULNESS BASADO EN FORTALEZAS: EFECTO SOBRE LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR

Juan Nieto, Dafne Cataluña, Aroa Ruiz, y Borja Arribas

VALIDEZ DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO DEL ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA EN POBLACIÓN COLOMBIANA

Adriana Trujillo y Nubia Apolinar

—Recensión—

LOS JUEGOS DE LA FAMILIA

Lluís Casado

