



Publicaciones  
académicas y  
científicas

UNIVERSIDAD  
PROVINCIAL DE  
CÓRDOBA | UPC

**Autoras:** Mancilla Altamirano, Luciana Nicole; Martinez, Romina Cintia del Valle; Montigel, Florencia Milagros; Orihuela, María Laura y Suarez Pappalardo, Silvana

Trabajo final de grado

## Revisión de herramientas diagnósticas utilizadas por psicomotricistas durante el proceso diagnóstico en el ámbito hospitalario público

Trabajo final presentado para la obtención del grado de Licenciatura en Psicomotricidad.  
Facultad de Educación y Salud. Universidad Provincial de Córdoba

Año: 2023

Directora: Ferrero, María Alejandra

Co-Directora: Rodríguez, Claudia

UNIVERSIDAD  
PROVINCIAL DE  
CÓRDOBA | UPC

  
REPOSITORIO.UPC  
Repositorio Digital Institucional

Documento disponible para su consulta y descarga en el [Repositorio Digital Institucional Universidad Provincial de Córdoba](#)



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](#).

**Licenciatura en Psicomotricidad**

Trabajo Final

**Revisión de herramientas diagnósticas utilizadas por psicomotricistas  
durante el proceso diagnóstico en el ámbito hospitalario público**

Autoras

**Mancilla Altamirano, Luciana Nicole  
Martinez, Romina Cintia del Valle  
Montigel, Florencia Milagros  
Orihuela, María Laura  
Suarez Pappalardo, Silvana**

Directora

**Ferrero, Ma. Alejandra**

Co-Directora

**Rodríguez, Claudia**

**2023**

## **Agradecimientos**

*La importancia de un otro que acompañe, comprenda y ayude es clave en la Psicomotricidad como también en la vida misma. Nuestras almas, infinitas y latentes, agradecen a cada miembro de nuestras familias por ser ese otro que sostuvo, apoyó y confió en nosotras todos estos años. Sin ustedes nada de esto hubiese sido posible. Se agradece también desde lo profundo de nuestro corazón a los amigos, compañeros, docentes y psicomotricistas que se cruzaron en nuestro camino y nos brindaron su apoyo y enseñanzas.*

## Índice

Resumen.....	1
Introducción .....	2
Capítulo 1: .....	8
Psicomotricidad en el ámbito hospitalario público .....	8
1.1 Historia de la Psicomotricidad.....	9
1.2 Definición de Psicomotricidad.....	10
1.3 Objeto de estudio de la Psicomotricidad .....	11
1.4 Ámbitos en donde se inserta la Psicomotricidad.....	13
1.5 Psicomotricista: el rol y sus lineamientos de intervención.....	17
Capítulo 2: .....	20
Proceso diagnóstico: Herramientas y Procedimientos.....	20
2.1 Diagnóstico Psicomotor .....	21
2.2 Proceso Diagnóstico Psicomotor .....	22
2.2.1 Consulta y entrevista.....	23
2.2.2 Examen Psicomotor- Evaluación Psicomotriz. ....	24
2.2.3 Informe Psicomotor y Entrevista de Devolución.....	25
2.3 Herramientas Diagnósticas.....	27
2.3.1 Observación y Observación Psicomotriz .....	27
2.3.2 Test y Escalas.....	29
2.3.2.1 Test de Desarrollo Psicomotor .....	30
2.3.2.2 Test Gestáltico Visomotor de Bender .....	31
2.3.3 Juego.....	33
2.3.4 Encuadre .....	34
Capítulo 3: .....	37
Apartado Metodológico .....	37
3.1 Muestra y Población .....	40
3.2 Herramienta de recolección de datos .....	40
3.3 Categorías.....	41
Capítulo 4: Análisis de datos.....	44
4.1 Evaluación Psicomotriz.....	45
4.2 Herramientas Diagnósticas.....	46
4.2.1 Procedimientos .....	47
4.3 Contexto ámbito hospitalario público .....	52
4.3.1 Normas Institucionales .....	53
4.3.2 Servicios: Rehabilitación, Salud Mental y Consultorio Externo. ....	54

4.3.3 Derivación .....	57
4.3.4 Encuadre .....	58
4.4 Materiales.....	59
4.4.1 Tipos de Materiales.....	59
4.4.2 Objetivos de Materiales.....	60
4.4.3 Disponibilidad y disposición de materiales .....	61
Conclusión .....	63
Bibliografía.....	69
Anexo .....	76
Anexo I: modelo de entrevista .....	77
Anexo II: Entrevistas.....	78

## **Resumen**

El presente trabajo se realiza en el marco del Taller del Trabajo Final de Licenciatura en la carrera de grado de Psicomotricidad, dictada en la Facultad de Educación y Salud (FES) de la Universidad Provincial de Córdoba (UPC) y está enmarcado en la línea teórica del diagnóstico psicomotor. El mismo busca dar respuesta a los siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las herramientas diagnósticas utilizadas por los/las psicomotricistas para llevar a cabo el proceso diagnóstico en el ámbito hospitalario de la ciudad de Córdoba? ¿Qué herramientas, recursos, técnicas y procedimientos interceden en el hacer psicomotor en el ámbito hospitalario público a la hora de realizar un proceso diagnóstico?

Para lo mencionado nuestro objetivo general es indagar sobre las distintas herramientas diagnósticas utilizadas por psicomotricistas durante el proceso diagnóstico en el marco de los hospitales públicos (provinciales y municipales) de la ciudad de Córdoba, Argentina. Este objetivo es acompañado por la especificidad de otro objetivo propuesto que busca discriminar e identificar las herramientas diagnósticas utilizadas durante el proceso diagnóstico en dicho ámbito. La elección de la propuesta se debe al interés que genera la actual vacancia que persiste en cuanto a contenidos, datos e información para poder profundizar cómo se lleva adelante el proceso diagnóstico en Psicomotricidad, particularmente, como venimos mencionando, en hospitales públicos de la ciudad de Córdoba.

Se tomaron para dar inicio a esta investigación antecedentes teóricos los cuales fueron los cimientos para la elaboración del proyecto. Los mismos serán desarrollados en la primera parte de este trabajo. Esta práctica de investigación se realiza bajo un enfoque cualitativo y desde una aproximación exploratoria, en donde se utiliza la entrevista semiestructurada como instrumento metodológico. Se aplicó dicho instrumento a ocho psicomotricistas, que se encuentran ejerciendo su rol profesional a la fecha, de manera presencial y virtual lo que dependió de la disponibilidad de los profesionales.

**Palabras claves:** Diagnóstico Psicomotor- Proceso Diagnóstico- Herramientas Diagnósticas - Ámbito Hospitalario- Psicomotricistas.

## **Introducción**

## **Introducción**

El presente trabajo se realiza en el marco del Taller del Trabajo Final dictado en el quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicomotricidad, en la Facultad de Educación y Salud (FES) de la Universidad Provincial de Córdoba (UPC). La elección de la propuesta titulada “Revisión de las herramientas diagnósticas utilizadas por psicomotricistas para realizar el proceso diagnóstico dentro del ámbito hospitalario público”, se debe al interés que genera la actual vacancia persistente en cuanto a contenidos, datos e información que circula entre profesionales y que vuelve necesaria la indagación y profundización en esta temática. Atendiendo al ejercicio de el/la psicomotricista dentro del ámbito hospitalario público de la Ciudad de Córdoba, Argentina, tomando como unidades de análisis los hospitales municipales y provinciales que se sitúan dentro de la mencionada ciudad, en su capital preferentemente. El atractivo hacia esta temática es guiado por la necesidad de identificar y discriminar cuáles son las herramientas diagnósticas que se utilizan cuando se lleva a cabo el proceso diagnóstico y por lo tanto en el hacer cotidiano de un/a psicomotricista que trabaja en un hospital público. A su vez, poder conocer así, con qué recursos cuentan los profesionales a la hora de realizarlo.

Esta investigación buscará responder a los siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las herramientas diagnósticas utilizadas por los y las psicomotricistas para llevar a cabo el proceso diagnóstico en el ámbito hospitalario público? ¿Qué herramientas, recursos, técnicas y procedimientos interceden en el hacer psicomotor en el ámbito hospitalario público a la hora de realizar un proceso diagnóstico?

La problemática en cuestión posibilita aportar a la disciplina una mirada actual y superlativa de las diferentes herramientas diagnósticas que utilizan los/las psicomotricistas a la hora de realizar un proceso diagnóstico psicomotor en el marco de una institución hospitalaria pública. Es de interés el poder investigar sobre lo mencionado para así enriquecer la información escasa existente sobre la puesta en práctica de los marcos teóricos referenciales que adopta cada psicomotricista, entendiendo que en la actualidad coexisten diversos modelos o corrientes que demuestran que sobre la base de fundamentos epistemológicos sólidos existen tantas formas de hacer Psicomotricidad como psicomotricistas hay.

Por lo mencionado anteriormente, los objetivos de esta práctica investigativa son:

### **Objetivo General:**

- Indagar sobre las distintas herramientas diagnósticas utilizadas por los/las psicomotricistas durante el proceso diagnóstico en el marco de los hospitales públicos (provinciales y municipales) de la ciudad de Córdoba, Argentina.

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar las herramientas diagnósticas utilizadas durante el proceso diagnóstico en los hospitales públicos, provinciales y municipales de la Ciudad de Córdoba.
- Distinguir y conceptualizar las herramientas diagnósticas utilizadas durante el proceso diagnóstico en los hospitales públicos, provinciales y municipales implicados.

Para hablar de proceso diagnóstico en primer lugar se opta por conceptualizar al diagnóstico psicomotor el cual “es entendido como una prueba o un conjunto de pruebas que pretenden evaluar el desarrollo psicomotor de niños o sus competencias motoras. Viene siendo utilizado desde los inicios de la Psicomotricidad” (Berruezo como está citado en Bottini, 200, p.30). Cabe recordar que el mismo es un diagnóstico que se construye entre la observación y la escucha de las múltiples variables que entran en juego en y durante todo el proceso. Leticia González (2009) sostiene que “lo principal del diagnóstico psicomotor se va a jugar allí, en el modo en que cada psicomotricista piense que es un diagnóstico psicomotor, con qué instrumentos lo haga, dónde y para qué aplique sus recursos de ‘evaluación’” (p.113).

Desde este trabajo se buscará entonces poder plasmar por escrito aquello que circula en el discurso de los y las psicomotricistas abocados/as a la realización del proceso diagnóstico en los hospitales públicos de la ciudad de Córdoba. A su vez, se pretende conocer las herramientas que utilizan, atendiendo a las particularidades de los marcos institucionales referentes de cada hospital. Como declara Díez (2009) “el proceso diagnóstico es dinámico, siempre cargado de una dosis necesaria de incertidumbre que interroga los saberes instalados” (p.125). Este proceso es entendido como un conjunto de acciones, relaciones, vivencias que se establecen con la decisión de consultar; se intenta dar respuesta a cierta demanda para poder así conocer al sujeto por el cual se consulta atendiendo al por qué de lo que le pasa.

Este mencionado proceso transita diferentes etapas que pueden variar dependiendo del profesional que lo lleve a cabo, el caso en particular que se le presente y también el contexto en el que desarrolla su rol, respetando las políticas y funcionamientos institucionales. Las etapas que lo conforman pueden resumirse en: consulta/derivación, entrevista inicial, examen psicomotor (evaluación psicomotriz), consultas interdisciplinarias, análisis del caso, visitas al hogar/escuela, informe diagnóstico psicomotor y entrevista de devolución (Diez, 2009; Ravera, 2012; Serrabona Mas, 2016).

Para realizar dicho proceso cada psicomotricista se vale de distintas herramientas diagnósticas específicas que son propias de la formación y de las experiencias personales que se han ido forjando a lo largo de la práctica profesional. Las mismas varían según la

particularidad de cada consulta/caso, de la manera en que se conciba el diagnóstico psicomotor y del posicionamiento epistemológico de el/la psicomotricista. Como plantea Marazzi (2004): “Contar con recursos técnicos en psicomotricidad, arma caminos posibles y nos permite suponer que, porque fueron adecuados en determinada situación, podrían llegar a ser oportunos nuevamente” (p.5). Es importante remarcar que para la autora las técnicas responden a las preguntas del cómo hacer y el qué hacer, mientras que los recursos técnicos en los para qué y en los con quién. Retomando del primer autor, “donde hace referencia en que el examen psicomotor debe aportar un análisis de las producciones del niño que muestran el nivel de construcción y la problemática que circula en su gesta obturando las posibilidades y comunicación” (p.12).

En la búsqueda de antecedentes se encontraron algunos escritos que, de cierto modo, constituyen un marco referencial para esta investigación. Así el artículo escrito por N. Castellani (2013) en la Revista Iberoamericana de Psicomotricidad: *La Psicomotricidad en el ámbito hospitalario, conquistando espacios*. Es elegido ya que trata sobre el recorrido y la experiencia profesional de la Psicomotricidad en el ámbito hospitalario de la provincia de Córdoba (Argentina). Resulta pertinente porque desarrolla y detalla cómo se fue incorporando la disciplina en el ámbito hospitalario; además, da cuenta de cómo se lleva a cabo la evaluación psicomotriz, el proceso diagnóstico (en conjunto a los datos recolectados de la entrevista a los padres, la consulta con otros profesionales y lo recabado en las sesiones de evaluación con el paciente). Se menciona en el mismo los diferentes servicios en donde pueden intervenir los/las psicomotricistas dentro de un hospital: salud mental, rehabilitación, internado y consultorio externo. Concluye el artículo diciendo que, en este ámbito, es decir el hospitalario-salud, desde la Psicomotricidad se pueden hacer muchas cosas y que habría que modificar muchas otras donde el/la psicomotricista pueda “responder a las demandas y consolidar el trabajo interdisciplinario” (Castellani, 2013, p.55)

Por otro lado, se rescata como otro antecedente el artículo de Chiodi, Tobares y Harriague (2015) *Una mirada sobre la atención psicomotriz en los servicios de Salud Pública en la Revista de Salud Pública*. Este artículo trata acerca de la ocupación e inserción profesional de los/las psicomotricistas en salud, en la ciudad capital de la provincia de Córdoba y de la ciudad de Río Cuarto. Desarrolla el marco legal en que se ubica la Psicomotricidad en la provincia de Córdoba, donde se conocen algunas reflexiones de los profesionales en las instituciones hospitalarias en la salud pública.

Como último antecedente se incluye el artículo de la revista APPIA, de la licenciada en Psicomotricidad Diez (2009) *El proceso diagnóstico en Psicomotricidad*, donde se analizan las

distintas variables que entran en juego dentro de este proceso. A su vez se esgrimen algunas ideas en relación a la elección de la estrategia diagnóstica que permite construir una hipótesis sobre el funcionamiento del sujeto que consulta. Se trabaja el encuadre del proceso, aspectos que permanecen fijos, el fin y los objetivos, así como las vicisitudes propias de un encuentro inédito que, generalmente, modifican el esquema inicialmente planteado, aspectos que surgen en el encuentro clínico. Se jerarquiza el valor de la mirada y la escucha como herramientas importantes en la elaboración de una hipótesis diagnóstica inicial. Es así que el artículo pretende dar cuenta del proceso de evaluación diagnóstica en el área psicomotriz. Es importante aclarar que el recorrido que realiza Diez, es uno de los posibles caminos del proceso diagnóstico, ya que este implica un posicionamiento tanto personal como profesional.

Esta práctica de investigación se basó en la metodología cualitativa dado que la misma tiene como finalidad esclarecer y enriquecer la teoría sobre este corolario del proceso diagnóstico, desde una perspectiva teórica-empírica. En una investigación cualitativa, dice Vasilachis (2009), que el interés está centrado en los sujetos como productores de conocimiento. Sus discursos hablados y escritos se convertirán en datos analizables y documentados. Es este tipo de investigación la que va a proveer nuevas perspectivas sobre lo que se conoce del proceso diagnóstico psicomotor en el ámbito hospitalario público. Al mismo tiempo se empleó el diseño flexible dado que en el proyecto de investigación los componentes podían variar en tiempo y forma, y surgieron ciertos emergentes que no se tomaron en cuenta en los inicios. Esto es importante debido a que la unidad de análisis comprende a seres humanos en acción, es decir, los y las psicomotricistas entrevistados, dando lugar a ciertos imprevistos y otorgando así el carácter exploratorio que la investigación presenta.

La herramienta seleccionada para llevar a cabo la investigación fue la entrevista. Se define a la entrevista como una máxima fuente de riqueza informativa que le da la posibilidad al entrevistador de solicitarle al entrevistado que amplíe la información brindada que parezca confusa. “Es decir, posibilita ahondar sobre aquellos temas que nos pueden llevar a dar por sentado supuesto y comprensiones que no lo son como tales” (Muñoz, 2011, p.3). Se utilizó la entrevista semiestructurada donde “el/la investigador/a realiza una serie de preguntas (generalmente abiertas al principio de la entrevista) que definen el área a investigar, pero tiene libertad para profundizar en alguna idea” (Hernández, García, 2008 p.3). A partir de la flexibilidad de las mismas es que las psicomotricistas entrevistadas pudieron sentirse con la libertad apropiada para aportar datos y a su vez estar guiadas por quien las entrevistó. Fueron realizadas dichas entrevistas en una bimodalidad presencial-virtual respetando así la disponibilidad de cada entrevistada. Se llevó a cabo una muestra de tipo experto ya que en esta

práctica de investigación es importante y necesaria la experiencia en relación al objeto de investigación. Es gracias a este tipo de muestras que, es estudios cualitativos y exploratorios como el propuesto, se pueden generar hipótesis más precisas (Sampieri, 2006). La misma se aplicó a ocho (8) psicomotricistas que se encuentran activos actualmente en los hospitales públicos de la Ciudad de Córdoba que trabajan y ejercen la Psicomotricidad.

La siguiente investigación está constituida por cuatro capítulos. El capítulo número uno denominado “Psicomotricidad en el ámbito hospitalario público”, el capítulo número 2 denominado “Proceso Diagnóstico: herramientas y procedimientos”. El tercer capítulo se titula “Apartado Metodológico” y por último el cuarto capítulo “Análisis de datos”.

En el primer capítulo se desarrolla el devenir histórico de la Psicomotricidad, los ámbitos de inserción laboral de los/as psicomotricistas y las incumbencias profesionales del título de grado que se otorga en la casa de formación mencionada al inicio de este trabajo. Luego se relata cómo se inserta la Psicomotricidad en los hospitales, la inclusión de los/as psicomotricistas en los distintos servicios o áreas según la institución de pertenencia y el trabajo en conjunto que se sostiene con otras disciplinas afines.

En el segundo capítulo se conceptualiza el diagnóstico psicomotor, dando cuenta del proceso que se transita en los hospitales. Se explica este proceso y las etapas que comprende como así también las herramientas que los/as psicomotricistas utilizan a la hora de desarrollar el mismo.

Por su lado en el tercer capítulo se encuentra el marco metodológico: la descripción de nuestro objeto de estudio, la metodología utilizada para la recolección y producción de datos y la unidad de análisis de esta práctica investigativa. Finalizando con los capítulos de este trabajo, el cuarto responde al análisis de datos desarrollado según la información obtenida de las entrevistas realizadas a las distintas psicomotricistas que están activas ejerciendo su rol profesional en los hospitales públicos de la ciudad.

A través de estos capítulos se pretende informar e invitar a la reflexión y diálogo sobre el ejercicio de la psicomotricidad en el ámbito hospitalario público con el fin de identificar y posicionar esta disciplina dentro de este contexto. A su vez dar la posibilidad de que se generen nuevos interrogantes sobre el hacer profesional en dicho ámbito y la incumbencia que tiene la disciplina en el.

## **Capítulo 1:**

### **Psicomotricidad en el ámbito hospitalario público**

## **Capítulo 1: Psicomotricidad en el ámbito hospitalario público**

En este capítulo se desarrollará un breve recorrido de la historia de la disciplina, su origen, su arribo a la Argentina y cómo se instauró principalmente en la provincia de Córdoba. También se describirán los ejes principales de la psicomotricidad comprendidos en los conceptos de cuerpo, espacio y tiempo y la relación que guardan entre ellos. Luego se presentarán los ámbitos de inserción laboral de todo psicomotricista con sus principales características, lo que permitirá visibilizar las diferencias entre un ámbito y otro. Continúa el presente capítulo con el rol del psicomotricista (competencias y funciones) para finalmente exponer los posibles lineamientos de la intervención psicomotriz dando a conocer el posicionamiento del profesional en su rol.

### **1.1 Historia de la Psicomotricidad**

La Psicomotricidad como disciplina surge y se desarrolla fuertemente en el siglo XX. Es en el año 1905 cuando Ernest Dupre introduce en el discurso médico el término Psicomotricidad. En el año 1950 llega a la Argentina de la mano de Dalila Costallat y en los años 60 se inicia en Córdoba, de la mano de las Escuelas Especiales y los Trastornos Psicomotores<sup>1</sup>. En la década de los 60' se crea en Córdoba el Instituto Dr. Domingo Cabred como así también el primer Profesorado en Educación de niños con Trastornos Psicomotores dando sus primeros egresados para el país y la Provincia de Córdoba. En la década del 70' se modifica el título pasando a ser el Profesor en Educación Psicomotriz. El Instituto Dr. Domingo Cabred, es una entidad muy importante en la historia de la disciplina ya que fue pionera en la capacitación de Psicomotricistas. Por otro lado, en el año 1977 se crea la Asociación Argentina de Psicomotricidad y un año después de 1978 la Escuela Argentina de Psicomotricidad.

Es en la década de los 80 que se comienza un nuevo camino organizando la promoción del desarrollo psicomotor en la sala de espera y hospitales públicos, también se realizaron seguimientos del niño/a sano/a en centros primarios de salud y talleres de Psicomotricidad en centros comunitarios que atienden a la niñez en la Ciudad de Córdoba y Villa Allende. De esta manera se produce una inserción importante en Salud, generando la Matrícula Provincial otorgada por el Ministerio de Salud de la Provincia a partir de la Ley Provincial de Salud N 7625, Régimen de Personal que integra el Equipo de Salud Humana de la Provincia de Córdoba, Decreto Reglamentario N 5640/88. Ya en el 2004 se conforma la primera Comisión de la actual AFeP (Asociación Federal de Psicomotricidad) dando pie a que en el año 2006 se concrete un

---

<sup>1</sup> Los Trastornos Psicomotores nos advierten de la presencia de fallas en la construcción del cuerpo, en su funcionamiento y funcionalidad (Calmels, 2003, p.31)

Código de Ética. La Psicomotricidad en nuestro país atraviesa una etapa de pleno crecimiento, es por eso que los/as psicomotricistas deben estar al tanto de la responsabilidad y compromiso que implica su comunidad como profesionales. Desde hace más de 30 años la Psicomotricidad, es una realidad en la práctica hospitalaria, en la educativa y en la comunitaria, involucrada tanto en campo privado como en el público estatal, a lo largo y ancho de la Argentina. La Psicomotricidad es una realidad en varias Formaciones de Grado, en el intercambio con otras disciplinas, es una realidad académica y de investigación.

De la mano del crecimiento en la formación, también se fueron sucediendo avances en materia de derechos en cuanto a la inserción de los/as psicomotricistas en el ámbito de la Salud. Así, desde julio de 2014, teniendo en cuenta el desempeño de las colegas que trabajan en hospitales, reconociendo a nuestra disciplina sus aportes al campo de la Salud y tras la intermediación de la AFeP, por primera vez los/as psicomotricistas pudieron concursar para transitar la RISAM (Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental) de forma paga. Espacio que aún se conserva en la actualidad.

## **1.2 Definición de Psicomotricidad**

Una vez explicado brevemente el devenir histórico de la disciplina, es momento de definirla. Calmels (2003) la define como:

Una disciplina que se autodefine cuando toma como objeto particular de estudio el cuerpo, sus manifestaciones y alteraciones. Se presenta como una práctica educativa y terapéutica, solventada en la rigurosidad del método científico. Su marco teórico referencial está constituido por los aportes de la neurofisiología, la psicología genética y el psicoanálisis (pp.15 y 16)

Por otro lado, Pablo Bottini (2000) plantea que cuando se habla de Psicomotricidad, se hace referencia a “las producciones del sujeto que tienen lugar en el cuerpo, en relación con el otro” (p.17) y que, en la actualidad, a partir de nuevos paradigmas, se propone pensar a la persona en su carácter bio-psico-socio-eco-cultural. El mismo autor sostiene que la manera de llevar, expresar y presentar al cuerpo es producto de las relaciones entre el individuo y el medio. Para ampliar esto, el autor explica que lo específico de la Práctica Psicomotriz es que tiene un modo de intervención que “vehiculiza el accionar del sujeto, no busca enseñar ni recuperar daños motrices, si no que ejerce una acción tendiente a lograr la mayor autonomía posible en

cada sujeto” (p.27)

Por su parte, Chiodi (2015) explica que lo específico de la Psicomotricidad es centrar la mirada en el hacer significativo: saber hacer, querer hacer y desear hacer, en el hacer transformador. La Psicomotricidad se propone trascender la visión dual de la salud para abordar la historia del sujeto y el encuadre social en que vive mediante sus acciones clínico-instrumentales, evitando la disociación de funciones poniendo en relieve una manera integral de mirar al cuerpo, implícito en el enfoque conceptual de la disciplina.

Por último, pero no menos importante, la autora Myrtha Chokler (1988) define a la psicomotricidad como:

La disciplina que estudia al hombre desde esta articulación intersistémica decodificando el campo de significaciones generadas por el cuerpo y el movimiento en relación y que constituyen las señales de su salud, de su desarrollo, de sus posibilidades de aprendizaje e inserción social activa; y también las señales de la enfermedad, de la discapacidad y de la marginación. (p.15)

### **1.3 Objeto de estudio de la Psicomotricidad**

Más allá de la perspectiva de los distintos autores que hablan de Psicomotricidad es importante remarcar que todos concuerdan en que el objeto de estudio de la disciplina ronda en torno al cuerpo y lo que éste produce. Al respecto Daniel Calmels (2016) plantea que “la Psicomotricidad, entonces, es una disciplina que se autodefine cuando toma como objeto particular de estudio el cuerpo en sus manifestaciones” (p.21). El autor hace una diferencia entre lo que es el cuerpo para un médico y lo que es para un/a psicomotricista, para el primero refiere al organismo con su aspecto anatómico y fisiológico, para el segundo el concepto de cuerpo incluye en sus manifestaciones la actitud postural, la gestualidad y las praxias. La gestualidad, en un sentido general, abarca gestos expresivos, miradas, muecas, ademanes, etc. “El concepto de cuerpo debe entenderse delimitando una producción particular y cultural diferentes de la de organismo, terminó con el cual se homologa en el lenguaje cotidiano” (Calmels, 2016, p. 15).

Es importante recordar que, como plantea Blanca Garcia Ferres (2000) existe un cuerpo que le interesa a la Psicomotricidad y ese es el que Ajuriaguerra (1970) define como “el cuerpo que es una entidad física, en el sentido material del término, con su superficie, su peso y su profundidad, cuya actividad propia evoluciona desde lo automático a lo voluntario” (p. 70). El

cuerpo es efector y receptor de fenómenos emocionales, sobre los demás y sobre sí mismo, se sitúa en el espacio y en el tiempo y es una totalidad.

Sara Paín (1987) diferencia el concepto de cuerpo del de organismo: “el organismo puede definirse fundamentalmente como programación. La sabiduría del organismo está integrada como una memoria asentada sobre la morfología anatómica de los distintos órganos”. (p. 16). Especifica que hay un cuerpo real distinto del organismo que acumula experiencias, adquiere nuevas destrezas y automatiza los movimientos, de manera que pueda producir programaciones originales. Es en la interacción entre este organismo y el medio donde se observa la construcción de un cuerpo, es a partir de la apropiación del cuerpo y de la singularidad que cada sujeto le va dando a sus manifestaciones, que puede entrar en comunicación y en relación con el mundo.

Lo que le interesa a la Psicomotricidad es la construcción del cuerpo como unidad y la integración de las dimensiones planteadas por Calmels (2016) motriz-instrumental, emocional-afectivo, prático-cognitivo. Estas pueden ser fuente de una perturbación o también un punto de partida de una intervención.

La primera de ellas hace referencia a la posibilidad de la motricidad de tomar un carácter instrumental, donde se provee al organismo los medios para actuar sobre el mundo, posibilitando así que las diferentes partes del cuerpo se integren en un todo llamado Esquema Corporal. En la segunda dimensión, el autor toma a Wallon para referirse a cómo a través de las emociones el niño o niña se va adueñando y articulando con el medio antes que de sí mismo. La emoción, que tiene ligazón con lo orgánico, posee un punto de partida desde lo visceral a lo periférico y lo afectivo lo toma como un “fenómeno cargado de valor y un sentido particular en la trama vincular” (Calmels, 2016, p. 22).

Es así, que en esta dimensión se va a ir perfilando un estilo motor, propio de cada sujeto en su construcción del cuerpo, entre las emociones que son cargadas de valor por el medio que lo rodea y significa por sí mismo a raíz de este intercambio. En la última dimensión, el autor hace referencia a las praxias en las cuales es necesario el conocimiento de las relaciones simbólicas puestas en acción, abocadas a un fin, que se va dando del valor que se imprime en el devenir con el medio. Pudiendo reconocer y nombrar, a partir de lo mencionado, el propio cuerpo como sus partes, y así mismo ubicar la posición del propio cuerpo en relación a sí mismo y en relación a los otros.

Entonces, “el cuerpo no nos es dado, el cuerpo que nos diferencia de los otros, que es un distintivo, o sea una insignia de nuestra identidad se construye único y original en la relación corporal” (Calmels, 2009, p. 104).

#### **1.4 Ámbitos en donde se inserta la Psicomotricidad**

La Psicomotricidad como disciplina opera y se desarrolla en tres ámbitos diferentes: socio comunitario, educativo y el de salud, siendo este último el que se toma para desarrollar en esta práctica investigativa.

En el ámbito socio comunitario, según la Asociación Argentina de Psicomotricidad (AAP) (s/f), el abordaje psicomotor promueve fortalecer-favorecer la construcción de la identidad de las personas, creando espacios de reflexión y registro de lo propio frente a la problemática, como punto de partida para instalar un deseo, una necesidad, en términos de un lugar subjetivante que posibilite un camino de salida y de respuesta a la dificultad. La intervención psicomotriz en el ámbito socio comunitario está orientada a la prevención del riesgo social, en sectores poco favorecidos tanto en nivel económico como educativo. Las intervenciones de el/la psicomotricista están dirigidas a distintas franjas etarias de la comunidad, niñez - adolescencia - mediana edad y vejez. En cada una de ellas se interviene fortaleciendo las potencialidades propias de cada edad, utilizando como principal herramienta terapéutica el juego.

Siguiendo con la línea de este ámbito, Ortiz (2015) plantea que, en lo socio comunitario, desde la Psicomotricidad, se busca proveer herramientas para que las personas puedan resolver de una manera positiva para sí mismos y la comunidad las crisis - conflictos que se les presenten, evitando que busquen caminos negativos que atenten contra su bienestar psíquico, social, físico y/o el bienestar de terceros. En este ámbito el/la psicomotricista realiza las siguientes acciones: coordinación de talleres y grupos (de crianza con familias, de juego y relajación terapéutica con niños/as, adolescentes, adultos/as, adultos/as mayores); conformación de equipos interdisciplinarios de salud (de seguimiento: bebés y niños/as y sus familias, trastornos del desarrollo, de seguimiento de desarrollo de niños/as adolescentes, y equipos de adultos/as como también de adultos/as mayores); asistencia a bebés, niños/as y adolescentes en diagnósticos diferenciales, tratamientos y orientaciones, capacitación y supervisión de docentes y profesionales a cargo; asesoramiento al personal de la dirección de programas o servicios, respecto de las problemáticas sociales y comunitarias, desarrollo de programas y proyectos de prevención y asistencia en los diferentes grupos etarios en la comunidad; evaluación de los programas comunitarios que atienden a una complejidad de los diversos fenómenos sobre los que se actúa; realización de actividades de integración, orientación a las familias y fortalecimiento de redes comunitarias a favor de una mayor conciencia de comunidad, logrando la dinamización del potencial de recursos que ella encierra.

Estas propuestas pueden ser llevadas a cabo en escuelas, centros de salud, centros barriales, hogares o institutos de menores, centros de madres adolescentes, centros de jubilados/as, clubes y sociedades de fomento.

Por otro lado, en el ámbito educativo la Psicomotricidad, según la AAP (s/f), aporta un modo particular de reflexionar sobre las condiciones y características del funcionamiento del cuerpo en la Institución Educativa. En el cual se detiene no solo en el cuerpo del/la alumno/a y las funciones necesarias para el aprendizaje, sino que considera al conjunto de la Comunidad Educativa como productora de una dinámica de aprendizaje en donde “el cuerpo” demanda un lugar y una circulación, que es preciso saber escuchar y poder operar. El/la psicomotricista interviene en nivel inicial, nivel primario, educación especial, equipo interdisciplinario (gabinete). Se realizan las siguientes acciones: coordinación de talleres de Psicomotricidad con los/las alumnos/as de distintas secciones, trabajos de reflexión con los/las docentes aportando una lectura específica del funcionamiento psicomotor tanto a través de entrevistas, como de cursos o talleres específicos. Apuntando al enriquecimiento de la gama de recursos que cada docente cuenta con su tarea. Aportar al docente recursos didácticos para trabajar los contenidos de las áreas curriculares (lengua, matemáticas y sociales) desde un enfoque psicomotor, entrevistas de contención y orientación a padres junto a otros profesionales del equipo de orientación escolar, participación en admisiones y evaluaciones de los/las alumnos/as, participación en proceso de inclusión escolar, realizando aportes tanto en la elaboración de las adaptaciones curriculares, como en la supervisión y desarrollo de los mismos, abordaje en el área de Atención Temprana a bebés y niños/as pequeños/as con patologías del desarrollo que aún no tienen edad para el ingreso escolar.

Aucouturier (2004) considera a la Práctica Psicomotriz Educativa como un itinerario que permitirá al/la niño/a hacer el pasaje del placer de actuar al placer de pensar. La Psicomotricidad en el campo educativo plantea el lugar del cuerpo de alumnos/as y maestros/as en la institución escolar. Se pregunta acerca del movimiento, la actitud, la gestualidad, el jugar, la comunicación, el espacio, el tiempo.

Por último, y no menos importante, en el ámbito de la salud el/la psicomotricista interviene en la promoción y prevención, como así también en la clínica o terapia psicomotriz. La clínica psicomotriz es el ámbito de inserción e intervención de el/la psicomotricista y un estilo particular de posicionar la mirada sobre el sujeto, su entorno y el malestar que expresa en y con su cuerpo. El fin terapéutico del profesional en dicho ámbito, según la AAP (s/f), es:

Que el cuerpo del sujeto adquiera en la realidad la capacidad funcional

que le es propia, acorde a sus posibilidades y deseos. La práctica terapéutica en Psicomotricidad acciona mediante la aplicación sistematizada y controlada de métodos y técnicas específicamente psicomotoras reconocidas por la ciencia, la práctica y la ética profesional.  
(p.5)

Para poder ejercer como profesionales en los hospitales públicos de la Ciudad de Córdoba (Argentina), tanto provinciales como municipales, los/las psicomotricistas han transitado un arduo camino. Como se mencionó anteriormente, se logró la incorporación de la disciplina debido a la regulación legal en las normativas y funciones de la o el psicomotricista en la ley N° 7625, Decreto 5640 del régimen del personal que integra el equipo de salud humana dependiente de la Secretaría del Ministerio de Salud tanto en funciones asistenciales como sanitarias. En el mismo se describen fundamentalmente los derechos, deberes y obligaciones en la atención integrada e interdisciplinaria de las necesidades de salud del individuo y la comunidad.

Es en el año 2007 cuando la Psicomotricidad logra ejercerse como disciplina en el ámbito de la salud municipal de Córdoba, puntualmente en el Hospital Infantil Municipal. La Licenciada en Psicomotricidad Natividad Castellani en el 2013 aporta en su texto: *La psicomotricidad en el ámbito hospitalario, conquistando espacios*. Es un acercamiento de cuando la disciplina se presenta en el hospital local antes nombrado. En ese entonces la misma era poco conocida y su reconocimiento no era fácil debido a que esta disciplina forma parte de las especificidades no médicas.

A su vez, poder comprender el rol que ejercía el/la psicomotricista a cargo en la intervención era aún más complejo. Investigaciones recientes acerca sobre la ocupación e inserción profesional del psicomotricista en salud en la capital de la provincia de Córdoba, efectuadas en los servicios de pediatría, neurología, rehabilitación y salud mental en contextos hospitalarios, resaltan su poca oferta profesional. Allí se revela que el porcentaje de psicomotricistas insertos en el área de salud pública de gerenciamiento oficial, es menor a los otros ámbitos de desempeño profesional. Destacan que el rol social profesional se redefine permanentemente en el accionar diario y se delimita desde los múltiples factores: un Sistema, el de salud; una Institución, el hospital público; un Equipo, el de salud humana, organizados en diferentes servicios.

Si bien en la actualidad la atención psicomotriz está inserta estructuralmente como prestadora en salud pública provincial y municipal, su inserción es una respuesta parcial

respecto a su necesidad y función. Considerar también esa articulación entre el conocimiento (teorías y concepciones) y la acción (maneras de hacer, prácticas y estrategias) al interior del propio campo disciplinar, orienta para pensar y/o intervenir en la realidad.

Respecto a las incumbencias que hacen al ejercicio del rol profesional de este ámbito, rescatamos desde Bottini y Sassano (2000) que el/la psicomotricista para estar habilitado/a al pleno ejercicio profesional en los ámbitos educativos y de salud, debe formarse universitariamente con grado académico de licenciatura. Esta formación debe contar con un equilibrio entre las formaciones teóricas y prácticas. Se destacan las habilidades que el título universitario otorga al momento de ejercer profesionalmente, rescatados de la página oficial de la Universidad Provincial de Córdoba. <sup>2</sup>

Los alcances del título universitario de la Licenciatura en Psicomotricidad de la Facultad de Educación y Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina, creada a partir de la resolución número 03/13<sup>3</sup>

-Realizar acciones específicas relativas al tratamiento específicamente psicomotor para sujetos con alteraciones/trastornos psicomotores en el campo de la salud, rehabilitación, educación y socio comunitario en las distintas etapas de la vida.

- Programar, conducir, implementar y evaluar el tratamiento de sujetos con alteraciones/trastornos psicomotores en el campo de la salud, rehabilitación, educación y socio comunitario en las distintas etapas de la vida.

- Diseñar y promover proyectos de intervención en estimulación temprana.

- Programar, implementar y evaluar proyectos de inclusión educativa y sociocultural para sujetos con alteraciones/trastornos psicomotores.

- Participar en el diseño, conducción, supervisión, ejecución y evaluación de proyectos de promoción del desarrollo psicomotor de distintos grupos etarios.

- Realizar acciones tendientes a favorecer la constructividad corporal en las distintas etapas de la vida.

- Conducir, integrar y/o asesorar desde su especificidad, equipos interdisciplinarios de salud, educación y comunidad.

- Participar en investigaciones ligadas al campo disciplinar.

---

<sup>2</sup> <https://upc.edu.ar/>

<sup>3</sup> Ibid

### **1.5 Psicomotricista: el rol y sus lineamientos de intervención.**

Berruezo (2001) expone que “el psicomotricista es el profesional que se ocupa, mediante los recursos específicos derivados de su formación, de abordar a la persona cualquiera sea su edad, desde la mediación corporal y el movimiento” (p.40). Rodríguez Ribas (2013) sostiene que no existe un psicomotricista ideal, sino que hay psicomotricistas uno por uno, con su estilo propio, resultado de una formación y una posición subjetiva ante las resonancias tónico afectivas de la transferencia. La manera en que se coloca el practicante como y que escucha y observa y cómo responde va a depender de la posición epistémica que adopte ya sea educativa o clínica. Es, en definitiva, la concepción que tiene el propio profesional de lo que es un sujeto y en qué consiste sanar.

Todo lo aprendido a partir de las distintas formaciones (teórica, corporal y pedagógica) tiene la posibilidad de plasmarse y esto sucede a través del cuerpo, que tiene que estar en las condiciones aptas para poder brindarle al otro: seguridad, escucha, compromiso, empatía. Debemos tener en cuenta que, en toda relación humana, relación con otro, se despiertan experiencias, vivencias, representaciones personales, a las cuales uno no puede negar, ni excusarse en el rol profesional que está cumpliendo.

Es a partir de esta concepción que propone Ribas que cada psicomotricista desde su singularidad y desde su posicionamiento aplicado en sus prácticas va a concebir al sujeto. Bottini y Sassano (2022) exponen que ya no alcanza con pensar a la persona como una unidad bio-psico-social. Es por lo mencionado que se torna necesario comprender a la persona como una unidad más abarcativa y compleja, como plantea Bottini (2022) “desde la óptica de la complejidad, compele a ampliar el foco de nuestras observaciones, para no escotomizar su verdadera dimensión. Nuestra propuesta es, entonces, pensar a la persona como sistema en su carácter bio-psico-socio-eco-cultural siguiendo los planteos de Morín” (1983, citado por Bottini, 1998, p.168).

Manghi (2009) expresa que con decir “prácticas” se alude a dos puntos importantes, uno tiene que ver con la singularidad de cada psicomotricista y otro punto que plantea un posicionamiento epistemológico. El discurso que sostiene y las intervenciones que proponga cada psicomotricista responde a una o a otra base de conocimiento, a uno u otro lugar de partida en términos de referencia epistemológica. Estas dos bases de conocimiento son la perspectiva del Neurodesarrollo y la perspectiva Psicodinámica.

El rol del psicomotricista se define en la “puesta en práctica” de sus conocimientos, otorgando al profesional dominio y experimentación en la tarea, pudiendo tal vez crear un conjunto de procedimientos particulares y únicos que, articulados a las teorías, marcan un estilo propio en el rol. Considero que en Psicomotricidad trabajamos desde el rol con el propio cuerpo como instrumento para la tarea. El hecho de repetir “a la letra” una teoría o una técnica sin complementarse con una posición crítica de por qué, para qué y para quien se hace, podría resultar una limitación o una armadura para el encuentro y la comunicación con el otro. (Papagna, 2000, en Bottini, pp. 122 y 123)

Ser psicomotricista comenta Sánchez y Llorca (2008) es un proceso de autoconocimiento y conocimiento del otro que no finaliza jamás, en la medida en que, como personas, nos vamos modificando y reconociendo a lo largo de toda nuestra vida. Es de vital importancia que como profesional y persona el/la psicomotricista pueda “descentrarse para poder situarse en el lugar del otro, para entender cómo se puede estar sintiendo cada niño/a, cuál puede ser el sentido de su expresión, y ofrecerle una respuesta que le ayude a evolucionar a partir de la relación afectiva que se produce.” (Sánchez y Llorca, 2008, p.38).

Interpretando a Mila (2011) el/la psicomotricista durante el proceso de formación del perfil profesional adquiere sus competencias. Las mismas tienen una perspectiva integradora, ponen en juego la dinámica entre conocimientos adquiridos, habilidades, destrezas y comportamientos afectivos. Estas competencias son complejas y se desarrollan en sucesivos niveles de dominio las cuales son: la capacidad de observación y escucha, expresividad psicomotriz, la capacidad de utilizar diferentes estrategias de implicación en el juego, las competencias para elaborar de manera creativas y ajustada diferentes escenarios para la práctica psicomotriz; la capacidad de comunicación con la familia y otros profesionales y por último la capacidad de mirarse. Con las mencionadas dimensiones cada psicomotricista se va construyendo y reconstruyendo en su accionar como en su elección sobre las herramientas.

Marc Rodríguez (2015) plantea diferentes perspectivas sobre los lineamientos a partir de los cuales puede posicionar y/o intervenir un/a psicomotricista, una es la perspectiva del Neurodesarrollo que se organiza a partir de 4 ejes: diagnóstico, proyecto terapéutico, selección de datos y evaluación de resultados. Resulta importante la localización de los trastornos psicomotores y su diagnóstico. El discurso que acompaña estas terapéuticas pretende ser racional y pragmático. Por otro lado, desde la perspectiva Psicodinámica inspirada en los

aportes del psicoanálisis, la fenomenología y la psicología del desarrollo, se plantea que el clínico debe comprender los signos respecto a la relación del sujeto con sí mismo, con los objetos, con su corporeidad y con el otro. Se tiene en cuenta en esta perspectiva al sujeto en su historia y las indicaciones compartidas en equipo porque responden a la singularidad de un sujeto.

De este modo, este capítulo inicial recupera los inicios de la psicomotricidad, sus orígenes, historia y como se fue consolidando en nuestro país particularmente en la provincia de Córdoba. También se presentan los campos de inserción de la disciplina dejando al descubierto los tres posibles ámbitos donde la Psicomotricidad poco a poco acapara terreno: salud, educación y socio-comunitario.

En concordancia con lo que se viene planteando, el capítulo siguiente ofrece una mirada algo más profunda de lo que comprende el proceso del diagnóstico psicomotor que se lleva a cabo en el ámbito hospitalario y el rol de quienes ejercen la profesión, (los y las psicomotricistas) que puede y va a variar según los lineamientos que cada uno/a toma de los aspectos teóricos, como también de las experiencias personales y el estilo de ser y hacer.

Es por esto que se explicará también que el proceso diagnóstico no es el mismo, o exactamente igual en todos los ámbitos, recuperando a su vez algunas definiciones de diagnóstico psicomotor y de proceso diagnóstico incluyendo las etapas que lo conforman.

## **Capítulo 2:**

### **Proceso diagnóstico: Herramientas y Procedimientos**

## **Capítulo 2: Proceso Diagnósticos: herramientas y procedimientos.**

Este segundo capítulo aborda, en primera instancia, al diagnóstico psicomotor en Psicomotricidad, su definición y descripción. También se presenta y explicita el proceso diagnóstico con los elementos propios que lo componen como modo de comprender el contexto en el que se ancla el diagnóstico psicomotor en sí. Por último, se mencionan y explican las distintas herramientas diagnósticas que pueden llegar a utilizar los y las psicomotricistas para llevar a cabo el mismo. Es relevante tener en cuenta que la aplicación y la utilización de dichas herramientas dependerá del posicionamiento epistemológico de cada psicomotricista y de los modos que tenga de concebir la propia práctica, al cuerpo y al sujeto sobre cual se aplican.

### **2.1 Diagnóstico Psicomotor**

Primeramente, es fundamental diferenciar y situarnos teóricamente en relación al diagnóstico, ya que el diagnóstico médico y el diagnóstico psicomotor no son lo mismo por más que ambos se instalen en el ámbito hospitalario. “La palabra diagnóstico es un término asociado al campo médico que deriva del griego “diagnostikos” aquello que permite distinguir. A su vez “diagnosis”, que quiere decir conocimiento completo, relativo o perteneciente a la diagnosis, arte acto de conocer” (Ravera, 2012, p.75). Por otro lado, el diagnóstico psicomotor es una respuesta a una demanda en donde como psicomotricistas observamos el accionar de un sujeto para “poder comprender qué le pasa y el porqué de lo que le pasa” (Garbarz como está citado en Cal, 2008, p.42). Esta respuesta a una demanda se incorpora al test poniendo en juego la mirada y la relación del cuerpo del paciente con el cuerpo del terapeuta.

Hablar del diagnóstico en Psicomotricidad implica situarse desde un posicionamiento, desde la perspectiva del proceso de conocer, conocer a un sujeto con una historia de vida, y también sus relaciones. Silvia Brukman (2011) sostiene que:

El diagnóstico psicomotor va a privilegiar y se va a interesar por el cuerpo en movimiento, el cuerpo que siente y se emociona (...) se produce un pasaje de lo motor a lo psicomotor, de lo instrumental a lo relacional y de lo reeducativo a lo terapéutico. (p.65)

Por otro lado, como propone Berruezo (2000), el diagnóstico psicomotor es entendido como “una prueba o conjunto de pruebas que pretenden evaluar el desarrollo psicomotor de niños o sus competencias motoras, viene siendo utilizado desde los inicios de la Psicomotricidad” p. (30). Según Diez (2009) los diagnósticos son necesarios, operativos, pues indican cierto pronóstico y un conjunto de conductas terapéuticas que guían los primeros

momentos del abordaje; González plantea (2009):

La razón del Diagnóstico Psicomotor es acceder a la posición del cuerpo del niño, a la escucha del modo en que algo está puesto, del modo en que el tiempo, el espacio, el lenguaje y la acción proveniente de un otro ha sucedido, ha sido cuerpo. Desde este lugar, el Diagnóstico Psicomotor demanda al psicomotricista el desplazamiento constante entre lo que aparece en el cuerpo del niño y lo que puede ser escuchado. (p.71)

## **2.2 Proceso Diagnóstico Psicomotor**

La Psicomotricidad se lleva a cabo por profesionales que, al momento de intervenir, propician y/o promueven su hacer, el cual queda vinculado al acompañar, informar, ofrece/donar un tiempo y un espacio para el despliegue del funcionamiento psicomotor de quienes consultan. Esta participación de la/el psicomotricista puede incluir la construcción de un diagnóstico, en el cuales los y las actores participantes (padre, tutores, paciente y psicomotricista) vivencias y realizan una serie de instancias que, en su conjunto, son leídas en término de proceso, y al hablar de la etapa diagnóstica, se hace referencia entonces al proceso de diagnóstico psicomotor.

Este proceso es entendido como una instancia que permite al profesional conocer a ese otro sujeto que se expresa de manera particular, dando a ver su funcionamiento psicomotor, su constructividad corporal y sus manifestaciones, en las relaciones que establece con otros, con los objetos en un espacio y un tiempo singular. Diez (2009) expone que el proceso diagnóstico “es un conjunto de acciones, relaciones y vivencias que se establecen con la decisión de consultar, es dinámico, siempre cargado de una dosis necesaria de incertidumbre que interroga los saberes instalados” (p.125). Tomando como un conjunto de acciones, relaciones, vivencias que se establecen con la decisión de consultar, se intenta dar respuesta al pedido o demanda para conocer al sujeto por el cual se consulta y a su vez comprender porque le pasa lo que le pasa. Es un instrumento que pone en funcionamiento la mirada, es una puesta a prueba bajo la mirada del otro. Ravera (2012) piensa al proceso diagnóstico como “un conjunto de pruebas que pretenden evaluar el desarrollo psicomotor del niño que consta de diferentes pasos” (p.76)

Para realizar dicho proceso cada psicomotricista se vale de herramientas diagnósticas que son propias de su formación y de las experiencias personales. Las mismas varían según la particularidad de cada consulta/caso. Como plantea Marazzi (2004): “Contar con recursos

técnicos en Psicomotricidad, arma caminos posibles y nos permite suponer que, porque fueron adecuados en determinada situación, podrían llegar a ser oportunos nuevamente” (p.5). Cabe destacar que las técnicas y/o procedimientos responden a diversos objetivos psicomotores que permiten arribar, o no, a un diagnóstico, entendiendo que la particularidad de cada persona hará de este proceso un camino personal y singular.

Según diferentes autores (Diez, 2009; Ravera, 2012; Serrabona Mas, 2016) las etapas que conforman el proceso diagnóstico psicomotor podrían ser: la consulta/derivación, la entrevista inicial, la observación de parámetros psicomotores/ examen psicomotor-evaluación psicomotriz, el informe diagnóstico psicomotor y la entrevista de devolución. A continuación, se desarrollará de forma breve cada una de ellas.

Es importante aclarar que algunas de las llamadas etapas del proceso diagnóstico son tomadas por los/las profesionales como herramientas que sirven para llevar a cabo este proceso, por ejemplo, la observación, como la entrevista terminan siendo herramientas de las que se valen los y las psicomotricistas para recabar datos e información sobre el paciente. Estas herramientas conforman una estructura central en la intervención psicomotriz.

### *2.2.1 Consulta y entrevista*

La consulta es la solicitud de asistencia técnica o personal la cual puede ser satisfecha de múltiples formas, entre ellas la entrevista. Para Bleger (1971) toda consulta surge de una demanda, por lo cual para ello se necesita de un sujeto que la traiga consigo. Es pertinente traer a la memoria que las consultas pueden ser varias, Janin (2013) propone tres tipos de consultas: un primer tipo donde el/la niño/a aparece como aquel/aquella que es causa del malestar familiar y hay que cambiarlo rápidamente. Son consultas en las que abunda la desesperación y es fundamental escuchar a los padres. En el segundo tipo las consultas son aquellas en donde abunda la negación, los padres llegan adjudicando las dificultades a terceros, afirmando que su hijo no presenta problema alguno. Por último, como tercer tipo aparecen las consultas en las cuales hay un registro por parte de los padres del niño o niña como sujeto suficiente, contradictorio, con conflictos y posibilidades. En estas consultas prevalece la angustia, pero también la esperanza.

Como se mencionó anteriormente, la consulta puede ser satisfecha con una entrevista, que como plantea Albajari (2005) “es una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas. Es una técnica, un instrumento clínico que se utiliza en el psicodiagnóstico para revelar y relevar datos acerca del consultante” (p.13). Lo específico de esta relación es que uno de los integrantes es un profesional y el otro o los otros necesitan de su intervención técnica.

Se intenta obtener datos de su comportamiento a través de la entrevista.

La entrevista consta de distintos momentos planteados por Albajari (2005) como son: la pre-entrevista que se inicia con el pedido de consulta y finaliza con la apertura de la entrevista inicial en donde se evalúa la existencia o no de derivante, permite conocer el grado insight acerca del motivo de consulta y el tipo de derivante. A su vez también permite saber quién realiza el pedido pudiendo así inferir acerca de la gravedad de la perturbación y/o dependencia del sujeto, observar la calidad del pedido (urgente, desconfiado, indiferente), brindando así información para detectar el grado de ansiedad, de ambivalencia y el estilo defensivo del sujeto.

Otra etapa es la apertura, que es una situación vincular donde el entrevistador/a capta los emergentes del/la entrevistado/a que surgen en la situación vincular, debiendo estar atento/a y receptivo/a. Como tercer momento está el acontecer propiamente dicho, es en esta etapa donde transcurre la entrevista y el material que se obtenga servirá para acercarse al futuro trabajo con el paciente. Siguiendo al acontecer, está el cierre condicionado a cómo se haya logrado el objetivo propuesto. Por último, el entrevistador/a procede a registrar su sentir luego de la entrevista en un tiempo denominado post-entrevista.

### 2.2.2 Examen Psicomotor- Evaluación Psicomotriz.

Otra de las etapas del proceso diagnóstico es el examen psicomotor. Este es una prueba conformada por diferentes ítems, los cuales “ponen en juego al niño en su totalidad y se realiza desde un punto estático sirviendo para mirar y escuchar el cuerpo del niño y todo lo que ese cuerpo produce, y a su vez desde un punto dinámico el cual nos va a permitir entender el porqué y el para qué produce lo que produce” (Schojed, 1991, p.11). Para Berruezo (2000) “el *examen o balance* psicomotor es el conjunto de pruebas o *test* utilizados para determinar el desarrollo psicomotor alcanzado por un sujeto y se denomina test a una tarea específica que el sujeto debe realizar y que explora una cualidad o aspecto preciso de su funcionamiento psicomotor” (p.30).

En un examen psicomotor se observa el accionar del niño/a el momento madurativo en el que se encuentra para precisar de qué manera el accionar permite reconocer sus intenciones, sus funciones motrices, su pensamiento y para posibilitar el diagnosticar el grado de salud o enfermedad de un/a niño/a que presenta una sintomatología. Como psicomotricistas al realizar un examen psicomotor interesa comprender de qué manera la modalidad de acción de un/a niño/a se organiza y se opera en la relación que éste establece con otro, con los objetos, con el tiempo y con el espacio; para poder entender aquello que llama la atención en el desarrollo psicomotor.

Schojed (1991) expone que como psicomotricistas llevamos a cabo un examen

psicomotor cuando el/la niño/a presenta signos psicomotores que le perturban una adecuación activa a la realidad; cuando el ámbito escolar se pretende reubicar al niño/a en un grupo de acuerdo con sus posibilidades de acción y/o frente a una indicación de terapia psicomotriz para que el terapeuta tenga conocimiento previo del sujeto y pueda establecer una estrategia terapéutica adecuada.

A partir de lo mencionado con anterioridad es vital importancia aclarar que en el ámbito de la Psicomotricidad y entre colegas es normal escuchar que a dicho proceso se lo puede denominar o se utiliza como sinónimo el término evaluación o valoración psicomotriz. La evaluación psicomotriz plantea Garcia Ferres (2006) debería apuntar a ser un instrumento que permita brindar una valoración objetiva de la maduración y establecimiento de las funciones y a su vez que permita comprender el modo de hacer y relacionarse con el entorno sin quedarnos en una mirada que sólo evalúe el gesto como tal, incluyendo también el contexto en el que se involucra dicho gesto y en la realidad en la que se inserta.

Dicha evaluación psicomotriz “se conforma de una instancia de aplicación de pruebas y otras de observación psicomotriz, llevada a cabo en un encuadre especial que promueve tanto la actividad como también la expresividad motriz, el juego y la implicación corporal” (Garcia Ferres, 2006, p.41). Es así que podemos decir que son diversos los posicionamientos que se tienen de esta etapa, los cuales fueron variando según las concepciones tomadas desde las distintas posturas sobre el sujeto en proceso, donde el mirar se ve condicionado por la postura epistemológica y formativa de cada psicomotricista, utilizando uno u otro término pero que persiguen el mismo objetivo de conocer el proceso de construcción del sujeto.

### *2.2.3 Informe Psicomotor y Entrevista de Devolución*

Por último, y como un corolario de este proceso, el/la psicomotricista escribe un informe psicomotor. Este es aquel escrito elaborado exclusivamente por dicho profesional que da cuenta del funcionamiento psicomotor y del proceso de constructividad corporal del sujeto con el que se interviene. El informe debe ajustarse a cierta forma establecida previamente, que varía de acuerdo al ámbito en el que se realiza. Como explica Calmels (2003) “el informe puede utilizarse en el campo de la educación, la terapia y la clínica: su sentido de injerencia y alcance varía de acuerdo al campo donde se desarrolle” (p.55). Según dicho autor se puede hacer un informe que busque dar cuenta de:

-Perfil Psicomotor: tiene un diseño ya establecido y para realizarlo se cuenta con una documentación bibliográfica. Debe contar con una explicación y con el material diagnóstico seleccionado.

- Diagnóstico Psicomotor: puede incluir trastornos de referencia. Consta de una hipótesis diagnóstica, un diagnóstico presuntivo o aproximación diagnóstica corriendose de cualquier forma de certeza.

-Informe de Trabajo: para puntualizar logros, avances, correcciones de acuerdo a las tareas realizadas. Suele nombrar las técnicas utilizadas e incluir más datos sobre asistencias.

- Plan de Trabajo: puede ser requerido por una obra social o prepaga. Puede contener objetivos didácticos.

- Informe de Observación: se realiza cuando es necesario observar al niño/a en su contexto.

Si bien como explica De León (2010) cada psicomotricista organiza de una manera singular sus informes utilizando un lenguaje claro, preciso, comprensible y accesible para el destinatario; Ravera (2012) expone cierta manera de organizar la información a la hora de realizar el escrito, recuperando información relevante obtenida del proceso diagnóstico, a saber:

1. Datos filiatorios: datos de la persona por la que se consulta; destaca la importancia del motivo de consulta no solo agregando lo que el médico haya diagnosticado sino también lo que refiere al motivo por el cual le realizamos la valoración.
2. Presentación: impresión general, antecedentes personales, antecedentes familiares más significativos.
3. Posibilidades de comunicación afectiva: nuestra impresión general sobre el deseo del bebe por comunicarse o no y la forma en que lo hace.
4. Posibilidades motrices: se refiere a una descripción del tono, movimiento y posturas.
5. Posibilidades cognitivas: expone específicamente lo referente a la teoría de Piaget para hacer lecturas en torno a los esquemas de acción y de coordinación, la permanencia objetal, la noción de espacio permanente, la imitación, los precursores del lenguaje, del juego simbólico y del dibujo.
6. Escala de desarrollo: se describen los resultados obtenidos de la escala de desarrollo, en caso de tomarse.
7. En suma: es una síntesis donde se conceptualiza el caso, es importante que sea concisa y precisa. Aquí se contextualiza el estado del desarrollo psicomotor para finalmente conjeturar sobre la problemática corporal del sujeto a partir de una hipótesis diagnóstica o del diagnóstico psicomotor. Esta autora propone grandes diagnósticos psicomotores del desarrollo, que serían: desarrollo normal, retrasado, desviado, en riesgo, acelerado, estancado o deteriorado.

8. Sugerencias: se considera si un abordaje psicomotor sería necesario y beneficioso para el sujeto y sus modos de funcionamiento.

Una vez realizado este informe, se lleva adelante la entrevista de devolución con los padres/tutores, es a partir de ella en que los mismos reciben la información que obtuvo el o la psicomotricista en el trabajo realizado con su hijo/a. Se brindan los datos, se escucha a los adultos que la reciben y se realizan las sugerencias necesarias, se trata de responder a las inquietudes del derivante. La entrevista devolutiva si bien se realiza al final, la misma “se inicia al comienzo de la tarea” (Albajari, 2004, p.50).

El o la psicomotricista en esta situación ya conoce al niño/a y el estado actual de su desarrollo psicomotor, sus modos de funcionar, por lo que ya puede hipotetizar el origen o causa de su malestar, de la problemática corporal que lo aqueja. En esta etapa de cierre, ya se ha elaborado una hipótesis de trabajo, que “se concreta en proyecto de ayuda, que resume lo que se pretende conseguir estableciendo las principales líneas de actuación y de las estrategias de intervención (metodología a seguir) con que medias trabajar y con quien (grupo o individual)” (Serrabona Mas, 2017, p.111)

## **2.3 Herramientas Diagnósticas**

En Psicomotricidad se utilizan diferentes herramientas durante el proceso diagnóstico para la valoración del sujeto. Tomando a la autora Untoiglich (2013) quien expresa que las herramientas diagnósticas “posibilitan introducirnos en múltiples causas que ocasionan el malestar. Las mismas nunca será fija y tendremos que decidir en cada instancia cuales utilizaremos, en qué orden y con qué finalidad” (p.63)

Estas herramientas varían según el posicionamiento y la experiencia de la/el psicomotricista, como así también del sujeto de intervención que se presente desde la particularidad y lo que el profesional busca evaluar/observar en dicho sujeto. También varían según las posibilidades que les brinda la institución en donde el/la psicomotricista ejerce para poder llevarlas a cabo ya que a veces no se encuentra una disponibilidad en términos de materiales o recursos ya sea por el contexto en el que se encuentren o por alguna otra razón en particular.

### *2.3.1 Observación y Observación Psicomotriz*

Como herramienta principal de este proceso se presenta la observación en la cual se conoce la dinámica, los modos de vincularse, sus preocupaciones, demandas o pedidos desde una actitud de escucha y disponibilidad a lo que se presenta en la consulta. Rodríguez Ribas

(2013) sostiene que “la observación sea implicate, es decir, subjetiva” (p.13). Cuando la observación se realiza en niños o niñas pequeños/as se realiza en presencia de su madre, padre, tutor o tutora.

La observación tiene como finalidad, según Serrabona (2017) evaluar, informar, certificar, comprender e intervenir. Es una herramienta fundamental de la que se vale un/a psicomotricista para llevar adelante el proceso diagnóstico. Se hace referencia a la observación como un instrumento que permite poner a la mirada en juego y que implica el considerar diversos aspectos que en la práctica psicomotriz son fundamentales a la hora de la interacción y la observación de los sujetos. En conexión con esto Aucouturier (2004) expone que “cada psicomotricista debe tener una buena metodología que le ayude a descentrarse de sus proyecciones para hacer una observación empática y con una atención sostenida” (p.143).

En Psicomotricidad la observación se sustenta en un marco teórico que dirige la mirada y la escucha de las producciones del cuerpo, específicamente a las producciones tónico-posturo-motrices. Es decir que la observación es una construcción, un instrumento que se afina con el tiempo, la experiencia, el estudio de la teoría, el retorno permanente a la praxis y el intercambio con profesionales de disciplinas afines.

En dicha disciplina se utilizan asimismo como herramienta de ayuda al profesional en la puesta en juego de la observación, diferentes parámetros que varían según la edad de los sujetos de intervención, recuperando aquellos explorados y estudiados en la formación académica, sin desconocer la existencia de otros posibles. Ravera (2018) propone parámetros para bebés, niños y niñas de cero a tres años en donde se observan los aspectos físicos, tónicos posturales y motrices de la/el bebé, como también la expresividad motriz, la calidad y modo de comunicación, la gestualidad e imitación. Se observan incluso sus actividades lúdicas y la relación que tiene con los objetos y con el espacio.

Por otro lado, para la intervención con niños/as de tres a seis años, Schojed (1991) propone observar los siguientes parámetros: dinámica, estática, dinámica manual cerrado paréntesis, el tono, el espacio, el tiempo, la lateralidad, el grafismo, corporal y las actividades (espontáneas y lúdicas). Aucouturier (2004) por su lado desarrolla los parámetros de observación psicomotriz para niños/as de seis a doce años basados en la expresividad motriz, teniendo en cuenta al parámetro del placer en relación consigo mismo (el placer de ser uno mismo), el placer en relación con los objetos (el placer de actuar con los objetos), con la duración (el placer de ser y actuar en el tiempo), con el espacio (el placer de ser y actuar en el espacio) y con los otros (el placer de la interacción).

Da Fonseca (1998) dice que la observación es un instrumento global, debe intentar captar las posibilidades motrices y el estilo psicomotor del sujeto poniendo atención en las modalidades de integración afectivo-emocional que se van extrayendo de la propia observación psicomotriz. La observación psicomotriz, si pretende ser organizada y sistemática, ha de estructurarse a modo de registro de los diferentes parámetros. De este modo, se pretende analizar la actividad de cada niño o niña, sus movimientos, su utilización del espacio y del tiempo, su relación con los objetos y su relación con los otros. Berruezo (2011) aborda la observación y plantea qué “una observación continuada establece una línea de evolución de los sujetos que participan en la intervención, e igualmente permite comprender las diferencias y peculiaridades de cada sujeto” (p.30)

Recuperando el aporte de la Psicomotricista Arnaiz Sánchez (2000) quién explica que “observar cómo el niño utiliza su cuerpo lo orienta, descubre su eficiencia motriz y postural, cómo se relaciona con el mundo de los objetos, cómo se relaciona con el mundo de los demás, etc.” (p.4), es esencial para entender su expresividad motriz, pudiéndose determinar su desarrollo evolutivo y madurativo. En esta misma línea, se puede afirmar que siguiendo el juego y las actividades lúdicas que en el niño o niña se desarrollan, se descubren aspectos esenciales de la evolución del mismo/a. De esta manera se considera que el juego evoluciona de forma paralela al desarrollo madurativo, hasta tal punto que un observador experto y con una formación en Psicomotricidad puede establecer el perfil psicomotor y psicológico de un niño o una niña.

El observador debe registrar de forma objetiva y con fidelidad, para que tengan fiabilidad y validez los datos que obtenga, apoyándose en la experiencia y en un marco teórico referencial lo más claro y definido posible, manteniendo una escucha empática que le permitirá registrar y percibir aquello que le sea de interés, capturando al otro también desde la mirada.

### *2.3.2 Test y Escalas*

Refiriéndose a las técnicas cuantitativas, dentro del examen psicomotor y según el caso y el posicionamiento de la/el psicomotricista, como a su vez la necesidad de ponerlos en práctica a partir de la valoración que está realizando, se utilizan técnicas objetivas y pruebas psicométricas. Dentro de las mismas se encuentran los test que pueden ser diagnósticos y de screening, de tamizaje o pesquisa. Un test es una situación controlada porque trata de establecer cierto control sobre algunas variables convirtiéndolas en constantes. Es una situación experimental estandarizada que sirve de estímulo para un comportamiento, que es evaluado por comparación estadística con el de otros sujetos colocados en la situación, lo que permite

clasificar al individuo ya sea cualitativamente o tipológicamente. A su vez, “las técnicas responden a las preguntas del cómo hacer y el qué hacer. La teoría a los por qué, a los fundamentos” (García Ferres, 2006, p.1). En nuestra práctica, es decir en la psicomotriz, aplicamos técnicas estandarizadas, pero sin perder de vista la realidad subjetiva de cada persona y cada abordaje como únicos y singulares.

Los test de Screening, tamizaje o pesquisa identifican o detectan signos de alarmas en una población aparentemente sana, mediante la aplicación de exámenes, no intentan hacer diagnósticos. Los sujetos detectados positivos deben ser referidos para confirmar o rechazar sospecha. A su vez los test diagnósticos confirman, caracterizan y/o descartan una enfermedad a fin de iniciar un tratamiento. En cuanto a las herramientas claves ya incorporadas en los y las psicomotricistas y que forman parte de su accionar, se considera sustancial la mediación corporal y propuestas de trabajo ya que dentro de esta se encuentra la actividad motriz, la relajación y el recurso más utilizado: el juego.

Por su lado, “las escalas son el conjunto de pruebas conformadas de modo que se establezca una dificultad gradual para explorar diferentes sectores del desarrollo ordenados gradualmente en función de alguna de sus características o cualidades” (Berruezo, 2000, p.30) Los tests y escalas que a continuación se describen son los seleccionados dentro de un extenso campo de propuestas cuantitativas debido a que, a través de las entrevistas realizadas, se destaca su uso y/o elección por las psicomotricistas que trabajan en el ámbito hospitalario público de la ciudad de Córdoba a la hora de llevar adelante el proceso diagnóstico.

#### *2.3.2.1 Test de Desarrollo Psicomotor*

El Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI) es un test de tamizaje, es decir una evaluación que permite conocer el nivel de rendimiento en cuanto a desarrollo psicomotor de niños/as de entre dos y cinco años de edad, en relación a una norma estadística por grupo de edad y determinar así si este rendimiento es normal o está bajo a lo esperado. El propósito de la utilización de este test está orientado a conocer el nivel de desarrollo alcanzado por el/la niño/a y a partir de este conocimiento promover su desarrollo integral ayudando a alcanzar el máximo en sus potencialidades. Dicho test evalúa el desarrollo psíquico infantil en tres áreas: coordinación, lenguaje y motricidad, mediante la observación de la conducta del niño/a frente a situaciones propuestas por quien está examinando. Este test fue creado en el año 1980 por Haeussler y Marchant en Chile, como instrumento para los profesionales de educación pre-escolar y ha sido empleado en varios países de Latinoamérica.

### *2.3.2.2 Test Gestáltico Visomotor de Bender*

Por otro lado, el Test Gestáltico Vismotor de Bender es un Test Diagnostico creado entre los años 1932 y 1938. Elizabeth Koppitz crea una escala de maduración utilizando puntajes, con antecedentes de Bender quien crea su propio test. Está formulado para una población de niños/as entre los cinco y los diez años, cualquiera sea su inteligencia o el tipo de problema que presente. El principal objetivo de este test es evaluar la madurez perceptual, el posible deterioro neurológico y trastorno emocional. Se utiliza para evaluar la función gestáltica visomotora a partir de la cual se puede detectar en relación con los/las niños/as: retraso en la maduración, madurez para el aprendizaje, retraso mental y/o presencia de lesiones o disfunciones cerebrales. Consta de mostrarle al niño/a nueve tarjetas blancas tamaño postal con figuras en negro, una a la vez y que el/ella mismo/a las replique en una hoja en blanco con su lapiz, teniendo a su vez la posibilidad de borrar si se equivoca o si así lo requiere.

### *2.3.2.3 Test Peabody*

El Test de vocabulario en imágenes Peabody (PPVT-III) fue elaborado por L. M Dunn en 1997. Este test es una de las pruebas más prestigiosas para la evaluación de aspectos verbales, recoge las investigaciones y mejoras acumuladas durante 50 años para conseguir un instrumento de gran precisión. Peabody tiene dos finalidades: evaluar el nivel de vocabulario receptivo y hacer una detección rápida de dificultades o screening de la aptitud verbal. Cuenta a su vez con un amplio rango de aplicación que va desde los dos años y medio a los noventa años, contiene ciento noventa y dos láminas con cuatro dibujos cada una en las que el sujeto debe indicar qué ilustración representa mejor el significado de una palabra dada por el examinador.

### *2.3.2.4 Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI)*

El test de aprendizaje y desarrollo infantil de manera estandarizada que permite evaluar de manera continua el desarrollo y aprendizaje de niños/as de entre tres meses y seis años. Fue creado por Marcela Pardo y Marta Edwards a partir del año 2009 con los objetivos principales de conocer el estado del desarrollo y aprendizaje de cada niño/a, generar información para evaluar programas que se dirigen a la primera infancia e informar sobre el nivel de desarrollo y aprendizaje de niños/as a nivel poblacional. El TADI evalúa cuatro dimensiones: la cognición, la motricidad, el lenguaje y lo socioemocional.

Este test no está diseñado para diagnosticar o evaluar discapacidades motoras, sensoriales, cognitivas severas, ni necesidades educativas especiales. Su aplicación cuenta con

inicio y suspensión, con una duración de veinte a treinta minutos aproximadamente, dependiendo de la edad y características individuales de cada uno. También consta de doscientos ítems distribuidos en trece tramos de edad.

#### *2.3.2.5 Escala Argentina de Inteligencia Sensoriomotriz*

La Escala Argentina de Inteligencia Sensorio-motriz (EAIS) también es considerada una herramienta que utilizan las y los psicomotricistas en sus procedimientos dentro de la evaluación psicomotriz. Es creada por Oiberman y otros en el año 2002, corresponde al primer instrumento creado en Argentina para la evaluación del desarrollo cognitivo en bebés de 6 a 30 meses. El estudio del desarrollo psicomotor de niños/as menores de 3 años permite observar que algunas veces, el área intelectual no es considerada en su real dimensión, como un logro específico de los/las niños/as en ese período. La elaboración de esta escala se basó en el supuesto de que el proceso de construcción de la inteligencia sensorio-motriz constituye junto a las áreas motricidad, coordinación, lenguaje y social, la quinta área del desarrollo del niño/a.

#### *2.3.2.6 Escala de Indicadores de Subjetividad*

La escala del desarrollo psicomotor fue creada por Rodríguez, Arancibia y Undurraga en el año 1976. Se basó en la escala de Gessell y en la revisión de 3 escalas recientemente elaboradas: escala mental motora y escala de Denver. Se encarga de medir el grado de desarrollo psicomotor de acuerdo a 4 áreas del desarrollo: motora, coordinación, lenguaje y social. La escala consta de 75 ítems, 5 por cada edad. Algunas de sus características principales son: es simple y puede ser administrado por personas o profesionales no especialistas; es de fácil administración y corrección, y mide el rendimiento del niño o la niña frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor.

Las técnicas que se implementan para la medición de esta escala son las observaciones y las preguntas. La primera va a ser utilizada por el examinador para observar las conductas del niño/a ante una situación concreta, la cual es generada por él mismo. Y la segunda se implementa para interrogar al adulto que acompaña al niño/a sobre conductas de éste ante situaciones específicas que el profesional no puede observar en este momento pero que el/la niño/a si puede realizar en otro contexto.

#### *2.3.2.8 Gross Motor*

El Gross Motor Function Measure (GMFM) es un instrumento diseñado en 1990 para evaluar los cambios en la función motora gruesa producidos a lo largo del tiempo en niños/as con parálisis cerebral, para niños/as de 5 meses a 16 años. Se trata de un instrumento de

observación válido, fiable y sensible, ampliamente utilizado tanto en investigación como en la práctica clínica. Cuenta en total con 88 ítems.

#### *2.3.2.9 Instrumento Ordenador del Desarrollo Infantil (IODI)*

Es un instrumento ordenador de la consulta infantil (2016) para observar las particularidades del desarrollo en sus diferentes etapas. No está pensado para realizar un diagnóstico y no es una herramienta de tamizaje. Los autores son Bottinelli, Salgado, Remesar, Nabergoi, Díaz y va dirigida a una población de niños/as menores a cuatro años. Lo utilizan los equipos de salud como herramienta para acompañar el proceso del desarrollo infantil en pediatría. El mismo cuenta con cincuenta y cuatro ítems que se corresponden con los primeros cuatro trimestres de vida, permitiendo valorar el seguimiento del proceso de desarrollo, haciendo una lectura del conjunto y contextualizada que incluye variables vinculares, emocionales, sociales, de la motricidad, de coordinación viso-motora, cognitiva, comunicación y lenguaje, e identificando riesgos para prestar atención y realizar intervenciones oportunas, o bien identificar alertas para hacer las derivaciones e interconsultas correspondientes.

#### *2.3.3 Juego*

El juego explica Winnicott (1971) “es una experiencia siempre creadora y es una experiencia en el continuo espacio - tiempo, una forma básica de vida” (p.75). En la práctica psicomotriz interesa especialmente las ligazones entre el juego/jugar y el cuerpo, Skyler (2016) desarrolla sobre el juego que él mismo “hace cuerpo, es una construcción, ambos son efectos de una experiencia significativa y simbólica” (p.126). El juego informa al psicomotricista acerca de la persona que juega, la manera de un/a niño/a de dar forma al juego permite obtener información sobre ese él/ella. “El psicomotricista a partir de allí ofrece un objeto, una regla, una propuesta, un modo que colabora a profundizar ese jugar.” (Marazzi, 2016, p.187). Es a partir del juego que los psicomotricistas pueden observar al sujeto en el encuentro con su propio cuerpo, el encuentro con el cuerpo de otro y con el lenguaje. Es aquí donde sus observables van a dar cuenta del modo en que ese sujeto se construye como tal apropiándose y construyendo su cuerpo.

El jugar en Psicomotricidad nos dice Marazzi (2016) es siempre corporal, es una experiencia que se comparte entre dos o más personas y que busca favorecer la construcción de un camino propio en cada niño/a, permitiendo gestionar distintos modos de sentir, de pensar y de habitar su cuerpo. A partir del juego “observamos la posibilidad que tiene el niño de accionar con su cuerpo en función de sus necesidades e intereses y de las demandas que el medio le

impone” (Pappagna, 2000, p.60). El juego sólo necesita tres condiciones para desarrollarse adecuadamente: un tiempo, un espacio y un marco de seguridad. Estas tres cosas se encuentran en la intervención psicomotriz: una sesión, una sala y un/a psicomotricista.

#### *2.3.3.1 Hora de Juego Diagnóstica*

Con respecto a la hora de juego diagnóstica, Efron (1980) plantea que la misma “constituye un recurso o un instrumento técnico que utiliza el psicólogo dentro del proceso psicodiagnóstico con el fin de conocer la realidad del niño que traen a la consulta” (p.195). La hora de juego es precedida por la o las entrevistas iniciales a padres, es decir que antes de relacionarse con el/la paciente el/la psicomotricista tiene un acercamiento previo con aquellos que están a cargo del niño/a. Es allí en esa situación en donde, entre otros datos, se indaga sobre qué tipos de juegos suele preferir el/la niño/a en el hogar o que juguetes utiliza. Esta información permitirá probablemente incluir ese material de juego en la caja de juguetes que se utilizará para el diagnóstico.

El material de juego a utilizar debe ser seleccionado atendiendo a varios criterios: edad del niño/a, motivo de consulta, tamaño, texturas, forma, entre otros. Debe estar presente el material inestructurado para posibilitar la expresión de la fantasía: plastilina, telas, papeles, hilos; el material estructurado: muñecos, figuras de animales, aviones, autos, tazas, como así también juguetes con los que habitualmente juega el/la niño/a. Durante la hora de juego, los elementos deben estar expuestos sobre la mesa, al lado de la caja abierta. y conviene que estén distribuidos sin responder a ningún agrupamiento o clase. “La caja o canasto debe estar presente, porque puede funcionar como un elemento lúdico más y porque será el continente-caja-desconocido, cerrado” (Efron et al,1987, p.197)

Se ubican los materiales sin agrupamiento clasificatorio, es decir, están ubicados dentro de la caja de forma ordenada pero no excesivamente y no poseen un agrupamiento ni por color, ni por tamaño ni por tipo de juguete. “El material de los objetos tiene que ser de buena calidad para evitar su fácil deterioro”. (Efron et al.,1987, p.197)

#### *2.3.4 Encuadre*

Por otro lado, para el logro de sus objetivos, el/la psicomotricista dispone de otro tipo de herramientas que, parafraseando a Berruezo y Adelantado (2000), podrían resumirse así: la sala de Psicomotricidad, la sesión de Psicomotricidad y los materiales utilizados en las mismas.

La sala de Psicomotricidad es el dispositivo espacial en donde se desarrollan las sesiones, en la misma el/la psicomotricista cuenta con recursos que posibiliten la expresión y la

evolución personal. La sala de psicomotricidad se caracteriza por ser un lugar de encuentro, donde las niñas y niños exploran y aprenden de la relación con el material, con sus iguales y con el/la psicomotricista. La organización de la sala de Psicomotricidad y de su material, como así también las actitudes y accionar de la/el psicomotricista conforman ciertos dispositivos, es decir, conforma una red de control, saber y poder que ordena y dispone para garantizar el funcionamiento adecuado del sistema del cual forma parte (García Fanlo, 2011). Dentro de esta sala contamos con un material determinado que se organiza según el objetivo propuesto para cada sujeto en particular. La sala va a promover la actividad motriz y el juego constituyendo una propuesta para poder observar al niño/a, explica García Ferres (2006).

Por su lado, la sesión de Psicomotricidad es el dispositivo temporal en el que se estructuran los momentos de intervención con el sujeto. “Se estructura de forma distinta, aunque en cualquier caso la sesión comienza con algún tipo de ritual en el que se recibe a los participantes y se termina comentando las experiencias que han tenido durante la sesión” (Bernaldo, 2012, p.37). La sesión cuenta con un ritual de entrada, un tiempo de trabajo o contenido principal, una vuelta a la calma y el ritual de salida.

La sesión de Psicomotricidad ofrece un espacio y un tiempo para favorecer el desarrollo global de la persona. La sesión se desarrolla siempre en un mismo marco espacial, la sala de psicomotricidad, que debe reunir unas determinadas condiciones para que se puedan realizar las actividades. Asimismo, la sesión tiene una estructura temporal, que acostumbra a los participantes a seguir unas rutinas de trabajo. Las sesiones de Psicomotricidad se pueden llevar a cabo de forma individual o en grupo, ofreciendo cada una de ellas sus ventajas e inconvenientes. (Bernaldo, 2012, p.34)

Por último, tanto dentro de la sala como durante las sesiones cada psicomotricista cuenta con diferentes materiales que, según la ocasión, el caso y el objetivo que se proponga, pone a disposición del sujeto. Como plantea Aucouturier tomado por Chokler (1999), los materiales rígidos facilitan el placer del movimiento y los materiales blandos promueven el equilibrio y desequilibrio, el contacto y la fluidez de las emociones entre otros. “El material bien ordenado en el espacio sirve de soporte a las proyecciones del niño” (Aucouturier, 1934, p.167), dicho material se lo puede solicitar el/la niño/a a la/el psicomotricista o directamente el/la psicomotricista ofrecerle al niño/a en función de la demanda que este le haga del mismo.

“La comprensión del encuadre de trabajo en Psicomotricidad es esencial en cualquier intervención psicomotriz y representa el marco teórico conceptual que sustenta las intervenciones prácticas desde la disciplina” (Mila, 2018, p.53). El encuadre es el que sostiene y a su vez también delimita aquello que corresponde y aquello que no. Se marca un límite a través del mismo y se requiere del respeto de dicho encuadre que es básicamente un contrato previamente establecido y acordado entre psicomotricista y sujeto.

Las mencionadas etapas del proceso diagnóstico, los procedimientos y las herramientas se explicaron y desglosaron para un mayor entendimiento de su análisis, teniendo en cuenta que la selección de las mismas fue a partir de los datos que se recabaron en las entrevistas realizadas, aunque en términos de cantidad, las herramientas y procedimientos mencionados no corresponden a la totalidad absoluta existente. En el capítulo siguiente se explicará entonces, metodológicamente, la herramienta utilizada para esa recolección de datos, la población a la que se le aplicó dicha herramienta y como fue agrupada la información obtenida.

## **Capítulo 3:**

### **Apartado Metodológico**

### **Capítulo 3: Apartado Metodológico**

En este capítulo se explicitan los componentes metodológicos y los instrumentos utilizados para el proceso de recolección de datos en relación al propósito de la investigación, de la manera más eficiente y eficaz posible. La metodología empleada para la práctica investigativa es la cualitativa, el carácter de la investigación es empírico con un diseño flexible. Por otro lado, se explora tanto los objetivos generales como los específicos a partir de los que se construye esta práctica de investigación.

Para toda práctica investigativa es necesario valerse de una metodología. Esta se define como una ciencia que enseña a dirigir determinado proceso de manera eficiente y eficaz, para alcanzar los resultados deseados. Tiene como objetivo dar a conocer las estrategias a seguir en el proceso (Cortés Cortés e Iglesias León, 2004, p.8). En esta investigación se utilizó una metodología cualitativa como una forma de ver y una manera de conceptualizar e interpretar la realidad sobre el uso de las herramientas diagnósticas en el proceso diagnóstico psicomotor en el ámbito hospitalario público. Se trata de una investigación de carácter empírico, con una modalidad flexible y de nivel exploratorio.

En una investigación cualitativa, dice Vasilachis (2009), el interés está centrado en los sujetos como productores de conocimiento. Sus discursos hablados y escritos se convertirán en datos analizables y documentados. Es este tipo de investigación la que va a proveer nuevas perspectivas sobre lo que se conoce del proceso diagnóstico psicomotor en el ámbito hospitalario. La investigación cualitativa, como cualquier otro tipo de proceso científico, consta para Kirk (1986), de cuatro fases. Por consiguiente, “todo el esfuerzo cualitativo depende de que se siga la secuencia ordenada de: invención-diseño de investigación, descubrimiento-recolección de datos, interpretación -análisis- y explicación-documentación” (p.32). Las metodologías cualitativas se nutren de criterios de investigación cuyo núcleo central es "la preocupación por captar el significado de las acciones y de los sucesos para los actores" (Spradley, 1979, p. 32).

Uno de los problemas que se plantean las metodologías cualitativas y por la cual esta práctica la toma es el cómo captar la realidad del fenómeno bajo un estudio y darle un sentido convincente. Este darle sentido se vincula con las interpretaciones de los datos que han sido efectuadas en el proceso de investigación con la necesidad de un examen detallado e intensivo de los mismos para determinar las relaciones existentes entre ellos y su complejidad (Strauss, 1989). El diseño de investigación cualitativa implica la articulación lógica de un conjunto de elementos principales: propósitos, contexto conceptual, presupuestos epistemológicos,

preguntas de investigación, método y criterios de calidad.

Es por lo anteriormente mencionado que se optó por realizar una investigación metodológica cualitativa ya que los aportes fueron puramente subjetivos y particulares de los/las psicomotricistas experimentados y ya familiarizados con su rol a los cuales se los considera una pieza de base para la construcción de dicha investigación.

Se empleó el diseño flexible, debido a que en el proyecto de investigación los componentes pueden variar en tiempo y forma, y podrán surgir ciertos emergentes que no se han tenido en cuenta al principio. El diseño flexible alude sólo a la estructura subyacente de los elementos que gobiernan el funcionamiento de un estudio (Maxwell, 1996, p.4). El concepto de flexibilidad refiere a la posibilidad de advertir durante el proceso de investigación situaciones nuevas e inesperadas vinculadas con el tema de estudio, que puedan implicar cambios en la pregunta de investigación. La flexibilidad se construye, dice Mendizabal (2006), ya que el investigador debe reservarse el derecho de hacer las modificaciones sobre el diseño original, que va evolucionando y es cambiante. La flexibilidad del diseño en la práctica investigativa también está inserto en la propuesta debido a la actitud abierta y creativa del investigador.

De igual modo, el carácter flexible de este diseño permitió, a partir de los nuevos acontecimientos, repensar aquello que ya estaba escrito, estableciéndose de esa manera un ida y vuelta acerca de lo proyectado a partir de los datos recolectados en las entrevistas a los profesionales que trabajan en el ámbito y que nos exigen volver atrás para actualizar el marco teórico de la presente práctica investigativa. A su vez, surgieron nuevos emergentes sobre la utilización de test y materiales en relación con el contexto y con la aplicación de las herramientas en la valoración o evaluación psicomotriz.

Por otra parte, el carácter empírico de la investigación sostiene que se obtendrán evidencias, muestras y/o datos mediante la utilización de alguna técnica de recolección de los mismos, para luego poder ser analizados en contraste con lo que la teoría de la psicomotricidad expresa. La investigación cualitativa es un término que engloba en su interior varias modalidades, en la que se focaliza esta práctica investigativa es en la de la experiencia de vida de un individuo y en el significado que tienen sus manifestaciones. Por lo antes expuesto este trabajo es de carácter teórico-empírico de tipo exploratorio, ya que su finalidad es esclarecer y enriquecer la teoría sobre las herramientas diagnósticas que utilizan los/las psicomotricistas durante el proceso diagnóstico en el ámbito hospitalario público.

### **3.1 Muestra y Población**

Es fundamental destacar que se realizó una muestra de tipo experto ya que en esta práctica de investigación es importante y necesaria la experiencia en relación al objeto de investigación. Es gracias a este tipo de muestras que, en estudios cualitativos y exploratorios como el propuesto, se podrán generar hipótesis más precisas (Sampieri, 2006). La misma fue aplicada a ocho psicomotricistas. La cual se tomó de una población aproximada de ocho profesionales que se encuentran activos actualmente en los hospitales públicos (cinco) de la Ciudad de Córdoba, que trabajan y ejercen la Psicomotricidad sin discriminar áreas en las que se ejerce la disciplina.

Se tuvo en cuenta la experiencia personal y el rol profesional que llevan a cabo en el uso y elección de las herramientas que utilizan durante el proceso diagnóstico psicomotor, en relación a los servicios en los que intervienen: salud mental, rehabilitación, internado y consultorio externo, teniendo en cuenta también las normas institucionales que rigen su labor como protocolos de intervención, trabajos en equipos multi e interdisciplinario, disponibilidad temporal y espacial para llevar a cabo las intervenciones.

### **3.2 Herramienta de recolección de datos**

Para esta investigación se optó por la utilización de una herramienta propia de la metodología cualitativa, la seleccionada para llevar a cabo la misma y cumplimentar con los objetivos propuestos es la entrevista. Se define a la misma como “el desarrollo de interacción, creador y captador de significados en el que influyen decisivamente las características personales (biológicas, culturales, sociales, conductuales) del entrevistador lo mismo que las del entrevistado” (Olabuenaga, 2012, p.165), logrando una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto al tema. Existen diferentes tipos de entrevistas: abiertas, cerradas y/o semiestructuradas.

Esta práctica investigativa se valió de la entrevista semiestructurada para que las psicomotricistas entrevistadas, que trabajan actualmente en un contexto hospitalario de salud en la Ciudad de Córdoba, puedan sentirse con la libertad apropiada para aportar datos y a su vez estar guiados por quien entrevistó. Las mismas dieron la posibilidad de aportar datos o información relevante para el proyecto y fueron realizadas en una bimodalidad presencial-virtual según la disponibilidad de cada entrevistado. La entrevista presencial ofrece un ida y vuelta entre entrevistador-entrevistado y un contacto más directo entre los implicados. En tanto la entrevista virtual, favoreció la flexibilidad tanto geográfica como horaria de ambas partes.

Se ofreció un consentimiento informado previo a la realización de las entrevistas que deja expreso la posibilidad de utilizar, analizar y publicar la información recabada en cada una de las entrevistas, preservando la identidad de las profesionales entrevistadas. Al respecto plantea Mendizábal que (2006) “la recolección de datos, el análisis, la interpretación, y la teoría, se dan conjuntamente, y esta ida y vuelta entre los datos y la teorización permiten generar interactivamente conocimientos fundados en los datos” (p. 68).

El instrumento, también sufrió algunas actualizaciones provistas dentro del marco flexible del diseño. Así, se pudieron cambiar algunas preguntas, y sumar nuevos interrogantes que orientaron mejor el camino de aquello que se quiere conocer analizando a partir de lo obtenido. Finalmente, la entrevista semiestructurada constaba de 18 preguntas, que se hicieron en la modalidad de preferencia por el profesional, virtual o presencial en su ámbito de trabajo. Este instrumento (ver Anexo) se dividió en 3 partes que permiten conocer diferentes aportes a la disciplina desde la temática dispuesta: una primera parte comprende el rol del psicomotricista dentro del ámbito, lugar que ocupa, alcance de su trabajo y la posibilidad de abordajes interdisciplinarios; la segunda parte destinada a conocer lo que respecta al proceso diagnóstico propiamente dicho con sus etapas, sesiones, motivo de consulta, herramientas que se utilizan, dispositivos, etc.; y por último, una tercera parte que incluye la posibilidad de profundizar acerca de las herramientas diagnósticas que cada profesional selecciona, el porqué de esa elección, su uso, los materiales que incluye y los resultados que arroja, ofreciendo así el principal aporte a esta práctica investigativa.

A raíz de lo que se viene exponiendo se optó por una contextualización de los datos obtenidos en las distintas entrevistas realizadas, nombrando las entrevistas (ver anexo II) como “E1-E2-E3-E4-E5-E6-E7-E8” facilitando su comprensión y el análisis de la información como también respetando la privacidad de las psicomotricistas y de los hospitales en donde ejercen su labor. Es así como a través de los datos que surgieron en las entrevistas, que se van ajustando a los conceptos teóricos, aportaron en la interpretación y en la posibilidad de dar sentido a la información obtenida a través de un registro analítico basado en las categorías y propósitos de la investigación.

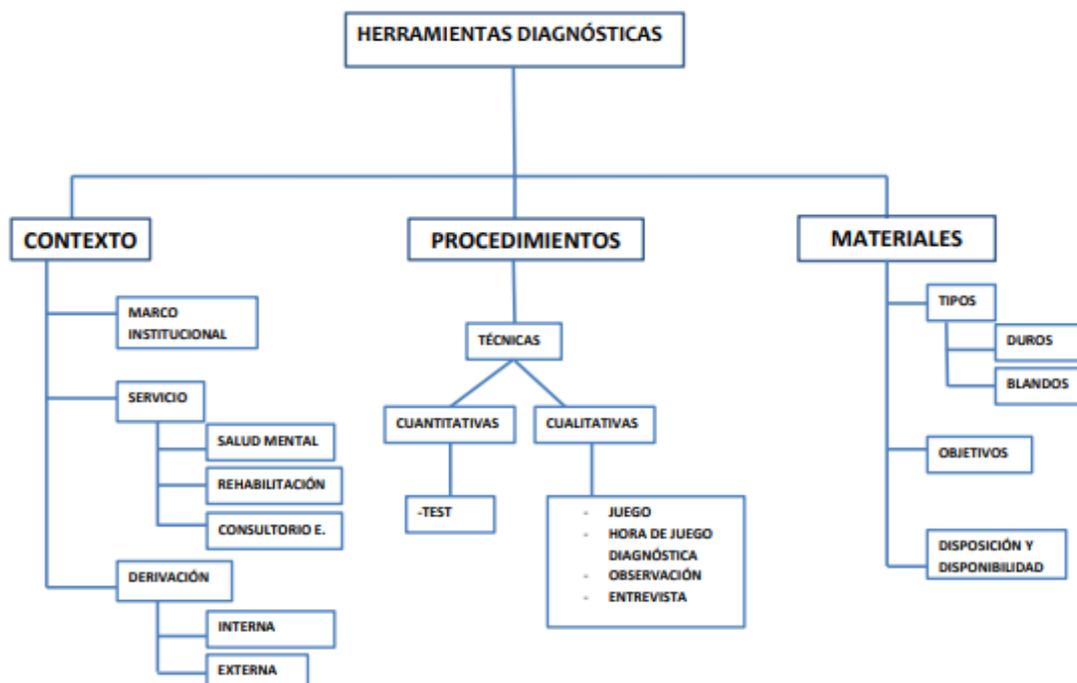
### **3.3 Categorías**

“Como es el investigador quien le otorga significado a los resultados de su investigación, uno de los elementos básicos a tener en cuenta es la elaboración y distinción de tópicos a partir de los que se recoge y organiza la información” (Cisterna, 1990, p.64). Para ello se distinguen entre categorías que indican un tópico en sí mismo y las subcategorías pueden ser

apriorísticas es decir que se forman antes del proceso de recopilación de información, o emergentes que van a surgir desde el pronunciamiento de referenciales significativos a partir de la propia indagación (Cisterna, 1990).

En esta práctica investigativa se da cuenta de las siguientes categorías y subcategorías: como primera de la cual se van a desprender tres subcategorías se trata del tema principal sobre el cual se basa la práctica investigativa que son Herramientas Diagnósticas. De esta categoría se desprendieron el contexto hospitalario, los procedimientos y los materiales como subcategorías principales. Por último, dentro de cada sub-categoría se ubican de la siguiente manera distintos indicadores:

1. Herramientas diagnósticas.
  - a. Contexto Hospitalario: marco institucional, servicio (salud mental, rehabilitación y consultorio externo) y derivación (interna y externa).
  - b. Procedimientos: técnicas cuantitativas (test) y cualitativas (juego, hora de juego, diagnóstico, observación, entrevista)
  - c. Materiales: Tipos de materiales (estructurados e inestructurados), objetivo del uso de materiales, disposición y disponibilidad de los materiales.



Las categorías mencionadas son aquellas que van a desglosarse en el análisis de datos del capítulo a continuación, estas corresponden y parten de las herramientas diagnósticas que cada profesional utiliza. Para el análisis de las mismas se tiene en

cuenta tanto el contexto, es decir, el ámbito hospitalario público, como también el posicionamiento de los/las psicomotricistas que ejercen su rol. A partir de los dichos de las entrevistas es que se podrá clasificar, desarrollar y dar cuenta de las categorías expuestas.

## Capítulo 4: Análisis de datos

## **Capítulo 4: Análisis de Datos**

El siguiente capítulo tiene como finalidad desarrollar el análisis y la triangulación de la información proporcionada por las psicomotricistas desde su perspectiva y singularidad, quienes colaboraron así en la realización de esta práctica investigativa y dieron la posibilidad de cumplimentar los objetivos propuestos en la misma. Es decir, se desarrollan, explican y exponen detenidamente las distintas herramientas diagnósticas que se utilizan en el ámbito hospitalario público, particularmente en cinco hospitales de la ciudad de Córdoba por psicomotricistas en ejercicio.

Para llevar a cabo este procedimiento, se retomó principalmente el concepto de análisis, el Diccionario de la Real Academia Española (1992) define el término primeramente como distinción y separación de las partes de un todo hasta llegar a conocer sus principios o elementos, posteriormente, y en su segunda acepción encontramos que es el “examen que se hace de una obra, de un escrito o de cualquier realidad susceptible de estudio intelectual”. Spradley (1980) citado por Rodríguez, Lorenzo & Herrera (2005) define el análisis de datos de las investigaciones cualitativas como “el proceso mediante el cual se organiza y manipula la información recogida por los investigadores para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones” (p.135). Por esto se puede decir que es el proceso mediante el cual se ordena, clasifican, codifican o categorizan y relacionan los datos obtenidos mediante las técnicas de recolección/ producción de datos, que en esta práctica investigativa en particular son las entrevistas realizadas.

De este modo se fue codificando los datos, estableciendo relaciones entre los mismos, formulando instrumentos visuales que permitieron interpretar estos datos para posteriormente, realizar un análisis. Como plantea Soneira (2006) a través del método de la comparación constante el investigador, es decir las que componen esta investigación, recoge, codifica y analiza datos en forma simultánea, para generar teoría, que en este caso sería sobre las herramientas que utiliza el/la psicomotricista para realizar el proceso diagnóstico en el ámbito hospitalario público.

### **4.1 Evaluación Psicomotriz**

Es importante traer a colación la evaluación psicomotriz ya que es en la misma donde se van a poner en juego las herramientas diagnósticas. Principalmente un punto clave es recordar que la Psicomotricidad busca estudiar al cuerpo en sus manifestaciones. Para lograr dicho objetivo primordial de la disciplina es importante introducir al niño/a en un proceso de evaluación/valoración diagnóstica. Como plantea Bernaldo (2012) “la evaluación psicomotriz

sirve para precisar las dificultades y recursos de cada persona” (p.46). Es a partir de ella que se puede diseñar una intervención, estableciendo cierta jerarquía terapéutica y juzgando a lo largo del tratamiento la evolución del sujeto, a su vez en la evaluación es donde las herramientas diagnósticas se ponen en juego.

Como explicita en su entrevista la psicomotricista cinco: “la evaluación psicomotriz es como fundamental” (E5) y a la hora de realizar una evaluación se ponen en juego distintos factores como la edad del paciente, el contexto familiar y social en el que está inserto el sujeto, el diagnóstico previo (si es que lo hay), la derivación, el posicionamiento del psicomotricista o de la psicomotricista y otros. Estos más el trabajo interdisciplinar son básicamente quienes delimitan, orientan, guían el hacer profesional como así también la elección de las herramientas a utilizar.

## **4.2 Herramientas Diagnósticas**

Las herramientas diagnósticas son aquellas que permiten los y las psicomotricistas introducirse en el malestar del sujeto; varían según cada caso particular, según los enfoques epistemológicos del profesional y del contexto en el que el paciente está siendo intervenido psicomotrizmente. Al mismo tiempo para que resulten eficaces estas herramientas, los/las psicomotricistas, como plantea Blanca Garcia Ferres (2006), deberían adaptarse a algunas variables: el motivo de consulta, la edad, y fundamentalmente tener en cuenta la postura epistemológica que cada psicomotricista posee y sus formas de abordaje, como así también el interrogante que se formule respecto al proceso de construcción del cuerpo y sus vicisitudes.

Como explicita una de las entrevistadas: “no es lo mismo un síndrome genético que una parálisis cerebral u otro tipo de trastorno sensorial, entonces eso ya te define una evaluación, que no es una evaluación cerrada, sino que vos lo tomas, lo consideras, lo observas y puedes ampliar esa evaluación” (E5).

Otra de las profesionales entrevistadas, desde su modo de abordaje comenta que la hora de evaluar a un paciente, ella en particular se vale de tres cuestiones fundamentales: “Hay tres cuestiones fundamentales que es, una la entrevista inicial, con las personas que esté a cargo la o las, varían mucho las familias, para mi es muy importante. La historia clínica, para mi también es muy importante” (E4). Así también, se pudo dar cuenta que esta forma de empezar a evaluar se repite en otras entrevistadas, en la entrevista siete explica que “en principio es presentarse con la familia, las personas que acompañan a ese/a niño/a y hacer una primera entrevista de admisión con ellos” (E7); por otro lado, la entrevistada número uno da cuenta de que en su manera de evaluar existen tres momentos: “un primer momento de entrevista con los padres,

un segundo momento de evaluación del niño/a y un tercer momento de devolución para con los padres” (E1).

#### *4.2.1 Procedimientos*

Para realizar la evaluación psicomotriz los/las psicomotricistas se valen de distintos procedimientos a partir de los cuales se ponen en uso las herramientas diagnósticas. Estas herramientas se componen, a su vez, de técnicas cualitativas y cuantitativas. Las primeras incluyen a la observación psicomotriz, la entrevista, el juego y la hora de juego diagnóstico; las segundas a los test, escalas, balance psicomotor, pruebas estandarizadas, cuestionarios. En el uso de estas herramientas debe de ir más allá de cuantificar algún test o escala, dice Blanca García Ferres (2006) “debería ir acompañada de una valoración cualitativa que asocie y favorezca la interpretación de datos y facilite buscar ese modo de hacer, comprender los signos en el contexto de la subjetividad de cada niño.” (p.40)

Se puede dar cuenta de cuáles son estos procedimientos esto a partir de los dichos de las distintas psicomotricistas entrevistadas: “se hace la entrevista inicial de admisión a los padres” (E7). Estas entrevistas de admisión le sirven a las y los psicomotricistas para introducirse en la historia del entramado familiar del niño/a, conocer su historia particular como también su historia clínica, desde donde se solicita el tratamiento en Psicomotricidad, entre otras cuestiones que aportan información al profesional para las futuras intervenciones. O de no ser pertinente una intervención psicomotriz, para realizar una derivación. La entrevistada uno declara acerca de esto que “se hace una primera entrevista sólo con los padres, se intenta en realidad que sea solo con los pares y en esa primera entrevista sólo con los padres, se intenta en realidad que sea solo con los padres y en esa primera entrevista se toman todo lo que son los datos filiatorios del niño, antecedentes médicos, antecedentes pre, peri y postnatales, antecedentes escolares, ¿sí? se hace la entrevista inicial de la historia del niño. De la historia del niño y su familia”. (E1)

Las psicomotricistas entrevistadas exponen a través de sus dichos que mayormente utilizan como herramienta principal al juego. En la entrevista número seis, la profesional comenta que “el juego es esencial en la vida de un niño” (E6). El juego en Psicomotricidad es la herramienta principal para evaluar en el despliegue corporal del niño/a aspectos emocionales, sociales, cognitivos, motrices, etc. Con respecto a lo mencionado una de ellas explica que “a todos los niños se los evalúa desde el juego” (E5), y otra entrevistada por su parte relata que en su consultorio “trato de plantear todo lo que es juego simbólico o según la edad del niño juego más reglado” (E1).

Algunas de las entrevistadas comentaron que, además de utilizar el juego para evaluar se valen de algunos tests cuando necesitan corroborar con más precisión algún aspecto, observado en un paciente que puede ser pertinente para la intervención con ese niño: “Por ahí tomó el test como para confirmar si hay algún tipo de desarrollo más lento” (E5).

A partir de los discursos de las entrevistadas se puede dar cuenta de que el procedimiento de intervención es similar entre las profesionales de este ámbito aun perteneciendo a diferentes instituciones hospitalarias. Este procedimiento cuenta con una entrevista inicial de admisión y evaluación del niño/a mediante el juego. Ese momento de juego consta de un tiempo determinado que va desde la media hora a una hora dependiendo de la disponibilidad temporal con la que cuentan cada una de las psicomotricistas. Se puede dar cuenta también, que en caso de necesitar corroborar algún aspecto del desarrollo del niño/a, las profesionales utilizan tests específicos para corroborarlo.

#### *4.2.2.1 Técnicas Cualitativas*

Como herramienta principal que las psicomotricistas utilizan se menciona a la entrevista y la observación. La entrevista es considerada tanto como el primer paso a realizar dentro de la etapa diagnóstica como la primera herramienta puesta en práctica, citando los dichos de algunas entrevistadas se puede dar parte de que: “tenemos como encuadre una primera entrevista, de primera escucha, como les dije recién de admisión” (E3).

En la totalidad de las profesionales entrevistadas se coincide en que “primero la entrevista inicial ¿sí? De ahí trató de recabar la mayor cantidad de datos” (E1). Es de vital importancia recalcar la definición de dicha herramienta que es considerada por Albajari (2005) como “una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas” (p.13) y dicha relación se da usualmente entre la psicomotricista y los padres/tutores o adultos referentes del sujeto en cuestión.

A su vez, así como existe una entrevista inicial, también existe la entrevista de devolución, en la misma se brinda la información obtenida por el profesional a lo largo de las sesiones con el niño/a, a los padres, tutores o encargados del sujeto. Esta denominada devolución, aunque suene reiterativo, también está interpelada por el contexto y el posicionamiento/forma de trabajar de los/las profesionales, esto se puede ver en los ejemplos siguientes. Como da cuenta la entrevistada 1: “después de esas seis sesiones de valoración con el niño, yo hago devolución con los papás o devolución con el profesional que lo derivó” (E1), pero en el caso de la entrevistada 5: “como yo trabajo con los padres en el consultorio en su mayoría no hay una entrevista de devolución porque están ahí y la devolución es todo el tiempo”

(E5). Al contrario de los ejemplos mencionados, la entrevistada 8 aclara “generalmente yo no le doy ninguna información concreta a los padres, si yo traigo mi devolución a lo que sería el equipo interdisciplinario” (E8). Cuando la entrevista de devolución se realiza puede, o no, ir acompañada por un informe psicomotor que queda a criterio del profesional que la esté realizando, por ejemplo, la entrevistada 3 declara que la entrevista de devolución “como primera instancia es verbal, si el papá lo requiere o si el niño lo requiere (...) además de darle la comunicación oral también le entregamos el informe” (E3).

Por su lado, ya dentro de la situación de entrevista se pone en juego una herramienta particular y trascendental en el ejercicio del rol profesional que es la observación. Se la define como un instrumento que permite poner a la mirada en juego y que implica el considerar diversos aspectos que en la práctica psicomotriz son fundamentales a la hora de la interacción y la observación de los sujetos. Entonces, trayendo a colación lo planteado por la entrevistada 7, se considera a la observación como “la herramienta más importante”. El registro de lo observado” (E7). En la observación de los parámetros psicomotores jerarquizamos la forma y ritmo del movimiento, tono, postura, actitud, mirada, gestualidad, tono de voz. Estos aspectos dan cuenta de la relación que establece el sujeto con su cuerpo, con los demás, con el espacio y con los objetos, tomando en cuenta su historia corporal. En síntesis, la observación es, según la entrevistada 2, lo que “permite objetivar la mirada” (E2) y a su vez no es solo una parte de la evaluación psicomotriz, sino que “la observación atraviesa todo el proceso en realidad” como declaró la entrevistada 6.

Otra de las herramientas más utilizadas por psicomotricistas en sus intervenciones es el juego, se la considera una herramienta esencial y diferenciadora de otras disciplinas en la que la mayoría de los y las psicomotricistas basan su intervención. El juego es universal y propio del ser humano, en Psicomotricidad hablar de juego corporal es nombrar lo específico de la disciplina. Para las profesionales “el tema juego es esencial en la vida de un niño, eso lo sabemos y es como parte de entender la integralidad de este niño y lo necesario que es el juego para que en sus errores se vaya dando, es como todo absolutamente necesario para nuestro trabajo” (E6). Al utilizar esta herramienta no solo se ve lo corporal del niño/a, sino que como explica la entrevistada 3 “generamos momentos de juego más para valorar el vínculo” (E3).

Al respecto de lo que se viene explicando, Winnicott (1971) explica que el juego “es una experiencia siempre creadora y es una experiencia en el continuo espacio-tiempo, una forma básica de vida” (p.75). Según la información obtenida en la entrevista 1, se comprende que “uno tiene también en este proceso que motivar al niño, tiene que incentivarlo, tiene que generar confianza, tiene que generar sorpresa para que el niño así se incentive” (E1). El jugar

del niño/a es su forma de lenguaje, su modo de expresión más genuino, directo y natural que le ofrece una serie de experiencias que responden a las necesidades propias de cada edad.

Dentro de esta temática que se va analizando es importante remarcar que una herramienta que también se utiliza en Psicomotricidad es la hora de juego diagnóstico. La misma constituye un recurso o instrumento técnico que utiliza el psicólogo dentro del proceso psicodiagnóstico con el fin de conocer la realidad del niño o niña que llega a la consulta, como enuncia la psicomotricista 4 en “la hora de juego diagnóstica (...) yo voy más desde lo espontáneo y que se genera en este juego” (E4). La hora de juego es precedida por la o las entrevistas iniciales a padres. Allí, entre otros datos se indaga sobre qué tipos de juegos suele preferir el/la niño/a en el hogar o qué juguetes utiliza. Esta información permitirá probablemente incluir ese material de juego en la caja de juguetes que se utilizará para el diagnóstico, como manifiesta una de las entrevistadas “con una caja de juegos o de juguetes hacemos la valoración funcional en base a eso.” (E6)

Es así como a través de estas técnicas cualitativas se pone en juego lo singular, la expresividad psicomotriz de los sujetos, dando a conocer a un otro el armado de su corporeidad, sus manifestaciones corporales por la vía de la vinculación afectivo somática, en la interacción que establece con otros a través de los gestos, la mirada, la espera, etc, en un espacio y tiempo determinado, sostenidos por el campo de significaciones que lo atraviesa, que deja una huella.

Estas herramientas están influenciadas tanto por el posicionamiento epistemológico como del servicio en que cada psicomotricista está inserta, que le da la particularidad de la disciplina en su uso y aplicación, permitiendo trabajar interdisciplinariamente sin perder su especificidad, no perdiendo de vista la importancia para la Psicomotricidad de cada una en el momento de la evaluación psicomotriz.

#### 4.2.3.2 Técnicas Cuantitativas

Otras técnicas que aparecen en los procedimientos, que utilizan las psicomotricistas, son las técnicas cuantitativas. Las mismas involucran al uso de test como instrumento de medición, que sólo adquiere valor en tanto se supone informa acerca de una aptitud que es en sí misma una conceptualización y por tanto es también una construcción técnico-disciplinar. Es necesario contar con una tecnología que sistematice y normalice la evaluación. Como se mencionó anteriormente, un test es una situación experimental estandarizada donde se estimula a un sujeto y se lo evalúa.

Por lo que refiere al uso del test, han sido las entrevistadas que utilizan los mismos, en algunos casos los más comunes son: la *Escala Argentina de Inteligencia Sensoriomotriz*, la

*Escala de Oiberman, el Tadi, el Tepsi, el Peabody, la Escala de Brazelton, entre otros.*

El uso de mencionados test varía según el caso del paciente a tratar, la posibilidad de realizarlo en la institución, como así también de contar con los materiales necesarios para llevarlo a cabo. En las entrevistas (ver anexo) las profesionales exponen que en el ejercicio de su rol utilizan aquellas escalas o tests que evalúan específicamente el desarrollo psicomotor: “Usamos la Escala de Desarrollo de Rodríguez, el Tadi y el Iodi” (E2). A su vez según el paciente que se presente, también comentan que “Utilizó un test que es el Peabody, que es un test muy específico para determinar retraso psicomotor” (E5). Es importante aclarar que el uso de los test no es obligatorio para las psicomotricistas, pero al ejercer en un hospital a veces se torna necesario.

A su vez, es considerable aclarar que distintas profesionales concuerdan en no aplicar técnicas cuantitativas debido a que el resultado de las mismas ya va a dar desfasado por el tipo de pacientes que llegan a su terapia, la entrevistada número tres exhibe: “Utilizamos pocos test a la hopra de evaluar o valorar, porque la situación de los chicos en general que nos llega es complicada” (E3). Otra profesional, con referencia a su labor, dice “No soy de los test, no es que esté en contra ni nada, pero si considero por ahí que los test tienen que ver con una población, surgen desde una población indicada que por ahí no es la misma que a mí me llega” (E4). Por su parte aquellas que sí utilizan los test o técnicas cuantitativas tienen como finalidad corroborar que aquello que está viendo corresponde a lo que están pensando, como, por ejemplo, la entrevistada número uno sostiene: “Yo suelo usar el Tepsi, según la edad del niño Bender, o por ahí, tomo algunos screening que me puedan como corroborar eso que yo veo” (E1).

Entonces, a partir de lo explicado y comprendido por los datos brindados por las psicomotricistas, es pertinente aclarar que el uso de técnicas cuantitativas y/o cualitativas no sólo está condicionado por el posicionamiento del profesional, sino también por los casos que llegan, el motivo de consulta, la edad de los sujetos, el contexto hospitalario en el que se encuentran y el servicio en el que se ejerce la disciplina.

Respecto al uso de las técnicas cualitativas como el juego y las técnicas cuantitativas mencionadas en las entrevistas, se infiere que, mayormente, se utiliza el juego para la intervención psicomotriz, mientras que las escalas y tests se utilizan específicamente para evaluar algún aspecto específico del desarrollo de algún paciente en particular y se recurre a los mismos con el fin de confirmar algún desfase en el desarrollo o alguna duda por parte del profesional sobre el desarrollo psicomotor de sujeto en cuestión. Se entiende que en general, quienes ejercen la Psicomotricidad cuentan con el juego como una herramienta ya incorporada

y de naturaleza de la disciplina por lo que es junto con la observación, las que más se ponen en juego al momento de intervenir.

### **4.3 Contexto ámbito hospitalario público**

El contexto en que se realiza la práctica investigativa corresponde al ámbito hospitalario público de la ciudad de Córdoba, Argentina. Se toma al mismo como una de las sub-categorías entendiendo que es donde se desarrolla el rol del Psicomotricista y donde se ponen en juego las herramientas diagnósticas a partir de distintas normas institucionales y en diferentes servicios. También es de vital importancia el interés en el contexto mencionado debido a la escasa información sobre la disciplina y su ejercicio dentro del ámbito hospitalario. La práctica terapéutica en Psicomotricidad en el hospital actúa y acciona mediante la aplicación sistematizada y controlada de métodos y técnicas específicamente psicomotoras reconocidas por la ciencia, la práctica y la ética profesional.

La Psicomotricidad es un área en la que aún se están desarrollando varias investigaciones a partir de su extensa práctica y mirada, es por esto que en el ámbito hospitalario se debe de incorporar su especificidad, buscando la interdisciplinariedad. Es importante entender que la Psicomotricidad interviene desde su propia especificidad en un contexto interdisciplinario, trabaja con objetivos comunes en beneficio del sistema-persona del paciente y realiza un abordaje trascendente del macro-sistema. Berruezo (2006) menciona la importancia del trabajo del psicomotricista en el ámbito clínico desde la cual profesionales médicos y psicomotricistas trabajan en conjunto y en beneficio del niño/a, a partir del respeto y consideración mutua.

A partir de lo anteriormente mencionado se sostiene que la Psicomotricidad apunta a un trabajo integral en el ámbito hospitalario que se enfoca, desde sus distintos abordajes en la prevención y promoción de la salud, en donde se relaciona con el/a niño/a, con otros agentes involucrados que conforman el macro sistema ecológico, el sistema persona, trascendiendo más allá del síntoma, diagnóstico, o motivo de consulta por el que llega a Psicomotricidad. Esto mismo declara la entrevistada número uno: “En esta mirada desde la Psicomotricidad, desde la globalidad y desde la complejidad yo trato de ver la interrelación de los aspectos que se observan” (E1).

Por su lado, desde Psicomotricidad no sólo se tiene en cuenta el motivo por el que llega el/a niño/a a consulta, sino también quienes acompañan a ese/a niño/a y el contexto que trae consigo, es decir, en el que vive, se desempeña y es como expone la entrevistada número siete: “La Psicomotricidad puede mirar el niño de una manera integral, desde todas las áreas de su

desarrollo y teniendo en cuenta el contexto en que este niño se desarrolla, este inmerso y lo acompañe” (E7). A su vez, ser Psicomotricista en un ámbito hospitalario público implica ser flexible tanto ante los recursos, como a los tiempos, a los pacientes y a su familia, como menciona la entrevistada número tres: “El tener un encuadre flexible es sumamente necesario, la flexibilidad en la creatividad, una tiene como todo lo público, la escasez de recursos materiales, entonces uno tiene que poner el recurso creativo al servicio del niño y de la realidad del niño” (E3).

Siguiendo este hilo conductor, tomamos a la entrevistada número cuatro quien menciona que la Psicomotricidad en este ámbito es importante:” Porque tenemos una mirada integral (...) lo considero importante por lo vincular que uno puede entablar con la familia con el niño, por lo que puedo aportar desde la intervención, desde el juego como una herramienta importantísima y que al niño le permite explorar, ser y de ahí potenciarlo” (E4). Esto quiere decir que también desde la Psicomotricidad se apunta a mejorar y/o favorecer los vínculos que llegan a la consulta, que muchas veces están afectados por el no saber qué le pasa al paciente.

#### *4.3.1 Normas Institucionales*

El reglamento de un hospital “se establece para dar respuesta a la necesidad de definir las pautas organizativas, el sistema de normas metodológicas que rigen el funcionamiento de los servicios y de las funciones que deben cumplir los trabajadores y cuadros, así como los deberes y derechos de pacientes, acompañantes y visitantes en los hospitales”. (Ministerio de Salud Pública, 2007, p.3).

Con respecto a los marcos institucionales que rigen en el contexto hospitalario, a partir de la información obtenida y requisada, se puede dar cuenta cómo va influyendo sobre la intervención psicomotriz dentro de los hospitales y el modo de intervención de el/la psicomotricista, así tanto como de todos los profesionales que trabajan en ese particular contexto. Se desenvuelven en relación a las normas institucionales de cada hospital que regulan el encuadre profesional lo que conlleva a que cada hospital se organice y trabaje de distintas maneras a otros; en cuestiones como por ejemplo los turnos, el tiempo de la sesión.

En los hospitales en donde la situación de los pacientes es vulnerable se tienen en cuenta otros tipos de aspectos más salubres como, por ejemplo, en cierto hospital explica la entrevistada número ocho “No se puede entrar ningún objeto que sea extraño si es un ambiente que sea sumamente controlado, si a nivel de bacterias, virus no podés usar anillos, no puedes usar las uñas pintadas, tienes que tener uñas cortas. Las voces tienen que ser sumamente controladas, la luz es todo un ambiente sumamente muy, muy controlado” (E8).

En los consultorios externos las normas a seguir usualmente las aplican los y las psicomotricistas, es decir, las normas que van a regir su accionar dentro del consultorio las establece el mismo profesional. En el caso particular de la entrevistada número uno: “El hospital no me exige nada, o sea, la modalidad de trabajo en Psicomotricidad la planteamos los psicomotricistas que estamos acá, yo” (E1). Por su lado la psicomotricista número cinco manifiesta que en su hospital “No hay limitaciones digamos, cada profesional inicia su trabajo y hace la evaluación, pero bueno es un estilo nuestro” (E5). Otro ejemplo claro de lo que se viene mencionando lo da la entrevistada número cuatro, quien comenta. “No, para nada, por suerte, dentro de lo que es este hospital, a ver, nosotros dentro del servicio tenemos un jefe de servicio y por suerte nos da total libertad y confianza como para que nosotros podamos ejercerlo de la manera que lo creamos conveniente” (E4).

Como conclusión general se puede dar cuenta que el hacer psicomotor específicamente no está condicionado por las normas institucionales, aunque como afirma la entrevistada número siete: “Si hay pautas. Hay como un escrito del hospital que son pautas hospitalarias” (E7).

#### *4.3.2 Servicios: Rehabilitación, Salud Mental y Consultorio Externo.*

Dentro del contexto hospitalario la Psicomotricidad como disciplina se inserta en diferentes áreas; forma parte de diferentes servicios como lo son: el servicio de Salud Mental, de Rehabilitación y Consultorio Externo. La entrevistada número cinco explicita que: “El rol del psicomotricista es una cosa y dentro del hospital es otra cosa y depende de cada servicio” (E5) y a su vez comenta que en lo personal, como psicomotricista: “Hay algunas áreas en las que no intervengo y otras sí y en cada lugar es una intervención diferente” (E5).

Según el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2018) el servicio de Salud Mental está compuesto por equipos del primer nivel de atención para el abordaje de las problemáticas prevalentes en Salud Mental (depresión, ansiedad, consumos problemáticos de sustancias, violencias, entre otras), así como trastornos mentales severos. Se puede dar cuenta a través de las respuestas de las entrevistadas que, dentro del servicio de Salud Mental, la Psicomotricidad se ejerce con el mismo fin. Nos dice la entrevistada número seis: “Mi rol dentro del servicio de Salud Mental es esto de acompañar el desarrollo de los niños en general” (E6). Por su lado, la psicomotricista número cinco expresa que en el hospital que ella ejerce: “Básicamente el rol del psicomotricista es atender cualquier niño que requiera una intervención psicomotriz” (E5).

Es clave aclarar que el servicio de Salud Mental en los distintos hospitales está

conformado por diferentes especialidades, en el hospital de la entrevistada número uno, este servicio: “Está formado por Psiquiatría, Psicología, Psicopedagogía y Psicomotricidad” (E1). En el caso de la entrevistada número tres, comenta: “En este servicio hay un equipo interdisciplinario que está compuesto por psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos y nosotros en este momento que somos tres psicomotricistas” (E3). Esta particularidad de que en cada servicio se encuentre más de una disciplina y todas trabajen en interdisciplina es un rasgo que se reitera en la mayoría de las respuestas de las profesionales entrevistadas.

Por otro lado, la rehabilitación es considerada un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y atenuar la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno. Sobre este servicio en particular, una de las psicomotricistas infiere que: “El servicio se caracteriza por un trabajo interdisciplinario importante, fuerte y todas las áreas son importantes porque bueno, si tenemos una visión integral hay que tenerlas en cuenta a todas” (E4). Dentro del mismo se trabaja en atención e intervención precoz, como se puede evidenciar en la respuesta que ofrece la entrevistada número 8: “Yo estoy en el servicio de rehabilitación y discapacidad e inclusión y pertenezco al equipo de atención e intervención precoz y oportuna en las salas de neonatología, tanto como UTI (unidad de terapia intensiva) y UCI (unidad de cuidado intensivos)” (E8).

Otra de las profesionales nos relata cuál es el rol del psicomotricista en este servicio: “Atender cualquier niño que requiera de una intervención psicomotriz, o sea, hay muchas razones por las cuales un niño está en un hospital, puede tener una discapacidad, puede ser una enfermedad transitoria, puede estar transitando algo urgente y estar en terapia, puede estar en salud mental” (E5). Para dar continuidad al rol, tomamos otros fragmentos de la misma entrevistada quien nos explica que el abordaje psicomotriz es interdisciplinario y la interdisciplinariedad pasa por pensar al paciente cada uno desde la mirada específica de su disciplina, pero todos miramos al mismo paciente y la misma problemática, cada uno intervendrá desde lo específico” (E5).

Tomando estos datos, se puede inferir que el servicio de Rehabilitación (como también el de Salud Mental) el/la psicomotricista realiza un abordaje integral del sujeto desde el trabajo interdisciplinario que lleva adelante con las otras especialidades que integran el área/servicio, brindando asistencia a niños/as de 12-15 años que requieran de intervenciones psicomotrices oportunas dadas las condiciones que presenten cada caso, como pueden ser: nacimiento pre término, alteraciones en el neurodesarrollo, discapacidad, internación prolongada, enfermedades metabólicas, síndromes, entre otras.

Finalmente, el consultorio externo es el encargado de sistematizar la atención integral

de la salud y la referencia y contra referencia de los pacientes nuevos y/o continuadores a los cuales el hospital atiende en la llamada “consulta externa”, la cual corresponde a los subprocesos asistenciales de admisión, estancia y alta del hospital. Tomamos una de las entrevistas realizadas donde se describe la función de la/el psicomotricista en consultorio externo: “La elaboración de los objetivos para elaborar un plan ya sea terapéutico, en función de ese objetivo y de ese plan terapéutico es que va a surgir la hipótesis diagnóstica, y si el niño va a necesitar algún seguimiento o tratamiento” (E7).

Según los lineamientos de cada hospital se vislumbran algunas semejanzas en torno a la intervención mostrando discrepancias la forma en la que cada psicomotricista inicia la evaluación psicomotriz, dado que en algunos hospitales la primera consulta es solo con los padres, como refiere la entrevistada número uno: “Una vez que ellos tienen ese turno se hace una primera sólo con los padres. Se intenta en realidad que sea solo con los padres”(E1); y en otros, quizás los de alta complejidad o aquellas psicomotricistas que estén insertas en el servicio para realizar estimulación temprana, la primera consulta se da en presencia del niño/a pequeño/a, como lo relata la entrevistada número tres: “Se cita a la Mamá y al Papá a una primera entrevista, que en general van con el bebé, con el niño; entonces hacemos, se hace la entrevista y se hace como un acercamiento, una primera valoración de desarrollo en el momento” (E3).

Como se ha desarrollado anteriormente la Psicomotricidad es una disciplina que se ve convocada por el sujeto, sus producciones y significaciones en relación a un otro. Desde sus inicios sentó sus bases en diferentes campos de acción, que requieren de la intervención del hacer profesional. La particularidad del ámbito hospitalario público es que la Psicomotricidad se apoya en una mirada integral que contempla los derechos de los pacientes y sus familias, llevando a cabo acciones vinculadas con la atención primaria, secundaria y terciaria de la salud, desde un abordaje interdisciplinar. Como queda explícito en las entrevistas realizadas, las entrevistas forman parte del equipo interdisciplinario, adoptando un posicionamiento particular y singular hacia el sujeto y su contexto, aportando siempre al bienestar de cada paciente.

A su vez, a través del análisis que se realizó de la información recabada de las entrevistas puede enunciarse que las psicomotricistas entrevistadas no pertenecen ni se concentran en una misma área, aunque sí estén inscriptas en una en particular. Ante la escasez de cargos públicos para psicomotricistas dentro de la ciudad de Córdoba, es frecuente que una misma profesional además de realizar tareas de evaluación dentro del área al que pertenece expanda el ejercicio de su rol en otras, como consultorio externo o internado.

### 4.3.3 Derivación

Atendiendo el análisis de la información recabada de las entrevistas se deja entrever que, en lo que se refiere a derivación, a Psicomotricidad el paciente llega por derivación interna o por una interconsulta entre disciplinas. Esto quiere decir que otros profesionales (del mismo servicio o por fuera de este, pero dentro del mismo hospital) solicitan la evaluación psicomotriz a las familias, esto lo aclara la entrevistada 3: “la interconsulta baja desde los equipos, desde las diferentes salas del hospital al servicio específicamente para Psicomotricidad” (E3). Por otro lado, para ser más específico, las especialidades que mayormente realizan la derivación a Psicomotricidad suelen ser “(...) pediatras, neurólogos, algún médico especialista, psicopedagogos, psicólogos” como comenta la entrevistada 1. (E1)

Cabe destacar que, como partícipes de una intervención que adhiere al trabajo interdisciplinario, la decisión de las terapias que recibe un/a niño o niña las toma el profesional a cargo del servicio, quien luego del conocimiento de la historia particular del sujeto realiza una valoración la cual le permitirá confirmar o no su ingreso a Psicomotricidad para evaluación (en el caso de que fuese esa la solicitud). De esta forma se organizan las terapias que cada paciente recibe, siendo estas variadas y quedando sujetas a la disposición de la institución y sobre todo a lo que necesita el sujeto. Tal como enuncia la entrevistada número 8: “el médico fisiatra hace su valoración y él es el que deriva las terapias correspondientes (...) no obstante siempre el que decide es el médico fisiatra” (E8).

Con esto, la presente práctica investigativa da a conocer como el trabajo interdisciplinario se articula entre los diferentes espacios y disciplinas obteniendo así una intervención integral más óptima que procure el beneficio tanto para el paciente como para su familia. La Psicomotricidad requiere del trabajo interdisciplinario y puede ejercer su rol dentro de los hospitales a partir de las derivaciones externas o internas, como por ejemplo comenta la entrevistada 5: “los diferentes servicios dentro del hospital hacen una derivación, específicamente a salud mental, la Psicomotricidad, para una valoración de desarrollo” (E5). Al respecto, otra psicomotricista entrevistada narra que “las interconsultas las recibimos de las salas, ellos nos solicitan una interconsulta para niños menos de tres años” (E6), también sucede en el caso del nosocomio en el que ejerce su labor la entrevistada 7 en donde principalmente los pacientes “llegan por interconsultas de los médicos o médicas de la sala”.

Es sustancial recordar que en cada hospital puede variar la forma en la que se dan los ingresos o derivaciones. La entrevistada 3 especifica esto de la siguiente forma: “nosotros trabajamos en internado y consultorio externo, por ende, hay dos vías de entrada” (E3) y por su lado la entrevistada 8 refiere a las principales derivaciones comentando que el paciente “viene

primero a un encuentro con el médico y el médico decide las áreas que sí o sí”, haciendo referencia con esto a que los pacientes en ese hospital determinado pasan primeramente si o si por un médico para luego llegar a Psicomotricidad.

Concluyendo con lo analizado se puede dilucidar que la mayoría de derivaciones a Psicomotricidad las realiza un médico (fisiatra o pediatra), las mismas pueden llegar de disciplinas que conformen el equipo interdisciplinar o de otras especialidades que no lo hagan como lo son la Gastroenterología o Endocrinología, aunque se reconoce son las derivaciones menos frecuentes.

#### *4.3.4 Encuadre*

Como se menciona en los capítulos anteriores, el encuadre en Psicomotricidad está compuesto tanto por la sala como por la sesión, entre otros factores. Este encuadre se lleva a cabo en un espacio físico y en un tiempo cuantificable. A partir de las entrevistas realizadas se obtuvo información sobre donde se realizan las intervenciones dando cuenta de que las mismas, en ninguno de los casos, se realiza en una sala de Psicomotricidad propiamente dicha, sino que esa “sala” es en realidad un consultorio: “Psicomotricidad tiene un consultorio, mediano tirando a chico, pero suficiente” (E1). A veces, esos consultorios no son particulares de la disciplina como en el caso de la entrevistada 1, contrariamente la entrevistada 3 cuenta que: “no tenemos sala propia de Psicomotricidad, es un consultorio en general, el consultorio de Salud Mental que usamos entre todos” (E3). Se remarca que, en el caso de niños o niñas muy pequeños/as que se encuentran internados, la “sala” es directamente la habitación o camilla en la que se encuentran. La entrevistada 7 da cuenta de que las intervenciones “se hacen en sala, la sala me refiero a la habitación en donde están internados”, “es en la sala, en la cuna del niño” (E7).

Con respecto a los tiempos que manejan las y los psicomotricistas para sus intervenciones, varían en la mayoría de los casos según el/la profesional y los horarios de atención que maneje. Tanto la cantidad de sesiones como el tiempo de duración de las mismas suelen ser diferentes según el/la psicomotricista y la institución en la que esté ejerciendo su rol. Por ejemplo, la entrevistada 3 cuenta que a sus pacientes “lo vemos una vez a la semana en sesiones más o menos de una hora”, en el caso de la entrevistada 2 “la lógica institucional tiene estipulado un consultorio externo que se dan turnos de cada media hora”. Y en el caso de las sesiones, la entrevistada uno explicita que por su parte ella planifica “aproximadamente entre 3 y 4 sesiones para la valoración”.

Entonces, al analizar lo dicho por las psicomotricistas entrevistadas, se insiste plenamente en que hay formas de hacer Psicomotricidad, es decir, de intervenir, de ser, de

hacer, como psicomotricistas hay, lo que deja entrever que no todos ni todas las psicomotricistas can a regirse a ellos mismos ni a su hacer por las mismas reglas, sino que van a varian y se van a adaptar tanto a la institución, como a la situación y a la persona que tengan en frente, teniendo en cuenta sus necesidades, su contexto, sus motivos de consulta, etc.

#### **4.4 Materiales**

Los materiales, y con esto se hace referencia a objetos, juguetes y juegos que se encuentran en los hospitales para su uso determinado en sala, consultorio y/o internado, son seleccionados según diferentes criterios a saber, tales como: edad del niño o niña, motivo de consulta, evolución de la motricidad, de la afectividad y del pensamiento del sujeto en cuestión. El objetivo de su uso, su función, también va a ir variando según el caso en particular que se presente. Es por ello que se tiene en cuenta siempre aquello que resulte de interés para el paciente y que se vincula con aspectos de su vida cotidiana.

En palabras de la entrevista 7 se puede dar inicio a la intervención desde los intereses particulares de cada niño/a: “Yo parto a partir de lo que le gusta, de lo que le interesa, es lo primero que tengo en cuenta y después si me voy fijando algún objeto que genera algún tipo de acción lúdica más simbólica que me dé más información” (E7). Los objetos, dice Schojed (2010), que se encuentran en la sala de Psicomotricidad son promotores de acciones; para estimular las acciones del sujeto que viene o está en la terapia, los objetos ofrecidos deben ser distintos, sencillos y deben garantizar la seguridad del niño o niña por su solidez y buena calidad. En cada material utilizado se puede reconocer aspectos funcionales del sujeto como también sus posibilidades de representar.

##### *4.4.1 Tipos de Materiales*

La utilización de los materiales en la sesión de Psicomotricidad, dice Berruezo y Adelantado (2000), pueden ser muy diferentes: desde la exploración al uso simbólico o representación hasta como mediador para la construcción del vínculo entre el/la terapeuta y el /la paciente.

Los materiales se pueden clasificar en estructurales, que son aquellos que tienen una finalidad lúdica y su estructura determina el uso (muñecos, pelotas, aviones, autos, entre otros); y los inestructurados que son los objetos que van a posibilitar que el niño o niña exprese fantasías (bancos, colchonetas, plastilina, telas, entre otros). Cada material se selecciona con una finalidad en particular y el/la psicomotricista va a observar cómo y para que los utiliza el/la paciente. Bernaldo (2012) plantea que “la propuesta de materiales va a depender de la edad de

los niños y su nivel de competencia” (p.180). Llorca y Sanchez (2008) por su lado comentan que lo más interesante del uso de los materiales es la dinámica que generan y cómo son utilizados por el/la niño/a para las relaciones que crea con otros y consigo mismo. Como comenta la entrevistada 1 “no soy de la partida de que sea importante el material, sino lo que hago con el material” (E1).

#### *4.4.2 Objetivos de Materiales*

Si bien anteriormente se ha explicado que los usos de los materiales pueden variar según distintos factores, cada uno de ellos tiene un objetivo propio y particular, aunque luego en la sala varíe según la experticia, la epistemología y el hacer de la o el psicomotricista. A continuación, se presentan algunos de los objetivos que aparecen tras el uso de cierta cantidad de materiales que suelen encontrarse en los consultorios de Psicomotricidad según la información recaudada de las entrevistas a las psicomotricistas:

- Colchoneta: es uno de los elementos fundamentales, tiene por objetivo asegurar el espacio y amortiguar las caídas. A su vez favorece los equilibrios y desequilibrios en función de los desplazamientos. “Son implementos que nosotros usamos porque muchas veces las cuestiones sobre todo en la organización tónico postural está muy atrasada” (E3)
- Rolo: puede ayudar al niño o niña a mejorar su equilibrio y su desarrollo muscular. Se utiliza también para acompañar el gateo. “Puedo incluir un rolo si es que lo tengo que posicionar, la que elijo yo en función de que cuando le tengo que posicionar al niño en una postura sedente para que me pueda mirar y que pueda haber un intercambio” (E5).
- Cubos/Bloques: el objetivo de los cubos y otras formas de goma espuma es realizar todo tipo de desplazamientos y construcciones, apilar para luego tirar liberando energía, agresividad o temores. “bloques grandes, que me permiten ver cuestiones corporales” (E4).
- Pelota: se busca con ellas realizar múltiples juegos y desplegar lo corporal. “a todos usualmente les ofrezco las pelotas para hacer despliegue” (E1).
- Telas: se utilizan con el fin de adoptar roles a través del disfraz, relajar, activar sensaciones y/u ofrecer acciones dinámicas. “Así como blanditos de exploración digamos placentera. Bueno, algunos trozos de tela.” (E7). “Tenemos que sacar la mantita, tenemos que abrir la incubadora, esto hasta que la mamá lo vaya adquiriendo” (E8)
- Juguetes: utilizados para introducir al paciente a un uso funcional de los mismos o

porque suelen cautivar el interés y habilitar al desarrollo del simbolismo. “Entonces vienen los niños que les encantan los dinosaurios y sacó los dinosaurios; y vienen niños que les gusta la cocinita y sacamos la cocinita y un muñeco; o hay niños que para los simbolismos le gustan los bloques de construcción y sacamos bloques grandes” (E1).

#### *4.4.3 Disponibilidad y disposición de materiales*

Los materiales que se utilizan dentro del contexto hospitalario dependen también de la disponibilidad de los mismos. A partir de la información recaudada se da cuenta que los materiales se consiguen por donaciones, son llevados al hospital por las mismas psicomotricistas y/o ellas mismas adaptan su cuerpo u otros elementos para utilizarlos en las intervenciones. La entrevistada 1 comenta que “acá en el consultorio donde estoy yo es todo traído personalmente. Lo único que el hospital me brinda es la mesa, la silla y la cajonera que tengo” (E1). Así mismo en las entrevistas 4 y 5 se expone lo siguiente: “el hospital solamente te brinda el espacio y el mobiliario, el resto es lo que se dona, mucho o la mayor parte, o de lo que nosotras podemos conseguir” (E4), “generalmente llega porque lo compramos nosotras o por donaciones” (E5). Por su lado, la entrevistada 7 concuerda en su decir con las profesionales anteriores: “Materiales a veces depende mucho de nosotras, de estar como buscando, no es tan fácil ese acceso”.

A partir de esto se reflexiona sobre la escasa disponibilidad de materiales brindados por las diferentes instituciones hospitalarias públicas en las que están insertas las psicomotricistas entrevistadas, atendiendo a las características específicas que los mismos debieran cumplir para que su uso garantice la seguridad del paciente. Esta información se repite en todas las entrevistas y da cuenta de una gran labor realizada por las profesionales como también refleja el recorte presupuestario con el que se cuenta. Se entiende que esto no solo sucede con la Psicomotricidad, sino que se extiende a todas las disciplinas que conforman los distintos servicios o áreas de los hospitales públicos de la ciudad, dejando entrever la vulneración en materia de derechos y recorte económico al área de Salud.

Traer este ejemplo es valioso para poder demostrar que a pesar de las vicisitudes que atraviesan al accionar del psicomotricista es factible hacer Psicomotricidad con los elementos que uno cuenta, incluyendo la principal herramienta de la que disponemos, el propio cuerpo, como lo enuncia en un momento la entrevistada uno: “por ejemplo rolo con los bebés yo no tengo rolos, uso mi pierna y mi pierna es el rolo” (E1).

Sobre la base de los datos recolectados en este punto, todas las entrevistadas coinciden con el bajo presupuesto destinado a los servicios de salud y con la necesidad de auto promoverse

el material para poder realizar su trabajo. Por otro lado, también se reflexiona acerca de los criterios para seleccionar el material con el que se desarrollará cada sesión, los cuales serán elegidos teniendo en cuenta los objetivos, el encuadre, el motivo de consulta, la edad del paciente, sus intereses y posibilidades, así como la realidad familiar.

Y para finalizar, se encuentra con punto coincidente el hecho de que la oferta de materiales al paciente es de elección particular, singular, buscando conocer su funcionamiento y estilo psicomotor, a partir de la observación y escucha activa puestas al servicio.

## **Conclusión**

## **Conclusión**

Durante este largo recorrido se pudo adquirir la noción de diferentes elementos esenciales que hacen y comprenden nuestra práctica investigativa. A modo de síntesis consideramos relevante empezar a concluir el presente trabajo recuperando aquellos objetivos y las preguntas que guiaron y sostuvieron esta práctica investigativa. Principalmente las siguientes preguntas incitaron el comienzo de dicha investigación, la mismas buscó responder a: ¿Cuáles son las herramientas diagnósticas utilizadas por los y las psicomotricistas para llevar a cabo el proceso diagnóstico en el ámbito hospitalario público? ¿Qué herramientas, recursos, técnicas y procedimientos interceden en el hacer psicomotor en el ámbito hospitalario público a la hora de realizar un proceso diagnóstico?

Por otro lado, con respecto a los objetivos de la práctica se planteó indagar sobre las distintas herramientas diagnósticas utilizadas por psicomotricistas en el proceso diagnóstico psicomotor en el marco de los hospitales públicos (provinciales y municipales) de la Ciudad de Córdoba, Argentina. Como objetivos específicos se planteó identificar, distinguir y conceptualizar las herramientas diagnósticas que fueron utilizadas en el proceso diagnóstico psicomotor en los hospitales públicos, provinciales y municipales de la Ciudad de Córdoba.

Para lograr el cumplimiento de los mencionados objetivos fue una cuestión decisiva poder abordar la problemática desde los antecedentes que habitaban la misma. Es por esto que realizamos una búsqueda exhaustiva de información sobre la Psicomotricidad y el ejercicio profesional dentro del ámbito hospitalario. Esto correspondió a un arduo trabajo de búsqueda de artículos que tuvieran cierta rigurosidad académica y científica. Tras esa búsqueda nos encontramos con una gran vacancia en la temática que deseábamos indagar, motivo que nos cautivó y nos impulsó a iniciar con esta práctica investigativa, intentado dejar nuevos aportes o actualizar información respecto a lo que planteamos como pregunta problema.

Fue a partir de estos antecedentes que pudimos darle marco y organizar toda la información para sentar las bases de lo que sería luego nuestro trabajo final, fue la estructura principal que nos sirvió para redimensionar nuestra práctica investigativa hacia nuestro punto de interés. Seguidamente, con la información obtenida y procesada, recuperamos diferentes autores que contribuyeron a la construcción de un marco teórico que incluye conceptos fundamentales en materia de la temática indagada y que a su vez se convirtieron en los puntos nodales de nuestra investigación. Más allá de la información recogida de los antecedentes decidimos obtener datos de primera fuente y por ello concretamos entrevistas a ocho psicomotricistas. Las mismas contaban con dieciocho preguntas que varían de contenido con un orden que buscaba ir de aspectos más generales a cuestiones más específicas que develan el

hacer del psicomotricista dentro de los hospitales. Con la información obtenida en las entrevistas se realizó un análisis de investigación en el cual se clasificó los datos en una categoría con sus subcategorías correspondientes. En dicho análisis se especifica teóricamente y con ejemplos correspondientes a cada categoría obtenidos de las entrevistas.

Es a través de lo realizado que se pone en acción nuestra práctica investigativa. El intercambio de saberes nos propició una variedad de información a interpretar de los diferentes discursos acerca del posicionamiento epistemológico y la experticia de los profesionales en este ámbito, ya que es esto lo que hace a la elección de la herramienta en el momento del proceso diagnóstico. Nuestra insistencia y preferencia para la elección de un diseño flexible nos permitió, a lo largo de todo el trabajo, ir modificando según nuestros intereses, las preguntas a realizar y, a su vez, pensar otros modos de llevar adelante esta práctica investigativa, cuando se desviaba o perdíamos el foco del objeto de nuestra investigación.

En cuanto a la selección de la muestra, decidimos contactar a psicomotricistas que actualmente se encuentren en ejercicio de sus funciones dentro de hospitales públicos en la ciudad de Córdoba, quienes nos brindaron información valiosa a partir de contarnos sus experiencias como psicomotricistas dentro de la práctica hospitalaria, lo que le asigna un carácter subjetivo a lo recuperado de las entrevistas. Tomamos esta decisión dada la vacancia en la temática de nuestro interés, intentando de este modo, con esta práctica investigativa, generar nuevos aportes, o actualizar los existentes, en torno a las herramientas diagnósticas utilizadas por los psicomotricistas al momento de llevar adelante la evaluación psicomotriz en el ámbito hospitalario, en la ciudad de Córdoba. Ello permitió colaborar con la disciplina a través de este nuevo aporte, alcanzado tras la información obtenida mediante las entrevistas realizadas y los antecedentes indagados.

A partir de lo mencionado es que se comienza a concluir sobre lo investigado. Primeramente, desde nuestra perspectiva, observamos que el hacer psicomotor de las profesionales en el ámbito hospitalario requiere de un esfuerzo y de una necesidad de utilizar herramientas cuantitativas, aunque sea una, para objetivar la mirada, como dice García Ferres (2017) “la instancia de pruebas está dirigida a realizar, (...), un examen objetivo sobre la ejecución, y las funciones motrices, perceptivas, gnósicas y práxicas” (p.41). Aunque en la práctica y ejercicio del rol las psicomotricistas mencionan a las técnicas cualitativas como aquellas que acompañan su proceso de evaluación diagnóstica, las cuales se llevan adelante bajo un encuadre específico que contempla y facilita el despliegue de la expresividad motriz, la actividad espontánea, el juego y la implicación en el jugar, permitiendo conocer así las

problemáticas corporales subyacentes.

Es a partir de la observación, que atraviesa al proceso diagnóstico que las profesionales realizan al evaluar a sus pacientes, que se empieza a tomar conciencia de la importancia de agudizar la mirada y la escucha, de volvernos expertos observadores del funcionamiento psicomotor de cada paciente, con su estilo singular y uso particularizado que hace de sus funciones; técnica cualitativa que se impone dentro del servicio o área en el que está inserta cada psicomotricista entrevistada. Es muy común en este ejercicio el utilizar las entrevistas y el juego como herramientas cualitativas principales dentro del proceso diagnóstico ya que facilitan el despliegue de lo anteriormente mencionado a la vez que otorgan experiencias, vivencias placenteras.

Un dato para resaltar es el contexto en el que se basó esta práctica investigativa. En todos los servicios mencionados, la disciplina se enmarca bajo determinado marco institucional y está sujeta a factores condicionantes para su desarrollo, tales como: el espacio físico, la escasez de materiales, el horario y tiempo acotados para la intervención psicomotriz con los pacientes, los recortes presupuestarios, la escasa disponibilidad de turnos para acceder a la evaluación psicomotriz (en caso de derivaciones externas) lo que evidencia la falta de profesionales que ocupen cargos dentro de este ámbito.

En cuestiones de espacio, entendemos que la Psicomotricidad se realiza en salas con una mayor amplitud que los consultorios y usualmente la utiliza solo el/la psicomotricista, pero comprendiendo que los hospitales públicos de la ciudad no cuentan con un presupuesto extenso, se torna difícil la exclusividad de los consultorios para cada disciplina. Estos recortes presupuestarios también afectan a la adquisición de los materiales, los cuales mayormente son donados o traídos por las mismas psicomotricistas, sin embargo, es importante aclarar que quienes deciden realizar test si cuentan con los materiales para llevarlos a cabo y se los brinda la institución hospitalaria en la que están. Con respecto al tiempo, la demanda por turnos llega a superar completamente el poder hacer de los/las profesionales ya que muchas veces es una sola la psicomotricista en el hospital para infinitos niños/as que necesitan de su atención.

Cabe destacar que en cuando a la intervención psicomotriz en los hospitales no rigen reglas o modos de intervención prefijados, como tampoco en la elección de las herramientas a utilizar durante la evaluación psicomotriz. Las psicomotricistas manifiestan que los lineamientos de intervención influyen en la presentación del encuadre, en el cómo llevar a cabo el abordaje, aunque acentuamos nuevamente que, entre líneas, el condicionamiento del uso de

herramientas cuantitativas está presente tras la oposición de la evidencia y dato medible, cuantificado, en todo al desarrollo psicomotor del paciente.

Es a raíz de esta diversidad de lineamientos que podemos confirmar que hay tantas maneras de hacer Psicomotricidad como psicomotricistas existen. El ejercicio diario de las profesionales se va configurando en el encuentro con cada paciente, se va ampliando, adaptando y creciendo en la medida que los factores condicionantes vayan cediendo o renunciando a eclecticismos o aspectos instituidos propios de cada institución y del contexto socio histórico, político, económico y cultural que atraviesa a la Salud en general.

Es sustancial tener en cuenta que la Psicomotricidad está en constante crecimiento, buscando abrir fronteras, insertándose con mayor fuerza y empuje en este y otros ámbitos, por lo que es necesaria la legalidad y solidez científica y académica de la disciplina en espacios como estos, los hospitales públicos de la ciudad.

La problemática en cuestión posibilita aportar a la disciplina una mirada actual y superlativa de las diferentes herramientas diagnósticas que utiliza el psicomotricista a la hora de realizar un proceso diagnóstico en las instituciones hospitalarias públicas de la ciudad de Córdoba. Era de nuestro interés poder investigar sobre lo anteriormente mencionado para poder así enriquecer, actualizar y generar nuevos aportes en torno a la información que circula sobre el hacer del psicomotricista en este ámbito, entendiendo que en la actualidad coexisten diversos modelos o corrientes que demuestran que sobre la base de fundamentos epistemológicos sólidos existen tantas formas de hacer Psicomotricidad como psicomotricistas conviven.

Luego de un largo camino, hecho a partir de nuestro andar, motivado por los interrogantes que fueron planteados en un principio, podríamos concluir en una satisfacción a partir de los resultados de lo investigado. El indagar, discriminar, identificar y conceptualizar se han convertido en parte de este recorrido y nos han dado la capacidad de aprender e informar sobre aquello que escaseaba. La puesta en juego de la Psicomotricidad en el Ámbito Hospitalario acompañado de la búsqueda de herramientas que se utilizan en este ámbito para realizar el proceso diagnóstico, fueron los temas centrales a investigar, donde, en la búsqueda, se han puesto en juego subjetividades, particularidades y pensamientos de diferentes personas, profesionales, estudiantes y en donde se ha dado una retroalimentación constante entre quienes son y quienes seremos psicomotricistas.

Finalmente reiteramos en palabras simples y concretas: toda forma de hacer psicomotricidad, toda intervención, toda puesta en juego del hacer psicomotor, sea donde sea, termina dependiendo pura y exclusivamente del profesional que lleva a cabo ese hacer. Y con

profesional nos referimos a aquel psicomotricista que tiene experiencias particulares, que trae consigo distintas herramientas de intervención adquiridas, diferentes posicionamientos logrados a través de los años y la capacidad que tiene ese profesional de entrelazar las experiencias prácticas con las teóricas para hacer de sus intervenciones una de las infinitas maneras de hacer Psicomotricidad.

## **Bibliografía**

## **Bibliografía**

Aucouturier, B. (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Graó, Barcelona.

Agüed, G. (2008). Reflexiones acerca de los conceptos que fundamentan la psicomotricidad (I). *Revista Cuerpo en Psicomotricidad*, año 1(4), 27-32.

Albajari, V. (2004). *La Entrevista en el Proceso Psicodiagnóstico*. Psicoteca Editorial. Buenos Aires, Argentina.

Albajari V. (2005) *La evaluación psicológica en selección de personal: Perfiles más frecuentes y técnicas más utilizadas*. Cuadernos de evaluación psicológica. 1º Ed. Editorial: Paidós. Buenos Aires, Argentina.

Arnaiz Sánchez, P. (1991) *Evolución y contexto de la práctica psicomotriz*. Editorial: Salamanca. Asociación Argentina de Psicomotricidad (s/d) Sobre la Psicomotricidad. Buenos Aires, Argentina.

Ávila, V. (2015). *Acontecimientos en la historia de la Psicomotricidad en Córdoba desde el año 2011*. Córdoba, Argentina.

Barrionuevo, D., C. Chávez, S., Gerbaudo, J., Riba F y Sotomayor M. (2014). *Criterios de derivación a Psicomotricidad en niños de 5-12 años: El caso de 4 hospitales de gestión pública de la ciudad de Córdoba*. Trabajo Final de Tecnicatura en Psicomotricidad, Universidad Provincial de Córdoba. Instituto Superior Dr. Domingo Cabred.

Bergés, J. (1998) *Motricidad y psicomotricidad*. Conferencia dictada en la Asociación Argentina de Psicomotricidad. Buenos Aires, Argentina.

Bernaldo, M. (2012). *Psicomotricidad. Guía de evaluación e intervención*. Ediciones Pirámide. Madrid, España.

Berruezo y Adelantado. (2000). El contenido de la psicomotricidad. En Bottini, P (comp.) *Psicomotricidad: prácticas y conceptos* (43-99). Editorial Miño y Dávila. Madrid, España

Berruezo P.P. (2006). Pasado, presente y futuro de la psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad*. (25-36) N°22 Vol.6.

Blasco T., Hernández. L. (2008) Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista. (1-5) *Nure Investigación*, n° 33.

Bleger, J. (1971). *Temas de psicología (Entrevista y grupos)*. Ediciones nueva visión. Buenos Aires, Argentina.

Brukman, S. (2011). *Clínica psicomotriz en niños con problemas en el desarrollo: efectos del diagnóstico médico inicial en la estructuración e intervención psicomotriz*. Tesis de Licenciatura en Psicomotricidad. Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF).

Bottini, P. (2000) *Psicomotricidad: prácticas y conceptos*. 1° ed. Editorial Miño y Dávila. Buenos Aires, Argentina.

Bottini, P. y Sassano M. (2022). La noción de Globalidad de la persona en Psicomotricidad. Actualizaciones y reflexiones (auto) críticas desde los aportes convergentes de diferentes campos del saber. *Paper Inédito*.

Cal, C. (2008). *Psicomotricidad clínica en la infancia. Aportes para un diálogo interdisciplinario*. Editorial Psicolibros Waslala. Montevideo, Uruguay.

Castellani, N. (2013). La Psicomotricidad en el ámbito hospitalario, conquistando espacios. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales N°41 p.47*

Chiodi, S. Tobares, M. Harriague, C. (2015). Una mirada sobre la atención Psicomotriz en los servicios de Salud Pública. *Revista de Salud Pública*, volumen (XIX), 45-59. <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-del-gran-rosario/psicomotricidad-clinica/una-mirada-sobre-la-atencion-psicomotriz-en-los-servicios-de-salud-publica/30393594>

Calmels, D. (1997). *Reuniones clínicas en psicomotricidad*. Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires, Argentina.

Calmels, D. (2003). Las formas del informe. En Calmels, D. (2009). *Diagnóstico Psicomotor. Diagramas de abordaje*. Material de seminario de formación de AFeP. Córdoba, Argentina.

Calmels, D. (2016). *¿Qué es la Psicomotricidad?* Editorial Lumen. Buenos Aires, Argentina.

Calmels, D. (2009). *Diagnóstico Psicomotor. Diagramas de abordaje*. Material de seminario de formación de AFeP. Córdoba, Argentina.

Camps, C y Mila, J. (2011). *El psicomotricista en su cuerpo. De lo sensoriomotor a la transformación psíquica*. 1° Ed. Editorial: Miño y Dávila. Buenos Aires, Argentina.

Cisterna Cabrera, F. (2005) Categorización y triangulación como proceso de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, vol (14), N° 1. 61-71. Universidad del Bío Bío. Chillán, Chile.

Chokler, M. (1988) *Los organizadores del desarrollo psicomotor: del mecanismo a la Psicomotricidad operativa*. Ediciones Cinco. Buenos Aires, Argentina.

Chokler, M. (1999) *Acerca de la práctica psicomotriz de Bernard Acourutier*. Editorial Ariana. Buenos Aires, Argentina.

Cortés Cortés, M. y León, M. (2004). *Generalidades sobre Metodología de la Investigación*. Editorial Universidad Autónoma del Carmen. México.

Da Fonseca, V. (1998). *Manual de observación psicomotriz*. Editorial. Inde. Barcelona, España.

Diez, M. (2009). El proceso diagnóstico en Psicomotricidad. *Revista de APPIA*, (18), 123-129.

Efron, A.M, Fainberg, E., Kleiner, Y., Sigal, A.M y Woscoboinik, P. (1987). *La hora de juego diagnóstica*. En M.L Siquier de Ocampo, Maria L. Las técnicas proyectivas y el proceso Psicodiagnóstico. Editorial Nueva Visión.

García, B. (1999). *El cuerpo. Cuerpo real, Esquema Corporal, Imagen Corporal*. Cuerpo y Representación. Editorial Psicolibros. Montevideo, Uruguay.

García Fanlo, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben. *A parte Rei revista de Filosofía*, (74), 1-8. Buenos Aires, Argentina.

García Ferrés (2006). Bases y fundamentos de la evaluación psicomotriz y su especificidad como herramienta diagnóstica en el niño preescolar y escolar. En *Psicomotricidad-Perspectiva Uruguaya*. Montevideo, Uruguay. EDUNTREF.

González, L. (1999). *Formas y fondo en la estructura psicomotriz: apuntes para el diagnóstico en los momentos iniciales del desarrollo*. Buenos Aires, Argentina. El cisne.

González, L. (2009). *Pensar lo psicomotor, la constructividad corporal y otros textos*. 1° Ed. Buenos Aires. EDUNTREF.

González, L. (2011) (comp.) *Temas de investigación en Psicomotricidad*. EDUNTREF. Buenos Aires, Argentina.

Henig, I. (2017). *Metodología de la intervención en la Clínica Psicomotriz*. De León C., Cal C. (comp.). Psicomotricidad. Perspectiva Uruguaya. Eduntref. Buenos Aires, Argentina.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Editorial McGraw-Hill. México.

Janin, B. (2013). *Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños*. Editorial: Noveduc. Buenos Aires, Argentina.

Manghi, L. (2007). De la práctica, la teoría y la ética de la Psicomotricidad. *Revista Cuerpo N°7, Volumen (1)*, 28-40. Buenos Aires, Argentina.

Marazzi, M. (2005). *Acerca de las "técnicas" en Psicomotricidad y la formación*

*corporal del Psicomotricista*. Untref. Buenos Aires, Argentina.

Marazzi, M. (2011). El cuerpo en el tiempo. En González, L. (comp.) (2011) *Temas de investigación en Psicomotricidad*. (pp. 131-159) EDUNTREF. Buenos Aires, Argentina.

Marazzi, M. (2016). El despliegue del jugar en la práctica psicomotriz. La intervención psicomotriz en las formas del jugar y del no jugar. 1ra. ed. (pp.187-208). *Revista de Psicomotricidad*. Buenos Aires, Argentina.

Maxwell, Joseph A. (1996). *Qualitative research design. An Interactive Approach*. 3° edición. Editorial Leonard Bickman. Débora J. Rog. Traducción de María Luisa Graffigna.

Mendizábal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible de la investigación cualitativa. En Vasilachis, I (coord.) (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Universidad Gedisa. Barcelona, España

Mila, J. (2018). *Psicomotricidad, intervenciones en el campo adulto: prevención, educación, y terapia psicomotriz*. Corpora Ediciones. Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud Pública. (2007). Reglamento general de hospitales. <https://files.sld.cu/minsapdocumentos/files/2009/08/reglamento-general-de-hospitales.pdf>

Ministerio de Salud y desarrollo social (2018) Abordaje de la salud mental en hospitales generales. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento226.pdf>

Muñoz, M. (2011). La Entrevista...Consideraciones teórico metodológicas a los fines de la investigación. *XIII Jornadas Inter escuelas/Departamentos de Historia*. Departamento de Historia de la Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Catamarca. Catamarca, Argentina. <https://cdsa.academica.org/000-071/597.pdf>

Oiberman, A. Paolini, C. Mansilla, M. (2012). Escala Argentina de Inteligencia Sensorio-motriz (E AIS): Percentiles nacionales. *Sistema de Información Científica Redalyc. Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante*. Buenos Aires, Argentina. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18026361008>

Pappagna, S. (2000). Un dispositivo posible para la formación continua del psicomotricista. En: Pablo Bottini compilador (2000). *Psicomotricidad: Prácticas y conceptos*. Editorial Miño y Dávila. Buenos Aires, Argentina.

Ponce de León, E (2002). Una propuesta interdisciplinaria: psicoanálisis y psicomotricidad en una técnica conjunta para el tratamiento de niños. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 96. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psa-16981>

Ravera, C. (2012). *Clínica Psicomotriz del Bebé. Favoreciendo desde el abordaje Psicomotor la construcción subjetiva del bebé con compromiso en su desarrollo*. 2da.ed.

Imprenta Paulo De los Santos. Montevideo, Uruguay

Ravera, C. (2018). *Clínica psicomotriz del bebé: favoreciendo desde el abordaje psicomotor la construcción subjetiva del bebé con compromiso en su desarrollo*. 2a ed. Montevideo, Uruguay. [S.N]

Real Academia Española Rae (1992). *Diccionario de la lengua española*. 21° Edición. Editorial Espasa Calpe. Madrid, España.

Rodríguez, M. (2015). Trastornos psicomotores: Alegato por la complejidad. En Cerutti et al. *Encuentros en Psicomotricidad* (pp.33-68). Editorial Del Boulevard. Córdoba, Argentina.

Rodríguez Ribas, J. (2013). *La práctica psicomotriz en el tratamiento psíquico*. Editorial Octaedro. Barcelona, España.

Romero, A y Romero K (2020). El juego como herramienta psicomotriz en los niños hospitalizados. *Revista Psicomotricidad movimiento y emoción* N°6.

<https://cies-revistas.mx/index.php/Psicomotricidad/article/view/122>

Rodríguez Sabiote, C., Lorenzo Quiles, O., & Herrera Torres, L. (2005). Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, XV (2), 133-154.

Ruiz Olabuenaga, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto. Bilbao, España.

Schojed-Ortiz, D. (2010). *Psicomotricidad. Caminos y herramientas en la intervención*. 1° Ed. Editorial: Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

Sánchez y Llorca (2008). El rol del Psicomotricista. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, núm. 3, 57-76. Asociación de Psicomotricistas del Estado Español.

Sampieri, H. (2006). *Metodología de la Investigación*. Ed. McGraw-Hill. Buenos Aires, Argentina.

Serrabona Mas, J. (2016). *Abordaje Psicomotriz de las dificultades de desarrollo*. Editorial Horsori. Barcelona, España.

Strauss y Corbin (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Contus. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Sykuler, C. (2016). ¿Es o no juego? Cuerpo y juego en la clínica psicomotriz con niños pequeños. En Alvarado (2016) (comp.). *Jugar en psicomotricidad. Estudios, análisis, reflexión y práctica*. Editorial Revista de Psicomotricidad. Buenos Aires, Argentina.

Universidad Provincial de Córdoba [UPC]. Facultad de Educación y Salud [FES].  
(2022) Plan de estudio, Licenciatura en Psicomotricidad. [www.upc.edu.ar](http://www.upc.edu.ar)

Untoiglich, G. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz*. Editorial Noveduc. Buenos Aires, Argentina.

Vasilachis de Giardino, I (coord.) (2006). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Editorial Biblioteca de Educación. Barcelona, España.

Vasilachis, G. (2009). Los fundamentos ontológicos y epistemológicos de la investigación cualitativa. *Forum: qualitative social research*, 10(2). <http://www.qualitative-research.net/>

Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y Juego*. Editorial Gedisa. Buenos Aires, Argentina.

## Anexo

## Anexo I: modelo de entrevista

Entrevista nro:

<i>Fecha</i>
<i>Título profesional</i>
<i>Año y lugar de egreso</i>
<i>Hospital y servicio al que pertenece</i>
<i>Antigüedad</i>

1. ¿Cuál es el rol profesional del Psicomotricista dentro del hospital?
2. ¿Trabaja en equipo dentro del área/sector que pertenece? (interdisciplina)
3. En cuanto a su trabajo: ¿cómo entiende/piensa la etapa de evaluación psicomotriz?  
¿Cómo la lleva adelante?
4. ¿Hay aspectos institucionales que condicionan, limiten o regulen los modos de pensar el proceso de evaluación de un sujeto cuando llega a psicomotricidad?
5. ¿Qué espacio físico utiliza para llevar adelante una evaluación psicomotriz?
6. Con respecto a la derivación: ¿cómo llega el paciente a psicomotricidad dentro de este servicio-área? ¿Cuáles son los principales motivos de derivación?
7. ¿Qué áreas-sectores-consultorios frecuenta en Psicomotricidad?
8. Una vez que recibís la consulta: ¿cuál es el próximo paso?
9. ¿Cómo organizas tu evaluación diagnóstica?
10. ¿Qué instrumentos y/o herramientas utilizas con frecuencia para valorar el funcionamiento psicomotor de un sujeto que llega derivado a Psicomotricidad?
11. ¿Qué criterios toma para la elección de dichos instrumentos o herramientas?
12. ¿Qué materiales y/u objetos utilizas con frecuencia para valorar al sujeto?
13. ¿Cómo armas el dispositivo espacial y temporal para el momento de la evaluación?
14. ¿Cuánto tiempo dura una evaluación psicomotriz? Encuentros-Sesiones
15. Pensando en la instancia posterior a la evaluación psicomotriz: ¿Qué sucede?
16. Dentro del hospital: ¿suelen solicitar los derivantes un informe psicomotriz? ¿Cómo lo elabora? ¿Qué informe recupera? ¿Que comunica de todo lo evaluado?
17. ¿Considera importante el trabajo del psicomotricista en este ámbito? ¿Por qué?

## Anexo II: Entrevistas

### Entrevista N° 1

<i>Fecha</i> 12/10/2022
<i>Modalidad</i> virtual, por plataforma Google Meet, link de acceso <a href="https://meet.google.com/ptx-zpjp-nay">meet.google.com/ptx-zpjp-nay</a>
<i>Antigüedad</i> 15 años (10 años en el área de especialidades no médicas; 5 años en el área de salud mental)

Entrevistador/a: **Hola ¿cómo andas? ¿Se escucha?**

*Entrevistado/a:* ahora sí, estaba muteada. Hola ¿Cómo andan?

Entrevistador/a: **Bien, muchísimas gracias por acceder a la entrevista.**

*Entrevistado/a:* Por favor, mira qué bueno verlas porque hay muchas caras conocidas. Bueno, cuéntenme.

Entrevistador/a: **Nosotras le queremos pedir autorización si podíamos grabar la entrevista más que todo también para después servir a la de lo que es la transcripción. Si le molesta**

*Entrevistado/a:* No, no, no hay problema, no hay problema.

Entrevistador/a: **Nuestra de nuestra tesis, es que la herramienta que se utilizan en el ámbito hospitalario en lo que es el proceso de diagnóstico.**

**¿En qué hospital está trabajando?**

*Entrevistado/a:* en el Hospital Infantil Municipal

Entrevistador/a: **¿En qué área trabaja?**

*Entrevistado/a:* En el hospital yo estoy en lo que es salud mental. En el área de psicomotricidad

Entrevistador/a: **¿Hace cuánto trabaja en esa área?**

*Entrevistado/a:* En esa área porque en el hospital yo hace desde el 2007 que estoy en el hospital. En salud mental debe ser desde más o menos 2016- 2017

Entrevistador/a: **¿Y antes en qué área trabaja?**

*Entrevistado/a:* Antes yo dependía de lo que eran especialidades, no médicas.

Entrevistador/a: **En áreas no médicas no sabíamos de ese dato. ¿Cómo surge la consulta en psicomotricidad en el hospital? algún ejemplo**

*Entrevistado/a:* Los pacientes llegan por interconsulta o derivados por pediatras, neurólogos, algún médico especialista, psicopedagogos, psicólogos, son los menos los que llegan por consulta de la escuela, Porque usualmente la escuela los manda al pediatra o al neurólogo y es el médico el que lo manda a psicomotricidad.

Entrevistador/a: **Al psicomotricista, más en el área hospitalario.**

*Entrevistado/a:* Sí, acá en el hospital llegan así.

Entrevistador/a: **Y ¿cómo inicias el proceso de diagnóstico? algún ejemplo**

*Entrevistado/a:* No sé qué me quieres decir con ejemplo, pero en realidad es el paciente viene al hospital, o sea, pide el turno con psicomotricidad. Los turnos usualmente se dan por turneros central. Otras veces te golpean la puerta en el consultorio y piden el turno. Entonces en función de la cantidad de turnos que yo pueda tener o en función del motivo de consulta, es donde yo organizo las admisiones. Si vemos que es un motivo de consulta es como bastante urgente o para llegar a alguna conclusión como más rápido. Es como que se da como un sobre turno, digamos. Sí, una vez que ellos tienen ese turno se hace una primera entrevista sólo con los padres.

Se intenta en realidad que sea solo con los padres y en esa primera entrevista se toman todo lo que son los datos filiatorios del niño, antecedentes médicos antecedentes pre, peri y postnatales, antecedentes escolares, ¿sí? se hace la entrevista inicial de la historia del niño. De la historia del niño y su familia.

Y después de esa primera entrevista planificó aproximadamente entre 3 y 4 sesiones para valoración.

Sí, donde ahí ya se hace el trabajo de manera directa con el niño. A veces son tres, a veces son cuatro a veces son seis, o sea, pero si trato de que no sean más de seis. Y después de esas seis sesiones de valoración con el niño, yo hago devolución con los papás y hago o devolución con los papás, o devolución con el profesional que lo derivo, por ejemplo, si el profesional fue el neurólogo yo lo que le pido a los padres es que mientras hacemos la valoración ellos saquen un nuevo turno con neurología para que yo termine la valoración y una vez terminada la valoración vayamos al turno con el neurólogo y yo voy con los papás, el niño al neurólogo y ahí hacemos como una devolución con los padres y con el neurólogo.

Entrevistador/a: **¿hay alguna norma institucional que delimitan ese hacer y/ o esas intervenciones?**

*Entrevistado/a:* Institucional, o sea, el Hospital Infantil a mí no, no me exige nada, o sea, la modalidad de trabajo en psicomotricidad la planteábamos los psicomotricistas que estamos acá, yo. ¿De dónde yo saqué esa organización? Yo la saqué de la Asociación modem en Buenos Aires donde el presidente es Bottini, ellos tienen como una planificación del proceso de diagnóstico. Y en esa planificación del proceso de diagnóstico, ellos plantean estos pasos una primera entrevista, ¿sí?, después un primer momento de entrevista con los padres, un

segundo momento de evaluación del niño y un tercer momento de evolución para con los padres.

Entonces yo tomé esas características, no las cumpla a rajatabla, porque les voy dando como esto, que yo les decía a veces con tres sesiones a veces con cuatro a veces la devolución con el neurólogo. Después yo le voy dando como la impronta mía, pero yo me basé en ese protocolo para yo organizarlo. ¿Se entiende? en esto que yo les digo la primera entrevista tiene que ser sin los niños, pero me pasa que los pacientes que sacan turno en el turnero central, no los puedo encuadrar *yo para decirle tal día, tal hora vienen al consultorio, vienen sin el niño porque vamos a charlar los adultos*. No las familias que sacan turno en el turnero central, sacan el turno y vienen con el niño porque se creen que la primera consulta.

Ya se trabaja con el niño, entonces muchas veces me pasa que te dicen, pero como si el que tiene que al que tiene que valorar es el niño, entonces bueno, hay que encuadrar a esa familia para explicarle, porque necesitamos esa entrevista con con el adulto sin el niño, por ejemplo.

**Entrevistador/a: Y hay alguna, o sea más allá de lo que, en si vos fuiste creando lo que era el tipo del encuadre del proceso, ¿sí?**

*Entrevistado/a:* si el encuadre sí, pero

**(PAUSA, LA BUSCARON EN EL CONSULTORIO)**

*Entrevistado/a:* Perdón entró gente, si ¿Qué decías Laura vos?

**Entrevistador/a: no hay problema. De ¿que si hay otras normas institucionales que vayan como delimitando ese proceso?, o sea más allá de como vos me venías contando lo del turnero central, por ejemplo. De esto que caen con el niño. ¿Se te ocurre ahora alguna otra?**

*Entrevistado/a:* Sí, nosotros a nivel institucional el Servicio de Salud Mental el está formado por psiquiatría, psicología, psicopedagogía y psicomotricidad. El Servicio de Salud Mental cada área hace las entrevistas de admisión de su área. Bueno, entonces hay un día que le toca, por ejemplo, hoy miércoles le toca psicología, los lunes le toca psicopedagogía. Bueno los jueves le toca a psicomotricidad. Eso sí está estipulado, que por servicio cada área tiene que hacer tres ingresos por semana. Pero lo único que está estipulado es eso los tres ingresos, después el recorrido que el paciente hace en psicomotricidad lo estipulo yo.

**Entrevistador/a: ¿Lo estipulas vos como psicomotriz desde tu particularidad?**

*Entrevistado/a:* exacto

**Entrevistador/a: Y en el espacio físico que brinda el hospital, ¿cuál sería? ¿Un consultorio? ¿En qué otras áreas por ahí, en qué otros lugares por ahí vos utilizas como psicomotricista para llevar a cabo la evaluación o la valoración, el proceso?**

*Entrevistado/a:* El proceso se hace todo en el mismo consultorio psicomotricidad tiene un consultorio, mediano tirando a chico pero suficiente. Sí tiene un consultorio y en este consultorio se hace todo, se hace la entrevista, se hace la evaluación con los chicos. Se hace todo.

**Entrevistador/a: ¿cómo divide usted ese proceso?, ¿cómo lo vas organizando o de manera? Bueno, ya más o menos lo has explicado, ¿cuáles son los más que todos los instrumentos o herramientas que vas utilizando en la realización del proceso?**

*Entrevistado/a:* Mira yo lo que intento hacer es, primero la entrevista inicial. ¿Sí? de ahí trato de recabar la mayor cantidad de datos en función del motivo de consulta que trae y en función de lo que los padres o tutores o adultos al cuidado del niño traen en esa entrevista.

Usualmente acá nosotros en el hospital hacemos, valoración ¿sí? son un poco los pacientes con los que hacemos tratamientos. Si se hace tratamiento se estipula que el tratamiento usualmente lo tratamos de encuadrar de que tiene un momento de cierre porque se trata de acompañar a que los padres.

Por ejemplo, si derribamos a un diagnóstico de discapacidad aquel niño acceda el certificado de discapacidad y con ese certificado que acceda a centro de rehabilitación de trabajo interdisciplinario.

Acá en el hospital, se trabaja más multidisciplinariamente por decirle de alguna manera. ¿Sí?, digo yo estoy en el Servicio de Salud Mental y no obstante son pocos los pacientes que comparto con las otras áreas. Un psicopedagogo no comparto ninguno; con psicología debo compartir dos o tres. ¿sí?, y no quiere decir que los pacientes que nosotros tengamos no necesiten esas terapias, pero, una de las políticas del servicio es que paciente con discapacidad y con certificado de discapacidad tenemos que buscar que los tratamientos se hagan a nivel provincia. Porque son tratamientos largos, ¿sí? son tratamientos largos, son tratamientos que se necesitan sí o sí, el trabajo en equipo. Entonces, bueno, eso esos tratamientos acá no se hacen porque somos pocos los profesionales dentro del servicio y es mucha la demanda que hay.

Entonces es, no me acuerdo cómo llegué acá, pero entonces en cuanto el proceso de diagnóstico es, se hace la entrevista, después de la entrevista empiezo la valoración con el niño y en esa valoración con el niño, yo intento que hacer, o en realidad lo que yo trato de valorar en esas sesiones, es todo lo que es despliegue práctico global y fino, y dentro de esas sesiones, trato de

ver todo lo que es actividad espontánea, juego compartido. Yo siempre que hablo de esto yo quiero que ustedes traten de entender, esto digo, yo en esas sesiones trato de puntualizar la mirada psicomotriz en esos aspectos. Pero si en ese despliegue práxico global, sale un juego simbólico, yo trato de acompañar ese juego simbólico y después en el tiempo de análisis de lo transcurrido ahí pienso que del juego simbólico. ¿Se entiende?

Pero para yo organizarme es, trato de una primera sesión todo lo que es despliegue le digo yo, una segunda sesión trató de plantear todo lo que es juego simbólico o según la edad del niño juego más reglado ¿sí?, donde pueda ver esto de la interacción, la comunicación, el diálogo. Que en el juego del despliegue también lo voy a ver.

En otra sesión trató de ver sobre todo aspectos más del despliegue cognitivo, entonces ahí trato de valorar más noxias, grafismo, esquema corporal. ¿Sí?

Entonces si ustedes ven en la primera sesión cuando yo hice despliegue ya vi esquema corporal entonces en esta segunda sesión en esta tercera sesión, yo puntualizó esquema corporal trato de ver más o ver qué me faltó de eso.

**Entrevistador/a: O si hay algo que tienes una duda puntualizar.**

*Entrevistado/a:* Exactamente, exactamente o si hay algo que no me quedo como muy claro, digo, bueno, lo vuelvo a tomar para ¿sí?; después en otra próxima sesión según la edad del niño también trato de ver de si se aplica alguna técnica psicométrica, usualmente lo que yo suelo usar es Tepsi, según la edad del niño Bender, o por ahí, tomó algunos screening que me puedan como corroborar, que eso que yo veo está dentro de lo que yo creo.

**Entrevistador/a: Y ahora hablando de edades más o menos un rango de edades que se manejen dentro.**

*Entrevistado/a:* Este proceso de diagnóstico del cual, yo les estoy hablando usualmente es con niños de tres a seis años.

**Entrevistador/a: Ese es como el rango general más que todo.**

*Entrevistado/a:* No, en el hospital yo trabajo con niños de, yo creo que el más chiquito que debo tener o debo haber tenido es cinco o no ahora creo que hay una nueva gordita de cuatro meses. Sí, más o menos es de tres meses en adelante y los niños más grandes que he tenido deben haber tenido 10-12 años, no mucho más. En el hospital se atienden desde los 0 a los 15 años.

**Entrevistador/a: A raíz de lo bueno de este proceso que vos me fuiste contando de la parte que vas evaluando diferentes ámbitos, diferentes momentos de los del proceso de la parte de la globalidad. En cuanto a las herramientas y a los instrumentos, por ejemplo,**

**los juguetes. Perdón los materiales blandos, los materiales más rígidos, ¿cómo vas seleccionando estos materiales? depende del niño o ya vos tenés ya pactado decir bueno voy a empezar con esto materiales en la parte global, voy a empezar con el túnel, por ejemplo.**

*Entrevistado/a:* No No, no, no tenemos túnel acá. No sí, a ver el material yo lo planteo en función de lo que, yo quiero observar ¿sí? y en función del interés del niño también. Entonces, por ejemplo, cuando trato de pensar, cuando busco valorar todo lo que es despliegue usualmente uso o pelotas o sogas una escalera, los bolos, los palos de golf. Ahora no quiere decir que a todos les pongan los mismos sí, a todos usualmente les ofrezco las pelotas para hacer despliegue.

Sí, pero la pelota puede variar entonces algo no le puedo ofrecer un globo, o sea eso también yo lo que siempre le insisto a las chicas, es que hay algo que uno tiene que es también en este proceso tiene que motivar al niño, tiene que que incentivarlo, tiene que generar confianza, tiene que generar sorpresa para que el niño así se incentive ha, ¿Se entiende? Después por ejemplo para lo que es juego simbólico y ahí voy viendo, ¿no? Entonces vienen los niños que les encantan los dinosaurios y saco los dinosaurios; y vienen niños que les gusta la cocinita y sacamos la cocinita y un muñeco; o hay niños que para los simbolismos le gustan los bloques de construcción y sacamos bloques grandes, chicos madera, ¿se entiende? entonces tratamos, yo sobre todo, esto digo yo siempre le digo a los chicos, no, yo no soy de la partida de que sea lo importante es el material, sino el que hago con el material. ¿Se entiende?

**Entrevistador/a: Y en cuanto material por ahí es una pregunta personal ¿lo brinda el hospital?**

*Entrevistado/a:* No, acá en el consultorio donde estoy yo, es todo traído personalmente.

Lo único que hospi me brinda es la mesa la silla la cajonera que tengo

**Entrevistador/a: El mobiliario**

*Entrevistado/a:* Sí, el resto nada. Por ejemplo, yo, y las chicas te salen de decir, bloques, material blando bloques de gomaeva y eso no tenemos nada.

**Entrevistador/a: Es una realidad también**

*Entrevistado/a:* Sí, pero en realidad yo lo que quiero llegar con esto es esto, ¿no? Por eso cuando vos me preguntaste el consultorio. Yo me río porque me parece que también eso ¿no? idealizamos y creemos que el consultorio es psicomotricidad. Sí, estaría buenísimo que sea. Pero me parece que se puede hacer mucho, mucho con otras cosas, ¿no? Nosotros, por ejemplo, ayer trabajamos con una nena un circuito en el consultorio que no sé chicas, qué medida tendré este consultorio, ¿tres metros y medio por tres metro y medio tendrá?

Entonces y armamos un circuito y usamos la silla, usamos la mesa chiquita, usamos una escalera y armamos una flor de circuito. Entonces a eso voy, digo los materiales son importantes sí, estaría bueno tenerlos sí. Pero bueno, por ejemplo, rolo con los bebés yo no tengo rolos, uso mi pierna y mi pierna es el rolo, por ejemplo, ¿se entiende? y por ahí también está bueno, esto no, de que a veces los padres vienen y te dicen ay, lo que pasa es que yo no tengo ese juego en mi casa, entonces ¿cómo hago para...? entonces que ellos vean que nosotros tampoco lo tenemos y que podemos usar el cómo rolo nuestra pierna. A veces yo me escucho decirlo y digo, me quiero consolar con la nada misma, pero bueno es lo que hay.

**Entrevistador/a: Es una realidad que va atravesando lo que es la profesión y ahí va lo que es la creatividad y la formación del psicomotricista porque vos con tu cuerpo, hiciste un rolo.**

*Entrevistado/a:* Cien por ciento en el internado a veces me pasan a subir y no tienen almohada los chicos. Bueno, entonces busquemos una frazada y esa frazada la doblemos y bueno y es así. Se va haciendo, o sea, se pide la almohada. Sí, sí, yo he pedido a dirección los materiales blandos, sí; Pero bueno, sabemos cómo es la situación y siempre hay otras cosas más importantes. Pero eso, o sea, que el material no esté no significa que no se haga lo que se tenga que hacer.

**Entrevistador/a: Totalmente y volviendo un poco lo que es por ahí los sujetos que van llegando a la consulta más o menos generalmente algún panorama general, ¿qué perfil por ahí se maneja un poco más hablando de esto de que llegan a través del pediatra, a través de otro que lo deriva?**

*Entrevistado/a:* ¿A qué te referís con perfil? No hablamos de diagnósticos.

**Entrevistador/a: No hablan de diagnósticos por ahí**

*Entrevistado/a:* No, no sé, pregunto si ustedes hablan se refieren ¿a qué diagnósticos o a qué?

**Entrevistador/a: Por ahí lo que nos referíamos nosotros de decir bueno llega marcado a raíz del pediatra porque se ve un retraso en alguna adquisición, o el niño no mueve su cabeza, o no sostiene su cabeza.**

*Entrevistado/a:* Bien, ya entendí. Usualmente en función de eso vienen, por ejemplo, cuando vienen derivados por los pediatras usualmente vienen los motivos de consulta, son ausencia de hitos o retraso en la adquisición de hitos. Entonces por ejemplo te llega un niño de un año que te dice me manda el pediatra porque no gatea y se sentó recién a los 11 meses, por Ejemplo, esos son los motivos de consulta.

Después por ejemplo llegan otros diagnósticos otros, me ha pasado por ejemplo con pacientes de gastroenterología, que ven que son niños que tienen dificultades en la alimentación

y que deben, por ejemplo, entonces te ponen me llama la atención el vínculo de este niño con esta madre solicitó valoración de psicomotricidad, por ejemplo. Eso llama como mucho la atención el tema es que bueno, yo creo que también uno se fue haciendo conocido y los gastroenterólogos se fueron dando cuenta que hacemos entonces por ahí piden, así como la valoración con fonos, psico. Después, por ejemplo, desde neurología usualmente vienen por cuestiones conductuales, o vienen por retraso en el desarrollo, o vienen para solicitar un diagnóstico diferencial, por ejemplo, trastorno del lenguaje, discapacidad intelectual, o TEA ¿sí?, ellos no te ponen esto TEA o discapacidad si no te ponen no sé por ejemplo en los ERP te ponen, solicito interconsulta con psicomotricidad, niño con dificultades del lenguaje y en la interacción, por ejemplo. ¿Se entiende? usualmente desde neurología vienen esas cuestiones. O por ejemplo, niños silla con un diagnóstico neurológico definido que como consecuencia de ese diagnóstico neurológico tiene un retraso psicomotor, por ejemplo; niños con esclerosis tuberosa que sabemos cómo una enfermedad neurológica y genera retardo del desarrollo, entonces vienen por eso o por ejemplo te mandan también niños con síndromes y que saben que ese síndrome cursa con o por ejemplo también me pasa endocrinología también manda sobre todos los niños con cómo se llama, con hipotiroidismo congénito, usualmente los mandan a control del desarrollo. Con trabajo social también tengo muchas interconsultas usualmente en niños en contextos sociales vulnerables, usualmente también servicio social pide interconsulta con psicomoto, me parece que eso es más que nada.

**Entrevistador/a: Con lo que fuiste comentando en la parte neurología, gastroenterología son niños que están internados**

*Entrevistado/a:* No, no necesariamente.

**Entrevistador/a: Bueno, ahora vamos un poco más, cómo definirías. El proceso de diagnóstico psicomotor.**

*Entrevistado/a:* ¿Qué me quieren decir con que dé cómo definiría el diagnóstico?

**Entrevistador/a: ¿Que es para vos este proceso de diagnóstico psicomotor que veníamos hablando?**

*Entrevistado/a:* El proceso de diagnóstico yo por ahí digo, bueno, a ver con el proceso de diagnóstico, yo tengo que tratar de conocer el niño, tengo que tratar de conocer el funcionamiento psicomotor del niño. ¿Sí?, yo siempre le digo a las chicas tenemos que tratar de poder entender el ¿qué hace el niño, por qué lo hace, para que lo hace, cómo lo hace, dónde lo hace, con quién lo hace? Sí, ¿cuándo lo hace, cuántas veces lo hace? para a partir de ahí yo poder conocer el estilo psicomotor de ese niño y saber que me llama la atención a mí de ese estilo psicomotor si este estilo psicomotor responde a un diagnóstico propiamente dicho, o si

es un estilo psicomotor, que ahí digo, si es un estilo psicomotor que influye o no en el funcionamiento psicomotor de ese niño.

Y cuando hablo del funcionamiento psicomotor hablo de esto, de estas posibilidades del niño sí de desenvolverse en el ambiente y en el contexto en el que ese niño está.

Y yo en eso hago mucho hincapié en ver si eso le sirve o no para desenvolverse en el contexto en el que está. Nosotros acá en el hospital tenemos muchos pacientes en contexto, socioculturales vulnerables. Entonces, yo siempre le digo a las chicas a mí las técnicas psicométricas me encantan, pero si yo tengo que tomar técnicas psicométricas a todos los pacientes que yo tengo acá en el hospital les puedo asegurar que todos me dan desfasados. Entonces yo lo que me cuestiono es ¿me dan desfasados porque están desfasados o me dan desfasados porque en el contexto social-cultural en el que están inmerso no es el mismo contexto social cultural con el que se generaron esos baremos? Con esto que quiero decir, no quiero decir que no tenemos que usar las técnicas psicométricas, porque es lo que yo les decía recién, yo uso algunos screening, que a mí me sirven decir, bueno, a ver yo a las chicas siempre les digo yo soy de la partidaria que nosotros tenemos que saber desarrollo típico, para del desarrollo típico poder entender que me llama la atención. ¿Por qué? porque nosotros sabemos que todos los chicos caminan a los 16 meses ¿no?, digo los screening dicen 16 meses marcha independiente; pero si yo tengo un niño y me ha pasado, un niño que vos decís, tiene todo, todo para caminar y no camina.

Bueno, digo tiene todo, digo tiene un buen tono, una buena organización corporal tiene buenos pasajes, que tiene intencionalidad, tiene motivación, tiene todo para caminar y no camina, y me ha pasado de decirle a la madre, bueno, ponelo en el piso, ponelo en el piso, ponelo en el piso y el chiquito, claro estaba 24 horas dentro de un corralito. ¿Sí? y cuando me entero en la casa no había piso entonces la madre no lo ponía en el piso porque había tierra.

Entonces digo ¿son casos extremos? Si, son casos extremos, pero cuando la madre me dijo que no tienen piso que tienen tierra y que por eso lo ponen el corralito ahí entendí porque yo le veía todos los parámetros y no desarrollaba el hito. Y me parece que eso es lo que fundamenta esto que yo insisto y soy pesada, en que nos tenemos que parar en la globalidad de la persona.

¿Si? No me acuerdo cómo llegué a esto, pero entonces eso digo en ese diagnóstico psicomotor uno tiene que tratar de conocer todo eso y ese conocer también, porque algo que yo le digo a las chicas ahora que están haciendo el informe psicomotor, yo también como psicomotricista tengo que poder explicar, porqué hace eso ese niño, ¿se entiende? o si me responde a mí algún diagnóstico o algún trastorno. ¿Sí?, a mí me pasa así que acá en el hospi que trastornos

psicomotores puros, yo no vi o casi no veo, usualmente, sí, lo que vemos, son trastornos del neurodesarrollo que influyen en el funcionamiento psicomotor del niño.

Entonces eso digo yo en ese funcionamiento psicomotor tengo que decir bueno a ver, por ejemplo, Tiene más rasgos de qué trastorno del neurodesarrollo. Bueno, tiene más rasgos de esto y esto ¿en que influye en su funcionamiento psicomotor?

**Entrevistador/a: Buenísimo, muchísimas. Y la última pregunta es ¿qué implica ser psicomotricista en el ámbito hospitalario público? Y ¿cuál es la especificidad de la disciplina en ese ámbito?**

*Entrevistado/a:* ¿Qué implica ser psicomotricista?, no sé porque fui siempre psicomotricista, entonces no sé qué implica ser otra cosa. Lo que sí yo creo, y en esto me voy a tirar un poco de laureles, sí lo que yo creo es que tenemos estereotipos armados en torno a el ámbito hospitalario, ¿No? Es un ámbito en donde el saber médico prima, yo eso no lo niego. Y cuando digo el saber médico todavía hay muchos lugares en donde prima el saber orgánico, entonces somos órganos.

Si acá en el hospital se está viendo un cambio de paradigma y hoy hay como mucha más apertura a poder entendernos como seres bio-psico-sociales. Entonces los distintos profesionales, porque también eso, o sea, en el hospi no son sólo médicos, hay kine, hay fono, hay administrativos. Yo siempre digo eso el equipo de salud somos todos, incluso la chica que nos viene a limpiar, o sea que viene a limpiar el consultorio. Somos todo el equipo de salud entonces, yo creo que en este cambio de paradigma favorece a la psicomotricidad ¿Por qué? y porque empezamos a hablar ya no somos estas especialidades que hablan de esto que no se ve; Sino que podemos empezar a fundamentar de manera teórica científica evidente, de nuestro rol, de nuestro aporte y de nuestra especificidad eso por un lado.

En cuanto a ¿qué aporta la psicomotricidad? a mí lo que me pasa es que esta mirada desde la globalidad por ahí que tenemos, ayuda al equipo, digo yo, que me quedo pensando ahí porque no somos equipo, pero a mí me pasa, por ejemplo, cuando yo hablo con los neurólogos, en que le digo, mira hace esto, pero también tiene esto y ellos te dicen a mira, no lo había pensado.

En esta mirada desde la psicomotricidad, desde la globalidad y desde la Complejidad yo trato de ver la interrelación de los aspectos que se observan y esa interrelación expresarse la al otro y el neurólogo por ahí te dice, Ah, mira, yo me había quedado solamente con esto.

O por ejemplo me pasa por ahí con la gente cuando intervengo en internado de que te dicen, es una mamá que no lo alza, entonces bueno, cuando uno empieza a ver y empieza a entrar y qué sé yo, es un nene que tiene un cable por acá, un cable por la panza, un cable por la otra cosa.

Entonces vos empezas a decir bueno, pero no lo alza porque no quiero; o no lo alza porque tiene todas esas cosas. No bueno, pero no lo alza. No bueno, pero a ver, explícame ¿cómo, ¿qué hace esa manguera, ¿qué hace ese cable, ¿qué hace esto? así yo después le puedo explicar y entonces la madre lo empieza a alzar. Entonces dicen ¿qué hiciste? No, no hice nada, o sea, fue poder ver, esa esa complejidad más allá y también en esto y me pongo así, digo esto que decimos de esto de construir alteridad y de empatía. Yo siempre le digo a los médicos, a ver loco tenés que tener un chico con tantos cables ahí tener que alzarlo. (Hace como que contesta el médico) “*No, bueno, pero no te hace nada*”. Bueno, no te hace nada porque vos sabés que hace esa manguera, que hace ese cable, vos mamá, no lo sabes.

Entonces ahí es donde uno empieza a trabajar con ese equipo, esa empatía. Y hoy en día hay mucha más empatía de la empatía con lo que yo entré al hospi. Entonces eso creo yo que es no solamente gracias a la psicomotricidad, sino también a este cambio de paradigma que está habiendo, ¿sí?, lo que yo digo en esto en tirarme los laureles. Yo sí, reconozco que el trabajito de hormiga que yo fui haciendo es lo que permite, que esto que yo les contaba recién, que una gastroenteróloga mande a psicomotricidad, ¿Se entiende?

Entonces eso me parece, que ese trabajito de ir mostrando, ¿qué hacemos? ¿Cómo lo hacemos? Y ¿para qué lo hacemos? Es lo que hace que hoy que la psicomotricidad, nos vean un poco más, por ejemplo, el otro día yo hablaba con una con una médica de terapia intensiva, yo acá en el hospi si bien subo en algunas ocasiones a terapia, no es lo que más hago, o sea, incluso más trato de evitarlo, porque como soy yo sola, no puedo hacer todo y no nos dan los tiempos y es algo que implica muchas cosas, formación, tiempo, etc.

Entonces cuando yo les contaba que hacíamos como psicomotricista que se yo la médica me dice, pero ¿Por qué no estás en terapia? Entonces le explico, me dice *ah porque ahora que vos me explicas, hay un montón de cosas para que ustedes hagan en terapia.*

Entonces eso creo que es lo que aporta la psicomotricidad, que uno empieza a explicar qué hacemos. Yo también digo, no podemos ser todo, entonces yo no puedo hacer todo, internado, consultorio, salud mental. Que a veces nos pasa con las chicas, que a veces está el turnero lleno y faltaron tres pacientes y mira la cantidad de horas que estuve acá esperando y podría haber hecho otra cosa; pero si esos tres pacientes no me faltan cómo hago yo para atender esos tres pacientes e ir a internado, no puedo. Entonces hay un montón de cosas para hacer sí.

Que esta médica terapeuta se haya dado cuenta, de ¿qué podemos hacer los psicomotricistas? Está buenísimo porque también digo, yo apelo y proyecto que en un

futuro haya otras psicomotricista acá en el hospital conmigo. Entonces, bueno, creo que eso es lo que aportamos como disciplina

**Entrevistador/a:** **Está bueno, es posicionarse y explicar uno, que es esto, de decir el psicomotricista puede aportar esto en psicomotricidad y está bueno abrir como vos fuiste, abriéndote camino en este hospital de que todo vayan entendiendo y que te vayan teniendo en cuenta.**

*Entrevistado/a:* Yo cuando entré a mí me daba mucha vergüenza dar charlas o por ejemplo. Nosotros en el Servicio de Salud Mental siempre se hicieron los ateneos que son presentación de caso o presentación de algo teórico, y a mí la verdad es que me daba mucha vergüenza, pero también yo soy consciente de que si yo no cuento que hacemos como si como psicomotricistas los otros no se van a enterar. Entonces me pasó que tuve que dar clase con los residentes acá en el hospi, por ejemplo, todos los martes se hacen ateneos centrales, que quiere decir ateneos donde va todo el hospital y me ha pasado como psicomotricista tener que dar un Ateneo a todo el hospital y me da mucha vergüenza, pero yo a todo digo que sí, porque si no ¿quién le va a explicar a los residentes que hacemos la psicomotricista? Nadie. Entonces eso también me parece que como psicomotricista tenemos que poder mostrar, evidenciar y plasmar dejando por escrito qué hacemos.

**Entrevistador/a:** **Una pregunta que me olvidé de hacer es ¿cuál es la duración de la sesión 45 minutos?**

*Entrevistado/a:* Acá en el office son 30. La entrevista con los padres es una hora y la evaluación con el niño son 30.

**Entrevistador/a:** **Bueno por ahora estarían todas las preguntas que fuimos haciendo yo desde ya te quiero agradecer por el tiempo, por el momento que te has tomado en responder.**

*Entrevistado/a:* no hay ningún problema con lo que necesiten, estoy a su disposición. Saludos.

## **Entrevista N° 2**

<i>Fecha</i> 14/10/2022
<i>Modalidad</i> presencial
<i>Antigüedad</i> 15- 16 años

**Entrevistador/a:** **¿Sería entonces rehabilitación?**

*Entrevistado/a:* No, este es el servicio de salud mental.

**Entrevistador/a:** **y ¿hace cuánto estás acá en el área?**

*Entrevistado/a:* 15-16 años.

**Entrevistador/a: Bien ¿Cómo surge la consulta en psicomotricidad acá en el hospital?**

*Entrevistado/a:* En realidad para poder contextualizarlas, vamos a contextualizar.

Las psicomotricistas estamos insertas en el servicio de salud mental, desde que se inaugura el hospital, está mi compañera y estoy yo; yo después, mi compañera está desde el año 2002, desde que se inaugura el hospital. Y dentro del equipo de salud mental hay como diferentes actividades y una de las actividades de la que realizamos nosotras es el seguimiento del niño de alto riesgo, por lo tanto, la población que nosotros recibimos es el niño de alto riesgo, todo niño que haya nacido en nuestra institución y que haya estado internado, entra en este programa de seguimiento, por lo tanto, esos son los niños que nosotros vemos, desde el alta hospitalaria, hasta los 6 años de edad.

Por lo tanto, no hay una demanda espontánea de cualquier niño que venga a la institución, sino que es dentro del programa de seguimiento.

En esta maternidad nacen aproximadamente 6000 niños al año, el 10% han pasado por el proceso de internación, ya sea porque han sido prematuros o porque han sido de alto riesgo o porque tengan una patología de base y han estado internados, esos vienen. Por lo tanto, nosotras aproximadamente vemos 600 niños al año por primera vez. Después, se le suma los que son hasta los 6 años.

Por eso es diferente a cualquier otra relación de, voy por demanda espontánea a un lugar porque tengo algún problema del desarrollo. Independientemente que también eso sucede a través de los nodos que existen en la provincia, están el nodo sur y el nodo norte, donde están abocados todos los centros de salud y atención privada de zona norte. A través del nodo del centro de salud se coordina y también puede llegar a venir para hacer una valoración. Acá en este hospital no hacemos tratamiento, hacemos el seguimiento, hacemos la detección, hacemos el diagnóstico y la derivación al lugar que sea necesario, que veamos que sea necesario que sea el lugar donde pueda acceder; pero no se hace tratamiento sistematizado.

**Entrevistador/a: Bien, entonces la dos ya estaría respondida también, que tenía que ver con los motivos de consultas, así que ya nos contextualizaste perfecto. ¿Cómo inicias el proceso diagnóstico? O sea, el seguimiento.**

*Entrevistado/a:* Nosotros el proceso diagnóstico es una valoración clínica, acerca del desarrollo en función de la prematuridad. Siempre teniendo en cuenta los antecedentes, nosotros acá tenemos niños de 25 semanas y 500 gramos, como niños que han nacido a término con alguna patología o con niños a término de madres que han consumidos o sea que es como bastante variable los antecedentes que tenemos dentro de la institución.

Lo primero que hacemos es una valoración clínica del desarrollo a las 40 semanas, con todo lo que implica esa valoración. A partir de esta vamos dando sugerencias o viendo si es necesario ir haciendo una sugerencia para el hogar o para hacer alguna cuestión, fundamentalmente en los prematuros hay como cierta necesidad de acompañar el proceso de la vuelta a casa en algunos cuidados fundamentalmente que tienen que ver con el neurodesarrollo y después utilizamos técnicas objetivas, que en realidad esas técnicas objetivas que nosotros utilizamos, es la que nos solicita maternidad e infantil, es la identidad que lleva adelante todo lo que es el seguimiento del niño en alto riesgo de la provincia. Y a través de, no solamente maternidad e infancia de la provincia, sino también maternidad e infancia nación, piden la utilización de técnicas objetivas y escala para poder comparar población. Como estamos acá hablando de población de alto riesgo, nosotros necesitamos comparar esas poblaciones para poder modificar. Entonces una valoración clínica, solamente no nos permite hacer esa comparación de poblaciones, para saber qué le pasa a todos los prematuros de la República Argentina o que es lo que necesita, bueno necesitamos objetivar esa valoración.

Al objetivar esa valoración nosotros usamos la Escala de Desarrollo de Rodríguez, como uno de los instrumentos, y el test de aprendizaje y desarrollo infantil el TADI y el IODI, que son los que están bajados a través de maternidad e infancia provincia y nación.

Entonces a la valoración clínica le sumamos la valoración objetiva y a partir de ahí vamos evaluando y vamos viendo y llevando a cabo ese proceso diagnóstico el tiempo que sea necesario. No es que con eso hacemos el diagnóstico inmediato.

La lógica del seguimiento es poder ver a los niños en términos de cada tres meses, esa es como la lógica del programa de seguimiento en el caso de que nosotros en la primera valoración detectemos algo que no está dentro de lo que se espera o halla algo que ver, se cita a los 15 días a los 20 días, al mes una vez al mes, y así hasta que podamos arribar si hay algún diagnóstico, o arribar a ver si hay modificaciones, o hacer alguna derivación si fuese necesario.

**Entrevistador/a: Pero la mayor población que ustedes atienden, de todos los que ven son prematuros ¿verdad?**

*Entrevistado/a:* La mayoría.

**Entrevistador/a: Bien más allá de que son todos de alto riesgo. El espacio físico del hospital que utiliza ¿es esta sala?**

*Entrevistado/a:* (Asiente con la cabeza)

**Entrevistador/a: Bien. Si bien nos explicabas que hay técnicas y cuestiones que competen al hospital ¿Hay normas institucionales que rigen, digamos, tu desempeño?**

*Entrevistado/a:* si si, por eso te digo nosotros pertenecemos al Programa de Seguimiento, o sea este programa, es un comité de seguimiento donde está conformado por distintas áreas hay médicos, fonoaudiólogos, enfermeros, trabajadores sociales, hay psicólogos, neonatologos que hacen después del seguimiento post alta y nosotros.

Como equipo de seguimiento tenemos las normativas, cada una en su disciplina tiene la normativa de nación y esas son las que nosotros seguimos y las normativas de provincia, las normativas de maternidad e infancia. Que en realidad las normativas tienen que ver en el uso del instrumento, como para objetivar y si como comité lo que se trata es de organizar cual va a ser la frecuencia, como va a hacer, cuál va a ser la población destinataria dentro del programa de seguimiento acá dentro del hospital, la mayoría salvo enfermería, fonoaudiología y nosotros, pero fundamentalmente nos diferenciamos de neonatología, vemos a todos los niños, independientemente del peso con el que haya nacido y la semana de gestación. La parte de neonatología solo ve a los menores de 1500 grs que han nacido con un peso inferior a este peso. Por lo tanto, nosotros vemos más cantidad de niños porque vemos a toda la población y eso está estipulado dentro de lo que es el régimen del seguimiento, porque cada institución, más allá que se dedica al seguimiento del niño de alto riesgo, hay una normativa y hay una guía que se debe llevar adelante; pero cada institución lo tiene que armar también en función a su propia población y a sus propios recursos.

Entonces lo más probable es que si ustedes vayan a ver el programa de seguimiento de la maternidad provincial que no tiene psicomotricista, bueno la valoración del desarrollo la hace otro, otra profesión.

**Entrevistador/a: claro se va adaptando al contexto**

*Entrevistado/a:* claro se adaptan a los contextos en el cual se llevan a cabo ese programa de seguimiento.

**Entrevistador/a: claro perfecto.**

*Entrevistado/a:* pero si existe como una normativa de provincia y una normativa de nación, en cuanto el seguimiento del niño de alto riesgo. Y en relación a que técnicas objetivas; en relación a que del diagnóstico y de la cuestión más clínica no, esa ya es una cuestión más individual y personal.

**Entrevistador/a: Bien. Y te retomo esta pregunta que ya un poco la anticipaste ¿Cómo dividís el proceso este de seguimiento? Porque no hablamos de un proceso acabado que inicia y termina, y vos nos estás explicando esto del seguimiento. Pero ¿lo podrías dividir en etapas?**

*Entrevistado/a:* el seguimiento en si, como lógica de seguimiento tiene esta lógica trimestral, si se quiere el primer año de vida, semestral el segundo año de vida y de los 2 años a los 6 años es anual.

Entrevistador/a: **Bien. Pero existe alguna etapa, por ejemplo, una entrevista con los padres y después.**

*Entrevistado/a:* siempre el padre está presente, nunca está ausente. Desde el día uno es la entrevista inicial, donde sacamos todos los datos, el momento del alta. Sacamos toda la información posible acerca de que, del transcurso de este niño en la internación, que es un montón. Que un niño el haber nacido en condiciones adversas y un nacimiento en condiciones adversas, genera también muchas cosas a tener que trabajar con esa familia, por las vivencias que tienen que pasar en esa situación.

Entonces esa primera entrevista es fundamental, porque primero es la primera vez que se va a su casa, o sea, se va a su casa vuelve y es la primera vez que se apropia de ese hijo de algún modo. Después acá los cuidados más allá que tienen el ingreso restringido, están terciarizados por otros, son otros los que saben, son otros que le pasa, que no le pasa, que le tienen que dar, como le tienen que dar porque está en juego la vida y la muerte; no porque acá se los quiera atropellar sino porque está en juego la vida o la muerte.

Entonces esa vuelta a la casa y venir acá lo que genera la primera entrevista es eso, a ver ¿Cómo pudieron ellos empezar a leer estas señales del bebe? Que no son las mismas que un bebe a término, que requiere otras cosas, no es lo mismo bañar a un bebe recién nacido a término que a un prematuro; digo no es lo mismo en término de estrés. Se acompaña ese proceso, el seguimiento tiene como esa lógica, en realidad es preventivo, en el sentido de acompañar el desarrollo, a ver uno hace la detección, pero en realidad es acompañar ese desarrollo del niño. Entonces es la entrevista en un momento que inicia, pero cada encuentro es una entrevista nueva, cada vez que vuelve es una entrevista nueva y poder ver que es lo que sucede en cada nuevo encuentro.

Cuando si estamos buscando o empezando a dudar acerca de ese desarrollo, a que ese desarrollo tiene un rezago o que hay un retraso en ese desarrollo, si uno ya empieza como a armar ese proceso de poder ver en donde está, que es lo que le está pasando para poder tomar la decisión adecuada y oportuna en relación a la derivación y el lugar oportuno para derivar. No es lo mismo que yo derive a un centro de rehabilitación, que derive a un centro de estimulación temprana, que derive a un centro de estimulación visual; o sea, en función de lo que estamos viendo, en función de las valoraciones que venimos viendo y si hay alguna modificación o no con lo que nosotros le damos a los papas para que puedan hacer en su casa, en relación a alguna

modificaciones o algunas cuestiones que tienen que ver con la organización, con la cuestión tónica, con un montón de situaciones que suceden; si vemos que no se modifican empezamos con ese proceso de observación más detallada para poder saber cuál es el lugar oportuno para poder hacer esa derivación y el lugar ideal que corresponda, sumado a que ese proceso lleva un montón de cosas que tienen que ver con el acceso a, si tiene obra social, si no tiene obra social

**Entrevistador/a: claro los recursos**

*Entrevistado/a:* si donde vive, si es del interior, este centro de maternidad de alta complejidad hay mucha gente del interior no solamente es de Córdoba capital, entonces es también ver que el lugar donde se derive sea en la zona de residencia, que no sea en un lugar que no corresponda. Poder pensar que si ese niño es algo que va a modificar o es algo que requiere un Certificado Único de Discapacidad, nosotros no creemos o apoyamos la creencia de que todo prematuro debe tener un Certificado. Hay algunas líneas teóricas que dicen que sí porque es lo que habilita para tener acceso a; nosotros no, porque la clínica nos ha demostrado que niños que no necesitan Certificados, sino que necesitan un acompañamiento y que luego revierten la situación. Entonces es como bueno también encontrar esos lugares donde no se certifique, donde no sea un condicionante para la atención certificarlo, es como todo un caminito bastante complejo, pero dentro de ese proceso diagnóstico y nunca concluyente, y menos en estas edades, y menos en esta población. Porque esto que nosotros estamos trabajando siempre con edad corregida- edad cronológica y tratando de acortar esas brechas, entre la edad real y la edad corregida, y la maduración es como que no podemos cerrar definitivamente ningún diagnóstico tajante, tenemos otros tiempos de espera.

**Entrevistador/a: Nos podrías contar algo de cómo operas los instrumentos, las técnicas el TADI, el IODI, o sea ¿se hace acá dentro? Con los papás presentes**

*Entrevistado/a:* se hace acá dentro, con los papás presentes, se explica que se toma una técnica objetiva. En relación a la técnica se trata hacerlo más objetiva que se pueda, en la medida que se pueda y utilizamos el material y utilizamos las tablas de conversión; o sea utilizamos la técnica como está estipulada la técnica, con los elementos que está estipulado en la técnica, tenemos todos los test EDP, el TADI si lo tenemos, con los materiales y la capacitación para llevar a cabo la técnica.

**Entrevistador/a: y ahí la técnica te arroja un resultado y ¿ustedes hacen algún informe?**

*Entrevistado/a:* ahí la técnica te arroja un resultado en relación a desarrollo, la EDP te arroja normal, riesgo, retraso; y TADI te arroja normal, riesgo, retraso, pero también te puede arrojar normal con rezago, porque una de las dimensiones evaluadas puede dar por debajo, puede dar riesgo no todas, puede dar una sola. Las áreas que evalúa el TADI es cognición, lenguaje,

socioemocional y motriz. Y las áreas que evalúa la EDP, divididas de otro modo, pero más o menos son las mismas, socioemocional, motor, lenguaje y coordinación.

Y la realidad la técnica en algún punto lo que hace es objetivar lo que uno está observando, en realidad. Si uno se pone a pensarlo uno toma la técnica estrictamente como se debe tomar la técnica, la mayoría de las veces, fundamentalmente la EDP más que el TADI, el TADI sí como una cosa mucho más estandarizada, pero la EDP ya está como más incorporada en la valoración clínica no está tan diferenciado en esto es técnica y esto clínica; sino que está que está incorporado en la valoración clínica alguna de las cuestiones a evaluar. Entonces es como que está todo dentro, no es que se separa los espacios de técnica objetiva y técnica de valoración clínica, no es tan tajante.

En niños mayores de 2 años que es donde usamos más el TADI se hace la valoración clínica teniendo en cuenta las posibilidades del niño, pero la técnica está como más estipulado que se toma la técnica, que no es tanto dentro de esa misma valoración.

Existe un momento, que el año pasado no se hizo, los anteriores no me acuerdo ya cuanto, que hay una semana de maternidad e infancia, que se llama la semana del desarrollo que es donde se toma la técnica, se busca un grupo poblacional específico, menores de 1500 grs desde 2 años y 1 mes a 34 meses, es una población específica que se evalúa desde maternidad e infancia como un corte de esa población y se hace en todas las maternidades de provincia y ese día se cita exclusivamente para tomar esa técnica, y se hace como un pequeño informe, una devolución a la familia.

La técnica de manera aislada no tiene mucho sentido, a ver, la técnica sola que te arroje no más normal, riesgo, retraso, no dice nada en sí misma. Si uno puede hacer una valoración clínica acerca de ¿qué pasa?, ¿porque hay riesgo en esto?, ¿qué está pasando acá? cuestiones que tienen que ver con el lenguaje, cuestiones que tienen que ver con lo socioemocional, uno en la entrevista puede hacer otras lecturas acerca de ¿Qué sucede con eso? Para poder decir bueno está pasando estas cosas, es algo a trabajar, es algo a poder modificar y no porque me de retraso justo vamos a derivar a, sino que uno puede hacer como otra lectura digo la técnica como técnica misma la podría tomar un enfermero ¿sí? No un especialista en desarrollo.

**Entrevistador/a: ¿consideras que las técnicas vienen un poco como a confirmar las sospechas que venís siguiendo?**

*Entrevistado/a:* si vienen a objetivar eso que uno tiene de la subjetividad dando vueltas en la valoración. Me parece que eso permite aclarar, en algunos aspectos, eso que uno viene observando, permite objetivar la mirada. Por eso digo la técnica sola como técnica sola, yo creo

que no es algo que sea útil, como técnica sola, solamente la aplicación de una técnica que da un resultado, nada más.

La valoración clínica sola, creo que necesitas mucha clínica para poder llegar a un diagnóstico claro, no cerrado, pero a una cosa mucho más, con una valoración clínica sola, sola; y me parece que la conjunción de la valoración clínica con la valoración objetiva permite esto, objetivar aquello que yo tengo dudas y puedo objetivar, lo cual no me va a determinar. Digo me parece que ese es mi punto que yo sepa que no me va a determinar una técnica, por lo menos no va a determinar al niño una técnica, cuando las técnicas por más confiables que sean tienen sus sesgos. Si yo les doy a ustedes el IODI para que lo lean, ustedes lo van a leer, pero me van a decir bueno pero acá el chico puede hacer esto, esto y esto y eso no está puesto ahí, está puesta 6 conductas y trimestre, está bien, está puesto el hito del desarrollo pero entremedio del hito del desarrollo pasa la vida. Entonces si yo solo me quedo con eso bueno estoy viendo 5 hitos del desarrollo, que tienen que estar, que si no están es un signo de alarma, pero son indicadores que si no están, bueno son un signo de alarma; pero entremedio de esos indicadores hay un montón de otras cosas más que solamente me lo va a dar una valoración clínica.

**Entrevistador/a: ¿Qué materiales utilizas en estas técnicas? ¿Dispones de esos materiales acá en el hospital?**

*Entrevistado/a:* tenemos todos los test (muestra al costado donde está sentada, una pila de materiales, libros, cajitas, etc.) la EDP con su material original, el TADI con el material original tercermundista, en un momento nosotras tomábamos el BEIBIDHOS con su material, cada uno con el material correspondiente a cada técnica. El material es el material que está para la técnica, no hay suplementación de los elementos.

**Entrevistador/a: ¿Qué tiempos le dedicas a las sesiones? De reloj te hablo no de lo que me has venido contando.**

*Entrevistado/a:* bien es como un tema ese. Las lógicas institucionales son diferentes a las lógicas de otros ámbitos, entonces la lógica institucional tiene estipulado un consultorio externo que se dan turnos cada media hora; lo cual, no significa que yo use media hora para cada niño, sino que seguramente terminó utilizando el doble.

Por eso digo como lógica institucional, nosotros tenemos agenda de consultorio externo con victoria tenemos 8 turnos diarios cada una de media hora cada turno, ¿sí? Entonces tenemos de 8- 8 y media hasta las 12-12 y media, uno tras otro turno de media hora. Lo cual insisto, si a mí un niño me lleva 45 min o 1 hora, me lleva 45 min o 1 hora, no importa el tiempo que yo tenga por agenda, el que le sigue me tendrá que esperar. Digo en función de cada uno, o sea lo

estipulado institucionalmente es turnos de media hora para menores de 2 años; después los días jueves, que yo atiendo a los más grandes para mayores de 2 años tengo turnos de 1 hs.

Pero eso no dice que la sesión, encuentro sea de media hora o de una hora, sino que dependerá de lo que dure esa valoración, ese momento en ese niño en particular.

**Entrevistador/a: Es bien singular**

*Entrevistado/a:* exactamente

**Entrevistador/a: ¿cómo podés definir el proceso diagnóstico psicomotor? No hace falta una definición teórica del libro, sino para vos.**

*Entrevistado/a:* a mí me parece que es un proceso en construcción, un proceso flexible, no es determinante, es de constante revisión. Me parece que el proceso diagnóstico requiere mucho de escucha, en estas edades que tenemos nosotros, no solamente de lo que le sucede al niño sino de su entorno y de su contexto, de poder hacer un análisis de todo ese proceso. Analizar ese desarrollo sin contextualizarlo creo que es muy difícil poder llegar a ese diagnóstico acertado, porque muchas veces nosotros hacemos diagnósticos pensando en clasificaciones de los libros y hay un contexto social, histórico y cultural que hace a ese desarrollo en particular. Entonces creo es un proceso en construcción permanente y en el caso nuestro, como profesionales, como psicomotricista nosotros vienen con diagnósticos de otros, entonces es como yo trabajo ese otro diagnóstico o ¿Cómo corro ese diagnóstico que estigmatiza para poder abordar a otro proceso diagnóstico desde otro lugar? Y ¿Cómo poder trabajar con eso que se trae? Pero si me parece que es un proceso netamente, que es un proceso que es eso y que tiene idas y vueltas, idas y vueltas, y creo que es necesario, no creo en los no diagnósticos, no creo en esta cosa del otro extremo, subestimar aquello que le pasa al niño o descalificarse si quiere, me parece que es necesario para saber a dónde vamos, donde estamos parados, como proyectar, como hacer, como pensarse, no creo que no halla diagnóstico, si creo que hay; la cuestión es que no sea determinante, que no sean estigmatizantes, que sirvan a uno para poder direccionar la atención terapéutica, la cura, si uno quiere. Que le sirva a cada uno para poder saber a dónde vamos y que esa familia sepa donde esta parada también, no solamente me sirve a mí, sino a esa familia saber de dónde, de que estamos hablando, sino queda en la incertidumbre siempre, para uno, para el niño y para la familia no saber ¿dónde estamos parados? ¿Que estamos haciendo?

Pero si como proceso, no algo estricto, no algo cerrado, no algo terminante, que se puede modificar, que puede variar, que puede ir modificándose a lo largo del tiempo y más en edades tempranas.

**Entrevistador/a: qué interesante escucharte y gratificante porque en la facu nos dan tantos con el diagnóstico con los rótulos, con la etiqueta que coincido plenamente con lo que decís, estoy muy de acuerdo**

*Entrevistado/a:* si en realidad es que, a ver, son dos cosas distintas en la formación tenemos que saber acerca de los diagnósticos, porque yo no puedo hablar de dulce de leche sin saber qué. Entonces yo tengo que saber cuáles son los diagnósticos psicomotores, cuales son los diagnósticos a los cuales yo voy a arribar, los tengo que conocer a pie puntilla, tengo que saber cuáles son las características, tengo que saber que es una inhibición psicomotriz, que es un déficit atencional, que es un TEA, yo las tengo que saber y tengo que saber para poder hacer un diagnóstico diferencial, entonces yo tengo que saber eso al dedillo. Lo cual posteriormente no significa que yo porque vea una serie de características, pongo ese diagnóstico y ya está, y lo cerramos ahí; pero lo tengo que saber a los fines de saber después hacer como esa valoración clínica poder ver, poder los avances, poder ver si esto tiene que ver con esto o tiene que ver con otro, poder diferenciar si eso que le está ocurriendo es algo que a mí como profesional me incumbe o no.

Si yo eso no lo sé difícilmente voy a poder hacer esos diagnósticos diferenciales y poder como correrse cuando hay que correrse y eso a nosotros nos cuesta un montón como psicomotricista, corrernos de algunos espacios, de algunos lugares.

Entonces es necesario en este proceso de formación, pero en este proceso de formación también es necesario saber que este diagnóstico tiene esa lógica, yo tengo que saber esas características, tengo que saber cuál es la etiología, como se manifiesta, saber la semiología de eso que supuestamente me hace especialista de, digo saberlo para cuando yo lo esté observando, saber que estoy viendo y que estoy observando. Pero eso no significa que eso vaya a ser determinante, que puedo estar hablando de inhibición con todo un abanico que quizás no sea ese que yo aprendí del libro, hay una, dos, tres características que me hace pensar una inhibición y no me hace pensar en que es tímido, me hace diferenciar eso; o una inestabilidad me hace diferenciar a una inestabilidad de un chico que se mueve, me da esa posibilidad de decir bueno no es lo mismo un chico que se mueve mucho a un inestable, que tiene otro modo de accionar, que tiene un proyecto terapéutico a un chico que se mueve porque es evolutivo, porque el contexto hace que así sea y no eso tiene que ver con un diagnóstico, pero para eso necesito saber que es una inestabilidad, para saber desestimar. Como para saber si lo tengo que mandar al neurólogo, o tengo que decir a la casa che ordenen lo un poco en las cuestiones cotidianas. Me parece que en ese punto podemos hablar de sin etiquetar, de esto de despatologizar, pero para esto necesito tener muy en claro cuáles son las patologías, muy clara la cuestión de cómo se manifiesta esa

patología para poder despatologizar, sino caigo en el otro extremo, o sea, o patológico todo, todo es una patología, que aparece en el CIE 10 o en el DCMI 5; o todo es evolutivo del niño y no porque en el medio hay sufrimiento

**Entrevistador/a: y el de la familia sobre todo, el dolor que genera la incertidumbre de no saber**

*Entrevistado/a:* en la familia y en el niño mismo porque es a pesar de el

**Entrevistador/a: claro**

*Entrevistado/a:* y para él es un sufrimiento, es un padecimiento subjetivo. Entonces si yo me voy para un lado o para el otro en el medio hay sufrimiento, entonces yo tengo que tener claro si tiene que ver con una cosa o tiene que ver con la otra, si tiene que ver con una cuestión evolutiva que va a pasar, de una organización, de un momento, de una crisis, de un episodio que hace que se manifieste de este modo o realmente hay una patología, un sufrimiento, hay un padecimiento subjetivo que hay que trabajarlo y que hay que buscar, y que hay que ver los objetivos, y hay que ver para dónde ir, los objetivos flexibles y saber a dónde vamos, no es lo mismo que si es un inhibido a que si es un hiperactivo o a un torpe no es lo mismo a donde voy a apuntar, que es lo que voy a hacer; pero tengo que conocer eso para no caer ni un lado ni en el otro, yo tengo que despatologizar pero sabiendo perfectamente de lo que se trata, para poder hacer diagnósticos certeros y reales, oportunos y no lo que me parece.

**Entrevistador/a: si yo te preguntara ¿Cuál es la especificidad de la disciplina en este ámbito? ¿Crees que tiene que ver con eso? Con afilar la mirada en estas cuestiones para detectar.**

*Entrevistado/a:* sí yo creo que acá nosotros somos como, si esa mirada finita, nosotros somos como esos derivadores, como que nosotros podemos mirar eso finito y esa mirada más integral eso que nos llenamos tanto la boca los psicomotricista, hablando de la globalidad me parece que tiene que ver con eso porque el fonoaudiólogo, dentro de este equipo de seguimiento dentro de esta población en particular, mira la oreja, si escucha o no escucha; El oftalmólogo si esta la retinoplastia o no del prematuro, que es necesaria que la miren porque si no el chico puede quedar ciego o puede ser sordo, porque son parte de las patologías posibles de un prematuro; el trabajador social ve la situación económica o condición o lógica familiar; el psicólogo ve a partir de esto que sucedió del proceso de internación, de la vuelta de la casa, etc.; el neurólogo ve su sistema central y nosotros hacemos como la integración de todo eso que se ve. Entonces quizás aquellos que por fonoaudiología paso y vio que las fotoemisiones, como técnicas objetivas que ellos usan que son las fotoemisiones acústicas, por potenciales evocados auditivos que son técnicas específicas, objetivísimas porque son aparatos carísimos; a mi puedo seguir

viendo que más allá de la técnica objetiva dice que escucha, yo en la clínica estoy viendo que se está comportando como un sordo y en realidad para mí son alarmas que me hacen a la comunicación, entonces quizás en esa mirada a mí me permite hacer como esa cuestión más integral porque quizás para la fono fue escucha, listo pasemos a otra cosa y yo estoy viendo que hay dificultades comunicacionales y que ya no tienen que ver con que si escuchan o no. Entonces a mí me permite ser más específico en esa mirada más integral que integra esto para poder hacer esa detección temprana y poder hacer la derivación que corresponde.

Entrevistador/a: **perdón una pregunta ¿se trabaja interdisciplinariamente?**

*Entrevistado/a:* no

Entrevistador/a: **a entonces multidisciplinar**

*Entrevistado/a:* (asiente con la cabeza) es muy difícil el trabajo interdisciplinar, a ver Alicia Stolkiner puede decir cosas maravillosas a las cuales amo, yo soy instructora de residencias aparte, entonces yo doy todo interdisciplinas y hablo de interdisciplina y leo todo de los que hablan de lo hermoso que es la interdisciplina. Bueno es muy difícil dentro del paradigma de salud en el cual nosotros estamos insertos hablar de interdisciplina, muy complejo. Yo siempre digo que apunto a las generaciones nuevas de que puedan ¿Por qué? Porque la interdisciplina viene de la mano de la renuncia y del no saber, de posicionarse en ese no saber, y es muy difícil en disciplinas hegemónicas, no solamente médicas, ponerse en el lugar de la falta ¿no? Ponerse en ese lugar de no sé y entonces necesito a un otro que me ayude a pensar. La interdisciplinar es eso es pensar con otros acerca de un problema concreto, en este caso un niño particular. Se intenta, en el equipo de seguimiento lo intentamos, pero yo personalmente, estoy convencida que la interdisciplina es un posicionamiento ético de cada uno o sea es un posicionamiento. Si yo no creo en la interdisciplina difícilmente la pueda llevar adelante, si yo no creo que pensar con otros aporta, difícilmente la voy a poder llevar adelante. Entonces seguramente que en los libros vas a encontrar equipos interdisciplinarios o lo que este escrito, la realidad es que es un equipo multi, tratando de ser inter.

Entrevistador/a: **y ¿hacen ateneos o reuniones?**

*Entrevistado/a:* difícil, difícil porque pertenecemos todos a distintos servicios y eso lo hace más difícil aún, muy. Se intentó, intentamos. El servicio de salud mental si lo hacemos desde el servicio, el cual es psiquiatría, psicología y psicomotricidad, pero para los otros servicios con seguimiento es muy difícil porque somos todos servicios distintos, entonces todos tenemos diferentes jefes, entonces todos tenemos más halla de seguimiento otras actividades, los neonatologos que hacen seguimiento tienen sala aparte, o sea están en la neo; los enfermeros están en 20 lados. Entonces es muy difícil, habíamos en algún momento armado como un grupo,

el grupo de seguimiento, nos juntábamos el lunes al mediodía y que se yo, bueno duró un tiempo pero siempre terminábamos estando los mismos.

Esto del nodo norte y el nodo sur que es lo que organiza maternidad e infancia dividiendo a la provincia en distintos nodos en relación al seguimiento, porque no solamente esta capital sino también el interior, esta cuestión de nodo norte y nodo sur previamente a la pandemia también nos convocaba a juntarnos porque una vez al mes había reuniones acá en este hospital con todos los centros de salud, nos juntábamos todos, no solamente nosotros sino los representantes de los distintos centros de salud, entonces podíamos hablar de ese caso particular y resolverlo, o de las necesidades que fuera, o de lo que venía desde el ministerio. Se empezaron a aplicar distintas estrategias para llevar adelante el seguimiento y una de ellas fue el grupo de whatsapp que hasta la actualidad es lo que nos permite armar esta cuestión de redes para receptación, etc. Pero bueno no es tan fácil llevarla adelante la teoría es hermosa.

**Entrevistador/a: eso es lo que más o menos tratamos de explayar en nuestra tesis, de una realidad de bajar, porque decía la utopía es hermosa pero las realidades son diferentes.**

*Entrevistado/a:* completamente diferentes y en función también de las instituciones, porque claramente variables ¿no? Nosotros acá con Victoria hacemos solo consultorio externo y alguna interconsulta en sala en la neo, pero nuestro fuerte es consultorio externo. Pero en el hospital de niños el fuerte es internación no consultorio externo, entonces la lógica en internación es otra, en un periodo corto de tiempo a ese niño durante dure la internación, digo es otra lógica para poder pensarse en diagnósticos, en estrategias, es otra lógica.

Natividad es consultorio externo e internación entonces otra lógica, más derivación de afuera, nuestras van para allá, porque hace tratamiento. Entonces es como otras lógicas, acá sería imposible llevar adelante entre dos tratamientos de esta población porque es un número inviable, a ver se hace tratamiento, yo tengo paciente en tratamiento porque no tengo donde derivarlos, esa también es una realidad de la institución hospitalaria.

Los hospitales tanto el de niños como este son hospitales de tercer nivel de complejidad.

Yo tener que derivar a alguien a un servicio de rehabilitación es una cosa tremenda porque están saturados, porque hay lista de espera, porque bueno la cuestión del acceso a la salud, tiene que ver más con este acceso. Entonces es como la lógica compleja, la teoría te puede decir muy lindo diagnóstico, seguimiento, tratamiento en un lugar, derivación en otra, bueno acá están los servicios de rehabilitación que se ocupan solos; no, es el que esta como esta, antes de la pandemia el Cared nosotros era (con la mano hace como el signo de teléfono) vero, lu, te mando, veamos que hay. Por estas redes informáticas informales que se van armando, bueno después de la pandemia se cayó y entonces ahora no sabes quienes o que están ahí. En el medio nos pasó

la pandemia y que fue como difícil nosotros particularmente nunca dejamos de atender, entonces es como bueno no teníamos a donde derivar porque el resto estaba cerrado, entonces en una maternidad iban a seguir naciendo los chicos, pero bueno era complicado, entonces ahí sí están las cuestiones de tratamiento. Por eso es como que, en cada contexto, uno en la teoría lo puede leer de un modo después dependiendo de cada contexto uno va como armando.

**Entrevistador/a: y te hago una última pregunta ¿Qué implica ser psicomotricista en el ámbito hospitalario público?**

*Entrevistado/a:* ¿Qué significa ser psicomotricista? En este momento un orgullo total.

¿Por qué? Contextualizo. Cuando yo egrese hace 20 años, había 3 psicomotricistas en salud que eran Ingrid Bottiglieri y Victoria Margara, y una más en el mise. En el año 2005 se llama a concurso, la provincia llama a concurso para los equipos de salud familiar, que eran los equipos que trabajábamos en comunidad, equipos interdisciplinarios gigantes de 12 especialidades que trabajábamos en los barrios ciudades. Y en ese momento entramos 4 psicomotricista a la provincia que fue como ¡guau!, éramos 4 psicomotricista a la salud pública con un sueldo, con una beca, entró la Analia Giarchero, Paula Sande, que las dos hoy están en el de niños, entró Ivet Gómez que hoy está en el centro infanto juvenil y entre yo. Nosotras 4 entramos por concurso público, el último que se llamó. Y estábamos las 4 en el hospital de niños y después estábamos en distintos barrios de las ciudades en la comunidad, después se cayó el programa terminé yo acá y las demás donde dije.

Y por eso estamos en el servicio de salud mental porque las que estaban antes estaban en los servicios de salud mental y en los servicios de rehabilitación no había psicomotricistas, no había, porque éramos mal vistas las psicomotricistas por una pelea con los fisioterapeutas, de que uno le ocupaba el rol al otro entre otras. Y se ve que hubo un director de discapacidad iluminado que creo que es la doctora Puba, que dijo no, me hace faltas los psicomotricistas y por eso ahora los centros de rehabilitación en todos hay psicomotricistas en salud.

Entonces ¿Por qué un orgullo? Porque me parece que es como (golpea la mesa) hacer pie, yo hoy formo psicomotricistas en la residencia para que en algún momento la salud pública las tome, todavía no tomo ninguna, pero ya hay 6 camadas de psicomotricistas recibidas en la residencia con formación en salud mental, en salud pública.

Y salud pública, bueno uno obviamente tiene que creer en la salud pública, realmente es un orgullo trabajar en salud pública, porque uno termina siendo parte del estado, en relación a el acceso a la salud como derecho. Entonces estar en estos lugares, con las peleas que significa, que no tenga donde derribar, no hay turno, etc. Pero para la disciplina es un montón, para la disciplina que hoy seamos, porque en salud mental debemos ser un poquito más, en el interior

un poco más. Pero que hoy mínimamente seamos 20 es un montón y con sueldo. Ya que históricamente Nora Bezzone estuvo en salud, Beatriz Ramírez estuvo en salud, que son las más viejas, pero no estuvieron con sueldo, no fueron empleadas del estado, fueron las que abrieron las puertas a las otras generaciones desde trabajar honoren, convenio con el Cabred en hacer un montón de cosas de mostrar la disciplina en este ámbito que era medio extraño. Porque éramos psicomotricistas en Educación Especial, no había oferta que hay hoy, o entrabas a Educación Especial o entras en Centros de Rehabilitación privados, eso era como el abanico laboral, o la mayoría consultorio privado, pero digo era como eso; en salud pública era un montón. Descalificadas, en cuanto ¿Qué van a hacer ustedes en salud pública? van a tomar la técnica y nada más, la psicomotricidad es en una sala de psicomotricidad y nada más. No la psicomotricidad no tiene que ver con una sala, con una cámara Gesell, no no tiene nada que ver con eso, la psicomotricidad es otra cosa. Pero bueno.

**Entrevistador/a: pero bueno esos son algunos estigmas que uno va armando y teniendo**

*Entrevistado/a:* Exactamente. Claro y no deja de ser psicomotricidad es decir que esta ese estigma que uno piensa que si no es bajo estas condiciones y en realidad lo que uno está haciendo es una mirada en relación de cómo se está viendo ese niño y ¿Cómo lo está mirando? Y ¿Qué es lo que está mirando? En ese niño sea un prematuro o no, digo ¿Qué es lo que está mirando, con qué ojos lo está mirando, con qué herramientas lo está mirando? Entonces no es lo mismo, un psicólogo en una entrevista al lado de la incubadora que un psicomotricista, no es lo mismo porque yo tengo otras herramientas, quizás el espacio sea el mismo, la técnica sea la misma pero yo tengo la mirada desde otro lugar. Pero no por eso no es psicomotricidad, porque no está dentro de una sala o cámara Gesell.

Digo y nosotros tenemos ese estigma en relación a ¿Qué se hace dentro de un hospital? Que pareciera que no es válido, que pareciera que no tenga valor la psicomotricidad dentro de un hospital. Por eso digo es como un orgullo en relación a la lucha y a las cosas que uno ha tenido que poner el cuerpo, ni más ni menos.

Ojalá haya más, ojalá en todos los lugares, en primer nivel.

Que no publiquemos, que no visualicemos es nuestro problema y eso es como nuestra deuda con la disciplina, es no publicar, no escribir, no mostrar lo que uno hace, es nuestra deuda disciplinar.

**Entrevistador/a: Bueno muchas gracias por su tiempo, ha sido muy aclarador.**

*Entrevistado/a:* No hay problema, muchas gracias a ustedes.

### **Entrevista N°3**

<i>Fecha</i> 17/10/22
<i>Modalidad</i> virtual por plataforma Google Meet link de acceso meet.google.com/ptx-zpjp-nay
<i>Antigüedad</i> 17 años

Entrevistador/a: **primero ante todo quería pedirte tu consentimiento para saber si se puede grabar esta entrevista para luego ser desgrabada y analizar los datos**

*Entrevistado/a:* (asiente con la cabeza) no hay ningún problema

Entrevistador/a: **¿El hospital en que trabajas?**

*Entrevistado/a:* yo trabajo en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad

Entrevistador/a: **¿Hace cuánto trabajas ahí?**

*Entrevistado/a:* 17 años

Entrevistador/a: **¿Estás en el área de Salud Mental o Rehabilitación?**

*Entrevistado/a:* En Salud Mental

Entrevistador/a: **¿Hace 17 años siempre se llamó área de salud o antes se denominaba de otra manera?**

*Entrevistado/a:* No, siempre fue el servicio Salud Mental dentro del hospital, siempre se llamó así.

Entrevistador/a: **¿Cómo surge la consulta de psicomotricidad en este hospital?**

*Entrevistado/a:* Y nosotros trabajamos en internado y consultorio externo por ende hay dos vías de entrada a la consulta, una de ellas de los niños que están internados en la interconsultar parte desde los pediatras a cargo de las salas de internación pediátrica, la interconsulta baja desde los equipos, desde las diferentes salas del hospital al servicio específicamente para psicomotricidad; nosotras en el hospital hacemos estimulación temprana, trabajamos con niños entre los 0 y los 3- 4 años, más grandes digamos.

Entonces en general como les digo la población son niños complejos en el sentido de que seguro están atravesados por una patología crónica y con tiempos prolongados de internación. Entonces en general los niños que más atendemos son los niños que nosotros captamos en el internado del hospital. Y la interconsulta viene por el pediatra que está a cargo de la sala, digamos, eso es por un lado; y la resolvemos digamos subiendo la sala y de alguna manera evacuando la demanda.

Los pacientes que llegan por consultorio externo que en general son de la derivación más interna del hospital de los diferentes servicios. Chicos, van mediante pediatría de mediano riesgo, endocrinología, cardiología, neurología, digamos son los diferentes servicios dentro del hospital que hacen una derivación, específicamente a Salud Mental, la psicomotricidad, para una valoración de desarrollo. Entonces hay como dos vías de ingreso y digamos, la respetamos y la resolvemos de esas dos maneras, digamos.

**Entrevistador/a: Perfecto con respecto a los pacientes que atiendes vos ¿Cuál es el principal motivo de consulta que llega? O sea si bien ya nos anticipaste cómo llegan pero ¿por qué? ¿Cuáles serían esos motivos? La mayoría no hace falta que me expliquen absolutamente todos.**

*Entrevistado/a:* En general hay alguna cuestión, digamos, lo que dice abajo el RP, que nos pasan para la derivación dice valoración del desarrollo, en realidad, es para una evaluación del desarrollo porque el pediatra o el especialista en la consulta, digamos, detecta algún signo de alarma, digamos, que tiene que ver en general con la hipotonía, con alguna cuestión en la comunicación; cuestiones relacionadas más al uso de la mirada, alguna cuestión más de desconexión, o algunos problemas más vinculados a la organización familiar, a lo vincular.

En general, esas son las razones por las que se genera la derivación, sobre todo porque son la mayoría niños muy pequeñitos, digamos, estamos hablando de bebés menores a un año en general, nosotros tenemos las primeras consultas muy temprano.

**Entrevistador/a: Bien, Entonces digamos que para hacer esta valoración que vos nos estás comentando es como que se inicia el proceso diagnóstico ¿verdad?**

*Entrevistado/a:* (asiente con la cabeza)

**Entrevistador/a: Bien, vos, ¿cómo lo inicias?**

*Entrevistado/a:* sí, exacto.

En general la primera, digamos, hay dos modalidades dependiendo de donde venga la interconsulta, si la interconsulta es de la sala, hay que ver en general nuestras derivaciones, la mayoría de las derivaciones a psicomotricidad a veces vienen como enganchadas con un pedido de interconsulta a psicología también. Entonces a veces el abordaje es interdisciplinario desde el primer momento, en ese caso lo que hacemos es generar muchas veces una primera entrevista, un primer encuentro con la mamá. Nosotros le decimos una primera escucha, porque en general esa primera escucha, la realizamos por ejemplo en las derivaciones de internado, en la misma sala de internación, entonces las características del encuadre de ese momento digamos, son particulares, son bastante flexibles, no es, lo que se conoce como la entrevista propiamente dicha en un consultorio con la mamá, el papá y la terapeuta; sino que en general se hace en la

sala de internación muchas veces está la mamá, hay otras camas con otras mamás, con otros pacientes en la misma habitación, entonces lo que se hace es una primera escucha en relación a la demanda que hace el médico, un primer acercamiento a lo que percibe esta mamá digamos en relación a esa derivación.

Y a partir de ahí después de eso nosotros hacemos una primera valoración del desarrollo en la sala digamos, en la cuna, eso es en relación al internado. Por consultorio externo es diferente, ahí si, en general si se cita a la mamá y al papá a una primera entrevista, que en general van con el bebé, con el niño; entonces hacemos, se hace la entrevista y se hace como un acercamiento, una primera valoración del desarrollo en el momento o en general hacemos como una especie de cuestiones hasta vincular, hacemos que la mamá baje a la colchoneta con nosotros y hacemos una primera valoración general, digamos en este momento y para iniciar después del proceso de evaluación.

**Entrevistador/a: Claro, ese primer acercamiento es como muy básico, muy simple, pero vos ya vas orientando la mirada a lo que quieres observar.**

*Entrevistado/a:* Sí porque en general digamos nosotros a veces le pedimos que vayan solos para la primera entrevista, pero es medio difícil, la población que consulta el hospital es una población con muchas dificultades en la organización familiar, en las redes, a veces son mamás solas que no tienen con quién dejar a su hijo o a sus otros hijos o tienen muchos hijos, entonces a veces van al hospital y van al hospital para la consulta con el pediatra con el especialista y para la consulta con nosotros tienen todo en el mismo día para no ir dos o tres veces en la semana, entonces pedirle que vayan especialmente con nosotros sin el niño es muy difícil. Entonces si se pueden organizar van solos, sino hacemos esa instancia o lo organizamos de esa manera, más con un criterio de realidad teniendo en cuenta la organización familiar y la posibilidad de esa mamá, de ese papá, de esa familia.

**Entrevistador/a: Perfecto, y ¿en qué espacio físico del hospital se realiza este proceso diagnóstico? ¿Vos tenés una sala apropiada de psicomotricidad?**

*Entrevistado/a:* No, (risa) no tenemos una sala propia de psicomotricidad, es un consultorio en general el consultorio de Salud Mental que usamos entre todos digamos. Tenemos algunos espacios nosotras, bueno, tenemos si nuestros implementos, tenemos una colchoneta, estamos tratando de organizar el espacio lo más acogedor posible a veces es difícil, digamos, porque lo compartimos con la psicóloga, con la psicopedagoga, con la trabajadora social, con la psiquiatra, compartimos con todo el equipo de salud mental. Entonces no es que lo tenemos solamente para nosotros y podemos, las colchonetas, los rolos, las pelotas, no, a veces hay que buscar espacios para compartir digamos. Sí, tratamos de usar siempre el consultorio más

amplio, el más grande, entonces ahí tenemos más espacio como para generar otro tipo de posibilidades para niños para los desplazamientos, para generar alguna otra cosa más a nivel justamente motriz, digamos algún despliegue diferente entonces sí siempre tratamos de usar el consultorio más grande y bueno, si no podemos vamos a los otros más chiquititos nos acomodamos, es como cada día porque como como somos un montón, entonces depende, hay días que tenemos más posibilidades de utilizar el consultorio más grande entonces ese en general es donde, inclusive citamos a los chicos un poquito más grandes que necesitan como moverse más y otro despliegue, entonces cuando tenemos consultorio más grande, lo aprovechamos; cuando son bebés que quizás necesitamos solamente la colchoneta a lo mejor nos podemos arreglar en un espacio más reducido, más pequeño entonces lo vamos valorando. Pero sí, es como el día a día y es como adaptarse, la flexibilidad al máximo a lo que más se pueda.

**Entrevistador/a: Bien en el hospital ¿hay normas institucionales que delimitan tu intervención? No sé alguna que sea muy propia del funcionamiento interno del hospital.**

*Entrevistado/a:* Y en general, por ejemplo, en las salas, lo que yo les decía antes, en general para yo empezar a intervenir en la sala la interconsulta la tiene que hacer el pediatra ese, en general, esa puede ser una norma, digamos, ¿no? Yo no puedo meterme a la sala internación a intervenir con cualquier paciente, porque a mí se me ocurre. Por lo general es el pediatra quien genera el pedido, por supuesto por sugerencia del equipo y demás, esa puede ser una norma. Después nosotros nos manejamos mucho con los consentimientos informados en relación a alguna cuestión, el hospital, es un hospital escuela entonces a veces mucho del material o del trabajo que nosotros generamos se usa para investigación, por ejemplo o para formación, para dar clases, entonces a veces nosotros lo que hacemos con muchos pacientes, es hacemos firmar un consentimiento informado, el cual, implica que el paciente sabe que alguna de las cuestiones que se trabajan con los chicos pueden ser utilizadas con fines formativos sin divulgar en ningún momento el nombre ni datos que impliquen develar cuestiones íntimas, teniendo cuidados en relación a eso.

Bueno hay papás que eligen firmarlo y hay papás que no, y bueno, nosotros nos atenemos a eso, el que no afirma esos datos se resguardan y no se utilizan. Esas son por ahí normas que sí son como muy del hospital porque es un hospital muy grande y hay cosas que nosotras sí las tenemos en cuenta porque muchos de esos datos de las intervenciones nuestras, del impacto de las intervenciones nuestras a veces se utilizan para estos fines.

**Entrevistador/a: Bien, ¿Cómo dividis el proceso diagnóstico? Digamos, entendemos que no es un proceso acabado, que termina una etapa y empieza automáticamente otra, eso ya lo sabemos, pero quisiéramos conocer, ¿cómo lo organizas vos? si hay un inicio, un desarrollo, si tiene una culminación.**

*Entrevistado/a:* Mira, nosotros en general porque es algo con lo que nos manejamos el grupo de psicomotricistas que estamos en salud mental en general, nos manejamos de la misma manera, nosotros trabajamos o todos los pacientes con los que trabajamos sobre todo en el consultorio externo, armamos un equipo junto con los psicopedagogos, los trabajadores sociales y la psicóloga que se llama equipos interdisciplinarios del seguimiento del desarrollo. Entonces los pacientes que nosotros tomamos entran en ese dispositivo y en general, nosotros tenemos como encuadre una primera entrevista, de primera escucha, como les dije recién de admisión, lo que llamamos más la admisión, con los padres donde ahí encuadramos un poco, quienes somos, cómo vamos a trabajar con el paciente, con el niño de qué manera y de acuerdo a la edad del paciente nos proponemos tres o cuatro instancias de valoración con el niño posteriores; o sea tenemos esta primera evaluación tres o cuatro dependiendo de la edad de niño, de las características niños. Instancias de evaluación con el niño y su mamá en general o el papá entran con el niño porque son pequeños todavía; después de esa tercera o cuarta, una devolución en donde nosotras a partir de la evaluación que hacemos transmitimos a los papás las consideraciones diagnósticas, digamos en relación a esa a esa etapa valorativa y un poco la definición en función de ese niño que ingresa tratamientos, seguimientos, se deriva ahí hacemos una devolución en relación a esto y un poco transmitimos la definición que tomamos en relación a ¿Cuáles son los pasos a seguir? en relación al tratamiento-seguimiento del niño. Después de esta devolución si el niño queda en tratamiento con nosotras, en nuestro equipo o en seguimiento en nuestro equipo, lo que nosotros hacemos es cortes periódicos en donde a partir de los objetivos que nosotros nos definimos en función del tratamiento, vamos haciendo cortes con entrevistas con los papás para puntualizar algunas cosas, para acompañar alguna otra, cortes periódicos dependiendo también de la necesidad, hay niños que los cortes con él son una vez al mes, hacemos un corte y una aproximación, otros niños una vez cada dos meses o otro niño una vez cada tres dependiendo lo singular, individual y las necesidades en el transcurso del tratamiento de cada uno que va presentando cada niño, cada familia.

**Entrevistador/a: Claro, como que continúa el seguimiento, te hago una consulta ¿la devolución está que haces es verbal? ahí es algo que tiene que ver con el discurso con los padres o hay un informe escrito algo como un poco más formal.**

*Entrevistado/a:* Nosotros en general como primera instancia es verbal, si papá lo requiere o si el niño lo requiere porque, por ejemplo, nos pasa mucho que como nosotros estamos en el hospital y es justo de discapacidad muchas veces la interconsulta tiene que ver con una valoración para generar el certificado de discapacidad porque tiene una edad, un trastorno genético una cuestión neurológica de base. Entonces ahí, digo el proceso es el mismo, nada más que en esa última instancia, además de darle la comunicación oral también le entregamos el informe que tiene que ver con eso, y también depende mucho del padre que lo piden, sin necesidad de que haya un pedido para la junta o para la escuela muchas veces o para el jardín y otras veces no, solamente oral, sobre todo con los bebés, cuando la instancia es inicial, de valoración que todavía una no define rápidamente por generar una certificación porque da tiempo para el tratamiento y demás, a veces es oral y largamos con él con el tratamiento propiamente dicho, la mayoría de las veces es así.

**Entrevistador/a: Bien, ¿Cuáles son los instrumentos o herramientas y técnicas que utilizas en la realización de este proceso diagnóstico? si nos puedes mencionar alguno.**

*Entrevistado/a:* Bueno, la entrevista es la primera, en general nosotros utilizamos mucho la valoración funcional del desarrollo. Utilizamos pocos test a la hora de evaluar o de valorar, porque la situación de los chicos en general que nos llegan es complicada.

El que utilizamos a veces como herramienta diagnóstica es la escala Argentina de Inteligencia Sensoriomotriz, por ejemplo. Es como muchas veces nos sirve como para nivelar un poco algunas cuestiones referidas a lo cognitivo, pero en general las herramientas que usamos digamos, tienen que ver con la valoración funcional, la hora de juego diagnóstica para los niños un poquito más grandes, hacemos muchas sesiones vinculares entre la mamá y el bebé, generamos momentos de juego más para valorar el vínculo.

Entonces eso lo hacemos más, como les digo, una valoración más clínica, funcional. Yo tomo como referencia mucho los indicadores de intersubjetividad de Víctor Guerra para bazar la evaluación y para las cuestiones más descriptivas en relación a lo vincular; los parámetros psicomotores de Ravera. Pero es muy funcional como les digo, son muy poquitos test, no utilizo particularmente.

**Entrevistador/a: Perfecto. Bueno, nos adelantaste un poquito, pero ¿Cuáles serían los criterios por los que seleccionas estas herramientas o instrumentos? porque esto, es un poco, que marca un posicionamiento profesional pero que si o si está contextualizado en el ámbito hospitalario público.**

*Entrevistado/a:* Mira yo sé que hay gente que trabaja en otros hospitales y que utiliza algunas escalas yo no me siento cómoda, la población con la que yo trabajo es una población que está muy atravesada en el desarrollo debido a sus condiciones, son niños como les dije al principio con patologías crónicas, con periodo internación muy prolongado. Entonces tomar un test a mí no me da datos diferentes o nuevos en relación a la situación del niño digamos porque el niño está en una situación en un contexto adverso, luchando en su desarrollo, entonces es como complejo para mí someterlo a un test, porque sé que el test probablemente de por debajo de lo esperado para ligar según los test, por eso me parece que contextualizar lo que veo de manera funcional en relación al desarrollo y teniendo en cuenta, esto, las condiciones en las que el niño llegó a ese momento, yo tengo pacientes que han estado un año y medio entonces eso no puede ser una variable que yo no tenga en cuenta para valorar las condiciones en las que se pudo desarrollar. Muchas veces han pasado por la terapia intensiva muchísimo tiempo digamos, entonces han estado con asistencia respiratoria mecánica, muy invadidos con muchas operaciones o cirugías en todo sentido. Entonces yo eso lo tengo que poner en contexto para poder llegar a un diagnóstico, para poder llegar a comprender de qué va el desarrollo y en qué lo podemos acompañar, qué podemos hacer para acompañar este niño y esta familia en relación a mejorar las condiciones de desarrollo, ya sea dentro del hospital o generar el proceso, que un proceso también complejo, cuando después de un periodo prolongado de internación vuelvo a mi casa que a veces no conozco como mi casa, no reconozco como mi casa. Los niños que han estado el primer año de vida internados en el hospital cuando vuelven a su casa, no es su casa porque su casa ha sido el hospital todo el primer año, entonces es hacer todo un recorrido nuevo, digamos acompañando a la familia para la reorganización de ritmos de rutinas, de cuestiones que tienen que ver con la organización de tiempos dentro de la casa y de olores, de luces, de ruidos diferentes a lo del hospital, que digamos eso no hay ningún test que de alguna manera me de respuesta en ese sentido. Lo hago de la otra manera, valorando funcionalmente, observando, la observación para mí es fundamental para poder, un poco entender ¿en qué situación está ese niño? y ¿qué es lo que necesitan? para mejorar las condiciones en su desarrollo.

**Entrevistador/a: Y ¿cómo operas con estas técnicas o instrumentos que utilizas? recién nos comentas que no tenés un espacio designado puntualmente para la psicomotricidad y que cuando valoras, por ejemplo, las sesiones vinculares con la mamá haces bajar a la mamá de colchoneta, ¿ahí sería como una forma no de operar esta observación hacia lo vincular?**

**nos podrías comentar más o menos, o si operas con alguna otra técnica. La entrevista también ya nos adelantaste bastante.**

*Entrevistado/a:* No, a veces, por ejemplo, en cuando tomamos a veces por ejemplo la escala Argentina que esa si tomamos el test, pero bueno es una escala que la mamá también participa bastante, porque sostiene al bebé, interactúa con el bebé, con el niño pequeño; entonces sí, por ahí para eso, usamos escritorio a lo mejor, porque necesitamos determinado contexto, para que sea fiable tomar alguna de las técnicas o de las conductas que presenta el test. Entonces ahí sí, salimos un poco de la colchoneta y nos vamos a un escritorio, por ejemplo. Pero es en el único momento que voy al escritorio, además de la entrevista, el resto es todo en la colchoneta en general con el niño, con la mamá; con los niños más grandes lo que hacemos a veces también es en las primeras sesiones con los niños entre 2 y medio- 3 años, los de 4 mucho más, a veces la primera sesión es con la mamá adentro y a veces después hacemos en algunos momentos el niño solo y la mamá espera afuera como para valorar algunas cuestiones. Si no es todo en la colchoneta, bueno rolos, uñas, herraduras, esos son los implementos que nosotros usamos porque muchas veces las cuestiones sobre todo en la organización tónico postural está muy atrasada, entonces necesitamos como ponerle mucho cuerpo para sostener el cuerpo del bebé o del niño pequeño que está bastante atravesado; también usamos mucho mesitas, sillitas, sobre todo implementos que nos sirven digamos a la hora de generar un espacio, un marco adecuado para que el niño pueda desplegar ya sea desde los motores, desde lo simbólico, en todo en todos los aspectos, pueda desplegar y expresar lo que siente, lo que puede.

**Entrevistador/a: Bien, bueno, justo me respondiste la pregunta que seguía que tenía que ver con los materiales que se utilizan para hacer estas técnicas de instrumento, pero te la modificó un poquito y te pregunto si ¿dispones de estos materiales en el hospital o si los tienen que llevar ustedes, por ejemplo?**

*Entrevistado/a:* Y poquito algunas cosas nos las compran, pero cuando peleamos, remamos bastante digamos, la mayoría de los materiales, los juguetes, por ejemplo, los compramos nosotras. Eso como que históricamente fue así, desde que yo tengo uso de razón, desde que me acuerdo que estoy en el hospital es así, compramos los los juguetes, muchas veces nos donan eso también digamos, lo que tiene el hospi es que hay muchos circuitos por los que llega el material, entonces a veces es eso. El material más específico lo tenemos que pedir, las colchonetas, el rolo, la cuña, la herradura, aunque muchas veces las fabricamos nosotras, la goma espuma de alta densidad, encontramos alguna mamá que cose, alguna mamá que nos hace el forro, digamos siempre hay como alguien que colabora o la misma mamá del paciente que

en función de lo que necesitaba va ordenando y vamos gestionando. Nosotros somos muy de bueno haber necesita esto, lo puedes hacer con tal cosa, tal cosa, tal cosa y a veces la mamá trae las cosas y las terminamos haciendo entre la mamá y nosotras. Porque en general las familias que trabajan con nosotras no tienen la disponibilidad de comprarse una colchoneta o una herradura o un rolo en cualquier lugar, sino que fabricamos, entonces decimos bueno hace falta esto, la mesita la hacemos con tal o cual cosa, o el banquito chiquitito adaptado para que pueda estar sentado en alto, en general digamos que nos auto gestionamos bastante.

**Entrevistador/a: En cuanto al proceso de diagnóstico vos recién nos comentábamos más o menos las sesiones, como las dividís, pero ¿cuánto crees que es el tiempo que se le puede dedicar?**

*Entrevistado/a:* Y depende mucho de la continuidad. Nosotros a veces lo que nos pasa hay algunos pacientes que discontinúan un poco el proceso de tratamiento ya sea porque volvió a internarse y eso dificulta mucho el proceso más diagnóstico porque eso implica todo una demora, un retroceso en todo porque vuelve a internarse, vuelve a estar enfermo, vuelve a complicarse; o a veces porque las condiciones desde lo social y desde lo familiar, que eso nos pasa mucho últimamente, hacen que el acceso al hospital no sea el más adecuado, el mejor, a veces no tienen dinero para ir entonces es muy difícil, la mamá dice bueno a veces tengo una semana, pero dos semanas no, entonces es muy difícil a tener una continuidad en el proceso terapéutico y el proceso de evaluación diagnóstica si se corta tanto.

Pero si logramos la continuidad, en los niños pequeños con nosotros, como les dije, más o menos teniendo unas cuatro semanas, podemos lograr una aproximación diagnóstica, porque tampoco es un diagnóstico acabado, como todos, el diagnóstico nosotros lo concebimos como algo dinámico, plausible, de modificarse con las intervenciones, con la evolución y también con el efecto que ejerce lo madurativo también en el niño. Entonces sí me parece que bueno teniendo en cuenta estas características nosotros con los niños pequeños aproximadamente con cuatro ya que lo vemos una vez a la semana en sesiones más o menos de una hora; Entonces más o menos con 4 semanas llegamos o 5 a veces dependiendo de la edad del niño y dependiendo de las características pero, aproximadamente en cuatro semanas llegamos a una aproximación diagnóstica que nos permita hacer una devolución y generar algunos objetivos concretos en relación al tratamiento que es lo principal o sea, hacer la devolución a los papás y decir bueno junto con ellos plantear ¿cuáles serían los objetivos y las estrategias de tratamiento y de seguimiento?

Entrevistador/a: **Perfecto y ¿consideras que trabajas de forma interdisciplinaria?**

*Entrevistado/a:* Y si no trabajara de manera interdisciplinaria, no podríamos trabajar en el hospital. Es difícil, digamos, no trabajar con otros. Sobre todo, en estos últimos años la realidad se ha vuelto muy compleja en cuanto al desarrollo porque una no tiene que atender solamente el desarrollo en sí. Las cuestiones o los niños, las personas digamos con las cuales trabajamos están atravesadas por tantas cuestiones difíciles, que implican que la intervención sea más compleja, osea atravesadas por dificultades no solamente desde lo biológico, lo madurativo del desarrollo, cuestiones sociales, culturales, de todo orden, que hacen que si uno no convoca al trabajador social, al psicólogo, al psiquiatra, al pediatra, a la fonoaudióloga, a la nutricionista se hace muy difícil, muy difícil intervenir con el niño y además porque pensando, interviniendo, pensando las intervenciones y lo que una hace, entre varios hace que sobre todo el peso, o sea, llevadero, digamos y que uno pueda encontrar como en esto aliados y no sentirse tan solo en el proceso diagnóstico y también en el proceso de tratamiento.

Además porque también implica otro trabajo grande lo inter que tiene con la construcción interdisciplinaria en relación a los objetivos de intervención, porque yo voy a construir unos objetivos de intervención en el marco de las sesiones específica de psicomotricidad y no coordino con el pediatra, con el fonoaudiólogo, con el especialista, con la trabajadora social que está siguiendo el caso va a ser muy difícil, porque yo puedo decir blanco, el otro negro, el otro violeta, es como súper necesario y es un trabajo importante digamos. Pero es súper necesario, sino como que terminamos fragmentando al niño, generando como pedacitos y no está bueno, porque no le sirve sobre todo a ese niño y esa familia.

Entrevistador/a: **Bien, ¿cómo definirías vos el proceso diagnóstico psicomotor?, no te pedimos una teoría o tal autor, sino que es para vos como con tu experiencia, con todo el recorrido, que tenés ¿cómo lo puedes definir?**

*Entrevistado/a:* Para mí es arduo trabajo desde lo disciplinar poder llegar a entender al niño en su desarrollo, teniendo en cuenta el contexto es el trabajo más arduo, porque nosotros diagnosticar en relación a está acorde- no está acorde, está dentro de los parámetros o no está dentro de los parámetros es lo más fácil, es como decir bueno está dentro-no está adentro. Me parece que el gran desafío dentro del diagnóstico psicomotor del niño es poder entender el desarrollo de ese niño en el contexto, en el contexto en el que se dio y en el que se está dando teniendo en cuenta las posibilidades que tuvo, las que tiene y las que puede llegar a tener; en función de generar el mejor acompañamiento definiendo la mejor manera posible los objetivos

de intervención teniendo en cuenta estas cuestiones, me parece que es el desafío mayor como psicomotricistas. Nosotros sabemos cuál es o cuáles son las conductas esperables para una edad o para otra edad, me parece que el desafío en los contextos adversos en los que se desarrollan muchas veces los chicos como lo son en el contexto del hospital, es justamente tener en cuenta ese contexto adverso y saber definir cuáles serían las mejores herramientas y las mejores formas de acompañar el desarrollo en estos en estos contextos y en estas realidades. Hace falta para eso mucho estudio, mucha observación y mucho compromiso con lo que uno hace.

**Entrevistador/a: Bien, justamente ¿qué implica ser psicomotricista en el ámbito hospitalario público?**

*Entrevistado/a:* Bueno, en el ámbito hospitalario público la flexibilidad ayuda mucho, el tener un encuadre flexible es sumamente necesario, la flexibilidad en la creatividad, una tiene como todo en lo público, la escasez, de recursos materiales entonces uno tiene que poner el recurso creativo al servicio del niño y de la realidad del niño. Entonces yo creo que esos son condiciones esenciales más allá de esto la formación constante, la interdisciplina, son como son como pilares fundamentales; los espacios de supervisión, de co-visión son sumamente necesarios. Tienen que ver con lo ético del trabajo, con las características que tiene el trabajo en todos los ámbitos no solamente en el hospitalario, pero yo creo que justamente como un espacio en donde en donde la intervención asume características particulares, estos espacios de formación, de co-visión, de supervisión son sumamente necesarios para repensar las prácticas, para valorar otras miradas, otras perspectivas en relación a lo que uno hace es importante.

Hay cuestiones a las que una vuelve siempre, o sea, yo tengo 17 años en esto en lo público y no dejó de tener mis espacios de terapias particular, individual, de construcción personal y los espacios de formación personal corporal que son sumamente necesarios, a lo largo de toda la carrera. Que uno puede empezar-cortar, empezar-cortar, pero son sumamente necesarios, porque uno está poniendo el cuerpo todo el tiempo, porque una sostiene procesos y muchas veces el sostener los procesos implica sostener el cuerpo lisa y llanamente del niño que está totalmente atravesado por la situación de hospitalización. Entonces una necesita como poder armar el cuerpo para poder sostener el cuerpo del otro, digo, me parece que son como fundamentales. Muchas veces cuando una estudiante dice oh otra vez con la supervisión, otra vez con el espacio de formación personal corporal, pero una vez que se pone a trabajar, se da cuenta que estas son cuestiones, que son importantes de sostener en función de que una pueda como les dije recién, pensar éticamente lo que hace en las intervenciones y responsablemente en relación a lo que hace. Es algo que hablamos mucho en el hospital y que hablamos mucho

con colegas de otros hospitales o con colegas que no están en el ámbito hospitalario también, pero que me parece que son como condiciones muy importantes, en relación al ser Psicomotricista.

**Entrevistador/a: Qué interesante escucharte porque siempre que hacemos esta pregunta se va más a lo emocional y vos nos diste como la respuesta de lo que para vos es necesario y hasta hice un listado, me parece genial. ¿Cuál consideras que es la especificidad de la disciplina en este ámbito? digamos ¿qué consideras vos que es diferente a las otras disciplinas? ¿Qué es lo que nos distingue?**

*Entrevistado/a:* Me parece que tiene que ver con esto, con la mirada en relación al desarrollo. Mirando estas cuestiones que tienen que ver con las posibilidades del niño en el contexto, no tanto el checklist, sino teniendo en cuenta esto o sea qué es lo que se puede ofrecer en el marco de un lugar tan invasivo y tan diferente en relación al desarrollo como es el hospital, me parece que es esto, es la mirada diferente en relación a mirar, correr la cortina, bajar la luz, fijate en el contexto, háblalo o presentarle de esta manera o fijate de anticiparle cada vez que le vas a hacer tal cosa o tal otra; digamos o sea me parece que tiene que ver con esta cosa esta mirada diferente en relación a lo habitual, al ritmo, a la rutina y de la organización del niño adentro del hospital. O sea esta cosa que hace que uno o que el otro se detenga un poco a mirar o a esperar al niño en otro sentido no arrebatarlo, a generarle un estrés mayor; sino a tratar, justamente de entender o de darle algún tiempo en relación a anticiparle, a esperar, a ordenarlo, a decirlo de alguna otra manera; esto de poner palabra también a la misma situación, hay algunas situaciones que van a doler y van a doler digamos y bueno hay que decirlo y hay que bancarse que el otro llore, que el otro se angustie. Es la mejor manera de sostener a veces eso de decir la verdad, de decir lo que va a pasar al otro le genera mucha menos inseguridad después en relación a los apegos, a lo vincular, a la seguridad con la que se maneja con lo que pasa. Si uno anticipa, si uno dice lo que va a pasar, digo, no es que al otro no le va a doler o le va a doler menos, le va a doler igual, pero va a ver lo que viene, que es tan importante en función de organizar también todo, la seguridad, porque eso también se traslada después a todos los aspectos del desarrollo, la seguridad, a la disponibilidad corporal, a la seguridad afectiva, a la seguridad en el despliegue motor, a la posibilidad de poner palabra, a la posibilidad de anticiparse, de organizar y estructurar el espacio, el tiempo. A eso voy es como esto que a lo mejor no es nuevo, pero sí es distinto, decirlo de esta manera o decirlo en este contexto o decirlo de esta forma o presentarlo de esta otra manera creo que eso hace que por lo menos o por lo menos eso ha hecho que a lo largo de estos años hayamos construido un espacio dentro de la sala de internación, por ejemplo,

digamos que no están en todos los hospitales, no hay muchos hospitales en que tengan psicomotricista trabajando en las salas de internación, y tiene que ver con lo que una ha construido con el equipo médico de la sala, y en el tiempo. Que hace que lo específico esto que nos hace ser psicomotricistas porque tiene que ver con mirar el desarrollo de una manera diferente y en un contexto como el hospitalario poder empezar a poner nuestro granito de arena en relación a la forma, los tiempos, las anticipaciones, me parece que es fundamental.

**Entrevistador/a: si si, es una mirada que atraviesa al sujeto y que va más allá de lo que se presentan en el hospital que interpreta ya todas las áreas y aspectos de la vida de eso familiar, en lo que surja. Bueno, no hay más preguntas, no sé si mis compañeras quieren hacer alguna otra preguntita, alguna duda o algo. Bueno muchas gracias por tu tiempo y la información que nos has dado es muy interesante.**

*Entrevistado/a:* Chicas no hay ningún drama, cualquier duda o consulta estoy a su disposición.

#### **Entrevista nro: 4**

<i>Fecha</i> 27/10/22
<i>Título profesional</i> Lic. en Psicomotricidad
<i>Año y lugar de egreso</i> Instituto Dr. Domingo Cabred, 2016
<i>Cargo y antigüedad</i> cuatro años
<i>Modo de entrevista</i> virtual, por la plataforma Google Meet link de acceso, meet.google.com/ptx-zpjp-nay

**Entrevistador/a: Hola**

*Entrevistado/a:* Hola, ¿me escuchan?

**Entrevistador/a: Sí, ¿cómo estás?**

*Entrevistado/a:* Hola, ¿qué tal, chicas? ¿Cómo están? un gusto

**Entrevistador/a: Acá estamos haciendo las pruebas técnicas.**

*Entrevistado/a:* Se escucha fuerte y claro.

Entrevistador/a: **nosotras en realidad somos cinco chicas que estamos haciendo la tesis, pero justo está la jornada, así que nos dividimos, las otras chicas asistieron a exponer a la jornada y nosotras habíamos concretado la entrevista.**

Nuestra tesis es acerca de una revisión acerca de las herramientas/instrumentos que se utilizan en el proceso de diagnóstico en hospitales públicos de la ciudad de Córdoba. Recorte es solo la ciudad de Córdoba, por eso solo tenemos pocas psicomotricistas para entrevistar.

*Entrevistado/a*: si no somos muchas

Entrevistador/a: **Bueno y hemos hecho una entrevista, que es un poco extensa, pero porque ha ido modificándose y como que tienen preguntas más puntualizadas a recolectar ciertos datos. Vos obviamente responde lo que vos quieras, lo que quieras contar. Nos pasa que contextualizan mucho, que está bien, nos encanta conocer eso, nos recibe porque aparte nos ayuda el marco teórico; pero por ahí viste que se van por las ramas, entonces es como yo por tus horarios, ¿no? Porque no nos molestamos a nosotros.**

*Entrevistado/a*: Perfecto, muy bien. Bueno, espero que pueda responderles porque lo mío es muy sencillo, chicas.

Entrevistador/a: **Bueno, ¿vos sos licenciada en psicomotricidad? no es cierto.**

*Entrevistado/a*: Sí, soy licencia.

Entrevistador/a: **¿recibida en el Cabred?**

*Entrevistado/a*: Sí, en la en el Cabrera en la UPC como licenciada.

Entrevistador/a: **¿te acordás en el año que egresaste?**

*Entrevistado/a*: Yo egresé en el 2009. Y como licenciada en el 2016 por ahí, porque aparte la licenciatura.

Entrevistador/a: **Claro, estabas con lo que antes salían como técnicos.**

*Entrevistado/a*: Exactamente del Cabred salías como técnica y después para la licenciatura lo hice aparte.

Entrevistador/a: **Claro un ciclo de implementación. Estás en el Hospital Misericordia ¿verdad?**

*Entrevistado/a:* sí

**Entrevistador/a: ¿estás en rehabilitación no es cierto?**

*Entrevistado/a:* sí, Servicio de Rehabilitación

**Entrevistador/a: ¿hace cuánto?**

*Entrevistado/a:* Hace 4 años que estoy en el Hospital Misericordia y estuve 7 años en Unquillo, si no me equivoco, trabajando. Que también forma parte de la red de rehabilitación de la provincia, pero bueno, ya es parte del interior.

**Entrevistador/a: Claro, o sea, no es ciudad de Córdoba**

*Entrevistado/a:* No es ciudad de Córdoba.

**Entrevistador/a: pero en este hospital hace 4 años, digamos. Bien, ¿cuál es el rol profesional del psicomotricista dentro del hospital?**

*Entrevistado/a:* Bueno, el rol profesional, dentro de lo que es el servicio, lo que nosotras hacemos, porque mira yo trabajo con otra compañera que también es psicomotricista. Estamos las dos, ella está desde hace mucho más tiempo y lo que nosotros hacemos es poder trabajar-intervenir con niños de 0 a 5 años. En un periodo más que nada agudo del niño, por eso es hasta los cinco años. Obviamente personas que no tienen una obra social, y a la vez, también formamos parte de un equipo interdisciplinario, el trabajo interdisciplinario es fundamental más allá de la intervención como psicomotricista que hacemos, que es a través de nuestra herramienta fundamental es el juego.

**Entrevistador/ar: bien**

*Entrevistado/a:* Pero involucrados siempre en el trabajo interdisciplinario, siempre.

**Entrevistador/ar: Justamente las preguntas que vienen tienen que ver un poco con eso. Te realizo la segunda pregunta ¿que alcance o impronta tiene tu trabajo entre otras disciplinas? dentro del trabajo diario que se lleva a cabo en este ámbito. Si bien sabemos que, en los hospitales, la Clínica Médica pisa muy fuerte y casi como que tiñe a las otras disciplinas, ¿cuál es la impronta de la psicomotricidad, no?**

*Entrevistado/a:* La impronta de la de la psicomotricidad es fuerte porque tenemos una mirada muy integral, que aborda al niño y su familia; pero al niño y su familia, en un contexto determinado, porque el niño llega con la familia o con la gente que lo está cuidando, pero viene

de un lugar, propiamente dicho, que hace lo que es ese niño y su desarrollo. Entonces desde la psicomotricidad, la ventaja es que entablamos un vínculo, al tener un contacto tan cercano a través del juego, porque un contacto corporal, desde lo emocional, desde lo personal tan grande que se va formando un vínculo de alguna manera, ¿no? Entonces eso creo que hace también a la confianza que se genera, o sea, no es que somos amigos con la familia, no, no quiero que se interprete de ese lado, pero sí hay un vínculo de confianza y de referencia importante.

Entrevistador/ar: **bien**

*Entrevistado/a:* Sí, no sé si respondí a tu pregunta. Pero creo que la gente termina depositando mucha confianza en el área. Porque cuando el niño ya entabla una confianza con uno y el padre o la familia, o el que está a cargo, es como que deposita mucha confianza. Y después pasa algo y “*perdón, te quiero consultar algo, te quiero contar algo*” ¿sí? y nosotras por ahí desde el área terminamos comentando la situación al médico, que es el que está a cargo, el que organiza lo terapéutico, pero el que tiene la llegada principal es el terapeuta.

Entrevistador/ar: **Claro, bien dentro del área de rehabilitación ¿Trabajas en equipo?**

*Entrevistado/a:* Sí, por supuesto es fundamental.

Entrevistador/a: **¿Trabajas con la otra psicomotricista y con quien más digamos?**

*Entrevistado/a:* Y el equipo es grande, hay distintas áreas está psicología, terapia ocupacional, enfermería, trabajo social, fonoaudiología, kinesiología. Bueno, fisiatría es el médico, que se encarga digamos de organizarlo terapéutico y bueno, y después otra área muy importante que es la parte administrativa, que te permite que gire la rueda.

Entrevistador/a: **Es verdad y nadie hasta ahora nos las había nombrado.**

*Entrevistado/a:* Para mí es fundamental, si no, no somos nada nadie.

Entrevistador/a: **Tal cual, en cuanto a tu trabajo, ¿cómo piensas la evaluación psicomotriz? No hace falta que sea la definición de libros, sino vos con tu experiencia con tu recorrido ¿cómo la pensás y cómo la llevas adelante, valoración-evaluación?**

*Entrevistado/a:* Yo creo que a este punto voy cuando digo que es muy sencillo, pero a la vez no deja de ser importante, para mí hay tres cuestiones fundamentales que es, una la entrevista inicial, con las personas que esté a cargo la o las, varían mucho las familias, para mí es muy importante. La historia clínica, para mí también es muy importante y previamente leerla también, porque hace el antecedente del niño y en general recibo niños muy pequeñitos,

entonces necesito saber qué pasa. Y bueno, la hora de juego diagnóstica es para mí muy importante, a ver, yo voy más desde lo espontáneo y que se genera en este juego, tanto en ese juego el niño para conmigo, y después también me gusta otra instancia con la persona que esté a cargo, ¿cómo jugar? ¿Cómo se relaciona? ¿Qué hacen? ¿cómo se comunican?

Bien entonces, historia clínica, entrevista, que tengo media hora para hacerla, o sea es corto el tiempo, pero bueno, tratamos de y bueno después si hay dudas más adelante se sacan, pero es media hora, o sea que tenés que ser bastante puntual, y la hora de juego diagnóstica.

**Entrevistador/a: Perfecto, ¿hay aspectos institucionales que condicionan o limitan los modos de pensar este proceso de evaluación?**

*Entrevistado/a:* No, para nada, por suerte, dentro de lo que es este hospital, a ver, nosotros dentro del servicio tenemos un jefe de servicio y por suerte nos da total libertad y confianza como para que nosotros podamos ejercerlo de la manera que lo creamos conveniente. Obviamente siempre hay que consultar dentro de lo que es, digamos la parte hospitalaria hay cuestiones de jerarquía, que hay que hay que consultar. Igualmente, yo vengo, o sea, digamos hace 4 años que estoy en este lugar, pero ya hay una modalidad inserta. Yo al comienzo por eso decía, a ver de 0 a 5, pero a ver la psicomotricidad no es de 0 a 5 solamente ¿porque esta edad solamente? Bueno, porque el hospital o dentro de este servicio hay una intervención dentro de lo que es un periodo agudo, que también con el tiempo fui entendiendo y como propinándome de esa visión, ¿no? Porque yo venía de otro lugar donde yo capaz, tenía pacientes hasta 12 años, nunca trabajé con adultos que no estaría mal por supuesto, pero no estoy especializado. Entonces creo que la parte aguda te muestra digamos como una parte muy rica de esta historia, de este niño o niña, que capaz en la parte privada no me pasa porque ya el niño viene más grande y yo capaz, que a un nene que lo estoy atendiendo en consultorio en el hospital yo lo conozco desde la parte interna, ¿por qué? Porque lo trabajé también en el internado y eso está buenísimo, me abrió la cabeza enormemente y aprendí un montón de cosas obviamente que me falta, porque dentro de lo que es la formación lamentablemente no tenemos una formación dentro de lo que es el hospitalario propiamente dicha entonces uno va aprendiendo, de lo que encontramos, en la experiencia misma, aprendiendo de los otros, por eso es tan importante la interdisciplina.

**Entrevistador/a: Realmente hay muy poco del ámbito hospitalario.**

*Entrevistado/a:* Muy poco.

Entrevistador/a: **Nosotras que ahora estamos investigando es como no encontrar, realmente, no encontrar.**

*Entrevistado/a*: O encontrar algo, que sé yo de España, fue hace un par de años me compré un libro de intervención psicomotriz, Ay, no me acuerdo el nombre de la autora pero en la tapa del libro hay unos piecitos de un bebé, no sé si lo tienen es hermoso, es bien puntual. Pero bueno, la que es psicomotricista también es kinesióloga, entonces es como una mezcla obviamente que me sirvió por supuesto porque todo sirve, pero se hace camino al andar. Y es muy muy rico, lo que podés aprender en este momento, porque es el momento en donde está se está produciendo todo, el digamos, el impacto en el desarrollo.

Entrevistador/a: **Bien**

*Entrevistado/a*: Entonces esa es la parte que a mí me gusta más, porque me parece muy interesante, que donde terminas viendo las consecuencias, por así decirlo, en el consultorio en este funcionamiento que es este niño o niña.

Entrevistador/a: **Bien, hago un paréntesis porque me avisa a mi compañera que nos olvidamos de una parte muy importante que es de pedir consentimiento para grabar la entrevista y después de grabarla, utilizando la información obtenía para el uso académico de la Universidad Provincial de Córdoba, sede Dr. Domingo Cabred.**

*Entrevistado/a*: sí chicas, no hay problema.

Entrevistador/a: **Es una formalidad que tiene que quedar.**

*Entrevistado/a*: Yo me acuerdo de los tiempos de hacer trabajos, entrevistas y ¡oh, dios mío! Que estrés chicas, que estrés.

Entrevistador/a: **Y parece que no se termina más.**

*Entrevistado/a*: Parece que no se termina, pero se termina.

Entrevistador/a: **estamos esperando esa etapa.**

*Entrevistado/a*: Vale la pena, vale la pena.

Entrevistador/a: **Bien, ¿qué espacio físico utilizas para llevar adelante la evaluación psicomotriz?**

*Entrevistado/a*: y la sala de psicomotricidad. A ver, dentro del ámbito hospitalario, lamentablemente es lo que hay, por así decirlo, así de sencillo y así de crudo. Estamos en

realidad en un servicio donde es como un sector donde debería funcionar una sala de internado, viste las habitaciones bueno, una habitación esa es la sala nuestra de psicomotricidad, dentro de todo bien, estamos cómodas; pero bueno, yo trabajo con alguien más, entonces cuando ella tiene también sus pacientes, yo los míos nos vamos como acomodando dentro del espacio que tenemos. Pero bueno, es parte también del ámbito.

**Entrevistador/ar: bien, ¿pero esta sala solo es de psicomotricidad?**

*Entrevistado/a:* si solo psicomotricidad.

**Entrevistador/a: Bien con respecto a la derivación o como llegan los pacientes ¿cómo llega el paciente a psicomotricidad dentro del Servicio de Rehabilitación? Lo que queremos conocer con esto es ¿cuáles serían los principales motivos de consulta por los que van a psicomotricidad?**

*Entrevistado/a:* Bien, mira el paciente llega por una derivación del médico fisiatra. Hay un proceso de ingreso del paciente que hay como una especie de protocolo, el niño viene primero a un encuentro con el médico y el médico decide las áreas, que sí o sí. A ver, nuestro hospital tiene muchos casos con índole social, muchos casos donde lo social, lo cultural, lo económico está, tiene un auge muy fuerte, entonces siempre el área de psicología y trabajo social, son áreas que tienen que pasar las familias, sí o sí. Y a psicomotricidad en general llegan niños con algún retraso psicomotor, muchos trastornos de lenguaje, trastornos de la conducta, muchos síndromes, obviamente dentro de lo que es lo genético, y bueno, lo motor. Un poco de todo, pero dentro de esas edades y también hay muchos bebitos que en general son prematuros, entonces para hacer evaluaciones, en general, prácticamente todos quedan en un tratamiento, pero hay muchos niños prematuros que llegan y a nuestro servicio, que eso también creo que está bueno que lo sepan, muchas veces son derivados por neurólogos, por pediatras.

**Entrevistador/a: ¿Han sido, o sea, niños que han estado internado en el mismo hospital o de otros hospitales o de otros lugares?**

*Entrevistado/a:* Pueden venir también de otros hospitales, pero muchos son niños que han nacido ahí en el hospital y por algunas cuestiones han quedado internos ahí y bueno, si hay algo, más que nada desde lo neurológico, afectado se deriva.

**Entrevistador/a: Bien. ¿Qué áreas o sectores o consultorios o servicios frecuentas? En psicomotricidad ahí en el hospital.**

*Entrevistado/a:* Dentro del servicio todas. El servicio se caracteriza por un trabajo interdisciplinario importante, fuerte y todas las áreas son importantes porque bueno, si tenemos una visión integral hay que tenerlas en cuenta a todas. Entonces yo creo que es muy importante enriquecerse, escuchar y tener en cuenta otras áreas que también hacen a lo que es la persona, con todas con fono, con trabajo social.

Capaz que en algunos casos diga bueno, no sé, tiene tanta cuestión social, que estamos muy en contacto con trabajo social y psicología, por ejemplo.

Entrevistador/a: **claro, lo singular de cada caso**

*Entrevistado/a:* Depende del caso, pero en general se trabaja con todas las áreas, hay digamos un intercambio constante.

Entrevistador/a: **estas áreas ¿están ubicadas dentro del mismo sector?**

*Entrevistada:* Sí, sí, sí el servicio, estamos nosotros en el primer piso y digamos apenas entraste topas con secretaría y después están todos los consultorios y somos el Servicio de Rehabilitación en esa área.

Entrevistador/a: **Perfecto, son todas vecinas.**

*Entrevistado/a:* uno al lado del otro, tal cual. Sí, somos un equipo grande de 30 personas aproximadamente y también funciona la Junta certificadora. Entonces, eso hace que haya otro movimiento importante, ¿no?

Entrevistador/ar: **Bien, una vez que recibís la consulta, ¿cuál es el próximo paso? Decías va al fisiatra, el decide un área y supongamos que una de las áreas que decide es psicomotricidad, vos lo recibís tenés la entrevista inicial con los padres y ahí, ¿cuál sería el próximo paso?**

*Entrevistado/a:* Y el próximo paso a ver si es una evaluación yo me tomo aproximadamente entre 3 o 4 sesiones de evaluación y bueno, después se hace una especie de devolución a la familia, pero primero se habla con el médico, ¿no? Porque él fue el que me lo derivó. Entonces si él/ella me pidió una consulta para evaluar, bueno, yo le digo, mira, me llevo 3-4 sesiones y pude observar esto, para mí necesita tratamiento, por ejemplo; puede ser casos que no, pero en el caso que sí se necesita tratamiento, listo se ingresa al área y se le da un turno que queda fijo una vez a la semana, media hora. Y ese turno ya queda fijo, entonces ya se inicia, digamos un tratamiento.

**Entrevistador/a: Las sesiones que nos decís que son 3 o 4 para evaluarlo, ¿también son de 30 minutos?**

*Entrevistado/a:* Si.

**Entrevistador/a: Bien, bueno, y si bien ya nos venís adelantando un poco ¿cómo organizas tu evaluación diagnóstica?, o sea, queremos profundizar en esto acerca ya bien, de ¿qué herramientas utilizadas? ¿qué es lo que iría primero para observar que?**

*Entrevistado/a:* Perfecto, mira apenas ingresa el niño y bueno la persona que está a cargo. Bueno obviamente nos presentamos, creo que eso es fundamental; saber bueno, algunas cuestiones, está bien uno lee la historia clínica por ahí para no repetir información, pero a mí una de las preguntas que más me interesan y me brindan mucha información es ¿cómo es un día común? Entonces ahí en general te empiezan a responder, *bueno se despierta a tal hora, desayuna o no*; Y bueno entonces vos empezás a indagar ¿dónde desayuna? y ¿qué toma? ¿en que lo toma? y ¿cómo te pide la leche? Entonces ahí tenemos un montón de información si duerme con la madre, si toma la madera y ya no estamos en edad de tomar la mamadera, tiene algún problema de selectividad de alimentos, de ahogos y después ahí te dice, *bueno después mira tele o no, juega un poco* ¿y a dónde juega? ¿con que juega? Entonces ahí me sirve mucho para indagar una rutina, a ver si hay una rutina porque algunas veces no hay rutinas. Entonces saber qué hace, a que juega, como se comunica, con quién se relaciona, con quién vive, dónde vive, si va a un jardín o a una sala cuna, quién lo cuida, si tiene hermanos.

**Entrevistador/a: con la entrevista tratas de sacar como la mayor información que puedas.**

*Entrevistado/a:* Claro y cosas que, por ahí, a ver, capaz en la historia clínica yo tengo todos los antecedentes, perinatales, prenatales y, a ver, pero por ahí capaz el fisiatra no se centra tanto en ¿juega? le gusta jugar a la pelota; y a mí me interesa si juega o no con la pelota, si le gusta la pelota o si juega con autos y nada más juega con autos y con el autito gira la rueda. Por eso el fisiatra lo manda a psicomotricidad, para que se indague en este tipo de aspectos más que nada relacionado con el juego, habilidades sociales, comunicacionales y vinculares por supuesto.

**Entrevistador/a: Bien, entonces una vez que te llega lo primero que haces es leer la historia clínica y hacer la entrevista inicial tratando de profundizar mucho.**

*Entrevistado/a:* Claro, tratando de profundizar aspectos más que nada relacionado con el juego y que tengan que ver con, también, el motivo de consulta.

Si vienen, no sé, por un trastorno de la conducta, bueno, a ver ¿qué te preocupa de este niño? *Y que no está hablando y que no sé, no le entiendo o que se pelean mucho con los compañeros en el jardín, te pega o quiere hablar y no se entiende*, bueno ¿qué hace en su día en general de común? ¿Qué te preocupa? porque ahí también no solamente sabes la preocupación, sino también qué expectativas hay, que algunas veces no hay expectativas, ¿no? Bueno, ver a qué vienen, hay muchas veces que también pasa, que las familias no saben qué hacen, nos confunden con kinesiología mucho y cuando vos le decís, bueno *yo voy a evaluar las áreas del desarrollo*, porque también tienes que explicarle qué hace acá ¿cuál es la herramienta que vas a utilizar? el juego ¿Pero para qué? Y bueno, para conocer las distintas áreas del desarrollo ¿cuáles son? ¿Qué es el desarrollo? Bueno, el desarrollo lo que es lo motor, como habla, como se comunica, es todo lo que es lenguaje expresivo, comprensivo, comunicativo, todo lo que es lo cognitivo, cómo hace para expresarse, para pensar. Así como muy sencillo y con un lenguaje también lo más sencillo posible.

Entrevistador/a: **Bien, entonces luego de esta entrevista inicial vienen las 3 o 4 sesiones para valorarlos psicomotrizmente ¿no? ¿Qué instrumentos o herramientas utilizas con mayor frecuencia en esta valoración? y si es que las usas, ya nos dijiste una que es el juego, la hora de juego.**

*Entrevistado/a:* La hora de juego diagnóstica que bueno no es una hora, es media hora. Bueno, la entrevista, la entrevista inicial como herramienta también y no solamente esas dos como importante sí y depende el caso, depende también de las otras áreas que intervienen en esta evaluación poder hacer un intercambio con las otras áreas.

Entrevistador/a: **Bien, o sea test no utilizas.**

*Entrevistado/a:* no, no soy de los test. No es que esté en contra ni nada, pero sí considero por ahí, que los test tienen que ver con una población, surgen desde una población indicada que por ahí no es la misma que a mí me llega de alguna manera no estaría mal, pero no, no y tampoco tengo tiempo chicas, es la verdad, hay mucha demanda, es media hora, una vez a la semana, y si es que no faltan o se enferman. Entonces uno tiene que acomodarse digamos al abordaje porque llega un momento que es como una rueda que va rápido

Entrevistador/a: **Bueno, justamente con eso tenía que ver la pregunta que sigue que dice ¿Qué criterios tomas para la elección de dichos instrumentos o herramientas? Yo siento que ya la has respondido porque ya explicaste lo que es el juego, porque elegís el juego más que nada espontáneo.**

*Entrevistado/a:* sí perdón, que te interrumpa, pero cuando son más bebitos, digamos, pongo mucho foco en lo que es la motilidad espontánea del niño como para verlos, ¿qué hace? ¿Cómo se mueve? ¿Cómo lo vincular con la mamá, con la persona que está a cargo? ¿cómo le habla? ¿cómo lo sostiene? que tiene que ver, digamos, con lo corporal, con lo no verbal también. Eso también tiene mucho que ver cuando son tan chiquitos, porque cuando ya son un poquito más grandes, que se yo lo espontáneo surge capaz más desde la iniciativa del niño y empieza a jugar, pero cuando ya están tan bebé, es como una intervención un poquito más distinta o se tienen en cuenta otras cosas.

**Entrevistador/a: Bien, claro, las encaras diferentes por la edad ¿Qué materiales y objetos se utilizan con frecuencia para valorarlo?, por ejemplo, en la hora de juego diagnóstico**

*Entrevistado/a:* Primero, digamos dentro de lo que es la entrevista, yo les consulto que es lo que le gusta. Yo parto a partir de lo que le gusta, de lo que le interesa, es lo primero que tengo en cuenta y después sí me voy fijando o algún objeto que genera algún tipo de acción lúdica más simbólica que me dé más información desde lo cognitivo o algún objeto que genere, o sea que se yo una pelota, bloques grandes, que me permiten ver cuestiones corporales.

Digamos, voy viendo distintos elementos que me brindan información distinta, para ver cuestiones de la comunicación, desde lo motor y lo que también me interesa mucho por ahí son objetos que generen una interacción si es que la hubiera, qué sé yo puede ser una pelota, puede ser un camión, algo que vaya y vuelva a ver si hay una conexión de si me mira, si no, si me devuelve la pelota, si no.

***Entrevistador/a:* ¿Y cuánto hay para observar en eso? Porque te va a permitir después ver todo lo demás.**

*Entrevistado/a:* totalmente.

**Entrevistador/a: Sí, ver si hay permanencia, si hay ritmo.**

*Entrevistado/a:* totalmente, vieron también que hay objetos que son estructurados y otros que son inestructurados, y hay veces que cuando el niño no tiene por ahí las herramientas cognitivas, algo así muy inestructurado que tenga que construir y capaz que no pueda ¿No? Entonces ahí yo me voy a dar cuenta de si necesita mi intervención o no, todavía no está preparado para esto, necesita algo más dirigido.

Entrevistador/a: **Claro, pero necesita que salga a la luz para poder darte cuenta que la intervención va a ir por ahí.**

*Entrevistado/a*: Sí, por supuesto.

Entrevistador/a: **O que quizás después el ofrecimiento de otro objeto. Bueno, voy a cambiar para darle algo más simple, algo más sonoro.**

*Entrevistado/a*: Yo creo que también, por eso es importante tener en cuenta estas 3 o 4 sesiones de evaluación, que te dé tiempo y encima en media hora, y si es más pequeño trato de ver objetos sonoros, objetos con determinados colores para ver el tema del seguimiento, elementos visuales, elementos sonoros. Qué sé yo chicas, una maraca, algo tan simple y sencillo como eso que me permita ver el seguimiento, si la hago sonar, si no lo hago sonar, la fuente sonora, si la llevé para un costado a ver si sale el semirolido; si se lo ofrezco en línea media a ver si llega a línea media y ver qué tipo de toma tiene, un bimanual; lo ve, no lo ve; escucha, no lo escucha; le llama la atención o no le llama la atención este objeto.

Entrevistador/a: **Claro te hago la próxima, ¿cómo armas el dispositivo espacial y temporal para el momento de la evaluación? ¿Hay una disposición previa? ¿Hay una espera en la sala? o digamos siempre lo tenés acomodado igual.**

*Entrevistado/a*: Siempre igual, yo soy estructurada chicas bueno, o sea, es lo que me permite también estar organizada, tener los objetos ordenados, saber dónde están, trato de que haya, no sé, un sector para juegos de mesa, otros que me permitan, o sea, algo más simbólico, algo más de transportes, los libros por otro lado, la colchoneta en determinados lugares, lo que son pelotas por otro; y dentro de lo que es lo temporal tiene que ver mucho, está condicionado por esta media hora, pero creo que a medida que uno se va acostumbrando es como que ya tenés un tiempo propio y te vas adaptando a esa media hora y en ese tiempo haces malabares, pero lo puedo, se puede pero teniendo en cuenta estas organizaciones del lugar. Que también el niño le genera, a ver con el paso del tiempo, seguridad porque él sabe que va a hacer, que se va a encontrar; si yo le digo, a ver ¿qué tienes ganas de jugar hoy? va capaz al placarcito, los cocodrilos, porque ya sabe entonces eso genera también seguridad y confianza, que nos permite hacer un montón de cosas mientras haya seguridad y confianza.

Entrevistador/a: **perfecto, bien, ¿cuánto tiempo dura la evaluación psicomotriz?, entrevista inicial, sería una sesión, me dijiste 3 o 4 de observación y ahí ya.**

*Entrevistado/a*: Y ahí ya termina.

Entrevistador/a: **Bien, aproximadamente 5 entonces, 5 sesiones.**

*Entrevistado/a*: Si 4, 5 ya es un montón me parece, 4.

Entrevistador/a: cuatro encuentros entonces

*Entrevistado/a*: Si 4 encuentros. En la parte privada que tengo 45 minutos también, ya con cuatro encuentros está bien.

Entrevistador/a: **te alcanza, perfecto.**

*Entrevistado/a*: Y después hay una instancia de devolución.

Entrevistador/a: **Bien.**

*Entrevistado/a*: Porque bueno, vino a una evaluación, bueno, ¿qué pasa? Y hay una devolución, que es también como una instancia de diálogo, no de entrevista, pero más que nada de diálogo con la familia.

Entrevistador/a: **¿Cómo haces esa devolución le comentas a los padres lo que observaste durante estos encuentros?**

*Entrevistado/a*: Claro, claro, yo le comento vi tal cosa, en tales áreas y también teniendo en cuenta este motivo de consulta o por qué el médico lo derivó acá o su motivo de consulta, porque hay algunas veces que los padres llegan porque los mandó el pediatra, no porque ven algo que les preocupa. Entonces uno tiene que explicarlo, va a venir por tal cosa y veo ciertas dificultades que se pueden trabajar de tales y tales maneras también para que comprendan de qué se trata el área y no es kinesiología no es nuestro trabajo una función motriz.

Entrevistador/a: **Sí, sí, ahí está nuestra lucha por darnos a conocer también.**

*Entrevistado/a*: sí, sí y a ver, creo que hay muchas personas que hasta que no te pasa, por así decirlo, algo que te termine relacionando con estas áreas, no tenés idea y tampoco tienen la obligación. Es así y bueno, yo creo que a medida que pasa el tiempo se van dando cuenta ¿De qué se trata? ¿Cómo lo vamos a trabajar? Que es importante, es importante que el padre sepa, para qué viene y la importancia del espacio, porque si no, no hay adherencia al tratamiento y después entonces no tiene sentido, si no hay un compromiso, no hay una adherencia y no podemos trabajar ningún tipo de objetivo porque en ese momento uno se plantea objetivos a corto plazo a largo plazo, que es súper importante obviamente estos objetivos relacionados a por ejemplo, hay que fomentar estructuras, no sé por así decirlo más lo cognitivo ¿cómo lo

vamos a hacer? bueno jugando, digamos, ofreciendo más material que genere, el símbolo, de simbolización, el juego de roles. Entonces eso es para vos, ¿cómo le vas a explicar eso al padre?, ¿no? Vamos a jugar para que, que esa es la herramienta que entiendan también que el juego es algo serio ¿Sí?, que es nuestra herramienta, es lo principal, con mi cuerpo, con los objetos, con el cuerpo del otro, con el cuerpo de ellos mismos porque hay un montón de padres y madres, y esto no tiene que ver solamente con el ámbito público, con lo privado, hay muy poca predisposición para el juego. Yo te doy esto para que juegues, y el celular ni habla y eso no es jugar, y hay muchos chicos que necesitan la compañía. Entonces también eso es parte de nuestro trabajo y de nuestro rol que entiendan y comprendan la importancia y para qué le va a servir, cuesta un montón chicas y esto no tiene que ver con, no sé, con un nivel de escolarización, de algo cultural.

Entrevistador/a: **No, claro, no, no es producto del contexto, es algo.**

*Entrevistado/a:* No, no hay y bueno eso es parte del trabajo.

Entrevistador/a: **Genial**

*Entrevistado/a:* Si no, no hay adherencia.

Entrevistador/a: **claro**

*Entrevistado/a:* Hay tantas familias que dicen, a mí me importa, qué sé yo, que camine; se largó a caminar y listo no voy más a psicomotricidad bueno sí, que camine, pero que camine para algo, porque tiene, no sé un objetivo un deseo.

Entrevistador/a: **Sí, sí, Jenny y retomando esto de la devolución, luego de darle la devolución, si vos consideras que tiene que recibir el tratamiento coordinan un turno de una vez por semana y empieza el tratamiento, y no te ha pasado de que dijiste, no este nene o esta nena no es para psicomotricidad.**

*Entrevistado/a:* Sí, ha pasado. A ver este nene o esta nena no es para psicomotricidad, pero dentro de lo que es discapacidad o salud mental haciendo esa diferenciación. Nosotros estamos en un Servicio de Rehabilitación que trabaja con la discapacidad propiamente dicha, hay niños que necesitan capaz desde un enfoque más de lo que es salud mental, que no necesitan un certificado de discapacidad, son los menos casos, son pocos; pero no necesita un certificado o no hay un origen neurológico que amerita el tratamiento.

Entonces necesitan desde otra óptica. Ojo, que hay veces que no contamos con esos espacios, entonces se hacen excepciones y bueno, *lo tengo un tiempito para ver si se larga a*, por así decirlo a hablar o interactuar a más, porque hay cuestiones sociales, emocionales que obviamente influyen en el desarrollo y generan algún tipo de desfasaje, pero que va a progresar.

Hace un par de años, antes de la pandemia, contábamos con grupos, que eso es súper lindo, primero que es un trabajo muy lindo; segundo que es muy rico, porque el niño interactúa con otro par, entonces ahí el aprendizaje es mucho mejor y a este tipo de niños que, por ahí, nosotros no contamos con estos espacios, pero que necesitan ese empujón, ese seguimiento, armamos grupos de juego más o menos por edades, por intereses, agrupábamos. Entonces venían una vez a la semana y tenían un momento de juego, dependiendo de los objetivos, pero es muy bueno, esa intervención. Después bueno vino la pandemia y todavía no lo hemos podido retomar. Estando en el hospital es como muy difícil y se tuvo que cortar, por supuesto.

**Entrevistador/a: Claro, pero que interesante ese abordaje en grupo.**

*Entrevistado/a:* Es súper interesante y son niños que capaz que no sé, un año en el grupo, ya salía, viste más que nada los trastornos del lenguaje, que por ahí llevan a ciertas inhibiciones. Entonces aprenden con el par que va a ser mucho más productivo que con un adulto o con el uno a uno.

**Entrevistador/a: Seguramente y aparte que te corre a vos del lugar para poder observar, quizás un poquito más atentamente, te hago la última pregunta ¿consideras importante el trabajo del psicomotricista en este ámbito hospitalario? ¿Por qué?**

*Entrevistado/a:* sí, sí, primero, obviamente, lo considero muy importante y bueno, vuelvo a repetir lo mismo porque tenemos una mirada integral, que eso no significa que hagamos de todo, Ojo, que nosotros tengamos una visión amplia, no significa que tengamos que saber o hacer de todo, pero lo considero importante por lo vincular que uno puede entablar con la familia, con el niño; por lo que puedo aportar desde la intervención, desde el juego, como una herramienta importantísima y que al niño le permite explorar, ser y de ahí potencializarlo.

A ver cuando yo entré al hospital, porque yo antes estaba en un centro de rehabilitación que también forma parte de la red en Unquillo, pero estaba por fuera del hospital y para mí fue todo un aprendizaje, es digamos tener en cuenta mi rol en un hospital que es un lugar mucho más grande y tenés otro tipo de experiencias y cómo me llega a mí un niño en el hospital, que está internado, ¿qué hago? ¿Qué necesita de mí, de mi rol? entonces eso a mí me permitió abrir

un montón mi mente y conocer por qué por ejemplo para un fisiatra es importante que yo intervenga y para brindarle herramientas a los padres, a las familias, de estimulación, de crianza teniendo en cuenta que están, por ejemplo no se internados y es otra instancia evidente que se prioriza otras cuestiones muy importantes que hacen a la vida prácticamente; pero que más allá de eso, necesita ese momento de juego, de interacción, de que le ofrecen algo, de que le cantes, de que lo levantes y no solamente que le ofrezco un sonajero para ver si está el reflejo de búsqueda.

Entonces, que también la familia tenga otro tipo de acercamiento a ese niño, que en este contexto es distinto y teniendo en cuenta que este niño también recibe un acercamiento de médicos que lo pinchan, que la sonda; y yo me voy a acercar, pero de otra manera, entonces eso es lo que yo vengo a ofrecer.

Después en el consultorio, súper importante porque digamos todo lo que es la cuestión médica son, por lo menos mi área en este lugar, somos muy escuchadas, muy escuchadas.

**Entrevistador/a: Qué bueno. Está bueno esto de que vos decís que son muy escuchadas, está buenísimo, porque es como que toma la importancia en esto de lo interdisciplinar, ¿no? Yo tengo, en cierta manera, dos preguntas en cuanto a los materiales de la sala de psicomotricidad ¿ha sido brindado por el por el hospital, usted mismos lo han ido armando?**

*Entrevistado/a:* No, el hospital solamente te brinda el espacio y el mobiliario, por así decirlo, lo que es un escritorio, una mesa, la silla, una colchoneta, la camilla, el placar, paremos de contar; el resto es lo que se dona, mucho la mayor parte, o de los que nosotras podemos conseguir de nuestras familias y también se fomenta mucho la construcción de materiales, esto también es importante teniendo en cuenta que contamos con una población y familia que son de bajos recursos y que no hay un acceso directo a un juguete, encima con lo que cuestan, con lo que es los costos, entonces promovemos a esto a que podamos construir que podamos juntar, no sé, tapitas, latas; y hay familias que no tienen para un sonajero, bueno, lo construimos nos fijamos como, qué material puedo conseguir yo, la familia. Desde la familia en general tenemos muy buenas respuestas y colaboran y lo usan, como buenas psicomotricistas, bien, recicladoras para no decir otra cosa

**Entrevistador/a: Ahí está la creatividad de cada uno.**

*Entrevistado/a:* Sí, hay que apelar a la creatividad y a los recursos con los cuales se cuentan, que muchas veces no son muchos.

**Entrevistador/a: claro, y otra pregunta, que vos por ahí vos lo has ido mencionando ¿tomarías a la observación como una de las herramientas, que va como atravesando también lo que él ahora de juego, tanto la a la entrevista?**

*Entrevistado/a:* si, la observación directa, la observación indirecta es parte, digamos de esta hora de juego diagnóstica, ¿no? Yo hay veces que intervengo y hay veces que no para ver esta cuestión de haber que sale, que iniciativa tiene, que le gusta que no, puede permanecer o no, porque por ahí cuando yo intervengo puede ser bastante dirigido y lo llevo para donde yo quiero entonces no puedo ver esta cuestión espontánea que es por lo que viene, para mí.

Después, en el tratamiento si lo puedo hacer más dirigido, porque si yo quiero estimular dispositivos básicos del aprendizaje, atención, motivación, memoria, sensopercepción; y bueno voy a buscar determinados elementos o actividades que permitan mejorar estos aspectos como por ejemplo, un juego de mesa, jugar en la mesa, para que me permitan una organización más determinada para después pasar al piso, porque muchas veces son niños que son muy desorganizados que por ahí si le das un montón de cosas en el piso ¿Cómo lo traes? Es difícil en el momento, entonces vos tenes que ver, no no le voy a dar todos los rastris, no le voy a dar toda la caja de autos, porque se va y después como lo vuelvo en media hora, como le hago entender que ya está que se tiene que ir. Pero bueno hay distintas formas, y depende de cada paso en particular.

**Entrevistador/a: Y una última pregunta, gracias por el tiempo, en cuanto a normas institucionales vos decís la media hora, que es un condicionante en cierta manera de lo que uno hace ¿Qué otra norma institucional vos decís o veas en todo el proceso de evaluación?**

*Entrevistado/a:* a ver, es media hora pero con el tiempo vos lo vas aprovechando muchísimo y también hay veces que no llegas a media hora, porque tenes en cuenta la necesidad del niño, hay niños que no llegan a la media hora se cansan, se agotan y bueno hay que respetarlo, y también hay una cuestión obviamente de demanda que generan que la sesiones sean de media hora y una vez a la semana, no es lo ideal, pero bueno es lo que se le puede ofrecer, dentro de las posibilidades que tenemos y poder abarcar de alguna manera dar respuestas a las necesidades para todos, hemos tenido momentos de lista de espera, ya que no había más espacio o más lugar y muchas veces esto del grupo se sumó como para poder dar respuesta a más niños en una

determinada cantidad de horas porque bueno la demanda es mucha. Yo creo que no es lo institucional lo que genera las condiciones sino la demanda que viene de afuera, cada vez se necesita más y vos tenes que darle una respuesta, pero a la vez capaz necesitaríamos más recurso humano, más recurso de un espacio, de materiales eso si lo encuentro digamos como cosas a mejorar muchísimo, pero bueno dentro del contexto que estamos te generan estas condiciones.

Entrevistador/a: bueno desde ya muchas gracias por tu participación y por tu tiempo.

*Entrevistado/a*: no hay problema chicas lo que necesiten, solo escriban saludos.

### **Entrevista n°: 5**

Fecha 2/11/22
<i>Título profesional</i> : Licenciada en Psicomotricidad
<i>Año y lugar de egreso</i> : 2015, Instituto Dr. Domingo Cabred
<i>Antigüedad</i> : 16 años

Entrevistador/a: **Hola bienvenida, ¿Cómo estás? ¿se escucha bien?**

*Entrevistado/a*: Hola, ¿Cómo les va? Si, si se escucha bien.

Entrevistador/a: **Nosotros queríamos primero pedir su consentimiento para poder grabar la entrevista y utilizar la información en lo que es la tesis. Que la tesis trata sobre las herramientas e instrumentos que se utilizan en el proceso en el proceso de diagnóstico en el ámbito hospitalario, ese sería nuestro tema de**

*Entrevistado/a*: Bien, ¿es grabar y desgrabar en la tesis?

Entrevistador/a: **exactamente y utilizar la información cuando hagamos la categorización y esas cuestiones.**

*Entrevistado/a*: Bueno, no hay problema.

Entrevistador/a: **muchísimas gracias, te vamos a mandar por whatsapp cuando terminemos un consentimiento puedes firmarlo, se firma por Word y cualquier cosa nos lo envías de vuelta ¿si?**

*Entrevistado/a*: Bueno.

Entrevistador/a: **¿En qué hospital estás trabajando?**

*Entrevistado/a*: en el Hospital Pediátrico del Niño Jesús

Entrevistador/a: **¿Eres licenciada?**

*Entrevistado/a:* Si soy licenciada.

Entrevistador/a: **De acuerdo más o menos en el año que egresaste.**

*Entrevistado/a:* De Licenciada en el 2000-15, o sea, fui el segundo ciclo de complementación, creo que fue 2015.

Entrevistador/a: **Primero te recibiste de técnica y después.**

*Entrevistado/a:* De psicomotricista y después hice el ciclo de complementación.

Entrevistador/a: ¿Los hiciste en el Cabred a las dos?

*Entrevistado/a:* si

Entrevistador/a: **La primera pregunta es perdón, en ¿qué servicio estás en el hospital?**

*Entrevistado/a:* el servicio rehabilitación

Entrevistador/a: **el Servicio de Rehabilitación ¿hace cuánto más o menos que estas?**

*Entrevistado/a:* 16 años

Entrevistador/a: **16 años muchísimo. En la primera pregunta es ¿cuál es el rol profesional del psicomotricista dentro del hospital?**

*Entrevistado/a:* el rol dentro del hospital

Entrevistador/a: **del psicomotricista**

*Entrevistado/a:* el rol del psicomotricista es una cosa dentro del hospital es otra y depende de cada servicio. Básicamente el rol del psicomotricista es atender cualquier niño que requiera de una intervención psicomotriz, o sea, hay muchas razones por las cuales un niño está en un hospital, puede tener una discapacidad, puede ser una enfermedad transitoria, puede estar transitando algo urgente y estar en terapia, puede estar en salud mental, yo hay algunas áreas en las que no intervengo y otras sí y en cada lugar es una intervención diferente.

No es lo mismo un niño que tenga un tratamiento, que un niño que veo un tiempo breve y que está en una situación donde su vida corre peligro, o sea, su vida está en riesgo y es lo que se prioriza, ¿no? Entonces uno piensa en los objetivos del trabajo diferente.

Entrevistador/a: **dependiendo del área y dependiendo de los casos particulares de esos niños, ¿sería?**

*Entrevistado/a:* Claro, digamos, yo tengo los chicos en el consultorio que son los que están en tratamiento, que vienen derivados de otro lado o niños que han estado internados y han quedado con alguna discapacidad y continúan haciendo tratamiento en el servicio. Y después atiendo en la sala, en terapia, en un UCI, pero hay otros espacios, por ejemplo, donde están los otros consultores específicamente no, en salud mental tampoco. Pero no, porque no se pueda sino porque no soy requerida.

**Entrevistador/a: La segunda pregunta es ¿Qué alcance- impronta tiene su trabajo entre otras disciplinas dentro del trabajo diario que se lleva a cabo en este ámbito? ¿Quieres que te la vuelva a repetir?**

*Entrevistado/a:* No, ¿el alcance?, ¿en qué sentido alcance?

**Entrevistador/a: O la impronta, sería ¿qué de la psicomotricidad ves en la otra disciplina? porque como ejemplo cuando trabajas con un kinesiólogo, ¿cómo de la psicomotricidad puede ir aportando en este trabajo interdisciplinario? ¿qué haces con otro, con otra disciplina o con otros profesionales?**

*Entrevistado/a:* El trabajo que nosotros hacemos es interdisciplinario y la interdisciplinariedad pasa por pensar al paciente cada uno desde la mirada específica de su disciplina, pero todos miramos el mismo paciente y la misma problemática cada uno intervendrá desde lo específico. Incluso de profesiones que por ahí a veces, no digo que sean similares, sino que a veces genera cierta confusión el campo de intervención como puede ser la Kinesiología, la terapia ocupacional, la psicomotricidad, que son disciplinas bien diferentes.

Y se pueden digamos hacer un armado terapéutico en particular para cada paciente estudiar el caso, o sea, no hay equipos preestablecidos, sino que para cada paciente se arma el equipo interdisciplinario que se considera. Y bueno, cada uno desde su perspectiva, ve que puede, cuál es su objetivo de tratamiento en función de la problemática del niño que es la misma para todos.

**Entrevistador/a: Pero, ¿quién armaría? Por ejemplo, ¿quién decidiría cuál de las áreas o de la disciplina intervendría con un niño en particular, por ejemplo?**

*Entrevistado/a:* En primer momento el fisiatra, pero en realidad todo el equipo porque es una entrada al servicio. El fisiatra es la primera entrevista que tiene el paciente la consulta médica y ahí él deriva a algunos profesionales que considera para que sean evaluados y después en reunión de equipo, eso se repiensa, se deriva. Yo puedo sugerir que trabaje con otra persona además o que no trabaje conmigo y trabaje con otra persona depende de muchas cosas, la capacidad de vincularse del niño con los terapeutas, si se banca cuatro tratamientos o no, porque hay disciplinas que por ahí en un momento no intervienen, pero sí intervienen en otro siempre estamos hablando de chicos de mucha complejidad, ¿no?

**Entrevistador/a: Claro, en cuanto a vos en tu particularidad, o sea, desde tu punto de psicomotricista, ¿cómo entendés la etapa de la evaluación psicomotriz? y ¿cómo la llevas adelante?**

*Entrevistado/a:* la evaluación psicomotriz es como fundamental. Porque digamos en el Servicio de Rehabilitación es como varios momentos de evaluación y todo suman en el espacio de

psicomotricidad porque la evaluación médica es un elemento básico, para mí, para ubicarme respecto de cuál es la problemática que tiene el niño, porque bueno, las discapacidades vienen de ahí del lado cuerpo, de la discapacidad pensada como la enfermedad, viene de ahí del lado del cuerpo.

Entonces no es lo mismo un síndrome genético que una parálisis cerebral o otro tipo de trastorno sensorial, entonces eso ya te define una una evaluación, que no es una evaluación cerrada sino que vos lo tomas, lo consideras, lo observas y puedes ampliar esa evaluación, poder refutar determinadas cuestiones por ejemplo, a mí me llegan chicos de consultorio médico que dicen mira a mí me preocupa esto, esto y esto, y uno después puede decir, mira no esto no es así, con esto no pasa nada o al revés no lo encuentro nada pero por las dudas evaluo y vos decis si tiene esto, tiene esto. Uno puede ampliar o aportar, o refutar, digamos determina impresión. Eso por un lado, por otro lado, vos tenés la evaluación específica de tu disciplina, rehabilitación tiene la particularidad que lo que es psicomotor no es una sintomatología, como podría decir, me sale pura pero no es la palabra apropiada, pero una sintomatología específicamente psicomotora sino que hay otra cantidad de dificultades a partir de las cuales se puede generar una sintomatología psicomotriz o sea, ¿puede un niño con parálisis cerebral tener un trastorno psicomotor? si a partir de la discapacidad puede desarrollar un trastorno psicomotor que es de otra índole no es específicamente el cuerpo o puede tenerlo o puede no tenerlo y ¿el psicomotricista interviene en ambos casos? si, interviene en ambos casos porque intervenís con estrategias y con objetivos de tratamiento diferentes. Entonces, bueno, todas esas cuestiones se tienen en cuenta las áreas del neurodesarrollo, la observación, la hora de juego libre; la observación es muy importante, hay que darle espacio a la observación aun así creyendo, es un paciente que uno ya con la segunda sesión vio todo, no hay que darle tiempo a la observación.

**Entrevistador/a: Claro, y más o menos, perdón, ¿cuánto tiempo le dedicas a la observación? ¿Cuántas sesiones por ahí aproximadamente?**

*Entrevistado/a:* Y depende del chico, o sea, yo como ya tengo tantos años, pues algunas cosas las veo rápido, pero sí, mínimo cuatro- seis sesiones. Sí, porque depende mucho del vínculo, que el chico de haber ciertas cosas y cuando vos estás haciendo una evaluación no hay vínculo, entonces hay que tomarse el tiempo de construirlo, no hay vínculo, vos sos un extraño. Entonces no es solamente darle el tiempo a que el niño despliegue lo que tengan que desplegar, sino que tenés que construir ese vínculo de confiabilidad ¿para qué? para que sea un terreno óptimo de dar a ver, de intervenir.

**Entrevistador/a: Y, por ejemplo, ¿primero haces entrevistas con los padres o directamente, o sea, ya te lo mandan a la evaluación, o sea, te lo derivan?**

*Entrevistado/a:* El paciente viene derivado, depende en qué momento del tratamiento, si es un paciente que recién entra viene derivado del consultorio médico; Sí es un paciente que ya viene tratamiento, me lo puede derivar cualquier compañero. Pero con lo que yo cuento inicialmente es con la anamnesis o todos los datos que están en la historia clínica más la entrevista inicial con los padres y la entrevista a observación al niño.

**Entrevistador/a: Y la devolución y la parte de la devolución la haces con la familia directamente o ya se la das, por ejemplo, al que te deriva.**

*Entrevistado/a:* como yo trabajo con los padres en el consultorio en su mayoría no hay una entrevista de devolución porque están ahí y la devolución es todo el tiempo, hay diálogo y uno va diciéndole al papá lo que ve, lo que no, lo que cree, lo que debería trabajarse. Con algunos chicos lo más grandecito no, pero yo básicamente trabajo con los más chicos, con los más chiquitos.

**Entrevistador/a: Más o menos de qué edades aproximadamente.**

*Entrevistado/a:* Los chicos que están acá en realidad el hospital es de 1 a 14. Porque ya los 15 se considera adulto y de 0 a 1 es neonato, pero más o menos el niño que está va desde meses, a veces menos de un año, hasta 7 años ya 8 como mucho después de eso ya se deriva a otro tipo de abordaje.

**Entrevistador/a: ¿Hay aspectos institucionales que condicionan, limiten o regulen los modos de pensar el proceso de evaluación de un sujeto cuando llega a psicomotricidad?**

*Entrevistado/a:* ¿procesos institucionales?

**Entrevistador/a: aspectos institucionales que influyen en ese proceso, en el pensar ese proceso, por ejemplo, los tiempos, las cantidades sesiones.**

*Entrevistado/a:* Eso no, pero sí el orden de que el niño siempre ingresa la primera entrevista es por consultorio médico, después no, no, hay limitaciones, digamos, entra por consultorio médico y una presentación del paciente en la reunión de equipo y después bueno cada profesional inicia, su trabajo y hace la evaluación y pero bueno es un estilo nuestro.

**Entrevistador/a: Fue algo que fueron construyendo ustedes y no directamente el**

*Entrevistado/a:* no hay

**Entrevistador/a: hospital fue marcando.**

*Entrevistado/a:* no hay un protocolo.

**Entrevistador/a: Claro, y en cuanto al espacio físico que utilizas para llevar adelante,**

*Entrevistado/a:* Ahora sí lo va a ver, a partir de ahora.

**Entrevistador/a: a ¿hay una modificación?**

*Entrevistado/a:* Sí, en realidad se ha redactado un protocolo de atención de paciente con discapacidad, hace dos años y que se está por implementar ya. Y este protocolo sí le pone pautas al abordaje del paciente desde el momento cero que ingresa hasta el alta.

**Entrevistador/a: Y te acordás alguna norma que digas que por ahí haya modificado o vaya a modificar algo de lo que venís trabajando. Con el tema de horario por ahí las sesiones tienen que durar tanto, por ejemplo.**

*Entrevistado/a:* Lo que se va a modificar son, por ejemplo, las entrevistas, son entrevistas fijas no son abiertas, son entrevistas cerradas. Que, si bien las hicimos nosotros, yo soy coautora de ese protocolo, lo hicimos entre casi todos los psicomotricistas de la Subsecretaría de discapacidad y así todas las áreas, todos los trabajadores sociales, los médicos, los psicopedagogos. Cada profesión trabajó en los específicos y después en forma interdisciplinaria fuimos dándole el armado bajo la conducción de gente especializada en el armado de este tipo de cosas porque un manual tipo normas ISO, entonces este bueno, por ejemplo, se pusieron planillas de entrevistas que son entrevistas estructuradas, hay determinados test que se tienen que tomar

**Entrevistador/a: Algunos, si te acordás la mayoría de que fueran a tomar ¿vos tomas ahora algún test en particular?**

*Entrevistado/a:* hem no no, si utilizo un test que es el pivodi, que es un test muy específico para determinar retraso psicomotor, entonces cuando hay algún niño que yo tengo duda, digamos que si presenta o que está ahí muy al borde, bueno por ahí tomó el test como para confirmar si hay algún tipo de desarrollo más lento digamos en algún área específica o si necesito, si se me pide una evaluación puntual con la edad evolutiva y demás. entonces sí la hago porque necesito un instrumento, pero normalmente para mí no la necesito.

**Entrevistador/a: ¿Cuáles serían los los test que por ahí ahora en el protocolo se implementarían?**

*Entrevistado/a:* mira, no recuerdo hay uno que es parecido al de Rodríguez, yo no lo conozco, pero es más actualizado pareció al test de Rodríguez, pero más nuevo más actual; después creo que hay un Gross motor y otro más, yo no me ocupé de esa parte entonces no, no recuerdo, pero son tres, cuatro dependiendo de las edades

**Entrevistador/a: Es obligatoriamente ahora en más, o sea después de que se implemente.**

*Entrevistado/a:* desde el momento en que se empieza a implementar protocolo sí, va a haber que tomar. O sea si vos después, ¿cómo es la cuestión del protocolo? El protocolo va a estar

insertado en la historia clínica, entonces vos tenes que completar la historia clínica, entonces vos podrás hacer otras cosas más si quieres pero las cosas que están en la historia clínica las tenés que completar, o sea, vos podés hacer una entrevista a los padres semi estructurada mientras rellenas todos los cuadritos, después le preguntas lo que vos quieras o el padre pregunta lo que quiera, pero están estas pautas que hay que cumplimentar. Y eso es algo que está establecido desde el gobierno, ¿no?, no es algo que nosotros hayamos pedido que se hiciera.

**Entrevistador/a: Así que el gobierno mismo le mandó que armaran como un protocolo entre todos ustedes sería una cuestión así.**

*Entrevistado/a:* Sí, lo ha hecho en todos los ámbitos de la salud y discapacidad, no quedó afuera.

**Entrevistador/a: En cuanto al espacio físico que utilizas para llevar adelante la evaluación psicomotriz, ¿dónde es? un consultorio, una sala.**

*Entrevistado/a:* No, no en un consultorio.

**Entrevistador/a: Un consultorio, ¿tiene las medidas, o sea estándar de los consultorios?**

*Entrevistado/a:* Dos por dos.

**Entrevistador/a: Con respecto a esto de que venías hablando de la derivación, que pasan por la consulta médica primero ¿Cuáles serían los principales motivos de derivación? por ahí si te acordás algunos que digas, que por ahí hay recurrentes de decir bueno puede ser por esto que me lo derivan.**

*Entrevistado/a:* Mira generalmente el niño que tiene una discapacidad temprana este nace con un problema y es derivado directamente por eso que se detecta o aquello que sucedió que puede ser causa de discapacidad, que se yo, por ahí un niño que tiene un hipoxia durante el parto y que no hay ningún tipo de cuestiones extraordinarias que vos puedas decirnos si hay una lesión, pero de todos modos lo tenes que tener en control porque no sabe si va a aparecer o no va a aparecer; otros que realmente vienen francamente lesionados, entonces vos sabes que aunque todavía no lo puedas diagnosticar ese es el diagnóstico que se le va a dar.

Y otros vienen derivados por pediatría o por preocupación de los mismos padres que consultan al pediatra y los deriva, también las vecinas derivan, muchos papás vienen porque los mandan la vecina que le dijo que conoce a alguien que trae su hijo acá, que también tenía el mismo problemita entonces, o sea, lo rescato porque hay una cuestión social de mucho sostenimiento en eso.

**Entrevistador/a: Sí, sí, de que en la misma, o sea, la misma como decir la misma vecina tome por ahí conciencia de ese inconveniente de esas cuestiones.**

*Entrevistado/a:* es el sistema el que falla, o sea la consulta la consulta pediátrica en salud falla, no es efectiva es una vez al año, son 10 minutos, o sea hay muchas cuestiones legales, por ejemplo, en el hospital actualmente pediatría atiende un paciente cada 12 minutos, ni 10 ni 15, 12. Entonces, ¿qué tiempo podés tener para escuchar la preocupación de una mamá? Que seguramente tampoco puede dar cuenta de su preocupación por que entiende que el hijo le pasa algo, pero no sabe muy bien, que le cuesta explicarlo, le cuesta expresarlo necesita que uno escuche, no hay manera.

**Entrevistador/a: No es muy poco tiempo, o sea, 12 minutos es nada. Un saludo un revisó más o menos y sigue el otro.**

*Entrevistado/a:* Por eso, los que no tienen acceso a la medicina privada incluso la medicina privada también, o sea, vos podés llegar a durar 30 segundos en consultorio con el médico. Hay consulta que son de 30 segundos y otro que son de 10 minutos y hoy por hoy los médicos no te revisa, a nadie, si vos decís me duele, ellos piden análisis de orina, radiografía, anda y cuando tengan los resultados vuelve, y no te toca no se mueve el otro lado el consultorio, no hay, no hay revisión del paciente.

Entonces seguramente hay montones de cosas que uno puede pensar o percibir a través de la clínica y que la revisión clínica del paciente está completamente dejada de lado. Entonces el médico, estamos hablando de las consultas médicas periódicas en salud, entonces el médico ve el estudio da que está todo bien, te dice estás bien vuelve en un año y lo único que hizo fue imprimir un papel y transcribir a la historia clínica lo que decía el análisis de sangre.

Uno como adulto a veces pasa de largo determinada situaciones ¿no? porque no llega a tiempo a explicarlo. En pediatría pasa mucho más cuando no es el niño, el que puede dar cuenta por sí mismo es el padre, y a veces las cuestiones culturales juegan en contra, entonces entran a jugar otros personajes sociales como la vecina, la maestra.

**Entrevistador/a: Claro, en este decir del otro que por ahí tienen niños o los ve más o ve algo que le llama la atención.**

*Entrevistado/a:* O porque la mamá tiene tiempo de comentarlo con la vecina, entre las dos, lo piensan y le dice, mira, yo tengo a mi cuñada que lleva el nene al pediátrico, ¿por qué no vas allá y lo consultas? Eso, pero montones.

**Entrevistador/a: Así llega otro tipo de demanda, es algo muy interesante en ver también esa realidad. En cuanto bueno, como veníamos hablando llega hasta consulta y ¿cuál sería el próximo paso?, por ejemplo, de esta mamá que viene de derivada de la vecina, vamos a decir tiene una entrevista.**

*Entrevistado/a:* Viene al servicio saca un turno con el médico fisiatra que le hace un ingreso, o sea le hace una evaluación.

Esa evaluación dura casi una hora, es una entrevista exhaustiva al adulto que lo acompaña y un examen físico al niño. Y a partir de ahí se hace una apreciación diagnóstica, o sea, es una apreciación sin nombre, ¿no? observó esto, tiene el tono elevado, no mira, o sea, esto, esto, esto, esto, puede ser que venga por este lado vamos a empezar a investigar. Entonces ahí nomás ya se lo deriva a los profesionales, los cuales empiezan a evaluar y el médico sigue explorando por su lado como para poder diagnosticar y a ese diagnóstico, llegamos todos porque a veces, tiene que ver con un estudio médico y a veces no, por ejemplo un niño con síndrome de down te lo va a decir un estudio genético que tiene Síndrome de Down, pero si la diferencia entre un niño con TGD fácilmente diagnosticado como autismo y un niño con un retardo del desarrollo severo que tiene un funcionamiento bastante similar de desconexión, falta de lenguaje, retardo cognitivo importante, incluso retardo en las pautas de adquisición motoras, entonces bueno, rápidamente es un autismo, está dentro del espectro; y por ahí a veces la evolución de ese niño no es de TGD, es un retraso madurativo importante, entonces a esos diagnósticos si se llega a través de la clínica, no hay un estudio que lo va a diferenciar.

**Entrevistador/a: Sí, del ojo clínico.**

*Entrevistado/a:* la observación, del tiempo de tratamiento, de lo que el mismo niño va mostrando y siempre interdisciplinariamente es muy difícil abordar un niño como los nuestros solos.

**Entrevistador/a: Hemos hablado de un equipo, sería ¿se juntan una vez a la semana o cómo se maneja interdisciplinar?**

*Entrevistado/a:* sí, reunión de equipo una vez por semana y formación también.

**Entrevistador/a: Y sería el fisiatra, la psicomotricidad, kinesiología.**

*Entrevistado/a:* Si tiene kine, fono, psicología, terapia ocupacional, teníamos un profe de educación especial y lo que se incorporó ahora es una profe educación física, porque estamos en convenio con el Kempes para la inclusión de los chicos en deporte adaptado. Entonces todos los chicos que pueden ser candidatos para deporte adaptado trabajan con la prof educación física en el tiempo del servicio y ella hace de nexo con el kempes y puede empezar allí una práctica previa a la evaluación y digamos esa preparación que yo le hace acá.

**Entrevistador/a: Qué bueno, qué lindo enlace también para para la parte social, para la parte también de ellos de hacer algún deporte y eso está bueno. está bueno la propuesta.**

*Entrevistado/a:* si si aparte, hay muchas posibilidades ellos mismos van un tiempo practican todos los deportes, o sea, que tienen posibilidad de elegir, cuál es el que más le gusta.

Entrevistador/a: **en cuanto instrumento y herramientas que utilizas con frecuencia, ¿cuáles serían para valorar ese funcionamiento psicomotor de este niño que es derivado a psicomotricidad?**

*Entrevistado/a:* No te entendí ¿la herramienta?

Entrevistador/a: **claro el instrumento o herramienta que vos utilizas con frecuencia para para realizar esta evaluación psicomotriz del niño.**

*Entrevistado/a:* el juego y la observación.

Entrevistador/a: **ambas dos y ¿el criterio que tomarías para usar ambas dos? Es por ahí desde lo personal ya que te sentís más cómoda, tenés, no sé más experiencia en eso desde tu formación.**

*Entrevistado/a:* el criterio, que a todos los niños se lo evalúan, desde el juego y la observación ese es el criterio.

Entrevistador/a: **Y en cuanto a los materiales y objetos que utilizas, por ejemplo, pelota colchoneta.**

*Entrevistado/a:* Sí, eso lo seleccionó especialmente.

Entrevistador/a: **De acuerdo a cada niño.**

*Entrevistado/a:* de acuerdo cada niño, a cada posibilidad, a su edad madurativa, a sus intereses, puedo tener dos tres cosas el primer día que no sé qué le va a interesar, pero después trabajó puntualmente con lo que creo que puede ser mejor para él y con lo que a él le gusta.

Entrevistador/a: **¿Cuáles serían?, por ejemplo, lo que por ahí más usas, por ejemplo pelotas.**

*Entrevistado/a:* Sí, puede ser pelota. Bueno, juguetes de cualquier tipo, pero trabajo en colchoneta, puede incluir un rol si es que lo tengo que posicionar o un puff, o una pelota boba, digo esas cosas, si la que elijo yo en función de que cuando le tengo que posicionar al niño en una postura sedente para que me pueda mirar y que pueda haber un intercambio, una comunicación básica, entonces, bueno, ahí esa postura la decido yo.

En todo caso, si no se deja bueno, no se dejó y la evaluación se hace de otra manera, pero mínimamente poder tener una comunicación. Y bueno, ahí usó los elementos que yo necesite la cuña, un puff, un rollo o una pelota boba, la colchoneta, además. Y después todo tipo de juguetes y juegos didácticos, masa, pintura, música, todo.

Entrevistador/a: **Estos materiales que vas nombrando, los elementos, ¿son proporcionados por el hospital o lo van construyendo ustedes como equipo y psicomotricistas?**

*Entrevistado/a:* no, eso generalmente llega porque lo compramos nosotros o por donaciones.

Entrevistador/a: **¿Cómo armas el dispositivo espacial y temporal para el momento de la evaluación dependiendo de cada niño por lo que venías diciendo?**

*Entrevistado/a:* No, no, no, no, el dispositivo temporal en cuanto a la cantidad de sesiones y eso lo resuelve uno, ahora el dispositivo temporal del encuadre son 40 minutos de sesión una vez por semana

Entrevistador/a: **claro y el espacial lo vas armando según los criterios de o sea de cada niño, o sea una particularidad de cada niño sería. en cuanto a los elementos**

*Entrevistado/a:* Voy modificando el consultorio en función de lo que voy a hacer, saco un sacho un mueble, pongo otra cosa, no tengo muchas posibilidades de modificación tampoco porque no tengo espacio.

Entrevistador/a: **Claro, bueno, en cuanto la duración de la evaluación más o menos serían entre 4 y 6 encuentros.**

*Entrevistado/a:* 4- 6

Entrevistador/a: **pensando en la distancia posterior a la evaluación psicomotriz, ¿qué sucede? O sea, sigue el tratamiento en el mismo lugar, lo derivas, le entregas un informe a los padres.**

*Entrevistado/a:* el tratamiento lo sigue acá, salvo que tenga obra social, si tiene obra social, se lo deriva.

Entrevistador/a: **¿Con un informe sería?.**

*Entrevistado/a:* Sí, generalmente se lo deriva con un informe.

Entrevistador/a: **Dentro del hospital hablando de los informes vos más o menos como como los elaboras en cierta manera, que vas recuperando para comunicar lo evaluado.**

*Entrevistado/a:* Sí, no, yo no hago informes escritos para, sale un único informe que es global de todos los tratamientos. De aspectos globales digamos, se menciona alguna cosa específica de cada área y es firmado por el médico fisiatra por el jefe del servicio.

Entrevistador/a: **Sí, del equipo. Y la última pregunta ¿consideras importante el trabajo del psicomotricista en este ámbito? y ¿porque?**

*Entrevistado/a:* Sí, el trabajo el psicomotricista es importante en todos los ámbitos si uno sabe ser psicomotricista. Yo trabajo en rehabilitación, trabajo en consultorio y también trabajó en docencia. Y son dos campos de intervención bien diferentes y lo considero importante porque la experiencia también me fue mostrando que los resultados que tenemos la psicomotricidad con los pacientes son únicos, no los tienen ninguna otra profesión. Incluso casos difíciles que otras profesiones no saben qué hacer, la típica este mandalo a psicomotricidad, y el psicomotricista tiene algo que hacer siempre.

Si bien nosotros tenemos una modalidad y una mirada específica, aportamos a la globalidad del paciente, no una cuestión en particular, nosotros no hacemos fundadología ni psicopedagogía, pero cuando mejora, mejora en todas las áreas y somos una de las pocas disciplinas que ven al niño como un sujeto en su individualidad y en su globalidad ¿no? Nosotros no, no nos ocupamos de una parte.

Como el kine, el fondo, cada uno agarra el pedacito que le corresponde, nosotros no tenemos un pedacito, tenemos todo el niño. Entonces nos permite una mirada distinta y por algo también el vínculo que tienen los psicomotricistas con las familias, también es muy fuerte, hay mucho reconocimiento por parte de las familias, bueno, nosotros podemos ver otras cosas, hacer devoluciones diferentes, recibimos a los padres en el consultorio.

Entrevistador/a: **Desde nuestra especificidad diría ese aporte.**

*Entrevistado/a:* Y en rehabilitación sí, es fundamental si.

Entrevistador/a: **Bueno, hasta ahí sería la entrevista, no sé si las chicas ¿quieren hacer alguna pregunta? No, ha sido más que claro. Bueno muchísimas gracias por su tiempo, que tengas un hermoso día.**

*Entrevistado/a:* Me alegro. Perfecto, no hay problema, no hay

### **Entrevista N°: 6**

<i>Fecha</i> 4/11/22
<i>Título profesional</i> Psicomotricista. Licenciada en Psicomotricidad.
<i>Año y lugar de egreso</i> 1999. Instituto Dr. Domingo Cabred.
<i>Antigüedad</i> 14 años.

Entrevistador/a: **Hola, buenas tardes.**

*Entrevistado/a:* Hola ¿cómo les va?

Entrevistador/a: **¿Cómo estás? Todo bien. Primero que nada, te queremos agradecer por acceder a la entrevista, muchas gracias.**

*Entrevistado/a:* Bueno, no está bien, no, por favor.

Entrevistador/a: **Y después consultarte si la podíamos grabar.**

*Entrevistado/a:* Sí, no hay ningún problema.

Entrevistador/a: **Bueno**

*Entrevistado/a:* Yo estoy parada en un pasillo del hospital, así que si escuchan ruidos y demás tiene que ver con eso ¿sí?

**Entrevistador/a: Bueno, no hay ningún problema. Bueno ¿comenzamos con la entrevista?**

*Entrevistado/a:* Sí sí, claro.

**Entrevistador/a: ¿Título oficial?**

*Entrevistado/a:* Psicomotricista y Licenciada en Psicomotricidad

**Entrevistador/a: Año y lugar de egreso.**

*Entrevistado/a:* El año en 1999, en el Instituto Cabred.

**Entrevistador/a: Hospital y Servicio al que pertenece.**

*Entrevistado/a:* Hospital de Niños, servicio de salud mental.

**Entrevistador/a: Cargo y antigüedad.**

*Entrevistado/a:* Cargo operativo y antigüedad 14 años.

**Entrevistador/a: ¿Cuál es el rol que cumplís dentro del hospital?**

*Entrevistado/a:* Bueno mi rol dentro del servicio de salud mental es en esto de acompañar el desarrollo de los niños en general, tiene que ver con el perfil del servicio que es acompañar a los pacientes crónicos particularmente a los niños entre 0 y 3 años, crónicos y agudos, con algún evento agudo, que transiten en la internación en el hospital y también el acompañar todo lo que son las enfermedades crónicas como hipotiroidismo, bueno diferentes enfermedades crónicas digamos, que se presentan en el hospital, dentro de los programas que acompañamos desde el servicio ¿sí? acompañar y bueno también muchas sobre todo en pacientes que han estado en el hospital, se acompaña con tratamiento también el desarrollo de ellos.

**Entrevistador/a: Y en esta área donde se desempeña ¿trabajas en equipo?**

*Entrevistado/a:* Sí, es un equipo interdisciplinario que está compuesto por psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos y nosotros en este momento que somos tres psicomotricistas.

**Entrevistador/a: ¿Cómo entiendes o piensas la etapa de la evaluación psicomotriz?**

*Entrevistado/a:* En realidad, nosotros hacemos unas primeras valoraciones, tenemos contacto con los equipos médicos, las interconsultas las recibimos de las salas, ellos nos solicitan la interconsulta para niños menores de tres años; también trabajamos con el Eluviabi que es la unidad encargada del maltrato infantil, que nos piden valoraciones, en realidad, del desarrollo, hacemos intervenciones en sala en esto de valorando y acompañando el desarrollo.

Trabajamos con las familias que en general están en situaciones de vulnerabilidad social o algún tipo de condición particular que afecta el desarrollo del niño en relación al contexto.

Y por otro lado las enfermedades que lo atraviesen en ese momento, en ese momento nosotros hacemos a valoraciones de desarrollo.

**Entrevistador/a: ¿Existen algunos aspectos institucionales que condicionan, limiten o regulen los modos de pensar el proceso de evaluación de estos sujetos que llegan así como motricidad?**

*Entrevistado/a:* Lo que pasa que uno va como haciendo, a ver siempre las instituciones perfilan un modo de intervenir ¿sí? sobre todo porque son pacientes que están en una situación de una enfermedad o que están en una condición diferente, está en terapia, en unidades de cuidados intermedios, digamos eso sí es una condición ya que determina el modo de intervención, propio de la modalidad del acompañamiento que nosotros hacemos digamos. Las instituciones todas tienen su particularidad si nos encontramos con obstáculos que tienen que ver con bueno, con cuestiones de relacionadas al espacio, a la disponibilidad consultorio y demás, es una cuestión institucional, pero ya es por sí el perfil del trabajo, lo determinan la población a la que atenemos ¿sí? institucionalmente y nosotros vamos construyendo ese espacio digamos también, pero también hay realidades institucionales físicas, edilicias, de recursos, que bueno que limitan bastante, ¿no? Digo pensando así, no sé si es la pregunta o qué tiene que ver con las condiciones institucionales, nos atraviesan de esa manera digamos.

**Entrevistador/a: ¿Qué espacio físico se utiliza para llevar esta evaluación psicomotriz?**

*Entrevistado/a:* En realidad es en las salas, en la cuna de niño y uno valora lo que el niño atraviesa en la internación, si está en una terapia intensiva será las condiciones de la terapia intensiva, ambientales, las condiciones que implican la UCI; bueno de acuerdo a las salas y en la complejidad de cada uno, una va interviniendo de distintas maneras. Y también de consulta externa, dentro del consultorio externo.

**Entrevistador/a: Bueno, Esto creo que la contestó un poquito, con respecto a la derivación ¿cómo llega el paciente, así como motricidad Dentro de este servicio?**

*Entrevistado/a:* Las interconsultas generalmente las hacen los pediatras o los especialistas ¿sí? ahora habilitamos el consultorio externo y suelen llegarnos desde otros niveles de atención, de valoraciones que nos piden para consultorio, pero en general si es intrahospitalaria son de los pediatras o de los especialistas de distintos consultorios digamos (espacio de silencio para ver si surgía algo mas) ¿Algo más?

**Entrevistador/a: Si ¿Qué área sectores o consultorios frecuenta en psicomotricidad?**

*Entrevistado/a:* ¿Cómo no entiendo?

**Entrevistador/a: Sí, digamos vos como psicomotricista ¿Cuáles son las áreas o sectores que frecuentas?**

*Entrevistado/a:* En realidad, nosotros hacemos articulaciones con todos los todos los actores que tienen que ver con la salud del niño ¿sí? Llámale equipo médico, digamos principalmente el equipo médico que está interviniendo, después la familia y bueno, y nosotras como profesionales intervinientes, digamos todos los actores que hagan al acompañamiento del desarrollo del niño, uno hace digamos la mirada específica, pero en realidad el trabajo es con cada uno de los actores que están involucrados en el trabajo.

**Entrevistador/a: ¿Cómo organizas tu evaluación diagnóstica?**

*Entrevistado/a:* Y en general uno valora las áreas del desarrollo, en general todo lo tiene que ver con la coordinación, con los aspectos motrices-emocionales del lenguaje, uno organiza la evaluación de esta manera y establece un nivel de desarrollo ¿sí? Y a partir de ahí, plantea objetivos de trabajo, planes terapéuticos en función de eso uno va organizando la tarea en función de la valoración que hace.

**Entrevistador/a: En esta valoración que haces ¿qué instrumentos o herramientas utilizadas para valorar este funcionamiento psicomotor?**

*Entrevistado/a:* Bueno, en general hacemos valoraciones funcionales y a veces utilizamos instrumentos como las escalas, acá nosotros en el hospital usamos mucho la de Alicia Olberman que es la escala de sensoriomotriz de inteligencia que esas solemos aplicarla en algunos niños y la de Rodríguez e Iriziria que son escalas o de Screening que son de fácil aplicación y generalmente las tomamos como para tener algún tipo de instrumento, pero la mayoría de las veces son valoraciones funcionales del desarrollo.

**Entrevistador/a: ¿Qué criterio se toman para la elección de estos instrumentos o de herramientas?**

*Entrevistado/a:* En realidad los criterios tienen que ver con las necesidades que uno cree que se van a estableciendo, por ahí en áreas más específicas, si es algo más relacionado a lo cognitivo, uno tiene en cuenta la escala Olberman que tiene que ver con la inteligencia, digamos sensoriomotriz orientada a los aspectos más cognitivos y de aprendizaje en ese sentido. Y si uno necesita como una mirada un poquito más abarcativa o algún tipo de Screening o alguna cuestión más diagnóstica selecciona otro tipo de escala, de acuerdo a las necesidades del paciente ¿Sí? eso depende mucho de lo que uno esté buscando o que necesita como parte de la valoración.

**Entrevistador/a: Además de estas escalas o Screening que utilizas ¿qué otros materiales se utiliza con frecuencia para valorar?**

*Entrevistado/a:* La caja de Juego con distintos elementos, que tienen que ver con el momento del desarrollo de cero a tres años y uno lo arma en función de sonajeros o distintos elementos que hagan al desarrollo del niño en esas etapas, con una caja de juegos o de juguetes ¿Sí? que hacemos la valoración funcional en base a eso.

**Entrevistador/a: Bien ¿Cuánto tiempo dura la evaluación psicomotriz?**

*Entrevistado/a:* Y depende del estado clínico ¿sí? generalmente son valoraciones muy cortas por que los niños se fatigan, no están en buenas condiciones de salud, están como atravesados por un momento difícil y un momento agudo, y entonces es compleja la valoración establecerla en un tiempo estimado, todo depende del niño y de las condiciones en la que está internado. Y uno va a estableciendo cortes en la valoración para valorar el desarrollo y va viendo como el niño va respondiendo eso depende mucho de que las condiciones del niño.

**Entrevistador/a: pensando en una instancia posterior a la evaluación psicomotriz, ¿Qué sucede después?**

*Entrevistado/a:* Y en realidad la idea es seguir acompañando el desarrollo post alta, por lo menos hacemos algún tipo de seguimiento para ver cómo se adaptó la casa, cómo fue el proceso post alta, como la familia fue acompañando eso, en general nosotros hacemos un seguimiento un tiempo, hasta que veamos este momento de adaptación que tiende al hogar y a cómo la familia se ha reacomodado, reorganizado en las rutinas ¿sí? y cómo ir acompañando este cambio al hogar en general hacemos eso.

Eso sería después de la internación, eso es lo que nosotros llamamos seguimiento y acompañamiento post alta ¿sí? eso lo hacemos generalmente.

**Entrevistador/a: Bueno, y la última ¿consideras importante el trabajo del psicomotricista en este ámbito? Y ¿por qué?**

*Entrevistado/a:* Sí es muy importante por la mirada en el desarrollo y porque de alguna manera es una mirada integral ¿Sí? en general, en salud hay como una mirada muy puesta de lo orgánico y esta mirada nuestra, que tiene que ver con mirar todos los aspectos referidos al desarrollo, hace que el niño tenga presencia de otro modo ¿sí? con sus necesidades, con bueno a cuestiones que hacen, a poder mirarlo desde su aprendizaje, desde lo que puede, de su subjetividad.

Me parece que las disciplinas como las nuestras, tanto hospitalarias, hacen ese aporte, que bueno que por ahí, desde la lógica del paradigma Médico es muy compleja, porque la demanda primera tiene que ver con la salud física, así que bueno hace que sea como muy importante nuestro aporte para acompañar eso ¿no? y bueno que en este ámbitos se hace complejo.

**Entrevistador/a: De los materiales, por ejemplo ¿es algo que brinda el hospital o ustedes mismo es algo que ustedes van trayendo?**

*Entrevistado/a:* No en realidad nosotros, recuerden que es un hospital público ¿Sí? y todo en realidad se da por donaciones o porque nosotros traemos los materiales o los conseguimos nosotros ¿sí? pero en general no es que nos aporten los materiales. Generalmente bueno, los recursos a nivel público son muy escasos, entonces la mayoría de los materiales que tenemos, tienen que ver o con donaciones, o con aportes nuestros digamos.

**Entrevistador/a: Claro y en cuestión de el tema del proceso de la evaluación ¿ustedes reciben la derivación de por ejemplo, el pediatra y van a los niños que están internados?**

*Entrevistado/a:* Claro sí o viene por consulta externa y hacemos una valoración y una admisión. Si hay un equipo que se llama triage, hace un año más o menos, que hace una evaluación que es con psicólogo, suele haber un psiquiatra o una psicopedagoga o una psicomotricista que evalúa a ver qué necesidades tiene el niño ¿Sí? y articula o ve donde lo manda, acuérdense que este es un hospital de tercera complejidad ¿Sí? y hay otros niveles de atención donde los niños pueden ser derivados, entonces vemos en función de la necesidad que necesita este niño y a dónde lo podemos mandar.

**Entrevistador/a: Ustedes hacen en el proceso de evaluación usted hacen una entrevista con los padres si es derivado a ustedes y hacen ¿cuántas sesiones de devaluación más o menos?**

*Entrevistado/a:* Y depende a veces nosotros valoramos en dos o tres, cuatro sesiones, a lo sumo y hacemos una evaluación diagnóstica y después vemos, establecemos un plan terapéutico en función de lo que el niño necesita si un tratamiento, si un seguimiento, acompañamiento, todo en función de lo que valoremos.

**Entrevistador/a: La edad de los niños que asisten o que atienden**

*Entrevistado/a:* De cero a tres años, podemos extendernos a algunos un poquito más grandes, pero en general de cero a tres como fuerte.

**Entrevistador/a: una consulta más, es la última, con el tema de por ahí un poco de la observación. ¿Vos lo consideras como una herramienta, una etapa, al mismo que el juego?**

*Entrevistado/a:* A ver la observación es parte de todo el trabajo que hacemos las valoraciones, la observación, tienen que ver con el proceso ¿sí? son parte de un proceso, la observación atraviesa todo el proceso, en realidad. Creo que es la herramienta, no sé si es una herramienta en realidad, es lo que nosotros utilizamos para entender qué es lo que le está pasando el niño ¿Sí?

Y el tema del juego es esencial en la vida de un niño. Eso lo sabemos y bueno es como parte de entender la integralidad de este niño y lo necesario que es el juego para que en sus errores se

vaya dando, es como un todo que absolutamente necesario para nuestro trabajo, sobre todo el tema de la observación, es más te diría que es lo básico ¿sí? Para poder entender y reflexionar qué es lo que está pasando este niño ¿no? Y en relación al juego tiene que ver con la esencia del desarrollo, básicamente, entonces uno toma eso para acompañarlo ¿Sí? para trabajar en relación a lo que va necesitando el niño.

**Entrevistador/a: Y perdón y otra consulta más. En cuanto vos en la etapa de valoración, vas valorando el niño en consultorio externo te estoy hablando, por ahí en la cuna es mucho más en el espacio más reducido en cierta manera, pero en el consultorio externo en cuanto a los elementos utilizados para esa valoración vos lo vas armando o tenes ya predispuesto, de decir bueno vamos a empezar por este.**

*Entrevistado/a:* No, en realidad uno lo va armando en función del plan terapéutico ¿Sí? los elementos tienen que ver con los objetivos que uno se traza como terapeuta, con las necesidades del niño, uno hace un diagnóstico y en función del diagnóstico son los elementos. En realidad los elementos son un medio, es el rol, o lo que uno vaya a plantearle al niño en relación a determinadas ejes y demás. Los elementos son un medio para facilitar determinadas cosas, pero tienen que ver con un plan terapéutico previo con objetivos de trabajo, una valoración, una evaluación y con un plan terapéutico, lo demás son recursos ¿sí? que uno utiliza para eso.

El despliegue lúdico tiene que ver con los recursos que uno puede facilitarle, pero en realidad uno establece determinadas cuestiones que hacen a un diagnóstico, que hacen a los objetivos de trabajo y que hacen a un plan de un proyecto y en función de eso utilizan los recursos para ¿sí?

**Entrevistador/a: Bueno ya no tenemos preguntas, Muchas gracias, por estar, hasta luego.**

*Entrevistado/a:* No de nada, Chau suerte Chau. No, por favor, suerte chicas.

**Entrevista Nro: 7**

<i>Fecha</i> 08-2019
<i>Título profesional</i> Lic. en Psicomotricidad
<i>Año y lugar de egreso</i> 2019. FES- UPC
<i>Cargo y antigüedad</i> Operativo 1- 1 año- 4 meses.
<i>Modo de entrevista</i> virtual, por la plataforma Google Meet link de acceso, meet.google.com/ptx-zpjp-nay

Entrevistador/a: **Hola Pilar buen día**

*Entrevistado/a:* Buenas, ¿cómo están?

Entrevistador/a: **Todo bien.**

*Entrevistado/a:* Me alegro.

Entrevistador/a: **Bueno, con mi compañera Laura, somos cinco en realidad, pero las chicas están finalizando las prácticas y no podíamos coincidir en horarios Así que vamos a estar con Laura**

*Entrevistado/a:* bueno

Entrevistador/a: **Te queremos agradecer tu predisposición. Es muy importante para nuestro trabajo final, nos faltan dos entrevistas, muchas gracias**

*Entrevistado/a:* No, perdón, el cambio de último momento, pero bueno.

Entrevistador/a: **para mí fue mejor porque yo ayer tuve mi último día de práctica en el hospital Así que no iba a poder estar y**

*Entrevistado/a:* Ah bueno bueno

Entrevistador/a: **esperemos que den ese aumento tan ansiado, eso estábamos hablando Recién con Laura que es muy injusto.**

*Entrevistado/a:* Algo, algo que no reconozcan porque está bastante complicado. Sí sí Ahora Bueno yo estoy licencia, pero igual fui así que para sumar a la fuerza.

Entrevistador/a: **bueno Pilar la entrevista inició yo preguntando, pero vemos si con una pregunta, contestas otras, vamos a ir salteando.**

*Entrevistado/a:* bueno

Entrevistador/a: **por ahí si me falta algo, Laura va levantar la mano y va a repreguntar.**

*Entrevistado/a:* Tiene más o menos estimado lo que dura saben un promedio.

Entrevistador/a: **Y la última que hicimos fue de media hora, 40 minutos.**

*Entrevistado/a:* está perfecto, para decir un poquito más para saber, pero está bárbaro

Entrevistador/a: **Bueno Pili. ¿Hace cuánto que trabajas en el hospital, en qué año ingresaste?**

*Entrevistado/a:* Bueno, ingrese, en julio del año pasado, así que un año y cuatro meses.

Entrevistador/a: **¿En qué área?**

*Entrevistado/a:* Salud Mental

Entrevistador/a: **Bueno, ¿Cuál es el rol que cumplís dentro del hospital?**

*Entrevistado/a:* Bueno yo soy psicomotricista del equipo de Salud Mental y bueno el rol es la atención a niños y niñas. Generalmente de 0 a 3 años a veces son un poquito más grandes

también si es necesario lo abordaje de niños más grandes, Bueno, en sala de internación, la atención es en sala internacional y por consultorio externo también.

**Entrevistador/a: para vos qué alcance tiene tu trabajo entre otras disciplinas dentro de ese equipo en el ámbito que vos te desarrollas. ¿Cuál es la importancia de psicomotricista en este en esta área de Salud Mental?**

*Entrevistado/a:* Y bueno, sería como de mirada específica en el desarrollo psicomotor teniendo en cuenta. Bueno, todas las áreas de manera integral del desarrollo. Y el contexto en el que el niño bueno convive.

**Entrevistador/a: El trabajo en el área es de interdisciplina.**

*Entrevistado/a:* Sí, se trabaja en interdisciplina, puede haber casos los que inicialmente comenzamos trabajando. Digamos solo desde el área de psicomotricidad. Pero la mayoría de los casos se trabaja en interdisciplina por la complejidad sobre todo de los casos que vemos en el hospital ya sea que se necesite de trabajo social, de psicología de psicopedagogía, de psiquiatría. Bueno, son generalmente son niños y niñas que atraviesan patologías o trastornos complejos. Con contextos también muy vulnerados entonces. En la mayoría de los casos sí es muy necesario y mucho más enriquecedor el trabajo en interdisciplina.

**Entrevistador/a: ¿Hay algunos aspectos institucionales que condicionan limiten o regulen los modos de pensar en proceso de evaluación?**

*Entrevistado/a:* Aspectos institucionales como en relación no sé, a mí se me ocurre, hace poquito que estoy, pero se me ocurre no sé quizás esto de la disponibilidad de los espacios, materiales. Qué bueno, a veces depende mucho de nosotros de estar como buscando no es tan fácil ese acceso. ¿Qué más?

**Entrevistador/a: Por ejemplo, algún protocolo que tienen que seguir cuando llega un niño internado, por ejemplo.**

*Entrevistado/a:* sí hay pautas. Creo que hay un así como una escrito del hospital que son pautas hospitalarias. En relación a algunas cuestiones, si en este momento no tengo claridad de cuál específicamente, pero si por ejemplo tenemos un protocolo de admisión. Que esto es como la ficha que completamos cuando tomamos un niño, ya sea por el internado o por consultorio. Eso sí está como ya desde la institución creado lo vamos modificando igual en la de medida que sean necesario en equipo siempre se hacen estas modificaciones.

Y eso lo que por ahora se me ocurre

**Entrevistador/a: ¿Qué espacio físico se utiliza para llevar adelante la evaluación psicomotriz?**

*Entrevistado/a:* bueno, puede ser de dos maneras una si el niño está o la niña está internado, generalmente se hacen sala, es clínicas, desde donde el niño o niña, la sala me refiero a la habitación donde están internados. Y en el caso que pueda, que tenga posibilidades de salir de esa sala, en un consultorio de mayor espacio bueno, con otro encuadre, la sala generalmente es compartidas con otros pacientes, entonces tienen otro tipo de encuadre.

Y si no si existe la posibilidad en el consultorio.

**Entrevistador/a: ¿Cómo llega el paciente? Creo que ya lo contactaste un poquito, pero ¿cómo llega el paciente a Psicomotricidad dentro de este servicio? ¿Y cuáles son los principales motivos de derivación o de consulta?**

*Entrevistado/a:* Bueno, en principalmente digamos desde el flujo de internación llegan por interconsultas de los médicos /médicas de la sala. Por cuestiones, bueno, que en realidad los motivos por consultorio más o menos son de los mismos, por consultorio pueden llegar también pedidos inter consulta de valoración, por, también por médicos pediatras, quizás por otras disciplinas que ya están interviniendo con esos niños, disciplinas como fonoaudiología, psicopedagogía, bueno. Y los principales motivos, bueno, son cuestiones relacionadas sobre todo al desarrollo como a mirar y observar. Digamos más específicamente quizás algunas dudas o que los médicos ven en relación a hitos, hitos del desarrollo, en relación a la edad de adquisición, o no, algunas demoras que haya presentado el niño en el desarrollo. Esto es con él, lo que tengo que ver en el desarrollo en relación a la conexión hay muchas interconsultas por hipotonía también. Qué más y cuestiones relacionadas también al vínculo bueno con él con el adulto referente que lo que lo acompaña en esa situación.

En general están esas, también tienen muchas interconsultas por sobre todo bebés en el primer trimestre, segundo trimestre, por dificultades en la alimentación.

**Entrevistador/a: Bien.**

*Entrevistado/a:* Eso también se trabaja mucho en interdisciplina con el servicio de fono. Eso sería como en general.

**Entrevistador/a: Y vos Pilar ¿Qué áreas o sectores de frecuentas?, creo que ahí en el hospital están divididos, ¿no? ¿Vos como psicomotricista vas a internado, y creo que tiene número de sala puede ser?**

*Entrevistado/a:* Sí bueno pertenezco a Salud Mental, pero estoy en la sala de internación 100. También estoy en la UCI que es la unidad de cuidados intermedios principalmente en esas dos, y bueno y después por consultorio externo, los niños que se siguen por consultores está lo que es la batería b, ahí tenemos dos consultorios disponibles para Salud Mental que bueno nos

repartimos, para nos dividimos para poder usarlo, digamos en función de los horarios los horarios.

**Entrevistador/a: Una vez que se recibe la consulta Cuál es el próximo paso**

*Entrevistado/a:* Bueno, en principio es presentarse con la familia, las personas que acompañan a ese niño y hacer una primera entrevista de admisión con ellos, puede ser antes de la entrevista o posterior de acuerdo a los tiempos digamos que vayamos teniendo en el hospital. Se hace como una búsqueda de su historia en el hospital de ese niño, la historia clínica no, como para hacer un recorrido de hace cuánto está internado, cuáles son los motivos, qué intervenciones se fueron haciendo todo esto está como en la historia clínica digital y bueno hacemos esa búsqueda.

Y finalmente bueno, la observación y valoración del desarrollo de ese niño.

**Entrevistador/a: Ahí en esa valoración, en esa valoración que ustedes hacen, ¿Cómo organizan esa evaluación y qué instrumentos utilizan?**

*Entrevistado/a:* Bueno, la organización en realidad depende mucho del espacio disponible por ahí, si es en sala va a ser de una manera, y si es en el consultorio por ahí de otra.

**Entrevistador/a: ¿Cómo es el de sala, se presentaron entre los papás y después?**

*Entrevistado/a:* Bueno lo que es la valoración ya directamente en el niño se utiliza digamos lo que es la observación principalmente de los hitos de su desarrollo de, cómo se conecta, cómo se comunica, como es el vínculo con el adulto, el familiar que lo acompaña. Es decir, en esta entrevista que se va haciendo quizás a la mamá o el papá a los familiares que lo acompañen, a su vez se van registrando también, a través como es la observación como es que este niño y este adulto, se bueno, se comunican entre sí quizás se presenta una situación de cambiado, quizás desde tener que sostener el niño ver cómo lo alza, cómo se vincula, como lo sostiene, como el niño responde quizás. Todas estas intervenciones que hacen el adulto digamos nos valemos mucho de este vínculo que se va presentando entre el adulto y el niño en ese momento.

**Entrevistador/a: ¿Y ese momento cuánto dura aproximadamente? me imagino que es la cunita, no sé qué los papás están todos parados, observando, ¿Y cuánto más o menos en el tiempo?**

*Entrevistado/a:* y por lo menos 45 minutos seguro a veces una hora. Dependiendo de la disponibilidad también de este bebé de esta Mamá O el papá con quien esté, digamos, generalmente ese es el tiempo.

**Entrevistador/a: ¿una consulta, el consultorio externo que ustedes usan es solamente de psicomotricidad o lo comparten con otras disciplinas?**

*Entrevistado/a:* lo compartimos con todas las disciplinas del servicio, digamos es un consultorio del servicio generalmente son dos hay uno que es más grande más amplio y otro más pequeño. Nosotras usamos siempre el más amplio y ahí es donde tenemos la mayor cantidad de materiales, digamos que nosotros usamos. Bueno por el tema, de, sobre todo del espacio.

**Entrevistador/a: a raíz de esto, con cuáles disciplinas, psicología sería una, por ejemplo.**

*Entrevistado/a:* Sí con psicología, sobre todo, si por consultorio externo hay tratamientos que en general se comparten, si con psicología digamos paralelamente en la misma consulta se comparte con psicología.

**Entrevistador/a: ¿Y quién marca el uso? La institución sería, hay una norma institucional o algo que marca. ¿Cómo quién usa el consultorio?, ustedes van por turno a decir bueno tengo una valoración, no tengo uno.**

*Entrevistado/a:* Es una división interna del servicio el tema del uso de los consultores, nosotros tenemos esos dos consultorios disponibles para todo el servicio y dentro del servicio entre los profesionales nos dividimos cada uno tiene como asignado días y horarios. Pero bueno en el día a día puede ser que esté libre entonces entre nosotros dentro del servicio nos, nos comunicamos, digamos fluidamente. Por si aparece alguna necesidad de uso, lo hablamos entre nosotros.

**Entrevistador/a: Bueno, habíamos quedado en, cómo se organizaba la evaluación del niño en internado, lo último que dijimos era que queda era aproximadamente 40, 45 minutos. Y lo bueno los instrumentos que ahí utilizan es la observación Del vínculo entre los adultos.**

**¿Y cuando un niño llega al consultorio?**

*Entrevistado/a:* Bueno, en consultorio digamos la posibilidad del consultorio, es primero el espacio mucho más amplio la utilización del suelo con colchones. Cosa que en el internado no lo tenés disponible, sobre todo en bebés más pequeños no, que todavía se mueven en postura más de decúbito dorsal o arrodillado, que están ahí todavía rolando entonces, bueno, espacio la colchoneta y me fui de la pregunta.

¿Me fui de la pregunta cómo era?

**Entrevistador/a: ¿Cómo organizabas tu evaluación diagnóstica?, si me di cuenta y**

*Entrevistado/a:* En el consultorio.

**Entrevistador/a: ¿El niño llega al consultorio por interconsulta o por derivación y después?**

*Entrevistado/a:* Bueno, se hace la entrevista inicial de admisión a los padres y ahí ya la valoración, además de poder ver cuestiones del vínculo de cómo se comunican, se puede

utilizar, el suelo con colchoneta y bueno poder observar por ese espacio que se cuenta cómo se puede mover el niño más libremente, como se desplaza, como cambia de posturas digamos, es como más enriquecedor para la mirada y la observación. Y el entorno también tiene muchos menos estímulos, no, el niño está solo ese niño con su familia y no hay otros estímulos como lo tiene la sala entonces, generalmente pueden atender más a esto de la comunicación, del uso de los objetos de los cambios posturales es más favorecedor para ellos sobre todo y enriquece la mirada al profesional.

**Entrevistador/a: Bueno, en esta evaluación diagnóstica, ¿Qué instrumentos o herramientas utilizadas con mayor frecuencia?**

*Entrevistado/a:* Bueno, la observación como la primera herramienta más importante. El registro de lo observado. Bueno lo que es el espacio amplio es muy importante tener la posibilidad de usar el suelo con la colchoneta, y bueno y después, elementos que usemos por ahí son objetos, bueno, acorde a la edad que tenga el niño y digamos en casos en el caso de ser necesario cuando por ahí se presentan algunas dudas en alguna de las áreas se pueden usar algún tipo de escala. Por ahí con está la escala de que estamos usando en el hospital, la escala Argentina inteligencia ascensores motriz, cuando hay dudas por ahí, más en lo cognitivo.

Hay otra escala de Rodríguez que se usa por ahí niños más de seguimiento de programa. Ah eso me olvide, bueno ya después se los vuelvo a otra pregunta de comentarles. ¿Y qué otra más a una otra? No, y bueno la caja con los objetos pertinentes digamos.

**Entrevistador/a: Escúchame Pili, ¿Y quién selecciona esas escalas del desarrollo y esa cuál es el criterio que se toma para utilizarlos?**

*Entrevistado/a:* El criterio en realidad en función de las, por ahí las dudas o en relación a alguna área del desarrollo, o sea en función de cada niño, sí a ese niño en particular a ese contexto y a ese momento que atraviesa. Generalmente depende de cada niño.

**Entrevistador/a: ¿y esto del seguimiento es otro tipo de proceso de evaluación?**

*Entrevistado/a:* Claro, después de la valoración digamos se hace lo que bueno. La elaboración de los objetivos para elaborar un plan ya sea terapéutico, en función de ese objetivo y de ese plan terapéutico es que va, digamos, va a surgir la hipótesis diagnóstica. Y de, si el niño va a necesitar bueno algún seguimiento o tratamiento. En función de eso, esto eh ya hablando por consultorio externo no.

Otro de los ámbitos en los que me olvide comentarles, que también estamos. Bueno yo particularmente en lo que son los programas de del hospital, los programas son equipos interdisciplinarios que surgen en función de digamos, alguna patología crónica o alguna,

Bueno una cuestión digamos orgánica que el niño tiene que, por eso, que tiene atravesar un tratamiento a largo plazo o que digamos abarca muchas áreas. Entonces los equipos funcionan como programa para realizar un abordaje interdisciplinar más ordenado. Yo estoy en el programa de niño y niñas con pie bot, ese es otro lugar donde también estoy dentro del hospital.

**Entrevistador/a: Pilar ¿Qué materiales utilizas con frecuencia recién nos dijiste colchonetas ¿Cuál es otro?**

*Entrevistado/a:* Bueno, en cuanto a objetos. A ver, pelotitas blandas bueno. Sonajeros principalmente si son de tela, con alguna digamos campanita suave de madera intentamos propiciar que los objetos digamos tengan estas características que sean de tela, de madera suaves. Así como blanditos de exploración digamos placentera. Bueno, algunos trozos de tela. ¿Qué más?, cubitos de madera, argollas de madera también. Estoy pensando algunos libritos, sí libritos por ahí para niños más grandes ya reconocimiento de imágenes. Quizás con función simbólica ya.

Bueno, animalitos también, o sea, digamos. Los que son para los más grandes, los animalitos de la granja, esto sí de plásticos, son de plástico para siempre niños más pequeños intentamos que tengan características más de estas que les comentaba sean objetos más blandos.

**Entrevistador/a: ¿El rango de edad de intervención sería entonces?**

*Entrevistado/a:* de 0 a 3 años principalmente.

**Entrevistador/a: ¿Cuánto tiempo dura una evaluación psicomotriz, digamos en encuentro o sesiones?**

*Entrevistado/a:* y yo diría que al menos depende igual el niño o la niña, pero al menos cuatro. Son necesarias, sí, de 4 a 6 te diría.

**Entrevistador/a: ¿Y en internado, es en el momento?**

*Entrevistado/a:* No, no, en internado, es a veces, sí es necesario ir más veces, es decir, no es con que con la primera vez que uno lo ve ya se pueden hacer, digamos las primeras valoraciones, son como acercamientos que uno hace, pero si en el internado quizás. Sí, te diría que con dos o tres, son un poco menos.

**Entrevistador/a: Pensando en la instancia posterior a la evaluación psicomotriz, ¿Qué sucede?**

*Entrevistado/a:* en la instancia anterior

**Entrevistador/a: Posterior, hacen estas sesiones de tres o cuatro de evaluación psicomotriz y después, ¿Qué sucede?**

*Entrevistado/a:* y bueno, se plantean, digamos objetivos en función de la hipótesis diagnóstica de la que esa valoración te lleva, de acuerdo a esa hipótesis eh uno se plantea objetivos terapéuticos para ya, digamos plantear las intervenciones.

**Entrevistador/a: ¿Hacen tratamiento ahí o derivan?**

*Entrevistado/a:* Tomamos, hacemos tratamiento, en general, no son más del orden del seguimiento. Pero hay pacientes crónicos que sí hacemos tratamiento y los continuamos, o sea, continúan yendo por consultorio externo al hospital en esto del tratamiento

**Entrevistador/a: Dentro del hospital suelen solicitar los derivantes un informe psicomotriz, ¿Cómo se elabora que se recupere en ese informe? ¿O cómo se comunica todo lo evaluado?**

*Entrevistado/a:* Bueno cuando digamos el informe es para otro profesional que lo solicita bueno digamos se hace foco en esto de lo que se pudo observar en la valoración. Cuáles son, las Cuál es la hipótesis diagnóstica a la que se llega de acuerdo a esa valoración en la valoración, bueno se comunica cuestiones que hayan aparecido en general en todas las áreas del desarrollo. Y bueno, y la hipótesis digamos diagnóstica a la que se llega con las sugerencias en relación, a si el niño va necesitar un seguimiento, un tratamiento, si se puede hacer digamos en el hospital y si no se deriva. En general cuando derivamos tiene que ver con la complejidad de acuerdo a la complejidad que presente el abordaje y el lugar en el que vive, también el niño, por ahí en el lugar donde vive, se encuentra como instituciones más cercanas que le van a permitir mejor acceso intentamos, que se pueda que se pueda hacer ahí en el lugar más cercano.

**Entrevistador/a: Dijiste que en el hospital hay programas de seguimiento como el de pie bot, ¿Cuáles son los otros programas?**

*Entrevistado/a:* Sí bueno, son un montón, que Salud Mental esté participando seguramente

**Entrevistador/a: en esos**

*Entrevistado/a:* me olvidado alguno, pero tenés bueno de hipotiroidismo congénito, hay también de bueno intestino corto, diabetes, después tenes celiacía. Hay un programa de seguimiento del desarrollo también que otras dos compañeras están en ese programa que otro más, sala de juego, hay programa de HIV, de nefrología. No sé si me está, bueno esto, fibrosis quística también hay muchos programas que tienen un recorrido muy importante de hace muchos años y bueno, otros más nuevitos que se van gestando en relación a que aparecen, bueno.

**Entrevistador/a: ¿Y en todos hay Psicomotricistas?**

*Entrevistado/a:* No, no, en todos no, en los que sí participan Psicomotricistas

**Entrevistador/a: bueno esos**

*Entrevistado/a:* en los que sí hay Psicomotricistas, no en todos participa, lo que sí participa psicomotricidad que yo te puedo decir con seguridad es hipotiroidismo congénito, pie bot, bueno, el de seguimiento al desarrollo, sala de juego, fibrosis quística. Y creo que ninguno más eso sí tienen Psicomotricistas.

**Entrevistador/a: Bueno, y a última creo, pero sí quedó alguna ahí en el tintero, Laura te va a preguntar. ¿Consideras importante el trabajo del Psicomotricista en este ámbito público, digamos de hospital y por qué?**

*Entrevistado/a:* Sí bueno, Sí la verdad es que me parece muy importante porque bueno aporta una mirada del desarrollo psicomotor específica, puede mirar el niño de una manera integral, desde todas las áreas de su desarrollo y teniendo en cuenta el contexto en el que este niño se desarrolla, este inmerso y lo acompaña digamos. Y también porque pueden mirar las condiciones en la que este niño o niña se desarrolla y esta mirada que la psicomotricidad aporta digamos.

Tiene que ver como como intentar buscar los mejores, las mejores condiciones para este niño/niña y en relaciones a qué factores también digamos, relaciones a qué factores influyen en su desarrollo, se pueden mirar las condiciones e intentar, bueno, transformarlas o mejorarlas. Intervenir en eso.

**Entrevistador/a: ¿Y yo me olvide de preguntarte Pilar año y lugar de egreso?**

*Entrevistado/a:* Sí, yo egrese en agosto del 2019 bueno en la UPC, en el Cabred.

**Entrevistador/a: ¿y título profesional?**

*Entrevistado/a:* Licenciada en Psicomotricidad

**Entrevistador/a: ¿el cargo y la antigüedad que tenés en el hospital?**

*Entrevistado/a:* sí el cargo es creo que se llama operativo 1 algo así. Y bueno, un año y cuatro meses l, a antigüedad de ese cargo. Soy muy nuevita, así que bueno.

**Entrevistador/a: En cuanto a los materiales vos venías diciendo de como que ustedes lo van consiguiendo, ¿No son proporcionados por el hospital?**

*Entrevistado/a:* En relación a los materiales como por ahí que implican más gastos como la colchoneta. Eso sí los proporciona el hospital lo que es la caja ya de objetos, eso ya lo vamos construyendo nosotros por ahora en función de donaciones o más de lo que podamos ir recogiendo de nuestro, digamos, de nuestra parte.

Estamos intentando ahora como solicitar más este tipo de objetos Así que pensamos que tienen como una mejor calidad para ofrecer el niño A ver si nos pueden comprar desde el hospital algunas cosas que bueno por ser mejor calidad son más caras, y no se consiguen por

donaciones, porque las donaciones en general tienen que ver más con los juguetes más clásicos. Y bueno pero no de las donaciones se sacan muy buenas cosas también.

Entrevistador/a: **Menos mal que hay gente esté que tiende a donar y a apoyar en cierta manera todo lo que salud.**

*Entrevistado/a:* Sí, sí, sobre todo el área nuestra de Salud Mental que utiliza mucho de estos objetos juguetes bueno, el libro para pintar para todo eso sí, por suerte tenemos contacto con alguna fundación es que sí, donan cosas lindas.

Entrevistador/a: **Bueno creo que nada más, Gracias Pilar por estar**

*Entrevistado/a:* No de nada disculpe por ahí no sé si fue muy desordenada en las respuestas.

Entrevistador/a: **Bueno, Muchas gracias.**

*Entrevistado/a:* Mucha suerte a ustedes, que puedan conectar con esa tesis para terminar.

### **Entrevista Nro.: 8**

<i>Fecha</i> 17-11-2022
<i>Título profesional</i> Lic. en Psicomotricidad
<i>Año y lugar de egreso</i> facultad de Educación y salud ex cede Cabred, 2019
<i>Cargo y antigüedad</i> Rehabilitación y discapacidad e inclusión y en el equipo de atención e intervención precoz y oportuna en las salas de neonatología.
<i>Modo de entrevista</i> virtual, por la plataforma Google Meet link de acceso, <a href="https://meet.google.com/ptx-zpjp-nay">meet.google.com/ptx-zpjp-nay</a>

Entrevistador/a: **Hola**

*Entrevistado/a:* Hola ¿cómo están? Chicas, ¿me escuchan?

Entrevistador/a: **Sí, ahí te escuchamos. Bien, bien. Con calor**

*Entrevistado/a:* Con calor, estamos todas iguales, está insoportable.

Entrevistador/a: **Está re pesado. Bueno, no sé si las chicas ya te habían comentado de lo que estamos haciendo en nuestra tesis.**

*Entrevistado/a:* Algo me comentó, muy por encima Luciana en un audio, pero no me comentó nada concreto.

Entrevistador/a: **Bueno, nosotras estamos haciendo como la tesis en cuanto a las herramientas diagnósticas que se usan en el proceso diagnóstico particularmente en el**

**ámbito hospitalario público. Con el recorte de hospitales en la ciudad de Córdoba ¿Sí? así que hemos molestado a la psicomotricistas que actualmente están trabajando, que son muy poquitos y bueno, nos iba quedando hablar con vos. Tenemos un par de preguntas en base a eso, o sea, vos respondemos obviamente lo que vos nos quieras dar a conocer, no hace falta dar nombres ni nada, que no venga al caso con la respuesta, digamos, digo por sobre todo por tu tiempo porque por ahí siempre las psicomotricistas se han mostrado muy disponibles, pero también muy apuradas entonces en cuanto a eso de las preguntas ¿el consentimiento la Lu ya te lo envió por Whatsapp?**

*Entrevistado/a:* Sí, me lo envió.

**Entrevistador/a: Buenísimo, es más que nada el consentimiento de que esta entrevista se va a grabar y luego para la tesis se va a anexar lo desgravado ¿Sí? para que nosotras después analizar los datos.**

*Entrevistado/a:* Dale, bueno.

**Entrevistador/a: Vos sos licenciada en psicomotricidad ¿verdad?**

*Entrevistado/a:* Sí, soy licenciada en psicomotricidad egresada de la facultad de Educación y salud ex cede Cabred.

**Entrevistador/a: ¿En qué año?**

*Entrevistado/a:* En el 2019.

**Entrevistador/a: ¡Ah! hace re poquito y ¿en qué hospital estás trabajando?**

*Entrevistado/a:* Yo trabajo en el hospital materno neonatal.

**Entrevistador/a: Bien, ¿estás en el servicio de salud mental?**

*Entrevistado/a:* Hem no, yo estoy en el servicio, digamos, de rehabilitación y discapacidad e inclusión y pertenezco al equipo de atención e intervención precoz y oportuna en las salas de neonatología, tanto como UTI (unidad de terapia intensiva) y UCI (unidad de cuidados intensivos).

**Entrevistador/a: Ah bien, ¿Ahí tenés el cargo de psicomotricista, ¿verdad? Digamos tu cargo, se llama así.**

*Entrevistado/a:* Sí mi cargo es digamos, es en salud, rol de digamos de profesionales de salud y trabajamos en interdisciplina, no es que trabajo yo sola.

**Entrevistador/a: Okey, no sé si dijiste recién el año en que ingresaste a trabajar en el hospital.**

*Entrevistado/a:* En el hospital materno neonatal, estoy creo que desde 2020 por ahí, si no me equivoco.

**Entrevistador/a: Bien ¿Cuál es el rol profesional del psicomotricista dentro del hospital?**

*Entrevistado/a:* El rol profesional que tiene el psicomotricista es un rol que está destinado al acompañamiento sobre todos los padres ¿Sí? a conocer digamos, intervenimos en realidad destinados solamente al vínculo y el rol principalmente, dentro del equipo en el que yo estoy, es acompañar a los padres.

**Entrevistador/a: Bien ¿Qué alcance o impronta tiene tu trabajo entre otras disciplinas dentro del trabajo diario que se lleva a cabo en este ámbito? Es decir con esto buscamos averiguar ¿Qué lugar ocupa la psicomotricidad no? Porque hay veces que en el hospital nos hemos dado cuenta que pisan más fuerte otras disciplinas, que quisiéramos saber ¿cómo qué lugar tiene la psicomotricidad en este hospital particularmente?**

*Entrevistado/a:* Como ustedes sabrán, digamos, todo lo que es atención al prematuro propiamente dicho, que no es lo mismo que hace Salud Mental que hace el seguimiento del prematuro ¿Sí? Es decir, que ya lo ve una vez que el niño ya se ha ido de alta, sino que mi rol está dentro de la sala de neonatología donde se juega todo el tiempo, la vida y la muerte. Es decir, en los procesos de internación de los niños/niñas.

Ha sido muy cuestionada, pues es un ambiente médico ¿sí? Y todo lo que tiene ambiente médico requiere mucho de lo que es la validación científica. Cuestión que a nuestra disciplina le está faltando mucho. Entonces desde ese lugar el rol del psicomotricista ha sido muy cuestionado. No obstante, al trabajar en interdisciplina, se hace un trabajo mucho más rico y sostenido por diferentes profesionales ¿sí? Y sobre todo el médico fisiatra quien es el coordinador del equipo.

El médico coordinador es el que hace las primeras evaluaciones de ese neonato y el que hace las derivaciones oportunas a cada disciplina, a cada área. Mi equipo cuenta con fonoaudiología, que es uno de los de los pies más importantes porque los niños generalmente en las salas de neonatología y en lo que es el dispositivo hospitalario tienen trastornos y subdeglución, entonces es uno de los actores más importantes a lo que ellos llaman el giro de cama, que es el alta del paciente, a lo que ellos apuntan, que el paciente recupere peso, que se alimente de forma segura, para que se pueda ir a su casa.

La fono de nuestro equipo tiene el rol más importante, se podría decir de alguna forma, después tenemos una kinesióloga que generalmente se ocupa de algunas cuestiones así muy muy puntuales ¿no? teniendo en cuenta que las sesiones de kine son como muy invasivas como para un neonato. Después tenemos a la psicóloga que es la persona que trabaja con los padres que no es lo mismo que hace el psicomotricista como cuando nosotros trabajamos con los padres, pero para la interacción con ese niño, es decir, el vínculo el psicólogo trabaja solamente lo que le pasa a este padre.

Entrevistador/a: **Ajá, es diferente si se nota.**

*Entrevistado/a:* Es diferente, son dos trabajos diferentes, por más que trabajemos muy en conjunto y la mirada de la psicóloga es muy importante para el equipo porque ella nos va a poder decir por qué duelos está atravesando esa mamá, en qué etapa se encuentra esa familia, cómo se la puede acompañar y brindar herramientas para poder tener un consenso, más que nada, en los diálogos que tenemos a diario con esa familias, porque todo lo que se dice ahí tiene que ser sumamente cuidadoso teniendo en cuenta que estamos hablando de un niño que está dentro de la vida y la muerte, entonces cualquier palabra que nosotros digamos o pongamos a esos papás le puede generar mucho angustia o mucha expectativa. Entonces para concluir puedo reflexionar que la psicomotricidad tiene, o por lo menos a nivel médico para otras profesionales que se dedican solamente a lo que es por decirlo así muy brutaemente chicas, a la función digamos del niño lo que es lo fisiológico que es nada más y nada menos que salvarle la vida a ese bebé, el rol psicomotricista en un primer momento había sido como muy cuestionado. No obstante, a partir del tiempo el equipo, o sea, fuimos demostrando cuál es el rol de cada uno ¿sí? cuáles son las derivaciones oportunas y esto se ha ido como poco a poco estableciendo, porque en realidad tampoco tenemos mucha evidencia nosotros de cuál es el, no hay nada escrito de cuál es el rol de un psicomotricista en una Neo.

Entrevistador/a: **Así que no hay nada en realidad, de hospitales tampoco hay mucha información. Bien, la otra pregunta tiene que ver justamente con la interdisciplina si trabajas en equipo dentro de tu sector diario, que ya nos comentaste, nos nombraste fisiatra, kine, fono, psicóloga, no sé si te faltó algún otro.**

*Entrevistado/a:* No, no tenemos nada, nadie más en el equipo.

Entrevistador/a: **Perfecto, en cuanto a tu trabajo ¿cómo entendés o pensás la etapa de la evolución psicomotriz, evaluación perdón? ¿Cómo la llevas adelante? llamaríamos al proceso de diagnóstico ¿no? o sea que algunos les llaman evaluación otros valoración.**

*Entrevistado/a:* Sí, bueno aquí no hay un proceso diagnóstico ¿sí? porque estamos hablando de etapas sumamente tempranas, lo que sí hago es una primera valoración de la conducta del niño en relación, a cómo se va adaptando al ambiente tanto a su procesamiento, de cómo los estímulos, la voz de la madre, la incubadora de lo que se dice propiamente es un ambiente que simula el útero de una madre. El niño sabemos que nace sumamente inmaduro y así también nace inmaduro su cerebro, por eso es que el procesamiento sensorial que el niño hace a estos estímulos pueden causarle mucho estrés y ese estrés puede llegar a causarle dolor. Entonces yo generalmente lo que hago en una valoración es, cuando acompaño a los padres, es ir viendo cómo va madurando ese niño y lo veo a través de la conducta y cómo se va adaptando también

al medio ambiente, y como el padre va adquiriendo cada vez más recursos para poder interactuar con ese niño.

Si ustedes recordarán, sabemos que un niño prematuro nace con un hipo tono que es sumamente normal, es decir, que tiene escasas posibilidades de movimiento ¿sí? a medida que va madurando va teniendo más movimiento por lo cual, los padres pueden ir significando un poco más a ese niño; más allá también, del aspecto con el que nace el bebé a medida que va madurando va cambiando y los padres pueden tener como un poco más de seguridad tocarlos, al verlos.

**Entrevistador/a: Claro, los ayudas a decodificar eso que el niño tiene para decir con el cuerpo, no más.**

*Entrevistado/a:* Ha significar lo que el niño dice con su cuerpo, exactamente.

**Entrevistador/a: Entonces, no hay proceso psicomotriz diagnóstico, digamos.**

*Entrevistado/a:* No hay, pero sí hay una valoración, una valoración de la conducta que da cuenta ¿sí? de la edad del niño, yo sé más o menos a qué edad el niño hace esto, entonces lo comparo con su edad gestacional de nacido. Hay que sacar la idea corregida, la edad cronológica y ahí se va viendo el comportamiento del niño, si hay una valoración.

**Entrevistador/a: Ah ok, ¿vos estás con los niños desde que nacen hasta cuándo?**

*Entrevistado/a:* Yo, hasta que le dan el alta.

**Entrevistador/a: ¿A su casa? No, de la neo.**

*Entrevistado/a:* De la neo, cuando ya se van a su casa, hay algunos niños, que depende digamos de cómo ha sido su proceso de internación y dependiendo de su historia clínica, pasan a depender o del seguimiento del recién nacido, lo que conocemos como nosotros Serenar ¿sí? de Salud Mental, que es el niño presuntamente sano, y si tiene algunas digamos características que pueden llegar a dar hincapié, que este niño puede desarrollar una discapacidad como puede ser un hipoxia se hace el seguimiento en Ar que está abierto en el hospital pediátrico, en el servicio de rehabilitación.

**Entrevistador/a: Bien. Ahora sí ¿hay aspectos institucionales que condicionan limiten o regulen los modos de pensar el proceso de evaluación de un sujeto cuando, bueno, cuando lo ves vos? Digo con esto no sé ¿hay reglas, normativas propias del hospital en el que vos estás que condiciona en tu rol?**

*Entrevistado/a:* Sí, todo condicionan en la Neo, no se puede entrar ningún objeto que sea extraño ¿sí? es un ambiente sumamente controlado a nivel bacterias-virus, no puedes usar anillo, no puedes usar las uñas pintadas, tenes que tener las uñas cortas, el contacto cuerpo a cuerpo, si bien ustedes sabrán que bueno el COPAP es sumamente recomendado, tiene un montón de evidencias científicas de cómo organiza fisiológicamente al niño.

No obstante, para eso, a veces hay muchos avatares que hay que cruzar para poder realmente realizar un COPAP que es contacto piel a piel, porque generalmente es un espacio que implica que uno se ponga bata, que se ponga una cofia ¿sí? Entonces como constantemente lo que yo llamo anulador de construcción de cuerpo, porque estás todo el tiempo tenés barreras, el niño está en una incubadora, solamente se meten las manos hasta cierto lugar, mucho personal usa guantes, yo no uso guantes ¿sí? porque me parece que el tacto puede dar mucho más información que un guante y generalmente le digo a los papás que no lo hagan, que usen sus manos, no se puede entrar ningún objeto que no pase por desinfección, una vez que se cae algo al piso no se puede volver a levantar, generalmente todos, son con los codos, es un ambiente que está a nivel ingeniería también pensado para, hay un comité que controla que todos los profesionales que ingresan a la Neo cumplan con esto, las voces tienen que ser sumamente controladas, la luz, es todo un ambiente sumamente, digamos muy muy controlado.

**Entrevistador/a: Perfecto, sí es sumamente complejo tú caso de todos los que hemos entrevistado es el que más condicionado está digamos. Bueno, el espacio físico que utilizas para llevar adelante tu trabajo ¿sería la sala de neón, sería sala habitación, vamos?**

*Entrevistado/a:* Sí, sí son las salas de neonatología.

**Entrevistador/a: Con respecto a la derivación, o sea digo, si bien vos atendés a bebés de alto riesgo, prematuros ¿tenés derivación o motivo de consulta propio o solo eso ya alcanza, para que sea tu parte de tu perdón, sea tu población de intervención?**

*Entrevistado/a:* Perdón ¿me podés volver a repetir la pregunta?

**Entrevistador/a: Sí con esta pregunta, nosotras lo que queremos saber es ¿Cuáles son los motivos de derivación? Si bien vos nos dijiste que atendés a bebés de alto riesgo y prematuros, además ¿tienen otra indicación? de decir no sé, este viene con o con solo ser prematuro y de alto riesgo, alcanza, para que vos intervengas como psicomotricista.**

*Entrevistado/a:* Tienen un motivo de consulta y se necesita una derivación. Generalmente el motivo de derivación, siempre son cuando los médicos observan que hay algunas dificultades en el diálogo tónico, cuando observan a una mamá que por ahí lo mira poco, lo estimula poco, cuando ven dificultades que pueden afectar el vínculo y el apego o la psicología observa algo, se hace la derivación a psicomotricidad.

**Entrevistador/a: Bien ¿Qué áreas o sectores o consultorios frecuentas más con psicomotricidad? Digo estás en neo pero también estas en otro lugar, vas a hablar o/a consultar.**

*Entrevistado/a:* ¿A consultar? generalmente nosotros tenemos un espacio, hacemos lo que se hace, unos ateneos, antes de ingresar todos a la Neo y se presentan si hay pacientes nuevos, si no hay pacientes nuevos, se fijan objetivos en común. Generalmente uno por ahí, o la fono o cualquier persona, dice mira a mí me parece que, estuve trabajando con este chico y está muy desorganizado, estaría bueno que primero trabaje psicomotricidad para organizarlo y después vaya a fono, se hacen, o sea, esos intercambios que hacen rico, digamos a la interdisciplina y el médico fisiatra es quien garantiza la estabilidad clínica de ese paciente ¿no? Quién es nuestro sostén para decir, yo puedo ir a trabajar de forma segura con ese paciente, porque la realidad es que se nos escapan un montón de cosas médicas que tienen que ver específicamente con lo que es función y estabilidad fisiológica, que el médico que trabaja en interdisciplina con los demás terapeutas sabe bajar y sabe brindarle información que es importante a cada uno. Y siempre tenemos como ese régimen, el médico neonatólogo, es el que presenta al médico fisiatra, el médico fisiatra hace su valoración y él es el que deriva las terapias correspondientes, si alguna de las terapeutas considera o cree que sería oportuno suspender su terapia y dar paso otra terapia porque eso lo va a llevar mejor organizado a la terapia de ellos, también se puede hacer esa sugerencia, no obstante siempre que el decide es el médico fisiatra.

**Entrevistador/a: Una vez que a vos te llega la derivación y se hace este ateneo, digamos que te presentan el nene o la nena ¿Cuál es el próximo paso, vos, ¿qué haces directamente vas a valorar?**

*Entrevistado/a:* No, generalmente después que me presentan a los pacientes se me hace la derivación, tengo una pequeña charla con los papás para presentarme y más o menos observar en algún momento que ellos me permitan, cómo interactúan con él y esta es mi primera valoración, en base que yo hago mi primera valoración a nivel conductual y diálogo tónico, puedo fijar objetivos y doy paso a lo que sería digamos el tratamiento psicomotor.

**Entrevistador/a: Ha bien, es decir, primero el ateneo, segundo la entrevista inicial con los padres y después ¿consta de una sola sesión para valorar esto que dijiste del diálogo tónico y demás?**

*Entrevistado/a:* Sí, generalmente es dependiendo, acuérdense que los tiempos de la UCI y de la Neo son muy acotados, y nadie quiere robarle el tiempo que tienen los papás para estar con sus niños y teniendo en cuenta todo a nivel contextual de que hay muchos padres que trabajan, entonces los tiempos que tienen son cortos, entonces generalmente hago siempre una pequeña entrevista para conocer su nombre, para conocer si tienen más hijos, si trabajan, para conocer, cómo digamos es la sistémica familiar, porque el psicomotricista cuando va es porque algo han visto o han detectado algo a nivel vincular, es muy importante conocer cómo es la dinámica de

la familia para poder también, a veces chicas se trata de que la madre no tiene plata para venir en colectivo o que la madre no tiene quien le cuide al peque más chiquito, entonces está ahí toda angustiada y tiene que volver rápido a la casa y tiene que tomar como tres colectivos, cuando son del interior también es un tema por más que tengamos una casita ¿sí? a veces no hay lugar para todos, se prioriza, hay diferentes situaciones que también hacen a cómo esa esa mamá o ese papá o esa persona responsable que esté acompañando al niño intervenga en esa interacción con ese pequeño y en sus posibilidades de disponibilidad corporal porque generalmente siempre es eso, la disponibilidad corporal se ve anulada por; entonces pasa mucho digamos por eso, pero sí generalmente. Y no son terapias que que sean de todos los días, que sean invasivas, generalmente son, uno va hace la primera entrevista, recolecta las cosas que uno cree que van a ser importantes y observa ¿no? observa cómo esta mamá interacciona con su bebé, como le cambia el pañal, cómo le toma la temperatura, como lo mira, como lo sujeta, si tiene en cuenta los signos de estrés, lo que nosotros conocemos como signo de estrés, como lo saca, muchas veces a veces hace falta acompañar a las madres en un proyecto motor, es decir bueno ¿qué tenemos que hacer? Tenemos que sacar la mantita, tenemos que abrir la incubadora, esto hasta que la mamá lo vaya adquiriendo porque los padres no saben que el cable está corto, si nadie se lo dice, ellos están tan concentrados en una sola cosa que por ahí algunas cosas y eso hace la angustia o al temor de. Entonces por ahí son intervenciones que no requieren más de cuatro o cinco veces y dar una pasada por ahí de ir a observar y preguntarle ¿cómo estás? ¿Tienen alguna duda en relación a eso? no sé si respondí la pregunta, digo.

**Entrevistador/a: No sí, yo me conmoví, hice como que tragué ahí porque me pareció re duro todo lo que contaste y encima tengo una sobrina que nació prematura y me acuerdo de todo lo que vivimos ¿Qué instrumentos y herramientas utilizadas con frecuencia para para valorar el funcionamiento psicomotor que llega a derivado a psicomotricidad? recién mencionaste algo, de si podrías repetir esas herramientas que utilizas.**

*Entrevistado/a:* Sí, propiamente ¿sí? cuando yo ingresé tuve que presentar un proyecto, obviamente que este proyecto necesitaba validación científica ¿Sí? cuestiones que nosotros no tenemos, no obstante pude digamos sostener mi rol bajo la teoría sinactiva de la doctora Als, que seguramente ustedes las recordarán que las que vemos en estimulación temprana ¿Sí? ella estaba muy posicionada sobre diferentes sistemas del niño y como esto se van regulando unos a otros como la familia y el medio interfieren en esos sistemas. Entonces mi valoración está muy abocada y muy sostenida sobre esto, no obstante, también está la Escala de Brazelton, tenemos otras escalas que también se pueden ir usando, pero como

les dije no hay nada concreto. Yo tuve que armar mi propia herramienta de valoración para que quede fichado porque obviamente todo hay que evolucionar y como el sistema que tenés del salud requiere que todo sea si-no, si-no, muy diferente a lo que los psicomotricistas estamos acostumbrados, me arme una escala en base a diferentes aspectos psicomotores y teniendo también en cuenta el diálogo tónico, por ejemplo, la mamá lo mira, lo toca, le habla, digamos tuve que ir armando todo como así porque en realidad no había nada que yo pudiera sostener mis prácticas, entonces tuve una tarea bastante importante, tuve que armar como una propia herramienta basado en digamos en otras herramientas que tengan validez.

**Entrevistador/a: Bien, pero no usas, o sea, usas esa propia tuya, de tu autoría ¿no usas otro test?**

*Entrevistado/a:* No, no, uso ningún test. Es que chicas estamos hablando de niños que tienen un cerebro inmaduro chicas, no tienen los surcos del cerebro, o sea, es lo que se puede observar son, yo lo único que veo es si el niño está organizado o desorganizado, si está organizado ¿porque está organizado? organizado se caracteriza porque el niño es capaz de llevarse la mano la boca, hace búsqueda, sus movimientos son armoniosos terminan en flexión, se puede acomodar, puede eso; y si está desorganizado bueno ¿porque esta desorganizado? el niño tiende a tener una conducta desorganizada que se caracteriza por movimientos bruscos, signo de estrés, extensión de la mano, digamos esa es, digamos la valoración que yo hago cuando termino de hacer porque está organizado y porque no está desorganizado. No sería como lo que se hace digamos con niños más grandes a donde se podrían o tenemos un par de escalas que podríamos aplicar.

**Entrevistador/a: Bien, entonces la pregunta que sigue, no te la hago porque tenía que ver justamente con esos instrumentos o herramientas.**

*Entrevistado/a:* claro

**Entrevistador/a: Bueno, materiales y objetos que utilizas con frecuencia me dijiste que no se pueden ingresar objetos, Pero supongo que ¿una mantita o algo de eso, sí o no?**

*Entrevistado/a:* Sí, tiene las tienen mantas ahí, que ya están pro que están ahí, que están desinfectadas, no se puede entrar ningún objeto, trabajo con el cuerpo de la mamá y el cuerpo del bebé.

**Entrevistador/a: Perfecto, entonces digamos que el dispositivo espacial y temporal queda reducido a esa sala y a ese momento de la incubadora y ¿creo que al lado puede que haya un silloncito algo para que la mamá lo sostenga y demás no?**

*Entrevistado/a:* No, debería haber, tendría que haber, pero no. Vino pandemia y en pandemia, se aprovechó para sacar todo lo que se podía tener, así que actualmente las mamás se sienten

en una silla dura que ni siquiera tiene un apoya brazos, a donde no están cómodas o donde muchas veces los pies no están asentados en el piso y la ves a las madres haciendo puntitas de pie.

No obstante, voy a decir que hace poco, hemos logrado que nos donen cinco reposeras, esas reposeras que hay de, las que usamos para ir al río chicas esas comunes, las de verano, hemos conseguido eso y bueno, resulta que de las cinco ahora solamente hay una, todo lo que pueda chicas, estorbar (hace con las manos el gesto de comilla) en algún al profesional que está ahí, vuela ¿no? uno siempre dice centrado en la familia las neonatologías, estamos muy lejos de ser una Neo centrado en la familia porque centrado en la familia significa que la familia es bienvenida y si no hay una silla para que un papá pueda ser COPAP, me parece que no está haciendo bienvenida a ese espacio.

**Entrevistador/a: Claro, se contradice con todo lo que se promueve ¿Cuánto tiempo dura la valoración psicomotriz?, si bien recién dijiste**

*Entrevistado/a:* de las teorías chicas a la práctica

**Entrevistador/a: ¿Cómo, perdón?**

*Entrevistado/a:* No, decía que digamos, desde de la teoría a la práctica hay muchos avatares entre medio ¿no? y cada dispositivo, cada Neo son todos diferentes y cada dispositivo es diferente porque hay un grupo humano ahí también que es singular, cada uno, entonces son todos diferentes. Perdón ¿qué me habías preguntado Florencia?

**Entrevistador/a: Te pregunté sobre el tiempo de la valoración psicomotriz, que yo creo que ya estaría respondida con las preguntas anteriores, pero para dejarlo concluido, digamos y claro es ¿dura el tiempo que los niños estén en la Neo?**

*Entrevistado/a:* La valoración, es una valoración que si bien va dependiendo, o sea, la puedo hacer quizás en un día, si tengo suerte y tengo los papás que están ahí, que yo puedo ir a observar en diferentes momentos sin ser un ojo observador para esos papás, porque la mirada pesa, maternal en una Neo pesa mucho. Sin ser eso, sí tengo suerte, quizás puedo valorarlo en un día porque aprovecho voy temprano, lo observo ¿sí? motilidad espontánea, como está organizado en la postura, sin tocar sin nada, solamente mirar, me voy, entonces después cuando viene la mamá, observo cómo está ese diálogo tónico, me voy y después vuelvo para ver cuando ya están descansando, para ver cómo se ha comportado ese niño después de la estimulación que he recibido con su mamá del solo hecho de que lo cambie, de que lo alce, de que esté con él y si el niño se ha podido digamos regular todo eso. Entonces si yo tengo suerte en ese día que puedo hacer todo eso,

mi valoración, dura ese día; pero esa valoración es tan fluctuante, que lo que yo puedo valorar ese día, mañana cambio totalmente, porque los chicos hoy son esto y mañana son estos (hace gesto con las manos como en comparación, primero la izquierda y luego la derecha) cambian inmediatamente, es increíble chicas, es como todo lo que se haga es para el aquí y ahora. No hay como algo, así que uno pueda decir *bueno estamos en este estadio*, no, están así todos los días hora, es así y lo que uno sugiere o lo que uno valora es para el aquí y ahora y eso es importante dejarlo claro porque por ahí uno dijo una sugerencia y quizás fue una sugerencia y después volvés, a los dos días y sigue con la sugerencia y es como no, esto hoy funciona para Nahuel aquí y ahora, hoy yo sugiero esto, mañana veremos cómo está Nahuel y si ha podido adquirir nuevas posibilidades; y los chicos son, en eso cambian, es increíble chicas. Lo que hoy puede ser un chico desorganizado con hipotonía, mañana vos llegas el chico está despierto interactivo observando la cara de su mamá, queriendo ya comer, es increíble cómo cambian los perfiles de los chicos.

**Entrevistador/a: Entonces, podríamos, perdón a mí no me quedó claro ¿entonces podríamos decir que la valoración psicomotriz es permanente? O vos me hablarías más bien de un proceso más acabado, más reducido y que todo lo que continúa después ya sería tratamiento e intervención digamos.**

*Entrevistado/a:* Yo podría decirte que yo hago básicamente dos evaluaciones, si vos me decís dos valoraciones así puntuales las que yo hago, más allá de la diaria que uno hace con la observación clínica, son dos, hago la inicial que es cuando recién conozco al paciente y la previa al alta, esas serían como las valoraciones así bien

**Entrevistador/a: perfecto**

*Entrevistado/a:* concretas donde yo me tomo el trabajo, de decir *bueno si hoy me dedico a esto* y tengo que hacerlo y se tiene que dejar evolucionado son dos, siempre previa al alta y digamos cuando ingresa.

**Entrevistador/a: Perfecto, ahí me quedó claro. Pensando en la instancia posterior a estas valoraciones ¿Qué sucede, le das alguna devolución a los padres, se vuelve a hacer un ateneo, no sé, no sé cómo se manejan?**

*Entrevistado/a:* ¿Cómo? Perdón no te escuche.

**Entrevistador/a: ¿Qué sucede posterior a la valoración psicomotriz a la evaluación? ¿haces algún informe, una devolución a los padres, se vuelven a reunir con el equipo?**

*Entrevistado/a:* No, generalmente yo no le doy ninguna información concreta a los padres, sí yo traigo mi devolución a lo que sería el equipo interdisciplinario, qué es lo que yo observé ¿sí? de ese niño y cuáles son las posibilidades que tenemos de trabajar con él y cuáles estarían siendo

las, por alguna forma de decirlo, los obstáculos que estamos teniendo. Entonces se pone eso en vista y digamos en base a eso, generalmente si hay algo que a mí me llame mucho la atención, y que tendría que ser, es generalmente, es el médico fisiatra que quien, cuando ya estamos hablando de casos que son heavys y con esto digo, no sé un niño ha sufrido hipoxia ¿sí? Entonces es solamente el médico el que maneja esa información con los padres, yo solamente voy a mis terapias, generalmente se trabaja todo lo que es, o sea, vínculo con los padres, que el niño sienta confort, que los padres se sientan bien, empoderar esa madre, hacerla confiar ¿Sí? en su cuerpo, en sus posibilidades de manipulación y sostén ¿Sí? en que su voz es tranquilizadora, que su cuerpo nunca le va a hacer daño; pero lo que tiene que ver con intercambios generalmente siempre lo hace el médico fisiatra las devoluciones a la madre de cómo va el tratamiento.

**Entrevistador/a: Bien, y te hago la última pregunta ¿consideras importante el trabajo de la psicomotricista en este ámbito tu trabajo?**

*Entrevistado/a:* Súper importante lo considero, lo que considero súper importante, considero que nosotros tenemos muy básica la información y que considero que es un espacio para que todos se interesen, un espacio para escribir, para desarrollar, es un espacio que hace falta mucho el psicomotricista porque la observación que tiene, de esto que tenemos nosotros de globalidad, digamos de ahí se escapa, se escapa porque, y no los culpo ¿eh? Pero se escapa porque están tan a veces, voy a hacer un poco cruel con lo que voy a decir, pero a veces muchas veces están tan centrados en su mirada ¿sí? una mirada puramente médica, que a veces no pueden ver ni siquiera la postura de esa madre, una madre que está cansada, una madre que quizás no hay disponibilidad ese día, quizás no pueden ver al niño ¿Sí? ellos se preocupan solamente por mantener con vida a ese niño.

Y se olvidan de la calidad de vida, entonces a veces es cuestionable ¿A qué costo muchas intervenciones? que después a largo plazo recaen en el desarrollo del niño tarde o temprano.

**Entrevistador/a: Y que estás en una etapa hermosa para agarrarlo y desarrollarlo y colaborar con eso.**

*Entrevistado/a:* Una etapa hermosa para poder empoderar esos padres y que sean ellos los cuidadores, ellos quien los tocan, ellos quienes cambian el pañal, ellos quien acomoden su nido según las necesidades de su hijo, los padres son lo único que pueden garantizar una atención individualizada después todo el resto tenemos la mano automática, automatizada, ¿sí? con el amor y la ternura que los tocan sus padres o los cuidadores, quienes estén acompañando ese niño no lo va a hacer nadie, el registro que tiene esos padres mínimos de cuando empiezan pequeñas muecas, *viste eso mira*, (como si lo dijeran los padres) nadie lo va a tener como

observan con los ojos y eso es muy muy rico. Y hay evidencia científica de que el padre que está acompañando a su hijo y que tiene y, o sea, que tiene un lugar en la Neo y qué forma parte del equipo se van mucho más rápido de alta, y hay un montón de estudios que lo dicen, reduce el trabajo de enfermería, que es muy importante eso, quizás el enfermero siempre, y no los culpo, porque a veces hay un enfermero para cuatro chicos, entonces todo rápido y todo lo que nosotros vemos ¿no? Esto de no desorganizarlo, despacito, a veces en los tiempos que ellos manejan ¿sí? no se puede dar.

Pero si tenemos un padre que está ahí presente, que está acompañado, ese padre sí se lo puede dar y seguramente se previene un montón de dificultades porque generalmente casi el 75% de los niños nacido pre término llegan a consulta a psicomotricidad por retraso en su desarrollo o por alguna cuestión.

**Entrevistador/a: Doy fe de eso, bueno, entonces ya no tengo ninguna pregunta, solamente agradecerle por la disponibilidad y realmente zarpado lo que haces, o sea, muy zarpado.**

*Entrevistado/a:* Espero que algún día se habilite el espacio para todas chicas. Las Neos necesitan a las psicomotricistas. Espero que le haya servido la info, me faltó un montón, siento que me faltó muchísimo pero bueno es lo que le puedo le puedo dar hoy.

**Entrevistador/a: Muchas gracias estuvo excelente.**

