DOSSIER

diagnóstico y evaluación en psicomotricidad (2)

MONTSE COSTA

Profesora titular del Departamento de Métodos de investigación y diagnóstico en educación en la Facultad de Formación del Profesorado. Directora del Master en mediación corporal, especialidad en psicomotricidad. Universitat de Barcelona

"Las personalidades son como cuadros impresionistas. A distancia cada persona es toda de una pieza; de cerca, cada una es un entramado complejo de estados de ánimo, cogniciones y motivaciones"

Theodore Millon (1998)

Nuestra cultura científica ha evolucionado todavía muy poco en cuestiones de salud mental y emocional, por lo que es necesario clarificar desde el Diagnóstico Psicomotor (D-PSM) lo que es el conocimiento médico-clínico frente al conocimiento humano.

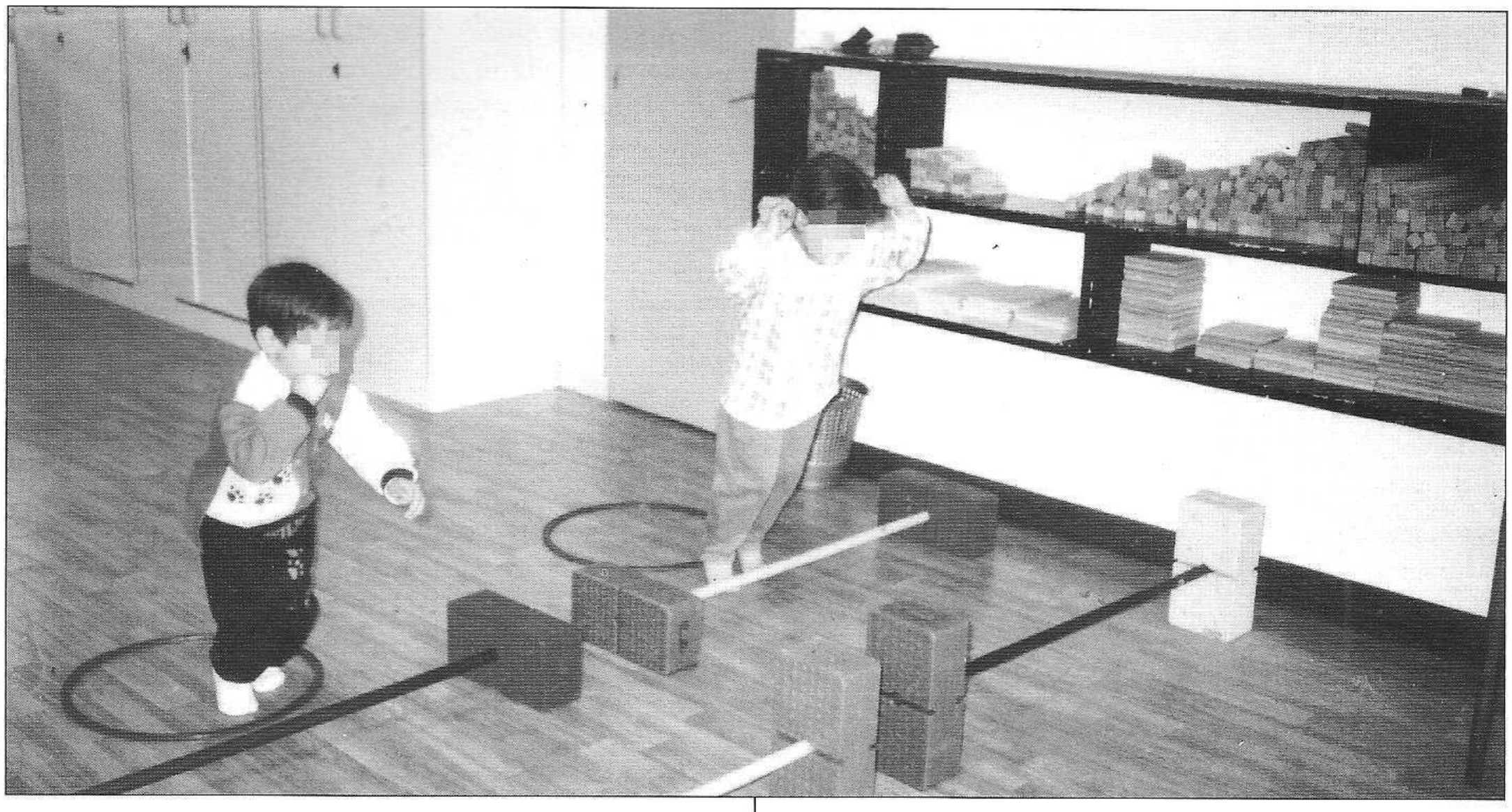
Hemos de tener en cuenta que tanto desde un ámbito educativo como terapéutico existe la necesidad de establecer unos criterios cualitativos y también cuantitativos, que nos permitan observar, diagnosticar y evaluar las posibilidades funcionales de la persona, así como las afectivo-emocionales, que de alguna manera actúan comprometiendo la efectividad de las primeras y que, centrándose sobre todo en los niveles de actuación perceptivo-motores, permiten al individuo que ha conseguido un nivel aceptable de autocontrol y equilibrio emocional realizar una buena adaptación social, autónoma e independiente.

Es evidente que el D-PSM resulta fundamental para poder realizar un seguimiento preciso del desarrollo de la persona, así como para poder adaptar el proyecto terapéutico y optimizar la intervención adecuándola a las necesidades precisas del individuo tanto en actuaciones educativas como de ayuda terapéutica.

Desde una perspectiva diagnóstica global o, mejor dicho, biopsicosocial, es necesario no olvidar ninguno de los aspectos que configuran dicha globalidad como una unidad funcional. Es necesario planificar el diagnóstico como parte de un proceso global, de contenido y de forma utilizando instrumentos de evaluación específicos y progresivos, logrando así unos resultados claros y sobre todo comparables, que nos permitirán llegar a conocer a la persona, a descubrir el origen del problema o de los problemas, o sea, las causas, para poder intervenir. En realidad, se trata de poder compartir de una forma interdisciplinaria una comprensión global del individuo en cuestión.

Una evaluación que contemple el proceso diagnóstico y señale objetivamente los cambios que la persona realiza a partir de una intervención educativa o terapéutica, consideramos que sería el procedimiento más adecuado, por lo que en este sentido es importante que no estigmatice ni rotule al alumno.

D O S S I E R



Diagnosticar, ¡no rotular!

En el momento que un diagnóstico añade al proceso una dimensión evaluadora, que parte del programa de intervención, deja de ser un mero distribuidor de etiquetas, estático y no contrastable, que cronifica los déficits, para convertirse en un instrumento de trabajo dinámico, vivo, totalmente adaptable a las circunstancias de la persona y que actúa de forma flexible y continuada como una verdadera evaluación continua.

Lo que está claro es que no se puede iniciar un programa de intervención con una persona en concreto o con un grupo de personas si no se tiene previamente un conocimiento del sujeto, se llame éste diagnóstico, evaluación o análisis de las dificultades que presenta el mismo.

Algunas de las escalas de valoración están anticuadas; pero aquí está la impotencia e incongruencia que vive nuestra sociedad, que no ha sabido encontrar instrumentos que sean más dinámicos y afinados, más objetivos para el conocimiento de la población con la que se quiere trabajar, o bien, crear unos nuevos instrumentos adaptados a las actuales circunstancias sociales.

No basta con decir que no son válidos para dejarlos de lado en los diagnósticos. En todo caso, deberemos ser críticos y a continuación realizar la elección de los mejores y más adaptables a nuestras circunstancias, mientras no exista otro sistema más acorde y asequible a la realidad pero científico y objetivo, que pueda sustituir totalmente al actual.

Un complemento a este tipo de valoraciones objetivas, como son los *tests* y las escalas diagnósticas, lo tenemos con las descripciones de los síntomas, que denominamos nosografía; al ordenamiento y clasificación de los cuadros clínicos,

que denominamos nosolaxia, y al intento de encontrar la lógica y la teoría en estos ordenamientos y clasificaciones, que denominamos entonces nosología.

El diagnóstico nosológico según criterios del DSM IV (1995) y del CIE-10 (1992)

No es necesario utilizar siempre este tipo de diagnóstico en el trabajo de ayuda terapéutica psicomotriz. No obstante, ayuda a definir el diagnóstico y sobre todo lo completa y lo unifica en el ámbito de salud mental cuando se trata de hablar de Trastornos Mentales (TM).

Hasta este momento tanto observaciones como estudios clínicos han sido utilizados como guía para la clasificación de los TM y suponemos que ese avance continuado que se realiza en torno a la investigación en diferentes ámbitos que giran alrededor de los TM, como la bioquímica, la genética, la neurobiología y la neuroquímica, puedan llegar a modificar los límites de esos trastornos en sí mismos y con otros similares. Tal como indica Ballesteros Alcaide (1999), algunos de ellos pueden llegar a convertirse en entidades nosológicas y otros deberán seguir como síndromes o como simples agrupaciones sintomáticas.

Es evidente que la construcción nosológica sigue avanzando con la intención de seguir proponiendo nuevos cambios basándose en aportaciones nuevas. Parece que en un futuro la nosología partirá más de la etiología, dejando de lado las descripciones clínicas.

En el ámbito psiquiátrico son muchos los TM que incluyen algunos Trastornos Psicomotores (T-PSM) en su sintomatología específica. Un diagnóstico basado en cuestiones nosológicas respecto a los T-PSM sigue siendo problemático, incluso con la llegada de la última edición del DSM IV (1995). Si los criterios desarrollados se basan exclusivamente en síntomas psicomotores, a menudo no está claro si esas conductas o esos síntomas son debidos a algún tipo de trastorno propiamente psicomotor o bien a otros problemas coexistentes o preexistentes, donde el trastorno no es más que alguno de los elementos sintomatológicos que configuran su propio *handicap*.

Desde esta perspectiva, es necesario contar con un estudio completo en el ámbito diagnóstico, que integre el **perfil psicomotor** como una forma de valorarlo en el contexto global de la persona.

El balance psicomotor, ¿qué importancia tiene dentro del conjunto del diagnóstico global?

Para entender las dificultades que muestra el cuerpo, hay que partir de las necesidades funcionales a las que responde en forma de síntomas, que en realidad muchas veces son mecanismos de defensa inconscientes que precisa utilizar en su quehacer cotidiano, porque lo afectivo-emocional puede actuar, y actúa, como desencadenante de dichos síntomas, tal como decía Wallon (1976). No es la materialidad de un gesto determinado lo que interesa, sino el sistema al que pertenece en el instante en que se manifiesta. Lo que *dificulta y compromete de forma global a todo el* individuo.

Otras veces forman parte de un síndrome determinado o de simples agrupaciones sintomáticas, pero siempre seguirá presente esa necesidad concreta de detectarlos e incluso observarlos sistemáticamente para poder valorar su incremento, su desaparición o su repetición, para completar de esta

D O S S I E R

forma el diagnóstico de la persona, así como su posterior evaluación procesal. A este respecto, también Wallon (1979) nos decía que nuestros movimientos no existen por sí mismos, sino ligados a aquellas acciones que resultan significativas para la persona.

Sería reduccionista y, por lo tanto, inexacto e incompleto basar el D-PSM única y exclusivamente en la valoración del individuo mediante una **batería psicomotora** o un **balance psicomotor**, por muy completa que ésta nos parezca y por muy objetivable que sea, debido a que se encuentre validada, fiabilizada y estandarizada.

En función de las necesidades que presente el individuo, seleccionaremos una de las baterías existentes y la incluiremos en el diagnóstico para después poder integrarla en los resultados finales y evaluadores del sujeto.

De todas formas, el perfil psicomotor realizado con las baterías de *tests* psicomotores es necesario completarlo con la utilización de técnicas de observación en el aula.

La observación como técnica de recogida de información

De igual forma podríamos decir de las observaciones empíricas (sin vaciar), fichas, gráficas o parrillas de observación (no cuantificadas) e incluso las cuantificadas cuando se quedan sólo en observaciones no contrastadas ni complementadas con otras áreas de posible intervención diagnóstica, que de forma explicativa y documentada nos hablen de las causas de las dificultades y fundamenten o justifiquen de manera precisa el enfoque teórico psicológico o psicoterapéutico del cual parten.

D O S S I E R

La observación irá acompañada de las parrillas de vaciado y clasificación de categorías y subcategorías, así como de un informe del diagnóstico completo y riguroso, evitando de esta forma tener que dar una visión del resultado fragmentada e incompleta o demasiado personal.

El informe escrito

Otro elemento fundamental del diagnóstico D-PSM y por ello del diagnóstico completo de un individuo hace referencia, no sólo a la devolución verbal de los resultados obtenidos en el estudio, sino también al informe escrito.

Es incomprensible desde un punto de vista científico, de trabajo riguroso y bien hecho, no documentar el diagnóstico con un informe claro y preciso que comprometa al profesional que lo ha realizado, así como a la institución que representa, si es el caso. Éste ha de mostrar los resultados y a su vez ha de permitir contrastarlos, si fuera preciso, tanto en ese momento como en un futuro.

¿Cuáles son los contenidos más significativos que se deben diagnosticar o evaluar?

Entraremos ahora a ilustrar cada uno de los elementos que intervienen en el proceso del D-PSM desde una perspectiva amplia y abierta con la finalidad de que la misma resulte integradora, permitiendo a cada profesional realizar las elecciones y adaptaciones que precise en función de su especialización, dado el carácter multiprofesional de la psicomotricidad.

- Diagnóstico nosológico.
  DSM IV (1995)
  CIE-10 (1992)

- Psicológico y pedagógico:

- La observación.
  Las técnicas de observación tanto empíricas como sistematizadas son un instrumento muy utilizado para recoger datos en torno a los "parámetros psicomotores" o a los contenidos evolutivos correspondientes por la edad y hacer seguimientos de diagnósticos iniciales y procesales de la conducta del niño en la sala de trabajo, mediante la elaboración de parrillas y gráficas sistematizadas.

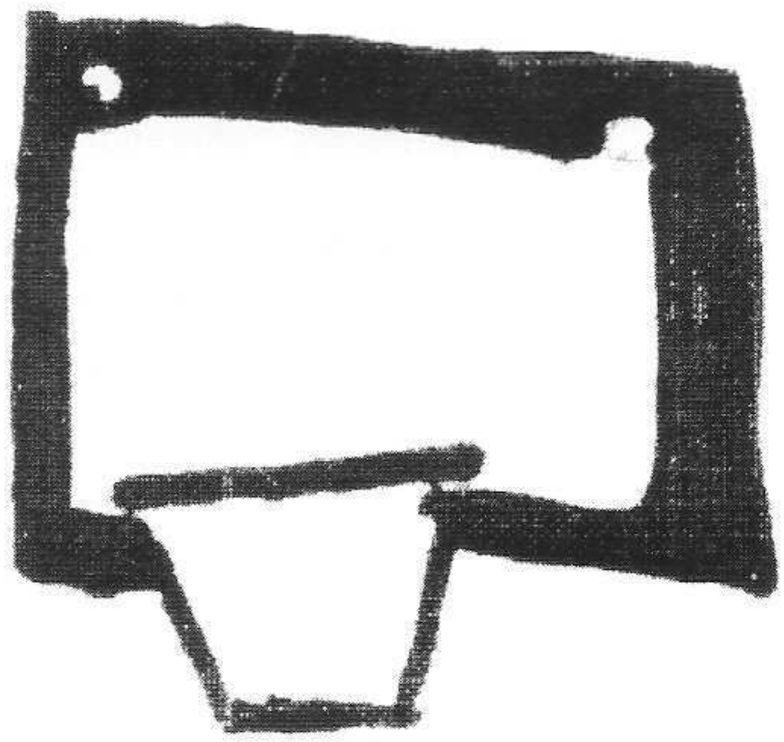
Ha habido algunos intentos de ofrecer como instrumentos de observación objetiva en el aula algunas plantillas mas o menos completas, sin llegar en ningún caso ni a estandarizarse, ni a completarse realmente, adaptables a diferentes realidades. No obstante, bueno es conocer todo lo que hay, e incluso utilizarlo como punto de partida para la elaboración de trabajos más concretos y completos. A continuación cito algunos de ellos:

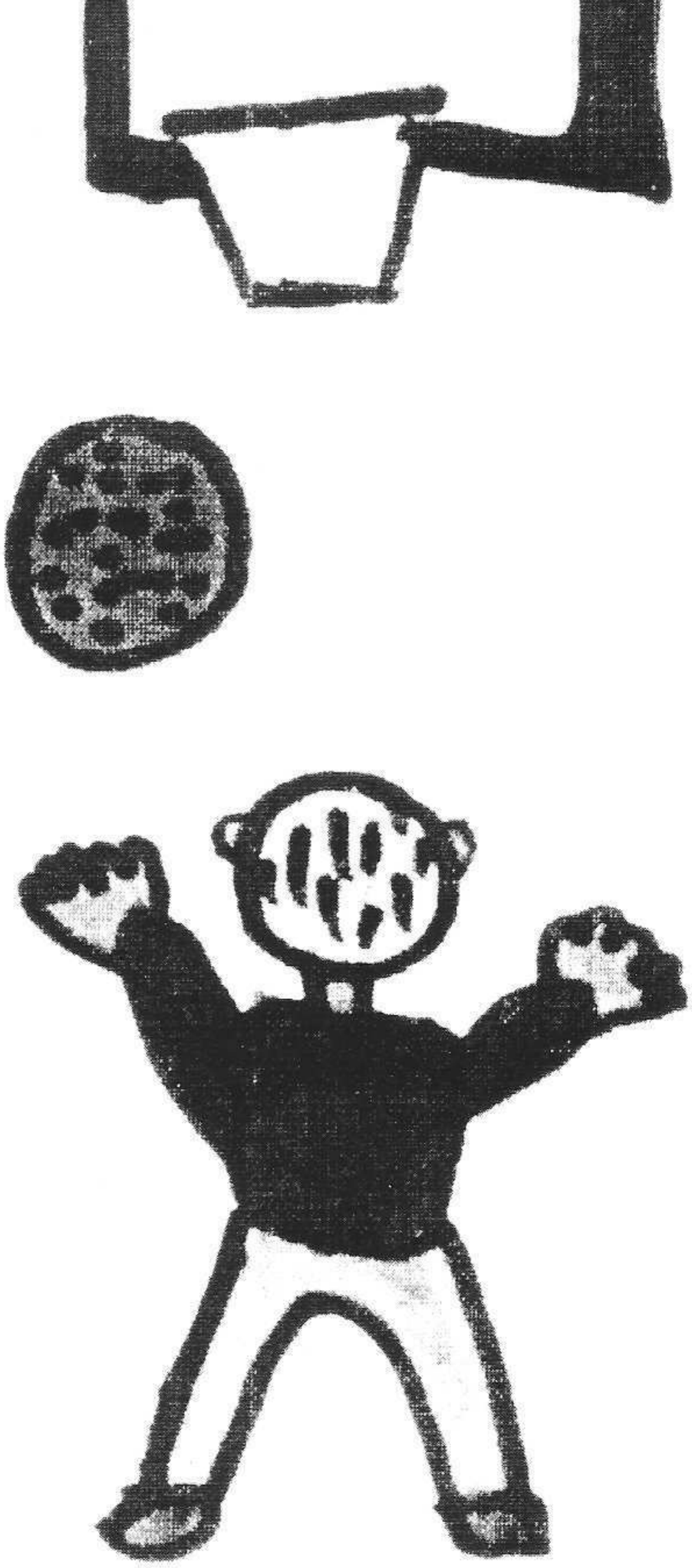
  – Pauta para evaluar el juego en la clase de psicomotricidad. (Valdés M.-2000).
  – Guía para la observación de los parámetros psicomotores (Arnaiz, P. y Bolarín M-2000).
  – etc.

- La observación mediante escalas estandarizadas: globales o específicas.

  – Evaluación inicial global de Brazelton (Brazelton y Cramer-1993)
  – Escalas globales de desarrollo psicomotor (Berges-Lezine-1980) (Sheridan-1987) (Battelle-1985)
  – Escalas de Indicadores de apego madre e hijo en situaciones de estrés. (Campbell-1986)

D O S S I E R





MARC

- Señales de alarma orientadas hacia la detección de una alteración visual (Peterson-1987)
- Señales de alarma orientadas hacia la detección de una alteración auditiva (Peterson-1987)
- Signos de normalidad y de disfunción neurológica observables (Elissalde-1998)
- etc.

• Pruebas de inteligencia factoriales.

- WISC (1974), WIPSI (1967), WAIS (1977), Mac Carty (1975) y etc.

• Pruebas de inteligencia general.

- Raven especial y normal (1995), Tony 2 (1993) y etc.

• Pruebas neurológicas y de organización perceptiva.

- Figura de Rey (1959), Bender (Baremos de E. Koppitz-1985) y etc.

• Pruebas de personalidad (dibujos).

- D.F.H. (Dibujo de la Figura Humana) (Estudio de los indicadores emocionales E. Koppitz-1985), Bender (Estudio de los indicadores emocionales según E. Koppitz-1985), HTP (Casa-Árbol-Persona) (Hammer-1974), *Test* de la familia (1980), *Test* del dibujo libre (Hammer-1974) y etc.

• Pruebas de personalidad (láminas).

- T.A.T. (*Test* de apercepción temática) (1975), C.A.T. (Children apercepción temática) (1975), Fábulas de Düss (1950), El Pata Negra (1976) y etc.

- Pruebas de personalidad (cuestionarios).

  – Tamai (1983), AFA (1991), Achembach (Toro-90), Staic – Niños (1973) Stai – Adolescentes y adultos (1975) y etc.

- Diagnóstico de logopedia y lenguaje.

  – ITPA – Habilidades psicolingüísticas 1968 y etc.
  – Ver pruebas específicas. Manual Logopedia Escolar (Busto 1995) y etc.

- Diagnóstico grafomotor.

  – Habilidades grafomotoras y preescritura (García-Núñez-1991) y etc.

- Diagnóstico perceptivo-visual.

  – Frostig - Programa para el desarrollo de la percepción visual (Frostig-89) y etc.

- Balance psicomotor.

  – Perfil psicomotor (Picq y Vayer-1965), Escala de observación psicomotriz (Vitor da Fonseca-1995) y etc.

- *Tests* de lateralidad.

  – Harris (1985) Gallifret Granjom (1979) y etc.

Conclusiones

Me pregunto si la nosología es la mejor manera de intentar extraer una lógica de la realidad y veo que ciertamente no, pero no deja de ser un criterio más, objetivo y observable, validado por un conjunto de jueces de opinión, psiquiatras especializados y ejerciendo activamente que, a través de esta clasificación diagnóstica, llegaron a un acuerdo para utilizar una terminología común que les permitiera denominar objetivamente las enfermedades mentales y en proceso continuo de investigación. Utilizado hoy en día en los diagnósticos psiquiátricos y también en algunos psicológicos y terapéuticos, que sí nos deja constancia de que en algunos grandes síndromes están presentes los T-PSM. Y por este motivo van a precisar de un diagnóstico específico en el ámbito psicomotor que oriente la intervención.

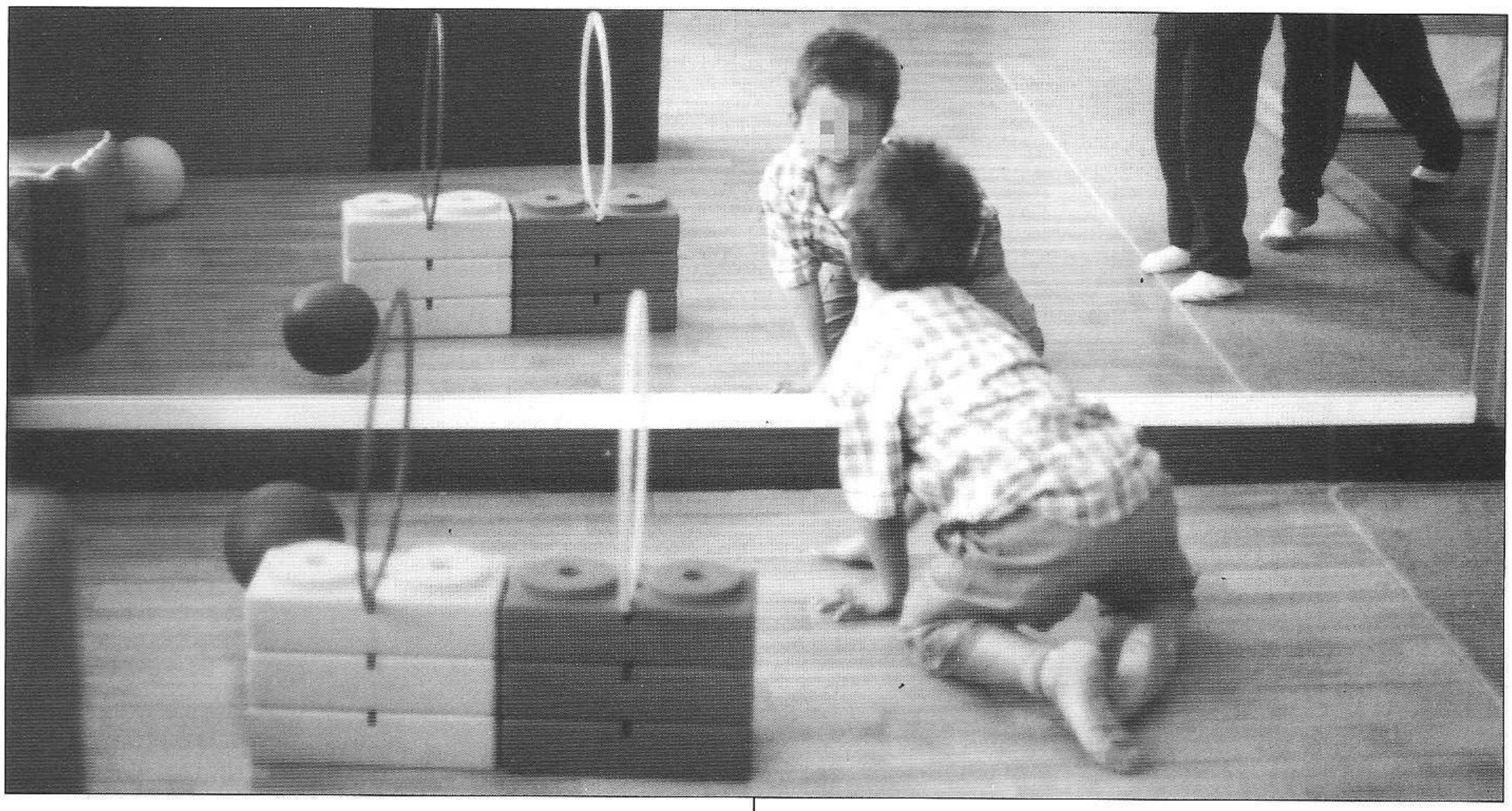
Es cierto que tradicionalmente el D-PSM ha venido realizándose de forma incompleta y poco global a partir de pruebas psicomotrices que giraban en torno a conceptos psicomotores generales y que sólo tenían en cuenta el resultado final de la elaboración, olvidando todo el proceso e incluso las causas que habían podido conducir a esa persona hasta esa situación determinada respecto a su corporeidad.

En este sentido, habría que hacer mención del carácter multidisciplinario que tiene la psicomotricidad y por ello también de la necesidad de que el D-PSM sea totalmente multiprofesional. Un psicomotricista ha de trabajar en equipo con el conjunto de profesionales que intervienen con la persona: maestro, psicopedagogo, psicólogo, fisioterapeuta, médico, terapeuta ocupacional, etc. Los resultados de las pruebas realizadas por cada profesional han de ser globalizados por parte del psicomotricista en el informe diagnóstico como parte de su trabajo profesional.

Bibliografía:

■ Arnaiz, P., Bolarín, M. J. (2000) *Guía para la observación de los parámetros psicomotores.* En Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado. n 37. Abril.

D O S S I E R



■ Ballesteros Alcaide, M. C. (2000) *Psicosis Infantiles: de la Clínica a la nosología.* En Jornadas de Psicopediatría. 5 Curso de Formación Continuada. Barcelona: Hospital Materno Infantil Valle Hebrón

■ Brazelton, T. B., Cramer, B. G. (1993) *La relación más temprana: padres, bebés y el drama del apego inicial.* Barcelona: Paidós

■ Busto, M. C.(1995) *Manual de logopedia escolar.* Edit. CEPE. Madrid

■ DSM-IV- (1995) *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. Criterios Diagnósticos.* Barcelona: Edit. Masson

■ Elissalde, A. (1998) *Señales de alarma en el desarrollo psicomotor temprano,* Revista Psicomotricidad, nº 60. Madrid: Ed. CITAP

■ Fonseca, V. (1995) *Observación Psicomotriz. Batería Psicomotora.* Barcelona: Edit. Inde

■ Koppitz, E. (1976) *El Dibujo de la Figura Humana en los niños.* Buenos Aires: Edit. Guadalupe

■ Koppitz, E. (1981) *El Test Gestáltico de Bender.* Barcelona: Edit Oikos Tau

■ Massie Campbell. (1986) *Escala Massie Campbell de indicadores de apego madre-hijo en condiciones de estrés.* En : Massie, H. (1986) *Psicosis Infantiles en los primeros cuatro años de vida.* Buenos Aires: Editorial Paidós.

■ Millon, T. (1998) *Trastornos de la personalidad.* En: Deslile, G. (2000) *Las perturbaciones de la personalidad: una perspectiva gestáltica.* Ferrol: Sociedad de Cultura Valle-Inclán, 3ª Edic.

■ Picq y Vayer (1965) *Psicomotricidad y Retraso Mental.* Barcelona: Edit. Científico Médica

■ Tedoc (1999) TEA. Madrid.

■ Valdes, M. (2000) *Pauta para evaluar el juego en la clase de psicomotricidad.* Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. nº 0. Noviembre. Versión electrónica: http://www.iberopsicomot.net/num0.html

■ Wallon, H. (1974) *La Evolución psicológica del niño.* Edit. Grijalbo. México

■ Wallon, H. (1987) *Del acto al pensamiento.* Buenos Aires: Edit. Psique