



Boscaini, F.; Cachón-Zagalaz, J.; Díaz-Suárez, A. (2021). La depresión oculta del niño inestable. Un enfoque psicomotor. *Journal of Sport and Health Research*. 13(2):175-194.

Review

LA DEPRESIÓN OCULTA DEL NIÑO INESTABLE UN ENFOQUE PSICOMOTOR

THE HIDDEN DEPRESSION OF THE UNSTABLE CHILD A PSYCHOMOTOR APPROACH

Boscaini, F.¹; Cachón-Zagalaz, J.²; Díaz-Suárez, A.³.

¹ CISERPP, Verona, Italia

² Departamento Expresión musical, plástica y corpórea, Universidad de Jaén, España

³ Grupo de Investigación INGESPOT, Universidad de Murcia, España

Correspondence to:
Boscaini, F.
CISERPP, Verona, Italia

*Edited by: D.A.A. Scientific Section
Martos (Spain)*



Received: 20/02/2020
Accepted: 03/05/2020



RESUMEN

La hiperactividad infantil siempre ha sido un objeto de interés para los educadores y los clínicos, cada uno de manera diferente. El uso de marcos clínicos y términos diferentes, en particular hiperactividad e inestabilidad, parece resaltar que no hay una visión común. Ciertamente, el cuadro es multi-problemático, puede cambiar durante la edad de desarrollo y también transformarse, en la edad adulta, en otras patologías, especialmente las psiquiátricas. Esto plantea la cuestión de la relación entre los factores orgánicos y ambientales. De ahí la necesidad de considerar las habilidades motoras no solo en términos instrumentales sino también psíquicos a través de un análisis histórico-científico médico y psicológico en relación con el enfoque psicomotor.

El problema del exceso de movimiento como síntoma predominante, además de la impulsividad y el déficit de atención, siempre ha afectado a la psicomotricidad, que considera el movimiento como el representante de toda la persona. Sigue la necesidad de comprender el trastorno motor con la contribución de muchas disciplinas y teorías. La psicomotricidad no se limita al estudio de la motricidad instrumental, sino de la motricidad psíquica, de la metamotricidad. Por esta razón, la diferenciación de la hiperactividad, como un trastorno funcional, de la inestabilidad psicomotora, como la falta de armonía, es un primer intento de tratar de aclarar esta realidad. El movimiento excesivo, en lugar de ser la expresión de un déficit inhibitorio cortical, puede representar una angustia profunda y, a veces, más allá de las apariencias, incluso un estado depresivo. Sin excluir las formas de hiperactividad con una base orgánica, si la inestabilidad psicomotora es la expresión de la complejidad de la persona, y también con su subjetividad, es evidente que no puede entenderse a través de una sola teoría, así como la práctica no puede basarse en un solo método.

Con este estudio histórico-científico y clínico, los autores pretenden hacer reflexiones extensas que permitan formular hipótesis para una investigación futura.

Palabras clave: hiperactividad; depresión infantil; trastornos psicomotores; metamotricidad; semiología psicomotora.

ABSTRACT

Childhood hyperactivity has always been an object of interest to educators and clinicians, each differently. The use of different clinical frameworks and terms, especially concerning hyperactivity and instability, seems to highlight that there is no common vision. Certainly, the picture is multi-problematic, it can change during the age of development and also become, in adulthood, other pathologies, especially psychiatric ones. This raises the question of the relationship between organic and environmental factors. Hence the need to consider motor skills not only in instrumental but also psychic terms through a historical-scientific and medical-psychological clinical analysis in relation to the psychomotor approach.

The problem of excess movement as a predominant symptom, in addition to impulsivity and attention deficit, has always affected psychomotricity, which considers movement to be the representative of the whole person. It needs to understand the motor disorder with the contribution of many disciplines and theories. Psychomotricity is not restricted to the study of functional motor skills, but it is interested in psychological motor skills, in meta-motricity. For this reason, the distinction between hyperactivity as a functional and behavioral disorder and psychomotor instability as a person disharmony is a first attempt to clarify this consistent fact. Excessive movement, instead of being the expression of a cortical inhibitory deficit, can represent a deep anguish and, sometimes, beyond appearances, even a depressive state. Notwithstanding the forms of hyperactivity with an organic basis, if psychomotor instability is the expression of the complexity of the person, also with his subjectivity, it is obvious that it cannot be understood through a single theory and that it cannot be treated through a single method.

With this historical-scientific and clinical study, the authors intend to make extensive reflections in order to enable the formulation of hypotheses for future research.

Keywords: hyperactivity; childhood depression; psychomotor disorders; metamotricity; psychomotor semiology.



INTRODUCCIÓN

Los psicomotricistas saben bien que la hiperactividad y la inestabilidad no son solo una realidad clínica sintomática, con una sola causa por identificar, sino una situación compleja que subraya el problema del cuerpo no tanto y solo a nivel neurofisiológico y/o neuropsicológico cuanto al lado psíquico y relacional. De hecho, el cuerpo no es pura materia física, sino que es una parte constitutiva de la personalidad, que no se puede entender sin ella (Bergès, 1967; Ajuriaguerra, 1974; Boscaïni, 2007, 2013).

En este sentido, para la Psicomotricidad (Boscaïni, 2007; Mendiara-Rivas y Gil-Madrona, 2016) el cuerpo es portador de varios valores:

- lugar de emergencia y expresión de necesidades individuales, físicas y mentales;
- fundamento esencial para una organización gradual y equilibrada de las habilidades motoras, cognitivas, afectivas, relacionales y de comportamiento;
- fundamento necesario para la estructuración de la personalidad, de la cual el cuerpo es la forma de expresión privilegiada y se hace visible para uno mismo y para los demás;
- finalmente, el elemento regulador de nuestros comportamientos adaptativos.

1. De la motricidad a la motricidad psíquica

La inestabilidad psicomotora es una de las principales enfermedades que la Psicomotricidad siempre ha estado preocupada.

En Psicomotricidad, el término *inestabilidad psicomotora* se usa preferiblemente en comparación con el de *hipercinesia*, *hiperactividad*. Mientras que el último término destaca el exceso de movimiento como un síntoma, conectado a una causa orgánica con respecto a los procesos subyacentes, el primero es más significativo en la comprensión de los problemas psíquicos que se esconden detrás de las manifestaciones motoras incontroladas del sujeto. Esto es por dos razones. En primer lugar, porque no hay un niño hiperactivo como los demás. Luego, porque la comprensión del cuadro clínico se hace más posible si se toma un enfoque psicomotor del cuerpo, para lo cual las habilidades motoras siempre

y en cualquier caso también tienen un valor psíquico ya que las mismas habilidades motoras son inseparables de la psique (Ajuriaguerra, 1974; Bergès, 1985; Boscaïni, 2017). De hecho, el nacimiento y la evolución de la vida psíquica en una persona coincide exactamente con la aparición progresiva de habilidades motoras que se convierten en un indicador objetivo. Sin embargo, esta motricidad psíquica (Golse, 1999; Boscaïni, 2012;) emerge y se desarrolla consistentemente solo en presencia de cuatro condiciones:

- La presencia de un conjunto neurobiológico saludable específico para cada individuo.
- Un ambiente donde las personas que cuidan al niño están acostumbradas a pensar, reflexionar, comunicarse entre sí y con el niño; y saben cómo comprender sus necesidades y poder satisfacerlas constantemente.
- Aún así, un ambiente donde las mismas personas cariñosas pueden investir psíquicamente y afectivamente en el niño. Es decir, según la teoría de la intersubjetividad, considerándolo un sujeto pensante (Trevarthen, 1979; Stern, 1995) aunque inmaduros neuropsíquicamente, prestan sus pensamientos al asociarlos con cualquiera de sus expresiones somáticas y tónico-motoras para hacerlas suyas al asimilarlas.
- Pero el niño también necesita sentirse reconocido en su propia necesidad de expresarse y actuar de acuerdo con las posibilidades funcionales del momento evolutivo. De esta manera, podrá transformar los elementos psíquicos asumidos por el otro para hacerlos suyos y usarlos de forma independiente en la relación con el entorno.

Desde el punto de vista psicomotor, podemos hacer dos consideraciones. Las primeras tres condiciones están conectadas a la experiencia principalmente pasiva tónico-emocional y tónico-motora, en una situación relacional inicialmente de dependencia total. Mientras que la última condición es posible gracias a la integración de las habilidades motrices del tono en términos instrumentales y de manera personalizada, experimentada y activa para que, en la iniciativa, el niño pueda adquirir gradualmente una mayor autonomía.



Si la personalidad es el fruto equilibrado de estas situaciones, podemos pensar que la inestabilidad es el resultado de su desequilibrio como el equivalente de una falta de armonía entre el cuerpo como objeto e instrumento de acción y de conocimiento y el cuerpo como sujeto de relación y de comunicación con el mundo

Por tanto, consideramos que esta premisa es importante para comprender el título de este trabajo, así como algunos procesos psico-corporales que subyacen a la inestabilidad psicomotora en el niño. Inestabilidad que, considerada en psicomotricidad como una patología de la comunicación (Wallon, 1925, 1934, 1942; Ajuriaguerra et Soubiran, 1959; Ajuriaguerra, 1962, 1970; Bergès 1985, Berger, 1999, Boscaini et al. 2005), es vista como la portadora de significados que van más allá del síntoma. Una visión que nos permite comprender la aparente contradicción entre dos términos opuestos a primera vista: inestabilidad motora por un lado y depresión por el otro, normalmente este último asociado, especialmente en adultos, con una pobreza de movimiento e iniciativa.

2. El niño entre depresión e hiperactividad: un camino histórico

La depresión es uno de los trastornos psicológicos conocidos desde la antigüedad y es uno de los más frecuentes en la población adulta. La visión actual es que es un proceso patológico que afecta el funcionamiento del sistema nervioso con la participación de los sistemas inmunitario y endocrino. Aunque puede ocurrir sin causas específicas, los eventos traumáticos como el duelo, la separación, la angustia de muerte, la no contención, el no reconocimiento, la interacción social deficiente pueden activar estados depresivos (Shabel et al., 2014; Rainone y Mancini, 2018).

Por el contrario, la depresión infantil hasta el día de hoy ha sido objeto de reconocimiento no solo por parte de la gente común, sino también por las autoridades científicas. Solo en los últimos veinte años ha habido un interés en esta situación preocupante que le permite ser legitimado hasta revisar una serie de ideas incorrectas y mitológicas sobre el tema: la inexistencia de depresión en el niño, una variante fisiológica simple del desarrollo psíquico del niño o su manifestación exclusivamente

"enmascarada" y expresada en modalidades y formas totalmente diferentes de las presentes en los adultos. De hecho, la depresión infantil no solo se refiere al síntoma de tristeza, sino que constituye un síndrome que involucra una multiplicidad de síntomas concomitantes: emocionales, cognitivos, motores, somáticos y neurovegetativos (Stark, 1999). Las pocas investigaciones existentes confirman la presencia de aproximadamente el 2% de esta sintomatología en sujetos entre 4 y 20 años de edad (Birmaher et al. 1996; Lewinsohn y Clarke, 1999). Sin embargo, otros estudios (Birmaher et al. 1996; Sogos et. al. 2003, 2005, 2007) creen que el fenómeno está subestimado y debido a la falta de herramientas de diagnóstico específicas para cada momento del desarrollo infantil, y porque a menudo el problema se subestima por parte de los padres y los profesionales y no se establece una correlación entre un comportamiento objetivo y la experiencia psicológica correspondiente de un sujeto.

Por lo tanto, hoy la identificación de la depresión en los niños constituye un acto de gran valor clínico y, por esta razón, obligatorio en términos de prevención e intervención (Spoto et al., 2013;), especialmente si consideramos la no superposición de las características sintomáticas relacionadas a las de los adultos, así como a su variabilidad.

Si es cierto que la ICD-10 (1990), el DSM-IV (1994) y el DSM-V (2013) especifican los síntomas de depresión en situaciones que ya se han declarado, es más útil desde el punto de vista preventivo poder reconocer los signos para evitar que el trastorno depresivo emerja de forma recurrente a una edad posterior. Asimismo, las clasificaciones internacionales antes mencionadas especifican claramente los síntomas de hiperactividad sin la correlación explícita entre las dos sintomatologías.

Por consiguiente, sucede que muy a menudo la hiperactividad se ve como un cuadro clínico en sí mismo; y casi nunca se piensa que detrás del exceso de movimiento puede haber un estado depresivo, que luego emerge durante la adolescencia o más tarde en la vida adulta. Por lo tanto, creemos que un camino histórico corto en la clínica de inestabilidad psicomotora e hiperactividad puede ayudarnos a comprender mejor su significado y cómo la psicomotricidad siempre ha estado interesada en él desde su inicio.



En primer lugar, debe tenerse en cuenta que el problema de la hiperactividad siempre ha existido. Ya en la mitología griega encontramos la descripción de un niño inestable y agitado como Heraclio, hijo de Júpiter, quien, aunque se lo considera un Dios, según la leyenda, es un niño fácilmente irritable, impulsivo y algo agresivo. Asumido por su profesor de música por este comportamiento, Heraclio reacciona arrojando su propia lira en su cabeza para causar su muerte (Enciclopedia Treccani, 2017).

Desde el punto de vista de la comprensión clínica del problema, actualmente llamado TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad), es interesante ver cómo a lo largo de cien años ha habido una gran evolución en el intento de enmarcar y comprender el problema tanto desde el punto de vista sintomática y causal. En efecto, pasamos del concepto de '*lesión*' al de '*lesión cerebral mínima*', donde, siguiendo los resultados de una encefalitis epidémica en Europa, se afirma la coexistencia de trastornos neurológicos y psicológicos: presencia de trastornos motores y conductuales, cognitivos y afectivos (Wallon, 1925, 1934; Corraze, 1999, 2009). Interesante, entre otras cosas, como entre los diversos síntomas, Stryker (1925, cit. in Corraze), además de la hiperactividad, menciona también la inestabilidad emocional y el estado depresivo. Con la hipótesis de una lesión cerebral mínima y la detección multidimensional de los síntomas, podemos ver cómo los médicos de esta primera parte del siglo XIX comienzan a considerar no solo la variable biológica, sino de alguna manera también la ambiental.

Mientras tanto, nos damos cuenta de que la misma sintomatología también se encuentra en niños con problemas cerebrales menores. Se descubrió que la naturaleza multiproblemática encontrada en ellos, similar a la de una lesión real, tenía un cuadro clínico psicomotor más amplio con la coexistencia casi constante de problemas afectivos, relacionales y a menudo psiquiátricos (Jasper, 1946; Baruk, 1947). En este punto, comenzamos a notar la interacción entre los factores orgánicos y psicológicos para los cuales, en 1962, el Grupo de Estudios Internacionales de Oxford para Neurología Infantil formuló una hipótesis adicional: la presencia de '*disfunción cerebral mínima*'. Con el sustituto del término, desde lesión hasta disfunción, a la hipótesis orgánica se agrega la relacional. Esto significa que los procesos

psicológicos y ambientales se tratan de la misma manera que los orgánicos para determinar el trastorno psicomotor. (Corraze, 1981, 1999, 2009; Soppelsa y Albaret, 2011; Boscaini, 2013; Russo, 2018).

Este nuevo enfoque de la inestabilidad empuja a los investigadores a pensar con mayor precisión al obligar a los clínicos a trabajar juntos en aspectos genéticos, neurobiológicos, neuropsicológicos y ambientales. Luego, la lectura de la hiperactividad se realiza de una manera más global, viendo no solo los componentes neuromotores y cognitivos involucrados en las funciones ejecutivas, sino también la dinámica relacional del sujeto en relación con él mismo y el entorno. Por lo tanto, pasamos de un enfoque totalmente neurológico, causal y sintomático a una visión más integral en la que no solo está involucrado el cerebro en su conjunto, sino también la persona en su relación con el medio ambiente. En este sentido, la función motora comienza a considerarse en todas sus dimensiones, voluntaria e involuntaria, expresiva, comunicativa y relacional, lo que requiere una intervención reeducativa y terapéutica en comparación con la pedagógica especial anterior.

Puede entenderse cómo, en todo este proceso histórico, la psicomotricidad, que siempre había planteado la hipótesis de la multidimensionalidad de la pregunta, encuentra un terreno cada vez más fértil para evolucionar y encuentra justificaciones para sus observaciones a las hipótesis teórico-conceptuales y a las prácticas consecuentes de intervención. Este trabajo de síntesis inicial, que pondrá las bases para el surgimiento institucional de la psicomotricidad como disciplina y profesión, se debe, a partir de 1947, a un gran grupo de trabajo clínico y de investigación, compuesto en particular por Julian de Ajuriaguerra y Giselle Bonvalot Soubiran en el Hospital Henri Rousselle de París. A partir de aquí, este sector evolucionará específicamente, convirtiéndose en un punto de referencia científica y de formación a nivel internacional (Giromini, 2014).

La evolución de la terminología utilizada a nivel diagnóstico también es interesante, como lo es la exaltación de un síntoma sobre los otros dentro del cuadro clínico general (Corraze, 1999; Corraze et Albaret, 2011; Boscaini, 2005). Si hasta el principio del 1900 se consideraba el comportamiento hiperactivo en su aspecto moral y social, relacionado



con la buena voluntad o el carácter, entonces comenzó a considerarse como resultado de eventos postraumáticos independientes de la intención del sujeto. Al final, el interés una vez se dirigió a la hipercinesia, luego al déficit de atención y a la impulsividad, hasta el punto de considerar la función atencional como un trastorno cualitativo de la eficiencia ejecutiva, que también requiere un manejo cognitivo y emocional por parte de todo el cerebro (Castellanos, 1999, 2002; Damasio 1994, 2018).

3. ¿Hiperactividad y/o inestabilidad?

Al observar la literatura, se puede observar que en la historia clínico-científica el predominio de un término sobre el otro para definir el problema varía según el síntoma o según el grado de lesión.

En primer lugar, encontramos el término "turbulencia", utilizado principalmente a principios del siglo XIX, que se refiere casi exclusivamente al aspecto moral y social. Más tarde, encontramos el de "hiperactividad", derivado de una lectura conductual del movimiento (Dugas, 1987), donde la función motora se lee como una expresión del sistema nervioso, por lo tanto, lesional, en armonía con el aspecto cognitivo (Barkley, 1990, 2000). Ambos términos se traducen en la práctica en la necesidad de una intervención predominantemente educativa.

Las clasificaciones internacionales, al definir el TDAH, pretenden no dar importancia a los síntomas sino al síndrome, que incluye tres criterios principales:

- agitación motora,
- impulsividad
- y atención.

En este caso, el movimiento excesivo se considera un comportamiento determinado neurológicamente, cuyos síntomas en la práctica requieren reeducación y medicamentos. Por lo tanto, una visión exclusivamente médica.

Sin embargo, en Psicomotricidad, considerando la multifactorialidad del problema, no solo hablamos de "hipercinesia, hiperactividad", ¡sino también de "inestabilidad psicomotora"! Este es el resultado de

un enfoque diferente del problema donde se combinan las contribuciones derivadas de varias disciplinas, lo que permite una comprensión clínica más profunda y precisa con una intervención coherente posterior.

Etimológicamente, el término "hiperactividad" explica la presencia de habilidades motoras exageradas, cuyo significado puede variar. De hecho, podría sugerir que el sujeto no pierde nada (Bergès, 1985; 2004); de hecho, muchos piensan que la motricidad es altamente funcional tanto desde el punto de vista instrumental como indicativo de una persona trabajadora y llena de interés. Por otro lado, sabemos que hay momentos de hiperactividad fisiológica en algunos períodos de desarrollo infantil y que la hiperactividad es funcional en ciertos contextos. Por el contrario, con el término "inestabilidad", la atención se desplaza a la constatación de falta de estabilidad, de equilibrio, de ausencia o insuficiente control: en este caso, el funcionamiento motor parecería ser insuficiente. Dos términos que subyacen conceptualmente a dos formas diferentes de pensar y actuar; dos términos que resaltan una contradicción entre los diferentes significados que se refieren al mismo trastorno de la función motora.

La terminología utilizada en Psicomotricidad nunca es accidental, ya que trata de considerar tanto como sea posible el sentido global del sujeto dentro de una situación y relación dada. En este sentido, la inestabilidad puede referirse a las condiciones de algo, de algún evento o de alguien que ve involucradas las funciones psicomotoras de cada individuo: sensorialidad, tono, equilibrio, coordinación motriz, espacio-tiempo, objetos, percepción, representación, intención, planificación, ejecución, emoción, imagen del cuerpo, relación y lenguaje verbal y no verbal. Para la psicomotricidad, por lo tanto, comprender al hombre en su bienestar e incomodidad requiere la contribución de cualquier disciplina y teorías (Boscaini, 2012).

4. Dichos y teorías populares: ¿qué verdad?

Los individuos, incluso sin un conocimiento específico en el tema, siempre han podido identificar el problema de las personas a partir de su comportamiento. En particular, hay dichos populares que son muy explicativos porque la formulación de



las frases con respecto a la inestabilidad/hiperactividad se origina en el lenguaje corporal expresivo y simbólico y también en la cultura de las personas. Frases que tienen una parte de verdad y que pueden relacionarse con las teorías actuales sobre el tema.

"¡Ten cuidado, por favor!"

Los adultos, especialmente los padres, a menudo pronuncian esta frase cuando se dirigen a los niños que creen, de manera realista o no, que son pequeños y no autónomos. Se puede suponer que esta invitación resume bien lo que se explica hoy en día por las *teorías neuropsicológicas* (Barkley, 1990; Campbell, 1990), para las cuales el problema no concierne tanto a la hiperactividad como a la relación entre la atención y las funciones ejecutivas. Pero esta teoría, como los padres, cree esencial considerar los aspectos relacionales, así como el estilo de personalidad y la autoconciencia y la historia personal y familiar como procesos implicados. De hecho, en los padres cuando dicen "tener cuidado", además de la preocupación atencional y ejecutiva, existe una preocupación por la imagen social, conductual y relacional. Las teorías neuropsicológicas, por lo tanto, creen que la integración entre la atención y la competencia ejecutiva es esencial para la activación del deseo, la motivación, los intereses y la afectividad. Además, a partir de esto, es posible gestionar otras funciones cognitivas como la memoria, el razonamiento y el lenguaje.

Sobre la base de estas explicaciones, podemos decir que ser cuidadoso constituye no tanto un aspecto cognitivo, como se pensaba en el pasado, sino más bien una competencia gnóstico-práxico esencial en el aprendizaje escolar: es decir una competencia psicomotriz.

"¡Está más atento a cosas nuevas e interesantes!"

Esta oración subyace a aquellos procesos que han sido profundizados por las *teorías cognitivas de las emociones* (Wells y Matthews, 1994). De hecho, se sabe que la atención y el control motor son menores en situaciones de pobreza de estímulos, repetitividad experiencial y baja participación motivacional. De hecho, estas teorías subrayan la existencia de relaciones causales mutuas, pero no tan directas

como en las lesiones, entre la emoción y los procesos cognitivos; y estos son los que manejan tanto la atención como la funcionalidad ejecutiva. En este caso, intervienen varios factores: neuropsicológicos, histórico-individuales, ambientales, pero también pedagógicos.

"¡Cuando quiere, donde le importa, entonces es más cuidadoso!"

Podríamos relacionar esta frase con lo que ha sido estudiado en profundidad por la *teoría neurofenomenológica* (Maturana y Varela, 1980; Damasio, 1995; 2018), que subraya el papel fundamental de las emociones experimentadas para aumentar la conciencia de nuestras acciones, la capacidad de emitir juicios sobre los eventos y comportamientos, así como la capacidad de toma de decisiones y la iniciativa psicomotora. Un dato que nos permite llevar a cabo generalizaciones mejor y de forma anticipada para poder planificar las mejores estrategias para nuestras acciones. Con esto, pretendemos enfatizar que la emoción es un elemento psico-corporal necesario para juzgar y actuar mientras se promueve la elección de respuestas más flexibles y apropiadas para el proyecto y el contexto.

"¡Si estoy más cerca de él, es más atento, más tranquilo y trabaja!"

Una idea que a menudo se encuentra en padres, maestros y educadores, quienes tienen la intención de subrayar cómo la inestabilidad está en estrecha relación con los trastornos de la relación madre-hijo y con los trastornos de la personalidad. De hecho, estas personas confirman el papel contenedor de quienes cuidan al niño al mejorar su proximidad física y psicológica. Esto puede explicarse por la *teoría del apego, del vínculo emocional, del diálogo tónico* (Wallon, 1925; Ajuriaguerra y Cahen, 1960; Ajuriaguerra, 1962, 1980; Bowlby, 1969, Boscaini 2003, 2016). De hecho, podemos reiterar cómo la atención es una vasta competencia psíquica que va más allá de lo cognitivo, ya que se organiza desde los primeros días de vida dentro de una experiencia relacional primaria. La teoría del apego enfatiza el papel determinante del vínculo corporal como prototipo para la construcción posterior y progresiva de la relación con el entorno, los objetos y las personas. Enlace que puede ser pobre o exagerado por el cual la sentencia de algunas madres "chupa mi



sangre" parece subrayar, más allá de la aparente y exagerada autonomía del niño, una dependencia psíquica y la necesidad de una verdadera separación psico-corporal.

"Deja! ¡Me haces morir!"

En este caso, los adultos hablan indirectamente de sus fantasías relacionadas con la angustia de la muerte y el abandono, real o psicológico, de un vínculo pobre o exagerado con el objeto primario del niño. En la comprensión de este comportamiento y en la formulación de algunas oraciones, la contribución proviene de las *teorías psicodinámicas* (Diatkine, 1985; Bergès, 1989; Berger, 1999, Boscaini 2005, 2012, 2016), que especifican cómo la inestabilidad constituiría un intento por parte del niño de defenderse. de la propia angustia de muerte, de la angustia del abandono, de la depresión. Parecería ilógico que el movimiento exagerado esté directamente relacionado con el estado depresivo; en realidad, es exactamente el exceso de movimiento lo que anula el significado primario del movimiento (Boscaini, 2013), destacando el evidente conflicto entre el impulso de la vida y el impulso de la muerte.

"Deja! ¡No te soporto más! ¿Todavía no estás cansado?"

La tendencia reactiva del adulto a negar la expresividad corporal y la relación con el niño y a conectar la hiperactividad con la fatiga física pone de manifiesto una disfunción de la comunicación. La *perspectiva psicomotora*, por el contrario, ve la inestabilidad no como un síntoma sino como una forma de expresarse por el niño, como una solicitud de ayuda. Para la psicomotricidad, el niño no es un objeto del cual se discuten y describen los síntomas, sino que se lo considera un sujeto que se comunica con su cuerpo, que busca su espacio individual, reconocimiento e intercambio de experiencias (Bergès, 1996; Boscaini, 1988b, 1993, 2004, 2016). La tendencia del adulto a evitar que el niño actúe se ve, nuevamente, como una falta de límites corporales que hacen pensar en la calidad del cuidado materno, del vínculo corporal y del diálogo tónico-emocional y también a la pobreza de la imagen corporal (Boscaini, 2003a).

"¡Deja! ¡Ya no te puedo ver! ¿Quédate quieto, te pones nervioso!"

Estas dos oraciones también resumen toda la dimensión psicomotora de los problemas que conciernen no solo al niño, sino también al entorno circundante. De hecho, aquí se subrayan tres aspectos fundamentales del cuadro clínico psicomotor de inestabilidad:

1. La relación entre el cuerpo, el movimiento del niño y la mirada del adulto con todas sus implicaciones en el nivel de la relación empática primaria y la imagen corporal (Bergès, 2005; Boscaini, 2017, 2018).
2. El problema de la excitación y la excitabilidad frente al más mínimo estímulo considerado contradictorio (Bergès, 2005) ya que al mismo tiempo constituye una iniciativa hacia el medio ambiente y, por el otro, una dependencia.
3. El uso del movimiento no como placer sino como tensión y malestar psíquico que se alimenta continuamente entre niños y adultos.

"Entonces, ¿me estás escuchando?"

En este caso, la dificultad de comunicación, del intercambio de contenidos psíquicos y del reconocimiento mutuo como sujetos de relación parece evidente (Stern, 1995; Trevarthen, 1979; Gallese, 2007; Boscaini 2003b, 2004). La *teoría de la intersubjetividad*, que encuentra justificaciones en los mecanismos neurobiológicos que activan las neuronas espejo (Ammaniti y Gallese, 2014), nos ayuda a comprender el sentido del comportamiento del niño que entiende bien que la intención y la emoción del adulto no está en sintonía con sus propias intenciones y emociones.

A partir de este análisis, podemos entender cómo la comprensión de la inestabilidad psicomotora, siendo la expresión de la totalidad de la persona como resultado de variables biológicas y psicosociales, no puede basarse en una sola teoría. Por lo tanto, el enfoque psicomotor, al ser multidimensional, nos parece el más apropiado para comprender los trastornos psicomotores que siempre se han considerado trastornos de la comunicación en la historia de la Psicomotricidad sin excluir la variable biológica (Ajuriaguerra, 1970). Y de estos trastornos, la inestabilidad siempre ha sido uno de los primeros objetos de estudio e intervención en las habilidades psicomotoras.



De hecho, la perspectiva psicomotora considera la inestabilidad no tanto como un síntoma, sino más bien como una expresión de sí mismo, una forma de manifestación del niño, por lo tanto, un trastorno de la comunicación. En esta perspectiva, el niño ya no es visto como un objeto del que otros hablan, discuten, critican, sino como un sujeto comunicante, con su propio espacio y con el que se deben compartir las experiencias. (Boscaini 1998)

Los factores involucrados en esta situación, entonces, serían la dificultad para establecer límites corporales y la calidad de la atención materna, un trastorno del diálogo tónico dentro del cual la mirada juega un papel esencial.

5. Un nuevo intento de entender

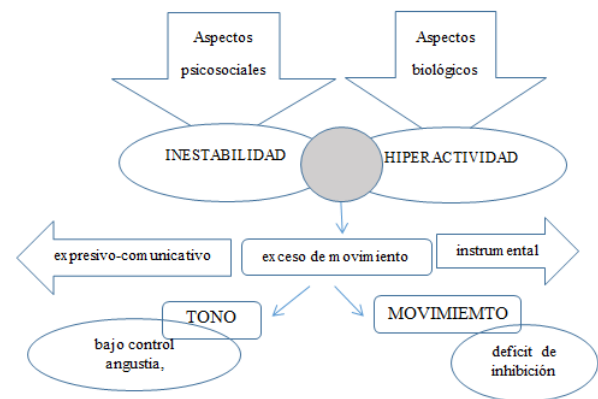
Hemos visto la presencia de varios puntos de vista y actitudes educativas relacionadas por parte de adultos y, al mismo tiempo, la existencia actual de múltiples teorías que intentan comprender el problema del niño inestable. De hecho, hoy ya no es posible entenderlo basándose exclusivamente en un solo modelo teórico, ya que el cuadro clínico presenta una evidente complejidad de interacciones entre factores endógenos y ambientales. De ello se deduce que no se puede utilizar un único método de intervención, que debe ser coherente con las necesidades individuales de cada niño y con el conocimiento científico del momento.

Ajuriaguerra (1970) ya había señalado la necesidad de una doble lectura de la inestabilidad que la ubicara en un continuo entre la tipología de carácter afectivo y la tipología constitucional primaria, hoy bien enmarcada en el DSM-V y la CIE-10: factores orgánicos por un lado y factores ambientales por el otro. Con el conocimiento actual, hoy podríamos considerar la hiperactividad como una patología del sujeto actuante y no solo una patología del "cuerpo actuado". En este sentido, también existe una apertura epistemológica por parte de la neuropsicología que, por un lado, considera la implicación de la intencionalidad de las funciones ejecutivas (Barkley, 1990) y, por otro, la presencia de un vínculo entre el comportamiento, la cognición y la emoción (Wells y Matews, 1994, 1996; Damasio, 1994, 2018), así como la participación de los aspectos de comunicación (Bowlby, 1969; Bergès, 1985, 2005). Es decir, en la perspectiva psicomotora,

la *inestabilidad* podría considerarse como un *trastorno menor del movimiento*, es decir, *cualitativo*, en el que se agregan expresiones de la relación mutua biología-ambiente, valores instrumentales, afectivos, cognitivos, expresivos y comunicativos.

En particular, podríamos reubicar y relacionar la *hiperactividad*, tal como se concibió de acuerdo con las teorías neuropsicológicas ya analizadas, y la *inestabilidad psicomotora* (Albaret, 2013; Boscaini 2012, 2013; Pesántez, Ríoz y Boscaini, 2005; Boscaini y Saint-Cast 2010, 2012, 2013). Este intento de distinción no pretende en absoluto separar lo orgánico de lo psíquico, sino más bien *diferenciar una hipermotricidad relacionada principalmente con aspectos neurobiológicos y esa expresión prevalente del desequilibrio en la relación entre el sujeto y el entorno*. El esquema podría ayudar a investigar mejor el problema de investigación para poder llevar a cabo un diagnóstico diferencial y la consecuente toma de control.

Figura 1. Enfoque semiológico del exceso de movimiento según las teorías neuropsicológicas y psicomotoras.



La experiencia clínica nos guía a identificar la *hiperactividad* como un *trastorno del uso instrumental de la función motora*, donde en particular el exceso de movimiento ciertamente depende de un déficit inhibitorio prefrontal, que tiende a involucrar otras funciones psicomotoras. Por el contrario, *la función tónico-emocional estaría más involucrada en la inestabilidad*, con sus repercusiones cualitativas en otras funciones psicomotoras, incluidas las habilidades motoras. Entonces, la inestabilidad psicomotora considera el exceso de movimiento desde el punto de vista relacional y por consiguiente un trastorno de la



comunicación, en particular del diálogo tónico. Y no es casualidad que todos los autores principales al término "inestabilidad" hayan agregado el adjetivo, identificándolo como "inestabilidad psicomotora". En un caso como en el otro, existe una dificultad que hace sufrir al niño involucrado en todos los aspectos de su personalidad y en la relación con el mundo. Solo que en el caso de la hiperactividad, el exceso de movimiento constituye un síntoma primario y concierne a la motricidad práxica, mientras que en la inestabilidad es secundario a un problema relacional en el que el movimiento adquiere un valor expresivo, comunicativo y de personalidad (Bergès, 1985, 2005; Bergès -Bounes et al., 2008; Boscaini, 2011, 2012, 2016).

6. La necesidad vital de movimiento en el niño

En este punto parece útil hacer preguntas.

¿Son estos dos modelos, psico-socio-relacionales y biológicos, irreconciliables entre sí? ¿La hiperactividad como entidad clínica específica sirve para justificar los medicamentos? (Delion, 2010) ¿Es parte de un mito dentro de un funcionamiento social dominado por la actuación y el condicionamiento? (Bounes-Bergès, 2008).

Cuestiones que de manera emblemática destacan una oposición entre dos formas de ver el problema e intervenir: *el modelo biológico* y *el modelo psicodinámico*. El primero considera la hiperactividad de los síntomas como una expresión fisiológica del movimiento como una necesidad biológica adaptativa; el segundo considera el movimiento como una expresión de la totalidad del individuo que transforma la competencia neuromotora y neuropsicológica en una tensión deseable y comunicativa, en otras palabras, el movimiento como portador del lenguaje que se transforma de una simple acción en un *acto psicomotor* (Mendel, 1998; Boscaini, 1992, 2002; 2006;): la única forma de aprender y simbolizar experiencias. En este sentido, una frase de Bergès es esclarecedora: "Cuando tengas un niño hiperactivo e insoportable en tu estudio, en lugar de rechazarlo o tomarlo en tus brazos, habla con él sobre la muerte; entonces lo verás sentarse y escucharte por más de una hora; porque excitación motora, falta de atención, etc. es la acción feroz, más o menos agresiva, la que sirve como bandera y remedio contra el impulso de la

muerte" (2005, p. 90). Al apoyar la hipótesis de la inestabilidad como un trastorno de la comunicación, el autor no lo ve como un trastorno de las habilidades motoras, sino del gesto a través del cual el niño habla de sí mismo, su propia historia. Entonces, si el adulto que sufre lo mismo, en lugar de escucharlo, interpreta el síntoma en un sentido causal, bloquea la comunicación y no reconoce al niño como sujeto.

La Psicomotricidad, antes de ver el movimiento como un síntoma, considera que es una necesidad natural que el niño use para expresarse y aprender, especialmente en el período de pensamiento preoperatorio y operatorio concreto (Piaget, 1936; Wallon, 1942, 1945) y para construir la imagen del propio cuerpo (Wallon, 1963; Dolto, 1984): una experiencia en la que el niño debe tener la oportunidad de encontrar su propio equilibrio entre la iniciativa y el control de los límites establecidos por el medio ambiente y las reglas del adulto. Frente a esta doble solicitud, para expresar sus experiencias y sus vivencias, el niño usa la motricidad de acuerdo con diferentes gradientes que van desde la pasividad, la inhibición, la actividad hasta la hiperactividad. Una experiencia que lo lleva a reorganizarse en base a experiencias anteriores y nuevas, muy cargadas de emociones.

Si es cierto que no se puede negar un cierto número de niños con una dificultad neurológica específica de inhibición cortical, es igualmente cierto que hay muchos otros, y los psicomotricistas lo saben bien, que usan sus habilidades motoras para vivir, sobrevivir, existir y presentarse al mundo con su propio "estilo psicomotor" (Ajuriaguerra, 1970, p. 165). En este sentido, *la inestabilidad psicomotora puede considerarse una patología del acto psicomotor*, es decir, *una patología no tanto y solo de motricidad funcional sino de motricidad psíquica* que, parte de la *metamotricidad*, puede ser comprendida solo en su globalidad: el sujeto, es decir, en su relación consigo mismo, los objetos y otros en los que la co-presencia de la relación de valor cuerpo-mente es constante (Mendel, 1998; Boscaini, 2002; Fonseca, 2010; Saint-Cast, Trudel et Chevalier, 2019).



7. Clínica psicomotora de inestabilidad

La inestabilidad psicomotora, con las manifestaciones depresivas relacionadas, no aparece solo a partir de una cierta edad del desarrollo psicomotor; incluso si los síntomas son diferentes, a menudo ya está presente desde el primer segundo año de vida. Esto se confirma no solo por varios estudios (Verry et al., 1964; Algini, 1979; Boscaini et al. 2005; Boscaini et Saint-Cast, 2010; Boscaini, 2013, 2016, 2017;), pero también de lo que informan los padres sobre el nivel anamnésico durante la evaluación psicomotora.

Por tanto, saber cómo dar significado a los *signos clínicos precursores de la inestabilidad psicomotora* posterior y saber cómo relacionarlos entre sí ayuda a comprender mejor la razón de un enfoque corporal del problema. De hecho, la identificación de estos precursores nos lleva a intervenir temprano de manera preventiva para evitar el agravamiento de la situación con el tiempo. Todos los síntomas principalmente corporales expresan un trastorno de la relación psique-soma y están bien descritos por muchos autores (Velasco, 1976; Kovacks et Beck, 1977; Kresleir, Fain y Soulé, 1978; Brow, 2007; Corraze y Albaret, 2009; Spoto et al. 2013; Boscaini, 2017).

Aquí enumeramos los *síntomas principales*: irregularidad del ritmo sueño-vigilia, predominio de los aspectos vegetativos sobre los aspectos relacionales, irregularidad de las funciones fisiológicas, trastornos cualitativos de la organización psicomotora en particular torpeza motora o excesiva agitación, trastornos de la relación corporal y uso no verbal, inadecuado de algunos receptores sensoriales, relación deteriorada con la realidad externa. El psicomotorista sabe bien que, más allá de las apariencias sintomáticas, la función psicomotora más involucrada es el tono muscular, que altera el uso de todas las otras competencias físicas y psíquicas y resalta la incapacidad del niño para relajarse (Boscaini, 2003b). En este sentido, la investigación reciente sobre trastornos psicomotores y de aprendizaje en niños hiperactivos con alto potencial intelectual es interesante (Saint-Cast, Trudel y Chevalier, 2019) en cuanto pone en evidencia el hecho que el desequilibrio mente-cuerpo determina un disfuncionamiento del potencial del sujeto.

La Psicomotricidad, bien sabiendo el psicomotricista de ser involucrado enormemente en la relación con estos niños, siempre ha rechazado la tendencia a hacer una descripción reductiva puramente médica del cuadro clínico, esforzándose por comprender la situación también desde un punto de vista psicodinámico e interactivo. Esto, no solo para identificar las causas, sino para poder acceder al mundo interior del niño mismo a través de una lectura diferente de las expresiones corporales. En este sentido, podríamos (Mille, 1994; Boscaini, 2005, 2016, 2017; Delion, 2010;) intentar identificar elementos clínicos en una forma diferente de la tradicional resumiéndolos en seis áreas específicas.

a) *Inestabilidad motora: una pregunta*

Teniendo en cuenta que el movimiento tiene una función tanto instrumental como expresiva y comunicativa, el exceso motor del niño puede verse como una solicitud de calma, contención, consideración y compartir. Esto significa que, independientemente de la presencia o ausencia de lenguaje verbal, el niño usa una lógica diferente de la habitual (Boscaini, 2016, 2017). Normalmente, el niño que no se queda quieto fácilmente se convierte en objeto de discusión y crítica por parte del adulto, que en la práctica tiende a limitar la iniciativa del niño mismo (Bergès, 2005). Por el contrario, desde un punto de vista evolutivo, comunicativo y psicomotor, la hiperactividad constituye una modalidad senso-motora como la del niño pequeño cuando, impulsado por el placer de descubrir el mundo, aprende a caminar y moverse frenéticamente escuchando parcialmente al adulto; y, a la llamada del adulto, se detiene por un momento y luego reanuda su experiencia motora cognitiva. Y es solo con este enfoque que Tommaso, 32 meses con retraso en el lenguaje e hiperactividad notable, se siente comprendido y percipiéndolo la disponibilidad sin críticas del psicomotricista, se calma, comparte alguna actividad e incluso logra pronunciar algunas palabras.

b) *Inestabilidad psíquica*

El niño siempre busca y siempre es impulsado por estímulos externos: un comportamiento que aparentemente solo es un descubrimiento y una búsqueda de novedades cuando, en realidad, cambia constantemente junto con una disminución en el



interés. A pesar de ser inteligente, presenta una atención fugaz e inestable, junto con un razonamiento difícil y no siempre lógico para un cambio continuo de contenido. Incluso en este caso, el niño se comporta como un niño más pequeño (Ravera Verdesio C., 2009; Boscaini, 2016), en consecuencia, las dificultades de aprendizaje y las relaciones sociales surgen con una dinámica conflictiva que lo lleva a convertirse casi siempre en el chivo expiatorio. Cabe señalar, sin embargo, que, al comienzo de la vida, la atención se está construyendo dentro de la relación "entre dos personas" (Brazelton et Cramer 1982, 1990; Golse, 1999), el diálogo tónico (Boscaini, 2000, 2003b, 2016), atención con un valor emocional, expresivo e interactivo. A este respecto, Brazelton especifica que es la capacidad de mantener una interacción por parte de la madre la que permite de capturar la capacidad de atención de su hijo (Brazelton, 1989).

Por lo tanto, se debe hacer una consideración aquí. En el nivel psicomotor, considerando varias teorías, habría dos tipos de atención (Boscaini, 2000, 2017; Gibello, 2009; Ravera, 2009):

- la atención como competencia cognitiva y dirigida hacia el objeto real,
- y la atención de tipo emocional, basada en el cuerpo vivido y los afectos.

En este último caso, la atención sería una habilidad interactiva, comprensiva y de escucha mutua. Esto nos lleva a preguntarnos si estos dos aspectos constituyen dos funciones separadas en estas materias y, nuevamente, nos obliga a tener esto en cuenta tanto en la evaluación como en el uso de técnicas pedagógicas y / o terapéuticas.

c) Angustia psicomotriz

Las situaciones de inseguridad y angustia -angustia de abandono, de enfermedad y de muerte real o psíquica, mala contención de los padres después de la separación, tensiones o conflictos intrafamiliares, etc. - inducen al niño a reaccionar con comportamiento defensivo (Bergès, 1995; Berger, 1999; Bergeret, 2002; Ciccone y Mellier, 2007; Boscaini, 2016), expresado por una acentuación de la actividad motora y por la frenética transición de una actividad a otra, dejando a todos en desorden los objetos tomados, que

parecen constituir la fotografía del trastorno afectivo interno.

En el nivel psicomotor, esta ansiedad se manifiesta en diferentes modalidades psicomotoras: un lenguaje posturo-mímico particular que puede alcanzar la teatralidad y la oposición, la emoción, la falta y, al mismo tiempo, la hiperatención selectiva, el uso exclusivo y/o repetitivo de algunos objetos, los juegos simbólicos a menudo ilógicos e incomprensibles debido a la interferencia de contenidos fantasmáticos. Todos los comportamientos que enmascaran una agresividad que, según Bergès, ¡serviría como "defensa y remedio contra el impulso de la muerte"! (2005, p. 90).

d) Manifestaciones afectivas

Las actitudes irritables y excitables demuestran la tendencia de un comportamiento reactivo que expresa un desequilibrio entre las sensaciones internas y externas con una labilidad del estado de ánimo que alterna entre el arroz y el llanto. Esto, junto con la sensibilidad al juicio de los demás, determina relaciones inestables con las personas con quienes experimentan frustración y devaluación. Es evidente que la imagen corporal se ve afectada por aparecer más bien hipertrófica y teatral hasta que resulta ser adulta e hipercontroladora (Boscaini, 2005, 2013). En realidad, el sujeto oculta un estado depresivo mal entendido por los miembros de la familia, la escuela y los compañeros de clase. Esta vulnerabilidad emocional también puede expresarse por la enuresis frecuente y la facilidad de estar en situaciones peligrosas.

e) El lenguaje

El investimento excesivo en el nivel del cuerpo determina fácilmente una falta de aformía entre las funciones psicomotoras, algunas de las cuales están retrasadas y otras hiperevolucionadas o no siempre contextuales, así como una falta de armonía entre el lenguaje verbal y corporal.

Algunas veces el niño acentúa el lenguaje verbal, hasta la logorrea, con el riesgo de que esta competencia pierda su significado intrínseco comunicativo y simbólico; en otras ocasiones, por el



contrario, usa la palabra superficialmente pensando que es más efectivo con el lenguaje corporal.

Esta forma de comunicación, junto con la superficialidad de la relación con los objetos y las personas (Gibello, 2009; Boscaini, 2013), podría hacer pensar en un Yo infantil que, en consecuencia, dificultaría la internalización de las nociones conectadas a las palabras. Esto se ve confirmado por los resultados de una investigación reciente sobre el perfil psicomotor de niños hiperactivos con alto potencial intelectual con dificultades de aprendizaje que “resaltan alteraciones significativas y frecuentes a nivel de comunicación no verbal” (Saint-Cast, Trudel y Chevalier, 2019, p.9). De hecho, se sabe que, tanto desde el punto de vista filogenético como ontogenético, existe una estrecha relación entre el desarrollo de las habilidades motoras generales y las motoras finas manuales y orales (Boscaini, 2010; Fonseca, 2010),

De donde podemos entender y justificar el papel de la práctica psicomotriz en cualquier situación, educativa y terapéutica, en el desarrollo de todas las habilidades psicomotoras, especialmente el lenguaje (Rodríguez, Gómez, Prieto-Ayso y Gil-Madrona, 2017).

f) Otros aspectos psicomotores

Más allá de las apariencias, siempre en sujetos inestables hay trastornos de las diversas funciones psicomotoras (Boscaini 2012, 2013, 2016, 2017, 2018; Boscaini y Saint-Cast, 2010, 2012, 2013; Heron-Flores, Gil-Madrona y Sáez-Sánchez, 2018; Saint-Cast, Trudel y Chevalier, 2019), que están enmascarados, especialmente en lo que respecta a la torpeza, por la velocidad motora y por el hecho de que a menudo son sujetos tan brillantes y algo inteligentes.

En particular, hay dos tipos de dificultades psicomotoras dependiendo de los factores involucrados:

- los niños que tienen trastornos con respecto a las habilidades funcionales instrumentales
- y otros cuyas dificultades psicomotoras se relacionan principalmente al investimento afectivo de las funciones, es decir la vivencia (Pesántez, Ríoz y Boscaini, 2005; Boscaini, 2013). Por lo tanto, son

dificultades, por un lado, de un orden objetivo y otras de tipo subjetivo. Se deduce que, dependiendo de las variables involucradas, del significado y de la expresión del exceso motor, el problema debe considerarse de manera diferente del control relativo: el funcional, conectado a las áreas premotoras, y el emocional, conectado a la relación con uno mismo y el otro.

8. El problema del control

Este es uno de los problemas centrales de la inestabilidad psicomotora, que se explica de diferentes maneras según la teoría de referencia. Un tema que creemos requiere, por parte de los investigadores, una mayor profundidad por sus efectos en el nivel clínico, diagnóstico e intervencionista, y en el nivel pedagógico, educativo y sociocultural. En este sentido, podemos identificar cuatro pistas de estudio.

1. Según la *teoría neuropsicológica* (Barkley, 1990), el insuficiente control del comportamiento impulsivo e hiperactivo se explica por el hecho de que la inhibición frontal limitada afecta la función ejecutiva. El trastorno motor resultante y el uso inadecuado de la memoria de trabajo reducen la posibilidad de tener eventos disponibles en la mente, de modificarlos e imitarlos. En consecuencia, la noción de espacio y tiempo (Corraze y Albaret, 2011), necesaria para la anticipación y planificación de acciones, también se ve afectada.

2. En cambio, la *teoría cognitiva de las emociones* (Wells y Matthews, 1994, 1996), basada en la hipótesis de los vínculos causales mutuos entre la emoción y los procesos cognitivos que manejan la atención y la acción, cree que los síntomas de inestabilidad pueden tener causas comunes, pero no una conexión directa como en el caso de afecciones determinadas por lesiones orgánicas reales. En particular, Damasio (1994, 1996) precisa que, en la interacción entre los aspectos cognitivos y motores, la emoción constituye un elemento psicocorpóreo importante para el juicio y la decisión de seleccionar una respuesta. De hecho, siempre una respuesta adecuada requiere al mismo tiempo razonamiento y un impulso emocional, necesario y en cualquier caso controlado. Por esta razón, el lóbulo frontal tiene la tarea de yuxtaponer imágenes cognitivas y sociales e imágenes psicosensoresiales y psicoafectivas; y esto



gracias a la activación de la amígdala, el hipotálamo, los ganglios basales y también el sistema nervioso autónomo, que activan múltiples procesos corporales posturo-expresivos. Por lo tanto, podría suponerse que en el niño hiperactivo existe una disociación entre las dos situaciones con una prevalencia de la psico-corporal; de hecho, solo más tarde, después del evento, el niño generalmente reconoce de manera real y lógica el sentido de su acción y sus efectos, con sentimientos fáciles de culpa.

3. El problema del control parecería más comprensible si consideramos el aporte de otras teorías. La *teoría del vínculo afectivo* (Bowlby, 1969), la *teoría psicomotora del diálogo tónico* (Wallon, 1945; Ajuriaguerra et Cahen, 1960; Boscaini, 2002, 2003b, 2016; Boscaini y Saint-Cast, 2010, 2012, 2013) y las *teorías psicoanalíticas* (Diatkine, 1985; Berger, 1999; Bergès, 1996, 2005) creen que la competencia de control está conectada con la constitución lábil del vínculo de apego, con la escasa contención materna y un trastorno del diálogo tónico-emocional. Entonces el escaso control representa un intento inadecuado de defensa (Boscaini, 2017) contra la depresión, la pobreza del cuidado materno y una mirada materna no gratificante y necesaria en la constitución progresiva de la imagen corporal.

4. Finalmente, sin embargo, uno también podría pensar en *comportamientos educativos* erróneos por parte de los adultos: contradicciones educativas, ausencia de límites frente a las iniciativas del niño y, en particular, actitudes coercitivas y exageradamente autoritarias. Ciertamente, la ausencia o impedimento de la libertad motriz determina un comportamiento en el niño que le impide comprender el valor del control como un dato funcional objetivo y como un elemento social y de valor.

CONCLUSIONES

La inestabilidad psicomotora presenta un cuadro multifacético, que se puede cambiar en el curso del desarrollo del niño y difiere de un niño a otro. Como hemos señalado varias veces, *no hay inestabilidad psicomotora igual a otra*. Esto significa que *hay muchas variables neurofisiológicas, psicológicas, sociales y educativas* involucradas. Su comprensión, por lo tanto, nunca será posible basándose solo en un enfoque unidireccional. Es por esta razón que, en la historia de la Psicomotricidad, los clínicos y los

académicos, que a menudo se encuentran en dificultades frente a estos niños, formulando muchas hipótesis, han buscado la verdad en las contribuciones de cualquier disciplina. En particular, siempre han creído que *la inestabilidad* era un *problema de la complicada relación mente-cuerpo*. Y esta relación no concierne solo al individuo en la relación consigo mismo, sino también su relación con los objetos y los demás. Desde un punto de vista psicomotor, una relación que requiere la transición de la relación tónico-emocional inicial y fundamental con el propio cuerpo y el de los demás, a la relación senso-perceptivo-motora con el mundo. Es verdad que a través de esta nueva experiencia el niño ya no depende del cuerpo de la madre, sino que aprende cómo usar su propio cuerpo descubriendo sus habilidades y conociendo la realidad externa y volviéndose independiente.

En el nivel psicomotor, esto significa que el niño debe dejar de lado las sensaciones tónicas arcaicas, impregnadas de gran excitación, excitabilidad y emotividad e iniciar utilizar a las sensaciones motoras. Es decir, debe pasar de las sensaciones del músculo liso a las del músculo estriado y práxico, el único que lo inserta en el espacio-tiempo real y le permite usar el objeto en su realidad objetiva y funcional. En otras palabras, pasar del deseo y la fantasía a la planificación. Esto, en un nivel práctico, significa que ya no tiene que tomar para tomar un objeto, característico de la reacción circular primaria (Piaget, 1936), sino tomar un propósito al descubrir un nuevo placer mental. La transición de la idea de ser omnipotente a la de aceptar límites.

Si podemos considerar la inestabilidad psicomotora como un trastorno de comunicación expresado a través del cuerpo y los objetos, ciertamente el estudio de las modalidades psicomotoras utilizadas por el cuerpo para expresarse podría ser la forma de comprender mejor este problema. Esto es lo que pretendemos hacer en un estudio posterior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aceti, F; Carluccio, GM; Sogos, C., Levi, S. (2005) La fenomenologia del Disturbo Depressivo nelle diverse fasi evolutive. *Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva*, 27(2): 186-208.



2. Ajuriaguerra, J. de y Cahen, M. (1960). Tonus corporel et relation avec autrui. L'expérience tonique au cours de la relaxaion. *Revue de Médecine Psychosomatique*, 2(2), 89-124.
3. Ajuriaguerra, J. de (1962). Le corps comme relation. *Revue Suisse de Psychologie pure et appliquée*, 21 (2), 137-157.
4. Ajuriaguerra, J. de (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. (2.° ed.) Paris: Masson
5. Ajuriaguerra, J. de (1980). Ontogénèse des postures. Moi et l'autre. *La Psychomotricité*, 4(2), 46-51. Paris. Masson.
6. Albaret, JM. (2013). Les troubles psychomoteurs aujourd'hui : entre Ajuriaguerra et la théorie des systèmes dynamiques. *Développements I*(14), 4-12.
7. Ammaniti, M. y Gallese, V. (2014). *La nascita dell'intersoggettività. Lo sviluppo del sé tra psicodinamica e neurobiologia*. Milano: Raffaello Cortina.
8. Barkley, RA. (1990). *Attention-Deficit and Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
9. Barkley, RA. (2000). *Taking charge of ADHD*. New York: Guilford Press.
10. Baruk, H. (1947). Les troubles psychomoteurs. *L'Évolution psychiatrique*, 1,167-186.
11. Baruk, H. (1959). *Manuel de psychiatrie*. Paris: Masson.
12. Berger, M. (1999). *L'enfant instable. Approche clinique et thérapeutique*. Paris: Dunod.
13. Bergès, J. (1967). *Les gestes et la personnalité*. Paris: Hachette.
14. Bergès, J. (1985). Les troubles psychomoteurs chez l'enfant. In Lebovici, S. ; Diatkine, R. Soulé ; Lebovici, S., *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (1° ed.). Paris : PUF.
15. Bergès, J. (1989). Troubles instrumentaux et psychopathologie de l'enfant. *Évolutions Psychomotrices*, 4, 10-13.
16. Bergès, J. (2005). *Le corps entre neurologie et psychanalyse*. Paris: Erès.
17. Bergès-Bounes, M. ; Bonnet, C.; Ginoux, G.; Pecarelo, AM.; Sironneau-Bernardeau, C. (2008). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant : Corps, langage, sujet. Méthode J. Bergès*. Paris : Masson.
18. Birmaher B, Ryan ND., Williamson DE., Brent DA., Kaufman J., Dahl RE., Perel J., Nelson B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* , 35 (11):1427-39.
19. Boscaïni, F. (1988a). I disturbi psicomotori come disturbi della comunicazione. *Riabilitazione Oggi*, V, 7: 97-110.
20. Boscaïni, F. (1988b). La mirada. Lugar de un doble encuentro espacio-tiempo. *Psicomotricidad. Revista de estudios y experiencias*, 28: 39-49.
21. Boscaïni, F. (1993). Le tonus: une fonction de synthèse corps-esprit. *Evolutions psychomotrices*, 19, 29-34.
22. Boscaïni, F. (1998). Cuerpo y emoción. Primer espacio de comunicación y comunicación. *Psicomotricidad. Revista de estudios y experiencias*, 60:39-49.
23. Boscaïni F. (2000a). Aspetti psicomotori dei disturbi dell'attenzione, *ReS Ricerche e Studi in Psicomotricità*, 7 (3):5-11.



24. Boscaini, F. (2000b). Relaciones corporales, imagen del cuerpo y aprendizaje en relajación, *Psicomotricidad. Revista de estudios y experiencias*, 64(1):15-30.
25. Boscaini, F. (2000). Aspecti psicomotori dei disturbi dell'attenzione, *ReS Ricerche e Studi in Psicomotricità*, 8(3): 5-11.
26. Boscaini, F. (2001). Specificità della semiologia psicomotoria, *ReS Ricerche e Studi in Psicomotricità*, 9(2): 2-9.
27. Boscaini, F. (2002). L'atto psicomotorio, *ReS Ricerche e Studi in Psicomotricità*, 10(1): 6-21.
28. Boscaini F. (2003a). Images di corps et troubles de la fonction tonique, *Évolutions Psychomotrices*, 15(61): 119-128.
29. Boscaini, F. (2003b). I disturbi tonico-emozionali precoci. *ReS Ricerche e Studi in Psicomotricità*, 11(2): 7-19.
30. Boscaini F. (2004) Le role du dialogue tonique dans la genèse de la relation parentale et thérapeutique, *Évolutions Psychomotrices*, 16(63): 12-20.
31. Boscaini, F. (2005). Pourquoi une sémiologie psychomotrice spécifiques aux psychomotriciens? *Évolutions Psychomotrices*, 17(68): 88-100.
32. Boscaini, F. (2006). La goffaggine tra neurologia e psicologia, *ReS Ricerche e Studi in Psicomotricità*, 14(14): 8-18.
33. Boscaini, F. (2007a). Le emozioni nella relazione psicomotoria, *ReS Ricerche e Studi in Psicomotricità*, 14(2): 8-16.
34. Boscaini, F. (2007b). Saper leggere i bisogni del bambino attraverso il suo corpo. Dal corpo al pensiero, *ReS Ricerche e Studi in Psicomotricità*, 15(1): 6-21.
35. Boscaini, F. (2010). Lo sviluppo psico-corporeo della comunicazione. Dal corpo alla parola, *ReS Ricerche e Studi in Psicomotricità*, 18(1), 18-25.
36. Boscaini, F. (2011). L'agir psychomoteur, *Relance psychomoteur*, 7, 7-18.
37. Boscaini, F. (2012). L'instabilità psicomotoria. Contributo al dibattito, *ReS Ricerche e Studi in Psicomotricità*, 20(1): 27-34.
38. Boscaini F. (2013). *Clínica psicomotriz*. Verona: CISERPP.
39. Boscaini, F. (2014). Gesto prassico e globalità psicomotoria nel bambino, *ReS Ricerche e Studi in Psicomotricità*, 22(3): 2-9.
40. Boscaini, F. (2016). De los trastornos del diálogo tónico a la inestabilidad psicomotriz. pp. 367-389. In González Saavedra, L. & Gutiérrez Estévez, M. *Heridas en el sí mismo. Proposiciones corporales*. Madrid: Fundación CITAP.
41. Boscaini, F. (2017). Le difese psicomotorie primarie infantili, *ReS Ricerche e Studi in Psicomotricità* 25(3): 2-9.
42. Boscaini, F. (2018). Lo sguardo psicomotorio, *ReS Ricerche e Studi in Psicomotricità*, 26 (2): 2-12.
43. Boscaini, F.; Gobbi, G. y Mazzara, GP. (1992). *Iter psicomotorio*. Verona: Libreria Universitaria Ed.
44. Boscaini, F. y Saint-Cast, A. (2010). In Bergès-Bounes M. *L'enfant insupportable*. Paris: Erès.
45. Boscaini, F. y Saint-Cast, A. (2013). Psicomotricidad del niño hiperactivo. In Bottini P. *Las prácticas y los conceptos del cuerpo. Reflexiones desde la Psicomotricidad*. Buenos Aires: Miño y Dávila.



46. Bowlby J. (1969). *Attaccamento e perdita*. Torino: Boringhieri
47. Brazelton, T. Berry; Mansour, Mahmoud; Jahangiri, Hamideh (2018). *Developmental Psychology, Child Development and Pediatric Behavior*. Saarbrücken: Lap Lambert.
48. Brazelton, T.B. y Cramer B. (1982). *La dynamique du nourisson*. Paris: PUF.
49. Brazelton, T.B. y Cramer B. (1990). *Les premiers liens*.(1991)Paris: Calmann-Lévy.
50. Brown, T. (2005). *Attention deficit disorders: the unfocused mind in child and adults*. Londres: Yale University Press.
51. Campbell, SB. (1990). *Behavior problems in preschoolers: clinical and developmental issues*. New York : Guilford Press.
52. Castellanos, FX (1999). Psychobiology of ADHD. In Quay HC., Hogan E. *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*. New York: Kluwer Academic. P-. 179-198.
53. Castellanos, FX.; Tannock R. (2002). Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endorphenotypes, *Nature Reviews: Neuroscience*, 3, 617-628.
54. Ciccone, A. y Mellier D. (2007). *Le bébé et le temps*. Paris: Dunod
55. Corraze, J. (1999). *Les troubles psychomoteurs*. Marsela: Solal.
56. Corraze, J. (2009). *Psychomotricité: un itinéraire*. Marsela: Solal.
57. Corraze J. y Albaret JM. (1996). *L'enfant agité et distrait*. Marsela: Solal.
58. DSM-IV (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4° ed.). Washington: American Psychiatric Association DC. 2013.
59. DSM-V (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5° ed.). Washington: American Psychiatric Association DC.
60. Damasio, A. (1994). *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. New York: Putnam' Sons.
61. Damasio, A. (2018). *Lo strano ordine delle cose*. Milano: Adelphi.
62. Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris: Ed du Seuil.
63. Dugas M. (1987). *L'hyperactivité chez l'enfant*. Paris: PUF
64. Enciclopedia Treccani (2017). Vol. 7. Roma: Istituto Enciclopedia Italiana.
65. Fonseca, Vitor da (2010). *Psicomotricidade e Neuropsicologia. Uma abordagem evolucionista*. Rio de Janeiro: Wak Editora.
66. Gallese, V. (2007). Dai neuroni specchio alla consonanza intenzionale. Meccanismi neurofisiologici dell'intersoggettività. *Rivista di Psicoanalisi*. 53(1):197-208
67. Gibello, B. (2009). *L'enfant a l'intelligence troublée*. Paris : Dunod.
68. Giromini, F. (2014). *Giselle Soubiran. Des fondements à la recherche en psychomotricité*. Paris: De Boeck Solal.
69. Golse B. (1999). *Du corps à la pensée*, Paris, PUF, 1999
70. Habib, M. (2018). *La constellation des DYS. Bases neurologiques de l'apprentissage et de ses troubles*. Lovanio: De Boeck Supérieur.
71. Heron-Flores, M.; Gil-Madrona, P. y Sáez-Sánchez, MB. (2018) Contribución de la terapia psicomotriz al progreso de niños con discapacidades. *Rev. Fac. Med.* 2018;66(1):75- 81. Spanish. doi:



- <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n1.62567>.
72. ICD-10 (1990). *Classification of Mental and Behavioral Disorders*. (1994). Milán: Masson.
 73. Jasper, K. (1946). *Psicopatologia generale* (ed. it. 2009). Roma: Il Pensiero Scientifico.
 74. Kreisler, L., Fain, M. y Soulé, M. (1978). *L'enfant et son corps*. Paris: PUF.
 75. Lewinsohn, PM, Clarke, GN. (1999). *Psychosocial treatments for adolescent depression*. *Clin. Psychol. Rev.* 19(3):329-42.
 76. Maturana, HR y Varela, FI. (1980) *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*. (1985). Padova Marsilio
 77. Mendel, G. (1998). *L'acte est une aventure*. Paris: La découverte.
 78. Mendiara-Rivas J. y Gil-Madrona P. (2016). *Psicomotricidad educativa*. Sevilla: Wanceulen SL.
 79. Pesántez Cuesta, G.; Ríoz Pesántez, M. y Boscaini, F. (2005). *El niño inquieto*. Quito: CNP
 80. Piage, J. (1936). *La nascita dell'intelligenza nel bambino*. (1972). Firenze: Giunti Barbera.
 81. Rainone, A., y Mancini, F. (2018). *La mente depressa. Comprendere e curare la depressione con la psicoterapia cognitiva*. Milano: Franco Angeli.
 82. Ravera, C. (2009). *Clínica psicomotriz del bebé*. Montevideo: de Los Santos.
 83. Rodríguez N.T.; Gómez, I.M.; Prieto-Ayuso, A. Y Gil-Madrona, P. (2017). La educación psicomotriz en su contribución al desarrollo del lenguaje en niños que presentan necesidades específicas de apoyo educativo. *Revista de investigación en Logopedia*, 7(1),89-106.
 84. Russo, C.R. (2018). *Psicomotricità. Nuovo approccio valutativo e intervento globale: terapia psicomotoria, sostegno genitoriale, collaborazione sociale*. Milán: Casa Editrice Ambrosiana:
 85. Saint-Cast, A. ; Trudel, M. y Chevalier, C. (2019). Profili psicomotori di bambini ad alto potenziale intellettuale con difficoltà di apprendimento nella scuola primaria, *ReS Ricerche e Studi in Psicomotricità*, 27(1): 2-12.
 86. Shabel, S.J.; Proulx, D.; Piriz, J. y Malinow R. (2014). GABA/glutamate co-release controls habenula output and is modified by antidepressant treatment. *Science*, 345(6203): 1494-1498.
 87. Sogos, C.; Mazzoncini, B.; D'Agostini, G.; Costa, C.; Paolesse, C. y Levi G. (2003) Profili clinici del Disturbo depressivo in età prescolare. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 70(4):637-650.
 88. Sogos, C. (2007). Clinical trajectories in depressive disorders from preschoolers to school age children. 13th International congress European Society for Child and Adolescent, *Psychiatry*, 8: 25-29.
 89. Soppelsa, R y Albaret, JM. (2011). Situation de la Psychomotricité. En Scialom, P.; Giromini, F.; Albaret, JM. (2011). *Manuel de Psychomotricité*. Marsela. Solal.
 90. Spoto, A.; Botteri, G.; Sanavio, E. y Vidotti, G. (2013). Theoretical foundations and clinical implications of formal psychological assessment, *Psychotherapy and Psychosomatic*, 82(3): 197-199.
 91. Stark, K. (1999.) *Childhood depression: School-Based Intervention*. New York/London: The Guilford Press.



92. Trevarthen, C. (1979). Communication and Cooperation in Early Infancy: A description of Primary Intersubjectivity. In Bullowa, M. (2°ed.) *Before Speech: The Beginning of Interpersonal Communication*. Cambrid: Cambridge University Press.
93. Velasco Fernández, R. (1976). *El niño hiperquinético. Los síndromes de disfunción cerebral*. México: Trillas.
94. Verry, JS.; McElroy, SL.; Strakowski, SM.; Keck, PE. y McConville, BJ. (1995). Attention deficit hyperactivity disorder in adolescent mania. *Am. J. Psychiatry*, 152, 271-273.
95. Wallon, H. (1925). *L'enfant turbulent*. (2° ed. 1984). Paris: PUF/Quadrige.
96. Wallon, H. (1934) : Les origines du caractère chez l'enfant. (8° ed. 1983). Paris: PUF/Quadrige.
97. Wallon, H. (1945). *Les Origines de la pensée chez l'enfant*. (3° ed.). Paris : PUF.
98. Wallon, H. (1942). *De l'acte à la pensée, essai de psychologie comparée*. (4° ed.) Paris: Flammarion.
99. Wallon, H. (1963). Niveaux de fluctuation du moi. *Enfance*. 16, 1-2, 87-97.
100. Wells, A. y Matthews, G. (1994). *Attention and emotion*. Hillsdale: Psychology Press.
101. Wells A.; Matthews G. (1996). Modelando la cognición en el trastorno emocional: el modelo S-REF, *Behavior Research and Therapy*, 34(11-12) 881-889. Paris: Elsevier.

