



INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ EN UN CASO DE: AGENESIA DEL CUERPO CALLOSO

Lourdes Torvisco González, Isabel Ruiz Fernández, Florencio Vicente Castro, M^a Luisa Pérez
Universidad de Extremadura

RESUMEN

El principal objetivo del trabajo que presentamos es potenciar al máximo las capacidades motoras y sensoriales en la medida de lo posible, con el fin de mejorar su bienestar corporal, social y emocional que le garantice una calidad de vida en familia y con su entorno. **Desarrollo:** El tema se centra en un niño con Agenesia del Cuerpo Calloso, además de otras patologías como disfunción visual, cuyo diagnóstico y dificultades se detallan en el proceso de intervención psicomotriz individualizado, que busca trabajar en conjunto las áreas motoras, cognitiva, social y emocional. Incluye una exposición, no completa, del programa llevado a cabo en el último año y que supone la continuación de los establecidos con anterioridad en su procedimiento pero no en la totalidad de los objetivos, pues los pequeños avances han permitido cierta reestructuración. Al hablar del niño, hay que hablar de la familia por su carga emocional, social y asistencial que, a mi entender, sigue estando descuidada en su conjunto. **Conclusión:** Su retraso motor limita su progreso pero no impide que se dé aprendizaje, en el que media su motivación. Sus manos son la parte de su cuerpo más activa y sensitiva por la que va progresando su “ser” y en la que va adquiriendo protagonismo la audición.

Palabras claves: Agenesia del Cuerpo Calloso, disfunción visual, intervención psicomotriz

ABSTRACT

The main objective of the present work is to maximize motor and sensory capabilities as far as possible in order to improve their physical well-being, social and emotional development that will ensure a quality of family life and their environment. Development: The issue focuses on a child with agenesis of the corpus callosum, as well as other diseases such as visual impairment, and difficulties with diagnosis are detailed in the Psychomotor individualized intervention process, which seeks to work together in areas of motor, cognitive, social and emotional. It includes an exhibition, do not complete the program in the last year and is a continuation of those earlier in the procedure but not all the objectives, as small advances have allowed some restructuring. Speaking of children, we must talk about the family



INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ EN UN CASO DE: AGENESIA DEL CUERPO CALLOSO

for their emotional, social and health care which, in my view, remains neglected as a whole. Conclusion: The delay engine limits its progress but does not prevent the learning environment in which half of their motivation. His hands are part of your body more active and sensitive, which is progressing by their “being” and which is gaining prominence hearing.

Keywords: Agenesis of the corpus callosum, visual impairment, psychomotor intervention

INTRODUCCIÓN

El cuerpo calloso es una estructura derivada de la placa comisural superior cuya función es interconectar regiones homólogas de la corteza cerebral. Está tendida transversalmente de un hemisferio a otro y se le considera el sistema de asociación interhemisférica más importante.

La Agenesia del Cuerpo Calloso, supone la ausencia total o parcial, de forma congénita o mediante condición neuropatológica, de dicha estructura interhemisférica debido a alteraciones en el desarrollo embrionario.

La detección de dicho trastorno es variable, suele ser apreciable al nacer o en los primeros meses de vida pero hay casos que se pueden detectar tardíamente por ser asintomáticos.

Suele presentarse aislada o asociada a otros trastornos neurológicos como parálisis cerebral, alteraciones sensoriales, etc., y las características más comunes que suelen presentar, en el peor de los casos, son: retraso general en el desarrollo, problemas en la alimentación, en la visión, para defenderse táctilmente, dificultades en el aprendizaje y comunicación, entre otros. El retraso mental suele ser moderado aunque va a depender de los trastornos que lleven asociados.

Las personas que presentan este trastorno, en teoría, pueden tener dificultades en la lateralidad, para integrar y localizar la información sensorial, espacial, esquema corporal... al no establecerse la asimetría cerebral que las define.

Al llegar al caso que nos ocupa doy fe de que la Agenesia no se presenta sola sino que lleva asociada otras alteraciones: la *Hipoplasia del Nervio Óptico derecho*, caracterizado por un desarrollo defectuoso durante el embarazo. No implica ceguera aunque en el amplio espectro de función visual pueda darse. En este caso, tras comprobaciones y demostraciones funcionales ante los padres y otros profesionales se llegó a la conclusión que había que definirlo como un “niño ciego”, caracterizado por movimientos angulares. *Crisis epilépticas* caracterizadas por descargas tónicas, llegando a sufrir variaciones en su forma, y *Parálisis Cerebral* pues dentro de su cuadro clínico y psicomotor tiene alterado el tono y la postura con la consiguiente dificultad de movilidad voluntaria. Y como los problemas no se presentan solos, suele tener problema de salud: otitis intermitentes, bronquitis, problemas de peso y alimentación (masticación y deglución) lo que le obliga a llevar de forma permanente una sonda gástrica y poner más énfasis en el gusto/olfato. Dichos problemas suelen afectar al tratamiento y la asistencia

El diagnóstico es duro pero necesario para saber a qué nos enfrentamos en el reto profesional. En su caso el diagnóstico no fue tardío pero no se incorporó a tratamiento hasta los 10 meses, quizás por la dicotomía entre asociaciones y sistema sanitario. Actualmente cuenta con 5 años, aunque su edad aproximada oscila entre los 6 y 9 meses.





NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. CALIDAD DE VIDA Y SOCIEDAD ACTUAL

Andreas Fröhlich llama personas con plurideficiencias profundas, a las que apenas llegan al desarrollo de un bebé de 6 meses aproximadamente. Según él, estas personas se encuentran severamente afectadas en las distintas áreas del desarrollo: Área motriz, sensorial, cognitiva y de comunicación, y suelen presentar como consecuencia de ello, trastornos orgánicos y de salud.

DESARROLLO DEL TEMA

El trabajo en estos casos es complejo, largo y lento. Las habilidades que se suponen deberían formar parte de su repertorio conductual, a una determinada edad, no han sido adquiridas y lo que todavía resulta más duro asumir, concretamente en el entorno familiar, es que puede que no las adquiera, como caminar. Sigue su propio ritmo de desarrollo por lo que debemos poner énfasis en detectar sus capacidades y posibilidades de acción que den paso a habilidades.

Cuesta ver la patología en su conjunto pues destaca la persona que aprende con sus dificultades, sin embargo es necesario afrontar las dificultades que nos encontrarnos para saber abordar el caso.

Principales dificultades

- .De aprendizaje
- .Interés variable
- .De lateralidad y simetría hemisférica.
- .Retraso psicomotor grave. Caracterizado por hipertonía en miembros e hipotonía en tronco tendente a la extensión (a estar tumbado).MMSS con triple flexión, con mano en desviación cubital y puño a estar cerrado. MMII más afectados. Sus movimientos son incontrolados e inestables, aunque hoy en día adquiere cierto control en cabeza- tronco y brazos.
- .Disfunción visual, con sensibilidad a la luz, concretamente a los contrastes de luz.
- .Incapacidad para hablar, con emisiones vocálicas pobres (u, i, e). Mayor capacidad comunicativa con su cuerpo, sonrisa y llanto.
- .Conductas estereotipadas: llevarse manos a la boca, darse golpes con la muñeca en la boca...

Justificación

La disfunción visual puede perturbar el desarrollo psicomotor que a su vez ya está alterado como consecuencia de su trastorno cerebral con alteraciones del tono, postura y equilibrio necesario para proporcionar vivencias y sensaciones antes de llegar a formarnos una idea de nosotros y de lo que nos rodea, fin que persigue la intervención psicomotriz.

Consecuentemente, su retraso motor limita sus movilizaciones activas sobre su cuerpo y el medio próximo, dificulta la organización espacio- temporal, lateralidad, la exploración, la manipulación y la prensión. En definitiva, se ven alteradas las praxias, gnosias y simbolización: mientras no pueda controlar el tronco, mantenerse sentado en equilibrio, reptar, gatear, ponerse de pie, correr..., no podrá emplear sus brazos, manos, dedos para adquirir, en primer lugar, el mundo de sensaciones.

Ello nos puede llevar a creer que sus primeras vivencias van a estar llenas de insatisfacción y que su cuerpo tomado por la patología, su historia tomada por sus múltiples internaciones e imprescindibles cuidados y atenciones médicas, hace difícil y complicado armar "su ser".

Entendemos que la atención debe abarcar todas las áreas afectadas pero de manera especializada e individual sin pretender hacer lo mismo con todos los sujetos susceptibles de atención. Eso sí atendiendo a sus posibilidades de acción y características personales, para intentar estimular, educar y corregir.



INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ EN UN CASO DE: AGENESIA DEL CUERPO CALLOSO

Un dato que tenemos que tener en cuenta es que esta intervención ha estado, y estará, sujeta a cambios permanentes al poner a prueba los objetivos con las capacidades y limitaciones del niño. Es decir, dicha intervención es la continuación de las anteriores que desembocará en otras futuras puesto que el trabajo es indefinido.

En el ámbito de la Atención Temprana una de los programas que más se ajusta a su desarrollo psicomotor es la Estimulación Psicomotriz junto a la integración sensorial, con el fin de actuar de forma global en las diferentes áreas de desarrollo siguiendo las directrices del desarrollo normal pues la Psicomotricidad, como disciplina, no concibe lo motor, afectivo, cognitivo, social como “entes” independientes sino que todas interactúan para adoptar una armonía y equilibrio, siendo el movimiento la base del desarrollo.

Implicación de la familia

En el comienzo del tratamiento la familia se presentó desorientada y angustiada por las características del diagnóstico pero a la vez esperanzada por la posibilidad de respuesta óptica.

La madre es la que normalmente viene a tratamiento y pocas veces el padre por temas laborales. En apariencia se muestra tranquila pero expectante ante los comentarios sobre los quehaceres del niño y sus avances, dando muestras de alivio. No suele demandar información, quizás por prudencia, ni divulgar la de los médicos u otros especialistas: “hay que sacarle las palabras con pinza”. Tampoco suele exteriorizar sus preocupaciones ni expectativas, salvo estemos en el aula y le efectuemos preguntas más íntimas en relación con el cuidado o apego del niño, que provocan la lagrima fácil.

Con el tiempo se empieza a mostrar más comunicativa de todo lo que hace su hijo, sin duda alguna porque está pendiente de él 24 horas del día. Ante su dedicación, se le hace entender que es bueno que se despegue del niño y delegue en profesionales su cuidado. Actualmente va a la guardería.

Se hace necesaria la comunicación directa y fluida con la familia para que puedan expresarse. Además es primordial que entren en las sesiones para que entiendan los objetivos de trabajo, observen al niño y adquieran unas pautas con el fin de que continúen en el hogar.

Entendemos que los padres no son profesionales pero hay que enseñarles unas pautas mímicas para que sepan actuar y afrontar la situación del niño con alegría. Otro tema sería conseguir que actúen todos por igual y asuman los cuidados y nociones básicas, lo que requeriría una supervisión desde otros profesionales.

Estamos acostumbrados a hablar de la familia, de sus reacciones, sus sentimientos, miedos, sobreprotección.... Sin embargo, desde mi más modesta posición no alcanzo aún a ver que alguien dedique un tiempo de su trabajo a ofrecerles su atención, escucha y ayuda *antes* de que lo demande, o de intentar mejorar las relaciones familiares para que de forma unánime puedan entender la situación de su hijo, hermano, nieto, sobrino... Todo son palabras y buenas intenciones pero no hay continuidad



NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. CALIDAD DE VIDA Y SOCIEDAD ACTUAL

Objetivos

<i>Generales</i>	<i>Específicos y Criterios de evaluación</i>
-Adquirir mayor capacidad de control corporal y normalizar su tono. -Desarrollar su capacidad manipulativa -Mejorar el conocimiento y reconocimiento corporal. -Mostrar interés y curiosidad hacia estímulos que son necesarios para mejorar su bienestar personal y facilitar su adaptación social. -Interiorizar normas básicas de comportamiento y comunicación.	-Mejorar su tono y postura en sedestación. -Mejorar el tono de los segmentos superiores. -Mejorar la exploración táctil- háptica -Adquiera progresión de la prensión. -Localizar partes del cuerpo. -Progresión en la atención auditiva -Progresión en la atención olfativa/gustativa. -Comprender qué debe hacer y qué no.

Orientaciones metodológicas*Evaluación del niño*

.Observación directa

.Realizar comparaciones con escalas de desarrollo normal: Brunet-Lezine, Piaget.

Participación del niño

.Evitar la pasividad promoviendo la acción, juego, imitación de sonidos y gestos.

.Exigirle mayor autonomía

.Hay que darle tiempo de reacción y respetar su intencionalidad.

.Controlar conductas repetitivas (meterse la mano en la boca) que puedan interferir en el trabajo o dañar su integridad física.

Método

.Juego

.Estimulación vestibular, propioceptiva, vibratoria, táctil, auditiva y olfativa/gustativa.

.Refuerzo con alabanzas, aplausos y/o besos las conductas apropiadas. Es decir, si se queda quieto, si responde a nuestras peticiones, órdenes, etc.

.Contacto, toque y guía física junto con verbalizaciones.

.Estableceremos anticipaciones (con gestos o palabras), ordenes, prohibiciones

Plan de trabajo y Actividades

-Permanecerá sentado en el "tumble forms, le hablaremos de frente, desde los lados, detrás tanto para darle las órdenes, prohibiciones, anticipaciones como para designar a los objetos o las personas que interactúan con él.

-En forma de juego trabajaremos la disociación de brazos-manos y conocimiento corporal en sedestación o tumbado, para ello:



INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ EN UN CASO DE: AGENESIA DEL CUERPO CALOSO

- cruzaremos sus manos- brazos hacia los lados opuestos, darse abrazos. Aprovecharemos para coger objetos situados en el otro lado sobre una superficie, en el espacio o sobre su cuerpo.
 - sujetando una pica los brazos se mantienen separados del dorso, frente a él, para realizar movimientos de extensión y flexión (hacia el pecho- alejamos), hacia los lados, arriba- abajo etc.
 - movimientos de brazos alternados hacia arriba-abajo en extensión/flexión
 - flexionamos la muñeca arriba-abajo,
 - separamos los dedos uno por uno y los estiramos, haciendo abertura de mano.
- Realizaremos la tracción hacia delante, de tumbado a sentado con apoyo, en codo y después mano.
- Cuando esté sentado, con apoyo y con las piernas cruzadas, procuraremos que no se deje caer hacia atrás apoyando su peso sobre los brazos y manos. Alabaremos si lo hace bien y si lo hace mal se lo haremos saber, poniendo voz seria y manteniéndonos firmes.
- Cuando estemos sentado en el aparato vestibular (con movimientos rectilíneos y angulares) procuraremos que se mantenga recto y con las manos agarradas a las cuerdas en rotación externa o apoyado. Realizaremos balanceos hacia delante- atrás, lados y en rotación, de forma pausada, compensando los desequilibrios de cabeza y tronco.
- Al trabajar el esquema corporal lo haremos con el niño tendido o sentado, tanto como juego, canciones o en el cambio de pañal o desvestido-vestido. Llevaremos sus manos hasta donde permita su extensión para realizar toques continuos a lo largo de las extremidades, cara y otras partes del cuerpo con verbalizaciones.
- Emplearemos nuestras manos, guantes, pañuelos, pelotas, etc. que estimulen las sensaciones propioceptivas en sus extremidades, primero se realizará en un hemicuerpo y después en el otro. Podemos apoyar la guía con objetos vibratorios.
- Realizamos puntos de contactos a lo largo de su cuerpo pero principalmente cara de forma guiada y tocando la nuestra. Realizaremos toques por sorpresa y de manera anticipatoria.
- Trataremos que voluntariamente se toque las partes del cuerpo nombradas, en caso contrario le guiaremos la mano al lugar indicado.
- Ayudaremos a realizar respiraciones por la nariz y a expulsar el aire por la boca, contando 1,2,3 con variaciones rítmicas. Realizaremos la acción directamente cerrando y abriendo los orificios nasales y boca. Le recrearemos la situación para que se oiga y siente los cambios.
- Emplearemos estímulos olfativos/gustativos como rotuladores de olores, colonias, pinturas de dedos... para promover su curiosidad, sus sentidos e introducir cambios en las reacciones angulares de cabeza, además de tomar contacto con su cuerpo (nariz, boca).
- Los estímulos *auditivos y/o vibratorios* primero se presentan a un lado u otro y después rozará su mano para que coja al contacto. Emplearemos verbalizaciones (izquierda- derecha, arriba-abajo...) para apoyar el movimiento.
- Jugaremos con sus manos en un punto medio, dando palmadas, cruzando los dedos.
- Variaremos los sonidos para ver si reacciona, por ejemplo se queda quieto o se sobresalta. Trataremos que lo manipule y observaremos su agrado o desagrado.
- Cuando coja un objeto que se le ofrezca dirigiremos su manipulación si este fuera nuevo, indicándole verbal como gestualmente la funcionalidad del mismo: tirar de un guante, sacar un collar de un recipiente, hacer barrido en un juguete antes de pulsar un botón, apretar un sonajero, golpear una pandereta, quitarse una prenda de la cabeza, etc.
- Si tiene un objeto en la mano le animaremos o guiaremos para que lo pase de una mano a otra y, en función del juguete que sea, trataremos que lo golpee en sentido horizontal, ejemplo: pandereta.
- Igualmente si al sostenerlo se le cae, animaremos a que lo busque sobre su pecho, barriguita, silla, etc., eso sí próximo a su cuerpo para que lo sienta llevándole la mano si fuera necesario.



NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. CALIDAD DE VIDA Y SOCIEDAD ACTUAL

-Establecer órdenes, peticiones, reprimendas, halagos, etc. procurando que todas ellas sean inmediatas a su conducta para favorecer su aprendizaje.

-Hacer el saludo y despedida cuando llegue o se vaya, para ello le moveremos el brazo derecho en sentido ascendente- descendente, aprovechando que suele hacer este gesto. Trataremos que lo haga en el momento adecuado pidiéndoselo verbalmente o moviéndoselo si se muestra pasivo. Si lo realiza fuera de contexto y, sin objeto de por medio, se lo recordaremos.

-Debemos pedirle que nos responda, dándole tiempo e incluso iniciando la emisión vocálica para que imite. Reiremos también con él tanto si lo hace espontáneamente como si lo merece la situación.

-Jugaremos para conseguir que se quede quieto breves segundos. Cuando esté sentado con apoyo tanto en colchoneta como tumble, le sujetamos y contamos 1, 2,3, marcando el ritmo sobre su cuerpo o cerca de sus oídos. Para ello debemos de ir parando el movimiento de sus diferentes segmentos corporales y hacérselo saber. El tiempo que permanezca quieto hay que reforzárselo y aprovechar para pedirle que escuche, para leerle cuentos, cantar, relajarse,...

-Emplearemos el juego "¡cucú-tras!" para interactuar con él y cantar canciones populares ("cinco lobitos", "palmas- palmitas"...) o inventadas, marcando ritmos sobre él.

Ejecución

Estimular en el aula psicomotricidad, la sala multisensorial y columpios vestibulares en tres sesiones semanales de media hora, en el área de psicomotricidad. También recibe logopedia y fisioterapia junto con hidroterapia. Sería aconsejable la hipoterapia para mejorar su equilibrio y control postural.

CONCLUSIONES

Consigue un cierto dominio sobre su cuerpo, mejora la prensión de sus manos, identifica algunos objetos funcionalmente, pone más atención auditiva, toca espontáneamente partes de su cuerpo, es más receptivo aunque sigue el camino es lento. Conductual mejora con los contactos físicos.

A nivel Motor Grueso se mantiene segundos sentado con apoyo lateral y anterior de brazos, cruzándolos en ocasiones. Mejora su control de tronco y cabeza al incorporarse hacia delante de tumbado a sentado, traccionando con ambos brazos o uno de ellos mientras el otro hace el apoyo sobre codo y mano.

En definitiva, hay que seguir potenciando las conductas motrices de base.

A nivel Motor Fino se observan cambios positivos.

Tono muscular: Tendencia al puño pero permanecen más tiempo semiabiertas. No hay total oposición del pulgar.

Movimientos de las manos: Es más habitual verlas en continuo movimiento, inestables que actúan en paralelo aunque con diferencias.

Mayor fuerza en mano derecha

La movilidad de sus manos es palmar sus dedos adquieren cierta separación.

Ejecución de tareas: De acuerdo a su edad no realiza tareas eficaces y su coordinación bimanual es aún rudimentaria (con tendencia a la simetría) pues destaca cierta independientemente entre ellas pero con puntos en común: tocar/curiosear y sujetar, que puede llevar a confusión teniendo en cuenta su agenesia.

En la práctica, suele dirigir las dos manos hacia el objeto, en ocasiones va la izquierda sola y en otras la derecha. A la izquierda le gusta tocar, coger lo que hay en la derecha si previamente se puso en ella el juguete. Es la que tiene más retracción, aunque se maneja muy bien y es más curiosa. Además es la que suele pasarle los objetos a la derecha o quitárselo





INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ EN UN CASO DE: AGENESIA DEL CUERPO CALOSO

La derecha, por su parte tiene mejor postura y agarre, suele sujetar el objeto para que lo toque la mano izquierda y puede actuar sola sin que tenga que intervenir necesariamente la izquierda, según el juguete.

Se podría decir que la izquierda explora y la derecha ejecuta.

Por lo tanto, ambas se sienten próximas y al captar la presencia del objeto (por contacto) se aproximan de forma precisa y sin tantear.



Utilización de los objetos

Aunque su tendencia era utilizar la mayoría de los objetos de forma indiferenciada, haciendo las mismas actividades estereotipadas como golpear la mesa o su muslo en vertical, no siempre ocurre así. Para ello se hacía coincidir su movimiento con una acción determinada con un objeto (sonar una campana). Se varían los objetos para que agarre, golpee en horizontal, haga sonar en vertical, pulse, presione, ..., para observar si con los parecidos entre sí, emplea el mismo esquema.

Identifica perfectamente los objetos pues anticipa con algunos de ellos, ej.: el lápiz, que debe sujetarlo con ambas manos.

La realización de tareas aunque parezca mecánica se ha ido adaptando a la funcionalidad del objeto, aunque hay que seguir trabajando en progresión y reforzando los siguientes objetivos operativos:

Reforzar

- .Pasa un objeto de una mano a otra.
- .Golpear en sentido vertical
- .Coger un objeto en cada mano y ,
- .Golpear en sentido horizontal objetos sonoros: pandereta. **Esta es una acción que se está iniciando si tiene un solo objeto, pero tiene uno en cada mano no emite dicha función.*



Progresión

- .Definir lateralidad y coordinación ambas manos
- .Presionar en sentido horizontal variedad objetos sonoros (peluche de goma)
- .Arrastrar (cochecito).
- .Barrido-Pulsar



NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. CALIDAD DE VIDA Y SOCIEDAD ACTUAL

- .Utiliza el dedo índice para pulsar
- .Soltar (sin dejar caer)-Dar.
- .Dirigir objetos hacia otras partes del cuerpo.
- .Tocar más partes de su cuerpo

Exploración de objetos

No hay verdadera exploración de objetos pues no es con los dedos, aunque sujeta y toquetea "con ambas manos", sobre todo si es pequeño el objeto. Además puede quedarse quieto hasta que cae.

Lo destacable es que para el hecho en sí necesita de ambas manos sea buena o no la coordinación, por lo que rompe un poco con la teoría de la agenesia.

Por último, es significativo destacar que con la mano derecha se toca su cuerpo dirigiéndola más a la zona izquierda e intermedia (barriga y pilila) y superior (cabeza). Mientras que con la izquierda solo toca su mano o coge los objetos que, con contacto, se le orientan espacialmente.

A nivel Sensorial tras el intento de dar viabilidad a la capacidad visual, en las últimas intervenciones se ha priorizado la audición mediante la localización de sonidos y la orientación espacial, primero por sonido y después por contacto.

Ha mejorado la localización del sonido a través del tacto, antes se quedaba algo quieto cuando se le rozaba cada mano, ahora es más rápido en cogerlo en cuánto lo siente. Se comprueba que localiza con cada una de ellas, proyectando ambas manos a cogerlo, haya o no juguete. Igualmente hay que indicar que es más rápido en coger por el tacto que por el sonido o instrucción verbal.

A nivel conductual, su tendencia a meterse la mano en la boca, dar golpes, dejarse caer, etc., se mantienen como autoestimulaciones, controlables a través de la intervención directa, más que las verbalizaciones o mediante la ejecución de alguna actividad que rompa su rutina, cuando su interés e interacción ganen en protagonismo al cansancio o autoestimulación.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra, J. (1983). La organización psicomotriz y sus perturbaciones. Barcelona: Masson.
- Bueno Martín, M.; Toro Bueno, S. (1994): Deficiencia Visual: Aspectos psicoevolutivos y educativos. Ediciones Aljibe.
- Bueno Martín, y cols. Programa de estimulación visual básico. CAIVD, Málaga.
- Cobos Alvarez, P. (1998). El desarrollo psicomotor y sus alteraciones. Manuel práctico para evaluarlo y favorecerlo. Ediciones Pirámide.
- Conde Caveda, J.L., Viciano Garófano, V., (1997): Fundamentos para el desarrollo de la motricidad en edades tempranas. Málaga: Ediciones Aljibe.
- García Núñez, J.A.; Berruezo, P.P. (1994). Psicomotricidad y Educación Infantil. Madrid: CEPE.
- Lázaro Lázaro, A. (2002). Aulas multisensoriales y de Psicomotricidad. Zaragoza: Mira Editores.
- Macique Rodríguez, E.: Agenesia del cuerpo caloso. Su intervención a través de Hipoterapia. Ciudad Habana. Cuba. <http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/rehabilitacion-equino/agenesia.doc/>(Mayo 2008).

Fecha de recepción: 28 febrero 2009

Fecha de admisión: 19 marzo 2009

