



EL ARTE DE UNA CLÍNICA PSICOMOTRIZ

**LO TERAPÉUTICO EN EL
ABORDAJE PSICOMOTRIZ**

**Autora: María Isabel Gilardoni
Docente tutora: Lic. Alicia Viñas**

**Universidad de la República
E.U.TM. Paysandú
Licenciatura en Psicomotricidad**



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA UNIVERSITARIA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
LICENCIATURA EN PSICOMOTRICIDAD

Paysandú – Uruguay

Octubre 2014

Estudiante: María Isabel Gilardoni

Generación: 2006

Docente Tutora: Lic. en Psicomotricidad Alicia Viñas

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo que constituye una última instancia académica de la formación en la carrera de la Licenciatura en Psicomotricidad, y a su vez es requisito para la adquisición del título habilitante de la profesión, se transformó también en una tarea que aportó a mi crecimiento personal.

Acompañándome en el camino de la realización de este trabajo, han estado muchas personas, aquellas que forman parte del camino de mi vida.

En primer lugar debo agradecer a mi familia que siempre me apoya para que continúe creciendo en todos los aspectos de la vida, desde la distancia que existe entre Montevideo y Young.

Agradezco a mis amigos y compañeros que siempre estuvieron presentes, de una forma u otra, con un mate y alguna charla alentadora de por medio.

A cada uno de los docentes que estuvieron durante los diferentes momentos de mi formación universitaria; los que con sus saberes aportaron elementos importantes, que hoy constituyen las bases de mi posicionamiento como estudiante, desde lo ético, lo actitudinal y lo personal, muchas gracias. Particularmente debo agradecer a la Psicomotricista Alicia Viñas, que desde el momento que aceptó la tutoría de este trabajo estuvo presente con la respuesta justa en cada momento.

A las personas que desde su profesión tomaron su tiempo para responder a mis dudas, a mis incertidumbres, a aquellos que desde aportes por mails estuvieron muy presentes y a los que abrieron las puertas de su casa para recibirme.

Debo agradecer también a la Universidad de la República, por proveer de las carreras con las que hoy contamos para formarnos y con los recursos que administra para que podamos obtener de la mejor manera como estudiantes lo que haga falta.

RESUMEN

Este trabajo monográfico, desarrolla elementos y aspectos del abordaje clínico en Psicomotricidad, para describir *lo terapéutico de esta área de intervención*.

La consideración sobre qué es lo terapéutico en Psicomotricidad es diversa y modificable. Por ello, se delinear los componentes que atraviesan la construcción continua del abordaje clínico en esta disciplina.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN	3
ÍNDICE	4
INTRODUCCIÓN	5
1. UN BREVE ACERCAMIENTO A LO PROPIO	
1.1 La historia construye.....	8
1.2 La Psicomotricidad como disciplina.....	11
1.3 “Lo clínico” desde una relación entre los cuerpos.....	13
2. EL EJE DE LA INTERVENCIÓN EN PSICOMOTRICIDAD	
2.1 Cuerpo “psicomotriz”.....	17
2.2 Función, funcionamiento, funcionalidad.....	21
2.3 Proceso de constructividad corporal.....	23
2.4 Esquema corporal e imagen corporal.....	27
3. ABORDAJE PSICOMOTRIZ EN CLÍNICA	
3.1 La mirada en la Clínica psicomotriz.....	31
3.2 ¿Qué es lo terapéutico del abordaje psicomotriz?.....	34
4. BOSQUEJANDO CAMINOS	
4.1 Una formación continua en la construcción del quehacer profesional.....	41
4.2 Una mirada particular: reflexiones de una estudiante.....	45
BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS	56

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo corresponde a la Monografía final de la Licenciatura en Psicomotricidad, de la Universidad de la República, Escuela Universitaria de Tecnología Médica. Este es requerimiento final de la disciplina, para acceder al título habilitante de la profesión.

La elección del tema tuvo su origen en el pasaje por la facultad, en la experiencia brindada por los diferentes marcos de formación de la carrera. Dejaron su impronta con fuerza, las materias de 4to. Año: Diagnóstico y tratamiento del ciclo vital y Clínica del Lactante; allí surgieron las primeras incertidumbres acerca de la clínica psicomotriz.

Se evidenciaban en este marco educativo-asistencial, diferentes encuadres, características de los procesos terapéuticos, elementos en los diagnósticos, consideraciones sobre el objeto de estudio (cuerpo), caminos sugeridos, objetivos perseguidos, motivos de consultantes, edades de los consultantes, entre otros. La gran diversidad de estas instancias, despertaron la curiosidad y la intención de profundizar en esta área de abordaje.

Cada uno de estos marcos presenta sus particularidades en función de elementos que hacen a la organización de los mismos (derivaciones, orígenes de las derivaciones, motivos de consulta, edades de los pacientes, características de la institución) pero principalmente tiene sus propias características por los elementos que corresponden a las individualidades y diferentes *“posicionamientos” clínicos* que posee cada profesional en el desempeño de tan compleja labor. Lo esencial en el abordaje clínico es el posicionamiento de cada Psicomotricista, su enfoque psicomotor y además la singularidad que presenta cada situación, más allá del dispositivo en el que se realice la intervención.

La intervención clínica que se realiza es diferente porque la intervención es única en cada situación, con cada paciente en particular; los profesionales son personas diferentes que construyen y reactualizan constantemente su posición clínica a través de la continua formación teórica, práctica y personal, conformándose así posicionamientos clínicos distintos. Por esta razón, la visión sobre qué es lo terapéutico en este abordaje, será diverso y actualizable.

La construcción de un abordaje clínico, significa una tarea muy importante, dado que permite reactualizar constantemente la especificidad y los fundamentos de la disciplina. Esto promueve que la **Psicomotricidad** crezca a través de una lucha por su conocimiento y reconocimiento.

Los cambios culturales promueven nuevas consideraciones acerca de las prioridades de cada sociedad. En estos cambios, las nuevas acepciones que van surgiendo acerca del *cuerpo, como objeto de estudio de la Psicomotricidad*, reactualizan las miradas sobre lo terapéutico en el abordaje psicomotriz.

Teniendo en cuenta este lineamiento, se considera pertinente nombrar este trabajo ***“El arte de una clínica Psicomotriz”***.

Para abrir el espacio a la reflexión sobre la temática central, se desarrollan: la historia de la Psicomotricidad, una concepción actual de ésta como disciplina, la clínica en función de la relación entre los cuerpos, el concepto de cuerpo para la Psicomotricidad, la distinción entre función y funcionamiento, el proceso de constructividad corporal y acepciones de esquema e imagen corporal. También se describen, la mirada en el abordaje clínico en psicomotricidad y elementos de la formación permanente del profesional.

La realización de este trabajo se basó en la búsqueda y revisión de bibliografía relacionada con la temática, en entrevistas realizadas a Licenciados en Psicomotricidad, y en la reflexión de los elementos presentados.

Las ideas se disponen en un orden que intenta facilitar la comprensión del lector.

Se espera que la creación de este material sea enriquecedor y una herramienta para continuar profundizando en el conocimiento de este campo de intervención.

Para la realización de *citas y referencias bibliográficas* se ha utilizado la guía de normas APA, 2° edición (Buenos Aires, 2010).

“Todo escrito científico es, de alguna manera, exposición ordenada de un trabajo previo de investigación (Sabino, C., 1994)” (Valle, P. y Ander-Egg, E., 1997, p., 79)

¿Qué es lo terapéutico del trabajo psicomotriz, desde la complejidad de las corrientes teóricas en interacción con las subjetividades de quienes frente a ellas se posicionan?



1. UN BREVE ACERCAMIENTO A LO PROPIO

1.1 La historia construye

Es importante desarrollar brevemente la historia y evolución del campo psicomotor para comprender las concepciones con las que hoy cuenta la Psicomotricidad. Es en los acontecimientos de la historia, que la Psicomotricidad logra construir su identidad.

Conocer las raíces de la disciplina, permitirá comprender aspectos de su *especificidad*, fundamentar la praxis, y posicionarse de una forma auténtica al trabajar.

Para comprender la historia de la Psicomotricidad y los conceptos actuales, se debe entender el cuerpo (objeto de estudio de la Psicomotricidad), como una construcción simbólica, social y cultural, que se trasmite y se modifica generacionalmente. Los cambios en la relación del hombre con su cuerpo a lo largo de la historia, influyen en la concepción que se considere acerca del mismo, y ello va a delinear el enfoque de la disciplina.

“...la historia de la psicomotricidad es solidaria de la historia del cuerpo”.
(Levín, E., 1991, 20)

En los comienzos se ubica la medicina con su *esquema “anátomo-clínico”*, ésta intentaba correlacionar cada síntoma con una lesión identificable, sin tener demasiado éxito al hacerlo. Ya en el siglo XIX, se constataban disfunciones graves donde el cerebro no se encontraba comprometido.

Paradójicamente, es a partir de este esquema médico (particularmente neurológico), que surge la palabra psicomotricidad, en esta búsqueda de correlacionar síntomas del cuerpo con lesiones cerebrales.

En 1925, Wallon, H., integró su *concepción acerca del movimiento humano*; este autor describe al movimiento como el instrumento que constituye el mismo aparato psíquico, es decir, relaciona la motricidad con el carácter, el movimiento con lo afectivo, con lo emocional, con el medio ambiente y con los hábitos del niño. A partir de la repercusión de estos planteos, se estableció en la práctica psicomotriz un primer momento en donde se correlacionan la *debilidad mental con la debilidad motriz*.

Se concretó la práctica psicomotriz con Edouard Guillman en 1935, quién creó un nuevo procedimiento al cual se conoce como *Reeducación Psicomotriz*, continuando la línea de los planteos de Wallon, H.

Entre 1947 y 1948 Julián de Ajuriaguerra y R. Diatkine toman el término *debilidad motriz*, delimitándolo como un síndrome con características propias.

En esta etapa se tenía en cuenta el proceso de aprendizaje como algo mecánico, como el resultado del ejercicio de las funciones orgánicas. Se consideraba lo genético como el determinante específico de dicho proceso.

Al no poder dar respuesta a los factores psicológicos, relacionales y emocionales, es que se va dando paso a la *Terapia psicomotriz*. Allí la psicología genética comienza a valorar la dimensión subjetiva e intersubjetiva de los procesos de aprendizaje.

Wallon, H. y Piaget, J., introducen la importancia de la *función del cuerpo en el desarrollo del pensamiento y del carácter*. Estos autores introducen la importancia de la experiencia; otros tuvieron la necesidad de esclarecer la complejidad de las funciones neurológicas. A partir de ello plantean que no se puede hacer una disociación de la estrecha relación entre lo psicológico y lo neurológico. “«desde los fenómenos más elevados del deseo y del querer hasta las organizaciones más sencillas están enlazadas con las vías finales comunes a través de las cuales se realiza la función» (de Ajuriaguerra, J., 1971)” (Richard, J., Rubio, L. y cols., 1996, p. 49)

Aquí la práctica psicomotriz contaba con actividades “impuestas” o planificadas por el psicomotricista, sin tener en cuenta el deseo y la necesidad del niño. Las dificultades que esto representaba, hizo que la disciplina comenzara a estudiar y a acercarse a la *Psicología*, para ver qué se podía hacer al respecto.

La Psicomotricidad va distanciándose cada vez más de esta postura reeducativa. Por la década de los 70, autores como Bergès, J., Jolivet, B., Launay, C., Lebovici, S. y Diatkine, R., comienzan a ocuparse del *cuerpo en su globalidad*, dejando a un lado el interés por las técnicas de aquella ejercitación que venía teniendo lugar.

Además de la psicología genética, tuvo sus contribuciones la *metapsicología psicoanalítica*. Mediante estas influencias es que surge una nueva interpretación de la reeducación: la psicomotricidad.

Al presentarse como una disciplina más dinámica, y al concederle más valor a lo adquirido, al diálogo y al afecto, los límites de la Psicomotricidad se tornan más nebulosos.

De Ajuriaguerra J. (1984) en su concepción, plantea que los trastornos psicomotores “...oscilan entre lo neurológico y lo psiquiátrico” (Levin, E., 1991, p. 24). Es así que se abren nuevos campos de intervención, surgiendo enfoques

terapéuticos que dan mayor importancia a los aspectos adquiridos, es decir, psicológicos y sociales, de los trastornos del comportamiento.

La Psicomotricidad al realizar todo este recorrido, logra ir diferenciándose de otras disciplinas por lo que va adquiriendo independencia y especificidad. Se detallan trastornos propiamente psicomotores, y se crea un examen propio, con pruebas y una metodología diagnóstica.

Aquí comienzan a mencionarse autores del *psicoanálisis*, destacándose una mayor importancia a lo relacional, a la afectividad y a lo emocional.

Al mismo tiempo, se intenta romper con la subordinación entre neurología y psiquiatría; se suman reflexiones acerca de los conceptos de esquema e imagen corporal anteriormente planteados por la neurología, pero con explicaciones más complejas.

En los últimos 15 años comienzan a introducirse conceptos como transferencia, inconsciente, imagen corporal, entre otros. De todas maneras las concepciones desde el Psicoanálisis sobre estos temas del cuerpo, siguen teniendo una perspectiva diferente. El psicoanálisis busca el “des-estancamiento” de una función del cuerpo, a través de una interpretación de la misma, en base a la transferencia que se genera en la instancia clínica.

Es así que surge la necesidad de *diferenciar las teorías acerca del cuerpo desde el psicoanálisis y desde la psicomotricidad*, tomando ésta última otros caminos.

De todas maneras la Psicomotricidad es una disciplina que surge sustentada en diferentes puntos de apoyo. Es difícil pensar la Psicomotricidad sin el sostén de otras disciplinas, ya que su autonomía se construye continuamente junto con la evolución de las mismas. ***“La teoría genética de la inteligencia, el psicoanálisis, juntos con los aportes de la neurofisiología, son las bases fundamentales sobre las cuales se apoya la práctica psicomotriz”*** (Calmel, D., 2001, p. 41)

Si bien la Psicomotricidad se encuentra entre varias fronteras disciplinares, Calmels Daniel insiste en la necesidad de seguir construyendo un **discurso y una semiología psicomotriz propia** sin ser hablado por otros. Y como dice Fernández, A., (2001) “...saboreamos-gustamos de tener esos orígenes que, sabemos, se producen siempre y en cada momento y no sólo una vez en sus pasados” (p. 11). Esta constitución de la Psicomotricidad, apoyada en la evolución y contradicciones con otras disciplinas, hace que vaya discutiendo sus fundamentos constantemente, para madurar y reorganizarse.

En esta etapa la Psicomotricidad adquiere una visión más integral del individuo y amplía su mirada. Logra definir su especificidad, al delimitar el marco conceptual, la fundamentación de la práctica en relación con la teoría y la definición de su campo de intervención.

Por su historia, es que en la Psicomotricidad, se encuentran varios conceptos y *posicionamientos clínicos*, que varían del momento histórico en el que se encuentren, de las preferencias de los profesionales, de la formación de cada uno, entre otros.

Comienzan a distinguirse diferentes líneas dentro de la disciplina, algunas más orientadas hacia el psicoanálisis, y otras donde el aporte de las neurociencias tiene mayor influencia. Es así, que en la Psicomotricidad coexisten diversas direcciones de trabajo.

Existe una gran flexibilidad en el accionar del Psicomotricista, es decir, el posicionamiento que pueda adoptar a la hora de realizar cada intervención, será variado y flexible, según el sustento teórico, las elecciones personales, la formación y la experiencia.

1.2 La Psicomotricidad como disciplina

La psicomotricidad es una disciplina cuyo objeto de estudio es el cuerpo, con una concepción propia acerca del mismo.

Plantea una concepción de cuerpo, que intenta romper con la concepción dualista del ser humano, presente desde los planteos de Descartes. El dualismo cartesiano concibe al ser humano, compuesto por dos partes: cuerpo y alma.

“La mentalidad dualista nos ha acostumbrado a la idea de que el ser humano tiene un cuerpo, como si ello fuera algo accesorio, sin considerar que nuestro cuerpo está siempre presente, de manera inequívoca (Berruezo, P., 2000)” (Murcia, 2003, p. 1)

La psicomotricidad, intenta poner en relación dos elementos: lo psíquico y lo motriz. Se refiere al movimiento, pero desde su vinculación con lo psicológico, con una conexión que supera lo puramente biomecánico.

Según Berruezo P., la Psicomotricidad no se ocupa, pues, del movimiento humano en sí mismo, sino de la comprensión del movimiento como factor de desarrollo y expresión del individuo en relación con su entorno.

Desde esta acepción lo que pone de manifiesto es la inadecuación de esta concepción dualista, del cuerpo máquina gobernado por una entidad superior (psique).

“La Psicomotricidad es, entonces, la disciplina que estudia al hombre desde esta articulación intersistémica decodificando el campo de significaciones generadas por el cuerpo y el movimiento en relación y que constituyen las señales de su salud, de su desarrollo, de sus posibilidades de aprendizaje e inserción social activa; y también las señales de la enfermedad, de la discapacidad y de la marginación (Chokler, 1988)” (Danderfer, R., Montenegro, A., 2012, p. 178)

Para Calmels, D. (2003) *“La psicomotricidad, (...) es una disciplina que se autodefine cuando toma como objeto particular de estudio el cuerpo y sus manifestaciones. Se interesa por la construcción del cuerpo y sus manifestaciones, así como también de sus alteraciones”* (p. 15)

Las producciones o manifestaciones que interesan a la Psicomotricidad son aquellas del cuerpo, que se inscriben en los aspectos tónico-pósturo-motrices (tono, postura y movimiento). Si bien el movimiento, es una manifestación más fácil de percibir para valorar, las diferentes posturas y estados tónicos constituyen una producción del cuerpo, fundamental para el campo de la Psicomotricidad.

“...los psicomotricistas ubicamos al tono en su doble función de expresión y recepción, campo de donde emerge la postura y la motricidad, poniendo en evidencia no sólo la calidad del equipo neurobiológico, sino también los avatares de la presencia del cuerpo del otro en el propio cuerpo (Bergès, J., 1982)” (Rodríguez, M. y otros, 1997, p. 19)

Estos elementos (tono, postura y movimiento) se fundan en el **Proceso de Constructividad corporal**, y comprender dicho proceso es la clave para comprender la práctica Psicomotriz. En este proceso, se considera el tono muscular, base para la construcción de un cuerpo global y relacional.

“La práctica psicomotriz con seguridad se acerca al cuerpo y a su gestualidad (mirada, mímica, praxias, actitud, etc.) y contextúa estas producciones en los fenómenos vinculares, en los aprendizajes, en la relación con el espacio y los objetos. Sobre la gestualidad del cuerpo en el espacio y el espacio del cuerpo gestual, recae aquí la mirada” (Calmels, D., 2001, p. 51)

La disciplina plantea una mirada integral de la persona, priorizando su historia afectiva y su situación actual. Tiene como finalidad conocer al sujeto en relación, desde la expresión de su personalidad, y recibirlo desde un lugar de seguridad y confianza.

La finalidad de la intervención psicomotriz es favorecer el despliegue de las capacidades del niño, el desarrollo psicomotor lo más armónico posible y el placer de vivir su cuerpo para sí mismo y con el entorno. Entendiendo al cuerpo como lugar de placer, de comunicación y de conocimiento.

1.3 “Lo clínico” desde una relación entre los cuerpos

Se ha descrito desde los conceptos de la Psicomotricidad, que en la actualidad se considera, el abordaje del *cuerpo en relación*.

Esta parte, expone cómo se ha llegado a esta mirada sobre el cuerpo, desde el análisis de la *evolución* de las características existentes en el espacio de la atención profesional médica.

Si bien la Psicomotricidad surge del ámbito médico, la historia de ésta como disciplina, tiene una estrecha relación con la historia de la concepción del cuerpo. Es decir, esta disciplina ha “evolucionado” en función de los cambios de la concepción de cuerpo que se han venido dando, en el transcurrir de las diferentes épocas.

Calmels, D. (2013), relata de forma muy interesante en un capítulo de su libro *Fugas*, la evolución de la concepción originaria de la clínica, desde el análisis de la posición, la postura y la actitud corporal del profesional y del paciente, y de los medios a través de los cuales se posibilitaba la tarea.

En los comienzos, los profesionales sólo accedían al cuerpo del enfermo a través de la visión, órgano que funciona a la distancia y sobre lo dispuesto en la superficie. Se observaba desde cierta distancia el cuerpo del enfermo, que era colocado a los pies del profesional.

La relación entre el cuerpo del profesional y el cuerpo “orgánico” del paciente se marcaba por la existencia de una distancia tal que el profesional no tocaba al paciente.

El médico no se inclinaba, para no comprometer su posición de privilegio y saber.

Se requirieron cambios fundamentales en la concepción del cuerpo y de la enfermedad para que se desarrolle una clínica médica; la necesidad de acceder al cuerpo del enfermo y, por ende, *inclinarse* sobre él.

Tal es la importancia de esta práctica en aquel momento, que el término clínica proviene de *klinikós*, nombrando así a la práctica de atender a los pacientes en su cama, derivado de *kliné*, ‘cama’, y éste a su vez de *klinó*, ‘inclino’.

De esta necesidad de acercamiento surge la camilla, para que el cuerpo acostado y elevado, facilitara el examen médico.

En esta clínica médica, hay un acercamiento, un cambio de posición del médico, donde necesita tocar, oír, palpar, para poder realizar su análisis. Aparece una ligera aproximación, la necesidad del contacto solo para llevar a cabo el diagnóstico y tratamiento.

Aquí la clínica, tiene su viraje en relación al cuerpo del paciente, pero aún no se tiene en cuenta lo que genera la presencia del profesional al paciente.

Para el correcto desempeño de la práctica médica, el profesional no debe dejarse “atrapar” por el cuerpo del paciente.

Por otro lado, Freud con su teoría del Psicoanálisis, inaugura una “segunda” clínica, que se puede denominar clínica psicológica, donde comienza a tener en cuenta lo que se genera entre el paciente y el médico cuando la mirada de este último está presente. Para este autor, dicha característica obstaculiza el tratamiento, dificultando el logro de los objetivos y los resultados del abordaje psicoanalítico.

Para que la presencia del otro no se interponga en el surgimiento de ideas y pensamientos (elementos esenciales para su tratamiento), Freud considera que se debe ubicar al paciente en un lugar donde no pueda mirarlo ni tocarlo.

Freud no introduce cambios en relación a la posición del paciente, ya que éste continúa en una posición horizontal. Esta vez en un diván y no en la cama o en una camilla, pero para que estando más cómodo se pueda acceder a una mejor respuesta.

Por otro lado deja de contemplar la necesidad de tocar o palpar al paciente, al plantear que su tratamiento apunta a aspectos psíquicos y ya no orgánicos de la persona, donde lo esencial es el efecto de la palabra. Es este el gran cambio con respecto a la clínica médica, la inclinación por el psiquismo y ya no por el organismo.

“Una tercera clínica se articula alrededor del cuerpo y la mirada. A diferencia de una clínica orgánica y de una clínica psicológica, podemos hablar de una clínica corporal (Calmels, D., 2013)” (Lesbeguiris, M., comunicación personal, enero 31,

2014).

Esta clínica, ubica al cuerpo desde la relación con el otro, tomando lo que surge allí, como elemento fundamental para comprender a la persona.

El cuerpo además de ser objeto de estudio se constituye en una herramienta de trabajo. El profesional pasa a considerar imprescindible la participación del cuerpo en relación, para realizar su abordaje.

Aquí el profesional, se deja influir por lo que el paciente genera en él, tornándose también esto, una herramienta más para llevar adelante los objetivos de su intervención.

La Psicomotricidad, entre otras disciplinas es modelo para esta clínica.

“Lo particular del abordaje psicomotor es interpelar al cuerpo comprometido en una relación, un cuerpo envoltura, un cuerpo que es límite entre el exterior y el interior (Bergès, J., 1973)” (González, L., 2009, p. 29).

“El profesional de la clínica corporal con niños se posiciona de tal forma que no puede prescindir del cuerpo puesto en la relación (Calmels, D., 2013)”

(Lesbegueris, Mara, comunicación personal, enero 31, 2014)



2. EL EJE DE INTERVENCIÓN EN PSICOMOTRICIDAD

2.1 Cuerpo “psicomotriz”

Dada la complejidad de la concepción del cuerpo que la Psicomotricidad sostiene, es fundamental mencionar de qué cuerpo se habla en esta disciplina.

Este punto es fundamental para comprender y sustentar la práctica psicomotriz en todas sus áreas.

Según Leticia González (1997): el saber sobre el cuerpo, se trata del “Conjunto de representaciones y de significantes que adquieren sentido a partir del modo con el cual se nombra, se entiende, se describe, no solo a la enfermedad sino también la naturaleza de la vida y de la muerte” (p. 139)

Frente a la constitución de la Psicomotricidad, en relación con los aportes de otras disciplinas pertenecientes a la ciencia médica, se pretende romper con la predominancia del saber uniforme acerca de un cuerpo empírico y objetivable.

El lenguaje de la Psicomotricidad, ha evolucionado, construyendo sus propios conceptos y formas de concebir aquellos modelos médicos originarios, pero sin dejar de lado la comprensión de los mismos, para poder trabajar en interdisciplina, con la importancia que esto tiene en la actualidad.

Con la finalidad de delimitar el campo del cuerpo que compete a la Psicomotricidad, Calmels Daniel establece una distinción entre *cuerpo* y *organismo*.

En su comparación, Calmels, D. plantea que el cuerpo trasciende el organismo a partir de la acción, refiriéndose al cuerpo como el que aprehende el mundo que lo rodea. Ubica al organismo en una dimensión anatómica, de sensibilidad y referida a la función, y le atribuye al cuerpo la dimensión de la percepción, de funcionalidad, integrando a la misma los afectos, la emoción, la relación y lo vincular.

Ejemplificando estas conceptualizaciones, Calmels D. plantea, que al organismo le competen la vista, el tacto, el gusto, los olores, la postura, y al cuerpo le son propios la mirada, el contacto, el sabor, el aroma y la actitud postural respectivamente.

El *aspecto vincular*, que le compete al cuerpo, concluye o se puede describir en la existencia de un proceso, que dará paso a un cuerpo con un funcionamiento, con un aspecto tónico-postural.

Paín, Sara (s.d.) plantea que “El organismo sería al cuerpo lo que un aparato registrador es al instrumento musical. El organismo puede funcionar según un programa ya grabado, el instrumento musical se presenta como la posibilidad de una combinatoria

casi infinita, en la cual hay un margen, aun cuando la partitura fuera idéntica, de creación y de modulación personal...” (Calmels, D., 2003, p. 17).

El cuerpo acumula experiencias y adquiere destrezas (hecho que lo distingue en su aspecto “original”, único y singular), y el organismo repite y trae lo que la especie humana brinda como tal.

El interés de la Psicomotricidad se encuentra sobre este cuerpo (distinto del organismo), sus relaciones y sus producciones, sin dejar de lado la conciencia sobre ese organismo, imprescindible para su construcción.

Al decir de Calmels, D. (2001): “por el cuerpo de otro nos apropiamos del organismo, construyendo un cuerpo propio” (p. 33).

El cuerpo resulta de una construcción, que implicará el pasaje del organismo al cuerpo, de la función al funcionamiento y de lo tónico-emocional a lo tónico postural. Para explicarlo de otra manera, Jean Bergès, en un ejemplo dice: “...la diferencia que hay entre déficit y torpeza. En un caso, se trata del equipo neurobiológico mismo y en el otro, del funcionamiento de ese equipo (Bergès, J., 1974)” (Calmels, D., 2001, p. 30).

Bergès J. manifiesta la distinción entre *función* y *funcionamiento*, ya que el déficit presente afecta al órgano y compromete la función, y la torpeza compromete el funcionamiento. Con esto aclara, que a la psicomotricidad le compete la comprensión de la torpeza y no del déficit, por lo tanto, se ocupa del cuerpo y no del organismo.

Se puede pensar en la existencia de un cuerpo “orgánico”, que es el que interesa principalmente a la medicina como tal (con su anatomía y su funcionamiento, que hace referencia a la especie), y a su vez distinguir otro aspecto que va más allá, que tiene relación con el cuerpo que pertenece a alguien, con el sujeto que llega a poseer ese cuerpo, que a su vez es cuerpo mismo.

Los aportes del Psicoanálisis plantean desde su concepción y desde su inclusión de lo inconsciente en el ámbito psicomotor, la posibilidad de diferenciar el cuerpo en tres aspectos: *real*, *simbólico* e *imaginario*. Es decir, que el cuerpo humano es real como tal, que es a su vez simbolizable y en consecuencia posible de ser representado imaginariamente.

El cuerpo es atravesado por el *lenguaje*, por lo que puede existir fuera de su pura carne (consistencia), y tomar una posición inscripta por el deseo y la simbolización del otro. Cuerpo que no se puede pensar por fuera del lenguaje que lo constituye en simbólico e imaginario además de real, y tampoco fuera de la relación con el otro.

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

Los planteos de Sigmund Freud demuestran que el cuerpo no es un ente empírico objetivo, ni dado a ver de una vez y para siempre, sino que el cuerpo se construye en *relación al otro*, configurado por historias, demarcaciones, mitos, deseos y representaciones.

El cuerpo “psicomotriz”, se construye en función de las demarcaciones de otros que van delineando y habilitando o por el contrario imposibilitando dicha conquista, proceso que se encuentra teñido por la impronta de la cultura.

La inscripción de lo simbólico e imaginario que va surgiendo en el desarrollo, en el vínculo con el otro, habilita la construcción de ese cuerpo. Ese otro, a su vez posee deseos que deposita en este proceso y hace nacer el deseo en ese cuerpo que se está construyendo.

La existencia de estos deseos permite simbolizar ese cuerpo, siendo ésta la causa que permite diferenciar el cuerpo animal del cuerpo del ser humano, permitiéndole a éste último su inclusión en la cultura.

Esta simbolización que habilita o no una sana constitución del cuerpo es lo que permite diferenciarse del mero “cuerpo-organismo”.

En acuerdo con estas consideraciones del cuerpo, Bergès, J. habla del mismo, desde su doble vertiente. Menciona que el cuerpo es “receptáculo”, para explicar, que el mismo surge de la inscripción de las significaciones determinadas por los deseos del otro, y al mismo tiempo expresa que el cuerpo es “expresivo”, porque influye en su entorno.

Bergès se refiere a esto, para explicar que el cuerpo existe con algo adentro, con respecto al cual el exterior actúa.

“Nuestro cuerpo no es nada sin el cuerpo de otro, cómplice de su existencia. Es con el otro con el que se ve y se construye en la actividad de los sistemas que le son ofrecidos por la naturaleza, en la intimidad de este espejo reflectante que es el otro y que hace de nosotros un ser singular.”(de Ajuriaguerra, J., 1971, p. 09)

“...hay un VOS y un YO, por lo tanto YO puedo necesitar de VOS y VOS de MI” (Brukman, S., 1997, p. 75)

El cuerpo es receptáculo, porque va siendo habilitado por los contenidos mentales o psíquicos, que irán surgiendo en la interacción con el otro.

El surgimiento de este cuerpo requiere de un proceso, en donde es necesario que el bebé cuente con un entorno habilitante que lo estimule. Este proceso o apropiación, se conoce como “proceso de constructividad corporal” (término utilizado por Leticia González), e incluye el desarrollo de *integración somato-psíquica*.

“El cuerpo no solo participa por el funcionamiento de sus funciones, sino también en la palabra, empezando por el grito. Los órganos de fonación, la boca, la lengua, la tráquea, la respiración, son tomados en esta emisión de voz, en este llamado, que sólo es llamado en la medida en que se le responde; sino, regresa al silencio y deja de tener sentido, pero la respuesta debe ser una palabra, una mirada, un gesto, y en este momento se transforma en una demanda. Esta demanda supone que se le responda con un don, que no es un objeto de necesidad, sino de amor (Dr. Jean Bergès, 1987)”

(Aragón, R., 1997, p. 65)

“Finalmente, lo que nos parece actualmente ser el núcleo más profundo de la personalidad, toda una problemática fantasmática, ligada a la vivencia imaginaria del cuerpo en su relación con el otro y con el mundo. Un imaginario inconsciente que condiciona toda la vida relacional” (Lapierre A., Aucouturier, B., 1980, p. 60)

En el proceso de Constructividad corporal, André Lapierre y Bernard Aucouturier, describen en el cuerpo tres niveles, que corresponderían a un cuerpo instrumental, a un cuerpo cognitivo y por último a una organización o cuerpo tónico.

El primer nivel (instrumental) estaría vinculado al equilibrio, a la coordinación general y a la lateralidad, entre otros.

El nivel cognitivo tiene relación con la motricidad voluntaria, las experiencias sensoriomotrices y perceptivomotrices, incluyendo el cuerpo propio, el esquema corporal, la organización y estructuración espaciotemporal.

Por último el tercer nivel, de organización tónica, estaría referido a lo involuntario, a lo espontáneo, sería parte constituyente de la vivencia afectiva y emocional, relacionado a las pulsiones, a lo inconsciente, a lo espontáneo, a un obrar simbólico.

Existen interacciones e interferencias entre estos distintos niveles y la mayoría de los actos de la vida se encuentran predeterminados por los resultados de estas conexiones.

La Psicomotricidad considera el cuerpo desde su globalidad, desde la interrelación de los elementos que lo constituyen.

Se aprecian “divisiones” teóricas acerca del cuerpo, para mostrar que el mismo, es una construcción integral y compleja, que va más allá del desarrollo de lo orgánico y biológico.

Aclara Ravera, C. (2002), que este “...desglose de diferentes aspectos en lo que respecta al cuerpo real, me pareció adecuado ya que va mostrando cómo aspectos que el neurólogo estudia en forma específica y separada de la funcionalidad, se van subsumiendo en otros cada vez más necesarios para el sujeto, sobre todo si hablamos en términos de desarrollo”. (p. 55)

“En Psicomotricidad se escucha y se mira al cuerpo y su funcionamiento. La apuesta se juega en cada momento en torno a la posición del cuerpo. Se trata de que algo quede velado, que *el organismo de la clínica* caiga, posibilitando así que el cuerpo sea el protagonista de la práctica psicomotriz: negociando entre lo real y la dimensión imaginaria y simbólica que hace posible *'dar con'*” (Manghi, L., 1997, p. 95)

2.2 Función, funcionamiento, funcionalidad

La distinción que plantea Jean Bergès en relación a los conceptos de función, funcionamiento y funcionalidad, surge para explicar las diferencias en cuanto a la visión que tiene la Psicomotricidad acerca cuerpo, con respecto a la que poseen otras disciplinas.

A partir del estado de las estructuras (órganos, aparatos y sistemas) se ponen en marcha diferentes funciones del cuerpo. Estas últimas no solo dependen del estado del equipo neurobiológico; no existe una relación lineal entre el órgano y la función, sino que esta última tiene también relación con el uso de la misma, es decir, depende también de la experiencia. Una disfunción no tiene directa relación con una lesión (a nivel orgánico), sino que puede estar relacionada además con las vivencias y las experiencias, con la puesta en uso de dicha función. El siguiente ejemplo de Bergès aclara esta precisión: “el ojo estráxico perfectamente capaz de la función visual se

vuelve ciego por no funcionar. Este retiro al no funcionamiento plantea cuestiones (Bergés, J., 1990)” (González, L., 2009, p. 62).

Aucouturier, B. (2011) tiene una visión similar al respecto, dado que le da un lugar a lo orgánico, pero para él “...lo orgánico es inseparable de una historia relacional arcaica que se manifiesta en todas las relaciones con su propio cuerpo íntimo y con el mundo circundante” (p. 40)

Del despliegue de una función surge o se instaura determinado funcionamiento. Este último, “es la puesta en juego de lo propio, del uso, del aprovechamiento y del dominio del equipo neurobiológico según la legalidad que le pertenece” (Gonzalez, L., 2000, p. 4). Es la forma particular que cada persona posee, de poner en práctica las diferentes funciones.

El funcionamiento tiene que ver con lo individual, con el deseo y con la motivación.

Para Bergés Jean, el funcionamiento es la “puesta en uso de la función. Anticipación simbólica ofrecida desde el otro (función materna) que significa la función y posibilita un funcionamiento propio” (Manghi, L., 1997, p. 93)

La relación entre la función y el despliegue del funcionamiento dará lugar a la funcionalidad, es decir, que esta última resulta de la puesta en funcionamiento de la función.

La funcionalidad adquiere sentido a partir de la mirada del otro.

Si la función es el acto de caminar, el funcionamiento se refleja en la manera particular en que la persona lo realiza (su “andar”). La funcionalidad toma sentido si el acto resulta adecuado o no a las necesidades y exigencias de su vida, en el contexto en el cual dicha persona se encuentra.

La funcionalidad es el despliegue del “...funcionamiento dentro del contexto socio-histórico cultural (Bergés, s.f.)” (de León, C., 2010, p. 34)

El cuerpo al ser receptáculo y expresivo al mismo tiempo, es ubicado en una posición, por la cual se habla de su funcionamiento y posee una funcionalidad.

Estas consideraciones de Bergès acompañan los planteos de Leticia González, cuando se refiere a la configuración de la “*Estructuración Psico-motriz*” del cuerpo, en donde se explicita la constitución del cuerpo.

El Psicomotricista también aborda el cuerpo cuando la falla tiene sus orígenes en el campo del equipamiento neurobiológico, dado que si la función se ve afectada por

esta causa, el funcionamiento y la funcionalidad se pueden instaurar perturbadamente, en el intercambio con su entorno.

2.3 Proceso de Constructividad corporal

Como se ha mencionado, la mirada del Psicomotricista está puesta en el *aspecto tónico-posturo-motriz*, y en el *proceso de constructividad corporal*.

El proceso de constructividad corporal, incluye un pasaje del organismo al cuerpo, de la función al funcionamiento y de lo tónico-emocional a lo tónico-postural.

La dimensión de lo corporal involucra ineludiblemente las experiencias a través del cuerpo, principalmente aquellas marcadas por el intercambio con el otro.

Para apropiarse del cuerpo, un niño deberá conquistarlo sucesivamente, conocerlo y adaptarse a él, en una continua relación con el espacio, el movimiento, las posturas, los gestos, los tiempos, las personas.

La Psicomotricidad "...no puede ignorar los sucesos orgánicos que conmueven al cuerpo, ni tampoco las acciones del cuerpo que modifican lo orgánico" (Calmels, D., 2001, p. 81). El organismo con sus características estructurales neurobiológicas brindará las bases para que el cuerpo se "construya", también en relación con otro y con un entorno.

Leticia González habla de una *estructura psicomotriz*, para comprender la composición del término Psicomotricidad y para explicar la concepción de su objeto de estudio.

En la conjugación de esta estructura psicomotriz es que se encuentra este proceso de constructividad corporal.

La estructura psicomotriz se constituye por un aspecto "Psico" y por otro "motor". El primero integrado por el aparato psíquico con sus procesos, incluyendo el proceso de constructividad corporal y el de estructuración de la inteligencia, y el segundo (motor) en el cual se circunscribe la función motriz, correspondiente a las funciones propias de la especie humana, tal como los aspectos musculares, articulatorios y del sistema nervioso.

"El cuerpo se construye, se constituye, a partir de una historia que comienza y se desarrolla sin que el niño pueda elegir nada de ella, está en su origen, lo constituye, lo hace humano"(Levín, E., 1991, p. 47).

Levín, E. plantea, que antes del nacimiento del niño ya se está jugando la constitución de ese sujeto. Hay un sujeto en juego desde el momento en que los padres hayan deseado o no ese embarazo, tener o no ese hijo. Se puede decir entonces, que ya hay un cuerpo, un primer cuerpo simbólico, de representaciones parentales; este incluirá las fantasías, los temores, los deseos conscientes e inconscientes de esos padres. Esto será un elemento más para su consecuente y continua “construcción”, en relación y dependencia (en primera instancia) del otro. Ese otro, prestará en ese momento su propio cuerpo al cuerpo al niño.

Durante el embarazo ya se apreciarán ciertos indicios de un vínculo madre-hijo, ya que se despertará inconscientemente en la madre su propia historia afectiva con sus referentes y con su infancia.

La construcción de este cuerpo tiene como eje central el *aspecto vincular*, es decir, el cuerpo se va a ir “determinando” a partir de las demarcaciones, de las huellas surgidas en la relación con el otro; así, ese cuerpo se *subjetivará*.

Las singularidades de cada sujeto se establecerán en gran parte, por las características de estos primeros vínculos. Pero estos, al mismo tiempo transmitirán una fuerte impronta de lo cultural, que hará que como individuos de una sociedad las personas se “asemejen”, como especie y como cultura.

Esta comunicación entre dos, que surge para que se lleve a cabo el proceso de constructividad corporal tiene como medio privilegiado y primario lo que se conoce como *Diálogo tónico*.

El concepto de diálogo tónico, creado por el Prof. De Ajuriaguerra se define como “la función de intercambio, mediada por el cuerpo, la que arroja al sujeto entero en la comunión afectiva y la que da origen al psiquismo, cuando establece la doble relación con el medio social y con el interior, a través de esa mediadora privilegiada que es la madre (de Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D., 1987)” (Ravera, C., 2008, noviembre, p. 02)

El tono en sí, constituye el primer código comunicacional entre el sujeto y el medio; es la primera modalidad que el bebé encuentra para apropiarse de sí y del otro.

El diálogo tónico es una matriz de comunicación, que permitirá nuevas y “evolucionadas” formas de comunicación, habilitando el surgimiento del pensamiento, de la simbolización y por ende del lenguaje verbal.

Las reacciones tónico posturales consisten en modulaciones del tono que el individuo experimenta y adquiere frente a diferentes “estados” emocionales.

Las primeras reacciones del bebé se reducen a estas variaciones tónicas, como respuestas a los diferentes estados, que en un principio se diferencian solamente en estados de satisfacción o de insatisfacción.

“El cuerpo del otro recibe las pequeñas variaciones del tono muscular (que participan en generar la disposición del otro cuerpo), y se acomoda dando lugar al moldeamiento de la actitud postural. En este caso, el cuerpo que nos antecede no sólo tiene sino que *sostiene*, “diálogo tónico” (Calmels, D., 2009, p. 100)

Estas reacciones tónico posturales, por las que el niño integrará ese “primer cuerpo”, que aún no posee una sensación de unidad o totalidad, están mediatizadas por *sensaciones intero, propio y exteroceptivas*.

Es a partir del *tono* y de estas *reacciones tónico posturales* que están presentes desde el nacimiento, que el bebé irá construyendo ese cuerpo, su comunicación y sus vínculos, y también a partir de ello se irá construyendo una sensación de unidad corporal.

Este diálogo tónico entre la madre y el bebé incluye las acomodaciones recíprocas, los ajustes motores, los ajustes posturales y las significaciones que la madre atribuye a las señales que emite el bebé.

Las sensaciones del cuerpo brindadas por los receptores nerviosos, posibilitarán una progresiva construcción de conciencia del espacio, del tiempo y de los objetos, así como del reconocimiento del otro, de ese otro que le permitirá en primera instancia identificarse con él para luego habilitar un proceso de diferenciación.

Leticia González especifica que uno de los primeros lugares donde se pone en marcha el proceso del *desarrollo psicomotor* y por ende el proceso de constructividad corporal es en esta experiencia tónica y este *diálogo tónico-postural*, es decir, es a través del diálogo tónico que se realizan los primeros intercambios con el medio. Esta característica le permite afirmar a esta autora, que el cuerpo se trata de una construcción en y para la relación con otro, y llama a esta manera de intercambio con el medio, *Estructura tónica*, y al cuerpo en esta “etapa” lo denomina *Cuerpo tónico*.

El cuerpo es en esta primera instancia un lugar de integración estructural (neurofisiológica-psíquica), es decir, lugar de integración de las diferentes funciones que van a permitir el despliegue del funcionamiento y de la funcionalidad, dejando de vivenciarse como un cuerpo “fragmentado”.

Para de Ajuriaguera, J. (1971) el “comportamiento durante el amamantamiento no es solamente un acto nutritivo, sino un cambio de posturas.” (p. 06)

Según la Psicomotricista Mara Lesbegueris “El o la recién nacida cuenta con la función tónica y la función postural, como un lenguaje que le permite relacionarse “piel a piel” con su otro materno y sentirse en su propioceptividad” (Calmels, D., 2009, p. 121.)

Aquí “la madre siente su cuerpo como donante, y el niño vive el cuerpo acogedor de su madre como un sitio en el que el contenido y el continente son indisolubles” (de Ajuriaguerra J., 1971, p. 06). El niño en esta etapa no logra vivenciar un estado de unidad corporal. Es decir, en este primer escalón en la construcción corporal el bebé no podrá diferenciar su cuerpo de lo que no lo es (madre, objetos, entorno), no será capaz de diferenciar sus sensaciones internas de las externas, no vivirá al comienzo sus partes como componentes de una totalidad, es decir, no hay aún sensación de unidad corporal.

Según Levín E., este cuerpo tónico que es tomado y atravesado por el lenguaje, es un cuerpo que expresa al tocar y al ser tocado, constituyendo lo que se ha denominado diálogo tónico. Este diálogo tónico se inscribe en el sujeto desde el nacimiento, a partir del deseo del otro, que en una primera instancia es la madre o quien hace de ella. A su vez Levín, E. plantea que estas inscripciones se grabarán en lo inconsciente y van a determinar al sujeto como tal, es decir, sumergido en el universo simbólico por el deseo del otro.

El cuerpo tónico que en esta primera instancia es objeto del movimiento del adulto, comenzará a producir otras maneras de vincularse que ya no incluyen tanto al tono, constituyéndose así lo que Leticia González llama **Cuerpo Instrumental**.

El cuerpo adquiere esta denominación (cuerpo instrumental), en el momento en el que surge la *Intención*, y desde que el bebé privilegia el plano de lo *motor* y la *conquista del espacio* en la relación con el otro.

En esta etapa, comienzan a hacerse evidentes las conquistas motoras (nuevas posturas, variaciones tónicas, movimientos, sensaciones de equilibrio, gestos, relaciones con el espacio y los objetos). Estas adquisiciones están indiscutiblemente unidas a otras funciones, como lo son la inteligencia, la afectividad, las percepciones.

La conquista de nuevas adquisiciones, es lo que le permitirá al bebé experimentar una vivencia corporal cada vez más unificada y a su vez un cuerpo más “propio”.

Cuando surge la capacidad de *representación*, y se privilegia la *percepción* guiando las acciones, se aprecia el pasaje del cuerpo instrumental al **Cuerpo Cognitivo**.

Este, caracteriza la tercera fase del proceso de constructividad Corporal. Aquí la *inteligencia*, se coloca por encima de las vivencias y el cuerpo subjetivo, y se realiza un relevo de la intención y del querer, al saber, es decir, lo que es investido pasa a ser pensado.

El cuerpo es en todo momento una estructura tónica, instrumental y cognitiva. Solo se privilegia alguna de estas variables según la situación; las variables no se van a superponer o excluir unas a las otras, sino que van a predominar con respecto a las otras, dependiendo del sujeto y de cada circunstancia.

Lapierre, A. y Aucouturier, B., consideran que en una lucha frustrada de carácter científico, se intenta “separar” estos aspectos del cuerpo, intentando simplificar la complejidad de la vivencia, y que realmente es imposible tanto apartarlos como unificarlos.

El Psicomotricista debe mantenerse informado acerca de estas dimensiones del cuerpo, para poder responder convenientemente a las demandas, deseos y acciones del sujeto.

Este proceso de estructuración del cuerpo se va dando de forma paralela al proceso de *construcción del psiquismo*.

Del intercambio con el otro (mirada, representaciones, lenguaje, deseos), imprescindible en la construcción del cuerpo, se configuran una **imagen corporal y un esquema corporal**. Estos conceptos surgen por la inclusión del lenguaje, que describe y define al cuerpo.

A partir de la vinculación del cuerpo con una representación psíquica, se origina el concepto de ESQUEMA CORPORAL, y a su vez, de este mismo cuerpo imaginario o simbolizado, surge una dimensión inconsciente, a la cual se la conoce como IMAGEN CORPORAL.

2.4 Esquema corporal e imagen corporal

Se pueden encontrar variadas acepciones acerca de los conceptos de esquema e imagen corporal.

El **esquema corporal** “... permite espacialmente la localización del cuerpo en sus segmentos y articulaciones, así como el accionar eficaz sobre los objetos y el medio circundante.” (Calmels Daniel, 2009, p. 18)

Para Wallon, H. “el esquema corporal es una necesidad, se constituye según las necesidades de la actividad. No es un dato inicial ni una entidad biológica o psíquica. Es el resultado y la condición de relaciones justas entre el individuo y el medio” (de León, C. y otros, 2000, p. 81). Es decir, el niño no nace con un esquema corporal, con una superficie corporal ya dada, por el contrario, las inscripciones que se vayan produciendo serán las que construyan este esquema del cuerpo, estos límites y superficies definidas.

“El esquema corporal especifica al individuo en cuanto representante de la especie, sean cuales fueran el lugar, la época o las condiciones en que vive” (Dolto, F., 1986, p. 21). En distinción con esta característica, la Imagen corporal, está vinculada al sujeto y a la historia del mismo, es decir, es propia de cada uno.

“La imagen del cuerpo es, a cada momento memoria inconsciente de todo lo vivido relacionado y, al mismo tiempo, es actual, viviente, en situación dinámica, a la vez narcisística e interrelacional (Dolto, F., s.f.)” (Peña, P., 1997, p. 103)

La Imagen Corporal “...sería la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas, actuales o arcaicas. Es en cada momento memoria inconsciente de toda las vivencias, relaciones y al mismo tiempo es actual, viva, se halla en situación dinámica. Es *actualizable* en la relación aquí y ahora, mediante cualquier expresión fundada en el lenguaje, dibujo, modelado, invención musical, plástica, mímica y gestual” (de León, C. y otros, 2000, p. 87)

El Esquema corporal es en parte inconsciente pero también preconscious y consciente, y la Imagen corporal es claramente inconsciente, y solo puede transformarse en consciente a través del lenguaje.

A modo de síntesis, Blanca García (2000) (basándose en las ideas de Françoise Dolto), define los conceptos de Esquema corporal e Imagen corporal de la siguiente manera:

“Esquema corporal: Representación psíquica de ese cuerpo real, estructurado a partir de las percepciones y vinculado al espacio. Percepción compleja de la unidad y la ubicación del cuerpo en el espacio, de sus diferentes partes y la ubicación espacial entre ellas.

Imagen corporal: “Es la dimensión imaginaria, inconsciente de nuestro cuerpo, estructurada por las relaciones, vínculos y la historia afectiva de cada sujeto.” (p. 92)

El cuerpo es uno solo, integral e indisociable.

Al abordar cualquiera de los “niveles” del cuerpo (cuerpo real, imagen y esquema corporal), se incide sobre los otros.



3. ABORDAJE PSICOMOTRIZ EN CLÍNICA

3.1 La mirada en la Clínica psicomotriz

Cada intervención, sustentada en sus diferentes componentes, parte desde una mirada específica.

“La clínica está hecha por la mirada. El diagnóstico, el balance psicomotor, es un ejercicio de la mirada. Lo que es esencial en este ejercicio de la mirada respecto del cuerpo es que ante el relampago de la evidencia la mirada ennegrecida nos hace sordos ¿cómo oír al cuerpo? (Bergès, 1988)” (Mónica Rodríguez y otros, 1997, p. 20).

“...para que esta mirada pueda plasmarse, es necesario un conocimiento previo que le otorgue a la mirada el carácter de observación” (Calmels, D., 1997, p. 11).

Además de ese conocimiento objetivable y enunciable acerca del cuerpo, es imprescindible contar con el saber experimental y transmisible.

Bergès, J. plantea una postura que cuenta con la mirada y la escucha. La psicomotricidad se ubica “...entre lo que se ve del cuerpo y el discurso que el cuerpo porta” (Mónica Rodríguez y otros, 1997, p. 20). Esto es, considerando al cuerpo desde un lugar expresivo (que se deja ver, hablar) y al mismo tiempo receptáculo (de su historia, marcas de las relaciones con el otro, depósito del lenguaje del otro).

“La posibilidad de oír al cuerpo presupone que conozco mi ennegrecimiento cuando miro (Bergès, 1988)” (Biscossa, G., 1997, p. 85).

Al comenzar un abordaje, el Psicomotricista debe ser consciente de su desconocimiento, y permitirse conocer al niño desde lo que él deja a ver. De esta manera, se abre otra posibilidad de escuchar al cuerpo del niño.

Lo especial de la mirada en Psicomotricidad, implica intervenir a partir de lo que “es” el niño, de sus posibilidades (limitadas o no) para comunicar y para afirmarse. Esto es, posicionarse no desde la falta o la falla del sujeto, sino desde el potencial, desde la integridad, desde su “ser” sujeto.

“Pensar en la clínica psicomotriz es detenerse en la práctica misma, en el quehacer psicomotor, sus avatares, encrucijadas y vicisitudes” (Manghi, L., 1997, p. 91)

Aucouturier, B. comprende la práctica clínica como una “estrategia para desbloquear los procesos madurativos, de constitución del yo y los procesos de diferenciación y de integración a través de la sensoriomotricidad” (Chokler Myrtha, 1999, p. 15)

La práctica psicomotriz requiere: "...un ajuste a la *expresividad psicomotriz* del niño, desde la más pobre a la más excesiva; un sistema de actitud y de acción del practicante psicomotriz; una tecnicidad, es decir una manera de hacer específica y muy personalizada" (Aucouturier, B., 1985, p. 12)

El concepto de expresividad Psicomotriz, se refiere a "la manera de ser y de estar, original y privilegiada, del niño en el mundo" (Aucouturier, Darrault y Empinet, 1985, p. 22)

En esta expresividad psicomotriz, que es objetivo de la mirada del Psicomotricista, se encuentran expresiones de placer y también de incomodidad. "Sabemos que la expresividad motriz del niño es su medio para expresar el placer de «ser uno mismo » pero además también es el medio de expresión del displacer, del sufrimiento y el malestar" (Aucouturier Bernard, 2004, p. 234).

Estas expresiones de displacer, que toman diferentes características para constituir las *Alteraciones psicomotrices*, son las que justifican la intervención clínica desde la Psicomotricidad.

La comprensión y la **evolución de la expresividad del niño**, se basa en la *Teoría de la Totalidad del cuerpo*, en una visión desde la globalidad y desde la *expresividad psicomotriz*.

La Teoría de la Totalidad del cuerpo se refiere a "una concepción desde la que se interpreta la expresividad y el trabajo con los niños y niñas como un sentimiento de búsqueda de plenitud, de bienestar y de una imagen positiva de sí" (Llorca L. y Vega N., 1998, p. 35).

La especificidad de la Psicomotricidad se define a través del abordaje del cuerpo desde esa globalidad.

Aucouturier (2004) hace referencia a que "La consideración global del niño, la asunción de su expresividad psicomotriz, constituyen ya una actitud de espíritu que funda la originalidad del practicante de la psicomotricidad y que determina una cierta manera de ser y de hacer, una práctica, tanto en el terreno de la educación, como en el de la terapia" (p. 22)

Pensar la globalidad del niño implica ubicarse desde la comprensión de todos los elementos que formaron y forman parte de su constitución, de su construcción. Es decir, la intervención clínica, en cualquier ámbito interpela al psicomotricista a cuestionarse sobre el *Proceso de constructividad corporal* y sus vicisitudes.

La clínica psicomotriz interpela además del aspecto orgánico o médico del ser humano, aquellos elementos que hacen a la apropiación del cuerpo, es decir, a la conformación y desarrollo de la personalidad, de un sujeto constructor y propietario de dicho cuerpo, con aspectos que abarcan el inconsciente, el establecimiento de relaciones, y por ende las emociones y los afectos.

En el entramado de variables que confluyen para la constitución del sujeto, se debe conocer la *historia* de dicha construcción (historia y desarrollo de la construcción de una alteración, si ésta se encuentra presente), con la finalidad de comprender qué es lo que muestra el sujeto, en el vínculo que despliega consigo mismo y con el mundo que lo rodea, en la *actualidad*.

Desde otro lugar, Levín, E., (1991), con la proposición de una Clínica Psicomotriz con la mirada hacia un “*sujeto con su cuerpo en movimiento*” (p. 28), también plantea abarcar el cuerpo “global” o la “globalidad” de la persona, y a su vez considera la singularidad del sujeto, contextualizando y comprendiendo el niño en el marco de su historia.

Al concepto de singularidad que plantea Levín, E. se le unen las ideas de *transferencia-contratransferencia*

La transferencia-contratransferencia, se constituye en relación con las características de la historia de la constitución del sujeto.

En Psicomotricidad se debe tener conocimiento de la transferencia-contratransferencia, dado que siempre está presente en la instancia clínica.

La Psicomotricidad entonces, apunta su *mirada*, al niño desde su *globalidad*, y al mismo tiempo desde su *singularidad*. Desde la globalidad de lo que el niño es, cómo se muestra, cómo se expresa, y desde la singularidad de la historia del niño, historia de su construcción como sujeto único y original. Esto sería, desde una consideración del niño desde una doble vertiente: *expresiva y simbólica*.

3.2 ¿Qué es lo terapéutico del abordaje psicomotriz?

“Sólo el suponer que nuestras intervenciones producen efectos que conducirán al niño a un 'buen destino' justificaría, prima facie, que ellos nos sean confiados

(Jerusalinsky, A., s.d.)” (Alende, A., 1997, p. 46)

En el abordaje clínico, el cuerpo del Psicomotricista debe estar disponible y tener claro para qué está, dónde está ubicado, y con qué herramientas cuenta.

Daniel Calmels manifiesta que “el abordaje terapéutico consiste en un trabajo que no apunta a eliminar el síntoma corporal, sino a *trabajar sobre la organización del cuerpo*, lo cual redundará en una modificación del síntoma. No se trata de implementar un ejercicio cuyo beneficio complete el vacío que produce un déficit, no se trata de un estímulo al organismo, sino de una “puesta al día” de la situación del cuerpo, hecho que convoca a la historia de su gesta y desarrollo” (Calmels, D., 2003, p. 27). “...el terapeuta debe apuntar no a reparar sino a *ampliar aquello que funciona* (Bergés, J., 1987)” (Mo, S., 1997, p. 52).

El psicomotricista debe trabajar con lo que el niño puede hacer, para desarrollar las potencialidades adecuadas a él, priorizando sus intereses, y estimulando su creatividad.

De todas maneras, cuando existe una patología o una desviación, también hay que aproximarse a lo simbólico de todo lo que no ha logrado establecerse o instaurarse en el sujeto.

Conocer esta construcción del cuerpo, permite comprender más al niño y así generar herramientas para la intervención.

“El niño aprehende el mundo a partir de experiencias que despiertan sus intereses y cuya realización le producen placer, de acuerdo a la etapa del desarrollo en que se encuentra” (Ceruti, A., De León, M., García, B., Grajales, M., Gari, R., Marques, M.,...Saavedra, C., 2013, p. 07).

El *juego espontáneo* es por excelencia, el medio para lograrlo, ya que durante el juego el niño expresa su personalidad (sus miedos, sus deseos, sus preocupaciones), al mismo tiempo que puede crear, hacer, comunicar, crecer y aprender.

A través del juego, el niño va descubriendo sus potencialidades psicomotrices, y se favorece el proceso del desarrollo y del aprendizaje.

“Lo importante es estar disponible, poder escuchar las demandas del niño”
(Ceruti, A. y otros, 2013, p. 10)

La Clínica Psicomotriz apunta a lograr una modificación a través del cuerpo del niño, favoreciendo la adaptación e integración a su entorno, desde una vivencia de bienestar y salud.

Para favorecer el logro de sus objetivos, el psicomotricista durante el juego, intervendrá en los momentos que considere adecuados, complejizando las situaciones y producciones.

Se debe proyectar un tratamiento que valore los aspectos positivos del niño, es decir, siendo el Psicomotricista consciente de las carencias y/o dificultades que pueda poseer el niño, debe orientar el abordaje hacia los aspectos sanos.

Al generar cambios desde este lugar, se estará influyendo inevitablemente, sobre aquellos aspectos del cuerpo que se encuentran afectados.

De esta manera se estará ampliando en dicho sujeto la conciencia sobre sus capacidades, favoreciendo su desempeño y el establecimiento de relaciones sociales saludables.

Según las palabras del Dr. Bergés, J., (1987): “La primera meta de la terapia psicomotriz es dar al cuerpo una posición, una presencia, en este aspecto lo importante no es la acción, es el acto, y sobre todo el acto de la palabra que es enunciada de una vez. La meta en una terapia no es la de convertir al niño en un recitador, sino en un actor...” (Brukman, S., 1997, p. 78)

El Psicomotricista debe preguntarse “...cuál es la posición del sujeto, es decir si el cuerpo está presente o está ausente” (Rodríguez, M., 1997, p. 21), y ayudando a que el niño se relacione y organice (haya lesión real¹ o no), concederle “...al cuerpo estar ahí, instalándolo en el lugar en que el niño pueda decir YO (Bergés, 1987)” (Mo, S., 1997, p. 53)

“Cada paciente marca un recorrido, nos sitúa frente a otros momentos de la clínica, con otros pacientes, en la casuística y la casualidad que determina cada historia personal de ese ser único e irrepetible que transitará por el camino de la exploración, la vivencia, el conocimiento del propio cuerpo para poder apropiarse, tener un lugar, marcar presencia” (Alende, A., 1997, p. 45)

¹ Con real me refiero al aspecto orgánico de la persona

En cualquier área de *atención en salud*, siempre se realiza de alguna manera u otra una intervención de características clínicas.

Al tener el Psicomotricista una visión desde la totalidad del niño, considerando tanto las áreas que están alteradas como aquellas que se encuentran bien, promover un desarrollo armónico dentro de las posibilidades de cada persona, implica intervenir desde una posición clínica.

La clínica debe habilitar un espacio de producción, donde el sujeto logre crear, jugar, hacer, decir, decirse, en relación con el otro (Psicomotricista), que sostendrá esos deseos.

“...no le compete al psicomotricista que el cuerpo se repita en respuestas, sino que el cuerpo se expanda en preguntas, en una búsqueda que el sujeto ensaye como propia” (Calmels, D., 2001, p. 87)

Las diferentes áreas del desarrollo irán tomando sentido a medida que se vayan desplegando en un espacio de confianza y de “posibilidad”.

La finalidad del tratamiento psicomotriz, “...consiste en favorecer y desarrollar la expresividad motriz, la comunicación y la simbolización, importando en definitiva el cuerpo como lugar de placer, de comunicación y de conocimiento” (Ravera, C. y Steineck, C., 2012, p. 03).

En lo simbólico de este cuerpo se verá la contribución de la intervención psicomotriz, repercutiendo ineludiblemente en que se concrete el adecuado funcionamiento, en el cuerpo real.

Es en parte esto, lo que está en juego en la *dirección de la “cura”* de los trastornos psicomotores.

“El niño es un sujeto y por lo tanto en su “hacer”, en su “no hacer”, en su palabra o en su silencio, tiene algo particular para decirnos que necesita ser mirado, escuchado, desde una posición simbólica” (Levin, E., 1991, p. 38)

“Nos ubicamos en una escucha atenta pero no precipitada sobre la estrecha relación entre la asociación de alteraciones en el desarrollo, síntomas psicomotores y dificultades en el campo de la constitución subjetiva” (Cal, C., 2008, p. 50)

La *actitud de escucha* del Psicomotricista, favorece la comunicación y a su vez permite mantener una distancia adecuada, en un espacio de seguridad. Esto es lo que se conoce como *empatía tónica*.

A través de la empatía tónica, el Psicomotricista logra estar “cerca” del niño como para captar lo que le pasa, y al mismo tiempo “lejos”, para no dejarse “invadir” por ello.

Poder escuchar mediante la empatía tónica es ubicarse (desde lo afectivo) frente a las vivencias del niño, sin permitir ser invadido por las emociones.

“Es esta vivencia emocional de nuestra corporeidad la que permite no estar inermes ante las producciones del niño, reconocerlas, sentirlas, ajustar nuestra tonicidad, respondiendo a la demanda en función de nuestro proyecto” (Aucouturier, Darrault y Empinet, 1985, p. 47)

“la empatía no es una manera de ser "amable" o de "curar a través del amor", sino que más bien es la llave que permite avanzar en la comprensión profunda del mundo interno del ser humano (Kohut, s.d.)” (Ravera, C., 2008, p. 01)

Este ajuste, tiene diferentes características en función del desarrollo y de cada historia personal, según el medio privilegiado de comunicación del niño, en cada momento.

En un primer momento, esta conexión está dada por el contacto corporal y el ajuste recíproco del tono, luego el tono podrá ser apreciado desde otra distancia corporal, a través de la voz, la mirada, las posturas.

Poder escuchar al niño desde la empatía tónica requiere un ajuste a nivel tónico por parte del Psicomotricista. Para lograr esto, es necesaria una constante formación personal.

El profesional en Psicomotricidad debe tener formación para captar los sentidos de estas expresiones. Si bien el ser humano es en sí un ser de expresión y como Leticia González plantea, conformado por una estructura tónica, comprender estos aspectos desde lo más profundo requiere de formación y conocimientos particulares.

El Psicomotricista debe mantenerse informado acerca de estas dimensiones para poder responder convenientemente a las demandas, deseos y acciones del sujeto, en relación a esa constitución.

Planteando lo mismo, desde otros conceptos, se encuentran Bergès, J., en su expresión de “recibir” lo que el niño da a ver, da a escuchar, da a pedir, y Levín, E., al mencionar que, “El niño es un sujeto y por lo tanto en su “hacer”, en su “no hacer”, en su palabra o en su silencio, tiene algo particular para decirnos que necesita ser mirado, escuchado, desde una posición simbólica” (Levin, E., 1991, p. 38).

El funcionamiento por parte del niño, tiene su condición de posibilidad en base al deseo del otro por sostener esas funciones, y por lo tanto en la clínica se abre un espacio donde el Psicomotricista debe servir de cuerpo “receptáculo”.

El Psicomotricista no debe dejarse atrapar por la patología presente, debe enfocarse en que el cuerpo del niño surja o se mantenga en una posición, en la posición de ser sujeto. Es decir, se debe entender que para que un sujeto se constituya, no es necesario que desaparezca la “falta” orgánica, y no se trata de este cuerpo en sí únicamente, sino de la simbolización que en él se construya, la cual depende de un proceso de estructuración psíquica.

La simbolización del cuerpo del niño, depende del otro que es el referente, y del vínculo que se construya entre ambos. “... así como la estructuración psíquica se constituye en relación a otro, que da consistencia al sujeto, la *estructuración tónico-postural* también se constituye en relación a otro, que pueda donar las funciones al niño, un espacio, acomodarse, escuchar, estar atento a lo que sucede en el cuerpo del niño” (Biscossa, G., 1997, p. 85).

“Nosotros lo acompañaremos en ese tránsito tomándolo en cuenta como sujeto con características propias” (Ceruti, A. y otros, 2013, p. 10)

“...pensamos que nuestro trabajo tiene un efecto terapéutico pero no creemos que pueda ser considerado una psicoterapia en el sentido psicoanalítico del término” (Ceruti, A. y otros, 2013, p. 06)

Se debe valorar el aspecto vincular como elemento fundamental en el abordaje clínico, es decir, los vínculos que forman parte de la construcción del niño, aquellas relaciones que atraviesan la historia del mismo y su actualidad.

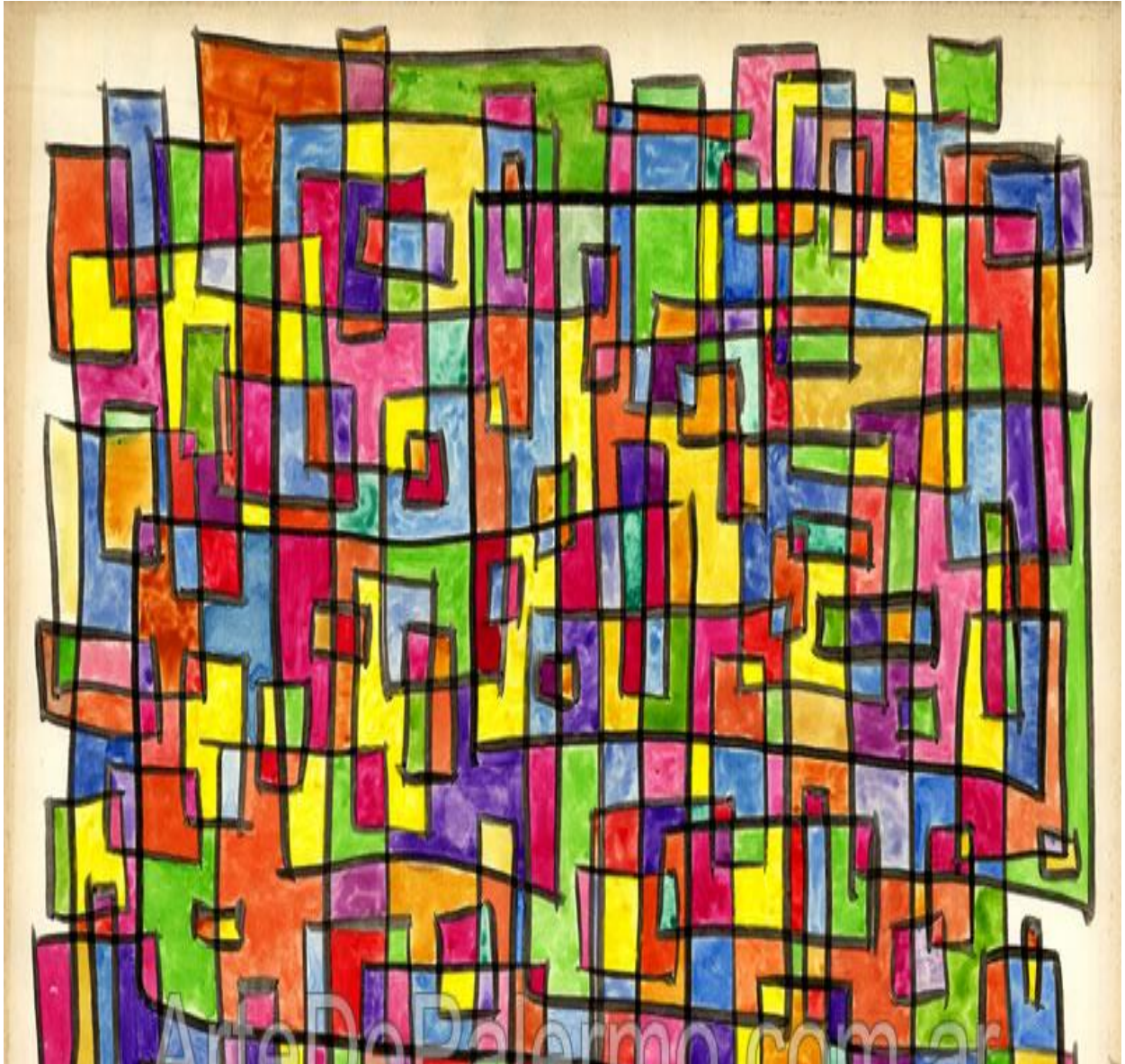
Esta tarea se debe realizar desde una visión positiva, con la finalidad de incluir el entorno como elemento de sostén y de intercambio fundamental del desarrollo y evolución de la persona.

El tratamiento debe apuntar a la vivencia de experiencias sensibles y reflexivas, a través de diferentes estrategias o herramientas terapéuticas, llevadas a cabo en función de la relación que se establezca entre el niño y el Psicomotricista.

“Para que un niño o una niña logre establecer relaciones eficaces y placenteras con su cuerpo, necesita poner a prueba su materialidad de diversas maneras en el espacio y en el tiempo, en la relación con los otros” (Lesbegueris, M., comunicación personal, abril 06, 2012)

Partiendo de que la intervención clínica apunta a favorecer en el sujeto este proceso, llamado proceso de **constructividad corporal**, el Psicomotricista intentará crear una diferencia a partir de la construcción de un espacio entre dos, de una experiencia compartida; es así como se logran re significar las acciones realizadas por los niños, poniéndose “en juego la imaginación y la plasticidad simbólica de lo que hasta ese momento permanecía irrepresentable” (Levín, E., 2010, p. 134).

Al comprender lo simbólico del cuerpo del niño y de su historia, el Psicomotricista, debe dar lugar a la vivencia placentera y a la apropiación del propio cuerpo. Mediante su mirada y escucha particular, el Psicomotricista habilita al cuerpo del niño a ocupar un lugar, a sentir su propia presencia, favoreciendo su adaptación e integración a su entorno.



4. BOSQUEJANDO CAMINOS

4.1 Una formación continua en la construcción del quehacer profesional

*“Los pescadores de luna lanzan sus redes,
sin desesperar jamás por recoger el astro*
(Rostand, E., s.d.)” (UdelaR, Facultad de Psicología, 2003, p.55)

Los diferentes *posicionamientos teóricos* que existen, acerca del abordaje clínico en Psicomotricidad, permiten a cada profesional inclinarse hacia determinado modo de concebir su práctica.

La elección o inclinación por determinado sustento teórico, forma parte de la construcción de la mirada particular del Psicomotricista. Esto marcará las características de su abordaje clínico, junto con sus *experiencias* y su *formación personal*.

“El psicomotricista pone su cuerpo a disposición del niño, pero también pone sus conocimientos y su forma de instrumentarlos técnicamente” (Podbielevich, J., 1991, p. 20)

La construcción de un posicionamiento clínico en la práctica profesional, demanda mucho más que la afinidad por cierto lineamiento teórico.

El *quehacer del Psicomotricista* resulta de la interacción de muchas variables; en la práctica, las teorías se entrelazan con la formación personal, pero además intervienen elementos que forman parte de cada historia y construcción como personas.

Esta constitución es lo que también hace que el trabajo del Psicomotricista sea todo el tiempo, al decir de Claudia Ravera, un quehacer “artesanal”, con tantas expresiones como Psicomotricistas existen.

El abordaje psicomotriz, será “artesanal” también, porque cada tratamiento se construirá en función de cada persona.

La Licenciada en Psicomotricidad Mara Lesbeguiris (comunicación personal, abril 06, 2012) sostiene que “...el posicionamiento clínico de cada profesional está sustentado en primera instancia, por un ética profesional que subtiende la formación teórica-conceptual, corporal y técnica”.

Para construir un accionar particular y único, desde una mirada abierta y “limpia”, el Psicomotricista debe realizar una *constante formación personal, práctica y teórica*.

Esta formación se enmarca en lo que sería el *rol del Psicomotricista*.

La palabra *rol*, se refiere a la forma de funcionamiento que asume un sujeto en un momento y situación específicos, en las que están involucradas otras personas y objetos.

Al hablar de la construcción de un rol, se alude al conocimiento teórico y a la exploración y el conocimiento de uno mismo. Con estos elementos se conforman un conjunto de nociones y conceptos, pertinentes al objeto de estudio, junto al aporte de otras disciplinas. Esto es: un esquema conceptual propio, que permite actuar en un contexto determinado y específico.

Este esquema conceptual, constituye una herramienta que sirve para organizarse, situarse, cuestionarse, reflexionar y profundizar sobre lo propio de la actividad.

Desde la construcción de su rol, cada Psicomotricista construirá sus recursos y herramientas de trabajo, apropiándose de un saber y un accionar en relación con el otro y consigo mismo.

La construcción del rol del Psicomotricista es un proceso continuo, que no finaliza nunca. Comienza desde la formación universitaria, y se mantiene durante toda la práctica profesional; a su vez se enriquece desde la diversidad de las experiencias que la constituyen.

El “RoP” según lo define Bottini, P., (2000) es

“la puesta en práctica de sus conocimientos, otorgándole al profesional dominio y experimentación en la tarea, pudiendo tal vez crear un conjunto de procedimientos particulares y únicos que, articulados a las teorías, marcan un estilo propio en el rol. Considero que en Psicomotricidad trabajamos desde el rol con el propio cuerpo como instrumento para la tarea”. (pág. 122)

Mediante la articulación de lo informativo y lo formativo de la formación, es que se intenta abordar y comprender la tarea desde lo conceptual. Y desde esta articulación, el profesional opera mediante las técnicas adecuadas a cada situación.

Aplicando y transformando los diferentes elementos que conforman este esquema de formación, se posibilitará la consolidación de este rol del Psicomotricista.

Para crear y comprender el quehacer del Psicomotricista, éste mismo debe “vivir” la Psicomotricidad.

Así como el Psicomotricista debe comprender el concepto de cuerpo, desde la noción particular de su disciplina, para poder trabajar con él, debe *conocer su propio cuerpo*. En este conocimiento del propio cuerpo, además de estar implicados el saber

teórico y práctico acerca de las bases de la disciplina, es necesaria la vivencia misma, la experiencia que permita comprender lo que esas palabras escritas quieren decir.

Las experiencias permiten que la percepción se construya y evolucione, hacia subjetividades únicas e irrepetibles, en esta profesión y en la vida misma.

La subjetividad, en interacción con la objetividad de una técnica constituida, es lo que permite al Psicomotricista accionar desde una mirada ética, crítica y segura.

Cada vez que se está frente a una intervención, el despliegue de las estrategias es particular, o bien, podría decirse, único.

Además surgen frente a la diversidad de situaciones, nuevas dudas e interrogantes, que incitan a buscar nuevas respuestas y accionares.

El hecho de trabajar en la incertidumbre, es parte de la construcción constante del Rol como Psicomotricistas; a través de ello el profesional va creando nuevos recursos, estrategias, ajustando su intervención desde su posición clínica.

El Psicomotricista debe analizar los elementos que surgen de las diferentes instancias de abordaje, en interrelación con aquellos “saberes” que surgen de las diferentes instancias de formación.

Con todas estas herramientas el Psicomotricista puede orientar su trabajo, pero también debe permitirse “sorpresas” en su camino, para seguir creciendo y construyéndose. Debe “jugar” con innovaciones, ideas, cambios, sin temor a lo desconocido, a la ausencia de certezas; esto es lo que enriquecerá su accionar, abriendo el camino a nuevos descubrimientos.

Para este proceso de construcción permanente, el Psicomotricista cuenta con cinco elementos fundamentales que son: *la formación teórica, la formación práctica, la formación personal por vía corporal, la supervisión y un proceso psicoterapéutico personal.*

Una de las herramientas fundamentales de esta apropiación vivencial del rol, la constituye la Formación personal por vía corporal con que cuenta la formación disciplinar en Uruguay.

La herramienta fundamental del Psicomotricista es él mismo, con su propio cuerpo, imperfecto en algún nivel que debe conocer bien, para poder ayudar a otros. Comprender las fallas propias hará que el profesional pueda aceptarlas y manejarlas para realizar una adecuada intervención, pudiendo así aceptar verdaderamente al otro, recibirlo desde un lugar saludable.

A través de las características y las potencialidades particulares de cada profesional, éste va creando un sistema de acción particular y único.

Es también en la práctica misma, que el Psicomotricista logra ir conociendo sus herramientas, sus posibilidades, sus fortalezas y debilidades, mediante el movimiento, las emociones y el pensamiento.

Con respecto a la supervisión, ésta representa un lugar sumamente necesario.

La supervisión fortalece el lugar del Psicomotricista, mediante la teorización y el intercambio de las situaciones prácticas, promoviendo una práctica responsable, desde el respeto y la humildad, desde el dejarse “ayudar”.

Este espacio también oficia de sostén emocional para el Psicomotricista, por constituir una instancia más, donde volcar todas aquellas emociones, sentimientos, enojos, dudas, que se presentan en el día a día de su quehacer.

Para conocerse a sí mismo, el Psicomotricista también debe contar con un espacio de terapia personal; para poder ser capaz de comprender al otro, primero debe tener la capacidad de comprenderse a sí mismo.

“...bien sabemos que el observador por más que diga que trata de ponerse en un lugar objetivo primero tiene que tener la capacidad de auto-observarse” (Ravera C., 2012, p. 54).

El instrumento de indagación de un cuerpo siempre es otro cuerpo. Cuerpo inhallable en los laboratorios, en los análisis de la clínica orgánica. Para evaluar la mirada no sólo hay que mirar sino también dejarse mirar. (Calmels, D. 2013)” (Lesbegueris, M., comunicación personal, enero 31, 2014)

Por último, es de relevancia mencionar el **trabajo en equipos**, con técnicos de otras disciplinas.

Trabajar en grupos permite reestructurar las teorías y las técnicas. Para ello, cada profesional debe tener la precaución de no transgredir los límites de su disciplina.

“...la interdisciplina se hace imprescindible cuando hay mucho camino andado en los diferentes campos teóricos y clínicos (Jerusanlinsky, A., 1997)” (Filidoro, N., 1997, p. 30)

Para Lesbegueris, M., (comunicación personal, enero 31, 2014), “sólo se puede hacer y nutrirse de la interdisciplina cuando se tiene en claro la propia territorialidad profesional, de lo contrario, la interdisciplina en muchos casos es sólo un enunciado que enmascara los juegos de poder-saber que se instalan –siempre- oprimiendo desde las

“disciplinas mayores” los sentidos de otras disciplinas que están “en proceso de construcción, y son minoría” (como la nuestra)” (Enero 2014).

Si bien en la actualidad, hablar de interdisciplina es muy común, hay un desconocimiento de su verdadera concepción.

En los grupos, el trabajo desde la interdisciplinariedad es complejo de lograr. Aún existen factores por los cuales se dificulta esta modalidad de abordaje.

Actualmente, se aprecian principalmente intervenciones multidisciplinarias, con intenciones de un accionar interdisciplinario, donde el compartir con otras disciplinas constituye un gran enriquecimiento.

“... el trabajo interdisciplinario es el verdadero camino para conocer profundamente al paciente” (Ravera, C., 1991, p. 29).

Debemos “evitar la doble trampa de la vivencia subjetiva de lo social sin un entorno conceptual y teórico, y de lo social sin la vida, como deseo y conflictividad, única e inmanente; de eso se trata” (Barcelo, J. Compilador. 2003, p. 09)

4.2 Una mirada particular: reflexiones de una estudiante

Aquí pretendo realizar una síntesis de mis ideas en relación al tema central de este trabajo.

Si bien en la actualidad existen más referencias teóricas para nuestra formación, y el campo de acción de la Psicomotricidad se ha ampliado, habiendo más seguridades y certezas, a cada momento se está construyendo camino.

Desde la inexperiencia que poseo en esta área, me resultó muy complejo poder seleccionar los elementos que hoy constituyen este trabajo, y desplegar a partir de ellos cierto lineamiento.

Con la finalidad de recibir orientación, tuve un encuentro personal con la Licenciada Claudia Ravera. En dicho encuentro, de todas las ideas que resonaron, la que capturó mayormente mi interés, fue la analogía que planteó, entre el Psicomotricista y el *traje de un arlequín*.

Esta idea me resultó muy ilustrativa del tema central de este trabajo, dado que tenía la finalidad de aclarar la construcción del accionar del Psicomotricista.

Lo terapéutico del abordaje psicomotriz puede tener sustento en las teorías, pero tendrá su propia identidad, en función del *accionar de cada profesional*.

Este accionar, como ya desarrollé, es producto de una *construcción constante*, que interrelaciona muchos elementos, y que deriva en algo único e irrepetible.

Así se advierte el traje de un arlequín; compuesto de muchas telas, de diferentes colores, que en su acabado conforman una sola prenda, envoltorio ajustado a una persona.

Al pensar en esta primera idea del traje de arlequín, comenzaron a surgir otros elementos de la Psicomotricidad, que también se pueden incluir en la misma comparación, y que desde este lineamiento, constituyen los puntos de mi reflexión:

- El origen y la construcción de la especificidad de la Psicomotricidad en relación con otras disciplinas
- El cuerpo concebido desde: una construcción continua, y desde la interconexión de muchos elementos, que se revela como una unidad global y única que los abarca.
- Las herramientas que interrelacionadas, delinean un abordaje específico
- El propio profesional, su cuerpo, sus fortalezas y debilidades
- El niño con sus características particulares
- La interacción que se construye entre estos dos anteriormente mencionados (cuyo resultado constituirá un abordaje “único”)
- Las nuevas ideas a incorporar
- La formación permanente
- Las incertidumbres que surgen a investigar

Todos estos elementos mencionados, atraviesan al Psicomotricista, en su práctica.

La Psicomotricidad se nutre constantemente de aportes de otras disciplinas, para lograr una visión integradora, pero sin perder su especificidad.

Al ser la Psicomotricidad una disciplina que contempla al niño desde la globalidad, es complejo no perder los límites de nuestra especificidad.

Al decir de Ravera, C., (2001) “Ser una disciplina de fronteras no es fácil...” (p. 67).

“El hombre común proyecta sobre su cuerpo un saber compuesto que se parece a un traje de arlequín...” (Le Breton, D., 2002, p. 88)

Le Breton (2002) se refiere a esta característica sobre la visión del cuerpo, que posee el hombre actualmente en la sociedad.

Hoy en día, hasta la medicina intenta integrar otras disciplinas, incluso terapias alternativas, cuando no encuentra respuesta desde la ciencia para sus pacientes.

Las personas utilizan diferentes creencias, integrándolas sin conocer realmente si existe coherencia entre ellas.

“Raramente, en efecto, esa representación es coherente si se comparan los elementos que la componen” (Le Breton, D. 2002, p. 88).

Partiendo de estas consideraciones: *¿Cuáles son los parámetros que se debe tomar para considerar una intervención psicomotriz? Según cada concepción, ¿Qué es lo que le compete al Psicomotricista realmente?*

Al tener la Psicomotricidad conocimiento de varios aspectos de lo humano (neurológicos, psicológicos, relacionales, afectivos, entre otros), y partiendo de las diferencias en las consideraciones teóricas, surgen interrogantes en función de ello, donde *se complejiza constantemente la especificidad de la disciplina.*

La Psicomotricidad es una disciplina que si bien tiene su origen a partir de la integración y aportes de otras disciplinas, se construye en una práctica única, con su propio objeto de estudio y sus herramientas.

Tomando también en la actualidad, elementos de otras disciplinas, la Psicomotricidad, ha logrado definirse como un modelo disciplinar particular, con una especificidad propia y la capacidad de no desdibujarse.

Esta disciplina considera elementos relacionados a la afectividad, a lo psicológico y por otro lado también aquellos que constituyen los aspectos orgánicos de la persona.

La Psicomotricidad pivotea entre una comprensión psicopatológica y una comprensión neurológica de lo que le ocurre al niño, y en función de ello el tipo de tratamiento que se configurará.

Aquí surge el cuestionamiento de *¿cuándo es necesaria una intervención psicomotriz?*, *¿Cómo precisar que el “dis-funcionamiento” del niño genera el sufrimiento en el cuerpo de forma tal que haya que actuar?*

Se debe tener la convicción de que la ayuda psicomotriz será beneficiosa para ese niño, pero también es fundamental poder comprender cuando es otra la intervención que se debe priorizar.

El Psicomotricista debe dejar de cuestionarse tanto sobre la o las causas de la dis-funcionalidad que pueda presentar el niño, y configurar su accionar desde la consideración de la expresividad psicomotriz, de la empatía tónica y desde la construcción de un encuadre de comprensión, de ser “con” el otro.

El abordaje terapéutico consiste en “...una práctica psicomotriz que hace referencia a la expresividad del cuerpo y a la actividad espontánea del cuerpo” (Aucouturier, B., 2010, p. 17).

Respetar “...la globalidad del ser-niño en relación con el terapeuta”, desde una “...relación tónico-emocional que permitiría expresar las pocas cosas que funcionan en lo más profundo de él”, sería la “...fuente de una evolución posible...” (Aucouturier, B., 2010, p. 18)

Abordar el cuerpo, abordar el ser humano, con la complejidad que nos caracteriza, desde la especificidad que la Psicomotricidad plantea, enaltece el valor de esta disciplina.

Más allá de la o las “causas” que puedan existir, se debe pensar en el aquí y en el ahora de ese cuerpo, esto sería, responder a las necesidades reales y actuales del niño que consulta.

La mirada psicomotriz apunta hacia al cuerpo constituido desde la globalidad, es decir, considera al cuerpo desde la complejidad de la integración de las características orgánicas con las experiencias y las emociones.

Estos aspectos que hacen a la constitución y construcción del cuerpo están intrínsecamente ligados, y separarlos sirve para su sola comprensión teórica. Al momento de llevar a cabo una intervención, el niño se presentará con un cuerpo único e indisoluble.

Esta disciplina tiene en cuenta a la familia del niño, y configura un encuadre de respeto y comprensión con ella, que permite que los resultados que se proponga a nivel terapéutico, sean acordes a las verdaderas necesidades y posibilidades de cada niño, en relación con su entorno.

El cuerpo precisa ser acompañado, relacionado; el cuerpo psicomotriz que ha sido conceptualizado desde esta disciplina, contempla esas necesidades desde la empatía, que es lo que hoy se tiene en cuenta cada vez menos en esta sociedad.

La *posición del cuerpo*, es el lugar donde se ubica al mismo, a través de las imágenes, de las acciones y del lenguaje de los otros.

En esta sociedad cada persona ocupa diferentes lugares, principalmente en función de dónde lo ubiquen los demás.

Estos lugares ocultos e inconscientes, muchas veces no fomentan las posibilidades de las personas; imposibilitan o anulan el sano despliegue de la persona en su entorno.

En la familia y en el entorno en general, los deseos inconscientes, los roles y las “etiquetas”, van marcando una posición para las personas, exista o no una patología orgánica y/o funcional.

Debemos ser capaces de comprender la construcción de estas posiciones, para trabajar sobre ellas. Al abrir nuevas posibilidades para el paciente, habilitar el surgimiento de nuevas ideas y sentimientos, que modifiquen esos “lugares” poco constructivos.

Desde la comprensión y el diálogo, se puede abrir camino a la auto-mirada, y por ende al surgimiento de nuevas construcciones y producciones en conjunto, más saludables y adecuadas tanto para el paciente como para la familia y el entorno.

Al considerar al cuerpo como algo indisociable de la interacción con un entorno, se abre la posibilidad de comprender las vicisitudes que existen en el desarrollo de cada niño, desde una mirada mucho más amplia.

Integrar a la familia o referentes al tratamiento, brinda la posibilidad de restablecer o mejorar la comunicación, en un espacio de disfrute compartido y de “reconocimiento” del cuerpo del niño.

Al mismo tiempo, es en nuestro cuerpo que llevamos la llave para comprender al otro. Por eso es fundamental “abrir” nuestro cuerpo a otro, y conocernos; debemos desarmarnos para rearmarnos, y así poder lograr lo mismo con otros, desde nuestra profesión.

El saber teórico y disciplinar, abre las puertas para comenzar a “comprender” de qué se trata, para conocer, para experimentar y así realmente aprender y crecer. Como dice Calmels Daniel, no es lo mismo conocer que saber; y nuestro cuerpo, en esta profesión y en la vida misma, requiere de ambos.

Trabajar con otros, dejarnos sorprender y posicionarnos desde el “no saber”, resulta una herramienta fundamental para construir nuestro accionar, para aprender más sobre nosotros mismos como profesionales.

Siempre será útil pensarnos dentro del trabajo, como simples instrumentos pasajeros en la vida del niño, que dejarán procesos en marcha, caminos recorridos, metas a alcanzar...tal vez por otros o por él mismo niño.

Me parece importante hacer hincapié en la *mirada de conjunto* sobre un niño, poder abarcar su realidad, desde la complejidad en la cual está constituido.

“...la psicomotricidad es cuerpo en interacción y en relación, medio de expresión tónico emocional de sensaciones y de deseos (Aucouturier, B., s.d.)” (de León, C., 2010, p. 21)

Buscamos establecer un vínculo a través del cuerpo y del juego, para que el niño logre desarrollar sus posibilidades y aceptar sus dificultades.

Debemos intervenir para que el niño logre revelar sus conflictos en el juego y en sus producciones, y así acompañarlo en los devenires de su desarrollo. Esto fortalecerá la conciencia de sí, la independencia y la comunicación con el entorno.

“Nosotros existimos -en el sentido existencial- sólo en la medida en que tenemos la posibilidad de entrar en comunicación con los seres y las cosas que nos rodean, es decir, de establecer relaciones significantes entre nuestro cuerpo, sus sensaciones y sus producciones, por un lado, y lo que es exterior a nuestro cuerpo, por el otro” (Lapierre, A. y Aucouturier, B., 1980, p. 65)

Lo terapéutico de la Psicomotricidad consiste en permitir atravesar estas experiencias, desde una intervención que nos acerque a la comprensión del otro.

Dejando que la comunicación habilite un encuentro desde la escucha y la comprensión, debemos permitir al otro mostrarse tal cual es, para habilitar su deseo de continuar siendo ese mismo.

Este tipo de intervención no debe buscar reeducar o buscar “curar” una falla, esto será secundario en el tratamiento psicomotor.

“¿Qué es lo que hace cambiar al niño en el abordaje terapéutico psicomotor? En primer lugar, el encuadre (que muchas veces es olvidado). No es la interpretación. Es el cambio de un estado tónico y emocional vivido en relación con el terapeuta. Y esto pasa porque esta relación, facilita la emergencia de sensaciones profundas, que permiten la apropiación de un cuerpo nunca antes vivido por el paciente...” (Aucouturier, B., 2011, p. 73)

Como Psicomotricistas, debemos considerar qué elementos tomar como esenciales en ese abordaje, así como qué tratamientos son de mayor relevancia en ese momento para el niño, y cuáles será capaz de sostener.

El abordaje interdisciplinar aquí, es una herramienta fundamental para poder tomar este tipo de decisiones, dado que podrá ampliar y/o clarificar el conocimiento de la situación de cada niño.

En el tratamiento psicomotor, debemos contemplar la transferencia-contratransferencia como “borde” del abordaje. Plantearla como eje central en el abordaje, modificaría nuestra especificidad, desvirtuándose hacia una práctica más “psicoanalítica”.

Dado que no hay formación psicoanalítica en nuestra disciplina, no contamos con las herramientas suficientes para poder responder desde una interpretación psicoanalítica.

De todas maneras, considero que hay que proponerse aprender acerca de las diferentes propuestas teóricas. Comprender otros aspectos de la intervención, sin desdibujar la especificidad de nuestro accionar, enriquece la práctica profesional.

Si bien en el tratamiento, lo esencial es lo que expresa el niño en la actualidad, se debe tener en consideración la historia y el proceso de construcción de este cuerpo, para responder con las herramientas necesarias.

El centrarnos en la escucha de esa expresividad psicomotriz del niño, en este vínculo corporal que se ofrece en un espacio de confianza, nos permitirá trabajar con las vivencias y el bienestar actual del mismo.

Debemos ejercer una práctica profesional muy compleja, donde se pueda unir, la afectividad y la sensibilidad, con la objetividad del conocimiento teórico.

Por la complejidad de la tarea, es de gran necesidad la constante formación, la intercomunicación, la actualización y la posibilidad de la experiencia.

Al recibimos es imprescindible continuar formándonos; existe un largo camino por recorrer, que orientará la capacidad de crecer profesional y personalmente.

En la constante formación, debemos reactualizar nuestra mirada específica, sobre el cuerpo del niño y sobre el tratamiento psicomotor. Y sobre ello, considerar lo que resulta terapéutico en cada intervención.

*La esencia de lo humano es un misterio, y no debemos perder de vista este
detalle...*

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- Aucouturier, B. (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Barcelona: GRAÓ.
- Aucouturier, B., Darrault, L. y Empinet, J. L. (1985). *La práctica Psicomotriz: reeducación y terapia*: Científico médica.
- Barcelo, J. (Comp.) (2003). Universidad de la República. Facultad de Psicología. *Sociología clínica (1). Documentos de sociología e historia social del Uruguay*. Montevideo: ARGOS.
- Bottini, P. (2000). *Psicomotricidad: Prácticas y conceptos*. Madrid: Miño y Dávila editores.
- Cal, C. (2008). *Psicomotricidad clínica en la infancia*. Aportes para un diálogo interdisciplinario. Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Calmels, D. (2013). *Fugas*. El fin del cuerpo en los comienzos del milenio. Bs. As.: BIBLOS.
- Calmels, D. (2003). *¿Qué es la Psicomotricidad?: los trastornos psicomotores y la práctica psicomotriz*. Buenos Aires: Distribuidora Lumen S.R.L.
- Calmels, E. (2001). *Cuerpo y saber*. Bs. As.: Novedades Educativas.
- Calmels, D. (2009). *Infancias del cuerpo*. Bs. As.: Puerto Creativo
- Chokler, M. (1999). *Acerca de la Práctica Psicomotriz de Bernard Aucouturier*. Bs. As.: Ariana
- Danderfer, R. y Montenegro, A. (2012). *Breviario*. Reseñas, ideas y conceptos de la Psicomotricidad. Córdoba: Brujas
- de León, C. (Org.). (2012). *Diálogos con Bernard Aucouturier*. Montevideo: Tradinco S.A.
- de León, C., García, B., Grajales, M., Podbielevich, J., Ravera, C. y Steineck, C. (2000). *Cuerpo y representación*. Montevideo: Psicolibros Ltda.
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paídos
- González, L. (2009). *Pensar lo psicomotor: la constructividad corporal y otros textos*. Buenos Aires: EDUNTREF
- Lapierre, A. y Aucouturier, B. (1980). *El cuerpo y el inconsciente en Educación y Terapia*. Barcelona: Científico médica

- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Bs.As.: Nueva Visión.
- Lesbegueris, M. (06 abril 2012). Comunicación personal.
- Lesbegueris, M. (31 enero 2014). Comunicación personal.
- Levin, E. (1991). *La clínica psicomotriz: el cuerpo en el lenguaje*. Bs. As.: Nueva Visión.
- Llorca Llinares, M. y Vega Navarro, A. (1998). *Psicomotricidad y globalización del currículum de educación infantil*. Málaga: Aljibe.
- Richard, J., Rubio, L. y cols. (1996). *Terapia psicomotriz*. Barcelona: MASSON S.A.

ARTÍCULOS Y PUBLICACIONES

- De Ajuariaguerra, Julian. (1971). *Cuerpo y comunicación. Ontogénesis de las posturas: yo y el otro*, p. 09
- González, L. (2000). *Sobre la Presencia del cuerpo*, p. 4
- Murcia (2003, noviembre). *La psicomotricidad en el ámbito educativo*. p. 1
- Podbielevich, J. y cols. (1991, noviembre). *Terapia psicomotriz en niños menores de 3 años. Cuaderno de Psicomotricidad*, pp. 07-22
- Ravera, C. (1991, julio). *Cuerpo - obstáculo. Cuaderno de Psicomotricidad*, pp. 27-32
- Ravera, C. (2002, mayo). "La clínica psicomotriz hoy: revisión del concepto de alteración psicomotriz como categoría nosográfica". *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, nº 6, p. 51-64

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Ablin, M., Alende, A., Aragón, R., Biscossa, G., Brukman, S., Calmels, D.,...Vaca, J. L. (1997). *Reuniones clínicas en Psicomotricidad 1997*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- Asociación Uruguay de Psicomotricidad. (1991, noviembre): *Cuaderno de Psicomotricidad*. Montevideo: IMPRESOS W

- Berruezo, P. P. (1995). *El cuerpo, el desarrollo y la psicomotricidad*. Psicomotricidad. Revista de estudios y experiencias. n° 49 (1), pp. 15-26
- Ceruti, A., De León, M., García, B., Grajales, M., Gari, R., Marques, M.,...Saavedra, C. (2013). Acerca de la Práctica Psicomotriz. *Revista de la Asociación Uruguaya de Psicomotricidad*, 1(1), 3-12.
- Levin, E. (2012). *La experiencia de ser niño: plasticidad simbólica*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Ravera, C. (2009). *Clínica Psicomotriz del bebé*. : s.d (sin datos)
- Ravera, C. (04 julio 2012). Comunicación personal.
- Valle, P. y Ander-Egg (1997). *Guía para preparar monografías*. Buenos Aires: LUMEN/HVMANITAS

ARTÍCULOS EN LA WEB

- Alonso, M., (2010, mayo 10). De: Acuarelas y acrílicos. Recuperado de <http://maicaalonso.blogspot.com/2010/05/arlequines.html>
- Arte Pintura Contemporánea.-Merello- La Mujer del Sol (81x100 cm). Recuperado de <http://www.merello.com/pintura-contemporanea.htm>
- Arte de Palermo: Un camino. Recuperado de: <http://www.artedepalermo.com.ar/pinturas/un-camino/>
- Círculos dentro de círculos. Recuperado de: <http://1.bp.blogspot.com/-JSYILbqS19k/ULzRth9QXLI/AAAAAAAAAIS4/5Ln3RLr4NSs/s1600/delaunay.jpg>
- Gustav Klimt. Recuperado de <http://tamaravalverde.blogspot.com/2011/06/gustav-klimt.html>
- Lesbegueris, M., 2012. (06 de abril 2012). Comunicación por correo electrónico. maralesbegueris@yahoo.com.ar.
- Pintura digital. Recuperado de: <http://www.manuelacalleguerrero.com/pintura-digital/>
- Ravera, C. (2008, noviembre). Complejizando el concepto de empatía tónico-emocional en clínica psicomotriz. Recuperado de

<http://www.psicomotricidaduruguay.com/descargas/documentos/2012-6-26-10-37-29.pdf>

- Ravera, C. y Steineck, C. (2012). *Cuerpo y psicomotricidad*. Recuperado de <http://psicomotricidaduruguay.com/descargas/documentos/2012-3-24-8-51-43.pdf>
- Real Academia Española, (2014). Diccionario de la lengua española. Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=c1%C3%ADnica>

ANEXOS

ENTREVISTAS:

Entrevista realizada a la Licenciada Mara Lesbegueris

1- ¿Cuál es la concepción de sujeto que consideras que “manejas” en tu práctica diaria?

En la práctica tanto clínica como educativa, pensar para mi en “el sujeto” refiere a poder contemplar la subjetividad de cada paciente, cada grupo y cada familia.

Mi práctica profesional es con niñas y niños. Pensarlos como Sujetos, para mi es respetarlos como Sujetos de deseo, como Sujetos de derecho y como Sujetos en constitución.

2- ¿Cómo te ubicas frente al diagnóstico que el niño pueda “traer” a la consulta, tanto de otras disciplinas como de la nuestra propia?

Para intentar comprender la problemática del paciente que llega a consulta creo necesario poder ESCUCHAR. Trato de estar lo más receptiva posible para intentar recaudar información de diferentes índoles. Los modos en que cada familia plantea su “motivo de consulta” estará signado también, por los recorridos terapéuticos previos y los diagnósticos de otros profesionales.

3- ¿En qué elementos te sustentas principalmente para construir constantemente tu posicionamiento clínico o posición clínica?

Creo que el posicionamiento clínico de cada profesional está sustentado en primer instancia, por una ética profesional que subtiende la formación teórica-conceptual, corporal y técnica.

Debemos poder dar cuenta no sólo de lo que hacemos, pensamos y decimos sino de los modos con que esperamos la efectividad de nuestro trabajo.

4- ¿Cuál es el objetivo principal de nuestro abordaje terapéutico, es decir, en qué consiste realmente el “eje” central de nuestra práctica clínica frente al cuerpo y a su déficit?

Los objetivos o ejes de cada tratamiento psicomotor corresponderán con la demanda particular de cada paciente.

No trabajo desde una perspectiva reeducativa que intenta “eliminar los déficit o carencias” a partir de un plan determinado de trabajo. Gracias a los aportes del psicoanálisis podemos leer estas problemáticas anudada a la demanda y al sufrimiento. Leer no sólo signos visibles sino una expresión sintomática de malestar y padecimiento. El “furor sanador” apostará al alivio inmediato, rápido y exitoso en relación a la desaparición del síntoma, para adaptar al cuerpo a una supuesta normalidad.¿?

Dice D. Calmels (2003)

“El abordaje terapéutico consiste en un trabajo que no apunta a eliminar el síntoma corporal, sino a trabajar sobre la organización del cuerpo, lo cual redundará en una modificación del síntoma. No se trata de implementar un ejercicio cuyo beneficio complete el vacío que produce un déficit, no se trata de un estímulo al organismo, sino de una “puesta al día” de la situación del cuerpo, hecho que convoca a la historia de su gesta y desarrollo”²

El tratamiento psicomotor apunta a otorgarle sentidos a una condición subjetiva que no encuentra modo de resolución.

El campo del sentido en psicomotricidad, no lo constituyen sólo “palabras dirigidas para el cuerpo” sino que se articula a la experiencia sensible y reflexiva que puede darse a través del juego corporal, de los juegos gráficos o de la relajación a partir de la relación establecida con el terapeuta.

Para que un niño o una niña logre establecer relaciones eficaces y placenteras con su cuerpo, necesita poner a prueba su materialidad de diversas maneras en el espacio y en el tiempo, en la relación con los otros.

5- ¿Cuáles son los motivos de consulta más frecuentes, especificando las características del encuadre en el que te encuentras trabajando?

En la actualidad, dentro del encuadre de la clínica psicomotriz, están llegando a consulta muchos niños y niñas con diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo. Creo que estos niños/as “descorporizados” son un síntoma social de nuestra época.

La edad con que llegan a consulta es variada.

Recibimos desde bebés con demandas por retrasos madurativos, niños que están por ingresar a la escolaridad formal (5-6 años) con dificultades en poder conectar con las

² Ibidem 1

legalidades y organizaciones del mundo gráfico. Niños de 8-9 años con torpezas, inestabilidades, inhibiciones, donde especialmente demandan la modalidad de abordaje grupal en psicomotricidad, por ser justamente el campo de las interacciones corporales donde se manifiesta su problemática.

Otro cambio que comenzamos a registrar es en las consultas de niñas a psicomotricidad. En nuestra sociedad las dificultades en torno a la puesta en funcionamiento del cuerpo, parecen tornarse más visibles en los niños varones. La mirada del entorno se vuelve preocupante, cuando un niño no logra coordinar sus movimientos para jugar a la pelota, cuando se observan actitudes temerosas o cuando no puede dar cuenta del uso de su fuerza y velocidad. Actitudes y habilidades ligadas a ciertas representaciones de la masculinidad (y ciertos temores de feminización de sus cuerpos).

Lo que años atrás parecía pasar inadvertido, hoy comienza a tener otra presencia. Notamos también en las consultas una incipiente preocupación por las “torpezas, las “inhibiciones”, las “dispraxias” o las “inestabilidades” de las niñas.

Sin embargo, la relación en la demanda de niñas a psicomotricidad sigue siendo francamente desproporcionada. La asistencia de niñas a nuestra área es aproximadamente de un 10%, es decir que la relación es por cada 10 niñas, 90 niños varones consultan a psicomotricidad.

Es por lo tanto, en el terreno de la experiencia clínica que me he encontrado en la necesidad (y por lo tanto en la emergencia) de integrar los aportes de las teorías de género para aproximarme a las complejas y problemáticas corporeidades femeninas infantiles.

6- *¿Con qué elementos debe contar nuestro encuadre para delimitar y asegurar el devenir de un adecuado tratamiento psicomotriz?*

Las constantes espacio-temporales delimitadas en el encuadre de trabajo psicomotriz contemplan desde el espacio físico donde se desarrolla la práctica, el tiempo (duración de la sesión, momentos de apertura, desarrollo y cierre del trabajo, tiempo extra de reuniones de equipo, entrevista con los padres), los objetos que se presentan, los honorarios profesionales.

En cuanto a las constantes espaciales físicas contamos con dos espacio diferenciados. La sala de espera, y el salón de juego, cuidado y acondicionado para el despliegue del

juego corporal (espacio amplio libre de objetos, pisos de goma, protectores de ventanas, y armarios donde se guardan los objetos y materiales), condición de posibilidad para el despliegue cuidado de los juegos corporales.

Las sesiones individuales tienen una duración de 40 minutos y las grupales de una hora reloj.

7- ¿Hacia dónde se enfoca la cura en la Clínica Psicomotriz? 8- Teniendo en cuenta la pregunta anterior: ¿Hacia dónde debemos apuntar el abordaje que realizamos con las familias? 9- ¿Qué elementos debemos considerar para dar el alta en Psicomotricidad?

Particularmente no utilizo los conceptos de “alta” ni “cura” para pensar en la finalización de un tratamiento psicomotor. Entiendo que estos términos provienen del campo médico y que están emparentados con otros conceptos, tales como enfermedad-salud, normal-patológico, remedios, curación, etc.

Desde esta perspectiva también podríamos preguntarnos, si no es a partir de una lógica jerárquica que nace la necesidad de un alta/baja en los sujetos que consultan a psicomotricidad.

Creo que el cuerpo no tiene “alta” ni “cura”; ni es tarea de la psicomotricidad curar ni como la medicina, ni como el psicoanálisis.

Prefiero pensar las “alteraciones”, “disfuncionamientos”, “trastornos psicomotores”, no como enfermedad sino como problemáticas que obturan las posibilidades de expresión, interacción y/o aprendizaje.

La finalización del tratamiento varía de acuerdo a la particularidad de cada paciente y su demanda.

*Sin embargo, creo que es posible pensar en algunos indicadores que nos advierte de una posible **finalización** de tratamiento psicomotor:*

1- *Cuando se observa un modo de funcionamiento corporal eficaz (no ideal), acorde con las intenciones y deseos del niño o la niña que está en tratamiento.*

2- *Cuando se observa posiciones de enunciación corporal autónomas - creativas.*

3- *Cuando se observa que el paciente puede poner en juego el campo de las manifestaciones lúdico-corporales no sólo en el espacio terapéutico sino en otros espacios de socialización (familia, escuela, club, etc)*

4- *Cuando se visualizan otras problemáticas asociadas (psíquicas, kinésicas, fonoaudiológicas, etc) y se considera necesaria priorizar otra intervención terapéutica que amerita una derivación.*

*También creo que existen indicadores que nos advierten la necesidad de **interrumpir un tratamiento***

1- Cuando hay un agotamiento en la demanda de los padres y/o en el niño o niña por el que se consulta, por más que el profesional considere que el paciente tiene cosas para seguir trabajando.

2- cuando no se respetan las condiciones básicas (encuadre de trabajo) pautado y acordado, previamente con los padres del paciente.

Entrevista realizada a la Licenciada Claudia Ravera

1- ¿Cuál es la concepción de sujeto que consideras que “manejas” en tu práctica diaria?

No sé si podré responder esta pregunta tan amplia y compleja, a su vez referida a algo tangible y práctico como lo dice el verbo entrecomillado, pero verbo al fin: manejar. Creo que puedo esbozar algo. La idea de niño que es el sujeto con el que establezco una relación de ayuda, es desde mis niveles concientes, la de un ser en construcción y por lo tanto vulnerable, que necesita de adultos que lo cuiden, continen y guíen para que pueda adaptarse de la forma más sana posible a la realidad que vive y prepararlo para su futuro. Estos adultos son referentes morales, trasmisores de valores humanos, de respeto, de comprensión, etc.

2- ¿Cómo te ubicas frente al diagnóstico que el niño pueda “traer” a la consulta, tanto de otras disciplinas como de la nuestra propia?

Nunca me aferro a los diagnósticos como algo definitivo. Sé que están hechos por personas, con diferentes formaciones y “deformaciones” profesionales o de las teorías que abracen. Siempre hago mi propio diagnóstico psicomotor, pero circunscripto dentro de un diagnóstico que considera los aspectos sociales, familiares, escolares, y clínicos. Hago como una especie de mapa de la situación, como “interdisciplinarista”. Creo que con los años si uno ha tenido la posibilidad de aprender lo que es la interdisciplina, uno tiene una formación que llamaría “interdisciplinarista”, y eso ayuda a priorizar, a relacionar, a comprender la sinergia entre los diferentes diagnósticos que se hayan realizado.

3- ¿En qué elementos te sustentas principalmente para construir constantemente tu posicionamiento clínico o posición clínica?

Me apoyo siempre en el paradigma de la complejidad, que llevado a nuestra profesión se refiere a la “interdisciplinariedad”. Y esta palabrita que parece tan trillada, la de interdisciplina, cada día me doy más cuenta que son muy pocos los que realmente saben de qué se trata. Por supuesto que me apoyo en valores éticos y morales, en comprender empáticamente al niño y a sus padres, en no juzgarlos y en tratar de co-construir con ellos una comprensión de lo que le sucede al niño.

4- ¿Cuál es el objetivo principal de nuestro abordaje terapéutico, es decir, en qué consiste realmente el “eje” central de nuestra práctica clínica frente al cuerpo y a su déficit”?

Creo que trabajamos sobre dos grandes líneas: la expresividad psicomotriz y la ejecución psicomotriz. Creo que hay dificultades específicas que debemos trabajar en muchos niños que no necesariamente se encuentran mal psicológicamente. El eje de mi práctica será bien diferente en unos casos que en otros. Pero diría que la gran mayoría de mis pacientes el eje se encuentra en la construcción de una imagen y un esquema corporal lo más sanos posibles teniendo en cuenta la historia del paciente. Podríamos decir también, que trabajamos para que el paciente logre un ser-estar corporal armonioso.

5- ¿Cuáles son los motivos de consulta más frecuentes, especificando las características del encuadre en el que te encuentras trabajando?

Trabajo con pacientes privados y trabajo con niños en grupos de ayuda en comunidad. Los motivos de consulta más frecuentes que a mi me llegan, tienen que ver con niños con fallas en la simbolización que se expresan a nivel corporal a través de inquietud, dispersión, torpezas, etc. Atiendo también bebés con patología cromosómica, parálisis cerebral y desviaciones del desarrollo. Claro que a mi la mayoría de los pacientes me llegan derivados por otros pacientes o por psicoanalistas, lo que le da un sesgo particular.

6- ¿Con qué elementos debe contar nuestro encuadre para delimitar y asegurar el devenir de un adecuado tratamiento psicomotriz?

El encuadre sirve para poner orden pero también para protegernos. Me parece que cuanto más nos formamos y más clínica tenemos, menos precisamos del encuadre como algo rígido, nos vamos volviendo mucho más flexibles. Sí me parece fundamental mantener el tiempo y el espacio en condiciones constantes.

7- *¿Hacia dónde se enfoca la cura en Clínica Psicomotriz?*

Qué preguntita!!! No hablaría de cura, sino de mejoría. No me gusta la palabra cura porque parece que es como lograr eliminar de cuajo todos los síntomas, cosa que es muy difícil en muchos de los casos que atendemos. La dificultad psicomotriz es más un estilo de funcionamiento que una dificultad como tal. La gran mayoría de los niños torpes no van a curarse!! Siempre van a tener vestigios de su torpeza por más ejercitación que hagan. Creo que esta pregunta ya la respondí de alguna manera cuando dije que buscábamos que el niño sintiera un armonioso ser-estar corporal dentro de sus características.

8- *Teniendo en cuenta la pregunta anterior: ¿Hacia dónde debemos apuntar el tratamiento que realizamos con las familias?*

Hacia una comprensión de lo que le sucede al niño, de cómo lo viven ellos, de cómo lo vive el niño. Oficiamos como de puente entre el niño y los padres, entre el niño y la familia, tratando de modificar la mirada que sobre ese niño traen. Generalmente es una mirada de la dificultad, de lo que no puede, de lo que no es!

9- *¿Qué elementos debemos considerar para dar el alta en Psicomotricidad?*

Que el niño se sienta bien consigo mismo, contento. Que haya mejorado el síntoma o los síntomas por los que consultó inicialmente. Que haya “crecido” y se vaya fortalecido, que funcione en el ámbito social, familiar y escolar.

A veces debemos dar altas transitorias pues pueden surgir problemas que hacen que otros tratamientos deban ser priorizados y el nuestro dejado en “pausa” hasta que el niño mejore en otros ámbitos. Es el caso del niño disléxico que recién en segundo año se empieza a sospechar que hay algo que no avanza en el aprendizaje de la lectoescritura y que el problema no es lo grafomotor!! O con un niño disfásico hoy llamado trastorno específico del lenguaje, o con tantas otras situaciones. Todo es relativo!!