

UNIVERSIDAD CATOLICA DEL URUGUAY

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN PSICOMOTRICIDAD

Trabajo final integrador

Docente: Dr. Alejandro López

Alumna: Andrea Caballero

Mayo 2020

Índice

<i>Introducción</i>	2
<i>Fortalezas y debilidades</i>	3
<i>Ejes temáticos</i>	9
Corporeidad	9
Alianza terapéutica	15
Autonomía	19
<i>Análisis de los trabajos seleccionados</i>	24
Viñeta 1: Estimulación Psicomotriz II	24
Viñeta 2: Psicomotricidad II	31
Viñeta 3: Formación personal por vía corporal III	35
Viñeta 4: Epistemología III	41
Viñeta 5: Psicomotricidad III	46
<i>Práctica profesional: perspectivas a futuro</i>	53
<i>Referencias bibliográficas</i>	56

Introducción

El presente es el trabajo final integrador de la alumna Andrea Caballero. El mismo se encuentra inscripto en el marco de la licenciatura de Psicomotricidad de la Universidad Católica del Uruguay, siendo el último requisito para la obtención del título de grado.

Tiene por objetivo propiciar en el alumno un espacio para la reflexión crítica sobre el propio proceso, tomando como punto de partida el entrecruzamiento existente entre los aportes teóricos, prácticos y aquello que le es propio, es decir, fortalezas, debilidades, intereses, etc., ya que es a partir de la conjunción de estos tres aspectos que se realiza la construcción del rol del psicomotricista. Esta instancia además apunta a una profundización y apropiación teórica necesaria para consolidar la formación.

Para su realización se divide en diferentes apartados, el primero tratará sobre las fortalezas y debilidades del alumno, siendo su concientización imprescindible para el futuro ejercicio del rol.

Se proseguirá explicitando la selección de los siguientes ejes temáticos: *corporeidad, alianza terapéutica y autonomía*. Se justificará el motivo de su elección y se realizará un desarrollo teórico de los mismos. En el siguiente apartado, considerando dichos ejes se efectuará el análisis de cinco trabajos realizados a lo largo de la carrera, que corresponden a las siguientes asignaturas: Psicomotricidad II y III, Estimulación II, Formación personal por vía corporal (FPVC) III y Epistemología III, considerando tanto trabajos grupales como individuales, algunos más tendientes a cuestiones prácticas concretas, como puede ser un proyecto terapéutico, y otros que apuntan a la reflexión de conceptos vitales para el ejercicio de la profesión, tales como el lugar que ocupa el cuerpo.

Para culminar, el último apartado trata sobre las perspectivas a futuro de la alumna, haciendo hincapié en la población adulta, tanto en situación de rehabilitación por dependencia a sustancias como de personas mayores, área de intervención de interés vinculada a cuestiones tanto personales como del proceso de formación. Asimismo, se explicita la relevancia de los ejes teóricos seleccionados en el apartado anterior para el ejercicio en dicho ámbito y cuáles son los aspectos a seguir trabajando tendientes a mejorar el despliegue del rol.

Fortalezas y debilidades

A continuación se detallarán las fortalezas y debilidades reconocidas durante el proceso de formación. Estas surgen gracias al intercambio con docentes referentes, compañeras y a la autoobservación. Su reconocimiento se considera vital para que el alumno asuma un ejercicio personalizado del rol, lo cual le permitirá intervenir de forma más ajustada de acuerdo a la finalidad de la intervención y a sus propias posibilidades.

Las fortalezas identificadas son: Disponibilidad, Autenticidad y Creatividad.

La **disponibilidad**, Cori Camps (2008) plantea que implica la aceptación del otro tal cual es, reconociéndolo como producto de su historia y como portador de un deseo de bienestar, desde el cual partir y construir. La autora continúa explicando que se manifiesta en el psicomotricista desde lo intelectual, lo afectivo y lo corporal, utilizando tanto mediadores verbales como no verbales para transmitirla, de modo tal que el otro se sienta acogido y seguro para desplegarse.

Identifico esta fortaleza en dos aspectos: el primero desde el uso de mis mediadores de comunicación los que en general considero ajustados y me han permitido entablar vínculos con los usuarios que han sido enriquecedores tanto para ellos como para mí. Dentro de los mediadores entiendo que principalmente los no verbales son los que inciden en esta fortaleza, he logrado concientizar la necesidad y utilidad del uso de pausas y posturas que favorecen el establecimiento de un espacio de interacción, así como una mímica facial que a la vez que denota interés no transmite juicios de valor.

El segundo desde la actitud que tanto usuarios como compañeras tienen para conmigo, ya que ambas poblaciones se han acercado más de una vez con alguna problemática, lo que me da la pauta de que existe y/o genero un grado de cordialidad y confianza que habilita al otro a poder mostrarse y confiar.

En relación a esto último creo que gracias a los aportes teóricos he logrado comprender que es imprescindible para el establecimiento del vínculo terapéutico poder dejar entre paréntesis el marco de referencia interno en el encuentro, para así lejos de juzgar, acoger y comprender frente al despliegue de su expresividad.

La segunda fortaleza se vincula estrechamente con el logro de la actitud disponible. Esto debido a que **la autenticidad** también llamada congruencia es una de las tres actitudes terapéuticas planteadas por Rogers (1974 en Sassano 2003) implicando ser uno mismo en el encuentro terapéutico, sin lo cual ningún auténtico vínculo sanador puede darse.

Este concepto es definido Sassano (2003) como “un estado de acuerdo interno” (p.27), explica que no alcanza con que el psicomotricista actúe “como sí”, sino que es necesario que los sentimientos expresados sean genuinos. En parte es en este sentido que identifico a la autenticidad como fortaleza, ya que me esfuerzo por ser honesta en el establecimiento del vínculo, evitando establecer conductas que no creo poder sostener a largo plazo debido a su falta de sustento tanto conceptual como afectivo.

Se entiende que lo valioso de esta actitud terapéutica radica en que permite al psicomotricista alejarse de la tentación de enmascararse o escudarse tras un rol estático encontrándose así más disponible al encuentro con el otro, centrándose en lo que la singularidad de este le pide. Esto permite generar un espacio segurizante en donde el otro se encuentre confiado para desplegar su expresividad motriz y a partir de esto identificar y trabajar sobre sus necesidades y fortalezas.

Rogers (1962, en Sassano 2003) explica que: “Solo mostrándome tal cual soy, puedo lograr que la otra persona busque exitosamente su propia autenticidad.” (p.28), es por esto que, al mostrarme, intento tener conciencia de que al exponer también mis errores y debilidades puede ser una vía para habilitar a que el otro muestre los suyos, creando así un clima donde no hay riesgo de interpelación o de ser enjuiciados. El aceptarse en la propia vulnerabilidad legítima que estas características del otro sean aceptadas y reconocidas como parte del ser, siendo esto el primer paso en el proceso de cambio de acuerdo a los postulados de Rogers (1962).

A su vez entiendo que de este modo existe un corrimiento de la postura del terapeuta como símbolo del saber, y como único capaz de sanar, colaborando a que los otros logren generar conocimiento de sí mismos, reasegurándolos en sus posibilidades y orientándolos a ser agentes activos de su propio proceso. Esto se

aplica principalmente al ámbito terapéutico puesto que, una de mis motivaciones principales para el ejercicio de este rol es colaborar a que las personas obtengan herramientas que les permitan mejorar su nivel de autonomía, funcionalidad y bienestar psíquico.

Finalmente otra fortaleza que he logrado identificar durante mi proceso es **la creatividad**. López. R (2010) entiende a la creatividad como la “capacidad para combinar elementos conocidos, con el fin de alcanzar resultados a la vez originales y relevantes” (p.169).

En mi caso particular entiendo que logro combinar la observación con el conocimiento específico adquirido sobre las estrategias de intervención, la población objetivo y la singularidad del usuario con la problemática a tratar. De esta forma genero actividades o intervenciones ajustadas a las necesidades e intereses de los usuarios. Tiendo a hacer énfasis en incluir en las propuestas detalles relevantes que surgen del intercambio con los usuarios con el fin de fortalecer tanto la motivación como la adhesión al tratamiento, siendo ejemplos de esto el uso de materiales, personajes o incluso versiones adaptadas de propuestas que ellos mismos realizan.

Considero que en la intervención con adultos pongo esto en juego principalmente en la realización de actividades directrices o semi-directrices, en donde la planificación se da con anterioridad y en la intervención con niños durante la creación de escenas lúdicas, las cuales intento basar en la escucha de lo que el niño trae, de sus intereses y sus necesidades, lo que se vincula con la disponibilidad mencionada anteriormente.

Como debilidades he logrado identificar: Dificultad de sistematización del registro de las sesiones, uso de las verbalizaciones, trabajo en equipo.

Considero el **no logro del registro sistemático de las sesiones** como una gran y problemática dificultad.

Olalla (2009, en Arnaiz 2008) explica que:

La observación es un proceso de selección y estructuración de los datos, de las experiencias, cuyo objeto es construir redes de significación a partir de un modelo interno o marco de interpretación. Este modelo interno actuará como el filtro interpretativo gracias al cual

daremos sentido a los acontecimientos a partir de nuestro universo de teorías y creencias. (p.57)

Durante los años de práctica no he logrado realizar un registro continuo de las sesiones lo que entiendo dificulta la intervención en más de un sentido. Ejemplos de estos pueden ser: carencia de respaldo para responder dudas específicas que pueden surgir en posteriores análisis, dificultad para historizar, hacer el seguimiento y la valoración de posibles avances de los procesos, disminución de elementos que limitan la riqueza de las posibilidades de supervisión y por sobre todo menor volumen de insumos para la planificación del proyecto terapéutico.

En particular esto último es lo que más conflictiva me genera puesto que la elaboración del proyecto terapéutico es vital para realizar una intervención ajustada y singularizada, por lo que la falta de información organizada y jerarquizada aumenta la posibilidad de cometer errores u omisiones en el tratamiento.

Para problematizar la dificultad sobre el **manejo de la voz y el uso de las verbalizaciones** es necesario previamente definir el concepto de lenguaje.

Astroga (2004) explica que el lenguaje oral es el “desarrollo de la capacidad de comunicarse verbal y lingüísticamente por medio de la conversación en una situación determinada y respecto a determinado contexto y espacio temporal.”(p.1). Henig (2013) entiende que el lenguaje verbal es un recurso muy importante para el terapeuta y que permite: 1- acompañar y favorecer en el niño el proceso de exploración y apropiación corporal 2- reconocerlo como sujeto en construcción y favorecer ese proceso de subjetivación 3- fortalecerlo en sus posibilidades 4- habilitar el despliegue de su modalidad de relacionarse a través del cuerpo 5- promover un reposicionamiento con respecto al otro: como un ser diferente, único, creativo y responsable.

Si bien considero que en general soy clara al hablar y que el mensaje que emito logra ser comprendido por el receptor, identifico también que tiendo a utilizar inintencionadamente un volumen muy alto y el modo imperativo, de esta forma más allá de que no sea mi intención dar una orden en los hechos puede ser interpretado por el otro de esa forma. Ubico entonces esta dificultad en el área del paralenguaje, siendo el mismo según Poyatos (1994, en Blanco 2007) el conjunto de características no verbales de la voz, dentro de las cuales, entre otras se

encuentran: modificadores de la voz, emisiones cuasiléxicas, pausas o silencios utilizados para afirmar o contradecir alguna cosa, el timbre y la entonación.

En mi caso centro la dificultad en las últimas dos, mi timbre de voz es alto y frecuentemente sobrepasa el volumen esperado por lo que es sencillo equiparlo al grito. A su vez la entonación entendida por Hidalgo y Quilis (2012) como “la curva melódica que describe la voz al pronunciar frases y oraciones” (p.270) se vincula estrechamente con las representaciones mentales y la expresión de los estados de ánimo, lo que en mi caso daría lugar a confusión por parte del otro ya que el exceso de verbalizaciones imperativas podría transmitir una necesidad excesiva de control de la situación, cuando no es esa la intención.

Entiendo que esto puede generar dificultades en el establecimiento del vínculo terapéutico debido a que el usuario puede percibir una incongruencia en mi postura, ya que por otros medios, asociados a la disponibilidad como fortaleza que se señaló antes, lejos de ordenar o limitar promuevo el accionar propositivo, expresivo y espontáneo del usuario.

Un ejemplo claro de esta dualidad sucedió durante la práctica de psicomotricidad IV, cuando en sesión con una niña yo entendía que le estaba explicando algo sencillo y la niña me interrumpió para pedirme que no le gritara. A raíz de esto infero que si bien en ese momento estaba realizando un mal uso de los aspectos paralingüísticos del lenguaje, a la vez desde otro lugar había sido capaz de generar un clima de seguridad, que permitió a la niña a sentirse habilitada para poder expresar su malestar en directa relación al referente.

Por último, identifico también la dificultad para **el trabajo en equipo** como una debilidad para el ejercicio del rol.

Katzenbach y Smith. (s/a, en Jaramillo 2012) explican que el trabajo en equipo implica un “número reducido de personas con capacidades complementarias, comprometidas con un propósito, un objetivo de trabajo y un planeamiento comunes y con responsabilidad mutua compartida” (p.6). En un equipo los individuos funcionan por sí mismos, pero de forma interdependiente, en mi caso particular entiendo que durante la sesión me cuesta descentrarme para con mis colegas y respetar sus tiempos, incluso cuando estos son de mi confianza, por lo que en el afán de resolver la situación concreta terminó por priorizar la

intervención frente a la coordinación. Independientemente de que mi intromisión puede llegar a ser una intervención ajustada, en los hechos interfiere con la actuación de mis compañeros pudiendo esto generar dificultad en el trabajo a largo plazo, así como conflictos y sobrecarga de tareas a nivel personal.

Esto se ha hecho evidente sobre todo en la asignatura FPCV, cuando al momento de proponer actividades me he anticipado a compañeras con las cuales mantengo igual grado de compromiso y dedicación.

Ejes temáticos

Con el fin de generar un marco teórico para los posteriores análisis a realizar en el presente trabajo es que se proponen los siguientes ejes.

- 1- Corporeidad.
- 2- Alianza terapéutica.
- 3- Autonomía.

Los ejes se relacionan ya que siendo la corporeidad el reconocimiento del cuerpo como punto de conjunción de las dimensiones de la persona y el relacionamiento con el medio, es una construcción que se hace con otros significativos, por lo que mediante la alianza terapéutica el psicomotricista pasa a ser un otro significativo. Utilizando diferentes recursos entre ellos el lenguaje, colabora con el usuario en el descubrimiento o revalorización de sus posibilidades, lo que influye en la narrativa de su propia historia, y por tanto en su corporeidad.

Finalmente el logro de conductas de autonomía es un objetivo al que en general la psicomotricidad aspira, y que se relaciona con los dos ejes anteriores. Es durante la intervención, basada en la alianza terapéutica entre psicomotricista y usuario que se trabaja sobre la necesidad concreta a partir de las potencialidades, para que en parte el logro de un mayor nivel de autonomía sea también generar conductas de autocuidado que darán lugar a la formulación de una corporeidad diferente, permitiendo utilizar las herramientas obtenidas durante la intervención para la resolución de problemas, logrando así la adaptación al medio.

Corporeidad

Se define a la corporeidad según Benjumea (2010) como la conciencia que se tiene de uno mismo como persona, a partir de la cual se da la integración de sus dimensiones, dentro de las cuales destaca: la física, psíquica, espiritual, motora, afectiva, intelectual y social. Todas estas conforman una única integridad que hace base en el cuerpo y en su toma de conciencia como lugar de encuentro del relacionamiento con los otros y con el medio.

En palabras de la autora, la corporeidad es cuerpo y más que cuerpo, es cuerpo en la medida en que el mismo es tangible y requiere condiciones de existencia espaciales y temporales, y es más que cuerpo en tanto posee a su vez una constitución personal, en la que el peso de la cultura desarrolla y modifica las condiciones de existencia. Siguiendo esta línea Hurtado (2008) explica que la corporeidad se encuentra inscrita dentro de la condición humana, debido a que si bien reconoce el determinismo biológico de orden filogenético, es capaz de trascenderlo y relacionarlo con los procesos de interacción social y de mediación cultural de orden ontogenético. La idea de corporeidad implica retomar la triada cuerpo-sujeto-cultura ya que el entendimiento de esta triada es el reconocimiento de la condición humana. En palabras de Savater (1996 en Hurtado 2008) no alcanza con nacer en la humanidad para hacerse humanos, la persona se conforma como tal al relacionarse con los demás generando procesos de mediación cultural que favorecen la creación de la condición humana.

Gómez (2002) explica que la corporeidad y la motricidad a pesar de ser diferentes entidades se encuentran íntimamente relacionadas, no existiendo una sin la otra. Es imposible pensar al cuerpo sin ligarlo al movimiento, la corporeidad de cada persona es una construcción que se da a través de las diferentes etapas, acciones y experiencias del ciclo vital, estando además atravesado por el entorno y circunstancias propias.

La corporeidad es también un constructo histórico, social y cultural, puesto que la noción de cuerpo que cada persona posee se encuentra atravesada por la realidad social en la que se halla inserta (Águila y López 2019). Denis (1980 en Águila y López 2019) plantea que la persona “se encuentra influenciado por la cultura somática dominante que varía en función de marcadores sociales como la clase social, el género, la etnia, el país” (p.414). Por su parte Bourdieu (1986 en Águila y López 2019) denomina a lo social inscripto en el cuerpo como “habitus” y explica que refiere a aquellas predisposiciones que influyen, condicionan la manera de pensar, percibir, sentir, por lo que en toda cultura se da un proceso de homogeneización. En relación a esto Barbero (2001 en Águila y López 2019) plantea que la homogeneización y la universalidad de los patrones corporales, por ende las habilitaciones y prohibiciones en relación a las experiencias de movimiento, no son casuales o azarosas.

A partir de esta idea de corporeidad se entiende necesario profundizar sobre dos áreas: la incidencia de la cultura en la construcción de la corporeidad, y la concepción de cuerpo desde la psicomotricidad.

Es necesario definir el concepto de cultura para poder comprender cuál es su impacto en la construcción de la corporeidad. Tylor (1971, en Marrero 1998) explica que “la cultura es un todo complejo que incluye los conocimientos, las creencias, (...), las costumbres y otras capacidades adquiridas por el hombre como miembro de la sociedad.” (p.93). Marrero (1998) señala que es un cúmulo de conocimientos que permiten interpretar y dotar de sentido al entorno, así como un conjunto de valores inherentes a cada sociedad que indica lo que es o no deseable. Estos valores ofician como lineamientos para el establecimiento de pautas de conducta, prohibiciones y habilitaciones respecto a las experiencias y posibilidades corporales.

Respecto a la influencia cultural Le Breton (2018) explica que “El hombre se concibe como emanación de un entorno social y cultural.” (p.21)

El mismo autor (2018) continúa diciendo:

La expresión corporal es socialmente adaptable, incluso si el individuo vive de acuerdo con un estilo personal. Los demás individuos le ayudan a delimitar los contornos de un universo propio y a dar al cuerpo el relieve social que este necesita, ofreciéndole de este modo la oportunidad de construirse a sí mismo como actor de pleno derecho en el colectivo al que pertenece. (p.10)

Tylor (1985, en Zárate 2015) y su postura sobre la identidad permiten visualizar cómo es que en los hechos la cultura incide en la construcción de la corporeidad. Este autor define a la identidad como la narración que las personas hacen de lo que son y de quiénes son a partir del relacionamiento con los otros, es una construcción social que se da desde los vínculos afectivos, sociales y políticos con las otras personas. Plantea que en la construcción de la identidad el lenguaje tiene un rol protagónico debido a que la narración que las personas o que el grupo de personas hacen de sí mismas implica una interpretación que no podría ser tal sin el apoyo del lenguaje.

Es importante señalar que el lenguaje se adquiere por medio del aprendizaje en la sociedad en la que se está inserto, y es utilizado como herramienta para

transmitir las posturas, creencias y modos de hacer que dicha sociedad posee frente a diferentes cuestiones. Permite construir un marco referencial que refleja entre otras cosas cuales son las vivencias normativas de sus miembros, las habilitaciones y prohibiciones a las que están sujetos en general y en particular en relación a su cuerpo. Es así que se torna evidente la dimensión simbólica del cuerpo “la cual se adapta a los diferentes significados asignados/ofrecidos por una cultura concreta y se nutre a través del trayecto biográfico del individuo.” (Sola 2013, p.51). Dichas posturas serán la base de la autointerpretación y de la construcción de la propia narrativa, la cual no es solo verbal sino también corporal.

De este modo la autointerpretación da paso a la identidad y lejos de ser un hecho autónomo se encuentra atravesado por la historia personal, el relacionamiento y reconocimiento de los otros y el entorno social. Resulta evidente que la persona “no elige las fuentes de su identidad, sino que la construye a partir de la relación social en el marco de la comunidad con los otros significantes.” (Zárate, 2015, p. 121)

En función de esta definición de corporeidad es posible identificar los puntos de contacto que tiene con el concepto de cuerpo que desde la psicomotricidad varios autores desarrollan,

Según González (2009) el cuerpo es en construcción en y para la relación con el otro, es un lugar de una particular integración estructural (neurofisiológica - psíquica) que se lleva a cabo a lo largo de un recorrido histórico donde lo que es del orden de la especie humana se significa estructurando a la persona.

El sujeto únicamente sabe de su cuerpo a partir de un otro, sin el cual no lograría iniciar el proceso de constructividad corporal. La presencia del otro cuidador posibilita el desarrollo filogenético y psicológico. Esta constructividad se da por medio de tres etapas sucesivas: cuerpo tónico, cuerpo instrumental y cuerpo cognitivo.

Durante la etapa de cuerpo tónico se genera el primer código de comunicación entre el niño y el medio, el cuerpo del niño y del cuidador primario se encuentran estrechamente relacionados, y es este último quien lo envuelve de significaciones, organizándolo en cada uno de sus estados. En este periodo se da el

ejercicio de funciones reflejas que en colaboración con el desarrollo fortalecen la musculatura dando paso a la segunda etapa, la del cuerpo instrumental.

La construcción del cuerpo desde lo instrumental se lleva a cabo mediante las leyes de maduración del sistema nervioso, la misma aleja al niño de lo reflejo dando paso al ejercicio de la intencionalidad, del movimiento con un fin. Es entonces cuando el cuerpo deviene instrumento para la exploración, para el relacionamiento con los otros y con el medio, posibilitando a su vez la afirmación de un yo y de un otro que ahora es distinto de mí. Lentamente el niño transiciona de la intención a la simbolización iniciando la última etapa de la constructividad corporal, la del cuerpo cognitivo (González, 2009).

En esta última etapa las acciones del sujeto comienzan a ser mediatizadas por la representación y simbolización. Existe una percepción previa que orienta la acción a realizar, por lo que además de una intencionalidad, hay una anticipación y una representación mental de los movimientos dirigidos a la acción.

Otra autora de relevancia para el tema es Cal (2008) quien explica que “no podemos referirnos a la cuestión de cuerpo sin preguntarnos por el quién de ese cuerpo.”(p.15). Al igual que González y otros autores, Cal hace hincapié en la relevancia que tiene para la conformación del cuerpo el intercambio con el otro, poniendo un claro énfasis en este otro como portador y transmisor de la cultura por medio de prácticas de crianza, organización familiar, educación, etc.

La autora sostiene que existe un pasaje de ser un cuerpo a tener un cuerpo en el cual el lenguaje ejerce un rol fundamental ya que es a través del mismo que las producciones del niño comienzan a ser significadas y a cobrar sentido en el relacionamiento con el otro, dando acceso a la dimensión simbólica, la cual posibilita a partir de la vivencia de un cuerpo experiencial, unificar vivencias para así acceder a una representación y apropiación simbólica del cuerpo.

En función de lo antes expuesto se elige el tema corporeidad debido a que se entiende que el concepto es vital para la disciplina, considerando que todas las intervenciones se dan a partir del cuerpo y sus manifestaciones como reflejo tanto de la integralidad de la persona, como de su trayectoria vital.

Durante el estudio de la carrera el concepto abordado principalmente ha sido el de cuerpo haciendo énfasis en la constructividad del mismo durante los primeros

años de vida. Si bien se considera que el de cuerpo, es un concepto fundamental en el ejercicio de la profesión, y que autores como Cal (2008) toman a la cultura en consideración para pensarlo, se entiende que la mayoría de los desarrollos teóricos hacen principalmente énfasis en la influencia que esta tiene durante la niñez, por lo que en el caso de la intervención con adultos, área a la cual pretendo dedicarme, el concepto no es lo suficientemente abarcativo. Por lo que se estaría dejando de lado la incidencia de influencias culturales referidas a las trayectorias de vida individuales en otras etapas del ciclo vital, tales como la adolescencia, adultez media o la vejez.

Es entonces que considero que la profundización sobre el concepto corporeidad me resultara sumamente enriquecedora ya que hace énfasis en el peso de la cultura, aspecto que me permite comprender la correlación entre la influencia cultural y la expresividad motriz en poblaciones tales como adultos mayores o personas en situación de rehabilitación de adicciones.

Alianza terapéutica

Referido a este concepto Frank (1991, en Campagne 2014) compara intervenciones terapéuticas de diferentes disciplinas con el fin de identificar los factores que las mismas comparten, señalando los siguientes: 1- una relación de confianza y con un contenido emocional con la persona que se quiere ayudar, 2- un entorno “sanador”, 3- un esquema conceptual que explica los síntomas del usuario 4- un ritual o procedimiento en donde se implican de forma activa usuario y terapeuta en pro de buscar la mejoría del primero.

Bordin (1979, en Andrade 2005) plantea que son tres los componentes principales de la alianza terapéutica: 1- lazos o vínculos (incluyen las relaciones interpersonales positivas entre terapeuta y usuario, que demuestra confianza y aceptación mutua), 2- objetivos (los cuales deben ser reconocidos y acordados por ambos), 3- las tareas (conductas y procesos dentro de la sesión terapéutica que constituyen el trabajo real de la terapia).

Partiendo de estas constantes y condiciones de la alianza terapéutica, se hará hincapié en la importancia tanto de factores propios del usuario como del terapeuta y del relacionamiento que existe entre ambos, para poder analizar su construcción. El enfoque planteado si bien tiene una influencia marcada desde la psicoterapia se entiende que comparte muchas características que hacen al establecimiento de la alianza y del proceso terapéutico en psicomotricidad.

Desde la perspectiva del usuario, Zetzel (1956, en Andrade 2005) señala que dicha alianza es “la capacidad del paciente de emplear la parte sana de su yo en vincularse o unirse al analista en el cumplimiento de los cometidos terapéuticos” (p.13). Luborsky (1976, en Andrade 2005) indica que la constitución de dicha alianza tiene dos fases, la primera, llamada alianza tipo I, se da en el inicio de la intervención y se vincula con la percepción que tiene el paciente del terapeuta como figura de ayuda enmarcada en una cálida y afectuosa relación, en tanto la alianza tipo II, se da cuando la intervención se encuentra en fases más avanzadas e implica la voluntad y el compromiso que el usuario posee para trabajar de forma conjunta con el terapeuta en lo que refiere al propio proceso.

Bordin (1979, en Andrade 2005) explicita que el grado de éxito y posibilidad de cambio en la intervención se vincula directamente con la alianza establecida entre usuario y terapeuta la cual únicamente se puede dar en un espacio de colaboración terapéutica. Por otro lado considera que la construcción de alternativas para la superación de aquello que genera malestar en el usuario le otorga nuevas formas de actuar, pensar y sentir, las cuales en circunstancias apropiadas, pueden generalizarse a otras áreas de su vida incidiendo de manera positiva.

Referido al carácter compartido de la alianza terapéutica Guerra (2015) explica que es una construcción que realizan usuario y terapeuta a la par, sobre la base de la relación interpersonal entre ambos señalando que: “La calidad emocional y relacional del vínculo entre ambos es una parte imprescindible del éxito del proceso psicoterapéutico y de hecho es un aspecto determinante de la eficiencia de la terapia” (p.17).

En la misma línea, Horvath y Bedi (2002) indican que la colaboración y el acuerdo que han de existir entre el usuario y el terapeuta es la característica más relevante de la alianza terapéutica ya que esta postura se aleja de las preexistentes, las cuales se enfocaban en los aportes que el terapeuta realizaba sobre la dolencia del paciente. Señalan entonces que la alianza refiere a la calidad y a la fortaleza de la relación paciente-terapeuta, incluyendo entre sus condiciones: 1- el vínculo afectivo positivo, 2- sentido de equipo, 3- elementos de carácter cognitivo que refieren al acuerdo en cuáles serán las metas y los mecanismos para alcanzarlas, 4- aspectos conscientes e intencionales y 5- aspectos que surgen de relaciones pasadas, tanto por parte del terapeuta como del paciente.

Andrade (2005) plantea la existencia de un conjunto de variables moderadoras que pueden incidir en las particularidades de la alianza terapéutica, que serían: 1- las propias del paciente como por ejemplo la severidad del cuadro clínico, 2- las propias del terapeuta, dentro de las cuales se pueden encontrar la empatía, la experiencia, las aptitudes comunicativas, etc., y por último 3- las de interacción, es decir la forma en la que terapeuta y paciente se complementan en la intervención.

Desde lo psicomotriz Serrabona (2016) muestra puntos de acuerdo con lo planteado debido a que explica que durante la primera fase de intervención es

sumamente importante que la alianza terapéutica quede asentada, se espera que la misma sea positiva y que esté basada en sentimientos de confianza, seguridad, contención y reconocimiento. Para este autor “la intervención debe ser prudente y progresiva para que desaparezca el temor al juicio del otro o a la posibilidad de no ser aceptado.” (p.95)

Desde este lugar resulta fundamental que el abordaje se lleve adelante como acompañamiento y no como una tutoría, por lo que se entiende imprescindible brindar al usuario herramientas que le permitan ser agente activo de su propio proceso de mejoría. Para comprender esto resulta muy útil el planteo de Serrabona (2016) acerca de los diferentes lugares en los que se posiciona el psicomotricista durante el acompañamiento. El autor explica que al inicio se posiciona detrás del usuario, para poder conocerlo y comprenderlo, en esta instancia la capacidad de escucha se vuelve un recurso sumamente valioso para el terapeuta. Luego se posiciona al costado del usuario para poder intercambiar propuestas y pensar juntos, por último se coloca delante de él con el fin de propiciar cambios, fomentar la autonomía y realizar una preparación para la separación que la mejoría conlleva en este ámbito. La propuesta de Serrabona lejos de ser ingenua explícita una forma de entender a la persona, una forma que la considera capaz de reactualizar sus posibilidades.

La reactualización que aquí se plantea fomenta el surgimiento del sentido de autocuidado, por lo que no solo aplica para el tratamiento concreto, sino también para lo que sucederá una vez finalizado el mismo. Las herramientas obtenidas serán entonces de la persona, contara con ellas para adoptar conductas saludables, realizar cuidados preventivos, y de ser necesario nuevamente, iniciar tratamientos de forma temprana, con adherencia a los mismos y a ser optimistas sobre los resultados que podrán obtener en base a su propia vivencia.

En cuanto al lugar que ocupa el terapeuta en dicha alianza, diferentes estudios de Strupp (1980, en Campagne 2014) indican que la influencia del terapeuta se encuentra en gran parte delimitada por variables moderadoras del usuario, lo que colabora con que el terapeuta no se encuentre posicionado en el lugar del “experto” favoreciendo el surgimiento del autocuidado. Dentro de las cuestiones que son entendidas como positivas por los usuarios en la alianza terapéutica se encuentran: las características facilitadoras del terapeuta, como este

favorece la autocomprensión, el respaldo para iniciar una intervención, el contacto personal y la tendencia a aprender a solucionar problemas.

En específico desde la disciplina se espera que psicomotricista y usuario establezcan un diálogo en el que se reconozcan como diferentes pero complementarios. Ambos se relacionan con el otro desde lo que son, desde su propia autenticidad, pero además desde los roles que ocupan. En tal sentido dada la formación previa el psicomotricista la relación se sustenta en su sistema de actitudes.

Camps (2008) entiende por actitud a la “disposición relativamente estable a reaccionar con una tonalidad afectiva, una expresividad o una conducta característica.”(p.125). Las actitudes permiten que el psicomotricista pueda establecer un vínculo con el usuario y acompañarlo en sus vivencias, afectos y deseos. Plantea como actitudes fundamentales a la capacidad de escucha, la disponibilidad y la contención, aspectos que serán retomados como condiciones del éxito de la alianza y proceso terapéutico en los análisis posteriores.

La elección de este eje se debe a que me resulta vital para el ejercicio del futuro rol fortalecer conceptualmente y comprender el proceso realizado y la proyección de lo que será mi posicionamiento clínico. La psicomotricidad como disciplina se corre del modelo mecanicista en el cual el terapeuta posee un rol activo de “dar” y el paciente es relegado a una posición pasiva de “recibir”, y este es un corrimiento con el cual me identifico.

Considero que el objetivo final del tratamiento psicomotriz es que el usuario no requiera de la asistencia del terapeuta para llevar adelante las acciones de su vida cotidiana, apuntando a que alcance un determinado grado de autonomía que le permita mayor grado de funcionalidad, flexibilidad y adaptabilidad al medio. Reflexionar sobre las características del rol del psicomotricista que se ponen en juego para formar la alianza terapéutica, y sobre los objetivos y estrategias que son utilizados durante la misma colaborará con la formación de mi posicionamiento clínico.

Autonomía

Se puede decir que no existe un concepto único de autonomía, sino que la misma ha sido definida por diferentes disciplinas en relación con sus propias necesidades, por lo que en el presente eje se realizará un breve recorrido por las mismas.

Desde una perspectiva mecanicista y funcionalista Marina (1997, en López 2010) entiende a la autonomía como la capacidad que tiene un organismo o artefacto para mantenerse íntegro y actuar en dirección al cumplimiento de sus propias metas, tomando en cuenta la información que recibe, los contenidos memorísticos y sus propios criterios de evaluación. Continúa planteando que la autonomía está conformada por los siguientes mecanismos: 1- La autorregulación, en la cual no interviene la conciencia sino que existen procesos propios de este mecanismo, tales como las funciones del sistema nervioso autónomo. 2- El autocontrol, el cual se constituye por esquemas de acción más complejos que los de la autorregulación pero al igual que estos no requieren de la conciencia, son automáticos o instintivos y no se nutren de la experiencia. 3- La autodirección, este mecanismo se basa en inhibir los automatismos para a partir de esto reevaluar la situación, se nutre de éxitos y fracasos de la propia experiencia.

Según este autor el mecanismo de la autodirección es el de mayor relevancia para comprender el desarrollo de comportamientos autónomos, dentro del mismo se encuentra implícita la necesidad de “metas de vida” para la realización personal, por lo que dichas metas tienden a ser la guía del proyecto de vida. En este sentido el concepto de autodeterminación es también relevante según López A. (2010), puesto que remite al conjunto de habilidades que poseen las personas para realizar elecciones, tomar decisiones y responder por ellas.

Desde una postura relacional Álvarez (2015) entiende a la autonomía como una capacidad de las personas que admite variadas trayectorias, planteando además que posee tres rasgos fundamentales: 1- La racionalidad, 2- la independencia y 3- las opciones relevantes.

La racionalidad refiere a la posibilidad de accionar racionalmente, dicha posibilidad requiere de la identificación de deseos y preferencias y la ponderación

de estas, señalando que la forma en la que se pondera permite entrever la “disposición moral y emocional del sujeto.” (p.16).

La independencia por su parte se entiende como “la capacidad para tomar decisiones sobre la base de las propias preferencias, habida cuenta del reconocimiento directo o indirecto del entorno y las relaciones.” (Álvarez 2015, p.17)

Zuza (2008 en López. A 2017) indica que se compone por cuatro elementos: “el conocimiento de todos los factores en la toma de decisión, la capacidad de razonamiento, la capacidad de actuar consecuentemente a la decisión tomada y la ausencia de influencias externas que pretendan controlar el acto.” (p.60).

Posee una perspectiva interna y otra externa, la primera refiere a la capacidad de la persona para apartarse de influencias, condicionamientos, deseos y preferencias externas (Álvarez, 2015). El aspecto externo de la independencia refiere a la posición que ocupa la persona en relación al entorno y a la forma de vinculación que tiene con los otros. Esta perspectiva tiene presente la incidencia del contexto y las relaciones, considerando que las personas ven varios aspectos de sus vidas condicionados por cuestiones que los exceden y que de acuerdo al contexto social e histórico podrían limitar el ejercicio de la independencia, por ejemplo el sexo o la etnia. Esto se vincula con lo planteado en el eje corporeidad y su determinación cultural puesto que las influencias externas: “conforman un marco de referencia que puede condicionar de manera importante el contenido de las decisiones personales y del que difícilmente pueda el sujeto autónomo independizarse.” (Álvarez, 2015, p.17)

Por último, las opciones relevantes son entendidas como una condición necesaria para el ejercicio de la autonomía, ya que aquellos que no poseen una variedad de opciones suficientemente importantes, más allá de las condicionadas por la necesidad de supervivencia no podrán hacer ejercicio real de su autonomía.

Tanto las opciones relevantes que se posean como grado de independencia influyen en el locus de control de la persona. Según Oros (2005) este locus refiere a la evaluación que hace la persona de la capacidad de controlar una situación en función de si dicho control se encuentra dentro o fuera de la persona. El locus de control puede ser dividido en interno y externo, el primero se da cuando la persona entiende que posee la capacidad de controlar la situación, por el contrario, el

externo se da cuando la persona entiende que sin importar los esfuerzos que realice no tiene influencia sobre el resultado, siendo el mismo obra del azar o de un poder externo. Oros (2005) continúa explicando que quienes frente a las situaciones perciben un mayor locus de control interno, identifican más opciones, logran un análisis más completo de las situaciones, tienden a ser menos dependientes y a enfrentar mejor las tensiones y situaciones problemáticas, también tienen mayor autoeficacia y mejor ajuste social.

El locus de control se encuentra estrechamente vinculado con las expectativas, en particular a las expectativas de autoeficacia y éxito, las cuales también poseen un peso importante en lo que refiere a la autopercepción de la capacidad autónoma.

La expectativa de autoeficacia, según Bandura (1995, en Olivari y Urra 2007) es la creencia que cada persona posee de contar con las capacidades necesarias para realizar aquellas acciones que le permitirán alcanzar sus metas, por lo que influye en cómo las personas sienten, piensan, deciden y actúan. Niveles altos de autoeficacia tienden a ser beneficiosos para el bienestar general y el funcionamiento de la persona, ya que aquellos que poseen altos niveles logran iniciar proyectos, asumir riesgos, implicarse en situaciones novedosas, aunque estas le presenten dificultades. Por el contrario, bajos niveles de autoeficacia se relacionan con pensamientos autodesvalorizantes, siendo personas que están convencidas de que no podrán actuar frente a las dificultades por lo que tanto su salud como su funcionamiento social se ven fragilizadas.

En relación con la incidencia contextual, que como se señaló influye tanto en la percepción de autoeficacia, en el locus de control y en el grado de autonomía percibido, se entiende necesario establecer la conexión entre el concepto de autonomía y el concepto de capacidad funcional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) explica que:

La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características. (p.30)

La capacidad intrínseca está conformada por las posibilidades mentales y físicas que las personas poseen en un momento dado y establecen ciertos límites acerca de sus posibilidades de realizar lo que se desea, por su parte el entorno es entendido en un sentido amplio y se refiere a las influencias externas que afectan el desarrollo de dichas capacidades físicas y mentales, así como el acceso a servicios que permitan la concreción de sus proyectos siendo ejemplos de esto las políticas estatales, la economía, actitudes o normas de la comunidad, características físicas de los entornos naturales y construidos, redes sociales de apoyo, etc. Estos entornos donde habitan las personas influyen en el ejercicio de la autonomía directa o indirectamente a través de la afectación de oportunidades, decisiones y del comportamiento. La relación que se establece con el entorno depende también de las características personales de cada uno, por ejemplo, la familia de origen, el origen étnico, el sexo, etc. por lo que la influencia del entorno es heterogénea en función de dichas características.

Si bien todos tenemos un cierto grado de interdependencia esperable y variable a lo largo del ciclo vital, cuando este coarta el desarrollo o el aprendizaje se vuelve desadaptativo, por lo que tiende a generar una autopercepción desvalorizada que se manifiesta en la corporeidad de la persona, lo que podría reflejarse por ejemplo en el desarrollo del síntoma psicomotor.

Hasta aquí se ha podido exponer el concepto de autonomía relacionado con la capacidad de decisión de la persona y las influencias que hay sobre ella. Pero a la vez la autonomía es uno de los principios bioéticos, de allí la importancia de comprender su concepto, implicancias y forma de promoverla en aquellos que pretendemos ser profesionales de la salud.

Franca (1996) plantea que la autonomía es uno de los cuatro principios bioéticos (autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia), y señala que tiene base principalmente en los postulados de Kant quien explica que es la capacidad que toda persona posee de autogobernarse en función de una norma que acepta como tal, es decir sin coerción externa. Desde la perspectiva kantiana el autogobierno hace que la persona sea siempre entendida como un fin en sí mismo y no como un medio, por lo que de esto se infiere el derecho de todo ser humano a ser respetado en aquellas decisiones que toma sobre sí mismo sin perjudicar a los otros. Como contrapartida a la autonomía el mismo autor trata sobre la heteronomía

la cual se da cuando la persona no hace uso de su propia voluntad, sino que su decisión se encuentra condicionada por influjos externos. Como principio según López (2016) la autonomía “refiere a la capacidad de decisión y autogobierno de quien tiene que recibir o dar la atención, sea por beneficencia o por no maleficencia, en relación a sus propios intereses.”(p.60)

Es por lo antes dicho que considero que me será enriquecedor realizar una profundización teórica sobre este tema. Entender a la autonomía como un horizonte de sentido de la intervención y como concepto compuesto por múltiples factores habilita al terapeuta a realizar un análisis más detallado sobre el área en el que se encuentra la problemática del usuario de modo tal de realizar una intervención no solo ajustada sino también singularizada. Como se desprende del aporte teórico realizado anteriormente no es lo mismo si lo que interfiere con la autonomía es un factor propio de la persona como la autopercepción, en donde se deberá realizar un trabajo directo con el usuario, o si la interferencia es contextual, coartando la capacidad del logro de conductas que permitan la autonomía, donde será otro el abordaje a realizar, aspectos que serán desarrollados con mayor detenimiento en los análisis de los trabajos. Asimismo, y desde la disciplina psicomotriz este concepto es muy utilizado en lo que refiere al desarrollo psicomotor en las primeras etapas, por lo que será retomado para profundizar en las relaciones y ambientes primarios y su influencia en la conquista de niveles crecientes o no de autonomía por parte de los niños. Para eso se tomarán aportes de la teoría del apego, de los organizadores del desarrollo de Chokler o desde la teoría de desarrollo postural autónomo de Pikler.

Análisis de los trabajos seleccionados

Viñeta 1: Estimulación Psicomotriz II

- Asignatura y docente: Estimulación II, María Jesús Huguet.
- Título del trabajo y fecha: Informe de evolución psicomotriz. Noviembre 2019.
- Objetivos y contenidos destacados del trabajo: El trabajo fue realizado en duplas, el mismo tenía por objetivo dar cuenta de la evolución realizada por un niño de iniciales S.F. de 10 meses de edad cronológica al inicio del tratamiento. S. es portador de una parálisis cerebral cuya principal manifestación clínica durante el tratamiento fue una hemiparesia derecha. De los objetivos planteados para el trabajo con S. se destacan:
 - Acompañar el camino de conocimiento, y la apropiación corporal, particularmente la integración de su MS derecho, facilitando la construcción de una imagen unificada de su cuerpo.
 - Acompañamiento a la familia, acercando criterios de desarrollo, que enriquezcan el escenario cotidiano (destacando que tanto la familia nuclear como la extensa organizan para S. un ambiente de desarrollo muy adecuado)
- Enfoque del análisis: Se reflexionará sobre el proceso de adquisición de la autonomía en el que se encuentra el niño y sobre el trabajo a realizar con la diada para favorecer la formación de una imagen corporal unificada.
- Ejes teóricos jerarquizados: Autonomía. Alianza terapéutica.

Teniendo en cuenta el enfoque del análisis y la edad del bebe en cuestión, los aportes de Chokler (1998) son vitales para reflexionar sobre el proceso de adquisición en este caso de la autonomía relativa. La autora explica que conforme la maduración del sistema nervioso y los contactos con el medio del infante favorecen el control sobre su propio cuerpo y el entorno, aumentan los niveles de autonomía relativa, el desarrollo es “el camino de la resolución progresiva de sus necesidades que parte de la dependencia absoluta y va construyendo su autonomía relativa.” (p.75).

Para Chokler (s/f) al hablar de autonomía en el bebé se reconoce a este como sujeto de acción y no únicamente de reacción, “el niño vive y opera (...) con los instrumentos perceptuales, motores, emocionales, afectivos y cognitivos que ya posee maduros.” (p.3) por lo que obligarlo a realizar actividades para las que aún no se encuentra maduro, potenciando de forma inadecuada la influencia heterónoma, refuerza sentimientos de inestabilidad e inseguridad, coartando su proceso de conquista de la autonomía al confirmarle que depende del adulto, por ejemplo, para el cambio de posturas o la obtención de un objeto.

Entender al niño como sujeto activo implica considerar que durante su actividad espontánea actúa en función de: su propia iniciativa, su equipamiento biológico, funcional, emocional y cognitivo (los cuales poseen el grado de madurez necesario para llevar a cabo la acción que se propone), su nivel de maduración global y sus intereses. Todo esto se evidencia en la actitud de cuestionamiento y sorpresa que muestra frente al descubrimiento, en función también de la posesión de un cierto grado de anticipación generado a partir de su experiencia acumulada, lo que le permite “una cierta dosis de decisión, de elección posible a partir de disponer y poder procesar suficiente información para organizar y reajustar su proyecto de acción.”(Chokler, s/f, p.3)

En el caso particular del niño en el que se basa el trabajo, la parálisis cerebral influye en la trayectoria de desarrollo y conquista de su autonomía. La parálisis cerebral según Argülles (2008) es entendida como “un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura, causantes de limitación de la actividad, que son atribuidos a una agresión no progresiva sobre un cerebro en desarrollo, en la época fetal o primeros años.” (p.271). Es habitual que este trastorno se encuentre acompañado de otros del tipo sensorial, comunicativo, cognitivo, conductual y de epilepsia. En particular la parálisis cerebral de S. es de origen malformativo e impresiona ser leve, manifestándose en principio como una hemiparesia derecha.

Dicha parálisis es una condición que podría incidir en la capacidad funcional de S., pudiendo limitar en mayor o menor medida su conquista progresiva de la capacidad de decisión para ser y hacer lo que es relevante para él siguiendo la definición de la OMS (2015). Esta capacidad puede verse influenciada tanto por factores intrínsecos, extrínsecos, como por la interacción entre ambos. En el caso de S. su condición actúa como un factor intrínseco de gran incidencia, siendo igual

de imprescindible tener presente el peso de la respuesta ambiental en la trayectoria vital que pueda desarrollar y por lo tanto en el grado de autonomía al que pueda acceder.

Cuando S. inicio el tratamiento eran varias las posturas que aun no había adquirido debido a su hemiparesia. Con 10 meses ni la sedestación autónoma o el reptado eran logrados, siendo estos ejemplos significativos debido a que restringían las posibilidades de exploración del espacio y los objetos. Sin embargo, se observo en el niño una franca iniciativa por el movimiento, lo que le permitió adoptar mecanismos compensatorios, por ejemplo la utilización del rolado para el desplazamiento. A pesar de que esta técnica no era eficiente en función del alto costo energético, ni eficaz debido a la imposibilidad de trazar una trayectoria que lo trasladara al lugar deseado, sí evidenciaba una intención clara de exploración y una motivación que no disminuía frente a las dificultades.

Tanto la iniciativa motriz de S. como el rolado dan cuenta de la presencia del movimiento propositivo, el cual se caracteriza por ser una conducta dirigida a alguien o a algo. Este tipo de movimiento es de suma importancia debido a que marca el pasaje de ser movido a moverse por voluntad propia, lo que implica tomar una decisión en su accionar, paso importante para el inicio del proceso de la construcción de la autonomía relativa. Este estadio existe y puede efectivizarse en condiciones y acciones determinadas, que le permiten al niño “vivirse como sujeto competente a su nivel, con iniciativas, deseos, aptitudes y proyectos” (Chokler s/f, p.5).

A su vez esta acción posee una implicancia funcional ya que el movimiento propositivo es condición necesaria para la exploración, lo que Chokler (2008) ha denominado como uno de los organizadores del desarrollo. Las conductas exploratorias permiten al niño internalizar las características del mundo y operar con ellas, al tiempo que lo habilitan a niveles crecientes de dominio corporal, lo que incide notablemente en la adaptación al medio y por tanto en la propia autonomía.

La exploración se encuentra íntimamente ligada a otro de los organizadores del desarrollo, el apego. Chokler (2008) explica que el apego es el vínculo primario que se establece con la figura de cuidado, la exploración por su parte implica un alejamiento a dicha figura, por lo que si bien el apego y la exploración poseen

objetivos contrarios están estrechamente relacionados. Esta relación se debe a que si frente a un estímulo que desorganiza al niño este no logra recurrir a su figura de apego para ser regulado de forma reiterada, la experiencia de la exploración será significada negativamente dificultando el deseo de continuar en la actividad obstaculizando el desarrollo de la autonomía (Chokler, 2008).

Para la OMS (2015) el entorno, como uno de los componentes claves en el desarrollo de la capacidad funcional “comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona. Incluye desde el nivel micro hasta el nivel macro, el hogar, la comunidad y la sociedad en general.”(p.31). En este caso el entorno está conformado por las figuras de apego familiares, las cuales poseen un rol de suma importancia para el desarrollo de la autonomía, ya que con S. realizan prácticas de crianza que favorecen su autonomía. Esta actitud del entorno se contrapone a otras posibles respuestas familiares que con el objetivo de colaborar y facilitar los logros del niño (aún más teniendo en cuenta su condición de base) podrían presentar estilos interactivos intrusivos e interferir en este proceso.

Darle espacio al niño para regular y dirigir sus esfuerzos en función de su propia iniciativa, deseo y recursos le permite aprender a utilizar su cuerpo, registrar y conocer tanto sus límites como sus posibilidades, le ayuda a obtener confianza en sí mismo, en sus percepciones e intereses, lo cual da paso a la formulación de estrategias personales para la resolución de problemas (Chokler s/f). En este sentido Pickler (1992, en Chokler s/f) plantea que las condiciones subjetivas para que el niño pueda realizar una actividad motora autónoma son: 1-seguridad afectiva, la cual parte de la calidad y la estabilidad del vínculo de apego y es base de la confianza en el otro y en sí mismo. 2- Libertad de movimiento asegurada por el desarrollo postural autónomo. De este modo la iniciativa motriz refiere a una puesta en práctica del repertorio biológico propio de la persona que se manifiesta en relación al vínculo establecido con el medio.

Ambas condiciones planteadas por Pickler eran contempladas por la familia de S. quienes generaban un entorno afectivo y físico seguro, adaptado no solo a las posibilidades de S. en relación a su condición de base, sino también a sus gustos e intereses, respetando sus tiempos, garantizando así las condiciones necesarias para el desarrollo de la actividad autónoma.

En casos como este, en donde la condición de base podría impedir o dificultar el uso y el reconocimiento de partes del cuerpo, cabe la posibilidad de que existan dificultades a la hora de la integración de esas partes en el proceso de consolidación del esquema y la imagen corporal. Es por esto que uno de los objetivos planteados durante la intervención con S. fue el de “Acompañar el camino de conocimiento, y la apropiación corporal, particularmente la integración de su MS derecho, facilitando la construcción de una imagen unificada de su cuerpo”.

Por su parte, el objetivo planteado con la familia fue el de acompañar a la misma, acercando criterios de desarrollo, que enriquezcan el escenario cotidiano. Ambos objetivos se trabajaron de forma conjunta como se explicará a continuación.

Dolto plantea que el esquema corporal es “una realidad de hecho, en cierto modo es nuestro vivir carnal en el contacto con el mundo físico. (...) Sería una abstracción de la vivencia del cuerpo”. (1984, en García 1999, p. 87). García (1999) explica que en parte la noción de cuerpo se conforma a partir de la interocepción, la propiocepción, la exterocepción y la exploración del propio cuerpo y del cuerpo del otro. La conjunción de la información obtenida por estos medios es lo que permite la construcción del esquema corporal. En este sentido la condición de S. obstaculiza el uso de su cuerpo tornándose un factor determinante en la construcción de su esquema corporal.

Sin embargo, esto no necesariamente tiene por qué repercutir a futuro en la construcción de una imagen corporal negativa o desvalorizada puesto que según Dolto (1984, en García 1999) la imagen corporal es “la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales (...) memoria inconsciente de todas las vivencias relacionales...” (p.87). La imagen corporal que S. logré construir a lo largo de su desarrollo tendrá relación no solo con su condición biológica de base (que es solo uno de los factores a considerar), sino que dependerá de las múltiples experiencias que conformen su historia vital y relacional, por lo que se torna evidente que el relacionamiento con la familia, sobre todo con el cuidador primario será clave en este proceso. La construcción de una imagen unificada de sí, objetivo de nuestra intervención, y por ende la consolidación del esquema corporal, tendrán un correlato

positivo en la imagen corporal que interiorice y así también en su autoconcepto y la autopercepción de sus capacidades.

Cajarville (1996) explica que durante la intervención psicomotriz el trabajo no solo con el niño, sino también con la familia es imprescindible, por lo que el establecimiento de la alianza terapéutica debe realizarse atendiendo a ambos integrantes de la diada: con la madre puesto que a partir de la función maternante se podrá producir una fuerte identificación con su hijo, clave para lograr satisfacer asertivamente sus necesidades y estructurarlo. Con el bebé puesto que es agente activo de su propio desarrollo, por lo que es imprescindible situarlo como individuo, respetando sus tiempos e intereses. Finalmente, las intervenciones en el marco de la alianza han de considerar los intercambios que se producen en función del vínculo que entre ambos existe y de cómo este evoluciona.

En el caso de niños con algún tipo de afectación los padres deben realizar no solo el duelo del hijo ideal al hijo real, sino también el del hijo sano al del hijo portador de alguna patología, malformación, etc., siendo importante en tal sentido el acompañamiento del psicomotricista (Huguet, 2006). Cajarville (1996) explica que la intervención ha de apuntar a la transformación de la mirada que tienen los padres sobre el cuerpo de su hijo, estableciendo una mirada posibilitadora.

Winnicott (1979, en Cajarville 1996) explica que “un niño debe ser amado tal como es, comprendido con su defecto y no tal como debería ser, pues la normalidad, para un niño, es lo que él es.” (p.20). El psicomotricista en la intervención con bebés, retoma sobre sí funciones maternantes para utilizarlas como estrategia de intervención (Holding, Handling, mostración de objetos, estructuras rítmicas, etc.) oficiando de espejo, de modelo para los padres.

Si bien la familia de S. se caracterizaba por cooperar con el niño al validar sus intereses y deseos y por encontrarse disponibles para él tanto física como afectivamente, el trabajo del psicomotricista oficiando de espejo colaboró con la construcción de un saber integral de su hijo, donde se entrelazaron el saber particular sobre el niño como sujeto y el saber técnico de cómo acompañar el desarrollo de este niño, con esta condición de base. Es así que durante el cumplimiento del objetivo del acompañamiento del conocimiento y la apropiación corporal (...) de S. se trabajó a la vez con la familia, brindando criterios de desarrollo

y estrategias de intervención que permitieran continuar con este acompañamiento desde el hogar.

Durante el proceso se pudo observar en S. un avance sostenido en todas las áreas del desarrollo, en relación al eje tónico-pósturo-motriz en particular, se observó la adopción de nuevas posturas, dentro de las cuales se destacan el gateo y la adopción de la vertical. Se entiende que este avance se debe principalmente al deseo y a la iniciativa del niño por el movimiento y a la cooperación de su familia, quienes, orientados por el abordaje en paralelo desde la fisioterapia y la psicomotricidad, derivaron en resultados sumamente positivos.

A modo de cierre cabe destacar que la conquista de la autonomía es un proceso que se encuentra presente en las personas desde edades muy tempranas, manifestándose en diferentes grados y formas en relación con la etapa del ciclo vital en el que la persona se encuentre y a sus posibilidades concretas. Como se explica en el marco teórico la autonomía no depende únicamente de la persona, sino que existen variables contextuales que pueden favorecer u obturar su alcance, por lo que en la intervención con infantes la alianza terapéutica no solo debe ser establecida con ellos, sino también con sus familias, para que sean facilitadores del desarrollo del niño y por tanto del proceso de adquisición de su autonomía.

Viñeta 2: Psicomotricidad II

- Asignatura y docente: Psicomotricidad II. Ana Inés Cajarville
- Título del trabajo y fecha: Planificación: taller de gesto gráfico. Setiembre 2017.
- Objetivos y contenidos destacados del trabajo: El trabajo fue realizado en modalidad grupal, el mismo tenía como objetivo la planificación de un taller de grafomotricidad para niños de 4 años. Dentro de los contenidos se destaca la idea de que a la hora de trabajar con este tipo de producciones el foco no se encuentra en el producto, sino que dicha producción es entendida como un dato múltiple que comprende las condiciones de producción, la intención del productor y al proceso de producción entre otros.
- Enfoque del análisis: El análisis se centrará en reflexionar acerca de la incidencia que poseen las actividades grafoplásticas en la construcción de la corporeidad y como a partir del ejercicio de la creatividad pueden incidir también en la autonomía.
- Ejes teóricos jerarquizados: Autonomía. Corporeidad.

En el trabajo del cual parte el presente análisis uno de los objetivos planteados fue el de promover y generar afectividad en el niño respecto a las actividades grafoplásticas, generando instancias de disfrute a nivel corporal. Para trabajar sobre este objetivo una de las actividades propuestas consto de colocar un papel amplio en el piso, recipientes con pintura y habilitar el dibujo libre.

Siguiendo a Calmels (2014) quien indica que “el cuerpo es en sus manifestaciones” (p.18), se puede decir que en parte la corporeidad se manifiesta y es perceptible por medio de los gestos que se realizan, entendiendo a estos últimos no solo como la mímica, los ademanes o la mirada, sino también como aquellas acciones que se materializan dejando una huella que perdura sobre un objeto.

En relación a los grafismos el mismo autor plantea que además de ser instrumentos de comunicación y expresión son mecanismos de “apropiación, metabolización y creación del mundo” (Calmels, 2013, p.21), en estos la cultura y el contexto histórico se dejan entrever, no solo por los contenidos sino también por los

instrumentos (plumas, barro, pinceles, lápices) y los soportes (cortezas de árboles, piedras, lienzo, hojas) utilizados en su realización. En este sentido el autor plantea que las actividades grafoplásticas requieren de la presencia de un otro que genere transmisión, para aprender con y de los otros.

En la realización de actividades grafoplásticas como la que se planteó, uno de los elementos puestos en juego es la creatividad, Benedicto (2008) considera a la creatividad como una “capacidad y actitud de cambio, transformación y evolución en la vida, es la energía que hace nacer nuestra presencia plena y consciente en el mundo, en y desde nuestra única y original historia de interacciones corpóreas con el entorno” (p.3). Conjugando la expresividad motriz como forma de ser y estar en el mundo y la motricidad como vía privilegiada de expresión en sí misma, es que la persona puede hacer uso y manifestar su capacidad creadora, ser autor de una producción la cual es reflejo de su fantasmática de acuerdo a Aucouturier (2004), y sentir una sensación de plenitud y bienestar a través del logro de realizar una producción propia cargada de afectividad y simbolismo.

Para López. M (2008) el proceso creador pone en juego la percepción, la mente, la emoción y la experiencia, unificando el pasado y el presente del creador, “el proceso artístico es un proceso reestructurador del yo, que está siendo continuamente reelaborado.” (p.23). El producto realizado por la persona funciona como una metáfora de su experiencia del mundo, interconectando lo propio y lo exterior. Para Sola Morales (2013) el cuerpo posee una función y condición mediadora, y resalta al igual que López. M (2008) su rol como nexo comunicativo entre lo interno y lo externo explicando que: “la corporalidad permitirá articular la vivencia interior -como forma primaria de darse la realidad- y la exterioridad, como forma de expresión o experiencia.” (p.49).

El acto creador para López, M. (2008): “pone en juego el cuerpo en el mundo, el ser en el mundo” (p.228) ya que por medio de las líneas y formas que se realizan se intenta comprender e intervenir en él, de este modo se logra transformar al mundo y a la vez este último transforma al creador. En este sentido es habitual observar en las sesiones de psicomotricidad educativa, en el espacio de distanciamiento como los niños frente a la propuesta de dibujo libre tienden a realizar ilustraciones relacionadas con vivencias que ocurrieron durante la sesión. Esto denota un pasaje de la acción a la representación, que permite una mayor

interiorización y apropiación de dicha vivencia, favoreciendo la construcción de su corporeidad, al combinarse en una misma experiencia elementos motrices, cognitivos, afectivos, de autoría y culturales.

Al poner al cuerpo en escena, en este caso por medio del dibujo, son múltiples los sentidos que pueden ser comunicados, Dilthey (2000, en Sola Morales 2013) explica que la mediación no se realiza únicamente de cara al exterior, sino también hacia la profundidad de la propia conciencia, siendo entonces el cuerpo y su producción mediador también entre la intimidad y la exterioridad del propio yo. Es entonces que este tipo de actividades, en el marco de los principios de la práctica psicomotriz que no juzga ni evalúa las producciones en base a criterios de éxito o estéticos, pueden ser una herramienta de autoconocimiento, para el incremento del bienestar psicológico o para la reestructuración psíquica, alcanzando espacios a los que es difícil acceder con niños muy pequeños o con adultos a través de lo estrictamente verbal.

Este tipo de actividades gráficas también tienen potencial para favorecer el desarrollo cognitivo de los niños, al ponerlos frente a la necesidad de realizar actos premeditados que implican un proceso creativo y a la vez implican un ajuste a un espacio-tiempo predeterminado, involucrando el ejercicio de funciones ejecutivas que desde etapas tempranas comienzan su desarrollo como son el control conductual y la planificación. Flores (2008) define al control conductual como la capacidad del ser humano para controlar las respuestas impulsivas, y generar respuestas mediadas por la atención y el razonamiento. La afectación en este proceso cognitivo puede provocar errores en la realización de actividades debido a que la falta de control inhibitorio dificulta la planificación. Como se mencionó anteriormente esta última es también un proceso cognitivo caracterizado por desarrollar y secuenciar pasos intermedios para el cumplimiento de una meta (Flores 2008).

Estas funciones inciden directamente en la conquista de la autonomía a través del ya mencionado Locus de control. Si la actividad planteada logra el objetivo de ser disfrutable, permite investir afectivamente al acto gráfico y colabora con que el niño aumente el locus de control interno frente a este tipo de instancias, podrá interiorizar la idea de que es capaz de controlar la situación a la cual se enfrenta, lo que tiende a minimizar las situaciones de dependencia y a mejorar la

expectativa de autoeficacia, el ajuste social y el manejo de tensiones en futuras experiencias similares.

A partir de lo expuesto es que se puede afirmar que las actividades grafoplásticas libres favorecen la expresión personal y, por ende, la elaboración de un producto propio, generando de este modo un sentido de autoría. Al promover la creación desde una impronta personal, donde una producción se vuelve reflejo de la propia identidad, se habilita y favorece el desarrollo y la conquista de la autonomía siendo clave un espacio-tiempo determinados que el encuadre segurizante de la sesión de psicomotricidad posibilita.

Viñeta 3: Formación personal por vía corporal III

- Asignatura y docente: Formación Personal por vía corporal III, Karla Capiello, Felicia Paz.
- Título del trabajo y fecha: Profundización de sala. Junio 2018.
- Objetivos y contenidos destacados del trabajo: El trabajo fue realizado en modalidad individual, el mismo tenía como fin partir de una actividad centrada en el trabajo con máscaras para realizar una profundización teórica y vincularla con los siguientes objetivos y metas de logro de la materia: Trabajar en torno al plano simbólico y tomar conciencia del propio cuerpo, la expresividad y el reconocimiento del valor de las manifestaciones corporales.
- Enfoque del análisis: El análisis se centrará en explicitar el uso de la máscara como técnica proyectiva y su influencia en la corporeidad, así como lo enriquecedor que puede resultar la utilización de las máscaras como estrategia de intervención con usuarios en proceso de recuperación por adicción a sustancias.
- Ejes teóricos jerarquizados: Corporeidad.

La actividad en la que se basará el análisis constó en pintar la cara de otras compañeras creando una máscara, una vez pintadas las participantes se observaron a sí mismas en el espejo y a partir de dicha máscara crearon un personaje el cual fue posteriormente personificado agregándole características tales como nombre, forma de relacionamiento, idioma, marcha, etc.

El uso de la máscara en terapia se corresponde desde el psicoanálisis con las llamadas técnicas proyectivas. Siguiendo a González F. (2007) la proyección se puede definir como un mecanismo de defensa mediante el cual la persona puede atribuir a objetos u otras personas sentimientos y emociones internas. Cuando la proyección es utilizada como técnica de intervención tiene por objetivo el acercamiento a los procesos internos de la persona, dejando de lado el estado tensional que dichas emociones podrían provocar. Operan como mediatizadores

favoreciendo respuestas tanto conscientes como inconscientes, dando acceso a fantasías, deseos, ansiedades, conflictos y defensas.

Existen diferentes formas de aplicar esta técnica, una de ellas es a través de lo lúdico y las dramatizaciones. Para Chávez (s/f), las máscaras deben cumplir con la cualidad de ser ambiguas o no darán lugar a que la persona pueda remitir a su mundo interno (Sneiderman, 2006). Para Anzieu (1961, en Sneiderman 2006) su uso acompañado de consignas amplias y elásticas como las planteadas en el espacio de FPVC generan una situación *vacía*, en el sentido de que requieren de que cada uno llene el espacio y acceda a la personificación mediante formas o contenidos internos propios, lo que puede desencadenar la movilización de conflictos internos, angustia y regresión.

En particular sobre las máscaras como mediador para la realización de una técnica proyectiva, se puede decir siguiendo a Matoso (2003) que estas son objetos que se superponen al cuerpo y que poseen significado para quien las usa. La autora entiende a las mismas como *carne viva* por lo que “jugar con máscaras, hacerlas, ponérselas y sacárselas, elegir las, rechazarlas, (...) no es más que la historia hecha rostro. (...) No hay máscaras aisladas, como no hay miradas ni sonrisas desprendidas de relatos” (p.97).

La misma autora indica que sobre las máscaras, en lo que refiere a sus características y aplicaciones en el quehacer profesional existen tres instancias importantes: la máscara como elemento diagnóstico, como objeto transformador y como herramienta facilitadora de la comunicación. Al ser las máscaras mayormente un rostro que se coloca sobre el propio, facilitan el contacto con “lo otro” y con “el otro”, generando un efecto de fusión-integración-ruptura entre la propia corporeidad y la corporeidad propuesta por este nuevo elemento. Es durante el proceso de enmascaramiento, de yuxtaposición de lo propio y de lo otro, que se da la posibilidad de transformación, prestarle el cuerpo a esas máscaras permite un ir y venir entre la aceptación y la diferenciación de lo que la misma produce, de la resonancia que esta genera.

El trabajo con este elemento puede realizarse de diferentes maneras, se puede utilizar una o varias a la vez, construirlas, utilizar algunas ya fabricadas, se pueden superponer al cuerpo o buscar resignificarlas colocándolas en el espacio

circundante, agregándoles otros materiales, etc. En el presente análisis se hará foco en el uso de la máscara y la representación simbólica a la que da lugar.

Las máscaras poseen una doble condición, pueden ocultar aquello que no quiere ser visto o mostrado, pero también pueden acentuar y visibilizar lo que si se quiere mostrar. Cada máscara como elemento vacío es completada por quien la utiliza, por lo que desde el propio momento de su elección existe una exteriorización del mundo interno de quien la elige en el sentido de que alguna característica de la máscara resuena con la persona y en ese momento es puesta en juego, de manera más o menos consciente o intencional.

Realizar un trabajo corporal como el que se hizo en la materia FPVC a partir de una máscara permite, al prestarle el cuerpo a la misma, contactar con lo que ésta propone, que en verdad no es más que lo que quien la usa proyecta de sí mismo sobre ella. La teatralización que se hace a partir de la máscara posibilita la exteriorización de lo interno, mostrando rasgos que uno puede querer para sí mismo, como otros que rechaza totalmente. Matoso (2004) explica que las dramatizaciones son “canales de simbolización donde la fantasmática depositada en el cuerpo entra a jugar en un espacio y un tiempo, revestida en personajes y movimientos: va tomando cuerpo.”(p.75).

El personaje creado es considerado por la autora como una posibilidad de distanciamiento de la propia conflictiva, depositar en ese “otro” lo propio permite poder reflexionar sobre la conflictiva interna sin ser invadido por las emociones que genera. Estos personajes habitan dentro de las personas, corporizarlos evidencia las relaciones con el propio cuerpo, las características vinculares de diferentes escenarios y diferentes épocas inscriptas en el cuerpo. A su vez el personaje tiene la facultad de permitir el ensayo de nuevos roles y de quitarse aquello que uno es pero que ya no quiere ser. La representación, el personaje, la máscara, permiten la movilización y la transformación de aquello depositado en estos elementos y este es el aspecto transformador del que se habló anteriormente, así la máscara en palabras de Matoso (2003) acompaña y da cuerpo a los momentos de cambio.

Entiendo que en el marco de la intervención terapéutica durante la posible aplicación de este tipo de técnicas el rol del psicomotricista es acompañar el despliegue de la expresividad motriz de la persona, prestando su cuerpo para la

representación de roles complementarios, si es necesario realizar preguntas o propuestas que colaboren con la apertura del usuario, etc. A la vez es necesario que oficie como figura contenedora y aseguradora ya que los contenidos desplegados durante la dramatización pueden como se dijo anteriormente ser no solo movilizantes, sino también desestructurantes. Es importante destacar que en este tipo de instancias no solo se da la relación paciente-terapeuta, sino que existe una relación triangular entre paciente-producción-terapeuta, esta producción tiene existencia real separada del paciente e incluso puede impactar y generar movilizaciones internas en el propio terapeuta.

El proceso creativo y lo que de él deviene no es solo contenido por el terapeuta sino también por la propia producción, posibilitando un distanciamiento que a su vez permite reflexionar al usuario desde una posición diferente, la cual se ve enriquecida por el acompañamiento del terapeuta (López M., 2009). Mediante el trabajo sostenido esto puede derivar, por parte del usuario en la apropiación de formas de pensarse desde la autopercepción corporal y comportamental, así como la búsqueda de nuevas alternativas a las diferentes situaciones, es decir, en la formación de conductas de autocuidado consideradas en este trabajo como uno de los grandes objetivos de la psicomotricidad.

En el marco teórico se planteó que la identidad es muestra de cómo la cultura incide en la corporeidad y es en sí misma una narrativa que construye dialécticamente la persona en interacción con el medio. Según la Secretaria de Estado para la Cooperación al Desarrollo de Bélgica (2002) la identidad tiene dos acciones fundamentales para el psiquismo, la de adaptación al entorno donde se está inserto, y la generación de un autoconcepto positivo. Matoso (2003) explica que “el cuerpo es siempre “narrador-narrado” por la realidad social que lo construye, su propia historia personal y el imaginario social que es soporte primordial de todo contexto.” (p. 175). Las dramatizaciones funcionan al igual que la identidad como una forma de narrativa, siendo la elección de la máscara y el discurso que se hace a partir de esta reflejo tanto del mundo interno y autoconcepto de la persona, como del atravesamiento de la cultura, que posteriormente se ve reflejado en la corporeidad.

Para Esnaola, Goñi y Madariaga (2008) el autoconcepto general es el conjunto de percepciones parciales del propio yo. Se construye a partir de actitudes,

sentimientos y conocimientos que se tienen sobre las habilidades, la aceptabilidad social, las capacidades y la apariencia propia, generando conceptos y juicios que le permiten definirse. González y Tourón (1992) proponen la idea de que el autoconcepto es reflejo de las percepciones que uno posee sobre cómo aparece frente a los demás, resaltando el valor de los grupos primarios y de las personas consideradas importantes por la persona. Por último cabe resaltar que según los mismos autores el autoconcepto oficia de regulador de la conducta.

Para justificar la posible utilización del recurso de la máscara en la intervención con sujetos adictos a sustancias es clave comenzar por describir algunas características de dicha población. Curbelo (s/f) explica que algunas de los aspectos comportamentales más notorios de la población en situación de rehabilitación de adicciones son: dificultades para reconocer y aceptar límites, para tolerar tiempos de espera, para tolerar frustraciones, para anticipar las consecuencias de su accionar, poco o nulo control de impulsos y la formación de vínculos denominados como tóxicos es decir: dependientes, pegoteados o indiscriminados. Durante la práctica no fue difícil notar que a raíz de esto, de la exclusión social, del estigma y autoestigma (aspectos sobre los cuales se profundizara en el siguiente análisis) los usuarios poseen un autoconcepto negativo de sí mismos.

En el caso de esta población el trabajo con máscaras se podría abordar de forma sostenida, variando las mismas y realizando consignas de dramatización que se orienten a la movilización y problematización de esta imagen personal y social interiorizada y naturalizada. Propuestas que trabajen sobre la exclusión social, el estigma y el autoestigma, o la identificación de las modalidades de relacionamiento con los otros atravesados por el estereotipo en el que se ven inmersos podría favorecer el surgimiento de una percepción más positiva, lo que incidirá de forma favorable en el relacionamiento con el otro y con el entorno.

Curbelo (2002) dice sobre el juego y entre ellos el juego de dramatización, que desculpabilizan el deseo de consumo dando lugar a sentirse merecedor y buscar situaciones de disfrute, favoreciendo los aspectos psicosociales que conforman el autoconcepto. Así el pasaje y la interacción con diferentes máscaras propician la generación de nuevas formas de relacionarse y de autoperibirse que serán plasmadas en la narrativa de la dramatización, siendo esta la función de la

máscara como facilitadora de la comunicación, tanto con “el otro”, como con “lo otro” que es parte de uno mismo.

Si el usuario logra apropiarse de estas nuevas narrativas y entenderlas como una posibilidad para su propia historia y su futuro en tanto formas de relacionamiento, metas de vida, etc., podría darse un cambio en su autoconcepto y por tanto en su identidad, entendiéndose a sí mismo no como aquel adicto merecedor de la exclusión, sino como una persona valiosa en sí misma, con la capacidad de reactualizar su posibilidades, dándose así lo que Matoso (2003) indica en el trabajo con estas técnicas: “una desestructuración de lo dado y una reestructuración significativa despojada o creadora de nuevos artificios.” (p.113) De esta manera la utilización de la técnica con esta población sería favorable para el cumplimiento del objetivo planteado por Curbelo (2017) de generar *“la valoración positiva del cuerpo propio (de sí mismos) indisociablemente relacionado con la valoración del otro.”*(p.209)

Viñeta 4: Epistemología III

- Asignatura y docente: Epistemología III, Laura Álvarez
- Título del trabajo y fecha: El cuerpo como rehén de las relaciones de poder. Abril 2018.
- Objetivos y contenidos destacados del trabajo: El trabajo fue realizado en modalidad grupal, con el objetivo de desarrollar el proceso de surgimiento de la prisión y el lugar que el cuerpo ha ocupado en dicho proceso. Dentro de los contenidos se destaca la economía de derechos suspendidos en donde el cuerpo deja de ser objeto de castigo para dar paso a la suspensión de derechos (tales como el de libre circulación) buscando incidir no en el cuerpo físico, sino en la conciencia del condenado, convirtiendo así al cuerpo en rehén de esta nueva modalidad de castigo. También el concepto de tecnología política en donde se explicita la inscripción del delito en el campo científico dando lugar a la intervención de psiquiatras, criminólogos, forenses etc., los que actúan sobre el sujeto y su cuerpo.
- Enfoque del análisis: En el presente trabajo se intentará reflexionar sobre cómo la dependencia a sustancias, podría ser vista desde la perspectiva de Foucault como un incumplimiento de normas morales, generando estigma social y desencadenando factores y respuestas contextuales que impactan en la corporeidad y en la autonomía de los consumidores en múltiples niveles.
- Ejes teóricos jerarquizados: Autonomía. Corporeidad.

En su libro vigilar y castigar Foucault (2003) realiza una cronología sobre las modificaciones que se han dado en la penalización de los delitos, explicando que en el castigo el cuerpo siempre ha mantenido un rol protagónico, ya sea porque dicho castigo se impartía sobre él, o bien porque aún con las modificaciones en las modalidades de castigo el cuerpo cumplía el papel de intermediario para llegar al nuevo objetivo: la conciencia, la voluntad, la disposición, el pensamiento, en otras palabras el “alma” del imputado. Si bien el autor se centra en los delitos jurídicamente establecidos como tales, su planteo permite también pensar en el lugar del cuerpo cuando lo que no se cumplen son acuerdos sociales y morales, ya que, si bien son inimputables para la justicia, no lo son para la sociedad, siendo un

ejemplo de esto la adicción. La sociedad sanciona a aquellos con dependencia al consumo de sustancias, por ejemplo, por medio de la estigmatización y la exclusión social, siendo así culpabilizados y sancionados socialmente lo que a la vez genera un castigo que se puede asociar a mayor riesgo para la salud psicofísica al sumarse situaciones de aislamiento, dificultad para el acceso a servicios y cronicidad del consumo.

La Real Academia Española (2019) en una de sus acepciones define a la dependencia como: la “situación de una persona que no puede valerse por sí misma.” Por su parte el DSM V explica que en la dependencia a sustancias existe un patrón desadaptativo de consumo, lo que genera un deterioro significativo en la vida de la persona. Según este manual, para diagnosticar la dependencia a las sustancias como tal se deben presentar durante al menos doce meses, al menos tres de los siguientes ítems: 1- tolerancia: la misma refiere al incremento en la dosis de administración o la disminución del tiempo entre administraciones con el fin de obtener el efecto alcanzado al inicio del consumo (Becoña, et al. 2008), 2- abstinencia: es la manifestación de trastornos físicos y psicológicos de intensidad variable que surge como consecuencia de la interrupción del uso de la sustancia (Becoña, 2008), 3- aumento en las cantidades o en los periodos de consumo con respecto a lo que se pretendía inicialmente, 4- deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia, 5- excesivo empleo de tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, 6- persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos que conlleva, 7- disminución en las actividades laborales, recreativas y sociales de la persona.

La mayoría de los criterios diagnósticos planteados por el DSM V indican no sólo una dependencia a las sustancias, sino también una imposibilidad para el ejercicio pleno de conductas de autonomía en sí mismo. La persona pierde la capacidad de autogobernarse dado que la necesidad intrínseca del consumo genera que la búsqueda de sustancias se transforme en un factor que condiciona sus decisiones, por lo que la voluntad de la persona se torna heterónoma. A su vez se tergiversan criterios de evaluación para analizar situaciones, se modifica todo el proceso ejecutivo de toma de decisiones y planificación siendo casi imposible actuar para lograr sus metas, dándose fallos en la inhibición del impulso, siendo el mismo

reemplazado por la imperiosa necesidad de consumo, la cual se vuelve su único objetivo.

Siendo esta la vivencia desde la perspectiva de la persona que desarrolla una adicción, en torno a su figura se genera una representación social. Fundación Atenea (2017) define a la representación social como un conjunto de ideas e imágenes que conforman un constructo subjetivo compartido por varios grupos o personas acerca de un fenómeno social, son herramientas cognitivas operativas que colaboran con la interpretación de la realidad facilitando el pensamiento humano, orientando el comportamiento de las personas hacia emociones y conductas concretas. La representación social puede o no coincidir con las características objetivas del fenómeno, sin embargo, la visión que el entorno social posee del mismo es determinante para su comprensión.

A su vez poseen gran incidencia en la construcción de estereotipos y prejuicios y por tanto en la discriminación puesto que sustentan los procesos a partir de los cuales se da la estigmatización social. De las investigaciones realizadas por Fundación Atenea (2017) surge que el estereotipo de la persona en situación de consumo está conformado en parte por una imagen que tiende a ser masculina, con deterioro físico, falta de higiene, de vestimenta descuidada, y que mayormente se encuentra vinculado a la delincuencia. Dicha fundación explica que en el entorno social se comparte la idea de que los problemas con el consumo de sustancias son visibles y detectables en función del aspecto físico de los consumidores. Esto es interesante ya que no todas las personas en situación de dependencia muestran este aspecto físico, ni dicho aspecto deviene únicamente del consumo problemático, lo que pone de relieve el lugar que ocupa la corporeidad en la adjudicación de estereotipos.

En referencia a la exclusión social, Becoña (2008) indica que la persona en situación de dependencia de sustancias es víctima de este fenómeno social. Subirats (2005, en Becoña 2008) explica que la exclusión es “un fenómeno estructural, relacional, dinámico, multifactorial y multidimensional, que se genera desde distintos parámetros y se concreta en diferentes ámbitos o esferas de la vida interconectados entre sí” (p.232). La exclusión incide en la autonomía de la persona puesto que el contexto influye de forma negativa en las posibilidades de control y de elección que esta posee sobre su propia vida, al limitar las oportunidades y los

recursos de los que dispone para resolver las dificultades. Si bien esta población no experimenta una suspensión de derechos de la misma forma que en la prisión, la limitación de las opciones y del círculo social genera una situación de vulnerabilidad que favorece la perpetuación de la situación de consumo y por ende el castigo corporal, psíquico y social.

Asimismo, se puede considerar que existe otra forma de limitación de la libre circulación al ingresar en las comunidades terapéuticas (CT), lo que, si bien en ocasiones es considerado por los usuarios como una situación necesaria para la posibilidad de cambio, también es utilizada como forma de castigo dentro de la dinámica institucional por ejemplo cuando se pierde el beneficio de salida transitoria.

Rubio (2001, en Pascual 2017) plantea que el consumo es un hecho diferencial en relación con quienes no consumen, los que son considerados *normales*, generándose de este modo el estigma del *drogodependiente*. El individuo en esta situación transita por un proceso que lo despoja de su identidad, desacreditándolo en el intercambio social. Su posición pasa a establecerse por comparación con los no consumidores, fijándolo como alguien que es diferente e inferior, perdiendo el espacio que ocupaba en las redes sociales, desafiándolo.

A su vez el consumo sostenido de sustancias incide directamente en la corporeidad desde la identidad que se genera a partir de él. La Secretaría de Estado para la Cooperación al Desarrollo de Bélgica (2002) explica que la identidad es la conjunción que cada persona hace de los valores y de los indicadores de comportamientos obtenidos del medio al que pertenece. La persona asume los valores y prescripciones del medio en función a sus características propias y su trayectoria de vida. “Todas las culturas y subculturas transportan valores e indicadores de acciones, de pensamientos y de sentimientos.”(s/p).

Partiendo del estigma antes mencionado pueden generarse procesos de identificación, Laplanche y Pontalis, (1990, en Berriel 2003) explican que mediante el proceso de identificación la persona “asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de este (...) se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones” (p.28). Cabe pensar en la posibilidad de que la persona en situación de dependencia se identifique con el estereotipo antes mencionado e incorpore a su vida aspectos de

este, como percepciones, sentimientos y actitudes elaboradas en relación al propio cuerpo que derivan del modelo identificatorio. Esto es muy similar a la idea de *encarnación* propuesta por Mc Laren (1997, en Hurtado 2008), la cual consiste en “identificarse uno mismo con el propio símbolo y también alcanzar una correspondencia entre la posición del sujeto proporcionado por el discurso y el sujeto” (121). Por medio de la *encarnación* se da una introyección del orden social, ideología y valores.

Dicho estigma a la vez colabora con la construcción de un autoestigma (Büchter y Messe, 2017, en Pascual 2017), en el que la persona en situación de dependencia internaliza los valores y prejuicios negativos referentes a su condición y se autopercibe de forma desvalorizada afectando entonces sus expectativas de autoeficacia y por tanto su autonomía.

Durante la práctica en el centro Izcali esto fue rápida y fácilmente observable ya que frente a la propuesta de actividades los propios usuarios expresaban no creer poder cumplir con la consigna. Esta baja percepción de logro afectaba su motivación e implicancia tanto afectiva como corporal, lo que limitaba la posible efectividad de la intervención para el abordaje tanto de las dificultades como para la potenciación de sus posibilidades.

De este modo, el cuerpo de la persona en situación de dependencia además de encontrarse controlado y coartado en sus posibilidades contextuales debido a la exclusión, también se ve menoscabado debido a la estigmatización que de ella deviene. A la vez en función de los efectos directos de la dependencia se vuelve un cuerpo sufriente en sus múltiples dimensiones, se torna un cuerpo molesto e inquieto que debe ser silenciado con más consumo, dejando de lado lo simbólico y atendiendo a lo concreto e inmediato (Curbelo, 2017).

Es por esto que se considera oportuno trabajar desde la psicomotricidad con los emblemas identificatorios, puesto que los mismos son de suma importancia en la constitución de la identidad, siendo símbolos que portan sobre sí enunciados e imágenes que cristalizan un sentido (Berriel, 2003). Estos emblemas constituyen una guía, un proyecto identificatorio para que el yo presente en este caso, encarnado en la persona en situación de rehabilitación por adicción, logre un cambio en su autopercepción básico para convertirse en el yo futuro que desea.

Viñeta 5: Psicomotricidad III

- Asignatura y docente: Psicomotricidad III, Laura Paiva.
- Título del trabajo y fecha: Investigación sobre comunidades terapéuticas. Mayo 2018
- Objetivos y contenidos destacados del trabajo: El trabajo fue realizado en modalidad grupal, el mismo tenía por objetivo adentrar a los alumnos en la metodología y funcionamiento de la comunidad terapéutica, marco en el que se desarrollaban las prácticas.
- Enfoque del análisis: En el presente análisis se intentará evidenciar como inciden las instituciones totalizadoras, como lo es la comunidad terapéutica, en la identidad de las personas que hacen uso de ellas y cuál es el valor que puede aportar la presencia del psicomotricista en la reconstrucción de la identidad.
- Ejes teóricos jerarquizados: Corporeidad. Alianza terapéutica.

Las comunidades terapéuticas son postuladas por Valder (s/f) como instituciones en donde se realiza un ritual de pasaje. Harris (s/f en Valder s/f) explica que en este tipo de rituales “los principales actores son separados de las rutinas asociadas a su vida anterior (...) dan pasos físicos y simbólicos decisivos para extinguir los status anteriores. A menudo estos pasos incluyen la idea de matar la vieja personalidad.” (p.135).

Por su parte las instituciones totalizadoras, al entender de Goffman (2001) son lugares de residencia y trabajo, donde varias personas coexisten aisladas de la sociedad durante un período de tiempo considerable, compartiendo una rutina diaria, formalmente administrada. Están caracterizadas por obstáculos que dificultan la interacción social entre sus miembros y el exterior, ejemplos de estos son puertas cerradas, muros altos, restricción de visitas, condiciones algunas de las cuales son observables en la CT.

De este modo se torna evidente en su modalidad de funcionamiento el impacto que la comunidad terapéutica genera y busca generar en la identidad y en los comportamientos de sus usuarios. El objetivo de este análisis justamente trata de identificar las instancias y experiencias de la CT que inciden en dicha identidad.

Goffman (2001) explica que las personas al encontrarse insertas en un ordenamiento social básico cuentan con una *cultura de presentación*, reflejo de su libertad para decidir autónomamente cuestiones habituales tales como dónde dormir, con quien relacionarse o cómo ocupar su tiempo. Esta cultura de presentación genera una estabilidad organizacional con la que la persona cuenta y se muestra en la cotidianeidad, la cual colabora con sus posibilidades de adaptación y le permite la utilización de diferentes mecanismos defensivos durante el enfrentamiento a adversidades como, por ejemplo: irse del lugar, negarse a realizar acciones, defenderse verbalmente, etc.

Al formar parte de instituciones totalizadoras las libertades antes mencionadas quedan relegadas, la estructura organizacional se pierde y todas las actividades de la persona son realizadas en el mismo lugar, con las mismas personas y bajo la misma autoridad, despojándolos de los mecanismos de defensa con los que antes contaban, lo que de acuerdo con Goffman (2001) más allá de las intenciones terapéuticas puede conducir a humillaciones, mutilaciones y profanaciones de su identidad.

Ejemplos de esto pueden observarse desde el proceso de admisión de los usuarios. En este sentido Goffman (2001) indica que es habitual durante los procedimientos de admisión que se realicen actividades tales como: ahondar en la historia personal del individuo, guardar en un depósito o devolverle a los familiares algunas posesiones personales con las cuales no pueden contar durante su estadía en la institución, asignarle una habitación, etc. El mismo autor entiende que estos procedimientos de admisión bien podrían llamarse de programación, puesto que al someter a los usuarios a estas acciones se los posiciona a la par de un objeto, el cual puede ser moldeado o clasificado.

Como se dijo anteriormente, al ingresar a la institución algunas pertenencias personales le están prohibidas al usuario durante su estadía. Goffman (2001) explica que las personas proyectan en sus pertenencias su yo, por lo que negárselas implica de algún modo negarles también su identidad. Esto se torna más evidente en relación a las pertenencias necesarias para el cuidado personal, puesto que en general las personas controlan el aspecto que quieren mostrar a los otros, pero requieren de dichas pertenencias para poder hacerlo. Durante la práctica se observaron ejemplos de esto, en particular una usuaria se mostraba afectada

negativamente por considerarse “muy coqueta” y no poder utilizar cremas, perfumes, etc., dificultándole el ser de acuerdo a sus palabras “ella misma”.

Dentro de las posesiones que tienden a negarse puede incluirse el propio nombre al ser reemplazado por un apodo generado a raíz de su posición jerárquica en la institución. A su vez el registro sistemático de las posesiones sí permitidas o facilitadas por el centro colabora con incrementar el sentimiento de desposeimiento del usuario.

De lo antes dicho se desprende que en esta situación la persona experimenta una pérdida de su marco referencial en relación a sus costumbres, tipos de interacciones, permisos y prohibiciones, etc. La autointerpretación que el usuario construyó a lo largo de su vida, la cual como se mencionó en el marco teórico se realiza en función de la historia personal, el relacionamiento y el reconocimiento de los otros, se pone en entredicho desvalorizando su vida pasada, imponiendo una forma de relacionamiento y un conjunto de conductas esperadas que no le son familiares. Esta situación que es buscada desde las CT desde la lógica del ritual de paso mencionada antes genera condiciones para la formación de una crisis identitaria cuya resolución puede ser tanto positiva como negativa de acuerdo a los recursos de la persona y la respuesta del entorno.

Otra cuestión a destacar son las actividades realizadas dentro de la comunidad terapéutica. Los usuarios tienen la totalidad de sus días diagramados, incluso los momentos destinados para el descanso y el ocio, lo que también es considerado una profanación del yo según Goffman (2001) debido a que diagramar previamente la rutina de una persona implica considerar que se conoce y se puede controlar todas las necesidades que esta puede llegar a tener.

Ejemplos destacables de estas actividades son: 1- los confrontes: los cuales son reuniones en las que participan todos los usuarios y uno de ellos es sometido a las críticas de los otros, el objetivo de esta actividad es el de generar un entorno alerta y vigilante para que la información circule y sea conocida por todos, ya que la presión grupal (junto con la contención afectiva y la función especular entre los residentes avanzados y los que recién comienzan el tratamiento) es entendida como vehiculizador del cambio personal (López D. 2007), 2- las confesiones públicas: durante las cuales los usuarios ponen en conocimiento a la comunidad de hechos

que se desconocían, son varios los casos en los que los usuarios las realizan para evitar ser delatados por otro usuario. 3- proyectos de salida, donde se marcan actividades y objetivos para comparar el exterior con los progresos individuales (López D. 2007).

En instituciones totalizadoras como la CT el usuario se encuentra obligado a participar de actividades de las que devienen consecuencias simbólicas incompatibles con su identidad narrativa. Cumplir con una rutina ajena, programada por otros e impuesta de forma forzada, obliga al usuario a ocupar un rol que no lo representa, por tanto lo desidentifica. Es así que mediante estas rutinas la institución impide o dificulta la realización de actos que fuera de ella dan cuenta de su capacidad de decisión y de este modo su autonomía y la percepción que el usuario posee de sí se ve debilitada al perder el control y la autoría sobre sus experiencias, atentando contra la construcción de una imagen personal valorizada.

Desde la lógica de la CT White y Miller (2007, en Fanton 2014) explican que se entiende necesaria la utilización de métodos agresivos y confrontativos que permitan desestructurar la identidad con la que llega el usuario a la institución, lo que de acuerdo a otros estudios no siempre resulta un método efectivo.

Por ejemplo, en relación a los confrontes y las confesiones públicas, al realizarse estas actividades en grupo se publicitan cuestiones íntimas desacreditadoras de la persona, que de no ser por la obligatoriedad impuesta por parte de la institución no se sabrían y que de hecho en la cotidianidad fuera de la institución se mantienen en reserva. De las entrevistas realizadas a residentes de CTs y los datos relevados por Garbi, Touris y Epele (2012) surge que la vivencia de la técnica del confronte implica que el usuario es confrontado una y otra vez hasta que asuma su responsabilidad y modifique su comportamiento. Es por esto que aun cuando los usuarios consideran que los señalamientos realizados no son acertados, con el fin de evitar un nuevo confronte optan en ocasiones por mentir y asumir culpas que no consideran o asumen como propias. De esta forma paradójicamente se los impulsa a mentir y a ser deshonestos, acciones que se entiende arrastran debido al consumo y se pretenden modificar durante el tratamiento.

Además, este manejo de información íntima frecuentemente repercute de forma negativa en los usuarios puesto que en estas instituciones las diferentes

áreas de la vida suelen unificarse, por lo que la conducta que se tenga en un área repercute indefectiblemente en las otras siendo utilizado como mecanismo de control. Ejemplo de esto se puede obtener de las entrevistas realizadas por Garbi, Touris y Epele (2012), en donde uno de los residentes explica que de no asumir la responsabilidad que se le atribuye al usuario durante los confrontes “se pudre todo” (p.1868), pudiéndose llegar a impartir un castigo colectivo, afectando no solo al usuario en cuestión sino a todo el grupo, por tanto generando tensiones en las relaciones entre pares.

Para efectivizar el cambio está instalada en la comunidad una dinámica de recompensas y castigos otorgados por parte de los técnicos. Dentro de las recompensas se encuentran: un lugar favorecido en la división de trabajo, el lugar de hermano mayor, diferencias en la cantidad de salidas y visitas, en la posesión de objetos personales y en los espacios de privacidad. Los privilegios están estrechamente vinculados a la obediencia y el apoyo al personal y a las normas pautadas, siendo necesario destacar que muchos refieren a cuestiones a las que, previo a la institucionalización, el usuario poseía libre acceso siendo un apoyo continuo con el cual contaba, por ejemplo, fumar o comer golosinas como actividades de autorregulación frente al estrés. Estos privilegios en varias ocasiones guardan relación con el mundo exterior perdido, por lo que cuando el usuario logra conquistar alguno se da un efecto reintegrador, reactivando relaciones con ese mundo perdido.

A la vez dentro de los castigos se observan la pérdida de privilegios, correctivos verbales, reclusión, vetos de conversación, etc., esto genera una estructura jerárquica de roles sociales y laborales. De León (2004, en Fanton 2014) indica que la metodología aplicada en estos dispositivos utiliza entre otros a la culpa, la lástima y el castigo para lograr modificaciones en el usuario.

En relación a los aportes que puede realizar el psicomotricista en la CT teniendo presente que la misma funciona como una institución totalizadora, es necesario mencionar que mientras que la CT al pautar un tratamiento de antemano protocolizado para todos, está atendiendo a la problemática de base que los usuarios comparten y a los patrones que surgen como efecto de la misma, la intervención psicomotriz funcionaria como una intervención complementaria ya que coloca el foco en aquello que, si bien está relacionado con la problemática, se

manifiesta de forma particular en cada usuario, en función al entrecruzamiento con la historia y el contexto personal.

La psicomotricidad entiende imprescindible conocer a la persona o al grupo de personas, sus intereses, necesidades y tiempos, reforzando el rol positivo del grupo en la contención afectiva y autorregulación de los usuarios mencionada antes. Considerar todas estas condiciones resulta básico para establecer una alianza terapéutica y generar un proyecto terapéutico ajustado a la demanda particular y grupal, retomando elementos de su identidad personal y/o colectiva. Dicho proyecto busca adaptarse a cada grupo partiendo de su singularidad, aspecto que Sykuler (2006) menciona como la clínica de lo singular, en la cual se entiende a cada sujeto como único. El posicionamiento clínico del psicomotricista lo predispone al encuentro con esa singularidad, por lo que siempre se busca trabajar a partir de lo que la persona es y lo que quiere modificar de sí mismo de forma voluntaria.

A diferencia de la psicomotricidad, en la CT el enfoque se centra en la problemática del consumo de sustancias, por ejemplo a través de actividades tales como los confrontes o las confesiones antes mencionadas. Por su parte la psicomotricidad utiliza la estrategia de rodeo, a partir de entender a la persona como un todo generalizado es que por medio de esta estrategia en lugar de hacer hincapié en la problemática se hace foco en las posibilidades y capacidades, que permitirían superar la situación problema. En general durante el abordaje con adultos se utiliza el modelo situacional planteado por García Arroyo (1995, en López. A, Capiello y Spagnuolo 2017), el cual se centra en el usuario y genera consignas que orientan al grupo a buscar respuestas de forma conjunta, esto favorece la iniciativa de comunicación, el establecimiento del trabajo en equipo y mayor conocimiento de los propios recursos para la resolución de problemas y mayor confianza en las competencias.

Al ser la comunidad terapéutica una institución totalizadora que funciona como una micro sociedad, los usuarios se ven forzados a dejar atrás su grupo de referencia y su antigua identidad para generar una nueva. Sin embargo, si bien el marco de referencia brindado por la institución puede ser el esperado para “un adicto recuperado”, alcanzar ese status en esta modalidad puede ser un proceso traumático y doloroso, maximizando las posibilidades de recaídas con el fin de retornar al grupo de pertenencia. A su vez, el dejar de lado lo que la persona trae

consigo dificulta conseguir un cambio real y duradero, desde un enfoque centrado en la persona, factor que también podría incidir en las recaídas.

Es en función del análisis expuesto que se considera de suma utilidad la presencia de un psicomotricista en el equipo de trabajo de la CT, de modo tal de generar un espacio dentro de la comunidad en donde los usuarios puedan sumar a sus vivencias cotidianas modalidades diferentes y complementarias de relacionamiento y resolución de conflictos, que les brinden herramientas para afrontar la situación en la que se encuentran y ser actores de su propio proceso de mejoría.

Práctica profesional: perspectivas a futuro

En este apartado se abordará el área de interés para el ejercicio profesional, se explicitará la pertinencia de los ejes teóricos seleccionados para el trabajo en dicha área y se reflexionará sobre los aspectos del rol a seguir fortaleciendo.

En relación al área de interés considero de gran importancia el abordaje en clínica psicomotriz con adultos. En este tipo de abordaje, en el que la persona por su edad ya posee una identidad consolidada y experiencias previas, se hace fundamental considerar toda la trayectoria vital y establecer una alianza terapéutica, de allí la importancia y elección de profundizar en el eje teórico.

La forma como niños y adultos acceden a la terapia no es la misma. A diferencia de los niños el adulto no asistirá a terapia por una decisión ajena a su autodeterminación, como pasa con los niños cuya familia es la que mediante el ejercicio de la patria potestad toma ese tipo de determinaciones. En algunas circunstancias o contextos si existe cierta coacción, como en las comunidades terapéuticas en donde la participación en psicomotricidad no siempre es voluntaria, lo que genera que haya quienes ingresan sin comprometerse con la actividad y por tanto sin involucrarse con su proceso de mejoría.

Establecer esta alianza terapéutica implica considerar al otro como capaz de hacerse cargo de sí mismo, este es uno de los motivos personales por los cuales me inclino al trabajo con esta población, entiendo que en la adultez si bien los actores sociales con los cuales el usuario se relaciona son de suma importancia, no necesariamente tienen el mismo control sobre él que en la infancia, por lo que, en esta etapa se espera que la persona pueda realizar un accionar más libre y ajustado a sus propios intereses y deseos a partir de identificar y poder usar las herramientas que posee, por tanto considero vital y gratificante colaborar con la obtención de dichas herramientas.

Que la intervención favorezca el desarrollo de herramientas adaptativas sumado a la concepción que el psicomotricista posee sobre el usuario centrándose en sus posibilidades y virtudes inciden tanto en la posibilidad de establecer la alianza como en la autonomía de este último. La profundización sobre este concepto me permitirá en el futuro ejercicio profesional realizar una intervención que

incremente el bienestar de la persona en tratamiento, por una parte, porque podrá tener mayor control sobre lo que sucede en su vida, por otra parte porque si realmente logra alcanzar mayor control, significa que otras cuestiones como el autoconcepto o su autoestima también se encontrarán fortalecidas.

Durante el proceso de formación la población a la que pude acercarme fue la de adultos en situación de rehabilitación de adicciones, durante esta práctica pude comprender el peso que los factores sociales y culturales poseen en la construcción de la corporeidad. Logre visualizar la incidencia que los estereotipos, prejuicios o discriminación poseen sobre la construcción de la corporeidad, los cuales también recaen sobre la población de adultos mayores institucionalizados. Es por lo antes dicho que me resulto necesario la profundización sobre el tema, ya que si bien en la infancia estas cuestiones son también de peso, la relación con la familia o la escuela son más determinantes durante esa etapa, en cambio en la adultez los círculos e influencias sociales se amplían considerablemente.

Respecto a mi formación en relación a esta área, considero que los aprendizajes más significativos en los que logre profundizar durante este trabajo fueron los que refieren al rol planteados por Rogers (aceptación positiva incondicional, congruencia y comprensión tónica empática). Gracias a su comprensión teórica pude construir las competencias del rol de modo vivencial permitiéndome esto un posicionamiento ajustado para la intervención con la población.

Entiendo además que por ser el área de interés la clínica psicomotriz con adultos, la cual como ya se menciona incluye el trabajo con la población de adultos mayores, es necesario que realice un acercamiento supervisado a dicha población, por lo mismo realizare una pasantía en el centro de práctica del Hogar Español. Asimismo será necesario que continúe formándome en el área de adicciones, ya sea realizando actividades académicas como por ejemplo un diplomado o también desde el ejercicio de la profesión a través de la supervisión.

Es necesario a su vez que continúe trabajando en las debilidades antes mencionadas puesto que todas ellas inciden en el trabajo de la clínica psicomotriz con adultos. Por ejemplo, el no logro del registro sistemático de las sesiones dificulta el seguimiento del usuario. Si bien esto es problemático con cualquier población, en

el caso de los adultos puede incidir directamente en el mantenimiento de la alianza terapéutica, puesto que, al ser el adulto responsable de su propia mejoría puede plantear la necesidad de revisar de forma conjunta su proceso, la falta de registro sobre la cual basar la intervención podría ser entendida por el usuario como una falta de compromiso, y debilitar la alianza establecida.

Es probable que en el futuro no solo trabaje con adultos en ámbitos comunitarios, sino también con adultos institucionalizados, esto implica que necesariamente me encuentre inserta en un equipo de trabajo, por lo que de no trabajar sobre mi dificultad para esta modalidad de trabajo las contradicciones que puedan darse entre mi intervención y la del resto del equipo pueden ser perjudiciales para los usuarios.

En síntesis, la realización de este trabajo me ha permitido realizar una introspección mediante la cual he logrado acceder tanto a mis fortalezas como a mis debilidades, para en el futuro poder apoyarme sobre las primeras y mejorar en relación a las segundas. La profundización realizada a nivel teórico y la reflexión sobre trabajos y vivencias ya pasadas colaboraron con mi reposicionamiento sobre el rol en general y con esta población en particular, brindándome herramientas para realizar una intervención no solo más ajustada sino también mas aprovechable para aquellos con quienes trabaje.

Referencias bibliográficas

- Águila, C., López, J. (2019). Cuerpo, corporeidad y educación: una mirada reflexiva desde la educación física. *Almería*, 35 (p.413-421). Recuperado de: <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/62035>
- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*. 16 (1). Págs. 9-29. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180616109001.pdf>
- Álvarez. S. (2015). La autonomía personal y la autonomía relacional. *Análisis Filosófico*. Vol. XXXV, (n. 1) (p. 13-26)
- Arbaiza del Río, M. (2014). *Alteraciones cognitivas, conectividad funcional y personalidad en el drogodependiente*. (Tesis doctoral). Universidad complutense de Madrid. Madrid. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=97667>
- Argülles. P. (2008). *Parálisis cerebral infantil*. (Documento de trabajo). Licenciatura en psicomotricidad. Universidad Católica del Uruguay
- Arnaiz, P., Rabadan, M., Vives, I. (2008). *La psicomotricidad en la escuela una práctica preventiva y educativa*. Montevideo. Aljibe.
- Astroga. M. (2004). *El desarrollo del lenguaje oral*. (Documento inédito). Recuperado de: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/educacion/content/download/174430/858460/file/Desarrollo%20del%20Lenguaje%20Oral.pdf>
- Aucouturier. B. (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Barcelona. Graó
- Becoña, E. (2008). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona. Socidrogalcohol
- Benedicto. I. (2008). Creatividad, identidad y corporeidad. *Encuentros multidisciplinares*. (Nº.28) (p. 1-7). Recuperado de: <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA28/Inma%20Benedicto%20Mart%C3%ADnez.pdf>
- Benjumea, M. (2010). *La motricidad como dimensión humana - Un abordaje transdisciplinar*. Instituto internacional del saber.
- Berriel. F. (2003). Imagen del cuerpo, modelos y emblemas identificatorios en los adultos mayores. (Tesis de maestría). Universidad nacional de Mar del Plata. Recuperado de:

https://www.academia.edu/592206/IMAGEN_DEL_CUERPO_MODELOS_Y_EMBLEMAS_IDENTIFICATORIOS_EN_LOS_ADULTOS_MAYORES_MONTEVIDEANOS

- Blanco, L. (2007). Aproximación al paralenguaje. *Anuario de filología hispánica*, 10 (83-97). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2505623.pdf>
- Cajarville, A. (1996). *Parálisis cerebral: una visión psicomotriz*. (Monografía de grado). Universidad de la República, Uruguay.
- Cal, C. (2008). *Psicomotricidad clínica en la infancia. Aportes para un diálogo interdisciplinario*. Montevideo. Psicolibros Waslala
- Calmels, D. (2013) *Juegos en el papel*. Bs As. Puerto creativo
- Calmels, D. (2014) *El cuerpo en la escritura*. Bs As. Biblos
- Campagne, D. (2014). El terapeuta no nace, se hace. *Revista Asociación Esp. Neuropsiquiatría*. 34 (121). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000100005
- Camps, C. (2008). La observación de la intervención del psicomotricista: actitudes y manifestaciones de la transferencia. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 22, (123-154). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/274/27414780008.pdf>
- Chavez, A. (s/f). Técnicas proyectivas. Universidad de Colima. Recuperado de: https://comenio.files.wordpress.com/2007/08/tecnicas_proyectivas.pdf
- Curbelo, G. (s/f). *Adicciones a drogas y trabajo corporal*. (Documento de trabajo). Licenciatura en psicomotricidad. Universidad Católica del Uruguay
- Curbelo, G. (2002). La expresividad motriz y el juego en las comunidades terapéuticas para adictos a drogas. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*. 5 (p.5-8). Recuperado de: www.psicomotricidadum.com
- Chokler, M. (s/f). *El concepto de autonomía en el desarrollo infantil temprano*. (Documento de trabajo). Recuperado de: https://www.piklerloczy.org/sites/default/files/documentos/myrtha_chokler_el_concepto_de_autonomia_en_el_des_infantil.pdf
- Chokler, M. (1998). *Los organizadores del desarrollo psicomotor. Del mecanicismo a la psicomotricidad operativa*. Buenos Aires. Ediciones Cinco.

- Consejo de redacción Entre Líneas. (2014). Aportaciones interdisciplinarias. Apropósito de la estrategia de rodeo. *Entre Líneas*. Nº 33 (pág. 21-23). Barcelona. Asociación profesional de psicomotricistas. Recuperado de: http://app-psicomotricistas.net/revistes/2014_33.pdf
- Esnaola, I., Goñi, A., y Madariaga, J. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*. 13 (1), (p. 69-96). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/175/17513105.pdf>
- Fanton, M. (2014). *Comunidad terapéutica, violencia y patología dual: estudio de dos casos de estrés postraumático*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Flores, J. y Ostrosky, F. (2008). Neuropsicología de Lóbulos Frontales, Funciones Ejecutivas y Conducta Humana. *Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8 (1) (p.47-58). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987468>
- França – Tarragó. O. (2012). *Manual de psicoética: ética para psicólogos y psiquiatras*. Montevideo. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212012000200009
- Fundación Atenea. (2017). *Frente al espejo. Imagen social de las personas con consumo problemático de drogas desde la perspectiva de género*. Recuperado de: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Cantos-R-y-Molina-C-2017-Frente-al-espejo.pdf>
- Garbi. S, Tourus. M, Epele. M. (2012). Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios/as de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (7) (pp. 1865-1874). Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/26.pdf>
- García, B. (1999). El cuerpo. Cuerpo real, esquema corporal, imagen corporal. En De León, C. García, B. Grajales, M. Podbielevich, J. Ravera, C. Steineck. C *Cuerpo y representación*. Espacio de reflexión en terapia psicomotriz. Montevideo. Psicolibros Waslala
- Gramunt, N. (s/a). *Normalización y validación de un test de memoria en envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer*.

- (tesis doctoral). Universitat Ramon Llull. España. s/c. Recuperado de: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9261/NinaGramunt-tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Bs As. Amorrortu.
- Gómez, J. (2002). *La educación física en el patio: una nueva mirada*. Buenos Aires. Stadium
- Gonzalez. M., y Tourón. J. (1992). *Autoconcepto y rendimiento escolar. Implicaciones en la motivación y en el aprendizaje autorregulado*. Pamplona: EUNSA.
- González, F. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana: Ciencias medicas. Recuperado de: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf
- González, L. (2009). *Pensar lo psicomotor*. Buenos Aires. Eduntref
- Henig, I. (2013). *El uso del lenguaje verbal por parte del terapeuta en psicomotricidad en el trabajo directo con el niño en la sala de psicomotricidad*. (Documento de trabajo). Licenciatura en psicomotricidad. Universidad Católica del Uruguay
- Hidalgo, A. Quilis, M. (2012). *La voz del lenguaje: fonética y fonología del español*. Valencia: Tirant humanidades.
- Huguet. M. (2006). Intervención psicomotriz en el desarrollo temprano: reflexiones desde la clínica. *Aportes*. 1 (p. 105-113).
- Hurtado. D. (2008). Corporeidad y motricidad. Una forma de mirar los saberes del cuerpo. *Campinas*, vol. 29, (n. 102) (p. 119-136)
- Jaramillo, M. (2012). *Trabajo en equipo*. Recuperado de: <http://dgrh.salud.gob.mx/Formatos/MANUAL-DE-TRABAJO-EN-EQUIPO-2012.pdf>
- Le Breton, D. (2018). *La sociología del cuerpo*. Bs As: Nueva Visión.
- López. D. (2007). *Dispositivos contemporáneos de control social: las comunidades terapéuticas y "el problema de la droga"*. XXVI congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología. Guadalajara. Recuperado de: <http://cdsa.aacademica.org/000-066/238.pdf>

- López, M. (2008). Cognición y emoción: el derecho a la experiencia a través del arte. *Pulso. Revista de educación*. (Nº 31)(p 221-232). Recuperado de: <https://revistas.cardenalcisneros.es/index.php/PULSO/article/view/83>
- López, M. (2009). *La intervención arteterapéutica y su metodología en el contexto profesional español*. (Tesis doctoral). Universidad de Murcia. Recuperado de: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10794/LopezMartinez.pdf>
- López, A. (2010). Autonomía personal y Dependencia. *Autonomía personal*. 1 (56-61). Recuperado de: http://www.autonomiapersonal.imserso.es/InterPresent1/groups/revistas/documents/binario/rap1afondo_06.pdf
- López, R. (2010). Odiseo creativo: un capítulo de la historia remota de la creatividad. *Revista chilena de la literatura*. 76 (151 - 176). Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22952010000100008
- López, A. (2017). *Rol del psicomotricista en la intervención con adultos. Aportes desde la teoría de la relación de ayuda*. (Trabajo final). Diplomado en Humanización de la Salud, Centro de Humanización de la Salud y Universidad Ramón Llul. España.
- López, A. Capiello, K. Spagnuolo. L. (2017). Metodología de la intervención psicomotriz con adultos y adultos mayores. En Menéndez, A. López, A. *Psicomotricidad. Aportes a la disciplina*. Montevideo. Grupo Magro
- Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (DSM 5), (2014)*, España, Editorial médica panamericana.
- Marrero, A. (1998). *Introducción a la sociología*. Montevideo. Fundación de cultura universitaria.
- Matoso, E. (2003). *El cuerpo territorio de la imagen*. Bs As. Letra viva.
- Matoso, E. (2004). *El cuerpo, territorio escénico*. Bs As. Letra viva.
- Menéndez, A. Cajarville, A. Sabaj, E. Paz, F. (2017). En Menéndez, A y López, A. *Psicomotricidad. Aportes a la disciplina*. Montevideo: Grupo Magro
- Montealegre, R. (2007). La solución de problemas cognitivos. Una reflexión cognitiva sociocultural. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (2) (p. 20-39). Universidad del Rosario Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/799/79925203.pdf>

- Naranjo. M, (2009). Motivación: perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo. *Educación*. 33 (2), (p. 153-170). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/440/44012058010.pdf>
- Núñez-Lagos. I. (2006). La creatividad en educación infantil. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*. 22 (1). Recuperado de: www.psicomotricidadum.com
- Olivari. M., Urra. E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*. 13 (9-15). Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Oros. B. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 14 (Nº 1) (p. 89-98). Recuperado de: <https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/download/17338/1807/7/>
- Pascual, M. (2017). El estigma en la persona adicta. *Adicciones*. 29 (4) (p.223-226). Recuperado de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/1038/901>
- Pedrero. E., Ruiz. M., Rojo. G., Llanero. M., Puerta. C. (2012). Caracterización neuropsicológica de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias: implicaciones clínicas. *Adicciones*. Vol. 24 (Nº1) (p.51-58). Recuperado de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/117/113>
- Ronchi, A. (2005). *Proceso de separación - individuación según la perspectiva de Margaret Mahler*. Monografía de grado. Recuperado de: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/999/1/05456.pdf>
- Sánchez Gil. I. Pérez. V. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Vol.24 (Nº.2) (p.1-7). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200011

- Sassano, P. (2003). El psicomotricista y el desarrollo de las actitudes terapéuticas. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*. 10 (1). Recuperado de: www.psicomotricidadum.com
- Secretaria de Estado para la cooperación al Desarrollo de Bélgica. (2002). *El concepto de la identidad*. Recuperado de: <https://www.fuhem.es/ecosocial/dossier-intercultural/contenido/9%20EL%20CONCEPTO%20DE%20IDENTIDAD.pdf>
- Serrabona Mas, J. (2016). *Abordaje psicomotriz de las dificultades del desarrollo*. Barcelona: Horsori.
- Sneiderman, S. (2006). Las técnicas proyectivas como método de investigación y diagnóstico. Actualización en técnicas verbales: “el cuestionario desiderativo”. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. N° 8 (296-331). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630247014.pdf>
- Sola Morales, S. (2013). El cuerpo y la corporeidad simbólica como forma de mediación. *Mediaciones Sociales*, 12, 42-62. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/MESO/article/viewFile/45262/42593>
- Soriano, M. (s/f). La motivación, pilar básico de todo tipo de esfuerzo. *Proyecto social: Revista de relaciones laborales*, 9, 163-184. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=209932>
- Sykuler, C. (2006). La intervención psicomotriz en niños que presentan problemas en su desarrollo. *Revista Cediap*. (1)
- Valder, R. (s/f). *Contribución para pensar la prevención del consumo de sustancias psicoactivas*. (Documento de trabajo). Licenciatura en psicomotricidad. Universidad Católica del Uruguay.