

UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL URUGUAY

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN PSICOMOTRICIDAD

Trabajo Final Integrador

Autor: Paula Pérez

Tutor: Lic María José Bonilla

Diciembre de 2021

Montevideo, Uruguay

Índice

Introducción	2
Fortalezas y debilidades	3
Fortalezas	3
Debilidades	6
Ejes teóricos	9
Corporeidad	10
Alianza terapéutica	14
Resiliencia	18
Análisis	22
Análisis 1: Profundización en Intervención Psicomotriz Preventiva y Educativa	22
Análisis 2: Profundización en la Intervención Psicomotriz Terapéutica en la Infancia	27
Análisis 3: Formación Personal por Vía Corporal V	33
Análisis 4: Psicopatología Fundamental de Niños y Adolescentes	37
Análisis 5: Psicomotricidad Terapéutica con Jóvenes, Adultos y Adultos mayores	43
Perspectivas a futuro	49
Referencias bibliográficas	53

Introducción

El presente trabajo se encuentra inscripto en el marco de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay. Corresponde al Trabajo Final Integrador de la alumna Paula Pérez Sasso, siendo el último requisito para obtener el título de grado de Licenciada en Psicomotricidad.

Tiene por objetivo propiciar un espacio para la reflexión crítica sobre el propio proceso de formación transitado, a partir de una tarea metacognitiva y de integración teórico-práctica que dé cuenta tanto de la adquisición de competencias alcanzadas como aspectos necesarios a profundizar de aquí en más para ejercer el rol del psicomotricista.

En primera instancia se presentan las fortalezas y debilidades identificadas a lo largo de la formación, siendo imprescindible su concientización para el futuro desempeño profesional. En cada caso, será justificado desde la teoría y la práctica.

Se proseguirá explicitando la selección de los ejes temáticos a jerarquizar: *corporeidad, alianza terapéutica y resiliencia*. Se justificará el motivo personal de su elección y de forma articulada se realizará un desarrollo teórico interrelacionando diversos autores, señalando asimismo posibles subejos a desglosar en los análisis posteriores.

En el siguiente apartado, considerando dichos ejes, se seleccionan cinco trabajos elaborados a lo largo de la carrera para ser analizados, correspondientes a las siguientes asignaturas: Profundización en Intervención en Psicomotricidad Preventiva y Educativa, Fundamentos de la Psicomotricidad Terapéutica en la Infancia, Formación Personal por Vía Corporal V, Psicopatología Fundamental de Niños y Adolescentes, Psicomotricidad Terapéutica con Jóvenes, Adultos y Adultos mayores. Se realizará un resumen de cada uno a modo de viñeta. El análisis se centrará en vincular los ejes seleccionados con los contenidos de dichos trabajos. Se buscará también ampliar su alcance mediante el desarrollo de nuevos conceptos, cuestionando a su vez, nuevas líneas de análisis.

El último apartado trata sobre las perspectivas a futuro. Se expondrá aquella área de intervención de mayor interés para desarrollarse profesionalmente, siendo en este caso el abordaje psicomotriz con adultos y adultos mayores. Se explicitan los motivos de su elección y sus aportes durante la formación de grado. Se señalará la relevancia de los ejes teóricos seleccionados para el ejercicio en dicho ámbito, y cuáles aspectos resultan necesarios profundizar a fin de mejorar el despliegue del rol profesional en el área escogida.

Fortalezas y debilidades

A continuación, se detallarán las fortalezas y las debilidades reconocidas durante el proceso de formación. Estas son identificadas a partir de las experiencias vividas en las diferentes instancias teóricas y prácticas, la propia autoobservación, así como también gracias al intercambio con docentes y compañeras que han aportado sus críticas constructivas. Su reconocimiento resulta imprescindible para un ejercicio personalizado del rol, pues una reflexión sobre ellas lleva a un mayor autoconocimiento y ello permitirá intervenir de forma más ajustada y pertinente, de acuerdo a la finalidad de la intervención y a las propias posibilidades y limitaciones.

Fortalezas

Las fortalezas identificadas hasta el momento son: autocrítica, capacidad de espera y mediadores de comunicación no verbal.

Considero la **autocrítica** como una capacidad que he podido interiorizar a lo largo del camino recorrido en estos años.

De Rosa et al. (2012), conciben la autocrítica como un estilo cognitivo a partir del cual una persona se evalúa y juzga a sí misma, detectando conductas inadecuadas con el fin de corregirlas y desempeñarse en el futuro con mayor eficacia. Para Tarcica y Masis (2013) implica la capacidad de reflexionar sobre el propio accionar y juzgarlo en vistas de corregir las propias fallas vislumbradas. A su vez, para los autores, una persona autocrítica es capaz de aceptar las observaciones y críticas externas con apertura y disposición. En base a estas definiciones, concibo dicha competencia como fortaleza, ya que he podido desarrollarla en mi proceso de aprendizaje durante los años de formación, fundamentalmente en lo que hace al ejercicio de mi rol en las instancias prácticas.

En relación a estos planteos, cabe destacar a la *autoobservación*, siendo ésta habilitadora de la comprensión de nuestra praxis, por lo que se encuentra estrechamente vinculada a la capacidad de autocrítica. Para García (2000), abrirse a la autoobservación, permite clarificar y comprender los significados de nuestra propia acción; implica la toma de conciencia de los aspectos emocionales que se movilizan en la relación con el otro y su posterior reflexión. Según Sánchez y Llorca (2008), el psicomotricista debe aprender a observarse, antes, durante y después del desarrollo de la sesión, pues será en función de esa mirada que podrá ajustar sus respuestas y trabajar sobre sus dificultades.

Tomar mi intervención como objeto de reflexión, me ha permitido comprender y analizar lo sucedido durante el espacio de encuentro con el otro. Dedicar ese tiempo, me ha

brindado la posibilidad de reconocer que mi forma de intervenir durante las sesiones, responde a determinadas competencias técnico profesionales que he ido adquiriendo, así como a otras que aún me faltan integrar para un ejercicio del rol asertivo. Gracias a ello y a que he sido capaz de tomar los comentarios y correcciones de docentes y de pares como aportes y no como críticas, he podido extrapolar lo que he ido identificando al plano de la acción y realizar los cambios necesarios para favorecer un quehacer más adaptado a la realidad de quien viene al encuentro, ya sea en el ámbito preventivo o terapéutico.

A su vez, el permanente trabajo conmigo misma, me ha permitido identificar aquellas situaciones en las que me he sentido invadida por la emoción y tomar la distancia adecuada. De esa forma, he logrado realizar intervenciones ajustadas a la necesidad del otro, intervención que parte de la observación y escucha pero sin caer en la fusión, dado que eso culminaría siendo contraproducente, tanto para el paciente como para mí.

No obstante, entiendo que tanto la autocrítica como la autoobservación son aspectos longitudinales a seguir profundizando para el ejercicio del rol profesional y de ese modo continuar fortaleciendo las competencias adquiridas y aquellas que aún necesito integrar.

La segunda fortaleza que he logrado identificar durante mi proceso es la **capacidad de espera**.

Camps (2005) refiere a niños y hace hincapié en la necesidad de esperar sin anticipar o interrumpir su acción. En la misma línea, para Sánchez y Llorca (2008) supone el poder esperar por la iniciativa del niño; ser capaz de dejar hacer para responder de manera ajustada de acuerdo a su deseo. Si bien esto se enfoca en la práctica psicomotriz infantil, su aplicación es también pertinente y necesaria en el trabajo con adultos. En este sentido, encuentro el desarrollo de esta competencia como una fortaleza que he podido extrapolar y adaptar en la intervención con distintas poblaciones.

Respecto a mi experiencia en instancias prácticas, entiendo que he logrado habilitar el despliegue de la expresividad motriz del sujeto que viene al espacio de intervención desde una postura que ante todo demuestra respeto por su accionar, sin imponer ni invadir.

Pero para adquirir dicha competencia, han sido imprescindibles dos factores. Por un lado un intenso trabajo de observación y escucha; para situarme respetuosa de los tiempos, necesidades e intereses del otro, adaptarme a su ritmo e intervenir de acuerdo a su proceso personal, sin invadir ni restringir su acción. Por otro, un constante trabajo de autoobservación, para permitirme concientizar acerca de la necesidad de validar al otro tal y cómo es abandonando estereotipos o preconceptos, ya que ello se aleja del enfoque que se busca promover en nuestra intervención. De esa manera, he logrado manejar mis propios

sentimientos en los vínculos terapéuticos que he establecido, para intervenir asertivamente transmitiendo al otro la libertad para mostrarse en su esencia desde una mirada que no juzga.

Las palabras de Rodríguez (2001) expresan lo que he expuesto:

La “quietud” flotante del terapeuta, permite el juego libre, la actividad motriz espontánea, y desde una escucha y observación ajustadas, responder, o no, al discurso motriz y expresivo del sujeto. Pero también, la quietud como respuesta, como un señalamiento que anime a que advenga algo del deseo particular del paciente, instaurando la transferencia y, por tanto, transformando su discurso productivo en un sentido diferente (p. 2).

Finalmente, la tercera fortaleza que he logrado desarrollar en el ejercicio del rol son los **mediadores corporales de comunicación**.

Sánchez y Llorca (2008) plantean que el psicomotricista se ajusta a la expresividad del otro por medio de la vía corporal y el lenguaje, respondiendo según lo que recibe de él. Para esto, debe ser consciente de los diferentes mediadores que dispone y utilizarlos de manera ajustada. Entre ellos se destacan: la mirada, el gesto, la mímica, la actitud postural, la voz y el tacto. Identifico dicha competencia como una fortaleza puesto que el uso de mis mediadores de comunicación son por lo general ajustados y me han permitido entablar vínculos con los usuarios que han sido enriquecedores, tanto para ellos como para mí, ya sea en el ámbito preventivo como terapéutico con niños y adultos. Dentro de estos mediadores, principalmente la gestualidad y la actitud postural son los que inciden en esta fortaleza.

He logrado concientizar e integrar la necesidad de un lenguaje gestual que demuestre comprensión y estar a la escucha del otro durante la intervención, es así que mediante un adecuado uso del mismo, he sabido reflejar una actitud abierta transmitiendo interés, confianza y seguridad, lo que entiendo favorece el despliegue de la expresividad del sujeto. A su vez, el poder ser capaz de ajustar la mímica de acuerdo a las diferentes poblaciones, me ha permitido generar intercambios recíprocos y sinceros con los usuarios.

También, considero que pongo en juego un adecuado manejo postural al reflejar una organización tónico-postural al servicio y escucha del otro que se acompaña de la mímica facial y la mirada transmitiendo respeto por su expresividad, así como también, mediante el ajuste de las posturas a cada tipo de población, entiendo que si bien algunas son eficaces en el trabajo con niños, tienden a infantilizar el vínculo con el adulto.

Por lo planteado, concibo dichos mediadores de comunicación como una fortaleza, ya que a partir de su adecuado uso identifico en la respuesta del otro hacia mi intervención, que no se provocan tensiones ni inhibiciones, por el contrario, suele ser una respuesta de aceptación y agrado.

Debilidades

Como debilidades, he logrado identificar: dificultad de sistematización del registro de las sesiones, contención a través del lenguaje verbal y espacialización.

Considero el **registro sistemático de las sesiones** como una gran problemática a trabajar en vistas de mi futuro profesional. Para conceptualizar dicha debilidad, tomaré los aportes de García (2000) sobre *observación psicomotriz* quien plantea:

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. 10).

En relación a ello, durante los años de práctica transitados no logré realizar un registro continuo de mis observaciones a lo largo de las sesiones, incluso siendo plenamente consciente de ello, lo que entiendo afecta la intervención en múltiples aspectos.

En primer lugar, dificultad para contextualizar e historizar la relación que el sujeto tiene con su propio cuerpo lo que incide directamente en la comprensión del significado de su acción. Por otro lado, carencia de respaldo para llevar adelante el seguimiento e ir sistematizando la evolución del proceso del paciente con el que trabajo. También, disminución de elementos que restringen la riqueza de posibilidades de elaboración de estrategias de intervención. Así como escasez de recursos para responder dudas específicas que puedan surgir en posteriores análisis y la consiguiente articulación teórico-práctica en base a lo observado. Pero principalmente, menor volumen de insumos para la elaboración y reelaboración del proyecto terapéutico.

En específico, esto último es lo que más preocupación me genera, dado que para llevar a cabo una intervención adecuada en terapia psicomotriz, es de vital importancia la construcción del proyecto terapéutico singularizado al usuario, y la falta de información integrada y organizada no sólo multiplica las probabilidades de cometer grandes errores durante el tratamiento siendo este un aspecto central, sino que también redundaría en una postura poco ética de mi parte que podría ser fácilmente percibida por el paciente.

Para problematizar la dificultad sobre la **contención a través del lenguaje verbal** es necesario previamente definir el concepto de contención.

Según Camps (2005), la *contención* parte de una adecuada disponibilidad y capacidad de escucha, y se manifiesta en la capacidad del psicomotricista de poner límites claros y actuar con firmeza, velar por la seguridad física y afectiva del otro, mantener una mirada

global y sostener los procesos por medio de la palabra. Es en este último aspecto donde encuentro mi debilidad, y no en el ejercer como figura de contención física y afectiva o en la capacidad de identificar qué situaciones son las que ameritan intervenciones de este sentido.

Arnaiz et al. (2001), plantean que el lenguaje debe de ser claro y preciso, afirmativo, descriptivo o interrogativo de acuerdo a la situación, capaz de actuar como espejo simbólico del otro. Siguiendo esta línea, Aucouturier (2004) habla de *palabras que sostienen y estructuran*, que tienen acentos tónicos y pero también han de tener acentos de sentido; para ayudar al otro explicando lo que intenta expresar, para significar su identidad, para desculpabilizar, para poner límites o para dar referencias.

Ubico mi debilidad en la búsqueda del lenguaje apropiado, claro y concreto para transmitir un discurso con una calidad que sea recibida como una forma contenedora y no como una confrontación sin sentido alguno. Ello se vincula estrechamente con la capacidad de operar a modo de espejo simbólico de las producciones del otro, lo que entiendo me genera un sobreesfuerzo encontrar las palabras adecuadas y coherentes como medio para describir acciones, procedimientos o explicitar emociones, y ser capaz de devolverle aquello que me transmitió sin ambigüedades. También identifiqué dicha problemática en el área del paralenguaje, dado que he percibido como fuente de falla, la entonación, la velocidad y el uso de pausas o silencios.

Cabe destacar que no encuentro mayores dificultades al momento de utilizar los mediadores corporales para hacer de contención, pues he logrado posturas que favorecen el establecimiento de un espacio de apertura e intercambio, así como una mímica facial que a la vez que denota interés no transmite juicios de valor, e incluso, cuando determinadas situaciones lo han requerido, he sabido actuar como figura de ley mediante el contacto corporal.

Por último, identifiqué también la **especialización** como una dificultad para el ejercicio del rol.

Tomando los aportes de Aucouturier et al. (1985), la especialización, en términos generales, implica la capacidad de organizar la sala de psicomotricidad de forma tal que suponga un lugar segurizante y propicie una vivencia significativa y afectivamente placentera para el niño. Para esto, el técnico se ve impulsado a construir o delimitar espacios que permitan el surgimiento del deseo de jugar de acuerdo al momento madurativo en que se encuentre el niño. Para Sánchez y Llorca (2008) es de esperar que el psicomotricista sea capaz de plantear una disposición adecuada de espacio y materiales en función de las necesidades del niño o grupo.

Identifico esta debilidad en dos ámbitos. El primero, en la intervención con niños, tanto educativa como terapéutica. En sucesivas ocasiones me he encontrado con la dificultad de delimitar espacios concretos a la vez que sean creativos y supongan un reto y descubrimiento para el niño. También, en determinadas instancias no he sabido actuar a tiempo y he permitido que se desarrollen dinámicas con excesivo o escaso espacio y/o cantidad de materiales de acuerdo a las necesidades de esta u objetivos para con los niños. Es así que existe una intervención desajustada de mi parte en la medida que no soy capaz de combinar la observación con el conocimiento adquirido sobre las estrategias de intervención, la población objetivo, la singularidad del niño y a partir de allí llevar un manejo del espacio adecuado.

El segundo ámbito es en la intervención con adultos. Si bien la forma en que se aplica es diferente a la que se conoce cotidianamente en el trabajo con niños, para habilitar el despliegue de la expresividad motriz del sujeto, es indispensable generar condiciones donde prime el orden y seguridad. Es en este aspecto donde encuentro mi debilidad, pues durante mi experiencia práctica, puntualmente en aquellas instancias que debía llevar a cargo el rol de coordinador, me he encontrado ante el obstáculo de brindar un marco estable y reasegurador. Tiendo a gestionar propuestas que implican gran cantidad de variables y materiales, y por momentos el exceso de estos me dificulta tanto la ejecución y dominio de la planificación sólida, como la gestión del tiempo de sesión. Esto termina tornándose desajustado, dado que se termina perdiendo la dirección y los objetivos para con los usuarios.

Ejes teóricos

Se seleccionan los siguientes ejes a desarrollar, con el fin de generar un marco teórico a partir del cual se orientarán los posteriores análisis de los trabajos escogidos. Estos son:

1. Corporeidad
2. Alianza terapéutica
3. Resiliencia

Se consideran dichos ejes pertinentes a profundizar en virtud del área de interés a desempeñarme en el futuro, entendiendo que cada uno de ellos aporta una visión clave que colabora en la construcción de un posicionamiento particular para pensar y comprender al paciente y su historia, y ello paulatinamente va definiendo la especificidad de mi rol profesional. De esta manera, es imprescindible una profundización y apropiación teórica de dichos conceptos para consolidar la formación, puesto que toda intervención psicomotriz, toma dichos constructos.

A su vez, los ejes se relacionan entre sí, ya que siendo la corporeidad el reconocimiento del cuerpo como punto de entrecruzamiento de las diferentes dimensiones de la persona y el relacionamiento con su medio, podría considerarse una construcción que se hace a partir del vínculo con otros significativos, por lo que el contexto se constituye en un factor crucial donde los determinantes socioculturales inciden sobre la expresividad motriz del sujeto, y fundamentalmente, como un potencial riesgo en aquellos que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y sufren de diferentes estigmas sociales. En ese sentido, el psicomotricista mediante la alianza terapéutica se convierte en un otro significativo para aquel que llega solicitando ayuda; garantizando seguridad física y afectiva y utilizando diferentes recursos, colabora con el usuario en el descubrimiento o revalorización de sus posibilidades para que logre vivenciar su cuerpo desde el placer y el disfrute, lo que influye en la significación de su propia historia, y por tanto en su corporeidad.

A su vez, la intervención psicomotriz, basada en la alianza terapéutica entre psicomotricista y usuario, como objetivo transversal aspira a reconocer y potenciar las competencias de quien recibe el tratamiento. Esto implica de cierta manera visualizar los recursos resilientes presentes del sujeto para que se puedan producir cambios. Es así que se trabaja sobre la necesidad concreta del sujeto a partir de sus potencialidades. Ello de alguna forma da lugar a la formulación de una corporeidad diferente, permitiendo utilizar las herramientas obtenidas durante la intervención y lograr así una mejor calidad de vida.

Corporeidad

Existe una combinación de intereses personales, de futuro profesional y de necesidad de profundización teórica que llevan a elegir dicho eje.

En primer lugar, se entiende que es un concepto de suma importancia para la disciplina, puesto que toda intervención, sea preventiva o terapéutica, dirigida a niños o adultos, se da desde y a partir del cuerpo y sus manifestaciones. Por ende, profundizar sobre este concepto será imprescindible para llevar adelante un rol profesional adecuado.

Por otro lado, a lo largo de la formación, el término abordado ha sido principalmente el de cuerpo enfatizando en el proceso de su constructividad durante los primeros años de vida. A su vez, si bien muchos autores toman a la cultura en consideración para pensar el cuerpo, se entiende que la mayoría de constructos teóricos hacen principalmente hincapié en la influencia que ésta tiene sobre la infancia. Por tanto, el concepto no parecería ser lo suficientemente abarcativo, ya que se estaría dejando prácticamente por fuera la incidencia de influencias socioculturales referidas a las trayectorias de vida en otras etapas del ciclo vital, tales como adolescencia, adultez, vejez. Considerando esto, interesa conocer la influencia cultural sobre la particular integración de las diferentes dimensiones que hacen a la construcción de la corporeidad y de la identidad en dichas etapas, y sus consecuencias.

Es entonces que la profundización sobre el concepto corporeidad me resultará sumamente enriquecedora, pues el hecho de que guarde una estrecha relación con aspectos socioculturales, me permitirá tanto reforzar conocimientos previos del proceso de constructividad corporal, como comenzar a comprender el funcionamiento, la funcionalidad y los determinantes tanto personales como sociales en los sujetos que se encuentran atravesando la adultez y la vejez.

Benjumea (2010), entiende la corporeidad como la conciencia que se tiene de uno mismo como sujeto, a partir de la cual se da la integración de cada una de sus dimensiones, dentro de las que destaca: motora, cognitiva, social, afectiva, psíquica y espiritual. Todas ellas conforman una única unidad que se cimienta en el cuerpo y en su toma de conciencia como centro de relacionamiento con el medio y con los otros.

En palabras de la autora, la corporeidad *es cuerpo y más que cuerpo*. Es cuerpo, en la medida que el mismo es tangible y requiere de condiciones de existencia témporo-espaciales, y es más que cuerpo en tanto posee una constitución personal, en la que el peso de la cultura desarrolla y modifica dichas condiciones de existencia. Siguiendo por la misma línea, Hurtado (2008) explica que la corporeidad se encuentra inscripta dentro de la condición humana, pues, 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. Esto implica necesariamente retomar la tríada cuerpo-sujeto-cultura, que no es más que el reconocimiento de la condición humana. En palabras de Savater (citado en Hurtado, 2008), “no es suficiente nacer para la humanidad” (p. 120), la persona se conforma como tal gracias a la relación con los demás generando procesos de mediación cultural que permiten la creación de la condición humana.

Águila y López (2019), también plantean que la corporeidad es un fenómeno histórico, social y cultural, puesto que la noción de cuerpo que posee cada uno se encuentra atravesada por la realidad social en la que vive, influenciada por un tiempo y espacio. Denis (citado en Águila y López, 2019) plantea “somos un cuerpo tatuado, influenciado por cierta cultura somática dominante que varía en función de marcadores sociales como la clase social, el género, la etnia o el país, así como por las propias experiencias personales” (p. 414). En este sentido Bourdieu (citado en Águila y López, 2019) denomina *habitus* a lo social inscripto en el cuerpo y explica que refiere al conjunto de predisposiciones que influyen o condicionan la forma de sentir, percibir, pensar y actuar de un modo determinado. De allí que en toda cultura se da un proceso de homogeneización. En relación a ello, según Barbero (citado en Águila y López, 2019) dicha homogeneización y la universalidad de los patrones corporales no son casuales ni azarosas.

A partir de estos planteos, es necesario profundizar en la incidencia sociocultural en la construcción de la corporeidad. Pero primero, es imprescindible definir el concepto de *cultura* para poder comprender cuál es su efecto en dicha construcción. Tylor (citado en Marrero, 1988) plantea que “la cultura es un todo complejo que incluye los conocimientos, las creencias, el arte, la moral, las leyes, las costumbres y otras capacidades adquiridas por el hombre como miembro de la sociedad” (p. 93). Marrero (1988) indica que es un conjunto de conocimientos que permiten interpretar y dotar de sentido al mundo; valores inherentes a cada sociedad que señalan lo que es o no deseable, oficiando como lineamientos para el establecimiento de normas y pautas de conducta.

Respecto a la *influencia cultural*, Le Breton (2002) expresa:

Las representaciones sociales le asignan al cuerpo una posición determinada dentro del simbolismo general de la sociedad. Sirven para nombrar las diferentes partes que lo componen y las funciones que cumplen, hacen explícitas sus relaciones, penetran el interior visible del cuerpo para depositar allí imágenes precisas. Este saber aplicado al cuerpo es, en primer término, cultural (p. 13).

Ahora bien, Tylor (citado en Zárate, 2015) y su postura sobre la *identidad*, permite visualizar cómo es que la cultura incide sobre la construcción de la corporeidad. Este autor concibe a la identidad como la narración que las personas hacen de lo que son y de quienes son a partir del relacionamiento con los otros y del contexto en el que cada uno está inserto. Por tanto, es una construcción social que se da en función de los vínculos afectivos, sociales y políticos. Plantea a su vez, que el lenguaje es un elemento fundamental en la construcción de la identidad, ya que la interpretación que una persona o grupo se hace de sí mismo, no podría ser tal sin la inteligibilidad que dota el lenguaje a través de diferentes formas de expresión.

Es así innegable 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). De este modo, la autointerpretación da paso a la identidad, pero lejos de ser un hecho autónomo, se encuentra atravesado por la historia personal, el relacionamiento con los otros y el entorno social. Entonces, resulta evidente que el sujeto “no elige las fuentes de su identidad, sino que la construye a partir de la relación social y política con los otros significantes” (Zárate, 2015, p. 118).

En función de esta idea de corporeidad es posible identificar la semejanza que tiene con la concepción de cuerpo que desde la psicomotricidad se busca transmitir.

Según González (2009) “el cuerpo es en y para la relación con un otro” (p. 14). Es un lugar de una particular integración estructural (neurofisiológica-psíquica) que se lleva a cabo a lo largo de un recorrido histórico donde aquello que es del orden de la especie humana, se significa estructurando a la persona. La autora plantea que el sujeto únicamente sabe de su cuerpo a partir del otro, sin el cual no lograría iniciar el proceso de constructividad corporal. Pues la presencia de ese otro, posibilita el desarrollo neurofisiológico y psicológico. Esta constructividad según plantea la autora, se da de acuerdo a tres fases 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 su medio. El cuerpo del niño y de su cuidador primario se encuentran estrechamente relacionados, y es éste último quien lo dota de sentido y significaciones, organizándolo en cada uno de sus estados. En este período se da el desarrollo de la estructura refleja y la organización tónico-postural, que paulatinamente dan paso a la segunda etapa, la del cuerpo instrumental.

La construcción del *cuerpo instrumental* se lleva a cabo mediante las leyes de maduración del sistema nervioso que alejan al niño del acto reflejo permitiendo el ejercicio de la intencionalidad. Es entonces que el cuerpo deviene instrumento para la exploración y la

conquista del espacio, para el relacionamiento con los demás y su medio, posibilitando a su vez el descubrimiento y afirmación de un sí mismo distinto al otro a medida que se separa del cuerpo del adulto. Poco a poco, el niño transiciona de la intención a la representación, iniciando así la última etapa de la constructividad corporal.

Durante el *cuerpo cognitivo*, las acciones del niño son mediatizadas por el acceso a la simbolización y representación. En esta fase, existe una percepción previa que permite orientar la acción a realizar, por lo que además de una intencionalidad, también se suma la posibilidad de llegar a una anticipación y una representación mental de los movimientos dirigidos a la acción deseada.

Otra autora de gran relevancia es Cal (2008) quien expone “no podemos referirnos a la cuestión del cuerpo sin preguntarnos por el quien de este cuerpo” (p. 15). Al igual que González (2009), hace hincapié en la importancia que tiene el intercambio con el otro para la conformación del cuerpo, enfatizando en ese otro significativo como portador y transmisor de cultura en la que está inscripto, por medio de prácticas de crianza, organización familiar, educación.

La autora plantea que existe un pasaje de *ser un cuerpo a tener un cuerpo*, en el cual el lenguaje constituye un rol fundamental, ya que es a partir de este que el otro comienza a atribuirle un valor significativo a las producciones del niño y a otorgarle un sentido, dando acceso a la dimensión simbólica, la cual permite a partir de vivencias de un cuerpo experiencial, aunarlas y así acceder a una representación mental y apropiación del cuerpo.

En la misma línea, Levin (1991), propone el *decir corporal* de un sujeto y con ello hace referencia a la inscripción corporal en el lenguaje. El autor entiende que el cuerpo es del orden de lo imaginario, por tanto, “necesita de otro que inscriba un decir en el cuerpo, que lo torne imagen del cuerpo, que lo metaforice en su “toque” significativo” (p. 44)

A partir de lo expuesto, como subejos a desarrollar surgen: influencia sociocultural en el proceso de constructividad corporal; el lugar del cuerpo del sujeto con patología psiquiátrica según los discursos hegemónicos; qué condiciones posibilitan que el sujeto encuentre variedades de significación en relación a sus producciones de modo que lo habilite a situarse por fuera de los aspectos sintomáticos.

Alianza terapéutica

La elección del presente eje se debe a que se entiende que el establecimiento de la alianza terapéutica constituye un elemento imprescindible en el ejercicio del rol profesional, y por ello considero necesario fortalecer conceptualmente dicho constructo.

Es de pleno conocimiento que nuestra disciplina se aleja completamente de posturas mecanicistas o paternalistas en la cual el paciente es relegado a una posición pasiva, pues ello no corresponde con el carácter humanizador que se busca desarrollar en la intervención psicomotriz. Desde esta mirada, necesariamente se debe considerar al otro como protagonista de su proceso.

Se entiende que la especificidad del abordaje psicomotriz está en la visión holística del individuo, considerando al sujeto en todas sus dimensiones. Esto supone la posibilidad de ser mirado en su singularidad, por lo que siempre se busca trabajar a partir de lo que la persona es, procurando no caer en intervenciones homogeneizantes e impersonales, brindando herramientas que le permitan ser agente activo de su propio proceso. Considerando esto, se hace hincapié en la importancia tanto de factores propios del usuario, como del terapeuta, y del relacionamiento que existe entre ambos como condiciones de la alianza terapéutica.

El cómo ejercer la profesión de forma competente y ética, es un cuestionamiento constante que me he planteado a menudo. Es entonces que la profundización y apropiación teórica de este concepto será sumamente enriquecedora para permitirme reflexionar sobre las competencias del rol que interpelan la construcción de la alianza terapéutica, lo que colaborará con la formación de un posicionamiento clínico ajustado.

Se puede decir que no existe un concepto único y universal de alianza terapéutica, sino que el mismo ha sido definido por diferentes autores en relación con sus propias necesidades, por lo que en el presente eje se realizará un breve recorrido por los mismos. A su vez, si bien tiene una influencia marcada desde la psicoterapia, se entiende que comparte muchas características que hacen al establecimiento del proceso terapéutico en psicomotricidad.

Bordin (citado en Andrade, 2005) plantea que son tres los *componentes principales* de la alianza terapéutica. Por un lado, lazos o vínculos interpersonales positivos entre paciente y terapeuta, cuya calidad determina la confianza y aceptación mutua. Por otro, el acuerdo entre ambos respecto a los objetivos de la terapia, es decir, el mutuo consentimiento acerca de qué es lo que se pretende lograr con la intervención. Por último, el acuerdo acerca de los medios y conductas adecuadas para alcanzar los objetivos propuestos.

Zetzel (citado 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 (citado en Corbella y Botella, 2003) indica que la constitución de dicha alianza se desarrolla en dos fases. La primera, llamada *alianza de tipo I*, se da sobre todo al inicio de la intervención y se vincula con la percepción que el paciente tiene del terapeuta como una figura de apoyo y ayuda en el marco de una relación cálida y afectuosa. En tanto la *alianza de tipo II*, se da en fases más avanzadas de la intervención e implica el compromiso y responsabilidad del paciente para trabajar de forma conjunta con el terapeuta en lo que refiere al propio proceso.

Andrade (2005) señala que la relación terapéutica no se contempla como un proceso separado o independiente, sino como una “asociación caracterizada por una activa colaboración” (p. 14). En ese sentido, Horvath (citado en Andrade, 2005), plantea que el propio hecho de alcanzar un acuerdo con el paciente en cuanto a la mutua colaboración, constituye un aspecto central en el desarrollo, tanto de una alianza terapéutica positiva como del deseado cambio.

Respecto al *carácter compartido* de la alianza terapéutica, Corbella y Botella (2003) explican que es una construcción que realizan usuario y terapeuta a la par sobre la base de la relación interpersonal entre sí, 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 (citado en Andrade, 2005) indican que la colaboración y el acuerdo que ha de existir entre el paciente y el terapeuta es la característica más relevante de la alianza terapéutica. Expresan que dicha alianza refiere a la calidad y a la fortaleza de esta relación, la cual incluye: un vínculo afectivo positivo entre ambos, elementos de carácter cognitivo que implican el acuerdo acerca de las metas a conseguir y los medios para alcanzarlas, aspectos conscientes e inconscientes, y elementos procedentes de relaciones pasadas, tanto por parte del paciente como del terapeuta. Se entiende entonces que la relación terapéutica no es estática, sino que es una negociación en constante cambio, una co-construcción entre usuario y terapeuta que incluso puede llegar a sufrir rupturas.

De acuerdo con ello, Andrade (2005) señala la existencia de un conjunto de *variables moderadoras* que pueden incidir en las particularidades de la alianza terapéutica, entre las cuales destaca las siguientes. Por un lado, las propias del paciente, como severidad del cuadro clínico o tipo de trastorno. Por otro, las propias del terapeuta, dentro de las cuales se pueden encontrar habilidades interpersonales y de comunicación, empatía, calidez, experiencia y

formación. Así como también, variables de la interacción, es decir, la forma en que paciente y terapeuta se complementan e integran en la intervención.

Desde una visión psicomotriz, Serrabona (2016) muestra puntos de concordancia con lo expuesto. El autor expresa que tanto el trabajo educativo como terapéutico se fundamenta, antes que nada, en la vinculación establecida entre paciente y terapeuta, que se convierte en la base que se cimienta el tratamiento. Se espera que la alianza sea positiva y que esté centrada en sentimientos de confianza, seguridad, contención y reconocimiento. En ese sentido, plantea que “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).

Es así que resulta fundamental que el abordaje en cualquiera de sus modalidades, se lleve adelante como acompañamiento por lo que se entiende imprescindible brindar al usuario herramientas que le permitan llegar a ser agente activo en la transformación de su realidad. Para comprender esto, resulta útil el planteo del autor acerca de los diferentes lugares en los que se posiciona el psicomotricista durante la intervención. En un primer momento, se sitúa detrás del usuario, para poder conocerlo y comprenderlo; en esta instancia, la capacidad de escucha se vuelve un recurso sumamente valioso para ajustarse en la respuesta. Luego, se posiciona al lado del usuario, para poder intercambiar juntos propuestas. Por último, se coloca delante de él, con el fin de propiciar cambios y realizar una preparación para la separación que conlleva la mejoría en este ámbito.

De manera semejante, Campagne (2014) se aleja de las concepciones tradicionales que entendían la alianza como responsabilidad del terapeuta y plantea: “Los “magos” con poderes especiales curativos son los clientes. Los terapeutas organizamos el escenario y servimos de asistentes que aportan las condiciones bajo las cuales la magia puede funcionar. Ayudamos a movilizar, canalizar y enfocar la magia del cliente” (p. 84).

Según plantea Serrabona (2016) desde la disciplina se busca un *intercambio real*, por lo cual, se espera que psicomotricista y usuario establezcan un diálogo en el que se reconozcan como diferentes pero de alguna manera complementarios. Así, ambos se relacionan con el otro desde lo que son, pero además desde los roles que ocupan en la relación que establecen. En tal sentido, dada la formación previa del psicomotricista, dicha alianza se sustenta en su sistema de actitudes y acción.

Las actitudes son para nosotros un elemento clave en el quehacer terapéutico. Camps (2005) entiende por *actitud* a la “disposición relativamente estable a reaccionar con una tonalidad afectiva, una expresividad o una conducta característica” (p.125). Plantea como actitudes centrales a la capacidad de escucha, la disponibilidad y la contención. El autor

plantea que son condiciones básicas para que se de un auténtico proceso de terapia. Esto requiere por parte del profesional, ser capaz de interiorizar dichas actitudes para ir al encuentro con el otro de la manera más auténtica posible.

Pero el desarrollo de estas, implica para Camps (2009) un trabajo personal sobre sí mismo, de forma de poder reconocer y comprender las resonancias tónico emocionales y las resistencias que la intervención genera en uno. Pues, el psicomotricista también se ve transformado y se moviliza su historia, por ello debe de estar atento a las manifestaciones de la transferencia del paciente sobre él, pero también, de él sobre el paciente, para no proyectar aspectos propios durante el trabajo. En otras palabras, implica un intenso trabajo reflexivo y autocrítico del accionar.

Por otra parte, considerando que desde la especificidad del rol se toman aportes de la psicología humanista de Rogers, fundamentalmente en lo que refiere al modo de relacionarse con el otro, resulta interesante destacar las palabras del autor en cuanto a ciertos determinantes para el logro de vínculo terapéutico:

La eficacia del terapeuta aumenta si: a) es auténtico, integrado y real en la relación; b) acepta al cliente como persona independiente e individual y admite cada uno de sus aspectos fluctuantes a medida que éste los expresa y c) su comprensión sensible y empática le permite ver el mundo a través de los ojos del cliente (Rogers, 1992, p. 198).

En función de lo planteado, como posibles subejos a desarrollar surgen:

priorización de aquellas acciones del psicomotricista que posibilitan el establecimiento de la alianza terapéutica en la intervención; el impacto de la severidad de los síntomas del paciente en la construcción del vínculo; cómo pensar la compatibilidad entre la existencia de un diagnóstico en relación a contemplar y favorecer los procesos singulares del paciente.

Resiliencia

Mi interés en abordar dicho constructo se ha unido al hecho de que no existe una visión clara del estudio de la resiliencia desde nuestra disciplina en lo que hace a procesos promotores de la resiliencia, y entiendo que resulta vital para mi ejercicio del rol dimensionar el lugar que puede adquirir para promover o no dicho potencial en cualquier etapa del ciclo vital.

Hablar de resiliencia implica hacer referencia a potenciales de salud, y si nos preguntamos sobre los factores que pueden favorecer estos potenciales, no es posible dejar de lado la interrelación del sujeto con su entorno. Desde esta perspectiva, un factor clave de la resiliencia, es que ésta se constituye en el marco de una relación con otro ser humano.

Teniendo en cuenta esto, es necesario destacar el lugar que ocupa el establecimiento de un vínculo con el paciente en el proceso de intervención. Un vínculo que parte de una consideración positiva del otro, buscando redescubrir las fortalezas que tiene para hacer frente a la situación que atraviesa. Pero además de visualizar los atributos, rasgos o recursos del usuario, se torna necesario conocer las dinámicas entre los factores emocionales, cognitivos y socioculturales que permiten desarrollar respuestas resilientes, así como las circunstancias en función de las cuales se han producido.

Es por lo antes dicho que considero que me será enriquecedor realizar una profundización teórica sobre este concepto. Pues otorga un valor reflexivo y crítico a la hora de enfrentarme al paciente y su historia, tanto para evaluar aspectos que intervienen en la superación de determinada circunstancia, como para problematizar diferentes situaciones, entendiendo que los recursos resilientes juegan un papel fundamental en la instauración o no de una problemática. Esta forma de pensar y comprender al paciente, colaborará con la formación de mi posicionamiento clínico.

Cabe destacar que actualmente no existe en la literatura científica una definición consensuada acerca del término resiliencia, pues él mismo ha sido fruto de múltiples modelos y teorías provenientes de distintas disciplinas a lo largo de las últimas décadas. De acuerdo con ello, se intentará desarrollar de forma lógica dicho constructo contemplando sus principales características e identificar los puntos de contacto que este tiene con la psicomotricidad.

Moreno (2011) entiende la resiliencia como un proceso que se centra en la capacidad de seguir adelante, superar y comprender situaciones traumáticas, conflictivas y estresantes. De manera semejante, para Becoña (2006) implica la posibilidad de superación y

transformación ante la adversidad. En la misma línea, Grotberg (2006) define a la resiliencia como la forma de hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformados por estas. Otro autor de relevancia es Vanistendael (2002), quien explica:

Ser resiliente no significa recuperarse en el sentido de la palabra, sino crecer hacia algo nuevo. Volver a un estado inicial ahora es imposible, más bien hay que saltar adelante, abrir puertas, sin negar el pasado doloroso, pero superándolos. Así pues, la resiliencia lleva a una metamorfosis del individuo (p. 10).

Partiendo de estas constantes y condiciones, dos aspectos son básicos en la comprensión del concepto: el primero se refiere a la exposición a la adversidad, y el segundo, a la superación. En este sentido, asociados a la propia construcción de resiliencia, están los *factores de riesgo* y *factores de protección*. De acuerdo con la conceptualización de Rutter (1999) los primeros son condiciones cuya presencia amenaza a la persona en su integridad física, psíquica, emocional y social, en tanto los segundos actúan reduciendo los efectos negativos de la exposición a los riesgos permitiendo desarrollar respuestas adaptativas. Se entiende entonces que las conductas resilientes requieren de la presencia e interacción dinámica de estos mecanismos. En palabras de Manciaux (2003) “la resiliencia no significa ni falta de riesgo ni protección total” (p. 23).

Grotberg (2006) identificó *factores resilientes* y los organizó en cuatro categorías: "yo tengo", "yo soy", "yo estoy" y "yo puedo".

Yo tengo: personas del entorno en quienes confío y que me quieren incondicionalmente, personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas, personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder, personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo, personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender. Yo soy: una persona por la que otros sienten aprecio y cariño, feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto, respetuoso de mí mismo y del prójimo. Yo estoy: dispuesto a responsabilizarme de mis actos, seguro de que todo saldrá bien. Yo puedo: hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan, buscar la manera de resolver los problemas, controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien, buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar, encontrar alguien que me ayude cuando lo necesito (p.22).

Según Melillo y Suárez (2002), los sujetos resilientes poseen determinadas características, a las que denominaron *pilares de resiliencia*, y son las que permiten especificar su subjetividad. Estos son: autoestima, introspección, independencia, capacidad de relacionarse, iniciativa, humor, creatividad, moralidad.

La autoestima, como la base de todos los demás pilares, fruto del cuidado afectivo por un adulto significativo capaz de dar una respuesta sensible. Está ligada al amor que recibe el sujeto y que va produciendo un yo seguro y consistente. La introspección, es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta a partir de diferentes situaciones problema. La independencia consiste en saber fijar límites en situaciones adversas, producto de poseer un ajustado principio de realidad para juzgar esa situación. La capacidad de relacionarse es la habilidad para establecer lazos vinculares con otras personas; colabora en la sanación de heridas de otros vínculos negativos transitados. La iniciativa otorga la posibilidad de plantearse nuevas metas y desafíos. El humor es un recurso que permite desdramatizar las propias situaciones desfavorables. La creatividad comienza a desarrollarse a partir del juego en la infancia y cimienta las bases del desarrollo cognitivo. La moral implica extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes, tener sentido de valores y otorgar un lugar legítimo al otro.

Es importante señalar que para todo tipo de experiencias adversas existe una inmensa variabilidad en la forma en que las personas responden, ello se debe a que los individuos no son iguales ante el riesgo: son vulnerables en distinto grado. A su vez, dichas situaciones nunca son estáticas y de esta manera requieren cambios en las conductas resilientes. Tal como plantea la Organización Panamericana de la Salud (2006) “esta capacidad es permanentemente fluctuante en relación con las circunstancias que se van viviendo y trata de lograr un equilibrio entre los factores de riesgo y los elementos protectores” (p. 2)

Aguiar y Acle (2012) plantean que el término resiliencia debe de ser comprendido desde una perspectiva interactiva, pues se trata de una capacidad individual que puede ser desarrollada o promovida de acuerdo con el proceso de interacción que la persona establece con su entorno, dando como resultado la superación de situaciones traumáticas. En la misma línea, Manciaux (2003) indica que la resiliencia es fruto de la interacción entre el propio individuo y su entorno, entre las huellas de sus vivencias anteriores y el contexto del momento en materia política, económica, social y humana. No se puede ser resiliente uno solo, pues la resiliencia se construye en interacción con el medio. En función de ello, se entiende que la capacidad de una persona para desarrollar conductas resilientes se encuentra atravesada por la realidad social en la que se halla inserta, donde el peso de la cultura es determinante.

De acuerdo a estos planteos, se destaca la importancia de la relación con el otro como factor clave. En ese sentido, Cyrulnik (1989) plantea la existencia de un *tutor de resiliencia*. Rubio y Puig (2015) toman la concepción del autor e indican que se trata de un otro que

funciona como sostén protector y acompaña de manera incondicional a quien se enfrenta a una situación traumática; de tal forma que su simple presencia, provoca una auténtica reconstrucción. Este otro significativo, colabora para propiciar o corregir un desarrollo mediante una interacción que se construye como una trama productora de nuevas subjetividades. Es en este punto donde se presenta con claridad el desarrollo resiliente y su construcción en el establecimiento de un vínculo con otro.

Según los autores, la importancia no radica en cómo se trata al otro, sino en la resignificación que el tutor le otorga a ese trato. Se produce entonces un lazo de confianza, un estímulo que permite que ese sujeto se desarrolle en otra dimensión. Ese encuentro le da la oportunidad de verse a sí mismo como un ser completo, capaz y digno. Este lazo ayuda a que se desarrolle en el individuo un potencial que hasta ese momento no había sido valorado o que no había tenido oportunidad de desarrollarse, y permite así crear otra identidad. En muchas ocasiones, el tutor aparece inmerso y electo de manera no consciente frente a una adversidad, favoreciendo la resolución de un proceso de resiliencia.

A su vez, entienden que para ser un verdadero tutor de resiliencia es imprescindible la creencia fundamental en la potencialidad del otro, la firme convicción de que cualquier persona tiene la capacidad para enfrentarse a la adversidad y vivir un proceso de resiliencia. Pero, llegar a este planteamiento requiere un cambio de mirada, una revisión profunda de nuestras convicciones. Se trata de apoyar a la persona sin imponer ideas preconcebidas, sino respetando su individualidad.

Desde nuestro campo disciplinar, Moreno (2012) plantea que para el psicomotricista, establecer una relación vincular es un aspecto que exige responsabilidad y equilibrio emocional, ya que será un referente para aquel que está en proceso de desarrollo y que necesita tener estímulos para la construcción de sus aspectos resilientes. De acuerdo con esta perspectiva, el psicomotricista también puede asumir la función de tutor de resiliencia en la medida en que ayuda, estimula, fortalece y asegura el proceso de crecimiento personal del individuo dentro del espacio psicomotor. Esto implicaría por parte del profesional una predisposición a comprender al otro y su realidad, aceptándolo sin condicionamientos.

De acuerdo a lo expuesto surgen como subejos de análisis de este concepto: la importancia de la capacidad lúdica vinculada a la ontogénesis del hombre como factor promotor de la resiliencia; qué posicionamiento podría constituir la psicomotricidad ante la necesidad de historizar y contextualizar la función y el funcionamiento del paciente, para actuar en función del particular estilo psicomotor.

Análisis

Análisis 1: Profundización en Intervención Psicomotriz Preventiva y Educativa

- **Asignatura:** Profundización en Intervención Psicomotriz Preventiva y Educativa
- **Docente:** María Jesús Huguet
- **Título:** Observación de Parámetros Psicomotrices
- **Fecha:** Octubre de 2019
- **Modalidad:** Individual
- **Objetivos:** El trabajo tenía como fin dar cuenta de la observación de un niño de iniciales B.G de 14 meses edad cronológica que asistía al Centro Educativo “Scuola Italiana di Montevideo”, a partir de una guía de parámetros.
- **Contenidos:** Se presenta una descripción detallada de cuatro dimensiones correspondientes a los parámetros psicomotores: aspectos posturo-motrices, posibilidades comunicativas, interacción social, aspectos cognitivos y lúdicos.
- **Enfoque del análisis:** Se reflexionará de forma crítica la posición que ha sido adoptada al observar al niño en cuestión y al lugar en que el cuerpo de éste ha sido ubicado al restringir dicha instancia en una perspectiva meramente descriptiva. A su vez, se destacará la relevancia del sistema de actitudes del psicomotricista como elementos que permiten aproximarse a la comprensión de la expresividad motriz del niño.
- **Eje teórico jerarquizado:** Corporeidad. Alianza terapéutica

La *observación* puede ser entendida según García (2000) como “una competencia para captar y dar significado a la acción del niño” (p. 11). La autora plantea que esta construcción de significados, se da a partir de un modelo interno o marco de referencia que actúa como filtro interpretativo “gracias al cual daremos sentido a los acontecimientos” (p. 10). Señala que la observación es objetiva dentro del marco que uno se fija, y la interpretación toma valor de acuerdo a ese marco. En ese sentido, entiende que lo relativo es el marco y no los resultados. En la misma línea, Calmels (1997) plantea que se observa a partir de conceptos preestablecidos, y como nunca están todos los conceptos que den respuesta a las preguntas, se observa también desde la autointerrogación, sin una respuesta inmediata. Al decir de Levin (1991) se apunta a darle al gesto una significación en sí mismo, adquiriendo entonces una dimensión fundante la expresión corporal. En definitiva, es el otro

el que analiza e interpreta en ese gesto *un decir* transformándolo en un significante que allí *dice*, “articulándose en una cadena simbólica” (p. 98). Esta concepción remite al cuerpo como construcción en relación a un otro significativo, aspecto que será retomado luego.

García (2000) hace referencia a “los acontecimientos”, pero, ¿A qué acontecimientos está haciendo alusión la autora?. Podríamos pensar que se trata de la aproximación a la comprensión de la expresión motriz del sujeto, es decir poder dar un significado a la acción, trascendiendo el acto motor visible. Aquí me surge la siguiente interrogante, ¿Es posible llegar a una interpretación asertiva tan sólo con una descripción de parámetros psicomotrices?

La autora propone tres niveles de observación, teniendo en cuenta que es una construcción de significados a partir de la cual el psicomotricista ajustará su intervención. El primero lo llama *observación inicial*, en el que se describen las secuencias interactivas que ocurren en la sesión con el niño. En este nivel se escucharán las primeras resonancias tónico afectivas que produce la interacción en el psicomotricista. Se destaca a la narración como “modo de organizar la experiencia” (p. 12). En palabras de Camps (2005) se trataría de una “observación interactiva con estructura narrativa, encadenando lo que hace el niño con lo que hace el psicomotricista” (p. 148). El segundo nivel refiere al *análisis sistemático de la interacción* y va a organizarse a partir de una serie de parámetros psicomotrices que sirven para comprender la expresividad motriz del niño. Por último, el tercer nivel de observación es la *elaboración del sentido de hipótesis de trabajo* e implica dar cuenta de la relación entre los parámetros observados “a la luz de una teoría explicativa” (p. 14)

A raíz de lo expuesto, es posible pensar que la observación que aquí se propone, se encuentra dentro del segundo nivel planteado por la autora y no alcanza a un nivel más profundo e interpretativo. Esto podría deberse a que dicho trabajo se llevó a cabo en el marco de los primeros acercamientos teórico-prácticos de la formación, donde comenzaba a aprender el cómo hacer al tomar de ejemplo a los docentes, pero sin tener aún del todo claro el por qué y para qué de lo que se realizaba. Es lo que Peña y Ablin (1991) llaman *mimetización del otro en su rol*, donde se imita la exterioridad del acto sin la interioridad que lo sustenta.

Luego del proceso transitado, habiendo logrado interiorizar ciertas competencias necesarias para la construcción del rol, entiendo que realizar únicamente un análisis sistemático de lo observado en el niño, tal como sucedió en este caso, reduciría al cuerpo al orden de lo cuantitativo enfocado pura y exclusivamente en la adquisición o no adquisición de ciertas conductas, quizás, sin tener en cuenta el proceso de construcción que atraviesa el niño, pudiendo ser ello en muchas ocasiones, subyacente a determinadas funciones y

conquistas. Entonces, ¿Qué es lo específico de la mirada del psicomotricista al observar a un niño?. Para aludir a posibles respuestas en torno a dicha pregunta, se parte del concepto de cuerpo que se tiene desde la disciplina como construcción socio-cultural y lugar de expresión de la globalidad del sujeto, por lo que no se hace foco en la función, sino, sobre el funcionamiento y la funcionalidad. Cómo plantea López et al. (2017) “sobre la negociación que el sujeto realiza entre el equipamiento neurobiológico y las posibilidades de apropiarse del mismo y de utilizarlo para adaptarse a la vida cotidiana” (p. 6). Tal como expresa García (citada en Henig y Huguet, 2017)

La especificidad de la mirada y del abordaje psicomotriz, lejos de parcelar al niño en funciones, debería dar cuenta de la complejidad que supone el desarrollo y la realidad de un individuo, buscando una mirada que cohesione al sujeto e intente comprender su forma global de ser-estar-actuar-expresar (p.74)

Es en el marco de esta observación que se considera al cuerpo inscripto en el lenguaje. Como plantea Levin (1991) *el cuerpo es discursivo*, pues es este lenguaje el que va a dar un significado y un sentido a la experiencia corporal, o sea, “lo articula en una cadena discursiva” (p. 61). Siguiendo este planteo, Cal (2008) indica que no es posible pensar el cuerpo de un sujeto sin la presencia de un otro *que dice acerca de* y el lenguaje *que nombra e inscribe en una serie simbólica*. Así, el cuerpo en tanto se construye no asume solamente un carácter expresivo, es básicamente receptáculo de palabras y de significaciones que determinan saberes con los cuales el sujeto se gestiona en su contexto. Hablamos entonces de al decir de la autora, de un *acto psicomotor* que trasciende ampliamente el mero acto motor, en la medida que dice para un otro.

González (2009) entiende que cada niño cuenta en su cuerpo con una lectura del mundo que no sólo necesita aprender a escribirla, sino ser escuchada para poder ser identificada. Es entonces que el sujeto va delineando un decir corporal que se analizará desde dónde es enunciado, hacia dónde, de qué modo, dirigido a quién, para qué, y será esto lo que nos conducirá por el posicionamiento en que se ubica su cuerpo. De esa manera, “de la concepción que tengamos del cuerpo de un sujeto, deviene la ética, la intervención y la posición en la que el terapeuta se ubica frente al paciente” (Levin, 1991, p. 68).

Retomando a García (2000), la autora plantea que “observamos para comprender y así poder situar mejor nuestra intervención” (p. 11). Esta comprensión supone la búsqueda de significados tanto en la acción del niño como en nuestra propia acción. En ese sentido, la observación queda puesta al servicio de la intervención para ser capaces de mejorar nuestra praxis e intervenir lo más asertivamente posible, lo que supone una búsqueda del propio

hacer.

Términos como disponibilidad, contención, empatía, autenticidad, aceptación incondicional, símbolo de ley y seguridad, partenaire simbólico, flexibilidad, autoobservación, constituyen un factor determinante en lo que hace al despliegue del rol profesional, por lo que su interiorización son condición clave para el establecimiento de un vínculo adecuado, ya sea educativo o terapéutico, puesto que cada uno de ellos forma parte de la base sobre el que se sostiene la especificidad de la intervención psicomotriz.

Aquí haré énfasis en la *actitud de escucha empática*, entendiendo que es indispensable para ir al encuentro con el otro. Para Aucouturier et al. (1985), estar a la escucha requiere la capacidad para descentrarse hacia el niño, de forma de poder captar con un máximo de sensibilidad y menor interferencia posible, los significados que refleja su expresividad motriz. Esto implicaría necesariamente lo que Rogers (1974) llama *aceptación positiva incondicional*, en la medida que supone aceptar al otro tal cual es, como individuo valioso independientemente de su condición, conductas o sentimientos. Sassano (2003) señala que es justamente estar abierto al otro sin ponerle condiciones de aceptabilidad. “Es una aceptación genuina del otro como se presenta y es en sí mismo” (p. 29). Esta consideración significa por parte del psicomotricista, prescindir de su referencia interna en términos sociales, teóricos o experienciales, para no juzgar o evaluar. En palabras de Bermejo (2011), “no es otra cosa que renunciar a la proyección de significados e intentar captar la experiencia ajena mirando desde donde mira el otro” (p. 76). Aquí entra en juego el marco de referencia ético por parte del psicomotricista, dejando a un lado los propios valores e ideales “en pos del sujeto de la transferencia” (Levin, 1991, p. 275). Ello supone no caer en conductas paternalistas que lejos de respetar los deseos y decisiones del otro, buscan imponer o dominar.

Así, vemos que escuchar al otro no es suficiente si uno no es capaz de escucharse a sí mismo. Por eso, Sánchez y Llorca (2008) hablan de la *capacidad de mirarse*, como la reflexión sobre la acción, y tomando a Boscaini (1994) expresan “hay una doble mirada, sobre sí y sobre el otro, como actor y espectador atento” (p. 141), es decir, el psicomotricista debe de tener en cuenta no sólo lo que el otro hace, sino lo que él mismo hace durante la intervención, para comprender las resistencias que pueden interferir en el abordaje y así ajustar sus respuestas.

A modo de cierre, retomando las preguntas planteadas previamente, se entiende que desde la psicomotricidad se observa la acción del sujeto contemplando lo que el cuerpo expresa en cada una de sus manifestaciones, para lo cual es necesario un análisis

interpretativo de los parámetros psicomotrices trascendiendo lo puramente visible del sujeto, a partir de nuestro propio marco de referencia e interpretación dado por la especificidad de la disciplina. Esto implica necesariamente concebir al individuo como un ser de globalidad, sin desconocer el contexto socio histórico cultural en que está inmerso. De esta manera, la mirada psicomotriz supone comprender compleja e integralmente las manifestaciones del otro, para poder ir al encuentro con cierta sensibilidad; sensibilidad necesaria para, a partir de una adecuada capacidad de escucha empática por parte del profesional, poder interpretar sus acciones, decodificar una demanda e intervenir en consecuencia.

Análisis 2: Profundización en la Intervención Psicomotriz Terapéutica en la Infancia

- **Asignatura:** Profundización en la Intervención Psicomotriz Terapéutica en la Infancia
- **Docente:** Raquel Ojeda
- **Título:** Proyecto Terapéutico Psicomotor
- **Fecha:** Mayo de 2021
- **Modalidad:** Individual
- **Objetivos:** El trabajo tenía como fin la elaboración de un proyecto terapéutico dirigido a una niña (M.M de 10 años y 6 meses de edad) que asistía desde Junio de 2018 a tratamiento psicomotriz en el marco de la práctica.
- **Contenidos:** Para su realización se divide en diferentes apartados. Se presenta a la niña reuniendo sus datos de identificación, un resumen de los datos relevantes de la historia personal y familiar recogidos, una aproximación al perfil psicomotor, hipótesis diagnóstica y posible sugerencia. Se desarrollan los objetivos en los cuatro ejes de intervención, con sus correspondientes estrategias y el encuadre de trabajo.
- **Enfoque del análisis:** El análisis se centrará en reflexionar sobre la capacidad lúdica como factor promotor de resiliencia en el desarrollo infantil vinculado a las posibles causas y consecuencias cuando ésta se encuentra disminuida, como sucedía en M. Respecto al rol, se plantean aquellas acciones que fueron imprescindibles para promover su deseo de jugar.
- **Eje teórico jerarquizado:** Resiliencia. Alianza terapéutica

Resulta pertinente explicitar ciertas características de la niña para comprender hacia dónde se orienta el análisis. Durante el proceso transitado (agosto a noviembre 2020 y abril a julio 2021) M se mostraba como una niña con intereses restringidos, rigidez en su pensamiento y acción, limitaciones en la espontaneidad, lo que provocaba en muchas ocasiones cierta reticencia al cambio, primando conductas estructuradas y poco flexibles. En instancias de sala, no era de su agrado involucrarse en el juego con sus pares incluso cuando estos la invitaban, por el contrario, optaba por apartarse al otro lado del espacio y desplegar actividades en paralelo durante la sesión. Frecuentemente establecía escenas repetitivas o con poco contenido simbólico, como alinear cada uno de los colchones para probar cual era el más confortable, clasificar prismas y almohadones por tamaño y color, o medir las maderas de construcción en fracciones. Ante sugerencias o propuestas que se le ofrecían, se mostraba

desinteresada o resistente. Dichos aspectos, entre otros, fueron seleccionados como relevantes para la generación del proyecto terapéutico para M.

Tal como sucede con M, aquí me cuestiono: ¿Alinear colchones es jugar, o es no jugar?. Entendiendo al juego como la vía de expresión privilegiada del niño, se cree que lejos de concebir el “no jugar” como algo simplemente categorial, es adecuado pensarlo como un concepto dimensional teniendo en cuenta las consecuencias que podría acarrear en el desarrollo infantil, pero antes, es necesario conocer las posibles causas que podrían responder a dicha problemática.

Un autor de gran prestigio a la hora de pensar el *juego* es Winnicot (1971). Para él, todos los niños tienen la capacidad de jugar, plantea que “lo universal es el juego” (p. 65); lo entiende como un facilitador del crecimiento, por lo que da cuenta del estado de salud del niño. Se basa en la premisa de que todo juego implica una capacidad creadora que necesita espacio y tiempo. Cabría preguntarse aquí, ¿Definir el juego como “universal”, significa que todos los niños juegan sin importar la circunstancia que los atraviesa?.

Blinder et al. (2008), conciben al juego como terapéutico en sí mismo, debido a que “jugando el niño está construyendo su propio aparato psíquico y la relación de este con el mundo exterior” (p. 85). Indican que a medida que el niño juega, va explorando y apropiándose del mundo y de su cuerpo, siendo el juego promotor del desarrollo y de la adquisición de aprendizajes. De esta manera, el niño construye el juego y se construye en el juego. En la misma línea Winnicott (1971) expresa “el juego es por sí mismo una terapia” (p. 75)

Entendiendo al juego como una necesidad indicadora de salud, es posible pensar los efectos que tiene sobre el desarrollo infantil como promotor de resiliencia. En el caso particular de M, potenciar la capacidad lúdica y la creatividad así como promover la socialización con pares, fueron dos objetivos que orientaron la intervención de forma transversal. Estos podrían considerarse como tres de los *pilares de resiliencia* planteados por Melillo y Suárez (2002) y expuestos en el marco teórico: iniciativa, creatividad y capacidad de relacionarse. Por tanto, se podría considerar el juego como estrategia desde el abordaje psicomotriz para favorecer dichos pilares. El trabajo sobre estos muchas veces se vuelven propósitos que orientan el quehacer terapéutico, incluso a veces implícitos, por la variedad de semejanzas que tienen con los aspectos que se promueven desde la práctica psicomotriz. Por ende, se puede entender al juego como factor promotor de la resiliencia.

En concordancia, Rodríguez (2013) indica que por medio del juego, los niños aprenden herramientas resilientes, dado que identifican sus recursos y fortalecen sus

capacidades y posibilidades, lo que conduce de cierta manera a potenciar su desarrollo. Esto significa no sólo que se atenúan los factores de riesgo, sino que se reconocen y potencian los factores resilientes como factores de protección. Fundamentalmente el *yo puedo* como señala Grotberg (2006), pues éste permite situar a las niñas y a los niños como actores responsables y capaces de salir de la adversidad; ya que al tener el poder de actuar, se colocan en una posición en la que pueden impedir, minimizar o superar los efectos del riesgo.

Pero, tomando el caso en cuestión: ¿Qué sucede cuando el desarrollo de la capacidad lúdica se vuelve reiterativo y poco imaginativo a nivel simbólico?.

M comienza terapia psicomotriz en el marco de la práctica en junio de 2018 y continúa al día de hoy. En el transcurso del tiempo, si bien se va apropiando del espacio terapéutico, se muestra, a pesar de sus dificultades en equilibrio y coordinación evidenciadas en su accionar, como una niña con severas dificultades para crear, fantasear y desarrollar escenas lúdicas. ¿Qué nos estaba queriendo decir M, cuando su forma de expresarse por excelencia se veía perjudicada? O quizás, la pregunta más adecuada sería ¿Qué no puede decir con su “no jugar”?.

Waserman (2008) explica que la ausencia de juego se asocia a niños con disminución en su creatividad, lo que repercute también a la hora de pensar soluciones frente a diversos problemas y a la tolerancia a la frustración, debido a que el juego facilita la constancia y paciencia para superar conflictos. A su vez, el no jugar incide en las relaciones sociales y de amistad con grupos de pares. Ello se daba a ver fácilmente en M, pues algunas de los aspectos comportamentales más notorios eran: 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 escaso vínculo con sus pares. Incluso, desde el hogar manifestaban observar las mismas particularidades. Pero, ¿Cómo actuaban sus figuras referentes ante estas cuestiones?, ¿Cuál era el “estilo” familiar de acompañar el proceso de M?.

Winnicott (1971) considera fundamental para el desarrollo de la capacidad lúdica la estimulación del exterior, entiende que para que se dé el juego en el niño, es necesario la mirada, el sostén y el cuidado de un tercero. Es por esto que en su teoría, el apego es otro aspecto imprescindible a la hora de pensar el juego, debido a que para él, el jugar surge en el *espacio potencial* entre la figura materna y el bebé. En referencia a esto, Untoiglich (2015) plantea que el juego comienza a desarrollarse sólo en la medida que el niño siente confianza y sostén frente a su figura materna. Para Waserman (2008), “las dificultades iniciales de contacto se traducirán inevitablemente en dificultades de juego” (p. 45). En ese sentido, el

juego se encuentra sometido a la influencia del entorno y su manifestación depende, en parte, de las figuras de apego. Por lo tanto el no jugar podría denotar posible malestar debido a un ambiente familiar que, lejos de ser facilitador, resulte obstaculizador o conflictivo.

En el caso de M, esto se pudo contrastar durante una entrevista con su madre. La madre comenta que durante los primeros 3 años de la niña atravesó una depresión muy severa debido al estrés que le generaba el ejercicio de la crianza de sus 4 hijas. Como respuesta, ante situaciones que se sentía desbordada cuenta que reaccionaba de forma hostil, apostando a regular las conductas de las niñas a través de la obediencia, utilizando como estrategia el castigo físico antes que el diálogo. Luego de recibir tratamiento, expresa que logra controlar sus ataques de ira para con sus hijas encontrando nuevas maneras de relacionarse y resolver conflictos. Lejos de culpabilizar y juzgar las prácticas de crianza, pero sí a modo de reflexión sobre las mismas, surgen los siguientes planteos.

Se entiende que la violencia por parte de los adultos es altamente dañina para los niños porque afecta directamente el sentimiento de seguridad y de confianza que estos tienen hacia el entorno y sí mismos. Es aún más grave cuando el emisor del daño es uno de sus mayores referentes y lo hace en su propio hogar, lugar que tendría que ser sede de refugio y protección. Ahora bien, la calidad con la que se produzca el lazo afectivo entre el niño y sus figuras parentales, producirá la diferencia entre una y otra forma de apego. Entiendo que si los roles de las figuras de apego se vuelven disfuncionales, se ve perjudicada la capacidad de simbolización. El niño, desde bebé, refleja en su actuar los actos y sentimientos que sus padres o figuras referentes le demuestran. Es gracias a la relación madre-bebé que se habilita la expresividad, por lo tanto si este vínculo se ve limitado o escaso de retribuciones y demostraciones de afecto, también se verá afectado su desarrollo psíquico lúdico. A modo de hipótesis, podríamos pensar que M desarrolló un estilo de *apego desorganizado*, ¿Esto puede haber repercutido en lo que hace hoy a su capacidad de jugar?. Si ese fuera el caso, ¿Desde nuestro rol, hay formas de remediar su realidad?.

Un aspecto clave durante la intervención con M, fue entender que el trabajo no sólo con la niña, sino también con la familia era imprescindible, por lo que el establecimiento de la alianza terapéutica debía realizarse atendiendo a ambos integrantes de la díada. Con la madre puesto que a partir de la función maternante se podría producir una identificación con su hija, clave para lograr acompañar asertivamente su proceso. Con la niña puesto que es agente activo de su propio desarrollo, por lo que es imprescindible respetar sus tiempos e intereses. Así, las intervenciones en el marco de la alianza habrían de considerar los intercambios que se producían en función del vínculo que entre ambas existía y de cómo éste

evolucionaba.

La intervención con su familia apuntaba a la transformación de la visión que tenían sobre M, incorporando una mirada respetuosa a su singularidad. Si bien la familia se caracterizaba por cooperar con la niña al validar sus intereses y deseos y por encontrarse disponibles para ella tanto física como afectivamente, el trabajo del psicomotricista colaboró con la construcción de un saber integral de su hija, donde se entrelazaron el saber particular sobre la niña y el saber técnico de cómo acompañar su proceso. Es así que durante el tiempo transitado con M se trabajó a la vez con la familia, brindando estrategias de intervención que permitieran continuar con este acompañamiento desde el hogar.

En cuanto al trabajo con M, fue fundamental establecer un vínculo que garantice ante todo confianza, seguridad y respeto por su subjetividad como condición para poder llevar adelante la intervención. Si bien ello es transversal a todo abordaje psicomotriz, considerando su trama vincular, fue aún más necesario. Ante todo se jerarquizó una visión positiva de la niña, haciendo eje en las fortalezas que tenía para afrontar su situación, pero sin desconocer sus limitaciones reales. Siendo verdad que ambos aspectos no pueden separarse, también es cierto que un trabajo “en rodeo” es lo que permite ir discerniendo las sucesivas relaciones causas-efecto que se fueron estableciendo en su constitución y según qué manera. Todo esto por medio de una aproximación prudente que permita el tiempo de comprender lo que M en ese momento requería. Es lo que se conoce como *estrategia de rodeo*. Como plantea Aucouturier et al. (1985) una práctica cuya estrategia supone dar un rodeo por “medios que pueden aparecer como una reapropiación sensorio motriz y emocional lejana, necesaria para una dinámica de placer desconocida en el niño y fuente de una nueva apertura al mundo” (p. 32).

A su vez, fue imprescindible ver más allá del juego en sí. Con esto quiero decir, tener en cuenta no solo el contenido del juego que desplegaba, sino también, cuándo, cómo y de qué manera se realizaba el mismo, cuestionando cómo actuaba antes, durante y después; observando con qué frecuencia y a qué jugaba para poder llegar a entender e interpretarlo. Poco a poco se fueron generando oportunidades desde donde trabajar juntas para transformar esas acciones aisladas, monótonas y repetitivas en escenas lúdicas para que en ella se advenga un ser con deseo de jugar.

El proyecto terapéutico ante todo se orientó hacia la posibilidad de M de potenciar su capacidad lúdica y promover la socialización con pares, pues eso favorecería en su proceso la iniciativa por implicarse en situaciones diferentes y generar nuevas experiencias. Fue así que progresivamente comenzó a acceder a juegos sensoriomotores notándose mayor seguridad en

sí misma y, dentro de sus posibilidades, empezó a disfrutar realmente el espacio terapéutico de otra manera, ya que por un lado descubría una nueva vivencia de sí misma a partir del placer que le generaban estas dinámicas, y por otro comenzaba a sentirse “capaz de”. Saltar, dar volteretas, trepar, balancearse y rodar, es decir juegos relacionados con la envoltura corporal constituían el núcleo de su acción. Pasó así de la pasividad a la actividad, y el cambio en su actitud postural y gestualidad denotando placer y disfrute era significativo, así como su disponibilidad a participar de las propuestas del juego de sus pares había cambiado, mostrándose más receptiva.

Análisis 3: Formación Personal por Vía Corporal V

- **Asignatura:** Formación Personal por Vía Corporal V
- **Docente:** Mariana Pais
- **Título:** Planificación de Sala
- **Fecha:** Septiembre de 2020
- **Modalidad:** Grupal
- **Objetivos:** El trabajo tenía como fin una planificación de sesión para las estudiantes del grupo. La temática a desarrollar era a libre elección, debiendo contener únicamente ésta, cierta progresividad e hilo conductor de acuerdo a tres momentos.
- **Contenidos:** Atendiendo a las temáticas surgidas en el grupo se buscó abordar la capacidad de representación, asociada a la posibilidad de ser partenaire simbólico y poder escuchar en el otro lo que tiene para mostrar e intervenir en consecuencia. A su vez, conociendo las características del grupo y atendiendo a los intereses, las actividades lúdicas y de competencia son las que mayor motivación generan, es por eso que se combinaron ambas propuestas: representación y juego.
- **Enfoque del análisis:** Se buscará reflexionar sobre la importancia de la comunicación no verbal como vía de expresión del orden de las manifestaciones corporales. Se plantea también el valor que ocupa como aspecto del rol del psicomotricista en el establecimiento y la calidad del vínculo con el otro.
- **Eje teórico jerarquizado:** Corporeidad. Alianza terapéutica

Teniendo en cuenta el enfoque de análisis, los aportes de Birdwhistell (s/f) son vitales para reflexionar sobre los mediadores de comunicación no verbal. El autor explica que la *comunicación* es un proceso de transferencia de información, que parte desde un emisor y se dirige hacia un receptor, en la búsqueda de comprender algún conocimiento en conjunto. Dentro del proceso de comunicación, se ponen en juego dos factores complementarios que suelen presentarse de forma simultánea: la comunicación verbal, y la no verbal. En otras palabras, la comunicación no verbal no constituye en sí misma un sistema independiente.

Partiendo de la premisa de que la psicomotricidad “es una disciplina de mediación corporal, donde el psicomotricista implica su propio cuerpo en el vínculo con el otro a partir de diversos mediadores corporales de expresión y comunicación” (Cappiello, 2017, p. 72), es que se hará énfasis precisamente en la segunda forma de comunicación y no en ambas como

un todo indisociable. Ahora bien, entendiendo que los procesos de comunicación son, en primer lugar, fruto de experiencias de interrelación y más adelante son interiorizados, de aquí la importancia de contemplar dicha comunicación como una construcción en donde la formación personal por vía corporal es un pilar imprescindible para integrar y apropiarse de ella a partir de la vivencia.

La *comunicación no verbal* según Birdwhistell (s/f) implica elementos de la expresión o lenguaje corporal, que no se encuentran necesariamente mediados por la palabra. Refieren al “cómo” se dice algo, a signos más complejos que el código verbal y con mayor contenido en cuanto a lo que expresamos tanto voluntaria como involuntariamente. En ese sentido, permite obtener un resultado más completo de lo que se transmite, pues los aspectos del lenguaje no verbal le dan la significación afectiva, contextual y hasta de significado al discurso verbal. En efecto, es nuestro cuerpo el que enfatiza o niega lo expresado.

Siguiendo con el autor, dentro de los elementos de la comunicación no verbal, se encuentra la *proxémica*, el *paralenguaje* y la *kinesia*. La primera, refiere al uso del espacio personal y social en el momento de comunicarse, en lo que respecta a dimensiones de proximidad y alejamiento entre los interlocutores durante la interacción. El paralenguaje se relaciona con las características no verbales de la voz, mediadas por elementos que nos distinguen como individuos, a saber: timbre, intensidad, velocidad, tono, campo entonativo, duración silábica y ritmo. La kinesia, por su parte, es la capacidad de comunicar a partir del movimiento corporal y los gestos, tomando en cuenta la expresividad facial, el movimiento ocular y la postura. Acompañan al lenguaje verbal, aportando información acerca de emociones, actitudes o rasgos de personalidad.

Desde una perspectiva psicomotriz, Berruezo (2004), plantea que la psicomotricidad se orienta hacia la *acción corporal*, “hacia los procesos corporales que determinan, en definitiva, el funcionamiento del individuo” (p. 37). Sostiene que el individuo simultáneamente hace, siente, conoce y comunica. Define entonces cuatro dimensiones diferentes a partir de las cuales se puede interpretar cualquier acción, estas son: funcional, emocional, racional y relacional. Será la mirada del psicomotricista la que “leerá” las manifestaciones corporales del sujeto a modo de interpretarlas y otorgarles un valor. El *lenguaje corporal*, es considerado por el autor como el más coherente y cercano a la verdadera intención, puesto que frecuentemente el lenguaje verbal enmascara al lenguaje corporal.

Cada una de las propuestas planteadas en el trabajo (representación de personajes de acuerdo a diferentes estilos de música, improvisación de diálogos interactivos acompañados

de mediadores corporales, historia representada a través del cuerpo, y representación de un gesto gráfico), implicaban en cierta forma poner de manifiesto el lenguaje corporal, en la medida que se buscaba que las estudiantes pudieran involucrarse en situaciones que requerían identificar y utilizar los propios recursos expresivos referidos a la expresividad facial, la mirada, la gestualidad corporal y elementos paralingüísticos, siendo un eje transversal la producción creativa y subjetiva de nuevas estrategias de comunicación para generar representaciones más enriquecidas. Así, habilitar la experiencia vivencial de los diversos mediadores en dichas propuestas, puede que haya servido de insumo para jerarquizar su importancia, de forma tal que se puedan trasladar aspectos de esta experiencia a la comunicación interpersonal en la práctica profesional, canalizando las posibilidades expresivas hacia un lenguaje gestual creativo.

Dada su importancia resulta pertinente abordarlo como aspecto del rol del psicomotricista. En este punto me surgen las siguientes cuestiones: ¿Qué valor tiene a nivel de la propia expresión?, ¿De qué manera puede condicionar el vínculo con el otro?

Entendiendo que el cuerpo del psicomotricista es su principal herramienta de trabajo, en el espacio de encuentro con el otro pone en juego su propia corporeidad, por lo que explorar y desarrollar su capacidad expresiva, comunicativa y lúdica, es al decir de Valsagna (2003) parte del proceso que debe de atravesar durante su formación. Este saber acerca del propio cuerpo, conduce a alcanzar una escucha y mirada sensible, brindando mayores posibilidades para poder comprender al otro y ajustarse a su demanda.

Mila (2018) propone una serie de competencias que la formación personal por vía corporal brinda al estudiante en proceso de construcción del rol, dentro de ellas se destaca la *expresividad psicomotriz*. Toma los aportes de García et al. (citados en Camps y Mila, 2001) quienes la describen como “disponibilidad a nivel corporal que se manifiesta a través del tono, la actitud corporal y los mediadores de comunicación” (p. 65). El autor indica que esta competencia está directamente relacionada con la capacidad y las habilidades que le permiten al psicomotricista interactuar con el otro a través de la mediación corporal. Implica la toma de conciencia de su cuerpo como instrumento de intervención y mediación en el vínculo, ya sea educativo o terapéutico. De esta manera, el profesional deberá realizar un intenso trabajo sobre los mediadores de comunicación, a saber: el tono muscular, la gestualidad, el contacto corporal, la mirada, el lenguaje verbal, el sonido y la voz. Pues, solo así podrá ser capaz adquirir los recursos necesarios para estar disponible y actuar de la forma más adecuada posible durante el trabajo con el otro.

En la misma línea, López (2017) explica que los *mediadores de comunicación no*

verbal utilizados por el psicomotricista de manera adecuada, son clave para sostener una escucha y comprensión de las necesidades y los deseos del otro, base para favorecer el despliegue de su expresividad motriz. En concordancia, Le Breton (2010), considera que “la tonalidad afectiva de una interacción se traduce tanto por los movimientos del cuerpo y del rostro, como por la calidad, duración y dirección de la mirada” (p. 129)

Se podría pensar que dichos mediadores contribuyen a la puesta en práctica de las actitudes que el psicomotricista deberá manifestar durante su intervención psicomotriz, en particular las que Camps (2005) define como capacidad de escucha, disponibilidad y contención. Pues es mediante un adecuado uso y ajuste de los recursos corporales y expresivos a cada población, que las actitudes se desarrollan.

A partir de lo expuesto, se entiende fundamental transitar una formación personal vía corporal, para que, a partir de diferentes vivencias, se pueda integrar, desarrollar y apropiarse el uso de estos mediadores no verbales, en el entendido de que ofician como vehículos portadores y receptores de significados al reflejar el grado de apertura para recibir al usuario en su particular forma de ser y estar con su cuerpo. A su vez, ir al encuentro con el otro, requiere por parte del psicomotricista realizar una lectura del repertorio no verbal del sujeto para decodificar su demanda e intervenir asertivamente. Ambos aspectos son indisolubles puesto que, a partir de un ajustado manejo de estos en el profesional mismo, es que colabora a agudizar la lectura y llegar a comprender las señales no verbales en el otro. En efecto, dichos mediadores pueden ser abordados desde una doble mirada, tanto desde el psicomotricista como del paciente, teniendo en cuenta que son factores muchas veces determinantes de la habilitación o no del vínculo y relación de ayuda.

Análisis 4: Psicopatología Fundamental de Niños y Adolescentes

- **Asignatura:** Psicopatología Fundamental de Niños y Adolescentes
- **Docente:** Enrique Sabaj
- **Título:** Exposición sobre Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos
- **Fecha:** Mayo de 2019
- **Modalidad:** Duplas
- **Objetivos:** El trabajo tenía como fin dar cuenta de una descripción teórica detallada acerca de uno de los ejes teóricos contenidos en el programa curricular. Dicha exposición oral, junto a su profundización teórica entregada por escrito, era valorada como parcial de la asignatura.
- **Contenidos:** Se aborda la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos centrados en la niñez y la adolescencia. Se plantea su definición, sus síntomas y signos, sus criterios diagnósticos, las características asociadas a la patología, la perspectiva histórica del concepto, la prevalencia y pronóstico, su posible etiología y su tratamiento. Se presenta una tentativa de cómo podría llegar a ser nuestra disciplina, una forma de intervención en personas con este trastorno.
- **Enfoque del análisis:** El análisis se orientará a reflexionar acerca de la presencia de la esquizofrenia y el lugar que ocupa en el proceso de constructividad corporal, enfatizando en el otro significativo. A su vez, considerando dicho trastorno desde el discurso médico que aquí se plantea (DSM-V), se pretende pensar qué condiciones desde la disciplina permitirían un redescubrimiento corporal.
- **Eje teórico jerarquizado:** Corporeidad. Resiliencia

Según la American Psychological Association (2014), la esquizofrenia es definida como un trastorno psicótico que se caracteriza por la aparición de *síntomas positivos* (alucinaciones, ideas delirantes, pensamiento o discurso desorganizado, alteración conductual), así como de *síntomas negativos* (apatía, abulia, anhedonia, asociabilidad). De acuerdo con estos criterios, afecta múltiples áreas, de las que se destaca la percepción, el pensamiento, el afecto y la conducta, esto lleva a los pacientes a presentar un deterioro en el funcionamiento escolar, social y familiar.

Es importante señalar aquí, que dicha concepción pone la alteración del cuerpo del sujeto en primer plano a la hora de diagnosticar esquizofrenia: ya sea por la presencia de síntomas positivos que toman como base el cuerpo o por la existencia de síntomas negativos

que aplanan el cuerpo del sujeto hasta llegar a un estado de indiferenciación considerable al punto de abandonar los cuidados básicos para su propia supervivencia. De esta profunda afectación corporal, se justifica la marcada gravedad que los cuadros esquizofrénicos pueden llegar a alcanzar. Sin embargo, la explicación de por qué el cuerpo en los estados esquizofrénicos se ve tan afectado y alcanza cuotas tan elevadas de sufrimiento, parecería no ser lo suficientemente clara. Siguiendo esta línea, si se pone en primer plano el estatuto del cuerpo para conceptualizar la esquizofrenia, entonces deberíamos cuestionarnos acerca de la relación cuerpo-sujeto.

Teniendo en cuenta el enfoque de análisis, resulta clave retomar la noción de *síntoma psicomotor* planteada por Henig (2017), entendido este como un padecimiento del sujeto para ser, estar y hacer con su cuerpo, resultante de posibles vicisitudes en su proceso de construcción corporal, que se manifiesta a nivel del funcionamiento y funcionalidad psicomotriz. De acuerdo con dicha concepción, cabría preguntarse si la presencia de la esquizofrenia, podría corresponderse al orden del síntoma psicomotor.

Considerando que el síntoma psicomotor “es una producción subjetiva y singular (...) que se construye en la relación con los semejantes significativos” (Henig et al., 2017, p. 37). Es interesante aquí volver a lo mencionado en el marco teórico acerca de la constructividad corporal. González (2009) define a la *posición del niño* como “aquel lugar donde el cuerpo ha sido puesto, ubicado a través de acciones concretas, de las imágenes y del lenguaje de sus padres” (p.110). Es en esta posición en donde el cuerpo del niño y sus funciones van construyendo un modo de funcionamiento, que surge entre lo proveniente del equipamiento neurobiológico y “el sentido que en el encuentro con el otro y en la experiencia se inscribe” (p. 110). Es así que el funcionamiento del cuerpo del niño se encuentra sujeto a la acción significativa de jerarquía de sus progenitores. En ese sentido, los síntomas psicomotores ponen en evidencia el particular enlace que establece el sujeto con su propio cuerpo y el otro.

Este es un punto de reflexión que me invita a plantearme las siguientes interrogantes: en el caso de que se constituya la esquizofrenia como un síntoma psicomotor, ¿Cómo se fueron construyendo los primeros vínculos?, ¿Cómo ha interferido dicho trastorno en la exploración y apropiación del cuerpo?, ¿En qué términos habla el sujeto portador de esquizofrenia de sí mismo?.

A su vez, si bien ante todo se busca comprender la posición del cuerpo del sujeto, también es nuestra tarea conocer la posición en que su cuerpo ha sido ubicado a través del discursos de otros que como se ha visto, no es ajeno a él. Al decir de Bergés (citado en Henig y Huguet, 2017), el síntoma cobra sentido en el discurso de quien lo describe. Se da un

acceso a lo simbólico a través del otro, que califica a ese funcionamiento. Por tanto, no se lo puede considerar desvinculado de las expectativas y exigencias de su contexto sociocultural. De acuerdo con ello, me cuestiono: ¿Cómo se ubica la familia frente a la patología orgánica del niño?, ¿En qué posición ubican los cuidadores primarios el cuerpo de este niño portador de esquizofrenia?, ¿Cómo se habla de su cuerpo?.

Al igual que González (2009), Levin (1991) hace hincapié en la importancia de la presencia del otro para la conformación del cuerpo, enfatizando en que no nacemos cuerpo, el mismo debe constituirse a través del lenguaje y serán estas inscripciones las que determinarán al sujeto como tal, es decir, “inscripto por el deseo del otro en el universo simbólico” (p. 43). El autor explica que “la unificación proviene del otro que humaniza las diferentes funciones fisiológicas y corporales del bebé dándoles un sentido posible” (Levin, 2012, p. 23), y es esto lo que le permite al pequeño comenzar a ordenar y diferenciar sus funciones, sus desplazamientos, sus praxias, sus sentidos, su organización tónico-postural. Infiriendo que este proceso se produce en un desarrollo “neurotípico”, ubicamos un cuerpo que obedece al orden de lo “esperado”, ¿Qué pasaría entonces si lo que se presentara es un cuerpo que no se ubica en ese rótulo?.

Vemos que esta historia relacional se manifiesta de cierto modo en las producciones corporales del niño. En el caso particular de la esquizofrenia, Bueno y Muñoz (2020) indican que las manifestaciones de una profunda perturbación de la relación con el cuerpo en esta forma de psicosis son tan variadas como los signos clínicos que la problematizan, pudiendo dividirse en dos categorías. Por un lado, *experiencias de alteración corporal*: se trata de la experiencia certera, no dialectizable e imposible de incidir por medio de la sugestión, de que el cuerpo presenta una alteración, como la convicción de presentar una grave enfermedad, que diferentes partes del cuerpo se encuentran fragmentadas o ubicadas en un lugar que no corresponde, o la percepción de que el cuerpo crece de manera desmedida. Por otro, *experiencias de extrañeza y alienación corporal*, en este caso, la experiencia del cuerpo deviene xenopática: el cuerpo y sus partes no les pertenecen, alguien o algo se adueña de su cuerpo y tiene el poder de operar sobre ellos.

Estos fenómenos convergen en una sola sentencia: el esquizofrénico padece la experiencia irrecusable de que su cuerpo es una alteridad. A raíz de lo planteado, se puede inferir que cualquier obstaculización o fallo referente a la operación simbólica que permite que el cuerpo se pueda constituir en una imagen unificada, conduciría en este caso a que se

presenten las perturbaciones corporales propias de la esquizofrenia. En palabras de Levin (1991)

En la psicosis, al estar ausente el estatuto simbólico, el cuerpo no se instala, no se inscribe como límite al no ser limitado por el otro. El cuerpo no le es presentado, y el niño no lo puede conocer. El otro está ausente en su función. El sujeto no puede apropiarse de su cuerpo. No podrá mirar ni mirarse y así diferenciarse (...) El lenguaje no tatuará el cuerpo, y éste no se transformará en cuerpo simbólico, condición para que surja un sujeto escindido (p. 174).

A continuación, enunciaré algunos aspectos en los que la intervención psicomotriz podría constituirse una modalidad de abordaje, no con el objetivo de arribar cuestiones acabadas, sino con la finalidad de abrir un espacio de reflexión en esta compleja trama que es la psicosis, y en particular, la esquizofrenia infantil. A su vez, pese a que en ocasiones se requiera de nuestra disciplina para operar en casos de este asunto, en el ámbito psicomotor son escasas las bibliografías y la casuística sobre esta temática.

Por lo tanto, comenzaré por plantearme la siguiente interrogante: ¿Cuál es la pertinencia del psicomotricista en la esquizofrenia?, ¿Cómo y para qué se aborda el tratamiento con estos niños?. Estas preguntas me conducen a pensar en una problemática que es central para el campo psicomotor, y lo es también para este tipo de psicosis como ya se ha visto: el cuerpo. Como se planteó previamente, en una estructuración psicótica, la ausencia en lo simbólico delimitaría la imposibilidad de construir una imagen unificada del cuerpo.

Aquí me parece interesante traer las nociones de *esquema e imagen corporal*. Dolto (citado en García, 1999) plantea que el esquema corporal es “una realidad de hecho, en cierto modo es nuestro vivir carnal en el contacto con el mundo físico” (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 concordancia con esto, Levin (1991) indica que el esquema corporal es lo que uno puede decir o representar acerca de su propio cuerpo; es del orden de lo evolutivo y de lo temporal, susceptible de ser medido y comparado. En este sentido la perturbación que causa la esquizofrenia en el sujeto, obstaculiza el uso de su cuerpo tornándose un factor decisivo 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 (citado en García, 1999) la imagen corporal es “la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales (...) memoria inconsciente de todas las vivencias relacionales y al mismo tiempo es actual,

viva, se halla en situación dinámica” (p.87). Levin (1991) señala que se va constituyendo en el devenir de la experiencia subjetiva, por tanto, es singular, propia de cada sujeto, incomparable e inmedible, y en este sentido, torna singular y propio al esquema. Entonces, la imagen corporal que se logre construir a lo largo del desarrollo tendrá relación no solo con su condición de base, que es tan solo un factor de muchos a considerar, sino que dependerá de las múltiples experiencias que conformen su historia, por lo que se torna evidente que el relacionamiento con la familia, sobre todo con el cuidador primario, será clave en este proceso.

Teniendo en cuenta la concepción de dicho trastorno según el DSM-V como mera patología a abordar mediante criterios que ignoran lo que de psico tiene la relación de un sujeto con su cuerpo, me pregunto: ¿El psicomotricista asumiendo la función de *tutor de resiliencia*, podría colaborar con el sujeto en su redescubrimiento corporal?

Tal como señalan Rubio y Puig (2015), devenir tutor, necesariamente implica reconocer a la persona más allá del problema, partiendo de la convicción de que todo ser humano tiene la capacidad de enfrentarse a la adversidad, superarla y reconstruirse. Frente a esta lectura del déficit, se presenta entonces una mirada complementaria, constituyendo un marco de referencia que le permite al sujeto observar sus experiencias desde un abordaje positivo. En función de esta concepción, es posible identificar los puntos de contacto que tiene con el posicionamiento clínico del psicomotricista.

El abordaje psicomotriz terapéutico se constituye en el entrecruzamiento entre una forma de comprender al sujeto y una forma de intervenir. En ese sentido, más allá de que las clasificaciones de enfermedades mentales no sean utilizadas para el diagnóstico en la disciplina, es conveniente estar familiarizados con ellas, pues las alteraciones del desarrollo son parte del saber que nos compete. Sin embargo, eso no significa afianzarse a dicha categorización, pues todo lo contrario. A lo largo de la formación, se ha hecho hincapié en la necesidad trascender el diagnóstico del niño, dando lugar a aquello que lo singulariza al considerar la multifactorialidad que puede estar en la base de su problemática, y por tanto, concebirlo como un ser único. No se trataría, entonces, de delinear una metodología de trabajo según el criterio diagnóstico, se trata de posibilitar la construcción del cuerpo favoreciendo la constitución subjetiva, de pensar el “valor de la integración que adquiere la función en el funcionamiento, en la experiencia” (González, 2009, p. 62).

En la clínica psicomotriz, se intenta dar lugar a un posicionamiento diferente al cuerpo del niño “instalando funciones donde no las hubo, pues lo vivido por el niño es lo que el otro le ha posibilitado vivir” (Levin, 1991, 187). De esta manera, si el terapeuta ocupa ese

lugar de otro significativo, el niño podrá tener un espacio a partir del cual constituir una imagen unificada de su cuerpo. Pero en este encuentro, el psicomotricista debe de posicionarse desde su función de *receptáculo*, tal como plantea Bergés (citado en Henig, 2017) “es en la medida en que es competente para recibir, que el cuerpo del terapeuta es terapéutico” (p.66). Ello le permitirá al niño mostrar cómo está en su cuerpo, poner en escena su funcionamiento psicomotriz. Como plantea González (2006) se trata de que el paciente puede construir su cuerpo a partir de la experiencia del cuerpo.

Así es que el cuerpo del psicomotricista es susceptible de ser utilizado como un motor generador a partir del cual el sujeto en juego pueda demandar, hablar, decir, emitir su voz desde otro lugar. Es decir, el posicionamiento del terapeuta será un lugar donde el niño podrá identificarse, y al decir de Levin (1991) reflejarse en una imagen que al funcionar en el registro simbólico, a la manera de un espejo, podrá devolverle una unidad. Estos cambios en la imagen del cuerpo, podrían manifestarse en modificaciones del esquema corporal.

Es en función de lo expuesto que se considera que el psicomotricista también puede asumir la función de tutor de resiliencia en la medida que coloca el foco en aquello que, si bien está relacionado con la problemática, se manifiesta de forma particular en cada usuario, en función del entrecruzamiento con la historia y el contexto personal, y por tanto, parte de la posibilidad más que de la falta, concibiendo al individuo en su globalidad, habilitando de esa forma redescubrir su cuerpo desde el placer y trascendiendo la visión de cuerpo obstáculo.

Análisis 5: Psicomotricidad Terapéutica con Jóvenes, Adultos y Adultos mayores

- **Asignatura:** Psicomotricidad Terapéutica con Jóvenes, Adultos y Adultos mayores
- **Docente:** Karla Capiello
- **Título:** Saberes del cuerpo
- **Fecha:** Mayo de 2020
- **Modalidad:** Duplas
- **Objetivos:** El mismo tenía por objetivo una integración teórico-práctica y de reflexión crítica de acuerdo a los constructos abordados durante la asignatura sobre el cuerpo y los discursos hegemónicos que subyacen a las prácticas en curso. Dicho trabajo era valorado como parcial de la materia.
- **Contenidos:** El trabajo se organizó en función de dos apartados. Se plantea una descripción de los tres cortes epistemológicos del cuerpo según Levin y se realiza una articulación entre el primero de ellos con el concepto Foucaultiano de “normalización”. A su vez, conforme a la práctica en cuestión, se exponen los discursos predominantes en torno a la vejez y a posteriori, se cuestionan estos desde una mirada psicomotriz.
- **Enfoque del análisis:** Se buscará reflexionar sobre la incidencia de la mirada sociocultural actual en la identidad de las personas mayores, como punto central de respuestas que impactan en su corporeidad. Se hace énfasis en los medios de comunicación, entendiendo que producen gran influencia sobre los sujetos. A su vez, partiendo de la experiencia vivida en la instancia práctica, se explicitará cuál es el valor que puede aportar el psicomotricista en pro de favorecer un reposicionamiento corporal.
- **Eje teórico jerarquizado:** Corporeidad. Alianza terapéutica

Para comenzar, es importante aclarar que al referirme sobre envejecimiento y vejez, hablaré sobre una concepción legitimada a partir de la promoción de una “realidad” social que parte de una determinada idea de “verdad”, desde la cual se producen e instituyen significados que son sostenidos en el imaginario social. Como indica Castoriadis (1997) los sujetos son “fragmentos hablantes y caminantes de una sociedad dada” (p. 3) encarnando las significaciones de la sociedad a la que pertenecen. Es necesario entonces comprender esta etapa como una construcción condicionada por dimensiones contextuales socio-económico-político-culturales, pues, hacer referencia a la vejez en abstracto, sin

considerar el contexto en el que se haya inserto, puede llevar a una imagen estereotipada de la misma, como si se tratara de una entidad con atributos inherentes. Es por esto que se vuelve necesario contextualizar el significado que se le atribuye a la vejez en la sociedad actual.

Le Breton (1995) plantea que “el anciano se desliza lentamente fuera del campo simbólico, deroga los valores centrales de la modernidad: la juventud, la seducción, la vitalidad, el trabajo” (p. 142). Bajo este esquema se comienza a gestar en el imaginario social, una asociación del envejecimiento a un modelo prejuicioso, en donde el sujeto se ve despojado de su ser deseante y de su generatividad autónoma. Al respecto Salvarezza (1993) propone el término *viejismo*, y designa así al “conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad” (p. 23). El autor sostiene que se segrega a la vejez, y paralelamente se perpetúa el desconocimiento de ella. Entonces, la posición del individuo dentro de ese enclausamiento, incidirá en su concepción de la realidad en que está inmerso.

Siendo esta la vivencia desde la perspectiva de la persona que transita la vejez, en torno a su figura se genera una *representación social*. Marzioni y Bolloud (2019) la definen como un conjunto de ideas e imágenes que conforman un constructo subjetivo compartido por varias personas acerca de un fenómeno social y 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.

Así, se han interiorizado unas creencias y valores que conllevan a una infravaloración de la vejez, incluso por las propias personas mayores. Fernández (citado en Colom, 1999) señala que “los papeles sociales como los estereotipos que se manejan en un determinado momento histórico y en una sociedad concreta influyen -o incluso determinan- el autoconcepto, la autoimagen que el viejo tiene de sí mismo” (p. 243). El estereotipo negativo está en íntima relación con las normas sociales que se prescriben a las personas mayores, entonces se puede concebir como un proceso interactivo en qué normas y estereotipos se determinan recíprocamente e influyen en un autoconcepto negativo del propio anciano.

A raíz de lo expuesto me pregunto: ¿Qué significados le atribuyen los viejos a los cambios en su cuerpo, y cómo inciden estos en el proceso de construcción de su identidad?,

¿Cómo influye el contexto social (enfocado en los medios de comunicación) en los viejos, y en la forma de construir su imagen corporal?

Según Iacub (2002) la *cultura* transmite e imparte determinadas expectativas, imágenes y patrones de subjetividad asociados a variantes de edad y género. Estos se constituyen en mandatos que atraviesan al sujeto, pudiendo encontrarse en tensión con sus narrativas singulares. La asunción del mandato cultural, establecido como la única opción válida socialmente, puede acarrear diversos mecanismos de sufrimiento psíquico, exclusión y autoexclusión a nivel social. Es así como el sujeto aparece como construcción y agente social, y en este sentido atravesado por diversas representaciones, debe negociar el reconocimiento de su identidad. Se entiende entonces que cada cultura, genera un imaginario social que se va instalando en los sujetos produciendo un determinado saber y sentir del cuerpo.

Retomando algunas caracterizaciones sobre la vejez en la actualidad, se puede apreciar el lugar que ésta ocupa en la vida social. Le Breton (1995) hace referencia a que el viejo “se desliza lentamente fuera del campo simbólico” (p. 142), al alejarse de los valores dominantes, se vuelven representantes de lo negativo, de lo “reprimido”. A ello se agrega lo que Berriel (2003) plantea sobre el bombardeo de imágenes del *cuerpo a ser deseado* que se busca transmitir actualmente en nuestra cultura: las imágenes hablan sobre un cuerpo joven apropiado a una cultura joven, pero también hablan, por oposición, y a veces sin escrúpulos, sobre cómo es el *cuerpo no deseado*, y allí sí tiene un lugar el cuerpo del viejo. De acuerdo con Maisonneuve y Bruchon (1984), esto supone hacer valer el cuerpo en función de modelos de prestigio entre los cuales el cuerpo del viejo no tiene visibilidad. En este sentido, el aumento de la invisibilidad de la vejez en los medios deja claro el mensaje de que no son un seres socialmente importantes.

Tal como plantean Cáceres y Díaz (2008), los mensajes que se reciben desde los medios de comunicación transmiten una imposibilidad de alcanzar la plena satisfacción del propio cuerpo, obstaculizando la aceptación, el goce y el conocimiento pleno de uno mismo. Sánchez (2000) afirma que los medios de comunicación tienen un potencial extraordinario para influenciar en los conceptos que tienen los individuos acerca de la vejez, dado que proveen un espejo de la sociedad y contribuyen a establecer y validar el comportamiento social, reforzando muchas veces los estereotipos que predominan respecto a la población vieja. Así, “cada individuo se halla cotidianamente frente a un cuerpo de referencia imaginario, idealizado, inaccesible (delgado, joven, musculoso, alto, de piel blanca pero un poco bronceada)” (Maisonneuve y Bruchon, 1984, p. 89) tal que apartarse de este modelo puede llegar a ser fácilmente percibido como una desviación de lo “deseado”.

De lo mencionado anteriormente se desprende la noción de cuerpo estigmatizado, el cual representa valores sociales opuestos a los ideales de belleza, estética, juventud, salud, que existen en el imaginario social actual. Las representaciones negativas en torno a la vejez y al cuerpo viejo, sin duda, pueden repercutir en la subjetividad del viejo. En palabras de Salvarezza (1998) “el envejecimiento es la aparición en lo social de un tipo de cuerpo que rompe la armonía de un ideal estético deseable, recibe el estigma de ser distintos y, por lo tanto, no deseados y/o rechazados” (p. 263). Es claro que no solo se ejerce un control social a partir de la imposición de estos modelos de belleza, sino además, la exposición del cuerpo entendido como desprovisto de la persona, es decir, utilizado como objeto, como adorno. El cuerpo es vivido y pensado como cuerpo para el otro, cada acción que se lleva a cabo pretende la aceptación a partir de la mirada del otro. Es por esto que Le Breton (1995) afirma que “el anciano es objeto de su cuerpo y no un sujeto completo” (p. 143).

Partiendo del estigma antes mencionado pueden generarse *procesos de identificación*, Laplanche y Pontalis, (citado 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 el viejo 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 (citado 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, en el que la persona internaliza los prejuicios negativos y se autopercebe de forma desvalorizada.

La propia experiencia subjetiva del cuerpo estaría fundamentalmente vinculada con tales cánones de belleza y por tanto, con la asignación de un cierto *habitus*. Así, el conjunto de prejuicios y estereotipos respecto a la vejez que muchas veces la asocian a la desviación de lo deseado, condicionan la construcción del sujeto y de su propia identidad. Ello obliga al viejo a ir reformulando la apreciación de sí mismo. Retomando a Marzioni y Bolloud (2017), las autoras plantean que las representaciones sociales sobre los modos de ser y actuar se interiorizan en el sujeto a través del procesamiento subjetivo que realiza cada persona de las expectativas sociales sobre su accionar. En ese sentido, la construcción valorativa, ya sea

positiva o negativa que las personas mayores tengan sobre sí, dependerá de la visión de su cuerpo, su identidad y las habilidades que suponen poseer, lo cual está en íntima relación con las percepciones de sí que reciba de los otros significativos.

En función de lo planteado, surgen las siguientes interrogantes como cuestiones a seguir pensando: ¿Cómo se sienten los viejos frente al lugar que ocupa la vejez en la sociedad?, ¿Cómo influye en los viejos los valores ideales de belleza?

Ahora bien, ¿Cómo podría intervenir nuestra disciplina en pro de favorecer un reposicionamiento corporal?. Resulta pertinente abordar dicha cuestión desde la experiencia vivida en el marco de la práctica, haciendo hincapié en aquellos aspectos que fueron imprescindibles para intervenir con esta población.

Inicialmente situamos los interrogantes alrededor de lo que les ocurría en y desde su cuerpo. Por este camino, observamos que en él, estaban depositados malestar, sufrimiento, dolor, miedos y resistencias. Carentes de imaginación y creación, sin deseos de moverse, jugar, o de hacer siquiera algo con su cuerpo, cansados, abúlicos, se dejaban estar o estaban solos. ¿Qué podíamos ofrecer desde nuestro lugar?.

Los planteos de Levin (1991) resultan enriquecedores para responder a dicha cuestión. El autor indica que para no apartarnos de la singularidad de cada sujeto y no caer en una generalización, se sostiene que no existe una técnica que se pueda extrapolar de un paciente a otro, pues esta modalidad implicaría el desconocimiento del sujeto y quedaría de este modo posicionado como un objeto a tecnificar. Pese a ello, paradójicamente hay una modalidad de intervención para cada sujeto, que se inicia a partir de la especificidad de una demanda. Así, el psicomotricista es introducido por esa historia subjetiva desde donde intervendrá; pero no desde una técnica reglamentada, sino desde ese lugar que se construye en el proceso de ayuda. De cierta manera, esto supone la despatologización del paciente en su acción posibilitadora, fuera de lógicas totalizantes homogeneizadoras. En ese sentido, 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.

Una condición imprescindible y transversal al abordaje psicomotriz con adultos, es el hecho de considerar que el bienestar subjetivo tiene que ver con la valoración que cada individuo realiza de su vida. Esto se encuentra íntimamente relacionado con el autoconcepto que cada sujeto tiene respecto de sí, lo cual constituye una variable decisiva en función de la cual establecerá su propia identidad.

Nuestro quehacer orientado a potenciar los recursos y fortalezas de los usuarios, habilita un espacio para la resignificación de su historia subjetiva, en la medida que propone y posibilita una reconfiguración de las formas habituales de representación, como modo de oponerse a los modelos hegemónicos en la vejez, permitiendo nuevas producciones de subjetividad. De esta manera, si el usuario logra apropiarse de estas nuevas narrativas y entenderlas como una posibilidad para su propia historia, podría darse un cambio en su autoconcepto y por tanto en su identidad, entendiéndose a sí mismo no como aquel viejo merecedor de la exclusión, sino como una persona valiosa en sí misma, con la capacidad de reactualizar su posibilidades y ser actor de su propio proceso de mejoría.

Desde la propia vivencia, otorgar un espacio y un tiempo destinado al libre despliegue de su expresividad motriz, sin el temor de una mirada que juzga, evalúa o critica, permitió un reposicionamiento corporal en los usuarios. Su cuerpo comenzaba a sentir placer al moverse; su acción y movimientos estereotipados empezaban a transformarse en un lugar espontáneo donde sesión tras sesión se iba modificando su gestualidad, la utilización de su cuerpo en el espacio, el vínculo con los demás, el sentido de pertenencia, su motivación y adherencia al tratamiento. En el discurso de muchos usuarios predominaban frases como “estamos viejos para esto”, “no sé si voy a poder con esto”, “yo no sé hacer esto”, pero poco a poco se fue dando una revalorización de sus potencialidades en relación a cómo el cuerpo era percibido, llegando a expresar “puedo, a pesar de”, ya no haciendo foco exclusivamente en la falla.

Perspectivas a futuro

En este apartado se abordará el área de interés para el ejercicio profesional destacando los motivos de su elección y los aportes de la misma en la formación, 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 de aquí en más para desarrollarme en el ámbito de intervención escogido.

Con la mirada puesta en el futuro profesional, considero de gran importancia el abordaje en terapia psicomotriz con adultos y adultos mayores para desempeñarme una vez egresada. El principal motivo de su elección radica en que, me resulta particularmente interesante el hecho de considerar la complejidad que el sujeto supone en esta etapa vital entendiendo que cada persona atraviesa su envejecimiento de manera diferente, y procurar una aproximación a la misma, reconociendo las propias limitaciones que en esta búsqueda emergen, donde la historización y contextualización del sujeto en cuestión demanda una actitud de permanente interrogación que conduce a múltiples modos de abordar la incertidumbre permitiendo descubrir la posibilidad de nuestra praxis.

En este tipo de intervención, se busca favorecer tanto el mantenimiento de las habilidades motrices como el redescubrimiento del cuerpo desde el placer a través del movimiento, procurando garantizar el logro de un mayor nivel autonomía e independencia que le permita al usuario adquirir funcionalidad y adaptabilidad al medio. El ser parte de un proceso en el que se es testigo de cambios favorecedores para una mejor calidad de vida me resulta sumamente valioso y gratificante. Por esto mi especial interés en el aporte que el psicomotricista puede hacer con sujetos que atraviesan esta etapa.

A su vez, la psicomotricidad es una disciplina que habitualmente se asocia a la infancia puesto que en sus inicios se ha enfocado fundamentalmente al trabajo con niños, ello indica que la experiencia relacionada con los adultos es un área de desarrollo profesional poco explorada. Si bien en la actualidad se están promoviendo nuevos campos de intervención dirigidos a todas las etapas del ciclo vital, siendo el trabajo con el adulto y el adulto mayor uno de ellos, las propuestas en el interior del país son relativamente escasas dado el desconocimiento respecto a la gerontopsicomotricidad. De aquí también la importancia de profundizar en dicho ámbito y explorar posibles campos de inserción psicomotriz con esta población, paso previo indispensable para en un futuro poder elaborar e implementar programas de intervención dedicados a adultos mayores en mi ciudad natal.

Respecto a mi formación en relación a esta área, considero que el aporte más significativo fue brindarme una nueva perspectiva sobre el cuerpo, como construcción

subjetiva que se da a lo largo de toda la vida y es atravesada por un otro cuya mirada tiene un efecto fundante sobre ella. Eso me permitió comprender lo que hace esencialmente al posicionamiento terapéutico, donde nos compete situarnos desde el paradigma de la complejidad para lograr acercarnos a la singularidad de cada sujeto, evitando caer en determinismos que no harían más que coartar la reflexión sobre el cuerpo y acabar en intervenciones homogeneizantes.

En ese tipo de abordaje, se hace fundamental el establecimiento de una alianza terapéutica con el usuario para poder sostener el proceso de ayuda, de allí la importancia y elección de profundizar en el eje teórico. Alcanzar este vínculo, implica ante todo considerar al otro como un sujeto “capaz de” y no como alguien “incapaz de”. Desde aquí se parte de una concepción global del individuo centrada especialmente en sus fortalezas pero sin desconocer las condiciones reales, de forma de generar estrategias de intervención pertinentes en consonancia con sus capacidades y necesidades. Colaborar con la obtención de herramientas adaptativas para mejorar su nivel de bienestar es una de mis motivaciones principales para el ejercicio de este rol.

La concepción que el profesional posee del usuario basada en una consideración positiva, supone no enfrentar a la persona directamente con sus dificultades, sino identificar y potenciar aquellos aspectos que le permiten hacer frente a la adversidad. Es por esto que me resultó necesario e interesante profundizar sobre el concepto de resiliencia, entendiendo que parte de nuestra tarea es ofrecer un espacio para el crecimiento personal del individuo, al reasegurarlo en sus posibilidades y orientarlo a ser agente activo de su propio proceso de mejoría a través de herramientas que le permitan afrontar la problemática que atraviesa. Asumir esta posición, me permitirá en el futuro ejercicio profesional ajustarme a la demanda del paciente y realizar intervenciones que incrementen su bienestar donde cuestiones como el autoconcepto, autoestima, autoeficacia y autodeterminación se verían fortalecidas, repercutiendo directamente en una mayor funcionalidad para adaptarse al entorno.

Durante el proceso de formación, la población a la que tuve la oportunidad de acercarme fue la de adultos mayores, y a partir de allí comencé a comprender e interiorizar el peso que los factores sociales, históricos y culturales poseen en la construcción de su corporeidad. Fundamentalmente logré visualizar la incidencia que los estereotipos y prejuicios tenían sobre el propio autoconcepto de los usuarios. Pues no fue difícil notar que a raíz del estigma social, habían internalizado los valores negativos referentes a su condición y se percibían de forma desvalorizada. Eso fue una de las razones principales por la cual consideré necesario la profundización sobre el tema, en el entendido de que es imprescindible

considerar al sujeto como un ser inserto en un contexto sociocultural que lo va a influir desde todo punto de vista, y si bien en la infancia estas cuestiones son también de importancia, en la adultez ello se amplía considerablemente debido a la actual visión negativa sobre esta etapa que desde la sociedad se promueve.

A raíz de visualizar dicho ámbito como un espacio de gran desafío, donde las interrogantes abundan y el aprendizaje constante se torna fundamental, es que encuentro de total necesidad la oportunidad de supervisión a futuro, en el que el aporte de otra mirada colaboraría enriqueciendo de forma integral mi intervención, poniendo en evidencia aspectos que pueden estar condicionando la evolución de los sujetos con los que me encuentro trabajando, y que de otra forma pasarían desapercibidos. También, se encuentra dentro de mi proyecto formar parte de grupos de estudio coordinados por profesionales del área a fin de profundizar en aportes teóricos y discusión de casos a la luz de intercambios con otros colegas. Del mismo modo, me interesa realizar propuestas académicas como especializaciones en dicha área. A la vez, como parte de mi formación aspiro a realizar pasantías en dicho ámbito que puedan enriquecer mi posicionamiento a partir de un rol distinto al de estudiante. Sería enriquecedor también encontrar un espacio de formación personal por vía corporal para continuar vivenciando instancias que me permitan seguir profundizando en el despliegue de mis mediadores de expresión y comunicación.

Finalmente, es necesario que continúe trabajando en las debilidades antes mencionadas, puesto que todas en mayor o menor medida, inciden en el trabajo de la clínica psicomotriz con adultos. Entre ellas se encuentra la dificultad en la sistematización del registro de las sesiones, donde la carencia de respaldo e insumos repercute directamente en el seguimiento del usuario y en la posibilidad de elaborar un proyecto terapéutico que oriente la intervención de forma singularizada a su demanda. También, resulta fundamental trabajar sobre la contención a través de la palabra, puesto que de no ser así el usuario podría percibir una incongruencia o contradicción de mi parte, ya que por otros mediadores corporales asociados a la disponibilidad, lejos de juzgar, culpabilizar o limitar su accionar, soy capaz de recibir con calidez aquello que tiene para mostrar. De igual manera es necesario abordar mi capacidad de espacialización, para brindar un marco donde prime el orden y seguridad, dado que eso es una condición base para el despliegue de la expresividad del usuario.

La realización de este trabajo requirió una intensa y profunda instancia de autoobservación. Gracias a la cual logré acceder tanto a mis fortalezas como a mis debilidades, constituyendo ello un paso determinante para la construcción de mi rol, pues de no ser así, difícilmente hubiese podido visualizarlas para en el futuro poder progresar en

torno a las segundas. A su vez, la profundización realizada a nivel teórico sobre las temáticas escogidas así como la reflexión que supuso cada uno de los trabajos, colaboraron con mi reposicionamiento sobre el rol en general y con esta población en particular, brindándome herramientas que me permiten de ahora en más, situarme desde un lugar más crítico y sensible para llevar a cabo intervenciones más pertinentes y ajustadas.

Referencias bibliográficas

- Águila, C. y López, J. (2019). Cuerpo, corporeidad y educación: una mirada reflexiva desde la Educación Física. *Retos*, 35, 413-421. <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/62035>
- Aguiar, E. y Acle, G. (2012). Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes mayas de yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 53-64 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79825836002>
- American Psychological Association. (2014). *DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Médica Panamericana.
- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1), 9-29. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180616109001.pdf>
- Arnaiz, P., Rabadán, M. y Vives, I. (2001). *La psicomotricidad en la escuela: una práctica preventiva y educativa*. Aljibe.
- Aucouturier, B., Darrault, I. y Empinet, J. (1985). *La práctica psicomotriz. Reeducción y Terapia*. Científico-Médica.
- Aucouturier, B. (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Grao.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3(11), 125-146. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2265115>
- Benjumea, M. (2010). *La motricidad como dimensión humana. Un abordaje transdisciplinar*. Instituto Internacional del Saber.
- Berriel, F. (2003). *Imagen del cuerpo, modelos y emblemas identificadorios en los adultos mayores* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Mar del Plata]. https://www.academia.edu/592206/IMAGEN_DEL_CUERPO_MODELOS_Y_EMBLEMAS_IDENTIFICATORIOS_EN_LOS_ADULTOS_MAYORES_MONTEVIDEANOS
- Berrueto, P. (2004). El cuerpo, eje y contenido de la psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 16, 35-50. <http://iberopsicomotricidadum.com/>
- Bermejo, J. (2011). *Introducción al counselling*. Editorial Cantabria.
- Birdwhistell, R. (s/f). *Antropología de la gestualidad*.
- Blinder, C., Knobel, J. y Siquier, M. L. (2008). *Clínica psicoanalítica con niños*. Síntesis.
- Bueno, J. y Muñoz, A. (2020). El cuerpo a cielo abierto en la psicosis. *Trivium. Estudios Interdisciplinarios*, 12(1), 107-118.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912020000100010

- Cáceres, M. y Díaz, P. (2008) La representación del cuerpo de la mujer en la publicidad de revistas femeninas. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 14, 309-327.
<https://revistas.ucm.es/index.php/ESMP/article/view/ESMP0808110309A>
- Cal, C. (2008). *Psicomotricidad clínica en la infancia. Aportes para un diálogo interdisciplinario*. Psicolibros Waslala.
- Calmels, D. (1997). *Cuerpo y saber*. Novedades Educativas.
- Campagne, D. (2014). El terapeuta no nace, se hace. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(121), 75-95.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000100005
- Camps, C. (2005). La observación de la intervención del psicomotricista: actitudes y manifestaciones de la transferencia. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas corporales*, 5(3), 27-52. <http://iberopsicomotricidadum.com/>
- Camps, C. (2009). La especificidad de la Psicomotricidad: un arte para la estructuración de la persona. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 9(1), 5-20. <http://iberopsicomotricidadum.com/>
- Camps, C. y Mila, J. (2011). *El psicomotricista en su cuerpo. De lo sensoriomotor a la transformación psíquica*. Miño y Dávila.
- Cappiello, K. (2017). La formación personal vía corporal, la vivencia y la construcción del saber. En A. López, A. Menéndez, A. Cajarville, C. Cal, E. Sabaj, G. Curbelo, I. Hening, K. Cappiello, L. Spagnuolo, M. Huguet, P. Vázquez, R. Ojeda (Coords), *Psicomotricidad. Aportes a la disciplina* (71-84). Grupo Magro Editores.
- Castoriadis, C. (1997) El imaginario social instituyente. *Zona erógena*, 35, 1-9.
<https://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/267/Castoriadis%20Cornelius%20-%20El%20Imaginario%20Social%20Instituyente.pdf>
- Colom, J. (1999). Vejez, representación social y roles de género. *Educació i cultura: Revista mallorquina de pedagogia*, 12, 47-56.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=91245>
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
https://www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.pdf

- De Rosa, L., Valle, A., Rutzstein, G. y Keegan, E. (2012). Perfeccionismo y Autocrítica: Consideraciones clínicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(3), 209-215. <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281929021003.pdf>
- García, B. (1999). El cuerpo. Cuerpo real, esquema corporal, imagen corporal. En C. De León, B. García, M. Grajales, J. Podbielevich, C. Ravera, C. Steineck (Coords), *Cuerpo y representación. Espacio de reflexión en terapia psicomotriz* (67-97). Psicolibros Waslala
- García, L. (2000). La observación psicomotriz: transformar la experiencia compartida en comprensión. Propuestas para un análisis interactivo. *Entre Líneas*, 7, 10-14. <https://app-psicomotricistas.net/revista/>
- González, L. (2009). *Pensar lo psicomotor. La constructividad corporal y otros textos*. Editorial de la Universidad Nacional de Tres de Febrero.
- Grotberg, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. Gedisa.
- Henig, I. (2017). Fundamentos teóricos y prácticos de una metodología de intervención en clínica psicomotriz infantil. En A. López, A. Menéndez, A. Cajarville, C. Cal, E. Sabaj, G. Curbelo, I. Hening, K. Cappiello, L. Spagnuolo, M. Huguet, P. Vázquez, R. Ojeda (Coords), *Psicomotricidad. Aportes a la disciplina* (129-152). Grupo Magro Editores.
- Henig I. y Huguet M. J. (2017). Función, funcionamiento y funcionalidad psicomotora. Perspectiva desde la clínica Psicomotriz Infantil. En A. López, A. Menéndez, A. Cajarville, C. Cal, E. Sabaj, G. Curbelo, I. Hening, K. Cappiello, L. Spagnuolo, M. Huguet, P. Vázquez, R. Ojeda (Coords), *Psicomotricidad. Aportes a la disciplina* (15-36). Grupo Magro Editores.
- Henig, I., Ojeda, R. y Vázquez, P. (2017). Revisión de la clasificación clásica de los trastornos psicomotores. En A. López, A. Menéndez, A. Cajarville, C. Cal, E. Sabaj, G. Curbelo, I. Hening, K. Cappiello, L. Spagnuolo, M. Huguet, P. Vázquez, R. Ojeda (Coords), *Psicomotricidad. Aportes a la disciplina* (15-36). Grupo Magro Editores.
- Hurtado, D. (2008). Corporeidad y motricidad. Una forma de mirar los saberes del cuerpo. *Campinas*, 29(102), 119-136. <https://www.scielo.br/pdf/es/v29n102/a0729102>
- Iacub, R. (2002). La post gerontología: hacia un renovado estudio de la gerontología. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (1), 155-157. <http://www.redalyc.org/pdf/805/80534212.pdf>

- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión.
- Le Breton, D. (1995). *La sociología del cuerpo*. Nueva Visión.
- Le Breton, D. (2010). *Rostros: ensayo de antropología*. Letra Viva
- Levin, E. (1991). *La clínica psicomotriz. El cuerpo en el lenguaje*. Nueva Visión.
- Levin, E. (2012). *Discapacidad. Clínica y educación. Los niños del otro espejo*. Nueva Visión.
- López, A. (2017). *Rol del psicomotricista en la intervención con adultos. Aportes desde la teoría de la Relación de Ayuda* [Diploma de Especialización Universitaria, Universidad Ramón Llull].
- López, A., Capiello, K. y Spagnuolo, L. (2017). Metodología de la intervención psicomotriz con adultos y adultos mayores. En A. López, A. Menéndez, A. Cajarville, C. Cal, E. Sabaj, G. Curbelo, I. Hening, K. Capiello, L. Spagnuolo, M. Huguet, P. Vázquez, R. Ojeda (Coords), *Psicomotricidad. Aportes a la disciplina (177-195)*. Grupo Magro Editores.
- Manciaux, M. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Gedisa.
- Maisonneuve, J. y Bruchon, M. (1984) *Modelos del cuerpo y psicología estética*. Paidós.
- Marrero, A. (1998). *Introducción a la sociología*. Fundación de Cultura Universitaria.
- Marzioni, C. y Billoud, L. (2019). Las representaciones sociales de la vejez. Un modelo de ampliación de ciudadanía. *Papeles del Centro de Investigaciones*, 20(9), 73-92. <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/publicaciones/index.php/papeles/article/view/8816>
- Melillo, A. y Suárez, O. (2001). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Paidós.
- Mila, J. (2018) *Los estudios de psicomotricidad en la universidad de la república de Uruguay. Percepción de las competencias sobre formación corporal de los estudiantes* [Tesis de Doctorado, Universidad de Murcia]. <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/61659/1/Tesis%20MILA%20DEMARCHI%20.pdf>
- Moreno, A. (2011). *La promoción de la resiliencia en el vínculo establecido entre adolescentes y educadores en la práctica psicomotriz educativa* [Tesis de Doctorado, Universidad de Barcelona]. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/96515/01.AMP_TESIS.pdf?sequence=1
- Moreno, A. (2012). Resiliencia, vínculo y psicomotricidad. *Entre Líneas*, 29, 14-18. <https://app-psicomotricistas.net/revista/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastre. Serie Manuales y Guías sobre Desastres N° 7*.

- <https://www.gub.uy/sistema-nacional-emergencias/comunicacion/publicaciones/guia-practica-salud-mental-situaciones-desastres>
- Peña, P. y Ablin, M. (1991). Psicomotricidad: la construcción del rol terapéutico. *Cuadernos de Psicomotricidad y Educación Especial*, 2(5).
<http://www.elsemillero.8m.com/arti2.htm>
- Rogers, C. (1992). *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*. Paidós
- Rogers, C (1974). *Terapia centrada en el cliente*. Paidós.
- Rodríguez, J. (2001). La quietud del psicomotricista. *Entre Líneas*, 11, 33-35.
<https://app-psicomotricistas.net/revista/>
- Rodríguez, E. (2013). Aprendiendo resiliencia a través del juego. *Revista Rayuela*, 9, 34-38.
<https://docplayer.es/16576976-Aprendiendo-resiliencia-a-traves-del-juego.html>
- Rubio, J. y Puig, G. (2015). *Tutores de resiliencia. Dame un punto de apoyo y moveré mi mundo*. Gedisa.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1467-6427.00108>
- Salvarezza, L. (1993). *Psicogeriatría, teoría y clínica*. Paidós.
- Salvarezza, L. (1998). *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Paidós.
- Sánchez, C. (2000). *Gerontología Social*. Espacio.
- Sánchez, J. y Llorca, M. (2008). *Recursos y estrategias en psicomotricidad*. Aljibe.
- Sassano, M. (2003). El psicomotricista y el desarrollo de las actitudes terapéuticas. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 3(2), 25-42.
<http://iberopsicomotricidadum.com/>
- Serrabona, J. (2016). *Abordaje psicomotriz de las dificultades del desarrollo*. Horsori
- Sola, S. (2013). El cuerpo y la corporeidad simbólica como forma de mediación. *Mediaciones Sociales*, 12, 42-62.
<https://revistas.ucm.es/index.php/MESO/article/viewFile/45262/42593>
- Tarcica, J. y Masis, M. (2013). *120 Competencias Integrales: Materiales de Alta Calidad en Recursos Humanos*. BookBaby.
<https://futuramaster.com/descargas/120competencias.pdf>
- Untoiglich, G. (2015). *Autismos y otras problemáticas graves en la infancia*. Noveduc.
- Valsagna, A. (2003). La formación corporal del psicomotricista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas corporales*, 11, 5-12. <http://iberopsicomotricidadum.com/>
- Vanistendael, S. (2002). *La felicidad es posible*. Gedisa.

Waserman, M. (2008). *Aproximaciones psicoanalíticas al juego y al aprendizaje*. Noveduc.

Winnicott, D. (1971). *Realidad y Juego*. Gedisa.

Zárate, J. (2015). La identidad como construcción social desde la propuesta de Charles Taylor. *Eidos: Revista de Filosofía de la Universidad del Norte*, 23,117-134.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5400738>