



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

El cuerpo en la psicología clínica infantil: Una aproximación teórica sobre el diagnóstico, desarrollo y juego

Memoria para optar al Título de Psicólogo

Autor:

Cristian Felipe Ortiz Olave

Profesor:

Pablo Herrera Salinas

Octubre, 2021

Índice

Índice	1
Resumen	3
Introducción	4
Problematización	4
Metodología	9
Pregunta de investigación:	9
Objetivos	9
Objetivo general:	9
Objetivos específicos:	9
Desarrollo de la Investigación	10
Capítulo I: Diagnóstico	10
Diagnóstico Infantil según la Psicología Clásica	10
Elementos Fundamentales en el Diagnóstico Infantil	10
Algunas Herramientas Diagnósticas Actuales	12
Diagnóstico según lo Psicocorporal:	14
Modelo de Intervención de Brasilda Rocha	22
Capítulo II: Desarrollo	29
Desarrollo en la Psicología Clásica	29
Desarrollo según lo Psicocorporal	32
Periodización según la Psicomotricidad	34
Fases del Desarrollo Psicocorporal	36
Capítulo III: Juego	43
Juego según la Psicología Clásica	43
Juego como actividad necesaria para el desarrollo	44
Visiones y Categorías de Juego	45
Juego en Winnicott	48
Juego según lo Psicocorporal	50
Propuesta Integrativa	55
Discusión	61

Conclusiones	64
Proyecciones y Limitaciones	65
Bibliografía	67
Anexos	70

Resumen

La presente memoria pretende comenzar a establecer un puente teórico conceptual entre la visión clásica de la psicología infantil y las diferentes visiones que relevan al cuerpo como un elemento central en la práctica terapéutica, como lo son las terapias psicomotrices y psicocorporales, poniendo principal énfasis en estas últimas.

Para este propósito, y como una manera de ordenar mejor la información, se presentan los aportes de los teóricos más influyentes respecto a tres aspectos fundamentales en la práctica clínica con este grupo etario, los cuales serían: el diagnóstico, el desarrollo y el juego. Posteriormente, se presentan las emergentes miradas psicocorporales sobre los mismos tres elementos, pasando por teóricos/as como Reich, Lowen, Rocha, Volpi y Volpi, entre otros.

Concluyendo, se constatan que existen ciertas confluencias entre ambas visiones, así como también se puede establecer que efectivamente hay diferentes elementos a considerar que pueden nutrir enormemente la práctica y teoría de la clínica infantil. Desde el diagnóstico, se puede constatar cómo la visión psicocorporal puede ofrecer nuevos signos a observar en dicho proceso, mientras que en el ámbito del desarrollo se profundiza en los elementos necesarios para una vinculación que entregue sostén y seguridad a le infante mientras se le estimula de forma adecuada. En cuanto al juego corporal, constatamos que puede ser de gran utilidad para la expresión y elaboración de experiencias en niños, al igual que un elemento fundamental para el desarrollo de su expresividad.

1. Introducción

1.1 Problematización

A pesar de la relevancia que ha adquirido una visión que considere el cuerpo dentro de la manera de hacer psicoterapia, tanto como espacio de intervención, como también de diagnóstico y tránsito a una concepción que considere este -el cuerpo- como el conjunto de órganos y disposiciones que nos hacen vivenciarnos de la manera en que lo hacemos en el mundo. Poco se ha desarrollado la visión de la psicoterapia corporal con niños como pacientes, en donde, a pesar de que se ha reconocido desde diferentes corrientes la importancia de la infancia temprana para el desarrollo de múltiples dimensiones de le ser humano, no existe mayor producción académica respecto a técnicas/corrientes y praxis psicoterapéutica de enfoque corporal con este público en específico.

Es importante en este sentido, pensar cómo nos posicionamos como disciplina y ciencia frente al cuerpo mismo, dado que aún en nuestros días, es muy palpable la suerte de “dualismo cartesiano” que nos hace pensar a le individuo como un ser con dimensiones separadas entre sí -“res cogita” y “res extensa”-, frente a las cuales tenemos que tener un trato y método diferenciado y especializado para cada una, y en la cual la psicología ha labrado un camino mucho más enfocado en la dimensión psíquica (Tavizón, et. al., 2015).

Esta situación la podemos observar en diferentes perspectivas de la disciplina, en donde a pesar de las emergentes formas de pensar el cuerpo y su relación con el funcionamiento psíquico, aún se prioriza una visión que resalta lo cognitivo por sobre otras dimensiones (Rosello y Del Mar, 2019). Sin ir muy lejos, podemos pensar en cómo Piaget, un teórico que hasta hoy tiene vigencia en las cátedras de las escuelas de psicología, desarrolló todo un pensamiento sobre las diferentes etapas de evolución de los niños, resaltando casi únicamente la cognición por sobre otras dimensiones (Rosello y Del Mar, 2019), existiendo una suerte de invisibilización del desarrollo emocional en su teoría. En este sentido, es importante resaltar cómo pensamos el cuerpo más allá de los órganos que lo componen y el funcionamiento de estos, considerándolo también como un canal de expresión necesario y como lugar en donde se vive el deseo, la afectividad y la diversa gama de emociones que puede vivir el ser humano (Mendieta, Mendieta y Vargas, 2017).

Igualmente puede ser pensado como un foco necesario a considerar en función de un mejor desarrollo intelectual y emocional de los niños.

Lo anterior se vuelve problemático, teniendo en cuenta que ya se ha teorizado sobre cómo en ciertas etapas durante el proceso de desarrollo, los niños tienen la necesidad de un reconocimiento de sus estados emocionales a través del cuerpo. Un ejemplo de esto, es la mirada como instrumento de comunicación en el vínculo madre-hijo, ya que el contacto en estas etapas supone un elemento crucial para la sensación de aceptación y bienestar del niño, siendo el cuerpo su primer “instrumento” de relación con el mundo (Volpi y Volpi, 2006). Además, desde la perspectiva de la psicomotricidad se pone foco en la estimulación motriz del niño, apuntando siempre a un desarrollo integral que incluya la corporalidad, dado que una mayor conciencia del cuerpo implica un impacto positivo en otras dimensiones, tales como la relación con pares y la independencia respecto a los padres (Mendieta, Mendieta y Vargas, 2017).

Otro elemento a relevar dentro de un análisis clínico que considere la corporalidad es el juego. El juego supone un canal de comunicación directo no invasivo para los niños en relación con el psicoterapeuta, y ha sido central en la forma de hacer psicoterapia infantil desde diferentes corrientes de la psicología (Cámares, 2015). También es una forma de descargar por medio de la fantasía, una amplia gama de emociones, así como una forma de canalizar intereses, e incluso es definido como una actividad universal que permite el acercamiento a diferentes experiencias sociales (Portalatin, 2020). Sin embargo, poco se ha escrito sobre juego corporal en Chile y cómo se puede intervenir directamente en relación a este, considerando la atención especial que merece este público respecto a la propia etapa del desarrollo, en donde para muchos, dada la etapa de “pensamiento prelógico” -hasta aproximadamente los 7 años de edad- no se puede utilizar únicamente la verbalización para la expresión de emociones y la comunicación con el terapeuta. A partir de esto, el cuerpo logra resaltar como una vía importante de considerar, dado que los niños pueden muchas veces expresar mejor sus sentimientos, pensamientos y emociones a través del juego y el cuerpo (Cohen y Walco, 1999 citado en Rosello y Del Mar 2019).

Dentro del proceso clínico, también nos encontramos con el “diagnóstico” y la manera en que nos aproximamos en un primer momento al paciente. En esta línea, es imposible no mencionar a Wilhem Reich y el desarrollo de su pensamiento desde la perspectiva corporal. Lo novedoso de su teoría reside en la relación que establece respecto a la concepción que tiene del ser humano, la cual releva tanto los procesos emocionales y del cuerpo, con las diferentes dinámicas sociales (Ramírez, 2005). Al establecer esta relación, logra brindar una visión más amplia

sobre la existencia misma de la persona, que considera posturas, expresión emocional, “corazas” y maneras de relacionarnos, en función de poder atender de mejor manera las diferentes problemáticas que emerjan en el estar en relación con otre, une mismo y el mundo, y así reestablecer el “equilibrio neurovegetativo” (Ramírez, 2005).

En su libro, “Análisis del Carácter” (1997) [1949] Reich propone 4 tipos de formas caracterológicas basadas en su experiencia clínica, las cuales son: *el carácter histérico, el carácter masoquista, el carácter compulsivo y el carácter fálico narcisista*. Estas descripciones son modelos que sirven de referencia – y no como descripciones definitivas de una persona- dentro de un proceso terapéutico.

Además de esta propuesta sobre tipos caracterológicos, Reich acuñó el término “Coraza caracterial”, el cual habla de los rasgos del carácter de determinado individuo, que le permiten protegerse de las sensaciones displacenteras, pero que paradójicamente, no le permiten entrar en contacto con el propio placer (Ramírez, 2005). Estas corazas, internalizadas en la inhibición de instintos en las experiencias tempranas, no solo significan un constante desgaste energético para las personas que las mantienen, sino que también significan poca capacidad de adaptabilidad y respuesta frente a las diferentes situaciones y escenarios a los que se enfrenten, llevándoles a lo que comúnmente conocemos como respuesta neurótica.

Es importante en este sentido, exponer la “identidad funcional” que existe entre nuestra corporalidad y psique, ya que este autor identificó que cuando se expresaban emociones bloqueadas en terapia, estas eran acompañadas por un importante cambio en actitudes corporales y comportamiento (Reich, 1997). Esto le llevó a concluir que, así como existe una predisposición de la psique a ciertas emociones dada por el carácter, también existe una “coraza muscular”, la cual cumple la misma función de proteger frente al displacer, pero que a su vez nos predispone corporalmente a ciertas emociones (Reich, 1997).

“Muy a menudo, el estado de tensión muscular es diferente antes de la solución de una represión aguda, y después de ella. Cuando los pacientes se hallan en un estado de resistencia aguda, es decir, cuando tratan de impedir que una idea o un impulso llegue a la conciencia, sienten a menudo una tensión, por ejemplo, en la cabeza, los muslos o las nalgas. Después de superada la resistencia, se sienten de pronto relajados. En tal situación, un paciente dijo: "Me siento como si hubiese tenido una gratificación sexual"”. (Reich, 1997. p.283)

Según Reich, estas corazas se pueden ver claramente en el cuerpo, en donde se advierte la presencia de tensiones musculares crónicas sostenidas en el tiempo por la influencia del sistema nervioso simpático, las cuales buscan contener impulsos de distinto orden, como lo es la angustia o las emociones que socialmente fueron reprimidas. Esta situación facilita un desequilibrio en las funciones biológicas vegetativas, lo cual es observable (Hortelano, 2011).

Otros teóricos y teóricas han ido nutriendo esta perspectiva a través del tiempo, como lo es Alexander Lowen y su propuesta de la “bioenergética”, la cual contempla diferentes elementos en función de poder reestablecer el flujo energético en las personas, entre ellos el *grounding* o *enraizamiento*.

El enraizamiento es una de las técnicas fundamentales en la forma de hacer terapia del análisis bioenergético, ya que se relaciona con la energía de la persona tomando como base la tierra. Esta forma de estar en el mundo, alude a que estamos conectados a la tierra -en diferentes grados de consciencia- lo cual es fundamental para las funciones de carga y descarga energética en nuestro organismo.

“Lo que nosotros llamamos enraizar al individuo consiste en sensibilizar el vientre de manera que la persona pueda sentir sus entrañas y sensibilizar sus piernas hasta que las sienta como raíces móviles. La persona que está enraizada de esta manera siente que tiene debajo una base firme en la tierra y posee el coraje de mantenerse o moverse por ella como le place.” (Lowen, 2009. p. 43, citado en De Tord, 2013. p. 18).

Además de darle una mayor sensación de autoapoyo y firmeza a le paciente a través de los ejercicios de enraizamiento, este método también tiene por finalidad que la persona tenga un mayor contacto con su realidad (Ramírez, 2005). Se busca al mismo tiempo, que le paciente pueda dilucidar claramente lo que es fantasía y lo que es realidad en su entorno y cuerpo, y que pueda conocer qué sentimientos/sensaciones se expresan con mayor facilidad, cuales no, en qué contextos, etc., lo cual va de la mano con un trabajo de profundización en las experiencias y economía psíquica de la persona (Ramírez, 2005).

También es importante la conexión con la pelvis al momento de hacer ejercicios de enraizamiento, ya que se vincula la función sexual con el grado de bloqueo en la zona pélvica, la cual muchas veces no permite la descarga hacia los pies, lo cual limita el contacto con el verdadero self y sus respectivos impulsos y necesidades, como lo es la descarga sexual.

Este método marca una diferencia clave en el trabajo corporal en comparación con la visión Reichiana, la cual trabaja en un orden descendente la corporalidad:

“Lowen marca una clara diferencia con esta modalidad reichiana ya que no sigue un orden determinado en el trabajo corporal, sino que después de realizar trabajos de enraizamiento (grounding) continúa trabajando intensamente aquellas zonas del cuerpo que parecen más tensas y que pueden tener relación con los problemas dominantes del paciente (holdings: together, on, up, in y back).” (Gonçalvez, p.3, 2008)

A pesar de los antecedentes ya entregados, han sido muy pocas las personas que hablan específicamente de la infancia dentro de esta perspectiva. Una de ellas es Brasilda Rocha, quien a partir de las descripciones de las fases de carácter desarrolladas por Alexander Lowen y dialogando constantemente con el psicoanálisis, sistematizó en una investigación de metodología mixta, 95 diferentes formas de juegos y juguetes que dan cuenta de la fase de desarrollo del carácter (Cámares, 2015). En ella además asocia determinados tipos de “energía” con la evolución específica del niño, que en palabras más simples, hacen corresponder fases del desarrollo psicosexual de le niño con formas de juego y juguetes (Cámares, 2015). Esto, considerando los juguetes como “objetos transicionales”, los cuales a pesar de no ser parte del cuerpo de le infante, tampoco son reconocidos como totalmente externos por este, dando espacio a que en la intervención se puedan identificar fases de desarrollo, pulsos energéticos y posibilidades de acción respecto a estos para poder llevar a hacer conscientes los conflictos que otrora eran invisibles para la/el sujeto en cuestión (Cámares, 2015).

Dadas las circunstancias antes descritas, sobre el lugar del cuerpo en la psicología como disciplina y como ejercicio clínico, es que emerge la pregunta que guiará esta memoria, que es:

¿Cuál es la importancia del cuerpo en la psicología infantil y qué aportes pueden realizar las terapias enfocadas en el cuerpo a la práctica clínica con este grupo etario?

Es relevante dar respuesta a esta pregunta, debido a que como profesionales de la salud mental necesitamos contar con un asidero teórico que nos permita nutrir nuestras intervenciones y procesos en el ejercicio de nuestra profesión. Asimismo, es relevante poder plantearnos desde una visión que permita enriquecer elementos que se identifiquen como pilares de la ya existente perspectiva sobre la psicología clínica en un público tan específico como lo es el infante-juvenil -diagnostico, desarrollo y juego -, ya que como revisaremos en esta memoria, dicho grupo etario

requiere de habilidades y conocimiento especializado desde el terapeuta, para poder brindar una atención de calidad y a la altura de las demandas de su medio.

1.2 Metodología

Respecto al tipo de estudio, este podría definirse como teórico de tipo documental, en donde se recopila información de distintos buscadores en línea centrados en el quehacer científico (Scopus, Scielo, Google académico y el buscador digital de la biblioteca de la universidad de Chile), con el objetivo de profundizar en el objetivo de este estudio y generar nuevas aplicaciones o conocimientos a partir del análisis y la discusión desarrolladas en la presente memoria. La búsqueda se realizó en español, siendo la mayoría de los textos de origen latino, incluyendo artículos científicos, libros, tesis y memorias de carácter teórico.

Algunos de los conceptos más utilizados para mi búsqueda fueron: "Psicología"; "psicología clínica infantil"; "diagnóstico"; "juego"; "desarrollo"; "psicoterapia corporal"; "psicocorporal"; "psicoterapia"; "bioenergética"; "expresión corporal"; "infantil"; "psicomotricidad". En esta búsqueda recopilé alrededor de 35 textos, de los cuales 18 me fueron útiles. Además de esta modalidad, fui recabando bibliografía a través de la búsqueda de referencias en los textos que sí guardan relación con el tema, llegando a artículos, revistas especializadas y documentos en línea, sumando estos textos, utilicé un total de 32 textos.

1.3 Pregunta de investigación:

¿Cuál es la importancia del cuerpo en la psicología infantil y qué aportes pueden realizar las terapias enfocadas en el cuerpo a la práctica clínica con este grupo etario?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general:

Indagar acerca de la importancia del cuerpo y una visión enfocada en el cuerpo para la práctica de una clínica infantil.

1.4.2 Objetivos específicos:

- Indagar acerca de la importancia del cuerpo en el desarrollo infantil y cómo podemos interactuar respecto a este en el espacio clínico.
- Indagar acerca de la importancia del cuerpo en el juego infantil y cómo podemos interactuar respecto a este en el espacio clínico.
- Indagar acerca de la importancia del cuerpo en el diagnóstico en psicoterapia infantil.

2. Desarrollo de la Investigación

2.1 Capítulo I: Diagnóstico

El diagnóstico es fundamental en el ámbito clínico, ya que permite una aproximación al funcionamiento mental y emocional de le paciente, a través del comportamiento y otros signos. Hasta el desarrollo de la psicología corporal, este no considera en profundidad signos corporales, y se enfoca más bien en el conjunto de síntomas que atraviesa/atravesó la persona, pretendiendo vislumbrar más claramente la estructura de personalidad de quien acude a los diferentes campos de la salud mental donde se aplica el diagnóstico.

En este apartado revisaremos la concepción del diagnóstico infantil desde la perspectiva clásica de la psicología, para posteriormente introducir el diagnóstico desde una visión psicocorporal y revisar sus principales aportes al campo de la psicología clínica.

2.1.1 Diagnóstico Infantil según la Psicología Clásica

Si bien el diagnóstico en la disciplina ha permitido un gran avance en cuanto a la categorización y clasificación de las diferentes patologías y síntomas que afectan nuestra salud mental, en el caso de la psicología clínica infantil este proceso se dificulta mucho más, debido al constante cambio tanto físico, como mental y emocional que experimentan les niños durante el proceso de desarrollo (Peredo Videa, 2000).

Esto provoca que, por ejemplo, los criterios puramente descriptivos de herramientas como el DSM en cualquiera de sus versiones, sean insuficientes por sí solas para atender y entender la complejidad de un cuadro clínico infantil, ya que durante un proceso de constantes cambios, lo que debería primar sería mayormente un énfasis en el psiquismo de le paciente, así como su potencialidad evolutiva (Pérez, 2010).

Entendiendo entonces que las particularidades de las diferentes etapas del desarrollo necesitan una especial comprensión desde nuestra disciplina debido al constante cambio, es pertinente preguntarse qué elementos deberían considerarse al momento de realizar un diagnóstico relativo a las problemáticas de pacientes infantiles.

- **Elementos Fundamentales en el Diagnóstico Infantil**

Es primordial en un primer momento, un sistema organizado que no solo dé información de criterios descriptivos y variables que intervienen en la problemática, sino que debe entregar de igual forma, información de las diferentes interrelaciones que pueden darse entre los procesos biológicos, afectivos, emocionales, conductuales, etc (Peredo Videa, 2000). Esto, debido a la ya mencionada condición cambiante del desarrollo infantil, la cual hace que focalizar el análisis a una “alteración” sea aún más difícil, por lo que es menester considerar características como la edad o el contexto social en el cual se desenvuelve le infante.

En cuanto a el primer contacto con le infante, Pérez (2010) escribe:

“Les digo que lo primero es acercarse al niño y a su mundo y que por eso el orden de prioridad en nuestra actitud es justamente el expresado en el título: primeramente, callar y jugar y sólo entonces interpretar. Y aún antes que todo esto no creer demasiado en nuestro “saber”. Debemos ser conscientes y respetuosos de nuestro desconocimiento para que esto nos permita “olvidar” un tanto la teoría, y que incluso nos ayude a postergar un poco el conocimiento de los antecedentes aportados por los padres. De esta manera se acentúa la atención flotante y se hace posible lo básico: estar con el niño”. (Pérez, 2010. p.17)

Es necesario para profesionales de la salud mental infantil entonces, estar familiarizadas con las distintas variables que implica el desarrollo de las diferentes funciones en las etapas de le infante y cómo estas interactúan, así como también poder reconocer las variables contextuales más influyentes que pueden estar afectando o no el curso del desarrollo (Peredo Videa, 2000).

Pérez (2010) alude a que la cualidad descriptiva del DSM no permite captar la capacidad evolutiva de le infante que analiza, y que por tanto este no basta para entregar un buen diagnóstico, sobre todo referido a casos menos graves y por tanto no tan obvios. Esta situación se debe a que la evidencia conductual -que es lo que principalmente observa el DSM- suele diferir mucho con las potencialidades del desarrollo y sus estructuras, y dado que también la delimitación de normalidad y patología no puede aplicarse de la misma manera cuando las etapas por las que se atraviesa durante la niñez son tan dinámicas, siendo estas últimas las que marcan la pauta de lo que es un desarrollo saludable y, por tanto, una conducta “normal”.

Otro elemento a considerar dentro del análisis diagnóstico, el cual tiene una repercusión importante en cómo le infante aprende a percibir e interpretar su realidad, es el núcleo familiar y

el contexto social en el cual este se desenvuelve, ya que representan una huella para comprender las formas y estrategias que se desarrollan y aprenden del medio para enfrentar de la mejor manera posible la realidad.

Ya son varias las terapeutas familiares que han planteado que si los aspectos de relación y estructuración familiar no son tomados en cuenta para la realización de un diagnóstico, este será inevitablemente poco realista en cuanto a la situación y estado actual de le paciente/cliente, ya que es por medio de la familia que se pueden vivir una diversidad de situaciones o cambios que pueden afectar directamente el comportamiento de le infante (Peredo Vide, 2000)

Otro referente de esta visión es el “modelo interpersonal de psicopatología”, que está relacionado con la paidopsiquiatría francesa, el cual entiende que los síntomas relativos a la infancia rara vez son independientes al contexto familiar, ya que argumentan que la conducta de le infante es fruto de las complejas relaciones que se vivencian en el núcleo familiar, principalmente durante el desarrollo temprano (Pérez, 2010).

Autores como Rutter & Sroufe (2000) o Richers & Cicchetti (1993) Además de plantear lo inadecuado del trabajo diagnóstico de fijar la atención en la “alteración” sin una visión del proceso de desarrollo y el entorno en el cual se crece. Asimismo plantean la falta de atención en los distintos factores genéticos y mecanismos internos que subyacen a la evolución física y mental de le individue y como estos pueden estar afectando el comportamiento infantil y adolescente.

Richers & Cicchetti (1993) argumentan que a través de la comprensión de los mecanismos internos tanto psíquicos, como biológicos y genéticos, y su integración a la teoría psicopatológica, podríamos acercarnos a un ejercicio de la psicopatología de mayor complejidad, que entienda de qué manera pueden fallar los mecanismos internos naturales en el proceso de desarrollo y cómo estos pueden estar afectando el comportamiento humano, para ir más allá de los criterios descriptivos.

- **Algunas Herramientas Diagnósticas Actuales**

Los test más utilizados en establecimientos educativos, así como en centros de rehabilitación y centros de atención pediátrica son el TEPSI, EEDP y TADI, tres herramientas desarrolladas en Chile aplicadas a niños de hasta 6 años las cuales evalúan áreas como el lenguaje, coordinación, motora, socio emocionalidad y cognición. Estas se valen de diferentes recursos como cubos de madera, argollas, vasos, entre otros para la evaluación (Bachelet, et. al., 2016).

También son ampliamente utilizadas las técnicas proyectivas, las cuales están basadas en el concepto de “proyección”, mecanismo que es elicitado a partir de la poca estructuración de la propuesta diagnóstica, que permite indagar en el mundo emocional, relacional e incluso motor e intelectual (Maganto y Garaigordobil, 2009).

Para poder emplear este tipo de técnicas, es necesario un conocimiento especializado en la interpretación de los distintos tipos de indicadores que puedan aparecer en la secuencia de estas pruebas gráficas, así como también tener conciencia de las etapas evolutivas de le infante en función de conjugar estos conocimientos y desde ahí poder hacer una interpretación (Maganto y Garaigordobil, 2009).

El foco de análisis de este tipo de pruebas son algunos indicadores como el trazo, elementos elegidos para plasmar en el dibujo, símbolos, forma de dibujar, disposiciones en la hoja, tiempo que demora en empezar, simetría, proporciones, orden en que dibuja, y un sinfín de elementos dependiendo de lo que trate el test. Algunos ejemplos de este tipo de test son: test de dos figuras humanas, familia, familia kinética, test casa-árbol-persona o HTP por sus siglas en inglés, persona bajo la lluvia, entre otras. Una de las ventajas de este tipo de pruebas es lo económico que resulta poder llevarlas a cabo, dado que solamente se necesitan lápices, gomas y una hoja.

Otra prueba ampliamente utilizada referente a la evaluación cognitiva es la escala Weschler para niños, o WISC, el cual se publicó en su primera versión en 1949, siendo la última versión de esta la WISC-V publicada en 2014. Esta escala pretende reflejar el funcionamiento intelectual a través de 15 pruebas que atienden áreas como la comprensión verbal, razonamiento fluido, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento y visoespacial, ofreciendo una puntuación en CI o coeficiente intelectual (Amador y Forns, 2019).

Monica Soave (s.f.) refiere la hora de juego diagnóstica como una herramienta de gran utilidad, en donde es muy importante hacerle saber a le infante donde se está -consulta psicológica- y cuál es nuestro interés en proponerle jugar, una vez hecho esto hay que disponer diferentes elementos, los cuales deben ser sencillos en función de ofrecer una actividad poco estructurada que posibilite una amplia gama de posibilidades de expresión. Esta propuesta permite interpretar diferentes dimensiones de la personalidad y vida de le infante, tales como mecanismos de defensa, relación materna/paterna, posibilidades reparatorias, ansiedades primarias, entre otras.

Esta autora propone que los pasos para un proceso psicodiagnóstico en general deberían ser los siguientes: 1) pre entrevista; 2) entrevista parental; 3) entrevista sobre historia vital (de le infante); 4) hora de juego; 5) administración de test (para tener con que contrastar la información obtenida en los otros pasos); 6) entrevista familiar; y 7) entrevista de devolución.

En relación al diagnóstico, a través de estas últimas páginas hemos observado la necesidad de asumir una visión multivariable que se encargue de relacionar e integrar diferentes aspectos, tanto sociales como familiares y relativos al desarrollo evolutivo que atraviesa le infante. Sin embargo, pareciera que se podría profundizar aún más en los elementos corporales que se presentan desde las visiones clásicas en relación al cuerpo. Lo anterior implica que no se comprenda el cuerpo como un elemento fundamental en relación a la afectividad y la emocionalidad, soslayando así lo que podría ser un gran indicador de diferentes disposiciones emocionales.

2.1.2 Diagnóstico según lo Psicocorporal:

Como sabemos, existe una “identidad funcional” (Reich, 1997) entre el cuerpo y la mente, es decir, así como nuestro aparato psíquico está predispuesto a ciertas emociones debido a nuestra historia de vida, nuestro cuerpo cumpliría la misma función dada la tendencia a inhibir impulsos en nuestra experiencia temprana. “(...) los músculos son memoria emocional ya que retienen el impacto emocional de las situaciones traumáticas, y según el momento histórico del impacto emocional, el mismo se fijará en el segmento cuya funcionalidad prevalezca” (Gonçalvez, 2010, p. 25 en Navarro, 2016. p. 14).

De esta manera se aprecia la importancia del cuerpo y la musculatura en relación a la vida emocional, lo cual se manifiesta en las “corazas” que vamos creando a través de nuestra historia, las cuales afectan la manera en que realizamos nuestros movimientos, como caminamos, como respiramos, etc. Los momentos vivenciados vendrían a expresarse en nuestro cuerpo, siendo especialmente importantes las experiencias tempranas, ya que estas estructurarán las futuras vivencias. Cuando una moción pulsional se prohíbe sistemáticamente, o se impide la satisfacción de cierto deseo, se puede observar una frustración en le infante que tiende a expresarse en un principio como una reacción hostil, que paulatinamente se convertirá en una conducta aceptada por su entorno para lidiar con este impedimento o prohibición. Esta situación influye en la configuración de nuestro cuerpo y su disposición para poder hacer frente a esta prohibición.

Teniendo esto en cuenta, Reich (1994 citado en Ramírez, 2005) postuló que las estructuras neuróticas se caracterizan por la presencia de tensiones musculares crónicas mantenidas por la influencia del sistema nervioso simpático, en función de contener emociones reprimidas, angustia y diferentes tipos de impulsos. En ese caso, la neurosis no sería solamente reflejo de un desequilibrio psíquico, sino también la expresión de un equilibrio de los ritmos corporales afectado por las tensiones y bloqueos.

Para ampliar este análisis, y en función de sus observaciones, Reich indica que existen ciertos segmentos corporales, en donde se localizan puntos musculares específicos que guardan una tensión crónica. A través de masajes de acupresión en estos, la observación de la respiración, la profundización en la historia de la persona y la realización de ciertos “actings”-es decir, la repetición focalizada de ciertos movimientos/expresiones que se relacionan con determinadas emociones-, se podría llegar a tener una hipótesis inicial bastante completa sobre el carácter de la personas (Hortelano, 2011).

A Esta forma de análisis inicial le llamó D.I.D.E o Diagnóstico Inicial Diferencial Estructural, “El D.I.D.E. es, por tanto, una sistemática que permite baremar una batería de pruebas psico corporales, de una forma suficientemente objetiva como para poder conocer la estructura del paciente y llegar a Una hipótesis diferencial inicial, así como el nivel de insight y otras variables, necesarias todas ellas, para tener un criterio sobre el que planificar la fase inicial del tratamiento y el tipo de encuadre clínico a sabiendas de que, en todo caso, son decisiones que se tomarán conjunta-mente a través del «contrato terapéutico» y de que sólo se realizará con el beneplácito del paciente. Teniendo muy en cuenta la forma de vida cotidiana y las situaciones dinámicas y afectivas en las que está envuelto y que, evidentemente, condicionan su estado general”. (Hortelano, 2011, p. 188-189)

Considerando que el objetivo del “D.I.D.E” no es clasificar al paciente de forma psicopatológica, sino que a través de la observación, tener una referencia de la estructura del mismo que nos ayude a comprender las expresiones de su sufrimiento y/o sintomatología, conociendo sus sistemas de defensa y aproximándonos a su forma de comunicar. Los segmentos en los que dividió Reich el cuerpo en función de este análisis diagnóstico son (Hortelano, 2011):

- a) Ocular (primero): este segmento nos da información sobre el desarrollo más primitivo de le paciente, es decir, la vida intrauterina y las primeras semanas ya nace. La función

principal de este segmento guarda relación con los órganos de los sentidos, en su interpretación en el percibir (Navarro, 1993, citado en Ramírez, 2005) y el acorazamiento en este se traduce como falta de expresividad. Existe una conexión importante de este segmento con el segmento oral, ya que la musculatura occipital y la cervical están relacionadas, y síntomas como el dolor de cabeza occipitales en la base del cráneo alertan sobre una posible tensión funcional entre estos dos segmentos. También hay que tener en cuenta en que las situaciones traumáticas agudas quedan reflejadas en el segmento ocular y el diafragmático, y es por esto que el trabajo en dichos segmentos suele suscitar fuertes emociones, así como también buenos resultados en la terapia. La atención respecto a este segmento tiene que estar centrada principalmente en los bloqueos que pueden darse en: inmovilidad en la frente, mirada rígida y poco parpadeo, tensiones en sienes y occipitales, sordera, piel poco hidratada en la zona, trastornos oculares tipo astigmatismo o miopía, rinitis y alergias.

- b) Segmento oral (segundo): corresponde a los músculos involucrados en masticar y se relaciona con la expresión. Los datos a los que se les debe prestar atención en este segmento son: tensiones en los músculos maseteros, si la persona mantiene los dientes o mandíbula apretadas, un color pálido y temperatura baja en los labios denota una baja pulsación en la zona (lo que tendría que ver con una carencia de relación objetal importante), y si existe una tensión superficial o hipercarga en la boca, lo cual comúnmente se relaciona con estructuras histéricas.
- c) Segmento cervical (tercero): involucra gran parte de los músculos del cuello, brazos y tórax alto, debido a la interrelación muscular que existe en la zona. Comúnmente la coraza en este segmento guarda relación con el segmento torácico y muchas veces cumple la función de reprimir la ira o el llanto, existiendo un movimiento específico de “tragar” el impulso de ira o dolor sin que la persona pueda ser consciente de esto (Ramírez, 2005), impidiendo un llanto libre dada la tensión en la zona cervical y del tórax.
- d) Segmento torácico (cuarto): este segmento abarca la estructura muscular del tórax, los brazos y las manos. Resguarda órganos vitales como el corazón y los pulmones (Ramírez, 2005). Los bloqueos de esta zona pueden darse en función de contener el llanto, la risa, la tristeza y en general, afectar el flujo de la respiración. Las personas de estructura psicótica suelen desarrollar una comprensión diafragmática que hace que el pecho se “hunda” escondiéndose y no permitiendo la movilidad y la expresión de sentimientos tendiendo al autocontrol. También se puede desarrollar el pecho “hacia afuera” debido a un bloqueo

del tórax, comúnmente estas personas reportan problemas por la postura, como la lordosis y dolores de espalda.

- e) Segmento diafragmático (quinto): los bloqueos en esta zona tienden generar una curvatura de la columna o hiperlordosis, afectando de esta manera la respiración (Ramírez, 2005). Es por esto, que las personas de estructura psicótica pueden desarrollar un bloqueo con repercusiones generales en el biosistema, al afectar la respiración inhibiendo los ritmos de esta. El músculo diafragmático juega un papel central en la estructuración del acorazamiento, debido a su pleno funcionamiento desde la vida intrauterina. De hecho, lo habitual es que las personas presentemos una tensión crónica en la zona debido a que recibe la angustia de las frustraciones y el estrés desde el nacimiento.
- f) Segmento abdominal (sexto): este segmento incluye músculos abdominales mayores, laterales y los músculos lumbares de la columna vertebral. El bloqueo en esta zona guarda relación con el terror al ataque y produce inhibición del rencor (Ramírez, 2005). Es importante notar el grado de contracción que tiene este segmento, así como también su participación en la respiración.
- g) Segmento pélvico (séptimo): abarca los músculos de los miembros inferiores y la pelvis. Normalmente la coraza se desarrolla en función de inhibir el placer, el cual se transforma en ira la que a su vez se traduce en ciertos espasmos musculares. Este bloqueo se relaciona con una actitud de desprecio hacia lo sexual, el acto sexual, o incluso le compañere (Ramírez, 2005).

“Reich crea así un sistema de trabajo corporal en donde define siete segmentos de la coraza (segmento ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal y pélvico) y los aborda metodológicamente siguiendo la dirección céfalo-caudal, para evitar efectos energéticos “ganchos” (hooks). Es decir, que la energía liberada por un segmento sea “enganchada” por un segmento anterior que estuviese mal trabajado, generando una estasis, un bloqueo o una intensificación de materiales perturbadores (disociativos, depresivos, etc.) asociados a ese segmento ” (Baker, 1980 citado en Gonçalvez, 2008, p.3)

Complementando esta información, Ramírez (2005) se refiere a algunos indicadores de bloqueos importantes como los siguientes: piel blanca (contracción) roja (obstrucción) o terrosa (energía estancada); cambio de color en varias partes del cuerpo; falta de movilidad; impresión de “zona muerta”; tensiones particulares en los puntos de unión importantes: articulaciones, cintura,

cuello; alineación postural torcida o descompensada; falta de conexión, de armonía, y de coordinación entre varias partes del cuerpo; debilidad en algunas partes del cuerpo; torpeza o rigidez en el movimiento; y superficialidad de la respiración.

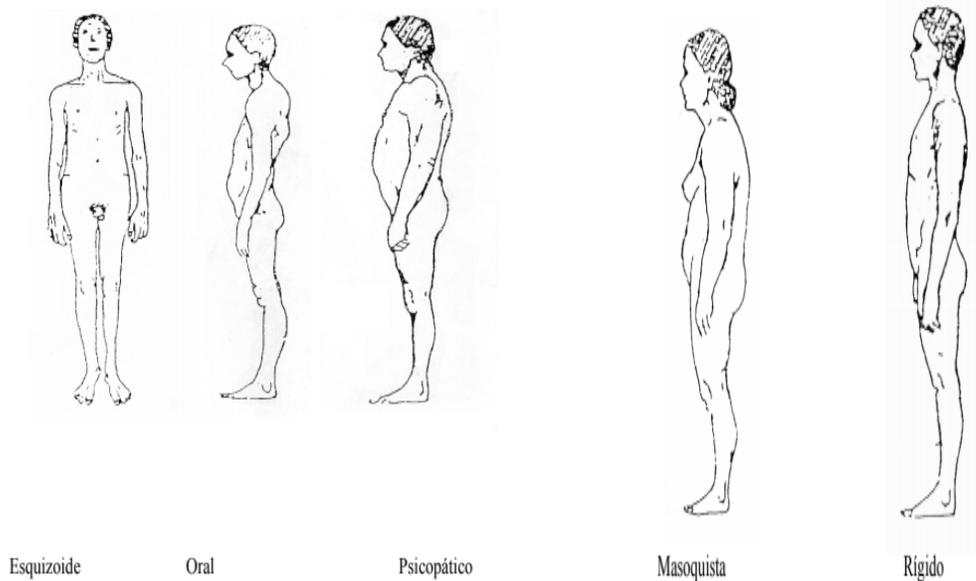
Por su parte, Alexander Lowen aporta significativamente a la descripción de los tipos de carácter de Reich, a través de gran parte de su obra, cambiando y agregando tipos de carácter, así como elementos en su descripción enfocada en la estructura corporal, lo que apunta a un moldeamiento del ego en el cuerpo en el proceso de envejecer, dadas las defensas psicológicas que vamos creando para enfrentar nuestra realidad. Ramírez (2005) resume la información de estos tipos psicológicos en la siguiente tabla:

	Esquizoide	Oral	Psicopático
Características generales	Denominado así por la escisión que presenta la persona entre su cuerpo y mente. Lo que dice tiene poco que ver con lo que siente. Presenta también alta tendencia a retraerse y asilarse. El miedo es la emoción central.	Presenta los rasgos de un niño en esta etapa. Alta dependencia de su entorno, necesidad de ser atendido, recibir, afecto y calor. Sensación de vacío interno	Se caracteriza por la negación de los sentimientos. Niega sus necesidades y las coloca en otros, satisfaciéndolas a través de la utilización de otras personas. El poder y control son fundamentales al igual que su imagen. Dos tipos principales: el que se impone y el que seduce.
Factores históricos	Vivencias tempranas de rechazo, u hostilidad de parte de la madre o el ambiente, que fueron interpretadas como amenazas para la existencia del bebé	Experiencia temprana de privación de alimento o afecto, por ausencia real de la madre, o por la presencia de madre deprimida. Niño con desarrollo precoz, que al haber acelerado su proceso no se desarrolló adecuadamente.	Niño que fue utilizado por padres seductores para resolver las necesidades de ellos, negándosele su vulnerabilidad y necesidad. Es así como se enfrentó con la situación de sobrepasar su necesidad, o bien satisfacerla manipulando a los demás.

Características Psicológicas	Disociación de la realidad. Tendencia a la ensoñación y al trabajo intelectual. Desconexión de los afectos y el cuerpo. Sensación de que no tienen derecho a existir compensado por sentimiento de superioridad.	Vivencia de vacío interno con una tendencia a incorporar comida, personas, etc. Necesidad de apoyo externo, incapacidad de estar solo, dificultad de pararse sobre los propios pies	Persona controladora que utiliza los demás para su propio bien, genera dependencia en otros, pero niega la suya, así como niega sus sentimientos, y se vuelca contra ellos. Buscan dominar, para lo cual se orientan a la imagen y al éxito.
Condición Bioenergética	Retirada total de la energía de la periferia, la energía se congeló al centro del cuerpo, como respuesta del fuerte terror experimentado	Energía fluye muy débilmente hacia la superficie. Su baja carga se expresa en un tono muscular muy bajo, y en una tendencia a deprimirse.	Energía esta desplazada a la zona alta del cuerpo, con baja carga en zona inferior, por un corte energético en la zona del diafragma. Alta carga en pecho brazos y manos
Condición física	Cuerpo muy delgado y alargado. Pudiendo ser muy obeso por la falta de límites. Partes poco conectadas con aspecto mecánico. Musculatura tensa. Asimetría lateral. Corte a nivel del diafragma. Rostro como máscara, ojos sin vivacidad	Cuerpo delgado, musculatura subdesarrollada en piernas y brazos principalmente. Piernas son débiles, rodillas suelen estar hiperextendidas. Pecho hundido y abdomen hacia fuera. Aspecto de un cuerpo que pareciera desarmarse.	Cuerpo con un desarrollo desproporcional de la zona alta, que da un aspecto triangular. Pecho inflado, caja torácica muy amplia, mientras que zona inferior muy estrecha, con poca sensación de apoyo. Que gráfica como su imagen de ego inflado no tiene base en
	y sin contacto, mirada desenfocada.		la realidad.

	Masoquista	Rígido
Características generales	Una persona que se queja, que parece sufrir y ser infeliz, pero que hace nada por cambiar su situación. Siente que carga con el mundo a cuestas, y tienden a ser muy sumisas y complacientes, al mismo tiempo que provocadoras en forma solapada.	Este carácter es subdividido por Lowen por 4 subtipos, el histérico, el pasivofemenino, el fálico narcicista y el obsesivo compulsivo. El concepto de rigidez los agrupa por la tendencia a mantenerse muy contenidos e inflexibles a nivel afectivo, físico y mental.
Factores históricos	Familia en donde se condiciona el afecto a través del orden y el control. Una madre dominante que sometió al niño/a a experiencias humillantes relativas al control de esfínteres y al control alimenticio. La madre lo sofocó anulando cualquier deseo de expresión de libertad u manifestación de oposición la única posibilidad de reacción que le quedo fue el rencor	Esta rigidez se relacionaría con su temor a ceder, pues el ceder está asociado a someterse y rendirse. Están en guardia con la condición de sentirse utilizados, atrapados y de que se aprovechen de ellos. Frenan sus impulsos de abrirse y salir a alcanzar algo.
		El carácter histérico sufrió la frustración de la búsqueda de su satisfacción erótica a nivel genital. Experimentó el rechazo de su progenitor de sexo opuesto, por el temor de éste a sus propios sentimientos sexuales hacia su hijo. Esta experiencia fue vivida como una traición al amor, y provocó una fuerte envidia hacia el progenitor del mismo sexo, por lo que estarán en una constante competencia con sus congéneres.

Características psicológicas	Persona sumisa, complaciente, pero que guarda hostilidad y rencor, sentimientos que manifiesta pasivamente a través de sus permanentes quejas. Siente temor de manifestar su rabia, pues tienes ilusiones de explosión, por lo que permanentemente contiene esta emoción, lo que explica el fuerte desarrollo muscular	Se muestran muy orgullosos en el plano afectivo. No logran integrar sus sentimientos con lo que piensan por lo que pueden actuar muy fríamente Muy apegados a la realidad, son vitales y enérgicos. Suelen ser ambicioso, competitivos, y con aspiraciones mundanas. El carácter histérico y el fálico evitan todo sentimiento tierno y amoroso
Condición bioenergética	Presenta alta carga energética, sin embargo su energía esta retenida, no es capaz de descargar ni expresarse. Esta retención de la energía le da a su piel un aspecto oscuro.	Alta carga energética en la periferia, lo que les permite tener un adecuado sentido de la realidad. Sin embargo les cuesta descargar la energía, por lo que si bien pueden sentir sentimientos, esto no son expresados externamente. La mujeres histéricas presentan un corte energético a nivel de la cintura que les impide el paso de sentimientos amoroso a la
		pelvis, ocasionando que se desconecte la sexualidad del afecto.
Características físicas	Cuerpo bajo y recio, alto tono muscular, colapsado poca gracia y movimiento. Tronco ancho y corto, pelvis rotada hacia delante, glúteos hacia dentro, hombros hacia adelante como si cargara peso en su espalda.	Suelen tener cuerpos armónicos, bien proporcionados. Con mucha rigidez en los músculos largos del cuerpo Mujeres con zona alta del cuerpo poco desarrollada lo que le da una apariencia infantil y la zona inferior con más desarrollo, con aspecto de mujer.



Las tablas y figuras anteriores describen el esquema de los distintos caracteres. Estos recursos fueron contruidos a partir de las publicaciones que Lowen (1995 a, 1995b, 1996,1198, 1999, 2000) dedicó para describir cada carácter. La información fue extraída de Ramírez, A. (2005). *Psicoterapia corporal: revisión de los aportes teóricos y clínicos de Wilhelm Reich, el análisis bioenergético de Alexander Lowen y la biosíntesis de David Boadella* (Tesis de Pregrado). Universidad de Chile, Santiago, Chile. p. 128 a 132.

- **Modelo de Intervención de Brasilda Rocha**

Brasilda Rocha, es una psicoterapeuta corporal de niños y adolescentes, quien se ha formado con personas como Gerda Boyesen, David Boadella, Keleman y Alexander Lowen, además de tener una notable influencia del psicoanálisis. Esta autora y terapeuta en ejercicio realizó una investigación de metodología mixta en la ciudad de Sao Paulo, con una población de 40 niños y adolescentes de entre 4 y 17 años que asistían a terapia (Cámares, 2015). En esta investigación sistematizó más de 95 juegos y juguetes los cuales relacionó con los tipos de carácter descritos por Alexander Lowen, y la evolución psicosexual de le niño o adolescente, recalando la importancia de poder presentar en el trabajo terapéutico con juguetes y juegos que sean pertinentes con la fase del desarrollo actual y esperado de le paciente/cliente, en función restablecer un estado que permita un juego propio, creativo y libre.

Para este propósito, Rocha observa los juguetes en correspondencia con el tipo de energía bloqueada en el transcurso del desarrollo psíquico y corporal de le infante, ya que estipula que los juguetes simbolizan el cuerpo de le niño, y que por esta razón el juguete puede significar una

herramienta que sirva de interpretación e intervención de una manera no invasiva, ya que dentro del espacio terapéutico estos juegan el rol de objetos transicionales. Esta autora pone un especial énfasis en los contenidos corporales y simbólicos a partir de los procesos de transferencia y contratransferencia -sean tanto de índole emocional como corporal- dándole así una connotación activa a la terapeuta, ya que asegura que es quien representa la función materna dentro del proceso psicoterapéutico (Rocha, 1999 citada en Cámares , 2015).

Rocha propone tres etapas principales durante su trabajo psicoterapéutico, las cuales son: en primer lugar interpretar a la infancia, la manera en que use los juguetes y como se desarrolla su juego, ya que esto sirve para identificar las diferentes tensiones corporales de la niñez y así poder proponer un trabajo acorde a la etapa de desarrollo por la cual atraviesa. La segunda etapa se centra principalmente en la transferencia y contratransferencia entre la terapeuta y el niño/adolescente, ya que se espera que se traigan al espacio terapéutico las diferentes emociones e impulsos más primitivos en función de poder elaborarlos en un espacio sostenido por la función materna de la terapeuta. Durante el tercer momento se intenta que el niño tome conciencia de sus posibilidades, conflictos, relación con sus padres y en términos generales de sí mismo y como se despliega su ser en el mundo, en función de posteriormente poder posibilitar un camino hacia nuevos tipos de juegos, soluciones, conductas y sobre todo su camino hacia el amor propio (Rocha, 1999 citada en Cámares, 2015).

Para poder lograr esto, se propone revivir los bloqueos que se identificaron a través del diagnóstico con juguetes y juegos, en función de la concientización de contenidos inconscientes para poder devolver las sensaciones que otrora eran inhibidas. Esto sucede a través de la activación del sistema nervioso autónomo, el cual a través de movimientos de expansión y contracción liberará las tensiones en los diferentes segmentos de la coraza muscular de la niñez/adolescente y permitirá una modificación en su flujo energético.

Para facilitar el abordaje del trabajo terapéutico propuesto por la autora, esta presenta diferentes tipos de carácter los cuales explicaremos a continuación (Rocha 1999 en Cámares, 2015):

a) *Carácter esquizoide:*

En la mayoría de los casos de niños que desarrollan un carácter de tipo esquizoide, se puede apreciar una experiencia fundante relacionada con cierta hostilidad hacia ellos, una

sensación de que se les niega el derecho a vivir o una gestación complicada caracterizada por estrés o consumo de drogas y/o alcohol.

Es por esto que es muy importante en primer momento, poder brindarles como profesionales de la salud mental un ambiente de confianza, contención, calidez y seguridad donde puedan desplegar su persona sin la sensación que caracterizó su experiencia temprana. Estas personas tienen como principal mecanismo de defensa la proyección, con recurrentes regresiones, además de que suelen presentar una dificultad en sus movimientos expresivos, así como también en la verbalización de sus emociones por la desconexión entre su mente y sus sentimientos. En este sentido, el cuerpo juega un rol fundamental, ya que durante el tratamiento se busca que le paciente conecte con su propia fuerza vital buscando sus límites corporales. Además, se propician ejercicios que le permitan conectar con sus bloqueos, los cuales muy a menudo conllevan miedos y ansiedades ligados a momentos traumáticos de su vida, Rocha (1999, citada en Cámares, 2015) incluso recomienda muchas veces abrazar a la niña, ya que esto le permite experimentar sensaciones de contorno y contención, así como también reencontrarse con su esquema e imagen corporal.

Esta autora alude a que normalmente los juegos y juguetes como escopetas, pistolas y elementos para herir suelen ser usados por niñas que estén elaborando emociones destructivas o agresivas. También el juego de las escondidas suele ser jugado por niñas que buscan proximidad e internalización de su vínculo materno.

En términos de intervención, Rocha (1999, citada en Cámares, 2015) recomienda mucho el inflar globos, ya que esto por una parte permite el trabajo con la respiración ascendente, lo que puede llevar a que paulatinamente se relajen los segmentos oral y diafragmático. Además, el globo puede simbolizar diferentes aspectos de gestación, como lo son el cuidado y protección necesarios. Otros ejemplos de juegos utilizados en la intervención psicoterapéutica son el modelado con porcelana, ya que este juego fomenta la descarga de rabia, y la consiguiente contención necesaria para la infante en un espacio seguro, a través de las sensaciones táctiles y cinestésicas. El juego con arena permite una reorganización de las partes disociadas del yo a través de la proyección de fantasías y conflictos a partir de la figura materna.

b) Carácter oral:

Esta forma de organización y estructuración psíquica se caracteriza por una experiencia temprana de soledad y desamparo. Las ansiedades que se vinculan con este tipo de carácter

suelen aparecer entre los 6 meses y 2 años de vida, y guardan relación con la necesidad de la niñez de elaborar el desapego con su figura materna, en función de tener una seguridad afectiva (Cámares, 2015). Estos sentimientos de soledad y desamparo suelen compensarse con el desarrollo temprano de habilidades motoras y del lenguaje, lo que se traduce en una “falsa independencia”. Como veremos más adelante, en esta fase ocurre el destete (Volpi y Volpi, 2006) el cual es un elemento fundamental en la relación de la niñez con la madre, ya que durante esta etapa el bebé tiene la necesidad de ser alimentado de forma nutritiva, y dar este paso -el destete- de manera demasiado abrupta puede afectar profundamente el vínculo materno y percibirse como abandono.

Este tipo de carácter suele presentar problemas alimenticios como ingesta compulsiva de alimentos, vómitos o verborrea, dado que el principal trauma que caracteriza esta organización psíquica tiene relación con la función nutritiva y como esta fue llevada a cabo. El principal mecanismo de defensa suele ser la negación (Cámares, 2015). Además, suelen presentar una musculatura flácida y un contacto con la realidad más bien frágil, lo que causa que sean frecuentes los tropiezos o caídas. También presentan una gran tensión en el pecho y en la zona en los segmentos ocular y oral, a la vez que una gran pasividad respecto a su medio y sí mismos.

En este sentido, es menester que los juegos y juguetes propuestos en terapia apunten a fomentar el “grounding” de la infancia en función de alcanzar una independencia real. También se recomienda el juego con el aro de básquetbol en función de distender las tensiones en la zona del pecho y descargar la energía contenida en ella. El juego con tijeras es utilizado en función de elaborar las ansiedades orales, de separación y corte con el vínculo materno, y la “payaya” o “payana” permite elaborar simbólicamente los autocuidados referentes al miedo al abandono, la necesidad de estar vivo y querer seguir estándolo mientras fortalece las habilidades manuales.

c) Carácter psicopático:

Este tipo de carácter a menudo se relaciona con una vivencia de rechazo o traición de parte de una de las figuras paternas que no puede satisfacer las necesidades de contención, apoyo y contacto de la niñez. Esta ansiedad sería compensada a través de la idealización de la propia imagen, siendo común en estos casos las fantasías de excesivo poder o control sobre otros, las cuales no permiten entrar en contacto con los verdaderos sentimientos de inferioridad, fragilidad e inseguridad que suelen estar a la base de este tipo de organización psíquica.

Es común también, que los niños con un tipo de carácter psicopático presenten conductas antisociales o que se tilden de poco íntegras, ya que tienden a querer manipular e intentar controlar a su círculo, siendo sus principales mecanismos de defensa la supresión de sentimientos, la negación y el desplazamiento (Cámares, 2015). Respecto a la corporalidad de estas personas, suelen presentar una mayor cantidad de musculatura en la parte superior de su cuerpo y un abdomen con una carga energética muy baja, lo que les “facilita” el no tomar contacto con los propios sentimientos, también presentan una gran tensión en el segmento ocular, que se traduce a una mirada alerta y dominadora.

Es menester que el profesional de la salud mental pueda ofrecer y trabajar en función de establecer un clima de confianza y honestidad para abordar los sentimientos asociados a la manipulación, el control y el engaño, así como también pueda hacerse consciente de las repercusiones que tienen sus conductas de control, manipulación y agresividad, lo cual Brasilda Rocha (1999 citada en Cámares, 2015) recomienda hacer a través del juego. En este, en primer momento intenta hacer que salgan a la luz estas acciones o cualidades del juego de la infancia, para posteriormente elaborar los diferentes aspectos y problemáticas y trabajar en el autocontrol de estos impulsos agresivos o controladores.

En este sentido, el “micado” se recomienda para trabajar el autocontrol de impulsos agresivos, a la vez que sirve para desarrollar concentración y pulso. También la “escoba” o “robamonton” (de la baraja española) puede ser introducido como juego para elaborar sentimientos persecutorios de parte de la infancia en la relación terapéutica, ya que presentan un “comodín” que sirve para llevarse el “monton” o los puntos de quien juega. Recordar que estos sentimientos persecutorios suelen aparecer en el trabajo de este tipo de carácter dadas sus experiencias tempranas relacionadas a la vivencia de la traición.

d) Carácter masoquista:

La vivencia temprana de este tipo de carácter está marcada por la condicionalidad del cariño proveniente de sus padres, los cuales a su vez tienden a tener dinámicas caracterizadas por la dominación o la sumisión, por lo que el mensaje que se recibe es que la entrega de afecto siempre depende de la sumisión y/o humillación que esté dispuesta a pasar, situación que genera tanto desconfianza como sentimientos intensos de culpa cuando se piensa o se quiere hacer algo diferente al mandato familiar/parental.

“Los niños con características masoquistas, frecuentemente presentan conductas ambivalentes, de negatividad y hostilidad. Sus mecanismos de defensa suelen ser el desplazamiento y la formación reactiva. A su vez, presentan gran represión de sus emociones y de sus sentimientos sexuales. En consecuencia, su musculatura es densa, hipoactiva, cargada en el centro de su cuerpo y subcargada en los puntos de contacto (lo que le dificulta la expresión de sus emociones y el contacto con la realidad). Asimismo, presentan gran carga energética en su espalda, acompañada de fuerte tensión en el cuello, mandíbula y cintura.” (Cámares, 2015, p. 38)

Es importante saber que, durante el trabajo terapéutico con este tipo de carácter, le paciente suele buscar la aprobación y simpatía de le terapeuta, por lo que es importante fomentar la expresión de agresividad y en general cualquier voluntad que nazca desde la persona. Es por esta situación también que les infantes con este tipo de organización psíquica no suelen llegar a consulta debido a que siempre están sobre adaptados a su entorno.

Rocha (1999 citada en Cámares , 2015) recomienda los juegos que ayuden a la descarga de la agresividad contenida, así como también ls ejercicios de liberación de la pelvis, el estiramiento para relajar las zonas que se encuentran más tensas como lo son la espalda, cintura, cuello y mandíbula, y el modelado con arcilla, ya que ayuda a simbolizar contenidos internos y a entrar en contacto con las propias necesidades.

e) Carácter histérico:

La principal vivencia relacionada con la herida o trauma de este tipo de organización psíquica es la del rechazo de uno de sus progenitores -principalmente del sexo opuesto-, lo que provoca que a menudo se compensen las ansiedades histéricas a través de sentimientos de orgullo y control de sentimientos, en función de no entregarse al flujo de sensaciones y emociones que pueden generar sus relaciones afectivas. También es común que se muestren conductas provocativas, sumisas, de resistencia o competitivas. En cuanto a su corporalidad, se caracteriza por tener gran tensión en las zonas periféricas de su cuerpo, así como una rigidez en la zona del cuello y espalda, y un importante corte en la zona pélvica y torácica, lo que dificulta la conexión con su genitalidad.

En relación al trabajo terapéutico, se considera que le profesional debe disponer de un espacio cálido y afectuoso en función de que le infante pueda conectar, revivir y elaborar aspectos relacionados a la vivencia y sentimiento de rechazo. También se recomienda focalizar el trabajo en

la expresión de la agresividad y el relajo muscular que viene posterior a este. En cuanto a las alternativas lúdicas, la autora propone el “ta-te-ti” o el “gato” o “tres en línea” en cuanto favorecen la entrada de un tercero a relacionarse con él sin ser excluido por esto, a la vez que se fomenta una actitud activa y creativa.

Después de haber revisado diferentes dimensiones del diagnóstico tanto desde la perspectiva clásica de la psicología, así como de la psicocorporal, podemos observar que existe una gran cantidad de elementos a ser considerados al momento de aproximarse a un cliente/paciente infantil. Lo anterior siempre tiene que ir acompañado de una correlación de los datos obtenidos en contexto terapéutico y la información que se tiene sobre las diferentes etapas que atraviesan durante el desarrollo de la persona. Siguiendo en la revisión de perspectivas, a continuación haremos un recorrido desde la psicología clásica a la psicología corporal, para analizar los diferentes elementos a considerar en torno a lo que sería un desarrollo saludable y sus implicancias en el ejercicio clínico.

2.2 Capítulo II: Desarrollo

2.2.1 Desarrollo en la Psicología Clásica

Al hablar sobre la psicología del desarrollo, nos referimos a la ciencia que estudia las regularidades del estado evolutivo, tanto en el ámbito psíquico como de la personalidad, así como también causas comunes que provocan tendencias observables que caracterizan determinadas etapas en la vida de una persona. Sin embargo, hay que tener en cuenta que, si bien se busca establecer ciertas leyes psicológicas generales respecto a le infante/adolescente, estas se expresan de una forma particular y única dada la individualidad de cada ser humano (Domínguez, 2007).

Un factor a considerar dentro del análisis del desarrollo es la periodización que se le da a este, ya que las tendencias que presentan las diferentes fases o etapas pueden ser de suma utilidad como una guía para vislumbrar los estados y procesos por los que puede estar pasando una persona. Además, se vuelve un conocimiento necesario para poder hacer un diagnóstico competente de un infante, como también para poder discernir un indicador o signo clínico de algún comportamiento típico de determinada edad (Peredo Videira, 2000). A continuación, se reúnen algunos de los hitos importantes del desarrollo humano según 3 autores -Freud, Erikson y Piaget- y se agrupan según la edad aproximada en la que aparecen.

- 1ª etapa (desde 0 a 2 años aprox.): Freud describe como, en lo que él llamó la “fase oral”, la boca se constituye como la principal fuente de placer (Villalobos, 1999). Esta fase guarda una muy importante relación con la capacidad que desarrollaremos en un futuro de relacionarnos con las personas que nos rodean, con la confianza y capacidad de obtener los elementos que se necesitan del medio. En cuanto a Erikson, este describe esta fase en términos de “confianza básica” o “desconfianza básica” respecto al mundo, concordando con Freud en la importancia de una experiencia de satisfacción de las necesidades básicas y de protección, calidez y seguridad necesarias para desarrollar una “confianza” en el mundo (Robles, 2008). Además, tanto Erikson como Piaget apuntan a que durante esta etapa predominan las acciones reflejas, sensoriales, respiratorias y cinestésicas como medio principal de vinculación con el medio por parte de le bebe, aunque al final de esta etapa se consiguen ciertos hitos intelectuales como la conducta intencional y la comprensión de la existencia de objetos que están fuera de su percepción (Tomás y Almenara, 2007; Robles, 2008). Piaget & Petit (1986) presentan el juego “sensorio-motor” o “juego de ejercicio” como la actividad lúdica en los infantes de esta edad. En este tipo de

juego no existe pensamiento abstracto y se basa en el placer que causa el repetir conductas que resultan novedosas para el infante (Piaget, 2019)

- 2da etapa (desde los 2 a 3 años aprox.): Freud (Villalobos, 1999) apunta cómo en esta etapa la zona del ano se erige como la principal fuente de placer a través de la función de excretar y el valor simbólico que esto tiene. Durante esta fase se va adquiriendo cada vez más independencia respecto a las figuras paternas, dado que hay un gran desarrollo mental, motor, muscular y de verbalización respecto a la fase anterior. En este sentido es muy importante el apoyo y aliento que se le da al infante en sus intentos de ser autónomo, ya que esto alimentará el sentido de confianza que tenga y le permitirá afianzar la propia autonomía (Robles, 2008), mientras que las palabras y actitudes punitivas tienden a generar una retención de heces debido a la ansiedad que genera, lo que según Freud puede desembocar en una actitud mezquina y obstinada (Dominguez, 2007). Erikson apunta a que la “voluntad” es la fuerza básica de esta etapa y lo que se espera desarrollar, y también nos indica lo común que es en los infantes de esta edad tener una actitud de “desobediencia” respecto al grupo familiar, lo cual tiene como finalidad desarrollar una identidad diferente a quienes le rodean a la vez que se sondean los límites de su núcleo (Robles, 2008). Piaget concuerda con esto, y llamó a esta situación “egocentrismo”, como una limitante del pensamiento en este periodo, ya que no se pueden observar las situaciones o problemáticas desde otra perspectiva que no sea la propia, dificultando muchas veces el diálogo con la familia y con sus pares (Tomás y Almenara, 2007).
- 3era etapa (desde los 3 a los 5 años aprox.): Freud indica que durante esta etapa existe un marcado interés en los genitales y puede aparecer la masturbación ligada a la exploración de estos. También ocurre el Edipo, proceso crucial para la aparición del “superyó” a través de un proceso de identificación con sus padres (Villalobos, 1999). En cuanto a Erikson, este describe esta fase en términos de iniciativa v/s culpa, y alude a que el “propósito” es la fuerza básica del periodo, el cual permite llevar a cabo acciones deseadas a pesar de la presente amenaza del miedo, vergüenza o culpa. Además, los infantes comienzan a relacionarse cada vez más con pares, lo que les lleva a situaciones de juego donde pueden exteriorizar su vida interior, muchas veces a través de la fantasía que refleja lo que quieren lograr en el mundo (Robles, 2008). Por su parte, Piaget indica que durante esta fase

aparece el “pensamiento representacional”, el cual tiene que ver con la capacidad de referirse a palabras u objetos del medio sin que necesariamente se encuentren en ese momento, y al igual que Erikson, se refiere a la aparición del juego simbólico durante esta etapa (Tomás y Almenara, 2007).

- 4ta etapa (desde los 5 a los 13 años aprox.): Freud alude a una calma relativa respecto a los impulsos sexuales durante esta etapa, también se refiere a cómo les infantes se encuentran inmersos en el mundo escolar, haciendo que sus principales focos de atención sean el juego y las relaciones interpersonales, siendo muy común que los procesos cognitivos avancen a paso acelerado, así como también los procesos de desarrollo físico, como la estatura y habilidades motoras, lo que impulsa a le infante a ser paulatinamente más independiente (Villalobos, 1999).

Erikson describe esta fase en términos de diligencia v/s inferioridad, ya que durante esta etapa se afianzan muchas de las habilidades adquiridas en etapas anteriores, al mismo tiempo que el medio tiene mayor expectativa respecto a le infante, y se incursiona en actividades socialmente asignadas al género, por lo que la aceptación que perciba le niñe desde el medio es fundamental para una buena resolución del conflicto inherente a la fase (Diligencia v/s inferioridad). Erikson alude a la importancia del juego en esta etapa ya que permite un desarrollo tanto físico como de habilidades motoras/intelectuales, además de que marca una pauta de relación con la autoridad (Robles, 2008).

En cuanto a Piaget, este indica que ocurren ciertos hitos intelectuales como la superación de la “centralización”, limitante del pensamiento que refiere a enfocarse solo en las características más llamativas de un objeto o situación, y no en las demás. También se puede flexibilizar más el pensamiento y se es capaz de adoptar puntos de vista más allá del propio, entre otros hitos intelectuales (Tomás y Almenara, 2007).

- 5ta etapa (desde los 13 a los 18 años aprox.): Esta fase se caracteriza por la organización de la libido alrededor de los órganos sexuales, apareciendo la masturbación ligada al placer. Es común que durante esta fase se gaste mucha energía en querer reafirmar la identidad frente a sí mismo y el grupo de pares, ensayándose conductas frente al “género” (Villalobos, 1999).

Erikson se refiere a esta etapa como la transición de la niñez a la adultez, y plantea el conflicto de identidad v/s confusión de la identidad. Es importante para le adolescente

responder la pregunta “¿quién soy?”, la cual muchas veces lleva a tomar como modelos a artistas, deportistas, músicos, etc. A la vez, se cuestionan los modelos parentales, lo cual comúnmente está acompañado de una debilitación del apego con los padres, y un fortalecimiento del apego con el grupo de pares (Robles, 2008).

En cuanto a Piaget, alude a que el pensamiento se hace más abstracto y complejo, lo que conlleva que no se necesite estar percibiendo objetos o situaciones para imaginar posibles resultados sobre esas, pudiendo generar escenarios hipotéticos, apareciendo también el “pensamiento científico” el cual refiere a la capacidad de generar y probar hipótesis con cierta sistematicidad.

Después de haber revisado estas diferentes teorías respecto a la periodización del desarrollo, se hacen evidentes algunas carencias de estas. Por ejemplo, Piaget se enfoca únicamente en el plano intelectual. Este autor, al igual que Erikson y Freud refieren a una universalidad de sus etapas o estadios, obviando casi por completo el factor socio histórico en el desarrollo, así como también la estrecha relación entre los aspectos cognitivos y emocionales (Domínguez, 2007). Además, presentan una carencia compartida respecto a un saber más profundo de la dimensión corporal en el ser humano y sus interrelaciones con los diferentes procesos involucrados en el desarrollo.

2.2.2 Desarrollo según lo Psicocorporal

Así como postula Grad, et. al. (s/f, citado en Navarro, 2016) el desarrollo es un proceso multidimensional el cual implica todas las dimensiones de la persona, y que se cataloga como “integral” al interrelacionarse las diversas áreas como la motora, emocional, intelectual, etc. Por tanto, al momento de hacer un análisis sobre el desarrollo evolutivo, estas áreas deben considerarse como un conjunto indisoluble. Sin embargo, sabemos como el reduccionismo característico de la mirada científica ha relegado las dimensiones emocionales, así como también la corporal (Rosello y Del Mar, 2019).

En esta línea, es pertinente ahondar en la Psicomotricidad, disciplina que explora y apoya el desarrollo de la motricidad aludiendo a que esta es clave en los cambios que se dan en relación a la estructura de la persona, así como también en el desarrollo cognitivo y social, entendiéndole como un elemento fundamental en la construcción del pensamiento y la personalidad (Rosello y Del Mar, 2019).

Munlain (1997, en Araujo y Gabelan, 2010) le define así:

“La Psicomotricidad es una disciplina educativa/reeducativa/terapéutica, concebida como diálogo, que considera al ser humano como una unidad psicosomática y que actúa sobre su totalidad por medio del cuerpo y del movimiento, en el ámbito de una relación cálida y descentrada, mediante métodos activos de mediación principalmente corporal, con el fin de contribuir a su desarrollo integral (MUNIÁN, 1997: 79)”. (p. 3-4)

Además, ahondando en esta unidad psicosomática de le ser humane, la psicomotricidad en su discurso posiciona al cuerpo como foco a intervenir, en cuanto es el lugar donde las personas vivimos nuestra afectividad, deseo, emociones, está latente nuestro inconsciente y en resumidas cuentas, es la forma que nos brinda la presencia en este mundo (Lázaro, Palomero y Fernández, 2000). Es a la vez, el eje central sobre el que construimos nuestra forma de ser en el mundo, con sus maneras de comunicarnos con otros, como instrumento de percepción de información, como antesala del pensamiento y el lenguaje (Lázaro, Palomero y Fernández, 2000).

La psicomotricidad se aplica principalmente en 3 campos: Educativo, terapéutico y preventivo, y tiene una serie de principios básicos y generales que revisaremos brevemente:

Principios básicos: El trabajo de la psicomotricidad debe dar un lugar especial y comprender el valor de ciertos aspectos fundamentales para el correcto desarrollo de le infante, como son la *producción expresiva-creativa*: la cual permite a les niños poder expresar de forma libre emociones y sentimientos. *El pensamiento*: el cual permite entre otras cosas la representación de los juegos y acciones/objetos con los que le niño interactúa, permitiéndole esto resolver paulatinamente problemas más complejos. *El juego*: como una de las actividades centrales en el desarrollo, la cual permite por una parte la estimulación de diferentes ámbitos cruciales en diferentes etapas de la vida, como también da la posibilidad de convertirse en un espacio de descarga corporal y emocional. *La identidad*: al considerar los diferentes ámbitos que componen e interactúan de manera integral en el proceso de desarrollo. *La comunicación*: dándole un lugar importante a los procesos de comprensión, expresión y escucha en las interacciones sociales. *La expresividad*: en cuanto a poner foco en el desarrollo de la capacidad sensitiva, tanto en el ámbito de la expresión espontánea de sentimientos y emociones, como también en la capacidad de escucha a otros y de sí mismo (Araujo y Gabelán, 2010).

“La psicomotricidad constituye el área de conocimiento que estudia la interacción entre el conocimiento, la emoción y el movimiento en la infancia [.....] El estudio de la

psicomotricidad tiene un papel importante porque incide en el desarrollo intelectual, afectivo y social del niño, favoreciendo la relación con su entorno y tomando en cuenta las diferencias individuales, necesidades e intereses de los niños y las niñas”. (Mendieta, Mendieta y Vargas, 2017, p. 7)

Esto es importante de considerar, ya que se tiene diferente evidencia sobre que:

“El desarrollo motor coadyuva al desarrollo neuronal y viceversa, por ello es fundamental la estimulación motriz del niño, las habilidades que van adquiriendo hacen posible el manejo del cuerpo en el contexto que le rodea. Estos logros de los niños tienen una marcada influencia en las relaciones sociales, el afecto se incrementa con el juego, se logra independencia con los padres y conocidos”. (Mendieta, Mendieta y Vargas, 2017, p.24)

Es sobre estas bases que la intervención en este campo apunta al desarrollo de las posibilidades motrices, expresivas y creativas a partir del cuerpo, dándole un interés especial al movimiento y las acciones, incluyendo también lo que en algunos casos se presenta como patologías de este (Berruezo ,1995 citado en Araujo y Gabelán, 2010).

- **Periodización según la Psicomotricidad**

Respecto a la periodización según esta disciplina, es de mucha utilidad el cuadro resumen del texto “psicomotricidad infantil” (Mendieta, Mendieta y Vargas, 2017) ya que este expone los principales logros y acciones típicas de cada etapa de vida de los infantes:

Desarrollo psicomotriz ³⁰	
Prenatal	
0-1 año	<p>El neonato: Presenta reflejos automáticos y movimientos inconscientes y reflejos. Sus reacciones son arcaicas frente a estímulos dolorosos, luminosos, fuertes y ruidos. La emisión de sonidos inespecíficos.</p> <p>El primer mes: Intenta mover la cabeza, cierra la mano frente a estímulos externos, trata de buscar la luz o los sonidos.</p> <p>El segundo mes: Se inicia la fijación ocular y trata de seguir los objetos con la mirada.</p> <p>El tercer mes: La cabeza la lleva de un lado a otros (trata de hacer fuerza ante la gravedad), la mano la lleva a la boca y puede ir desde decúbito dorsal a ventral (en algunos casos lo hace a la inversa), tiene movimientos voluntarios y prensión de manos frente a objetos.</p> <p>El cuarto y quinto mes: Se logra levantar en la posición decúbito ventral con ayuda de los codos, levanta la cabeza muy hacia arriba y hacia atrás, puede asir objetos y reconoce a las personas de su entorno, balbucea sonidos como si fueran vocales.</p> <p>El sexto, séptimo y octavo mes: Lleva los pies a su boca, se puede mantener sentado, se quita objetos de su rostro (se ha ensayado con pequeñas piezas de tela), cambia los objetos de una mano a otra, reconoce y sigue los movimientos de otra persona, pronuncia sílabas.</p> <p>El noveno-décimo mes: Desde la posición de sedestación, se mantiene y gira su cuerpo, inicia el gateo y puede llegar a bipedestación con apoyo, el agarre o prensión es más fuerte y duradero, mejora su agudeza visual y la fusión de imágenes de cada ojo en una sola imagen, imita ruidos, dice sílabas.</p>
1-2 años	<p>Deambula con apoyo; la posición de bipedestación es más estable; domina la prensión pulgar-índice al sujetar objetos y los lanza; introduce objetos dentro de recipientes; reconoce a las personas de su entorno más cercanas a él; empieza a formar palabras y obedece a órdenes simples; realiza juegos de imitación con las manos; se inicia en la masticación. Al año y medio, ya camina solo y con cargas en sus manos; en la posición de sedestación puede empujar objetos y trasladarlos; puede manipular cuadernos pasando las hojas para ver dibujos; domina diez o quince palabras diciendo frases simples; obedece órdenes y tiene sentido de posesión.</p>
2-3 años	<p>Puede correr y jugar (sin tener noción del peligro); empieza a subirse a los muebles y otros sitios de mayor altura; coge el lápiz, cuaderno (pretende escribir); imita gestos y reconoce lugares, utiliza pronombres y preposiciones, su lenguaje es casi claro (se entiende casi todo lo que habla); empieza a pedir (cosas, comida, biberón o seno); controla sus esfínteres durante el día.</p>
3-4 años	<p>Presenta movimientos espontáneos y con alguna armonía; tiene dominio en el inicio y fin de un dibujo; la marcha suele ser controlada en su velocidad; se puede detener y puede hacer el agarre y prensión con mucha fuerza; la lateralidad puede iniciarse con notoriedad; suele inhibir los movimientos involuntarios y empieza a desarrollar la disociación corporal; puede saltar con los pies juntos, copiar círculos; en el lenguaje utiliza palabras plurales y algunos tiempos; es autónomo al comer; se mantiene en un solo pie en posición de bipedestación y camina de puntillas; puede patear balones; pregunta y repregunta sobre lo mismo; discrimina colores, figuras y las puede colorear, cuenta números, canta; puede vestirse y lavarse.</p>
4-5 años	<p>Tiene equilibrio y ritmo, escribe letras, dibuja y pinta, recorta con tijeras, su lenguaje es casi correcto; ayuda en las labores (juegos de imitación, ayuda en barrer, lavar, etc.); tiene amigos determinados.</p>
5-6 años	<p>La maduración de su cerebro es casi completa; su visión estereoscópica es casi completa lo que le permite valorar el relieve de los objetos; está capacitado para la etapa de aprendizaje escolar.</p>

Esta información se extrajo de Mendieta, L., Mendieta, R., y Vargas, T. (2017). *Psicomotricidad Infantil*. Ecuador: Centro de Investigación y Desarrollo Ecuador. p. 23 y 24.

Considerando entonces las nociones corporales bajo las cuales opera la visión de la psicomotricidad, aludiendo al cuerpo como eje central del desarrollo de los seres humanos, el cual interactúa a su vez con aspectos cognitivos, emocionales, relacionales, etc. es pertinente saber algunos de los elementos sobre los cuales trabaja la intervención psicomotriz, los cuales son: la respiración; esquema corporal; coordinación motriz; control postural; función tónica; coordinación dinámica general; coordinación óculo-manual; lateralidad; y la orientación temporo espacial (Mendieta, Mendieta y Vargas, 2017).

Hasta acá revisamos parte de los fundamentos de la psicomotricidad y su intervención, observando el lugar capital que le da en su teoría al cuerpo en relación con dimensiones que otrora se pensaban separadas a este, como lo es el ámbito intelectual o afectivo. Aunque esta disciplina es una de las visiones más documentadas que considera y estudia el cuerpo más allá del dualismo cartesiano, no es la única que releva la injerencia del cuerpo en el proceso de desarrollo. A continuación revisaremos las propuestas relativas a la periodización del desarrollo de un grupo de autores que se destacan por esta cualidad.

- **Fases del Desarrollo Psicocorporal**

En Volpi y Volpi (2006) se constatan 5 diferentes fases o periodos en el desarrollo de le infante: “sustentación”, “incorporación”, “producción”, “identificación” y “formación del carácter”, las cuales tienen diferentes especificidades en cuanto a los requerimientos y comportamientos a los que se tiende según el periodo que se atraviesa. Mientras que Baker (1980, citado en Cámares, 2015) se refiere a 4 etapas que se corresponden con las zonas erógenas del cuerpo: “ocular” “oral” “anal” y “genital”.

- a) Sustentación: Esta fase propuesta por Volpi y Volpi (2001, citado en Cámares, 2015) alude a la vida intrauterina de le ser humane, desde la llamada fecundación hasta el nacimiento. Este periodo a su vez se divide en 3 sub fases: “segmentación”, “embrionaria” y “fetal”.

La “segmentación” alude a los primeros 5 o 7 días de embarazo, esta fase requiere un elevado gasto de energía autógena o A.T.P en función de poder fijar el cigoto a las paredes uterinas. Durante esta sub fase es muy importante que se eviten todo lo posible las emociones displacenteras, ya que estas traen aparejado un riesgo para el proceso de

fijación, siendo el momento en que muchas veces ocurren abortos espontáneos que pueden incluso no ser percibidos por la madre.

La segunda sub fase o "*fase embrionaria*" comienza con la fijación del cigoto a las paredes uterinas y termina con el segundo mes de gestación. Durante esta fase se desarrollan órganos como el hígado, la médula ósea y el bazo en le no nacide, a la vez que comienzan a desarrollarse las extremidades. La sub fase "*fetal*" se inicia desde el tercer mes de embarazo y termina en el nacimiento. Durante este periodo el feto es sensible a diferentes estímulos provenientes del ambiente extrauterino, como lo son el tacto, los sonidos, estímulos lumínicos, incluso de sabores y olores. Es importante en términos de desarrollo la formación del cerebro, el sistema neurovegetativo, pulmones y órganos sexuales. El feto responde con descargas hormonales y algunos movimientos a lo percibido por su madre, y el trabajo de parto empieza cuando ocurre una descarga hormonal a la corriente sanguínea de la madre, las cuales provocan las contracciones, movimiento fundamental en el parto (Volpi y Volpi, 2006).

- b) Incorporación: La Segunda etapa emocional de Volpi y Volpi (2006) es la "*incorporación*" y se extiende desde el nacimiento hasta el destete, el cual suele ocurrir aproximadamente a los 9 meses.

Durante esta etapa será fundamental el contacto y vínculo que le bebe tenga con su madre o figura de cuidado principal, ya que la mirada de esta/e será estructurante en cuanto que, a través de la mirada narcizisara, erotizara y libidizara a le recién nacide. Eso debido a que, por una parte, las principales fuentes de percepción del mundo de le infante serán sus ojos, oídos y nariz (Cámares, 2015).

Esta fase es paralela a lo propuesto por Baker (1980, citado en Cámares , 2015), quien nombró "*fase ocular*" y "*fase oral*" a este periodo, ya que, el contacto de le bebe con el medio ambiente se realiza principalmente a través de la zona ocular- la cual comprende ojos, oídos y nariz-, movimientos y sensaciones corporales generalizadas, y la boca.

Es importante que le bebe pueda percibir que las características del medio ambiente son amorosas, contenedoras y cálidas, ya que este contacto es clave para alimentar las sensaciones de aceptación y bienestar. Dada esta situación, hay que evitar que le bebe llore de forma estresante durante este periodo, pudiendo satisfacer sus necesidades cuando se presentan, en función de dar esta impresión de amor y bienestar que ya

mencionamos, así como también para evitar daños en la visión, ya que no es hasta el décimo día aproximadamente que el bebé no desarrolla a un nivel funcional sus glándulas lacrimales (Cámares, 2015).

Otro aspecto importante a esta etapa, a los cuales aluden Volpi y Volpi (2006) es la alimentación, la cual en este periodo es principalmente la leche materna y en específico el *"calostro"*. En este elemento se mezcla tanto lo físico con lo emocional de la madre, ya que, si esta tiene una seguidilla de sensaciones displacenteras o se encuentra en estados angustiosos, ansiosos o agitados en exceso, puede que el calostro tome toques amargos y que por tanto pueda ser rechazado por el bebé.

Según Gonçalvez (2010, citado en Cámares, 2015) el bebé introyecta los contenidos del mundo exterior a través del amamantamiento, además tener un rol importante en relación a los dos primeros organizadores bioenergéticos del psiquismo y en cómo funcionará el segmento ocular. Este autor afirma que el primer organizador surge a raíz de la acción mirar un punto fijo, el cual vendría a ser el pezón de la madre, mientras que el segundo organizador se da en la alternancia que desarrolla al momento de mirar el pezón, y posteriormente enfocar la cara de su madre. Se describen estos elementos como organizadores del psiquismo en cuanto inciden en el proceso de diferenciación de objeto parcial y total, así como también en la diferenciación entre el *"yo"* y *"no-yo"*.

Es importante destacar que durante la *"fase oral"* propuesta por Baker presenta una gratificación importante para el bebé a través de la alimentación, ya que es en el acto de amamantamiento donde los organismos de la madre y el bebé se fusionan, y en donde la descarga de la boca de el infante llega a un punto cúspide, apreciando así el contacto nutritivo con la figura materna (Cámares, 2015). Sánchez y Serrano (1997, citados en Navarro, 2016) aluden a que este punto de fusión es el que le entregará seguridad e integridad al infante, por lo que es vital favorecer el amamantamiento y a la díada madre-hijo. Hay que prestar atención en cómo se conecta la madre con el bebé en el momento de amamantar, ya que hacerlo de manera brusca o de mala gana puede generar posteriormente una fijación oral, que tiende a satisfacerse con comida, cigarrillos, alcohol, bebidas, etc.

Es destacable la capacidad de regulación de las necesidades alimenticias de los bebés y la importancia de saber interpretar los movimientos, balbuceos o llantos que puedan indicar

una demanda para conseguir alimento, ya que esta surgirá desde sus deseos pulsátiles y no estarán reguladas por los tiempos u horarios que establecemos desde el mundo adulto (Volpi y Volpi, 2006).

Durante esta etapa, gradualmente le bebé comienza a distanciarse de su figura de apego principal, ya que ocurre el descubrimiento de que no es parte de ella y empieza a reconocerse a sí mismo y a otros. También es común que debido a la aparición de los dientes, comience el proceso de “*destete*”, el cual es relevante en cuanto a que cambia la lógica de la relación erótica con la madre, y facilita el tercer organizador psíquico para la bioenergética según Gonçalves (2010, citado en Cámares, 2015), el cual corresponde a la lateralización de los ojos, la cual permite a su vez reconocer rostros de otros y compararlos con el de la madre, lo que provoca la “*angustia del octavo mes*”. Esta angustia se refiere a la sensación angustiada que acompaña el no reconocer a la madre en el rostro que está cerca, lo cual significa que esta no estaría presente (Spitz, 1965 citado en Cámares, 2015).

Es importante saber que durante la aparición de los dientes -aproximadamente durante el noveno mes- le bebé experimenta dolores, fiebre, irritación y angustia. Es fundamental que durante este periodo en específico, dada la complejidad en cuanto al estrés en el infante, se pueda brindar una atención y clima cálido en función de que perciba mayormente sensaciones placenteras y en menor medida sus molestias (Navarro, 2016).

En cuanto al “*destete*”, es de vital importancia el cómo se maneja esta situación, ya que según Serrano (1994 citado en Navarro, 2016) la succión de la teta es facilitador de la maduración del sistema inmunitario, respiratorio y de la identidad yoica, a través del cual se desarrolla la pulsación biológica. Atendiendo estos elementos, se entiende que el destete no debe ser demasiado abrupto ni violento para poder brindar las sensaciones de amor y contención que el infante necesita durante esta etapa, ya que de no ser así puede que se introyecten patrones confusos de relación debido a la insatisfacción en su relación con la madre. Sin embargo, es importante no hacerlo tardíamente, ya que el destete tardío puede provocar una suerte de pasividad respecto a la agresividad natural, lo que genera dificultades en diferentes ámbitos de la vida (Navarro, 2016).

Es por esto que Sanchez y Serrano (1997, citado en Navarro, 2016) afirman que el trabajo en esta etapa apunta a una dinamización en la relación oral, la cual va a favorecer la autonomía que va ganando el infante respecto a su madre, incluyendo paulatinamente y

de una manera más activa al padre y al núcleo familiar. Estos autores también indican que la “*fase oral*” organiza la base afectiva en cuanto a que es uno de los registros más profundos de le bebé respecto a la confianza en el mundo que le rodea.

- c) Producción: Esta etapa se desarrolla desde el destete hasta aproximadamente los 3 años, es importante en cuanto a que el niño es considerado como tal -ya no un bebe- e ingresa al ecosistema bioenergético correspondiente a la familia y al vínculo que se forma con esta (Gonçalvez, 2010, citado en Cámares, 2015).

Es menester saber que durante esta etapa se desarrollan ciertas actitudes naturales de le infante, las cuales pueden causar problemas con la familia por interpretarse como faltas de respeto o desafío a la autoridad. Una de ellas es el fonema “*NO*”, primer símbolo semántico de le infante el cual ayuda al proceso de autoafirmación al aprender a poner límites, y a la expresión de la agresividad natural. Es importante saber dialogar estos “*NO*” con le infante y poner atención en cómo percibe la autoridad del mundo adulto, al ser uno de los registros más profundos de esta en la vivencia de le niño (Navarro, 2016).

Durante esta etapa el principal foco de interés en le infante se centrará en su relación con otros, ya sean adultos o niños, en sus juegos, pensamientos, reconocimiento de expresiones y gestos, y en producir orina y heces de una forma satisfactoria. Es durante este periodo que le infante desarrolla su capacidad de autoconciencia, y también el concepto de “*objeto permanente*”, el cual le permite saber que, por ejemplo, si su madre sale a trabajar en la mañana, probablemente volverá en la tarde (Volpi y Volpi, 2002, citado en Cámares, 2015).

Este periodo se corresponde con la “*fase anal*” de Baker (1980, citado en Cámares, 2015)

En esta etapa le infante pone una especial atención a la relación de sus funciones excretoras con sus progenitores. Se experimentan sentimientos de orgullo si es que son bien valoradas, aunque las excesivas preocupaciones por parte de los adultos en relación a la función excretora de le niño pueden causar impactos negativos en esta, lo cual puede provocar posteriores conflictos asociados con bloqueos en la zona anal, afectando la independencia de le infante, la cual se desarrolla en gran parte en esta etapa dada la paulatina separación con su madre, afectando su espontaneidad y carácter.

Durante esta etapa le niño comienza a tener voluntad sobre sus acciones y un creciente deseo de ejercer su autonomía, comienza el juego simbólico y se interiorizan reglas

sociales y de regulación emocional. También se desarrolla la *“lengua propia”* que suelen hablar los infantes, la cual según Volpi y Volpi (2002 citado en Cámares, 2015) es primordial, ya que si se da un espacio para que el infante hable solo, no interrumpimos este proceso y lo incluimos en conversaciones de la familia estaremos estimulándolo de forma beneficiosa y podrá comprender y aprender paulatinamente su lengua materna.

- d) Identificación: La cuarta etapa, correspondiente a la de la identificación (Volpi y Volpi, 2006) se desarrolla desde los 4 años hasta el final de los 5 años aproximadamente, durante esta etapa muchas de las energías del infante se vuelven a sus genitales, sintiendo una especial curiosidad por estos, preguntándose por diferentes aspectos, y sintiendo curiosidad por los genitales de sus padres. Es también importante que el infante comienza a identificarse con un género y comprende su sexo con mayor profundidad, ocurriendo muchas veces el descubrimiento de la masturbación, como mera fricción carente de fantasías eróticas, conducta normal que se da mucho a esta edad. Esta fase se corresponde con la *“fase fálica”* de Baker (1980, citado en Cámares, 2015) quien alude a que esta etapa se caracteriza por una gran agresividad.

Es normal que en esta etapa se continúe con el pensamiento egocéntrico, muy apegado a las propias experiencias perceptivas. Además el infante desarrolla en gran parte el autoconcepto, que le permite tener una imagen de sí mismo a través de su relación con familiares, adultos en general y niños de diferentes edades. Esto, ya que los infantes van paulatinamente relacionándose más en las instituciones y grupos sociales correspondientes a su edad, alimentando su autonomía y muchas veces prefiriendo pasar más tiempo con el grupo de pares jugando, o jugando solo, que con sus padres (Volpi y Volpi, 2006).

- e) Formación de carácter: La etapa de estructuración o formación de carácter (Volpi y Volpi, 2006) comienza aproximadamente desde los 5 años hasta la pubertad, y según lo indicado por Reich (1987, citado en Volpi y Volpi 2006), es en esta etapa donde se forma y estructura en gran medida el carácter. Ocurre también la identificación con el progenitor del mismo sexo y el niño comienza a profundizar aún más su propia identidad, si es que no hay bloqueos ni mayores problemas en esta y las fases anteriores. Esta etapa se condice con la *“fase genital”* de Baker (1980, citado en Cámares, 2015) el cual alude a que el conflicto del Edipo, que se desarrolla en esta etapa es fruto de la represión sexual de los

adultes en la especificidad de cómo se vive nuestra cultura, ya que no es un conflicto natural necesario para la maduración humana.

En esta etapa le niño compartirá aún más el espacio escolarizado con sus pares y desarrollará sus propios valores en tanto se relacione con otros. Es importante en función de la maduración y desarrollo neuronal una alimentación saludable, así como también para el desarrollo motor y emocional, lo cual a su vez ayudará a la adquisición de logros sociales, físicos, emocionales y cognitivos. Volpi y Volpi (2002, citado en Cámares, 2015) aluden a que durante esta fase le niño disfruta de actividades que involucren la totalidad de su cuerpo, ya que ayuda a la concientización de diferentes capacidades, así como también al fortalecimiento físico, a su paulatina autonomía e identidad, y al reconocimiento y expresión de las propias emociones. Es durante este periodo que le niño comienza a asociar sensaciones corporales a su estado de salud, entendiendo gradualmente las causas que le llevan a enfermar o sentirse mal.

Ya habiendo revisado hasta acá las teorías más importantes e influyentes del desarrollo humano, su periodización, lo que se espera del proceso, las limitaciones y las nuevas perspectivas que otorgan una visión integral del desarrollo de habilidades y dimensiones de le ser humano, pasaremos a revisar la importancia del juego en el análisis de pacientes/clientes infantiles.

2.3 Capítulo III: Juego

Diferentes autores concuerdan en que el juego en sí es una actividad universal y benéfica para el desarrollo de las habilidades necesarias en cada etapa evolutiva (Domínguez, 2007), así como también una herramienta central en la intervención y comunicación terapéutica, al ser una forma de expresión del mundo interno de la niñez (Portalatin, 2020). En este capítulo ahondaremos en las vicisitudes del juego, en primer lugar, desde la psicología clásica, para posteriormente introducir las nociones de juego corporal y entender la relevancia del cuerpo en el acto de jugar, desde una perspectiva clínica.

2.3.1 Juego según la Psicología Clásica

Al final del periodo sensorio motriz, Piaget alude a que comienza a desarrollarse el juego simbólico, el cual es el apogeo del juego infantil. En esta etapa aparecen los primeros símbolos lúdicos al mismo tiempo que los primeros signos verbales. El *“símbolo”* y el *“signo”* se distinguen en cuanto a que el *“signo”* supone una relación social, una comunidad que sustente el significado de un signo en específico, mientras que el *“símbolo”* se basa en el parecido entre el objeto presente el cual toma el papel de *“significante”*, y alude a la representación de una situación no dada, la cual se evoca subjetivamente y que es fruto del pensamiento individual (Montealegre, 2016).

Durante esta etapa hay diferentes características y posibilidades en el juego, por ejemplo: juego de imitación, combinaciones simbólicas variadas, combinaciones compensadoras, juegos originados por cólera, miedo, celos, juegos con motivo de liquidar una situación desagradable, juegos de aceptar órdenes, consejos, instrucciones, etc. Ya durante el estadio de la inteligencia preoperacional -desde los 2 a los 7 años aprox.-, el *“símbolo”* se aproxima cada vez más a lo colectivo, en donde se van poniendo en juego, papeles o roles. Piaget alude a que el símbolo imaginativo es un medio de extensión y expresión, y que no es un fin en sí mismo, y que, en el juego de imaginación, la niñez reproduce mediante representaciones simbólicas todo lo vivido. El sujeto va logrando paulatinamente dominar los procesos de equilibración de sus estructuras cognitivas (Montealegre, 2016)

Por su parte, Vygotski ve el juego como una forma de realización imaginaria de deseos, impulsos, intereses, necesidades y una variada gama de elementos que forman parte del mundo interno de la infancia y que no pueden ser satisfechos de una manera inmediata (Shuare y Montealegre, 1997, citado en Montealegre, 2016). En el juego la niñez se libera de las limitaciones

de la situación real, comienza a actuar en base a sus impulsos y sus motivos que parten desde su mundo interno. En la edad preescolar, se introducen las reglas y normas en el juego, así como también se aprende a determinar las conductas en función de la situación creada, también en esta etapa se inicia la separación entre el lenguaje, el pensamiento, las cosas, el campo visible real y el campo de sentido. El juego siempre está ligado a un objeto o acción real, ya que, por ejemplo, un palo de escoba puede ser un caballo para que cabalgue le infante, sin embargo, puede que una cuchara no pueda cumplir la misma función en la puesta en escena, por lo que si bien el significado domina en la relación objeto-significado durante el juego, no es de una manera absoluta, ya que aún le niño necesita ese objeto específico para poder habitar el mundo de su situación imaginaria. Para Vygotski, el juego se trata de una actividad rectora en cuanto a que le permite a los niños acercarse y asimilar poco a poco conductas o acciones que aún no pueden llevar a cabo en la vida real, así como también normas o mandatos del mundo social, en este sentido, el juego está muy ligado a la “*zona de desarrollo próximo*” en cuanto que la situación imaginaria siempre se sobrepasa o se está encima de la edad y las conductas actuales, permite que se desarrolle el pensamiento abstracto y también permite el surgimiento de la acción al existir una intención voluntaria en el campo imaginario (Montealegre, 2016).

- **Juego como actividad necesaria para el desarrollo**

Shuare y Montealegre (1997, en Montealegre, 2016) explican las contribuciones de Dannil B. Elkonin respecto al juego, quien fue discípulo de Vygotski. Entre otras cosas, Elkonin alude a que el análisis del juego en la etapa preescolar debe estar centrado en los roles que se asumen para jugar y que acciones realiza interpretando ese rol. Esto diferencia dentro del juego de roles, el *contenido* y el *tema*, el *contenido* es lo central que percibe le niño en las relaciones entre adultos y lo que caracteriza a estos cuando realizan la actividad central que se interpreta. El *tema* alude al conjunto de situaciones o cosas que le niño quiere reproducir en el juego, como por ejemplo jugar a la casa, el tema vendría a ser el funcionamiento cotidiano de un hogar, mientras que el contenido vendría a mostrar la percepción de le infante sobre las relaciones que establece su núcleo familiar entre sí y para él/ella. Es importante para Elkonin hacer notar que el juego es un modelador privilegiado de las relaciones que establecen los adultos en la vida social, y que por tanto se puede catalogar como una actividad organizativa compleja.

Por otra parte, Bodrova, Germerothg y Leong (2013, en Montealegre, 2016) demuestran que existe una relación causal entre el desarrollo de le infante y el juego, siendo especialmente afectadas en esta relación las áreas de razonamiento, creatividad, regulación de las emociones y

función ejecutiva. De esta manera plantean una diferencia entre madurez e inmadurez en el juego, así como también una correlación importante entre el nivel de madurez y la autorregulación de le infante, considerando que el juego de fantasía o imaginativo es un instrumento apropiado para poder hacer un análisis sobre estos elementos, así como también la relación con le adulte que facilita los juegos o el espacio donde se efectuará la actividad.

Además de estos elementos que aluden a una clara relación entre el desarrollo de le infante con la actividad del juego, es importante también establecer el juego como una actividad central en la clínica infantil. Winnicott se refiere al juego como una forma de salud y un acto universal de les seres humanes, ya que permite el crecimiento e implica la vivencia de nuevas experiencias, como también una organización en la formación de relaciones emocionales y contactos sociales (Portalatin, 2020). En esta línea, también fomenta la integración de la personalidad, ya que “mediante el mismo, el niño escenifica sus contenidos fantásticos e imaginarios relacionándolos con sus funciones corporales” (Cámares, 2015, p.20).

Teniendo en cuenta la importancia del juego en el desarrollo, es pertinente presentar los elementos necesarios para un análisis de la situación de juego, en función de poder aproximarnos de mejor manera a esta actividad tan necesaria como llamativa.

- **Visiones y Categorías de Juego**

De acuerdo con Castillo (2014) los aspectos fundamentales a considerar en la observación clínica y análisis en investigación social del juego simbólico son los siguientes:

- 1) La relación con el objeto-juguete: este elemento da cuenta de características relacionadas con el juicio y sentido de la realidad, la percepción y las posibilidades creativas ante el reconocimiento del juguete-objeto en la integración del juego.
- 2) Relación con la autoridad y pares: este elemento da cuenta de los procesos de identificación, diferenciación, individuación y definición del “yo”/“no yo”.
- 3) La experiencia corporal: da cuenta de la relación con los límites físicos, separación y diferenciación entre sujetos.
- 4) Las reglas: este elemento permite identificar como se relaciona le ñiñe con las normas, cuanto respeta el marco normativo que proviene desde le adulte que acompaña el juego, o de su grupo de pares, y la comprensión que pueda tener del origen y proyección de la ley en momentos y relaciones específicas.

- 5) Contenidos temáticos: Este elemento permite vislumbrar la relación de le niño con los elementos del mundo tanto externo, como interno, ya que esto se plasma en la trama de sus juegos. Este elemento refiere a sus recursos simbólicos y como le infante transforma el devenir de las historias que “imita” en la acción de jugar.

Además de estos importantes aspectos que debe considerar el análisis del juego, es útil la clasificación de este en “*juego ampliado*” y “*juego restringido*” a partir de los resultados obtenidos en la investigación de Castillo (2014) quien en su observación distinguió claramente estas dos modalidades de juego en niños a partir de diferencias socioeconómicas y culturales. Esta información nos puede dar cuenta del estado de diferentes características fundamentales en el proceso de desarrollo de le infante, como lo es la relación con pares, la creatividad, imaginación y dificultad para jugar, lo que entorpece a su vez la aproximación a ciertas experiencias sociales. a continuación, revisaremos lo que distingue a cada una de estas clasificaciones:

El juego ampliado se distingue por (Castillo, 2014):

- a) Relación con objetos y juguetes: se observa una plasticidad o versatilidad respecto a estos, pero que no deja de reconocer la propuesta formal del objeto, es decir, puede asignarle diferentes sentidos a este dependiendo de la trama del juego.
- b) Relación con las instituciones: se puede observar una sensibilidad en el juego que reconoce cierta diversidad de contextos. Esto quiere decir que su relación en cuanto a las instituciones y a las personas no es rígida y se considera la demanda de le otro, lo que hace que el juego tenga diferentes matices según quien lo esté coordinando/jugando, existiendo una plasticidad en el comportamiento en función de la especificidad de la situación.
- c) Relación con pares: esto refiere al dinamismo que puede observarse en el juego con otros, en donde es importante observar la oportunidad de liderazgo en el juego, la cual idealmente debería estar disponible para todos en diferentes momentos, y no depender de cierta característica o posesión de objetos fundamentales para el juego necesariamente.
- d) Experiencia corporal: el juego es una actividad donde se descarga energía y emociones de manera natural. En cuanto a la experiencia corporal, el juego significa el desarrollo de habilidades motrices, como también un contacto afectivo con pares el cual posibilite la distinción de los límites corporales.
- e) Relación con la autoridad: la autoridad da cuenta de las referencias conductuales que se deben seguir para proteger y normar cierto espacio. Estas conductas posteriormente son

introyectadas y permiten que, durante el juego, les niños sean capaces de proteger a otros pares, socializar estas conductas y exigir este cuidado hacia sí mismos también.

- f) Temáticas de juego: este elemento refiere en lo que se basan las tramas del juego desarrollado por los infantes, las cuales provienen tanto de su medio social como de los medios de comunicación. A través de las temáticas es posible vislumbrar elementos relacionados a la identidad de los niños, la diferenciación y a la problematización de características morales en la cultura.
- g) Mimesis de las conductas adultas: este elemento nos da cuenta de los elementos originales o soluciones que incluye el infante a las tramas o escenas recreadas del mundo adulto, las cuales provienen de un proceso de simbolización complejo y no solamente de una repetición mecánica de conductas.

El juego restringido se distingue por (Castillo, 2014):

- a) Relación con objetos y juguetes: en este caso se observa una rigidez en cuanto no puede asignar al objeto diferentes sentidos más allá de la propuesta formal de este, planteando un juego subordinado al objeto.
- b) Relación con instituciones: la relación con las instituciones y personas es rígida, en cuanto a que no se observa una plasticidad en el juego en los distintos contextos y la figura de los otros no significa una mayor variable comportamental en el infante, lo que puede derivar en dificultades en el ejercicio de relacionarse con instituciones y/o personas.
- c) Relación con pares: la oportunidad de liderazgo en niños que tienden al juego restringido no aparece para todos, y son más bien liderazgos excesivamente rígidos, que dependen comúnmente de características de la personalidad o la posesión de objetos.
- d) Experiencia corporal: se observa que el contacto con pares tiende a ser violento, existe dificultad para constituir los propios límites corporales y tiende a ser la única finalidad la descarga de energía y emociones en el juego.
- e) Relación con la autoridad: acá se puede observar una falta de introyección del marco normativo y protector, ya que el infante desarrolla una dependencia de las figuras adultas o mayores para ir confirmando la propia conducta. Esta situación dificulta la creatividad en los juegos, a momentos la relación materno filial vuelve a un punto de simbiosis.
- f) Temáticas de juego: las temáticas que predominan provienen principalmente de los medios de comunicación (televisión, cine, internet, etc).

- g) Mimesis de las conductas adultas: se puede observar una cierta imitación, pero muy limitada en cuanto a que no incorpora elementos creativos que surjan desde un proceso de simbolización compleja de le infante.

Castillo (2014) alude a que gran parte de los elementos que distinguen estas modalidades de juego guardan relación con el concepto winnicottiano de “*espacio transicional*” y la realización del proceso de construcción de este espacio, el cual marca una gran diferencia respecto a la actitud y posibilidades que se tienen al momento de jugar. A continuación, ahondaremos en la concepción de juego según este autor.

- **Juego en Winnicott**

Balint (1982, en Portalatin, 2020) argumenta que les analistas deben aceptar diferentes modos de comunicación además de la palabra, resaltando las formas que aluden a lo no verbal. Dentro de estas diferentes formas de comunicación se ubica el juego en la labor clínica.

El juego representa una actividad universal la cual nos permite vivir la vida, a través de este se atenúa el mundo real a partir de la fantasía o la imaginación, brindando la posibilidad de ponernos en contacto con nuestro propio sufrimiento o sensaciones que no podemos experimentar libremente. Es también el juego una herramienta valiosa para la individuación del ser humano, ya que en este se puede usar la totalidad de la personalidad de le individue, descubriéndose en el acto de crear (Winnicott, 1982, citado en Portalatin, 2020).

Al momento de jugar, les niños representan su realidad psicológica, simbolizando en este proceso su vida emocional y dejando en suspenso los juicios de realidad convencional, aunque conservando en el ejercicio la ética que despliega en su vida.

Winnicott (1971, en Portalatin, 2020) se refiere a que jugar tiene un espacio y tiempo específico, el cual no se encuentra ni dentro ni fuera de le sujeto totalmente. Los orígenes de este espacio surgen de la relación madre-bebé, cuando somos totalmente dependientes y la madre debe de sostener la ilusión de “*dominio mágico del objeto*” en donde le bebé atraviesa cierta experiencia de omnipotencia o proceso intrapsíquico de dominio de la realidad. Posteriormente le infante, al ya reconocer al “*otro*” en el mundo, alcanza la ilusión de dominio mediante la manipulación.

Es por esta situación que para un encuadre clínico que permita el juego, se debe reproducir la situación de maternaje entregando un espacio seguro, de contención y acompañamiento en función de que durante la sesión pueda darse una fusión entre el encuadre y

le paciente, en la cual se manifieste el narcisismo primario (Portalatin, 2020). Si le niño crece con la experiencia de ser sostenido, creará que tanto sí mismo como el mundo que le rodea son de naturaleza confiable. Por otro lado, si no pudo disfrutar de la experiencia de un ambiente sostenedor, tendrá lugar la *"angustia impensable"* y una sensación de inseguridad tanto en sí mismo como en el mundo. El juego en este encuadre pretende que puedan tener lugar experiencias nuevas y de cambios, que pueden ser diferentes a las que le paciente está habituado a través del reconocimiento de lo negativo, lo que faltó o lo ausente en las experiencias tempranas y hacer de cualquier experiencia, por dolorosa que sea, un posible terreno de juego.

Winnicott (1951, citado en Portalatin, 2020) notó la existencia de objetos que ayudan a salir al bebé del mundo de los sueños y de su narcisismo primario, a estos los nombró como *"objetos transicionales"* y corresponden a elementos que quedarán ubicados en un espacio que no es interno ni externo, más bien una zona intermedia entre la realidad objetiva y creatividad subjetiva -espacio transicional- y que acompaña un estado especial de conciencia llamado estado de ilusión. Cuando jugamos, jugamos en el estado de ilusión, y es fundamental poder hacer que le infante explore este espacio transicional a través del juego, ya que esta situación brinda la posibilidad de que se representen diferentes dimensiones de su mundo interno, y de esta forma a ser integradas por el *"yo"*.

"Lo terapéutico del juego no se limita al alivio de los síntomas, tiene un efecto más profundo: la transformación de la relación con uno mismo, con los otros y con el mundo (Lenormand, 2018). Con suerte la terapia será un lugar suficientemente seguro para atreverse a explorar y el niño puede desarrollar un lugar espontáneo y elaborativo, que se origina y reaparece siempre en el seno de, y sostenido por, el vínculo con otro (Tangle, 2016). Así es como los niños comienzan a jugar, cuando encuentran a alguien disponible que sostenga el escenario de juego y a su vez se ocupe de la realidad del entorno". (Portalatin, 2020, p. 179-180.)

Ya teniendo esta perspectiva clínica sobre el trabajo terapéutico en torno al juego y sus implicancias para el desarrollo, podemos apreciar una omisión o un énfasis mínimo en torno a la dimensión corporal en el trabajo con niños, en donde si bien se hace alusión a un lenguaje no verbal, da la impresión de que se podría ahondar más en relación a las implicancias en torno a la corporalidad que podrían darse en el juego. A continuación, revisaremos algunos de los elementos relativos a este tópico desde una perspectiva psicocorporal.

2.3.2 Juego según lo Psicocorporal

Como ya sabemos, el juego es un elemento necesario para el desarrollo de le infante en cuanto a que es una actividad que sirve para la elaboración de conflictos, ayuda a la coordinación sensorio motriz y además ayuda al reconocimiento de un “yo” y de un “otro” a partir de la función materna de sostener o de “*holding*”, la cual refiere a crear un ambiente sostenedor, cálido y ameno para le infante desde el mundo adulto.

Ahora bien, pensando desde una arista psicocorporal, Calmels (2009) plantea que el cuerpo de le adulte influye, consciente o inconscientemente en la vida de le infante, y que nos conforma en dos sentidos: en primer momento en términos de sostén, aceptación y conformidad con el ambiente, dando satisfacción a las necesidades que surjan en le bebé, lo que “nos brinda el sosiego necesario para hacer de la continuidad una presencia de identidad” (p. 104). La segunda forma de conformarnos que argumenta este autor es que el cuerpo de la otra persona nos conforma en cuanto que nos da límites, perimetraje y nos moldea con la mirada, la caricia, la voz, la postura y el contacto a través de un “*diálogo tónico*” primario que mantiene un nexo entre le bebé y sus expresiones corporales. Cuando hay carencia de esta función corporizante de le adulte en le niño, este desarrollaría una especie de debilitación de la expresividad gestual, de su postura y de su mímica facial.

Respecto a lo anterior, Calmels (2016) escribe:

“El cuerpo de la expresión y la comunicación no nos es dado, el cuerpo de los aprendizajes se construye en relación al otro. Una de las actividades más jerarquizadas donde se construye el cuerpo es en el juego corporal. En el jugar hay construcción de corporeidad, porque tanto la exploración y el dominio de los objetos, como la posesión de un personaje que aumenta o reduce las posibilidades de acción y expresividad, se materializan en el inter-juego de actitudes posturales, gestos, miradas, contactos, praxias y la construcción de un rostro que se renueva en múltiples semblantes en concordancia con la entonación de la voz. El campo de la expresividad se materializa en las manifestaciones corporales y es en ellas que el cuerpo se presenta en su máxima libertad expresiva”. (p.4)

Calmels (2001, citado en Ruiz, 2010) propone que muchas de las actividades relacionadas con el cuidado de le bebé, y enfocadas a su cuerpo dan lugar a actividades lúdicas compartidas denominadas “*juegos de crianza*”, los cuales se transmiten generacionalmente y son creados a

partir del encuentro y la necesidad. Estos adoptan diferentes formas de llevarse a cabo, pero tienen contenidos similares. La necesidad detrás de estos juegos es permitir la elaboración de temores primarios a través de actividad lúdica, desarrollando así también, formas de resolución de conflicto. El citado autor plantea que para que estas actividades se puedan llevar a cabo en forma de juego se necesita de un acuerdo que se da a través de lo que él denominó “*acuerdo tónico emocional*”, el cual es expresado a través de gestos, posturas, tensiones, actitudes y en general a través de lenguaje no verbalizado. Respecto a los “*juegos de crianza*” en sí, se pueden diferenciar tres tipos: de sostén, de ocultamiento y de persecución:

- 1) Juegos de sostén: este tipo de juego tiene como elemento de interés la tensión que se crea a partir del distanciamiento con el cuerpo de le adulte, ya que se pretende estimular el tono muscular de le bebe a través de romper a momentos la sensación de fusión que tiene le infante con le adulte, surgiendo temores relacionados con el desprendimiento, la pérdida de contacto o la caída respecto a la figura parental, siendo tarea de le adulte el poder realizar acciones que exciten o calmen, por ejemplo: subir y bajar al niño con los brazos, sentarlo en nuestras piernas para posteriormente sentarlo en otro lado, etc.
- 2) Juegos de ocultamiento: existen dos elementos principales en este tipo de juego, uno vendría a ser la pérdida de referencia visual y un distanciamiento corporal que se sabe que se va a resolver en algún momento -o sea que le adulte volverá-. Por otra parte está el elemento de ficción en el cual se introduce a le niñe a un acuerdo de juego, en donde se le plantea que, por ejemplo, “ben 10” se ocultara detrás de la mesa, dándole un sentido lúdico a esto, ya que ambes saben que “ben 10” es uno de ellos, saben dónde están físicamente, pero tienen que realizar la acción de buscar detrás de X elemento y encontrar a X personaje y resolver la situación de distancia.
- 3) Juegos de persecución: Consiste principalmente en la constituir un elemento del espacio como “refugio”, el cual brinda la sensación de estar protegido y seguro. En este juego hay una persona perseguidora, quien tiene que comprender y relacionarse con el “refugio” como un espacio al cual no puede ser transgredido ya que la amenaza persecutoria no puede tocarle.

Además de esta visión psicocorporal de juego, es importante saber que este -el juego- se constituye como una herramienta terapéutica, la cual no solo pretende ser un facilitador para la elaboración de problemáticas inconscientes en le paciente como ya vimos en lo propuesto por

Winnicott, sino que también es vista como una importante fuente de información respecto a lo que sucede en el momento mismo.

En este sentido, es importante saber que las interacciones madre-bebe pueden darnos información directa, sin mediaciones, como fuente de información válida sobre las interacciones tempranas entre la diada, niveles de desarrollo de le infante e influencia de la madre en su bebe, como viceversa. Esto en función de poder plantear y discutir alternativas de estrategias de intervención basadas en la comprensión de la dinámica y clima emocional en la relación.

“De acuerdo a lo planteado en referencia al juego y las primeras actividades lúdicas estudiadas por Calmels, podemos pensar la interacción madre-bebé en situación de juego como un momento significativo que nos permite observar, analizar, comprender el clima afectivo-emocional que envuelve la díada y elaborar estrategias de intervención”. (Ruiz, 2010, p.44)

De esta forma, el juego también se constituye como una herramienta expresiva para les infantes, ya que, como sabemos, hasta los 7 años el nivel de desarrollo cognitivo corresponde al pensamiento prelógico, en el cual el lenguaje verbal aún está en fase de desarrollo, por lo que muchas veces la manifestación de sentimientos implica el uso del cuerpo en niños (Rosello y Del Mar, 2019).

Webb (2003, en Rosello y Del Mar, 2019) dice:

“Because most children have limited verbal ability and because they communicate their feelings and reactions to their life experiences through play, I recommend and will discuss therapeutic methods that respect and conform to most children's typical forms of metaphoric, non-verbal communication (p.405)”. (Rosello y Del Mar, 2019, p.54)

Incluso esta herramienta expresiva no se limita solamente a la niñez, ya que Blázquez, Nierga y Javierre (2011, en Rosello y Del Mar, 2019) afirman a través de su investigación con mujeres que padecen cáncer de mama, que la danza movimiento terapia -visión terapéutica que pone foco en las intervenciones que consideran una visión integral del cuerpo y el movimiento-potencia la expresión de sentimientos en un nivel no verbal, permitiendo recrear emociones y recuerdos incluso reprimidos que han podido llevarse al plano de lo consciente, y expresarse de manera gradual.

Por otro lado, desde la psicomotricidad se alude que el juego corporal te moldea tal como plantea Daniels, llamando a esto “*vínculo lúdico corporal*”, el cual es fundamental para la capacidad expresiva que desarrollemos desde la corporalidad. Esta disciplina plantea el juego corporal como herramienta expresiva y clínica en cuanto permite a la persona fluir libremente, tomando atención respecto a los juegos que prefiere, cuando juega, donde, etc., y las diferentes resistencias respecto a propuestas lúdicas. Así se puede llegar a observar dimensiones afectivas y emocionales de una manera no invasiva y espontánea, para posteriormente poder reflexionar conscientemente sobre la resolución de conflicto expresada y/o co-construir nuevas alternativas o estrategias de intervención (Botinni, 2008).

Botinni (2008) propone que para poder intervenir desde esta perspectiva, le profesional debe contemplar: una disposición lúdico-corporal, buena capacidad para la comunicación no verbal, alto grado de creatividad, capacidad de resonancia afectiva o “*capacidad tónico-empática*”, capacidad de auto observación y conocimiento de los límites como profesional tanto emocionales como técnicos, conocimiento del desarrollo psicomotor y de las variables que lo afectan, espacio y elementos adecuados para jugar y capacidad de trabajo en equipos interdisciplinarios.

En Fietz (2001) encontramos una serie de juegos y ejercicios prácticos, los cuales se realizan en gran parte en grupos sociales terapéuticos, pero que muchas veces tienen una variante para dos personas. Este trabajo está enfocado para niños y jóvenes que sufrieron abuso, y tiene un sistema respecto al orden de los ejercicios dependiendo del tipo -no todos tienen como foco central el cuerpo-, entendiendo las principales problemáticas que suele presentar el grupo en específico, sin embargo, los principios que están a la base de la decisión de utilizar algunos de estos ejercicios pueden ser muy útiles para el público infantil en general.

En primer lugar, esta autora apunta a que, debido a la poca capacidad de abstracción necesaria para el juego corporal, es perfecto para utilizar en niños, el cual, cuando es intenso, permite la reducción de tensiones internas a través del movimiento, abriendo muchas veces camino a las condiciones necesarias para el trabajo terapéutico, a la vez que ayuda a disminuir conductas agresivas y autolesivas para poder acercarse a otros contenidos. Otra de las ventajas que tiene el juego corporal, es que, a través del paulatino cambio en el esquema corporal, se pueden producir cambios en otras esferas de la personalidad ampliando las posibilidades de acción. Además de poder comprender las reacciones corporales saludables frente a determinados estímulos, lo que es especialmente útil en el trabajo con niños que sufrieron abuso y que sienten vergüenza y/o culpa por las sensaciones placenteras experimentadas durante estos episodios.

Otros elementos que atiende el juego corporal son la confianza, los límites, la autoestima, entre otros.

Al presentar los ejercicios de respiración, nos indica cómo permiten una mayor oxigenación del cerebro, que además de favorecer ciertas habilidades mentales, sirve como recurso frente a episodios de angustia, ansiedad o pánico, aunque nos advierte que, si no son presentados como juego, es muy probable que los niños más pequeños puedan no interesarse realmente. Para ver la descripción de algunos de estos ejercicios revisar el anexo 1.

Ya habiendo revisado diferentes dimensiones del juego y lo fundamental que es este elemento tanto para el desarrollo óptimo de le infante, así como también una potente herramienta expresiva y de intervención en contextos de terapia, es momento de poner a dialogar las diferentes propuestas que hemos revisado a lo largo de esta memoria.

2.4 Propuesta Integrativa

A partir de las diferentes propuestas de los autores hasta aquí revisados en relación al desarrollo, diagnóstico y juego, podemos ya vislumbrar que existe una cantidad considerable de aportes que puede hacer una visión psicocorporal a la labor clínica más apegada a las teorías “clásicas” de la psicología, ya que incluye una serie de elementos que o bien no estaban desarrollados mayormente, o de plano no eran considerados, los cuales revisaremos a continuación.

Comenzando por el diagnóstico, la mirada psicocorporal tiene varios elementos que pueden complementar el análisis desde la psicología clásica, como lo es el diagnóstico inicial diferencial estructural o “D.I.D.E.”, ya que este proceso permite tener una referencia de la estructura de carácter de la persona que se evalúa, profundizando en su historia de vida y en su cuerpo, a través de los 7 segmentos descritos por Reich, los cuales son observados a través de “actings” o diferentes tipos de masajes y/o ejercicios, que buscan evaluar el tipo de defensa que más se usa en el cotidiano y el nivel de contacto con determinadas emociones (Hortelano, 2011)

Otro elemento importante a resaltar son las descripciones de carácter hechas por Alexander Lowen, las cuales amplían y cambian las descripciones originales de Reich, tomando como base la estructura corporal, la cual es moldeada por nuestro ego y las defensas que disponemos para enfrentar el día a día (Ramirez, 2005). Estas descripciones consideran elementos como factores históricos, características generales, características psicológicas, condición bioenergética -es decir, niveles de carga y capacidad de descarga o fluidez en la energía corporal-, y características físicas observables.

A su vez, Brasilda Rocha propone un sistema de trabajo terapéutico que considera el cuerpo como elemento fundamental en sus intervenciones. Específicamente en el proceso psicodiagnóstico, pretende dar cuenta de los tipos de bloqueos corporales desarrollados por los infantes a través del análisis de los juegos y juguetes utilizados en las sesiones, dado que considera estos como “objetos transicionales” que simbolizan el cuerpo. Las actividades propuestas posteriormente deben ser interpretadas por un profesional, siendo necesaria una actitud atenta respecto a los procesos transferenciales y contratransferenciales que se den durante la evaluación, así como también los tipos de juegos y juguetes elegidos para la actividad (Cámares, 2015).

En cuanto al ámbito del desarrollo, nuestra atención se enfoca sobre los primeros años de vida en el infante, en donde Piaget nos indica cómo durante gran parte de esta primera etapa de

vida, a la que él llamó de “*inteligencia sensorio motriz*” -de los 0 a los 2 años-, le niño se vincula con el mundo a través de los sentidos, o sea, utilizando principalmente su cuerpo (Tomás y Almenara, 2007). Además, diversos autores ya nos advierten de la importancia de la experiencia de “sostén” en esta etapa de le infante, la cual tiene directa relación con la confianza que pueda desarrollar la persona a lo largo de su vida tanto en relación al entorno que le rodea, como en sus vínculos y en sí mismo (Villalobos, 1999; Robles, 2008; Volpi y Volpi, 2006).

Teniendo estos antecedentes, pienso que sería de mucha utilidad poder comenzar a desarrollar desde la labor clínica una guía parental para poder acompañar a padres con niños de esta edad, la cual ponga énfasis en las necesidades y procesos que vive le infante individualmente y en conjunto con sus padres, en relación al cuerpo, el cual se constituye como la principal herramienta de comunicación y vinculación con el medio durante gran parte de esta etapa.

Para esta labor, podemos servirnos de diferentes elementos que podrían ser de mucha utilidad en guiar a los padres a establecer un clima y vinculación adecuadas para que le infante viva con esta sensación de bienestar y sostén su infancia temprana.

Uno de ellos sería lo indicado por Volpi y Volpi (2001 en Cámares, 2015) respecto a la actitud de respeto y alerta que se debe tener respecto a le bebé, ya que se tiene que entender desde el mundo adulto que los horarios de le bebé responden a sus propias necesidades, y no a un horario al que ya nos adecuamos nosotros, por lo que es necesario estar pendientes de las diferentes señales que pueda estar expresando le niño. Calmels (2016) explica que existe un interjuego respecto a los gestos, posturas, tonos de voz y la corporalidad en general, en donde el campo de lo afectivo se expresa en las manifestaciones corporales, elemento al que hay que prestar especial atención e interpretar en función de atender las necesidades de le infante. Entendiendo de igual manera que no se puede vivir la experiencia de sostén si se pasan por alto las necesidades fundamentales de le niño, o si el estrés se mantiene presente en mayor medida que las sensaciones de bienestar.

Otro elemento que nos sería de gran utilidad en función de poder asegurar un estado de bienestar de le infante es poder hacer un mapa sobre sus capacidades físicas y brindar una estimulación que sea acorde al momento de vida que está atravesando. Para servirnos de esto ocuparemos el cuadro aportado desde la disciplina de la psicomotricidad, la cual como sabemos entiende el cuerpo como un elemento fundamental en el desarrollo integral de le infante y que también le atribuye injerencia en la esfera emocional, social y afectiva (Mendieta, Mendieta y

Vargas, 2017). Este lo podemos observar en la pág. 35 de la presente memoria, y comprende las condiciones físicas esperadas de un desarrollo psicomotriz saludable desde los 0 a los 6 años de edad, en donde ponemos énfasis en no avasallar a los niños con estímulos que van mucho más allá de sus capacidades. Por ejemplo, no intentar la bipedestación antes del noveno mes, ya que esto puede tener efectos negativos al no contar al infante con la estructura física necesaria para poder alcanzar la bipedestación incluso con ayuda, así como también estimular al infante para la adquisición de habilidades necesarias, como el enfocar un punto fijo, lo cual ya se espera que haga cercano al segundo mes de vida. Esto se torna relevante en relación a la consecución de habilidades en etapas siguientes, ya que como plantea Erikson (Robles, 2008), cada habilidad que se desarrolle al infante en la fase que atraviesa, influirá en las próximas etapas de su vida.

Además, complementando la información del cuadro aportado desde la psicomotricidad respecto al primer año de vida, es necesario tener en cuenta tres elementos que suelen ir de la mano: la aparición de los dientes, el destete y la *“angustia del octavo mes”*. En primer lugar, la aparición de los dientes causa molestias al infante, lo que tiende a desembocar en sensaciones de estrés tornando especialmente complicado este momento, por lo que se incita que los padres puedan estar especialmente atentos a las necesidades del bebé en función de que prevalezca la sensación de bienestar por sobre la situación de estrés (Navarro, 2016).

En cuanto al destete, es común que se inicie este proceso debido al dolor que le causa la aparición de los dientes de la lactante a la madre, lo cual en parte es facilitador del *“organizador psíquico”* que lleva a la lateralización de los ojos (González, 2010 citado en Cámares, 2015), lo que a su vez permite reconocer rostros que no serían el de la madre, elemento que constituye la *“angustia del octavo mes”*, la cual remite a la sensación angustiosa que causa ver rostros presentes que no son el de la madre, lo que indicaría una ausencia de esta (Spitz, 1965 citado en Cámares, 2015). Es por estas razones que este proceso tiene que hacerse muy paulatinamente y con una gran sensibilidad en cuanto al reconocimiento de las necesidades del infante, ya que hacerlo de manera abrupta puede facilitar la introyección de patrones confusos de relación (Navarro, 2016). Sánchez y Serrano (1997 citado en Navarro, 2016) indican que el trabajo en esta fase se relaciona con una dinamización en la relación oral, la cual incluya paulatinamente a diferentes miembros de la familia de una manera activa en cuanto a las necesidades del infante, lo que favorece la autonomía y la separación con la madre.

Respecto a la corporalidad del infante, Calmels (2009) argumenta que el cuerpo y expresiones se van construyendo en el relacionarse con otros -principalmente la familia y figuras

de apego principales-, por lo que vendría a ser necesario advertir a los padres sobre la *“función corporizante”*, la cual refiere al aprendizaje de le infante respecto a las posibilidades de acción o expresión corporal a partir de la relación con sus figuras significativas durante su infancia temprana. Cabe recalcar también, que una carencia de esta función puede desembocar en una falta de expresividad gestual y postural, haciendo más difícil la comunicación emocional y la percepción sobre el estado de le infante. En este sentido, si como profesionales percibimos una falta de expresividad en la familia nuclear de le infante, es menester poder abordarlo e intervenir en función de poder hacer entender y vivenciar el cuerpo como un elemento más en el proceso de la expresión y comunicación de los afectos y emociones.

Además, Calmels (2001 citado en Ruiz, 2010) propone los denominados *“juegos de crianza”* como una forma de elaboración de miedos primarios a través del juego corporal, los cuales siempre tienen que tener como base una disposición desde ambas partes a jugarlo -adulte y niño-, lo cual se verifica a través del *“acuerdo tónico emocional”* o la disposición corporal que percibamos en le infante.

Por ejemplo, uno de estos juegos -juegos de sostén- elabora las sensaciones referidas al desprendimiento, lo cual puede ser especialmente necesario durante la transición del destete, en donde el término de la etapa de simbiosis con la madre puede ser percibido de forma displacentera por parte de le infante si es que el proceso ocurre de forma muy abrupta, o sin presentarle otros lazos significativos que le brinden seguridad.

A partir de aproximadamente los 18 meses de edad, los infantes comienzan a volverse cada vez más independientes de sus padres, debido a un significativo desarrollo motor, intelectual y físico (Robles, 2008-Villalobos; 1999-Volpi y Volpi; 2006;Dominguez, 2007). Esta constante búsqueda de independencia viene acompañada de una actitud de desobediencia la cual sirve para sondear límites familiares y desarrollar la propia identidad, sin embargo, esta actitud es culturalmente castigada por las familias, y manejar esto a través estrategias punitivas puede tener diferentes impactos negativos en la vida de le infante (Dominguez, 2007). Dada esta situación es necesario guiar a los padres en este periodo y entregar herramientas de diferente tipo para que no castiguen cada una de las manifestaciones de esta actitud. Un ejemplo de estas herramientas pueden ser tarjetas con expresiones referidas a sentimientos, emociones y representaciones/gesticulación de estas que permitan trabajar sobre el desarrollo de un lenguaje emocional que incluya paulatinamente a le otre y sus sentimientos de una manera empática. Esto debido a que la sensación de aceptación que tenga le infante en sus intentos de autonomía es

fundamental para la superación de la problemática central de la etapa -autonomía v/s vergüenza- (Robles, 2008) y una actitud punitiva frente a un periodo natural se convierte en un obstáculo para un óptimo desarrollo.

También se puede educar a los padres sobre los estilos de crianza, en donde resaltan dos principales dimensiones a considerar. Por un lado la referida al afecto parental y la sensibilidad de los padres respecto a las emociones de sus hijos, y otra referida a las exigencias parentales y los límites que estos construyen para el comportamiento de sus niños (Viliota & Velásquez, 2018). Es importante poder guardar un equilibrio en ambas dimensiones, para poder estar disponible a la emocionalidad de le infante, al mismo tiempo que se le exige en sus habilidades y comportamientos, logrando un estilo “democrático” de crianza, el cual es el más recomendado por expertos y expertas de la salud mental debido a los efectos positivos que genera en le infante, tales como una mayor autoconfianza, autocontrol y competencias sociales (Viliota & Velásquez, 2018)

Otro elemento interesante a resaltar es el hecho del interés que suele generar la genitalidad en los niños durante los 3 a 5 años (Villalobos, 1999; Volpi y Volpi, 2006) ya que esta actitud curiosa es común en esta etapa, sin embargo, ¿cómo podríamos brindar una educación corporal que considere los peligros del abuso sexual a los que podrían estar expuestos los niños durante este periodo? En este sentido, siento que es importante enseñar y trabajar acerca de los límites corporales, en función de que le infante pueda reconocer las fronteras de su cuerpo, así como también las situaciones que le hacen sentir mal, incomode o que derechamente no deberían estar sucediendo, como la negligencia y el abuso sobre infantes.

Para este objetivo creo que uno podría servirse de varios elementos para poder ayudar a la tarea de delimitar el cuerpo, uno de ellos lo presencié durante mi periodo de práctica, para el cual se necesita un pliego de papel o cartulina grande -donde pueda recostarse le infante con todo su cuerpo- para que otra persona dibuje su silueta, y posteriormente vaya nombrando tanto las cosas que le gustan hacer como las que no le gustan en relación con las diferentes partes del cuerpo. por ejemplo: acariciar con las manos, correr con los pies, ser golpeado en el estómago cuando juegan, que le peine la mama cuando van a salir, etc. Para después con ayuda de un profesional de la salud mental poder establecer límites claros respecto a lo que es o no permitido y saludable para ellos.

Además, siempre es bueno poder hablar abiertamente sobre la genitalidad y sexualidad de los niños tanto a padres como a los niños en sí. Por una parte, a los padres se les tiene que indicar que es normal la exploración de los genitales, incluso la masturbación en esta edad -sin fantasía

erótica-, por lo que no debe existir una actitud punitiva hacia estas actitudes. También hay que saber explicar a los infantes de una manera en que puedan entender claramente el contenido de lo que se les explica, ya que como revisamos anteriormente, esta curiosidad por la genitalidad no es un capricho infantil, sino que se trata de un momento necesario para explorar su cuerpo y construir paulatinamente su esquema corporal e identidad.

Aproximadamente desde los 5 años, los infantes desarrollan a gran velocidad diferentes dimensiones como la motora, intelectual y física, en gran parte dado que se encuentran inmersos en el mundo escolar, lo que les hace poner foco en sus relaciones con pares y el juego (Villalobos, 1999). Es importante durante esta etapa poder brindar una guía a los padres que indique qué acciones pueden facilitar una mejor resolución del conflicto inherente a este periodo, el cual sería diligencia v/s inferioridad, dado que durante esta etapa se afianzan actividades socialmente aceptadas según el género, y la aceptación que perciba el infante vendría a ser fundamental (Robles, 2008). En este sentido, siento que uno de los elementos que puede servir para este propósito es crear una rutina en la cual paulatinamente se le vaya dando mayor responsabilidad al niño dentro del hogar, dado que a través de esta puede conectar con sus diferentes capacidades para realizar acciones. También es pertinente poder desestigmatizar ciertas actividades y abordar el sesgo de género en la medida que se vuelva problemático en la percepción de la familia al niño y afecte la sensación de aceptación.

Otro elemento muy útil aportado desde la bioenergética es el "*Grounding*" el cual tiene muchas formas de realizarse (para ver ejemplo, revisar anexo 2), pero que principalmente apunta a una sensibilización del vientre y piernas a través de conectar con el suelo y la firmeza de la tierra, lo cual tiene como finalidad brindar mayor seguridad en las propias capacidades, a la vez que permite un mayor contacto con la realidad (De Tord, 2013).

3. Discusión

Como acabamos de ver, existen diferentes elementos que pueden ser integrados a la forma clásica de hacer psicoterapia, y que pueden ser de gran ayuda para entender y atender las diferentes problemáticas que se van presentando en el transcurso del desarrollo de un infante. A continuación, nombraremos los elementos esenciales a considerar a partir de estos aportes.

En primer lugar, podemos apreciar cómo desde la esfera del diagnóstico, tipificar determinados tipos de carácter e incluir diferentes indicadores relacionados con el cuerpo, o con juguetes/juegos y su relación con el cuerpo nutren de gran manera la perspectiva clásica de la psicología. Castillo (2014) hace un análisis en torno al juego ampliado y restringido aludiendo a que este nos puede dar indicadores de madurez en el infante, en donde lo óptimo es que en torno a esta actividad se desarrollen habilidades motoras, límites corporales y sirva como espacio de descarga emocional y energética. Esta visión puede ampliarse desde la perspectiva psicocorporal y psicomotriz, la cual nos indica que el ámbito corporal también influye en el desarrollo de las dimensiones afectiva, social, relacional, intelectual, expresiva e incluso neuronal (Mendieta, Mendieta y Vargas, 2017; Volpi y Volpi, 2006), elemento que insta a tener una nueva apreciación de la persona en el espacio clínico, tanto al momento del diagnóstico al considerar indicadores corporales como vimos en Rocha, Reich y Lowen (Camares, 2015; Ramirez, 2005), así como también al plantear nuevas intervenciones que consideren la importancia del cuerpo y su lenguaje.

En este sentido, es importante cómo se piensa el juego y la visión que se tiene de éste, ya que como sabemos se trata de una actividad universal, saludable y una herramienta central en la clínica con infantes en cuanto permite expresión y elaboración de problemáticas inconscientes (Portalatin, 2020) a la vez que es modelador privilegiado de actos sociales (Montealegre, 2016).

Estos elementos aportados desde la psicología clásica, dentro del contexto de esta memoria, invitan a pensar de qué manera podemos incluir la corporalidad en el juego dentro del espacio clínico. Autores como Rosello y Del Mar (2019) nos indican que el juego corporal es una forma de expresión ideal dado el nivel evolutivo de los infantes y la poca capacidad de abstracción -sobre todo antes de los 7 años-. Calmels (2016) alude a la importancia de la construcción de expresividad corporal en el transcurso del desarrollo temprano, y autores como Reich y Lowen (Ramírez, 2005) invitan a hacer un trabajo a partir de las corazas corporales y las tensiones que puedan presentar los diferentes segmentos. Rocha (Camares, 2015) lleva estos elementos al

ámbito de la clínica infantil a través intervenciones a partir de juegos según tipo de carácter y los objetivos terapéuticos planteados en el espacio, mientras que Fietz (2001) nos propone el juego corporal como una forma de intervención en el esquema corporal, el cual al ir paulatinamente cambiando y permitiría cambios en diferentes esferas de la personalidad. Asimismo, Botinni (2008) nos presenta el *“vínculo lúdico emocional”* como forma de comunicación no verbal a través del juego y al igual que Calmels, indica la importancia de este elemento en el desarrollo de la capacidad de expresión corporal de le infante.

Una de las ideas presentes en ambas perspectivas es que especialmente durante los primeros años de vida existe la necesidad imperante de entregar un ambiente cálido a le infante, en donde sus necesidades puedan ser satisfechas en un ambiente seguro y acogedor (Villalobos, 1999., Robles, 2008., Volpi y Volpi 2006), ya que esto influye en gran parte en el desarrollo de la confianza que pueda sentir posteriormente en el ambiente y las personas. De igual manera, durante esta etapa autores como Erikson y Piaget indican que la principal forma de vinculación de le infante ocurre a partir del cuerpo (Tomás y Almenara, 2007; Robles, 2008) sin embargo no profundizan en esto.

En contraste, la visión psicocorporal sí muestra un especial interés en entender la vinculación y relación corporal durante la infancia, prestando especial atención al amamantamiento y como se lleva a cabo. Por ejemplo, (Gonçalvez, 2010 citado en Cámares L., 2015) nos indica cómo a través de éste se desarrollan los *“organizadores bioenergéticos del psiquismo”*, los cuales propician la diferenciación del *“YO”* y *“NO-YO”*, además de aludir a que es a través del amamantamiento que le infante introyecta los contenidos del mundo. Respecto a este último punto, Sanchez y Serrano (1997 citado en Navarro, 2016) y Baker (1980 citado en Cámares, 2015) concuerdan con la importancia dada a la *“zona ocular”* -ojos, oídos y nariz- y a la boca respecto a la vinculación con el mundo, agregando además de que es necesaria una actitud paciente y cálida en la madre para lograr un punto de *“fusión”* durante el amamantamiento, aspecto necesario para experimentar las sensaciones de sostén y seguridad tan necesarias para esta etapa. Otro elemento interesante en relación a la función nutricia es el aportado por Volpi y Volpi (2006) el cual nos indica que el estado emocional de la madre puede influir directamente en el sabor del calostro, dándole toques amargos en caso de presentar un estado de estrés o angustia mantenidos en el tiempo.

Otro elemento fundamental que nos pueden aportar las miradas psicocorporales es la estimulación acorde a la edad y capacidades de le infante, ya que gracias al cuadro aportado por Mendieta, Mendieta y Vargas (2017) podemos tener un mapa de las habilidades y cambios esperables en relación al cuerpo y sus habilidades, lo cual es importante para poder guiar en ciertas etapas de desarrollo, sin avasallar a le infante y causar algún tipo de daño. Complementando esta información, es pertinente nombrar el destete y las posibles vivencias asociadas a este, ya que como revisamos, el hacerlo de manera abrupta o demasiado tardía puede tener consecuencias negativas en le infante (Navarro,2016).

Durante este periodo específico, es recomendable trabajar la separación paulatina con el vínculo materno, elemento que podría ser elaborado a partir de los *“juegos de crianza”* propuestos por Daniels (Ruiz, 2010) los cuales a través del *“acuerdo tónico emocional”* generan el clima de confianza y aceptación necesarios que permiten realizar estas actividades y poder ayudar al tránsito de una etapa a otra.

Por último, es pertinente resaltar actitud del terapeuta en relación al juego en el espacio clínico, ya que aquí es donde ambas perspectivas convergen en la idea de que hay que disponer de un encuadre que se perciba como seguro y contenedor (Winnicott, 1971 citado en Portalatin, 2020; Rocha, 1999 citado en Cámares, 2015), agregando desde la mirada psicocorporal la idea de que además de considerar las transferencias y contratransferencias emocionales, también se atienden las relacionadas con el cuerpo, sensibilidad que es nombrada como *“capacidad tonico-empática”* (Botinni, 2008).

4. Conclusiones

Volviendo a la pregunta que guía la presente memoria: ¿Cuál es la importancia del cuerpo en la psicología infantil y qué aportes pueden realizar las terapias enfocadas en el cuerpo a la práctica clínica con este grupo etario? Podemos ya presentar una serie de elementos que posicionan al cuerpo como una dimensión fundamental y rica en diferentes ámbitos del ejercicio de la psicología clínica.

El primer ámbito que resaltamos es el del diagnóstico y la importancia que tiene la dimensión corporal en este, en donde nociones como la *"identidad funcional"* nos hace tener toda una nueva comprensión del carácter, e invita a entender las disposiciones corporales o *"corazas"* como tendencias a inhibir/expresar determinados tipos de emociones, abriendo nuevas posibilidades de aproximación a le paciente durante el proceso diagnóstico. Ejemplos de esto es el *"D.I.D.E."* o el método de Rocha para interpretar y observar bloqueos corporales a través de juegos y juguetes, dándole un lugar especialmente importante los procesos de transferencia y contratransferencia.

Siguiendo con el ámbito del desarrollo, podemos observar cómo la perspectiva psicocorporal y psicomotriz nos entrega una visión integral de este, al considerar la dimensión emocional, corporal, motora, intelectual y relacional como un conjunto indisoluble en el transcurso evolutivo de un infante, en donde cada una de estas características serían fundamentales para la construcción del pensamiento y la personalidad. Además, constatamos cómo la periodización desde la perspectiva psicocorporal nos puede dar valiosa información sobre la importancia de la experiencia de sostén y la manera en que se relaciona el infante con el mundo en sus etapas más tempranas, posicionando al cuerpo como el principal vehículo de vinculación con el mundo exterior y sus figuras significativas, siendo especialmente importante la relación nutricia que se establece entre la díada madre/hije -amamantamiento- y los procesos que se desprenden de esta.

En cuanto al juego, la visión psicocorporal nos indica que la corporalidad en la actividad lúdica es una importante herramienta dentro del proceso terapéutico, dado que por una parte no necesita de un nivel de abstracción demasiado exigente para niños, lo que la hace fácil de plantear y practicar. Otra gran ventaja del juego corporal es que permite la elaboración de traumas y/o experiencias de distinta índole, como en los *"juegos de crianza"* que pretenden elaborar

ansiedades primarias como la distancia con la figura significativa o la necesidad de un lugar seguro, o la propuesta de intervención de Rocha que trabaja a partir de los caracteres tipificados por Lowen y los segmentos corporales. Además, se nos presenta el cuerpo como elemento fundamental en el aprendizaje de la capacidad expresiva a través del *“vínculo lúdico corporal”* o *“función corporizante”*, conceptos que refieren a cómo a través de las relaciones significativas aprendemos paulatinamente nuestras posibilidades de expresión corporal, facial, gestual y postural.

En síntesis, pensar y sentir el cuerpo alejado de la perspectiva del dualismo cartesiano, nos puede entregar una amplia gama de herramientas al aproximarnos a los infantes en el contexto clínico, especialmente dado su estado evolutivo y la vinculación que tienen a través de este, lo que nos plantea el reto de poder adoptar un lenguaje diferente al que estamos acostumbrados a comunicar como profesionales de la salud mental.

4.1 Proyecciones y Limitaciones

Los elementos presentados en esta memoria pueden servir en un primer momento para llamar la atención del medio en la disciplina, a la vez que puede comenzar a plantear la idea de una guía clínica para profesionales que trabajan con padres, enfocada en la psicocorporalidad y la educación relacionada a esta en los primeros años de vida de le infante, ya que hay mucho desconocimiento de esta perspectiva de la psicología y sus consecuencias para el desarrollo tanto en padres como en profesionales de la salud mental.

Además, la información aquí recabada siempre puede seguir siendo complementada a partir de otros textos y experiencias. Idealmente, me gustaría mucho poder complementar la información teórica acá presentada con estudios empíricos (de proceso y/o resultados) en población infantil en procesos terapéuticos con enfoque psicocorporal.

Las principales limitaciones que tiene esta memoria es que no pude acceder a toda la información que me hubiese gustado presentar, en especial los textos *“Brinkando com o corpo”* (1999) de Brasilda Rocha, *“Childhood Psychotherapy. A Bioenergetic approach”* de Ventling (2001), *“Körper und Wort in der Psychotherapie [Body and word in psychotherapy]”* de Downing (1996) y *“Ecología infantil y maduración humana. En la senda de W.Reich”* de Sanchez y Serrano (1997).

Además de estos textos, en general la documentación de terapias psico corporales es escasa o de difícil acceso en relación con otras perspectivas de la psicología, más aún cuando se habla de la especificidad de la infancia, y aún menos cuando lo situamos en Chile.

Bibliografía

- Amador, J., y Forns, M. (2019). Escala de inteligencia de Wechsler para niños, quinta edición: WISC-V. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/127676>
- Araujo, G., y Gabelán, G. (2010). Psicomotricidad y arteterapia. *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado*, 13(4), 307-319.
- Bachelet, V., Jiménez, R., Bustos, L., Morales, V., Zamorano, R., y González, P. (2016). Análisis de instrumentos para la evaluación del desarrollo infantil de niños (as) de 0 a 4 años en Chile [Monografía en internet]. Santiago: Medwave. Estudios.
- Calmels, D. (2016). El juego corporal. *Revista Lúdicamente*, 5(10) (ISSN 2250-723x).
- Calmels, D. (2009) Infancias del cuerpo. *Ediciones Puerto Creativo*, 104-106.
- Bottini, P. (2008). El juego corporal: soporte técnico-conceptual para la práctica psicomotriz en el ámbito educativo. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, (62), 155-163.
- Cámares, L. (2015). *Clínica Infantil: aproximaciones desde la Psicoterapia Corporal* (Tesis de Pregrado). Universidad de la República de Uruguay, Montevideo, Uruguay.
- Castillo, P. (2014). Juego ampliado, juego restringido. Producciones simbólicas tempranas en contextos de desigualdad. *Universitas Psychologica*, 13(4)
<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-4.jajr>
- De Tord, P. (2013). *Grounding: concepto y usos en danza movimiento terapia (DMT)* (Tesis de Máster). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Domínguez, L. (2007). *Psicología del desarrollo. Problemas, principios y categorías*. La Habana, Cuba: Editorial Félix Varela.
- Fietz, C. (2001). *Terapia corporal en el tratamiento del abuso infantil y juvenil*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Gonçalvez, L. (2008). Diferencias metodológicas entre el análisis reichiano y el análisis bioenergético. ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO, CONVENÇÃO

BRASIL/LATINO-AMÉRICA, XIII, VIII, II, 2008. Anais. Curitiba: Centro Reichiano. CD-ROM.
[ISBN – 978-85-87691-13-2]. Disponible en: www.centroreichiano.com.br.

Hortelano, X. (2011). *Profundizando en el diván reichiano*. Biblioteca Nueva.

Lázaro, A., Palomero, J., y Fernández, M. (2000). La psicomotricidad y su desarrollo en el umbral del siglo XXI. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 37, 15-20.

Maganto, C., y Garaigordobil, M. (2009). El diagnóstico infantil desde la expresión gráfica: el test de Dos Figuras Humanas (T2F). *Clínica y Salud*, 20(3), 237-248.

Martínez, B. (2008). La infancia y la niñez en el sentido de identidad. Comentarios en torno a las etapas de la vida de Erik Erikson. *Revista mexicana de pediatría*, 75(1), 29-34.

Mendieta, L., Mendieta, R., y Vargas, T. (2017). *Psicomotricidad Infantil*. Ecuador: Centro de Investigación y Desarrollo Ecuador.

Montealegre, R. (2016). Controversias Piaget-Vygotski en Psicología del Desarrollo. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1), 271-283. DOI: 10.14718/ACP.2016.19.1.12

Navarro, I. (2016) *La dimensión corporal en la primera infancia. Aproximación a un abordaje bioenergético y reichiano* (Tesis de Pregrado). Universidad de la República de Uruguay, Montevideo, Uruguay.

Peredo, R. (2000). Reflexiones y criterios sobre el diagnóstico psicológico en niños. *Revista Ciencia y Cultura*, (8), 141-151.

Pérez, E. (2010). La confusión diagnóstica en la clínica infantil actual: una postura crítica desde la óptica de los problemas del desarrollo (I y II). *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, (16), 9-20.

Piaget, J., & Petit, N. (1986). Seis estudios de psicología. Barral.

Piaget, J. (2019). La formación del símbolo en el niño: imitación, juego y sueño. Imagen y representación. Fondo de cultura económica.

- Portalatin, B. (2020). Sobre el juego en Winnicott. *Clínica e Investigación Relacional*, 14 (1): 163-184. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2020.140110
- Ramírez, A. (2005). *Psicoterapia corporal: revisión de los aportes teóricos y clínicos de Wilhelm Reich, el análisis bioenergético de Alexander Lowen y la biosíntesis de David Boadella* (Tesis de Pregrado). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Reich, W. (1997 [1949]) *Análisis del carácter*. Barcelona: Paidós.
- Richers, J. E., & Cicchetti, D. (1993). Mark Twain meets DSM-III-R: Conduct disorder, development, and the concept of harmful dysfunction. *Development and Psychopathology*, 5(1-2), 5-29.
- Robles, B. (2008). La infancia y la niñez en el sentido de identidad. Comentarios en torno a las etapas de la vida de Erik Erikson. *Revista Mexicana de Pediatría*. 75(1), 29-34.
- Roselló, M., y del Mar, M. (2019). *El Duelo en la Infancia dentro del marco de la Danza Movimiento Terapia* (Tesis de Máster). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Ruiz, A. (2010). Los juegos de crianza y el holding corporal. *Educar*, 45, 37-49.
- Rutter, M., & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and psychopathology*, 12(3), 265-296.:
- Soave, M. (s/f). La entrevista psicológica en el diagnóstico infantil.
- Tavizón, L., Vázquez, P., y Mercadal, M. (2015). *El cuerpo en las teorías psicológicas* (Tesis de Máster). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Tomás, J y Jaume, A. (2007). Desarrollo Cognitivo: Las Teorías de Piaget y de Vygotsky (Tesis de Máster). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Villalobos, A. (1999). Desarrollo psicosexual. *Adolesc. salud* [online]. 1(1), 73-79. ISSN 1409-4185. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000100011&lng=en&nrm=iso.

Viliota, M. F. E., & Velásquez, F. G. (2018). Pautas de crianza, familia y educación. *Revista de Psicología GEPU*, 9(1), 146-169

Volpi, J., y Volpi, S. (2006). Etapas do desenvolvimento emocional. Curitiba: Centro Reichiano.
Disponível em: www.centroreichiano.com.br/artigos.htm.

Anexos

Anexo 1

La información presentada a continuación es un resumen de algunos de los ejercicios presentes en el texto “Terapia corporal en el tratamiento del abuso infantil y juvenil” de Christa Fietz (2001).

Juegos corporales:

- Lucha con espadas de papel: La primera fase de esta actividad consiste en la confección de las espadas de papel de diario, en donde se les da forma y se les barniza con cola fría, de manera que se endurezcan. La segunda fase consiste en delimitar donde son permitidos los ataques con espada, dejando en claro que zonas como la cabeza, rostro o genitales no son permitidos, y que se debe pausar el juego en caso de que alguien caiga al suelo o avise que no quiere seguir jugando. Después de 2 o 3 minutos se detiene la lucha y en caso de querer seguir jugando, se permiten más rounds. Esta actividad idealmente se hace con un grupo de pares, aunque la autora indica que los infantes aceptan bastante bien jugar con terapeutas.

- Alas delta: le terapeuta instala una colchoneta en el suelo, se posiciona boca arriba, toma al infante con las manos y con sus pies -descalzos- presiona la zona del tórax y las costillas, haciendo que se levante y se despeguen sus pies del suelo. Se mueve suavemente al infante y se experimente en conjunto el equilibrio, si ambos tienen la suficiente confianza, se puede permitir que el infante suelte las manos y quede sostenido solo por las plantas de los pies del terapeuta. Durante el “vuelo”, se insta a que el niño imagine montañas, nubes, y paisajes en general. Este ejercicio en específico se recomienda principalmente para personas de hasta 4 años, debido principalmente al tamaño y a la fuerza que se necesitaría para alzarle.



- Caminar derecho: Este ejercicio idealmente se hace en grupo de 6 personas, aunque podría haber una variante entre terapeuta y paciente o idealmente incluir a la familia. Al principio se indica como los estados de ánimo se pueden ver reflejados en nuestro caminar, y se comienza la imitación exagerando los signos de una persona triste, cansada, enojada, etc. La idea es que se imite la mayor cantidad de estados de ánimo de manera que al final de la actividad se pueda reconocer cuál es la manera de caminar que más se identifica cada uno. Para cerrar se camina en círculos de manera consciente, con la espalda derecha y ejecutando pasos que expresen seguridad, fuerza y energía.

Ejercicios de respiración:

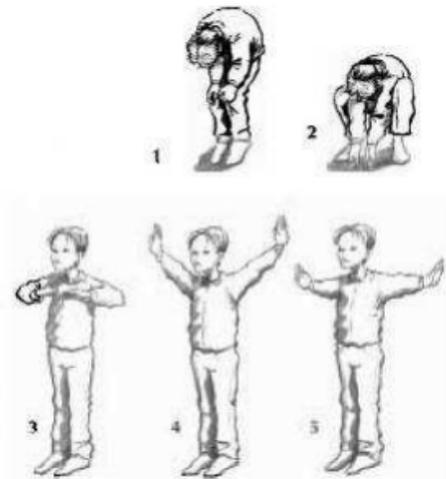
- 3 niveles de respiración: sentado en el suelo, de piernas cruzadas se adopta la posición de cruzar los brazos por el pecho y posicionar las manos en las clavículas. Ya en esta posición se inhala por la nariz y se exhala por la boca, intencionando la respiración de pecho o “respiración alta” al mismo tiempo que se percibe que los brazos suben y bajan según nuestro ritmo respiratorio.

Posteriormente, continuamos en el piso de piernas cruzadas, se llevan las manos a las costillas e inhalando por la nariz y exhalando por la boca se intenciona la respiración de tórax y se percibe como el tórax se expande y se contrae según nuestro ritmo. Finalmente nos recostamos boca arriba, posicionamos las manos en el abdomen y sentimos como este se expande según nuestra respiración. Cada posición de este ejercicio debe realizar alrededor de 4 o 5 respiraciones.

Personalmente siento que el ejercicio estaría más completo si se incluyese el modo de respiración que empieza por el abdomen y termina en el pecho en un movimiento de “ola”, ya que según autores de diferentes ramas este tipo de respiración sería la más óptima.



- El árbol que crece: La posición inicial consiste en una inclinación hacia adelante en donde tocan su pecho con el mentón, con las rodillas levemente flectadas y las manos sobre estas (Fig. 1) posteriormente la persona se pone de cuclillas mientras sus manos entre las rodillas (Fig. 2) momento en el cual se exhala. posteriormente se toma una posición erguida (Fig. 3) en donde se termina de expulsar el aire durante el movimiento ascendente. Siguiendo en esta posición, se extienden los brazos y se comienza a inhalar (Fig. 4) Completando una inhalación profunda extendiendo los brazos, buscando una extensión de la espalda permitiendo que el tórax se expanda lo más posible (Fig. 5). Repetimos las veces que queramos aunque se recomiendan al menos 2 o 3 ciclos de respiración.



Anexo 2

Ejercicio básico de Grounding:

Indicar que la persona se retire el calzado, se pare firmemente con una separación de pies según su ancho de caderas, y se le explica la siguiente forma de respiración: inhalando por la nariz, inflando primero el abdomen, para seguir con el pecho en un “movimiento de ola”, y exhalando partiendo por desinflar primero el pecho, y por último el abdomen, hacemos al menos 4 ciclos de respiración. Ya hecho esto se pide a le paciente que relaje progresivamente su cuerpo, y que lentamente enfoque su atención en los dedos de sus pies, que sienta el peso de su cuerpo y cuanto ocupa cada dedo para soportarse a si mismo, después continuamos con el talón, la parte exterior e interior del pie, prestando atención al menos 20 segundos a cada sección del pie, para después instar a jugar con el equilibrio y percibir cómo cambia la presión en estas distintas zonas antes exploradas según la forma en que nos vayamos balanceando. Al terminar el ejercicio se habla de lo que se percibió durante la actividad y la sensación que nos deja esta.