

1996

La integración de la estructura de la imagen corporal, abordaba a través de la estimulación psicomotriz, en pacientes psicóticos crónicos institucionalizados

López, Jorgelina

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/979>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

PSICOSIS E IMAGEN CORPORAL

La Integración de la estructura de la Imagen Corporal,
abordada a través de la Estimulación Psicomotriz, en
pacientes psicóticos crónicos Institucionalizados.

por:

LÓPEZ, Jorgellna

MASTROMARINO, Marlana

ROMERO, J. Carolina

DIRECTORA:

T.O. PAULA MANTERO

*Tesis presentada en cumplimiento de los requisitos exigidos
para el Título de Licenciado en Terapia Ocupacional otorgado
por la Universidad Nacional de Mar del Plata.*

Universidad Nacional de Mar del Plata.
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.
Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina.

1996.

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
489	615.8 L 871
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

A Rosa,

Nunca se va de nuestro lado
quien vive en nuestro corazón.

Nuestro agradecimiento a todas aquellas personas que nos acompañaron y guiaron en el camino que concluye con este trabajo que es punto de llegada y partida para otros...

* A la T. O. Paula Mantero, quien fomentó este proyecto y nos brindó en cada paso, su tiempo y espacio, permitiéndonos con sus críticas y sugerencias crecer en el conocimiento.

* Al personal y director Dr. Juan Carlos Merlo de la Clínica de Psicopatología del Mar, que confiaron en nosotras y nos ofrecieron el ámbito en el cual desarrollar nuestras ideas.

* A los pacientes, de quienes pudimos aprender y sin los cuales hubiera sido imposible la realización de esta experiencia.

* Al Lic. Gabriel García de Andreis, quien con sus conocimientos nos permitió ampliar la significación a esta investigación.

* Al Dr. Mariano Grilli, por su asesoramiento metodológico.

* A nuestros hermanos, Lorena, Fabiana, Virginia y Pablo, con quienes pudimos contar una vez más.

* A nuestros padres, que con sus miradas, sus caricias, sus silencios, sus palabras, nos alimentan y fortalecen día a día.

* A nuestros esposos, compañeros y cómplices de tantos sueños.

* Finalmente queremos agradecer a nuestros familiares y amigos que de alguna u otra manera compartieron con nosotras y nos animaron en este proyecto.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES EN EL ABORDAJE CORPORAL DE PACIENTES PSICÓTICOS	4
PARTE I: ASPECTOS TEORICOS	9
CAPITULO 1: LA IMAGEN CORPORAL	10
LAS TRES BASES DE LA IMAGEN CORPORAL	20
BASE FISIOLÓGICA	21
BASE PSICOLÓGICA	26
BASE SOCIOLÓGICA	41
CAPITULO 2: PSICOSIS	44
CAPITULO 3: PSICOSIS, IMAGEN CORPORAL Y ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ	68
CAPITULO 4: ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ	78
CONCIENCIA DEL PROPIO CUERPO	84
ACTIVIDAD DEL CUERPO	87
EL CUERPO EN RELACIÓN AL ESPACIO	88
ORGANIZACIÓN DE LAS RELACIONES	90
EN EL TIEMPO	90
ORGANIZACIÓN PERCEPTIVA	92
EXPRESIÓN CORPORAL	94
EL CUERPO EN RELACIÓN	96
A OBJETOS Y PERSONAS	96
EL CUERPO EN REPOSO	98
MOMENTOS DE LA ACTIVIDAD	100
1º MOMENTO: LA ACTIVIDAD LÚDICA Y DE INICIACIÓN AL MOVIMIENTO	100
2º MOMENTO: EL MOVIMIENTO LIBRE DEL CUERPO Y LOS OBJETOS	107
3º MOMENTO: EL MOVIMIENTO LIBRE DEL CUERPO, LOS OBJETOS Y LOS OTROS	123
LA MÚSICA	125
CAPITULO 5: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA	
COMO MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	129
PARTE II: ASPECTOS METODOLOGICOS	136
OBJETIVOS	137
PROBLEMA	138
DEFINICIONES	138
DIMENSIONAMIENTO E INDIZACIÓN DE LA VARIABLE INTEGRACION	
DE LA ESTRUCTURA DE LA IMAGEN CORPORAL	140
DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE ESTIMULACION PSICOMOTRIZ	144
CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE INTEGRACION DE LA ESTRUCTURA	
DE LA IMAGEN CORPORAL	147
TIPO DE ESTUDIO	147
PRESENTACION DE LA EXPERIENCIA DE CAMPO	147
DESCRIPCIÓN DE LOS ENCUENTROS DE ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ	149
POBLACIÓN Y MUESTRA	182
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	183
CRITERIOS PARA LA PUNTUACIÓN DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA	183
PARTE III: RESULTADOS Y CONCLUSION	196
PRESENTACION DE LOS RESULTADOS	197
ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS	225
ANÁLISIS E INTERPRETACION DEL DIBUJO DE FIGURA HUMANA	229
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS DURANTE LA ACTIVIDAD	248
CONCLUSIÓN	253
BIBLIOGRAFIA GENERAL	254

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación surgió de observar durante nuestra práctica clínica, en la Clínica de Psicopatología del Mar de la ciudad de Mar del Plata, las dificultades presentadas por los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, en relación a la representación gráfica de su cuerpo. Estos realizaban dibujos de sí mismos fragmentados, mutilados, sin diferenciación segmentaria y en algunas oportunidades asexuados. A partir de estas observaciones comenzamos a incursionar en el tema del paciente psicótico y su Imagen Corporal.

El concepto de Imagen Corporal nos remite a la representación del cuerpo. En la misma se interrelacionan conceptos desde un punto de vista fisiológico, psicológico y sociológico. Estos aspectos de la Imagen Corporal, que denominamos bases, son los que se interrelacionan a lo largo de toda la vida, conformando una Imagen Corporal propia y característica de cada sujeto, estando en continua construcción y autodestrucción.

La Imagen Corporal del sujeto psicótico a partir del proceso de enfermar, se encuentra disociada. La disociación es entendida como la destrucción de la imagen del cuerpo, en la cual las partes pierden su ligazón con el todo. Será el psicoanálisis quien nos posibilitará posicionarnos ante el paciente psicótico y su imagen corporal, su posible abordaje,

como así también los límites de éste. En relación al abordaje es que definiremos, basándonos en G. Pankow, la estructura de la Imagen Corporal, como la Gestalt o forma que expresa un vínculo dinámico entre las partes y la totalidad. Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto se tenderá a favorecer la integración de la estructura de la Imagen Corporal del paciente psicótico crónico institucionalizado. En este sentido, se realizará un abordaje corporal implementado desde Terapia Ocupacional que denominamos Estimulación Psicomotriz.

Esta actividad se propone brindar un tiempo y espacio determinados donde por medio del movimiento, del contacto con los otros (personas y objetos), y de los vínculos que se generan, se favorezca el enriquecimiento de experiencias, de interrelaciones, comunicación y expresión. De este modo se tiende a producir modificaciones en el sujeto y en la estructura de su Imagen Corporal por la internalización de estas experiencias.

Trataremos de captar el proceso de disociación que se da en el paciente psicótico a través de sus manifestaciones. Si la Estimulación Psicomotriz puede favorecer la unidad del cuerpo destruido, podrá aprender, el paciente psicótico a "habitarlo". Todos nuestros esfuerzos tenderán a reunificar esa dinámica del cuerpo y la estructura de su Imagen Corporal a partir del movimiento.

Los conceptos básicos de esta tesis serán desarrollados en los siguientes capítulos.

Parte I: Aspectos Teóricos:

- En el capítulo 1 se desarrollarán los aspectos teóricos acerca de la Imagen Corporal y sus bases.
- En el capítulo 2 nos introduciremos en la temática de la Psicosis, específicamente la Esquizofrenia, en sus aspectos clínicos y psicodinámicos.
- En el capítulo 3 expondremos acerca del desarrollo de la Imagen Corporal del paciente psicótico y las características en relación a la estructura de la misma.
- En el capítulo 4 nos detendremos en la definición de la Estimulación Psicomotriz y en la descripción minuciosa de los aspectos que la conforman.
- En el capítulo 5 fundamentaremos el dibujo de la Figura Humana como método de recolección de datos.

Parte II: Aspectos Metodológicos:

Se desarrollarán las etapas del proceso de investigación.

Parte III: Resultados y Conclusión:

Presentación, análisis, interpretación y conclusión sobre los resultados obtenidos.

ANTECEDENTES EN EL ABORDAJE CORPORAL DE PACIENTES PSICÓTICOS

En el rastreo bibliográfico realizado, encontramos diversos autores que relatan sus trabajos e investigaciones con pacientes psicóticos, abordados a través de distintas técnicas corporales haciendo hincapié cada uno en el logro de algún aspecto determinado.

Así, A. González Valiente, C. Curras, C. Crespo y otros¹, Técnicos de Ergoterapia Psiquiátrica del Hospital Psiquiátrico de La Habana, realizaron una investigación para conocer los beneficios de la utilización de la danza como método de rehabilitación en pacientes mentales crónicos. Se utilizó a 8 pacientes (4 hombres y 4 mujeres) todos esquizofrénicos paranoides que por primera vez asistieron al departamento de Terapia Ocupacional del Hospital en mención.

El objetivo fue mostrar que la danza como método rehabilitatorio del enfermo mental crónico, contribuye a aumentar la capacidad de comunicación y socialización, así como a mejorar la atención y coordinación psicomotora de los pacientes. Se realizaron 5 ensayos con una duración de 2 horas cada uno; los autores señalan que no obstante y a pesar de que el número de ensayos no fue suficiente, los pacientes se sentían motivados por la actividad lo que se evidenció en

¹ González Valiente, A. y otros. "LA DANZA COMO RECURSO EN LA REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL CRÓNICO". Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Cuba. v. XXVII, Nº 4. Pág. 583.

sus relaciones con el terapeuta y entre ellos mismos, los resultados en cuanto a la disciplina psicomotriz fueron alentadores, demostrados estadísticamente.

Rose Gaetner², directora de un Hospital de día para niños psicóticos en París, y docente del Departamento de Psicomotricidad del Hospital Salpêtrière, propone una terapia corporal para el Paciente psicótico sin alteración neurológica a través de la danza y la música. Comenzó trabajando con niños psicóticos y luego prosiguió la tarea con jóvenes y adultos psicóticos. El objetivo de esta actividad es 'provocar el nacimiento del narcisismo: "el interés por su propia persona hace que el paciente abandone, poco a poco, sus manifestaciones autodestructivas"; "Esta técnica tiende a: aumentar la sensibilidad corporal, mejorando el equilibrio y las sinergias musculares; atenuar las estereotipias, que se convierten en danzas o movimientos de encantamiento; al surgimiento de la vida emocional..." (1981).

En 1982 el equipo interdisciplinario del Servicio de Psicopatología del Hospital Israelita de la ciudad de Buenos Aires, realizó durante 5 años una experiencia por consultorio externo con grupos de pacientes psicóticos adultos crónicos, basados en psicomotricidad, plástica, musicoterapia, grupo terapéutico, análisis individual, psicofármacos. El equipo manifiesta lo siguiente: "...La respuesta clínica que encontramos fue abrirles un espacio y un tiempo donde esa

² Gaetner, R. TERAPIA PSICOMOTRIZ Y PSICOSIS. Bs. As., Paidós, 1981.

imagen corporal coagulada, petrificada, congelada en lo real empezara a transformarse al ofrecerles otro lugar donde mirarse, mover-ser movidos, jugar-ser jugados por otro. Se iba produciendo un recambio libidinal [...] Su acción y movimiento estereotipados, monótonos, empezaban a transformarse en un jugar espontáneo donde sesión tras sesión se iba modificando su gestualidad, la utilización de su cuerpo en el espacio, el contacto con los demás, sus posturas corporales y la actitud corporal general [...] Es esta articulación la que va posibilitando al sujeto encadenar situaciones, recuerdos, sensaciones que se producen durante el juego corporal, a su propio devenir histórico.”³

En febrero de 1984, la Dra. Norka Jordán de la Clínica San Pablo de la ciudad de La Plata, decidió aplicar la técnica de lenguaje corporal en pacientes psicóticos. Esta es una técnica de movimiento utilizada por algunos grupos de teatro independiente, a fin de facilitar la capacidad expresiva de los actores. Es una integración de elementos de sensopercepción, expresión corporal y yoga. Se constituyeron un grupo de 7 pacientes psicóticos, otro de pacientes con trastornos psicosomáticos y un grupo control. A los dos primeros se les efectuaron 8 sesiones, además de los tratamientos habituales y el resto del año se continuó la experiencia con un grupo móvil y heterogéneo. Se observó el comportamiento de los pacientes frente a la técnica de

³ Levin, E. LA CLINICA PSICOMOTRIZ. Bs. As. Nueva Visión, 1991.

movimiento y la evolución clínica, encontrándose que durante las sesiones todos responden bien a la consigna de movimiento y que a lo largo de la experiencia, pudo observarse que en todos los casos mejoró la sociabilidad; que las dosis de psicofármacos utilizados fueron menores debido a que disminuía la ansiedad con respecto a los pacientes que no habían hecho la experiencia, que en 2 casos en que se indicaba terapia biológica, ésta no fue necesaria y ambos cuadros cedieron mediante el uso de psicofármacos y terapia individual.

Marisa Fiordalisi de Sued⁴, Terapeuta corporal, realiza trabajo corporal con pacientes psicóticos, borderline y pacientes con características psicopáticas, en la Comunidad Terapéutica de Vicente López. Los objetivos de este abordaje son ... "contribuir a acompañar a los pacientes en la difícil tarea de "saber quiénes son". Se contribuirá en primer término a ayudarles a reconstruir la imagen de un cuerpo muchas veces disociado; ayudará en definitiva a construir la unidad de la imagen de ese cuerpo, en donde puede articular las partes del mismo como correspondientes a un todo organizado, en donde pueda reconocer como propias las diferentes sensaciones corporales. Para lograr esto se propone ofrecer a los pacientes un marco continente donde puedan accionar, sentir y reflexionar sobre estas vivencias en un clima de confianza, no persecutorio. Donde puedan lograr la pérdida paulatina al

⁴ Grimson, R. LA CURA Y LA LOCURA. Bs. As., Búsqueda, 1983.

miedo a la fusión e indiscriminación que suelen intensificarse en el trabajo grupal, pero teniendo en cuenta que antes que el paciente entre en contacto con los otros es necesario reasegurarle los límites y la organización de su cuerpo. Una vez logrado esto permitirle un desarrollo lúdico que le posibilite el vivir nuevas situaciones y ayudar en el proceso de interacción grupal. Posibilitar el enriquecimiento de las zonas del yo no afectadas, a partir de los logros en el control de la motilidad y autoconocimiento.) Posibilitar el acceso de la expresión simbólica de la agresividad".) Se utiliza una extensa gama de técnicas, como ejercicios extraídos de la técnica de gimnasia conciente, juegos y ejercicios motores, donde lo esencial es la carga afectiva.

De lo expuesto anteriormente podemos concluir que numerosos terapeutas se han ocupado del abordaje corporal del paciente psicótico. Obtuvieron resultados alentadores en relación a la patología.

[Nuestro trabajo enfatiza la utilización de la estimulación psicomotriz como técnica de abordaje corporal en relación a la problemática de la imagen corporal del paciente psicótico crónico adulto institucionalizado.]

PARTE I

ASPECTOS TEORICOS

CAPITULO 1

LA IMAGEN CORPORAL

Para comenzar nuestro estudio, seleccionamos a PAUL SCHILDER, médico neuropsiquiatra, alemán, quien realizó investigaciones durante las primeras décadas del siglo XX. Son importantes sus contribuciones en los campos más diversos de la neurología y psiquiatría; entre otros estudios mencionaremos: la descripción realizada que se conoce como "enfermedad de Schilder", monografías como: "Delirio y Conocimiento", "Conciencia del yo y conciencia de sí mismo"; libros como "Manual de psicología médica"; finalmente citaremos su libro "Imagen y Apariencia del cuerpo humano". En éste, el autor, es uno de los primeros que investiga el tema de la *IMAGEN CORPORAL*, y realiza un estudio empírico tomando como base la Neurología, Psiquiatría y Psicoanálisis, intentando dar a su estudio un carácter dinámico y clínico. La incorporación del psicoanálisis, le da un carácter diferente al tema en relación a otros autores de su época, los cuales lo habían investigado dentro del marco de la Neurología.

Hacemos esta reseña del marco teórico del autor para poder comprender lo que Paul Schilder postula, dentro de un momento histórico de las investigaciones sobre la Imagen Corporal. Desde este lugar, Schilder da la siguiente definición de *IMAGEN CORPORAL*: "AQUELLA REPRESENTACIÓN QUE NOS FORMAMOS DE NUESTRO PROPIO CUERPO, ES DECIR LA FORMA EN QUE ÉSTE SE NOS PARECE" y prosigue "y si bien percibimos esta unidad, tratase de algo más que una percepción. Para designarla, usaremos la expresión: esquema de nuestro cuerpo o esquema corporal, [...]. El esquema

corporal es la Imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo y podemos llamar esta imagen "*IMAGEN CORPORAL*".¹

En esta definición aparecen conceptualizados *IMAGEN CORPORAL* y *ESQUEMA CORPORAL*, que en una primera lectura, pueden llegar a tomarse como sinónimos. Sin embargo, si analizamos detalladamente observamos sutiles diferencias: el autor, se refiere a la Imagen Corporal como la representación mental del propio cuerpo, y Esquema Corporal como la imagen tridimensional de sí mismo.

Analizando el concepto de *IMAGEN*, en relación al lugar que ocupa en el espacio, ésta se ubica en un plano, por ejemplo un cuadro, un dibujo en una hoja de papel, la imagen reflejada en un espejo; o bien una imagen mental, por ejemplo cuando soñamos. Este lugar ocupado en el espacio, se caracteriza por dos dimensiones: el ancho y el largo; es decir son bidimensionales, sólo existe una noción de profundidad, que en el caso de un dibujo, por ejemplo, lo da la perspectiva.

En cambio, al Esquema Corporal, Schilder lo define como la imagen tridimensional del cuerpo, se refiere a una estructura que ocupa las tres dimensiones del espacio, por ejemplo una escultura, el propio cuerpo, etc.

¹ Schilder, P. *LA IMAGEN Y APARIENCIA DEL CUERPO HUMANO*. Bs. As., Paidós, 1983, p. 15.

Retomando el concepto de "ESQUEMA", éste fue definido por Bonnier en 1905, como: "... una configuración topográfica y por consiguiente, espacial del cuerpo...".²

Posteriormente F. Dolto define el *ESQUEMA CORPORAL* como: "... aquel que se refiere al cuerpo actual en el espacio, a la experiencia inmediata, encontrándose las nociones de propioceptividad, exteroceptividad e interoceptividad...".³

El esquema corporal es el mismo para todos los individuos, especifica al individuo en cuanto representante de la especie. Es evolutivo en el tiempo y en el espacio, es susceptible de ser medido y de ser comparado con otro, por ejemplo: las medidas standard, a cada niño le corresponde un peso y altura determinados de acuerdo a su edad. Puede ser independiente del lenguaje, entendido éste como historia relacional con los otros.

Relacionaremos al Esquema corporal con la Primer Tópica de Freud y diremos que es Preconciente. El Esquema Corporal se hace conciente, por medio de, por ejemplo: el dolor en los diferentes órganos del cuerpo (estómago, hígado, etc.), el dolor de espalda, la sudoración ante el frío o el calor, al tropezarnos, al bañarnos, al padecer una enfermedad o sufrir un accidente. En este sentido, la conciencia del cuerpo es fugaz y nunca totalizante.

² Bonnier, E., citado por Levin, E., en *LA CLÍNICA PSICOMOTRIZ*, Bs. As., Nueva Visión, P. 63.

³ Dolto, F. *LA IMAGEN INCONCIENTE DEL CUERPO*, Barcelona, Paidós, 1990.

Así el esquema corporal, permanece fuera de la conciencia, en el preconciente haciéndose conciente por alguna circunstancia en relación con la propia experiencia del sujeto. Difícilmente el sujeto esté conciente o pensando en cada momento en el funcionamiento de su cuerpo, pues esta actitud sería paralizante: el estar pendiente, limitaría su accionar.

Es frecuente, en la clínica observar, como en un mismo sujeto conviven un Esquema Corporal inválido y una Imagen Corporal sana. Cuando la afección sobreviene de manera súbita como por ejemplo: una hemiplejía a causa de un Accidente Cerebro Vascular o una amputación por accidente de trabajo, el Esquema Corporal se haya afectado. En cambio, cuando estos sujetos dibujan su cuerpo, se evidencia que su Imagen Corporal es sana. En relación a lo antedicho podemos mencionar a F. Dolto, quien realizó estas investigaciones en niños:

"... Si la enfermedad sobreviene después de la edad de tres años, o sea después de adquiridas la marcha, la continencia esfinteriana y el sabor concerniente a su pertenencia a un solo sexo, el esquema corporal, incluso si está afectado en parte de manera duradera sigue siendo compatible con una imagen del cuerpo casi siempre intacta, como se comprueba en los dibujos de estos niños".⁴

⁴ Dolto, F. LA IMAGEN INCONCIENTE DEL CUERPO, Barcelona, Paidós, 1990. p. 18.

Por otro lado, nos encontramos con sujetos que tienen un Esquema Corporal sano, no inválido, pero que presentan trastornos relacionados con su psicomotricidad, como por ejemplo: una manera particular de moverse, de accionar en el mundo externo, en relación a los sujetos, y objetos que los rodean. Tal es el caso de las psicosis. Kraepelin, en 1899, diferencia una serie de trastornos como: estados de apatía, abulia, desórdenes afectivos, trastornos del pensamiento, deterioro de la iniciativa, de la voluntad, del interés, etc., correspondientes a las llamadas por él "Demencias Precoces". Estas "demencias" serían más tarde las esquizofrenias de Breuler. En estos pacientes, las acciones motrices (en relación al Proyecto motor) y el movimiento del cuerpo, en relación a la imagen corporal, se encuentran "perturbados" y "desorganizados".

Agregaremos lo siguiente "... Gracias a nuestra imagen del cuerpo portada por y entrecruzada con nuestro esquema corporal, podemos entrar en relación con el otro..."⁵ La imagen corporal -es portada- por el esquema corporal, es decir que ambos conceptos se diferencian pero también se correlacionan. Todo contacto con los otros se realiza en el espacio a través del esquema corporal, pero la forma en que se comunique se relaciona con la Imagen Corporal; ya que

⁵ Dollo, F. LA IMAGEN INCONCIENTE DEL CUERPO. Barcelona, Paidós, 1990. p.

ésta, es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia.

Al decir de Schilder, en cuanto que la Imagen Corporal es una representación que nos formamos del propio cuerpo, que estaría provocada por la articulación de la percepción de sí mismo a partir de un conjunto de sensaciones, podríamos pensarla en términos de imagen mental.

Imagen mental entendida como: "la representación psíquica de un objetivo registrado por la conciencia a través de un mecanismo sensoperceptivo".⁶

El mecanismo sensoperceptivo, permite al sujeto la adquisición de todo el material del conocimiento, que procede desde el mundo externo, por los cinco sentidos (vista, oído, tacto, olfato, gusto), o del propio sujeto, a través de los sentidos kinestésico, cenestésico, y de orientación y también lo correspondiente a su vida emocional y afectiva.

En cuanto al mecanismo sensoperceptivo en relación al propio cuerpo, comienza con el registro sensorial en los centros corticales: la sensación registrada es sometida a una serie de elaboraciones psíquicas por las cuales se convierte en percepción. Esa elaboración perceptiva pasa inadvertida y la mayor parte de las personas la desconocen, pues se confunden las sensaciones con las percepciones al plasmarse ambas en un mismo momento. Del propio cuerpo del

⁶ Bella, J. C., MANUAL DE PSIQUIATRÍA, 3ª ed. Bs. As., Universitaria, 1962, p. 10

sujeto partirán un conjunto o totalidades de impresiones sensoriales que las elaboraciones psíquicas convierten en percepciones. La integración del conjunto de percepciones en relación al cuerpo conformarán una imagen mental del cuerpo, como unidad.

Cuando nos referimos a la Imagen Corporal, no sólo hacemos referencia a la representación del propio cuerpo como un mero acto sensoperceptivo, sino que esta representación se dará a través de un proceso, por el cual el conjunto de experiencias que vivirá el sujeto desde el principio de la vida, permitirá o influenciará la forma en que se construya la propia imagen. Toma importancia aquí la historia del sujeto, el desarrollo de su vida afectiva, que teñirá la experiencia del sujeto y dará una manera particular de percibir su propia Imagen.

"La imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales, interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales".⁷

La imagen del cuerpo se constituye. Tiene una evolución relacionada con la historia del sujeto. Su elaboración es estudiada en el niño, en el curso del desarrollo del esquema corporal. El niño, durante los primeros años de vida, obtendrá experiencias visuales, auditivas, sensoriales en contacto con

⁷ Dollo, F. LA IMAGEN INCONCIENTE DEL CUERPO. Barcelona, Paidós, 1990. p. 21.

los otros, entre los cuales la madre será la representante principal. Serán también importantes la presencia de los otros. Estas experiencias de comunicación constituirán la Imagen Corporal. La construcción de la Imagen Corporal nunca es definitiva, P. Schilder acerca de esto dice "... está en continua construcción y autodestrucción, se conjuga experiencia pasada y actual...".⁸

Relacionando la Imagen corporal con la Primer Tópica (como lo hicimos con el Esquema Corporal) diremos que es INCONSCIENTE, puede tornarse en parte Preconciente, y sólo cuando se asocia al lenguaje Conciente, el cual utiliza metáforas y metonimias referidas a la imagen del cuerpo. En un principio el lenguaje, serán aquellas palabras dichas por los otros, para significar las percepciones y experiencias. Durante el primer año del bebé, la madre a través del lenguaje le da un significado a la experiencia del niño, el llanto del bebé, por ejemplo, desencadena una serie de acciones y suposiciones de la madre para calmarlo. Posteriormente el acceso al lenguaje, le permitirá al sujeto simbolizar su propia experiencia y de esta manera expresar sus vivencias en relación a su cuerpo.

Para concluir este punto mencionaremos una característica de suma importancia de la Imagen Corporal, que nos ayudará a completar la definición de este concepto:

⁸ Schilder, P. IMAGEN Y APARTECENCIA DEL CUERPO HUMANO. Bs. As., Paidós, 1983, p. 15.

LA IMAGEN CORPORAL ES DINÁMICA, está constituida por la articulación de tres BASES: FISIOLÓGICA, PSICOLÓGICA, Y SOCIAL, interrelacionándose a lo largo de la historia del sujeto.

LAS TRES BASES DE LA IMAGEN CORPORAL

Schilder explica la Imagen Corporal a través de tres aspectos diferentes, es así que expone sobre "La base fisiológica de la Imagen Corporal", "La estructura libidinal de la Imagen Corporal" y "Sociología de la Imagen Corporal".

A estos *TRES ASPECTOS DIFERENTES*, le daremos la cualidad de *BÁSICOS*, los denominaremos *BASES FISIOLÓGICA, PSICOLÓGICA Y SOCIOLÓGICA DE LA IMAGEN CORPORAL*.

Nos explayaremos sobre el concepto "*BASE*". Por éste entendemos en el lenguaje cotidiano, aquéllo que está como fundamento o apoyo, en el cual descansa alguna cosa, sobre lo que se construirá algo posterior. En las bases Fisiológica, Psicológica y Social, y su articulación dinámica, encontramos el fundamento (punto de partida) sobre el cual se construirá la Imagen Corporal; cada una de las bases serán indispensables para formarla.

Se hace necesario la siguiente aclaración, la explicación del concepto de Imagen Corporal, mediante las tres bases, es a fines metodológicos, ya que entendemos a la Imagen Corporal como una unidad. La Imagen Corporal sería la resultante de la coexistencia de estas tres Bases. Éstas, son así siempre *COEXISTENTES*, están presentes en todo momento de la vida, interrelacionándose, en sus tres aspectos diferentes.

BASE FISIOLÓGICA

La definimos como aquella en la cual intervienen todas las sensaciones provenientes de los músculos y su inervación, sensaciones viscerosceptivas, impresiones ópticas, táctiles, térmicas, de dolor que contribuyen a la construcción de la Imagen Corporal.

En la Base Fisiológica, se interrelacionan: mecanismos espinales, receptores cutáneos y a distancia, los sentidos: gusto, tacto, vista, olfato, auditivo y el tono muscular.

La Base Fisiológica es la que está más relacionada con la noción de Esquema Corporal, ya que todos los órganos sensorios, músculos, etc. que le brindan información, son parte del cuerpo.

Para completar esta noción, introducimos el concepto de Información Corporal, enunciado por León Pérez, quien la define como:

"... todo tipo de mensaje proveniente del cuerpo y que intervenga en la construcción de la Imagen Corporal...".⁹

Esta información corporal que se encuentra en la Base Fisiológica, está relacionada con la experiencia del sujeto con su cuerpo o con el de los otros (personas, objetos), colaborando en la construcción de la Imagen.

La información corporal, es un proceso inconsciente, diferenciándose así del Conocimiento Corporal

⁹ Pérez, L. MUERTE Y NEUROSIS, Bs. As., Paidós, 1965, p. 96.

que implicaría conciencia de todos estos procesos que operan en el sujeto a partir de la experiencia con su cuerpo o con el de los otros, en un tiempo y espacio determinado. El sujeto es conciente de su experiencia en relación a los movimientos que realiza su cuerpo, pero no de cómo es el proceso interno de transmisión de los estímulos en los receptores interosceptivos y exterosceptivos al Sistema Nervioso Central (SNC), ni de cómo es su integración en éste.

En relación a las distintas experiencias que el sujeto obtenga, experimentará su cuerpo como una globalidad, a partir de un conjunto de sensaciones, cambios tónicos, etc. No existe una división primaria entre los sentidos, el aislamiento en sensaciones táctiles, dolorosas, térmicas, etc. es secundario, es producto de un análisis por parte del sujeto.

"... El S.N.C. actúa como una unidad de acuerdo con la situación total. La unidad de percepción es el objeto que se presenta a través de los sentidos [...] el "objeto cuerpo" se presenta a todos los sentidos..."¹⁰

Por ejemplo, en las actividades cotidianas las personas no se detienen a pensar cada sensación que surge a partir del movimiento, sino que el conjunto de sensaciones transmitidas al S.N.C., sirven para que el sujeto adecúe el movimiento de su cuerpo al objetivo perseguido en el momento.

¹⁰ Schilder, P. LA IMAGEN Y APARIENCIA DEL CUERPO HUMANO. Bs. As., Paidós, 1983, p. 95.

El desarrollo de la Base Fisiológica, como ya lo mencionamos corre paralelo a las otras Bases y se interrelaciona para construir la *IMAGEN CORPORAL*.

El desarrollo de un modo general para los individuos, parte de un estado embrionario para llegar a la madurez, el desarrollo de la Base Fisiológica responde desde un principio a la guía de las sensaciones provenientes del cuerpo del sujeto.

Concordamos con León Pérez¹¹, en la importancia que da a las necesidades físicas vitales del bebé como constituyentes de la Imagen Corporal. En el principio de la vida, serán preponderantes los estímulos provenientes del cuerpo en relación con las necesidades fundamentales del organismo del bebé; éstos ocupan el primer plano de importancia en el desarrollo de la información corporal: el hambre, la sed, los estímulos de la micción, la defecación, respiración, movimientos reflejos, vómitos, tos, llanto, estornudo, la satisfacción de la necesidad. Todos los datos en suma provenientes del aumento o sensación de tensión vinculadas con las funciones vitales, son constituyentes de la Base Fisiológica.

Posteriormente con la maduración neurológica, la evolución del bebé, cobrarán importancia relevante otros sentidos y percepciones, los provenientes de la vista, tacto, oído, músculos, etc.

¹¹ Pérez, L. MUERTE Y NEUROSIS. Bs. As., Paidós, 1965.

En los primeros años de vida la experiencia sensoria y posteriormente motriz, es de fundamental importancia como parte de la Base Fisiológica para construir la Imagen Corporal. La adquisición de las diferentes pautas evolutivas, como sentarse, gatear, caminar, correr, el dominio de su cuerpo en relación a los objetos, el dominio de la cuchara para su independencia en la alimentación, el vaso o los juguetes: pelotas, autitos, andar en triciclo, harán cada vez más ricas las experiencias del niño en relación a su cuerpo.

Todo cambio en el Esquema corporal, como la evolución, el movimiento, se manifestará en la Base Fisiológica y ésta a través de sus mecanismos (perceptivos, sensoriales, motrices) transmitirá esta información corporal a las otras dos bases, influyendo sobre la totalidad de la Imagen Corporal.

Se destaca la importancia de esta Base, cuando hay una lesión en uno de sus mecanismos. Schilder al explicar fenómenos como: Anosognosia (impercepción de las afecciones somáticas), Agnosia de la Imagen Corporal (aquellos pacientes que no pueden indicar partes de su cuerpo cuando se les requiere) introduce la influencia de esta Base.

Todos los órganos de los sentidos son importantes para la construcción de la Imagen Corporal, destacando la vista y el tacto.

El tacto es un sentido cuyo órgano es la piel. Podríamos pensar la piel como envoltura corporal, marcando el límite entre el mundo externo y el cuerpo. Es interesante observar los cambios que se operan en nuestra percepción

sensible de la piel y de la superficie táctil de nuestro cuerpo, cuando un objeto se halla en contacto con la piel o cuando lo tocamos con las manos o con otra área del cuerpo. Por ejemplo: en el momento de vestarnos, al tocarnos, al transportar con las manos un objeto, al sentarnos, al caminar, etc. En tales casos, la superficie se torna clara y nítida. En general, podemos decir que la superficie de nuestra piel sólo se presenta con nitidez cuando nos hallamos en contacto con la realidad y sus objetos. Las diferentes impresiones, sensaciones y percepciones cobran diferenciación y claridad en relación a la experiencia inmediata con los objetos.

Schilder, relaciona las percepciones táctiles con las impresiones ópticas, de manera tal que éstas son posteriores a las primeras. Señala también la importancia de las impresiones ópticas para la localización de las partes del propio cuerpo. La vista, como sentido integrador permite reunir este conjunto de impresiones en una imagen.

Todo contacto o punto estimulado, sobre la piel, produce una imagen mental del punto tocado; esta imagen mental se corresponderá a la localización en un punto de la representación de su propio cuerpo. Así, si nosotros con un determinado objeto, tocamos cara anterior del antebrazo de un sujeto, éste podrá discriminar el lugar tocado y también a qué parte de su cuerpo total corresponde. De esta manera, "... los signos locales (provocados por un estímulo que puede ser de variado origen) dependen de un proceso que correlaciona la

impresión aislada con el total de impresiones que contribuyen a formar la imagen corporal."¹²

Esta representación total de su cuerpo, permite precisar la localización de los miembros en el espacio, la posición relativa de dos estímulos y también la diferenciación entre un movimiento de un miembro y todo el cuerpo.

A través de la percepción de los diferentes estímulos se contribuye a la Imagen Corporal. El aspecto perceptivo, que favorece el conocimiento del cuerpo tiene un significado muy importante, ya que constituye la base para las acciones.

BASE PSICOLÓGICA

En ésta definimos lo relativo a las experiencias tempranas infantiles, la historia del sujeto, experiencias emocionales que obtenemos a través de los actos y actitudes con los demás.

"La vida emocional desempeña un papel decisivo en la Imagen Corporal. La influencia emocional, la historia del sujeto, altera el valor y claridad relativos de las diferentes partes de la Imagen corporal [...] Las experiencias infantiles tempranas, son de particular importancia en este sentido,

¹² Schilder, P. LA IMAGEN Y APARIENCIA DEL CUERPO HUMANO. Bs. As., Paidós, 1983. p. 26.

aunque en ningún momento dejamos posteriormente de reunir experiencias y explorar nuestro cuerpo."¹³

En cuanto a las experiencias tempranas infantiles, diversos autores han estudiado la forma en que estas se desarrollan:

D. Winnicott, describe la fase de *SOSTENIMIENTO*, como primera relación entre el bebé y la madre, en la cual el bebé es totalmente dependiente. Señala también la "identificación emocional de la madre" como aquella capacidad de poder responder adecuadamente a las necesidades del niño. Cuanto mayor sea esta capacidad favorecerá la satisfacción de necesidades del niño y la incorporación de estas experiencias de satisfacción, como placenteras, uniéndose las experiencias de su cuerpo con un determinado tono afectivo.

"El sostenimiento comprende en esencial, el hecho físico de sostener la criatura en brazos y constituye una forma de amar [...] Todo esto conduce a la instauración de las primeras relaciones objetales de la criatura y a sus primeras experiencias de satisfacción instintiva, no sólo conduce a ellas sino que también las incluye y coexiste con ellas."¹⁴

¹³ Schilder, P. LA IMAGEN Y APARIENCIA DEL CUERPO HUMANO. Bs. As., Paidós, 1983. p. 149.

¹⁴ Winnicott, D. EL PROCESO DE MADURACIÓN EN EL NIÑO. 2ª Ed. Barcelona, Laia, 1979, p. 56.

J. de Ajuriaguerra¹⁵ , se refiere al DIÁLOGO TÓNICO, éste es el intercambio de tono muscular que se da entre la madre y el niño. Lo describe como el lenguaje principal de la afectividad, y dice que por esta razón desempeña un papel decisivo en la adquisición de la vivencia corporal. En el diálogo tónico se tendrá en cuenta la mirada, la temperatura corporal, la caricia, etc., todo el conjunto de intercambios que dará una manera particular de constituir la experiencia en relación al cuerpo y su madre.

R. Spitz¹⁶ , distingue en la experiencia del niño dos aspectos perceptivos: en relación al propio cuerpo y en relación a la experiencia externa. En relación al propio cuerpo, destaca el papel de la boca como "la cavidad primaria": primer órgano donde actúa la percepción durante las primeras semanas de vida y con la acción específica de alimentarse.

En cuanto a la experiencia externa, destaca la diada madre-hijo. La madre es la encargada de amamantar al bebé. En este acto se conjugarán, el contacto del pezón con la boca del bebé y las primeras caricias del bebé al pecho de su madre. Será fundamental el rol de la madre para suscitar, en el sentido de estimular consciente e inconscientemente, respuestas del infante. A través de estas percepciones y de su relación

¹⁵ de Ajuriaguerra, J. MANUAL DE PSIQUIATRÍA INFANTIL. 4ª Ed. Barcelona, Toray- Masson, 1977.

¹⁶ Spitz, R. EL PRIMER AÑO DE VIDA DEL NIÑO. México, Fondo de Cultura Económica, 1985.

con la madre, comenzará a conocer su propio cuerpo siendo fundamental para la construcción de la Imagen Corporal.

Todos estos autores, hablan de las primeras experiencias infantiles, que como mencionamos anteriormente permiten explorar el cuerpo e ir construyendo la Imagen Corporal.

En el bebé, cuerpo y mundo son experiencias correlacionadas, ya que el niño no tendrá conciencia de los límites corporales, la demarcación entre el mundo que lo rodea y su propio cuerpo no es precisa. En la medida en que el bebé realice intercambios con el mundo exterior, del cual el representante principal en este momento es la madre, podrá ir conociendo los límites de su cuerpo. Será la madre y la familia próxima que en el desarrollo de las funciones de cuidado y estimulación del niño (alimentación, higiene, vestido, juego, etc.), contribuirán a que el mismo comience a construir la imagen de su propio cuerpo.

Freud propone para el análisis de la constitución del Yo adulto, que incluye la representación-cuerpo (Imagen Corporal) un desarrollo que parte de un núcleo: el ello.

El Yo se construye a partir de los siguientes momentos: un primer momento en el que se discriminan estímulos endógenos y exógenos. A este momento le sigue otro en el cual los estímulos endógenos privilegiados sobre los otros, se ligan con los estímulos en puntos aislados de la periferia: se constituyen las zonas erógenas. Estas zonas posteriormente se articulan con registros perceptuales y

motrices de donde derivan las primeras huellas mnémicas aisladas entre sí. Un momento posterior consiste en la ligadura de estas zonas de la periferia configurando totalidades de sensaciones simultáneas en las cuales el niño es pasivo ante la madre, surgiendo así una representación más totalizante, un Yo más evolucionado. A partir de aquí, la libido privilegiará determinadas zonas en las cuales habrá un pasaje de lo pasivo a lo activo: las fases oral, anal, fálica, las cuales incluirán tipos específicos de la representación-cuerpo (Imagen Corporal).

Nos detendremos en la descripción de los dos primeros momentos de la constitución del Yo: representación-órgano y cuerpo fragmentado, que tienen especial importancia en la construcción de la representación del cuerpo en la esquizofrenia, tal como lo veremos en los siguientes capítulos.

La construcción de la Imagen Corporal está íntimamente ligada al desarrollo del YO de un sujeto. La representación del cuerpo no se constituye sólo porque el niño tiene existencia física: presencia implica en términos psíquicos, una inscripción del cuerpo en el aparato.

La primera representación del cuerpo, es una representación órgano. "Las representaciones órgano derivan de una serie de vicisitudes pulsionales en que el dolor ligado al aumento de tensión atrae hacia sí energía de dos tipos: como contrainvestidura circundando al órgano, y luego, cuando se

alivia la tensión, como investidura de atención, dirigida duraderamente hacia dicha región de la periferia interior."¹⁷

Para Freud, el prototipo de la representación del cuerpo propio, deriva de la relación con las vivencias de dolor.

El dolor, secundario a un incremento de la tensión de necesidad (hambre, sed, etc.) hace que se invistan "representaciones espaciales" del interior del cuerpo.

Existe en el aparato psíquico una barrera protectora contra los estímulos -barrera antiestímulo-; cuando un estímulo demasiado intenso rompe esta barrera, de todos los lugares se sustrae investidura para que en torno a la zona dolorida se cree una investidura de nivel equivalente, y neutralice la excitación agresora. Este proceso es denominado contrainvestidura. Esta contrainvestidura inicial, que recae especialmente sobre órganos de los que surgen las necesidades (estómago, pulmones, intestinos), se convierte en investidura de atención (libidinal) sobre la representación-órgano.

La discontinuidad del dolor, en que el momento de ausencia de estímulo corresponde a la satisfacción de una meta pulsional, de donde el placer coincide con el alivio de la tensión de necesidad, es importante para la constitución de la representación del cuerpo, ya que si el dolor fuera permanente, devastaría el aparato psíquico y no habría posibilidad de sostener representación alguna.

¹⁷ Maldavsky, D. ESTRUCTURAS NARCISISTAS. Constitución y Transformaciones. Bs. As. Amorrortu, 1988, p. 217.

Las representaciones del cuerpo así creadas, dejan como resto una huella mnémica de la espacialidad interior del cuerpo. Pero esta espacialidad no está regida en principio por criterios visuales, sino cenestésicos.

En un segundo momento en el desarrollo del yo y la Imagen Corporal y como consecuencia de la constitución de las primeras huellas mnémicas, a partir de las impresiones sensoriales, surgen los primeros deseos, los esfuerzos por repetir las vivencias previas de satisfacción, cuando resurge la tensión y estos deseos se cumplen de un modo alucinatorio, autoerótico: el objeto es generado por la fuente, coincide aún con ella.

En cuanto a la relación objeto y fuente, se establece la zona erógena; ésta es consecuencia de un proceso proyectivo, condicionado por la tensión de necesidad desde el interior hacia la periferia del cuerpo donde se registra como picazón. Este proceso proyectivo, que constituye las zonas erógenas, sólo es posible si ocurren vivencias de satisfacción, permitiendo éstas que lo proyectado, gracias a un estímulo rítmico, cambie de signo, y de picazón se transforme en placer. En este momento las pulsiones de autoconservación y las sexuales invisten ciertos puntos de la periferia, órganos sensoriales y mucosas comenzando por el interior de la boca. De este modo a la representación-órgano obtenida, se le suma en este momento las primeras representaciones de la periferia exterior (zonas erógenas).

Esta erogeneidad posteriormente se enlaza con las cualidades sensoriales y motrices, haciendo posible la inscripción en la memoria de las primeras zonas erógenas, autónomas entre sí y en vínculo opositivo. El vínculo opositivo se refiere al momento en donde el yo está configurado como una totalidad en la que cada parte es equivalente a la otra y cuya diferencia es sólo posicional. Por ejemplo en un ejército en el cual cada soldado es idéntico a los demás, y se diferencia por el lugar que ocupa: 3er. regimiento, 4ta. columna. Quien garantiza la coherencia posicional de este conjunto de elementos equivalentes y evita su dispersión es un jefe, y cuando éste cae, falta o muere, entonces la tropa entra en dispersión, se disgrega.

El enlace entre estas diferentes zonas erógenas es posible sólo porque remiten al yo del cual derivan. A esta estructura Lacan la denomina cuerpo fragmentado, en la que cada zona erógena tiene un vínculo opositivo con las demás y la totalidad sólo se articula por la mediación del yo. Entre ellas aparecen sustancias intersticiales, funcionando como cohesionadoras de la totalidad y constituídas por aquellos elementos que alteran el estado de tensión de las fuentes de pulsión (estas sustancias son atribuidas a la fuente misma).

En relación a esto, la estructura de la zona erógena es de doble superficie: una exterior y una interior, las mucosas, en donde hay un privilegio de las mismas sobre la piel, como fuentes primordiales de erogeneidad. Las mucosas tienen una composición caracterizada por el repliegue de la

zona de contacto sensible con el mundo sobre sí misma, pudiendo ser estimulables endógenamente por un proceso que es autónomo de cualquier estimulación externa y está promovido por el mismo empuje pulsional. La pulsión en la zona erógena halla un estímulo en el cual coinciden fuente y objeto erógeno: como la sensación de latido y de autoestimulación en labios, párpados o esfínteres. En la constitución de las zonas erógenas en la que la investidura se va desplazando desde el interior hacia la periferia exterior, las impresiones rítmicas en mucosa o las que producen modificaciones en la sensibilidad profunda tendrán mayor valor erógeno. Estas impresiones trasladarán su significación a la piel y a los órganos de los sentidos.

P. Schilder¹⁸ afirma que la libido narcisista tiene por objeto la Imagen del Cuerpo.

D. Winnicott¹⁹, hace referencia a que cuando el niño mira a su madre, se ve reflejado en ella.

En el Narcisismo Primario, la Imagen Corporal tiene como precursor el rostro materno. El bebé, que por su organicidad biológica, no puede reconocer su cuerpo como forma entera, se reconocerá en esa imagen de la madre que proviene del exterior.

Es a partir de esta relación con su madre, que el niño se identifica con una imagen que le permite reconocerse.

¹⁸ Schilder, P. LA IMAGEN Y APARIENCIA DEL CUERPO HUMANO. Bs. As. Paidós, 1983.

¹⁹ Winnicott, D. REALIDAD Y JUEGO. Barcelona, Gedisa, 1979.

J. Lacan en relación a la identificación de la imagen de sí mismo, desarrolló el "Estadio del espejo". Se organiza en base a tres tiempos fundamentales.

1. En un principio el niño reacciona como si la Imagen presentada por un espejo fuese una realidad o al menos la imagen de otro. En otras palabras, este primer tiempo de la experiencia demuestra que hay una confusión primera entre uno y otro.
2. Más tarde, el niño llega a descubrir que el otro del espejo no es un ser real sino una imagen. Además de que ya no intenta atraparla, la totalidad de su comportamiento indica que desde ahora sabe distinguir la imagen del otro de la realidad del otro.
3. El tercer momento dialectiza las dos etapas anteriores: el niño se asegura de que el reflejo del espejo es una imagen y también adquiere la convicción de que sólo es una imagen que es la suya.

A través de estos tres tiempos se da el paso de la imagen fraccionada del cuerpo a la comprensión de la unidad de su cuerpo como un todo organizado. En un primer momento a raíz de la insuficiencia madurativa del niño, éste no puede formarse por sus sentidos o sus movimientos corporales esa Imagen entera que lo integra, lo unifica. La imagen especular anticipa en el niño, esa unidad que por su prematuridad corporal no puede alcanzar.

A este sentimiento de unidad dado por la imagen especular, se le va a sumar la experiencia del individuo en

relación a la conquista de partes de su cuerpo. El desarrollo de la libido y el descubrimiento de las zonas erógenas posibilitarán enriquecer esta imagen en relación a la realidad de su cuerpo.

P. Schilder afirma que la libido se asienta en las distintas partes del cuerpo, en las diferentes y sucesivas etapas del desarrollo libidinal, la Imagen del cuerpo irá cambiando de continuo.

"Las zonas erógenas desempeñan un papel preponderante, y cabe suponer que la Imagen del cuerpo debe centrarse durante la etapa oral del desarrollo en torno de la boca, y durante la anal, en torno al ano. El flujo libidinal de la energía debe influir intensamente sobre la Imagen del cuerpo."²⁰

En la fase oral observamos al niño, que luego de haber llenado su estómago, sigue succionando y jugando con el pezón para saciar su excitabilidad oral. La supremacía de la boca adquiere una significación espacial como primer lugar localizado: al espacio bucal se lleva primero la mano, luego los juguetes, los pies. Succionar y morder durante esta etapa serán acciones que permitirán ir conociendo su propio cuerpo, a partir de una cantidad de sensaciones desencadenadas por esta zona.

²⁰ Schilder, P. LA IMAGEN Y APARIENCIA DEL CUERPO HUMANO. Bs. As. Paidós, 1983. p. 110.

A esta fase oral, le sigue la anal, el ano será la zona donde radicarán las sensaciones placenteras.

"Los niños que sacan partido de la estimulabilidad erógena de la zona anal, se delatan por el hecho de que retienen las heces hasta que la acumulación de éstas provocan fuertes contracciones musculares y al pasar por el ano, pueden ejercer un poderoso estímulo sobre la mucosa."²¹

Durante esta etapa, son adquiridas la marcha y el lenguaje. Con la marcha el niño deja de ser transportado por otro y se da de hecho una separación objetiva y espacial. La marcha también proporciona duros enfrentamientos con los objetos: golpes que ponen límites entre su cuerpo y el espacio. El lenguaje, también distancia, mediatiza, y sus organizadores que establecen: el SI, el NO, aparecen en el segundo año de vida, marcando la posibilidad de decidir, apropiarse y aceptar.

Una nota importante del momento que atraviesa el niño lo da la toma de conciencia de la orina y de la materia fecal como separados de los pañales, como algo que se desprende, que sale del propio cuerpo.

A lo largo de esta etapa son característicos los juegos paralelos al control de las heces: vaciar, sacar, y poner de un lado a otro; tomar y soltar, etc.

Observamos que en este período, se pasó de una experiencia oral a una de tipo muscular y anal, con

²¹ Freud, S. OBRAS COMPLETAS. Tres ensayos sobre una teoría sexual. Bs. As. Amorrortu, 1979. p. 169.

preponderancia de sensaciones propioceptivas ligadas al ejercicio de los grandes segmentos aportando un conjunto de experiencias nuevas que permitan ir construyendo la Imagen de su propio cuerpo.

Durante estas dos etapas anteriores (oral y anal) la experiencia del cuerpo será parcial como así también sus experiencias en relación con el mundo. El niño comenzará a tener una representación más íntegra en relación a su cuerpo y el mundo que lo rodea, en la fase posterior denominada fálica, la libido se trasladó al lugar de los genitales. El interés del niño está puesto en el pene y en la niña en la curiosidad que causa su ausencia. Es una etapa de amplia curiosidad por dichas diferencias y con tendencias a espiar y a exhibirse. Se da el deseo de exponer el cuerpo ante sí y ante los demás.

Sus posibilidades de movimientos crecieron muchísimo y son ellas las que aportan datos propioceptivos para integrar su cuerpo en la Imagen de su cuerpo.

También durante esta fase, tendrá lugar el Complejo de Edipo, a partir del cual se dará la identificación sexual del niño con el progenitor de su mismo sexo.

En el período de Latencia, posterior a la fase fálica, se continúa el desarrollo afectivo y emocional. El niño comienza su escolaridad, por lo cual cobra importancia la adquisición de mayores destrezas psicomotrices e intelectuales. A esto se suma la inclusión del niño en un grupo de pares, a partir del cual los juegos serán compartidos, los vínculos y la comunicación que establezca con los otros niños, permite

contrastar su Imagen Corporal con las posibilidades de su cuerpo y las de los otros. En este período, los adultos cercanos al niño (padres y maestros) tienen una importante función como estimuladores de la actividad que realice el niño, como así también de la valoración de su cuerpo, lo que influenciará la construcción de su Imagen Corporal.

En la pubertad y adolescencia el cuerpo con sus cambios físicos, ocupará un lugar central en las preocupaciones del sujeto. El acceso a un cuerpo sexualmente adulto, las responsabilidades que deberá asumir el adolescente, pondrá en "crisis" la Imagen Corporal. Este concepto de crisis es utilizado por Erickson, ya que esta etapa la ha descripto como crítica: el pasaje de niño a adulto, supone cambios decisivos en cuanto al cuerpo, asumir roles, identificarse con otros, asumir una identificación sexual, etc. En relación a esto escribe Erickson: "... esto es inevitable en una época de la vida en que el cuerpo cambia sus proporciones de manera radical, la pubertad genital inunda tanto al cuerpo como a la imaginación con toda clase de impulsos, cuando la intimidad con el otro sexo se va aproximando y a veces, es impuesta a los jóvenes y cuando el futuro inmediato los enfrenta con demasiadas posibilidades y elecciones conflictivas".²²

En la adultez, el desempeño profesional o laboral, la actividad que se desarrolle, cambios como: las variaciones

²² Erickson, E. IDENTIDAD, JUVENTUD Y CRISIS. Bs. As., Paidós, 1971, p. 108.

en el peso (adelgazar, engordar), un accidente, una cirugía, la postración en cama, la pérdida de algunas piezas dentales, el embarazo y la menopausia en la mujer, etc. obligan a un reconocimiento del cuerpo que influenciará sobre la Imagen Corporal.

Finalmente en la vejez, el anciano siente que su propio cuerpo, con los cambios producidos en él, son el testimonio del paso del tiempo: las arrugas en la piel, las canas, la caída del cabello, la disminución de la memoria, la declinación de los sentidos (vista, oído, etc.), la lentificación del tiempo de reacción, cierta rigidez motriz, la declinación de la capacidad pulmonar y de la fuerza física. En general, este cuerpo, es continuamente comparado con el cuerpo de su juventud; es sentido como el cuerpo de las pérdidas. Estas sensaciones se ven intensificadas si existe algún tipo de discapacidad o afección que provoque dependencia.

"El cuerpo aparece como una fuente de angustia, se hace imperioso negarlo, dejarlo estar y ponerlo en marcha sólo en función de la estricta atención de las necesidades de supervivencia. Esta negación desemboca en una falta de conciencia corporal".²³

Así comprobamos como a lo largo de la vida la Imagen Corporal está en continua construcción y autodestrucción. Se desarrolla y construye a partir de

²³ Katz de Armosa, M. TÉCNICAS CORPORALES PARA LA 3ª EDAD. Bs. As., Paidós, 1981, p. 14..

experiencias tempranas infantiles, el desarrollo del sujeto, las experiencias emocionales a través de éste y el contacto e interacción con los otros.

BASE SOCIOLOGICA

En ésta definimos lo relativo a aquella parte de la Imagen Corporal, que se construye en relación a los otros, la imagen corporal de un sujeto dentro de un grupo social.

Nuestra imagen corporal nunca está aislada, sino que siempre va acompañada de las imágenes corporales de los demás. Existe un continuo intercambio entre la propia Imagen Corporal y la Imagen Corporal de los otros. Este intercambio se halla determinado por el factor de la proximidad o lejanía espacial y/o por la proximidad o lejanía emocional. En este intercambio se incluye el lenguaje, la mirada, el contacto corporal, las expresiones de emociones (amor, tristeza, odio, alegría).

Así incorporamos ciertos aspectos de las imágenes corporales de los demás, al mismo tiempo que otros individuos incorporan aspectos de nuestra propia imagen. La proximidad tanto espacial como emocional aumenta la posibilidad de interrelación. En este sentido, la sensibilidad a un descubrimiento en el propio cuerpo posibilita descubrir aspectos de la Imagen Corporal de los demás, enriqueciendo la propia Imagen Corporal. Los niños descubren su propio cuerpo

a través de la observación y el intercambio con los demás. Sus padres cumplen un papel fundamental en las primeras nociones sobre su cuerpo. Posteriormente, a medida que prosigue el proceso de socialización del niño, comienza la actividad con otros niños. De esta manera observamos cómo el juego que es inicialmente egocéntrico en el cual los juguetes no se comparten, evoluciona progresivamente a un juego grupal en donde las situaciones de interacción cada vez son mayores. Estas actividades en grupo, enriquecen la propia Imagen Corporal en relación a los otros.

En la BASE SOCIOLOGICA, existen dos tendencias antagónicas: una por la cual nos identificamos con los otros, nuestro cuerpo físico se asemeja a las demás personas, como pertenecientes a una misma especie. La otra tendencia por la cual necesitamos sentirnos diferentes, como posibilidad de asegurar nuestra individualidad.

El hombre para modificar su imagen corporal recurre a: maquillaje, teñido y diferentes cortes de cabello, cirugía estética, y otros.

La vestimenta y diferentes accesorios forman parte de la Imagen Corporal, y a su vez son ejemplo de estas dos tendencias. Por un lado, la vestimenta es dependiente de la cultura o grupo social al que pertenecemos (la cultura oriental, occidental, las tribus, y diferentes movimientos como punk, hippie, heavy). Por otro lado, la vestimenta que elige el sujeto, guarda relación con sus características propias e individuales que lo diferencian de los demás.

En la sociedad occidental, la moda ejerce una gran influencia, marca tendencias en la vestimenta, dando cierto status. Asimismo, la moda impondrá cómo debe ser un cuerpo. En el hombre, musculoso, atlético, lo cual se observa en la gran concurrencia a gimnasios; en la mujer, el ideal de ser delgada, el bronceado, la cirugía estética de determinadas partes del cuerpo, el peinarse y teñirse el cabello de acuerdo a un estilo. Todo esto lleva a recurrir a dietas "mágicas", camas solares, actividades aeróbicas, etc. Esta primacía del cuerpo se traduce en casos extremos en patologías que en la actualidad son comunes en las adolescentes, como Bulimia y Anorexia.

Por último, la Imagen Corporal tiene estrecha relación con la cultura en la cual está inmerso el sujeto, entendida como un conjunto de normas, valores, y pautas de comportamiento que traducen el "modo de vida" de un grupo. Por lo tanto habrá una marcada diferencia entre la percepción de la Imagen Corporal de un sujeto que pertenece a una tribu africana, en donde el exhibirse desnudo es parte de las costumbres, y una mujer de Arabia, que está tapada con túnicas y velos.

La cultura condicionará las diferentes concepciones relativas al cuerpo, influyendo en la Imagen corporal del sujeto.

CAPITULO 2

PSICOSIS

En la clínica psiquiátrica, el concepto de psicosis, es dividido por la mayoría de las escuelas en dos grandes grupos: las psicosis psicogenéticas, y las psicosis vinculadas a factores metabólicos, endócrinos, traumáticos o tóxicos.

En este trabajo de investigación, debido al diagnóstico de los pacientes que se encuadra dentro de las psicosis sin causa específica, es decir no orgánicas, se describirá en este capítulo las psicosis psicogenéticas, adhiriéndonos a una comprensión psicoanalítica de las psicosis esquizofrénicas; ya que "... la esquizofrenia como psicosis -en su riqueza productiva y en su amplia capacidad comprensiva- es una buena matriz para la comprensión de los problemas vinculados a todas las psicosis."

Kurt Schneider², de la escuela Alemana, considera dos categorías como criterios diagnósticos para la esquizofrenia, desde el punto de vista fenomenológico: los síntomas de primer rango y los de segundo rango. Dentro de los primeros agrupa: 1.- las vivencias de influencia o de intervención ajena (sea en el sentido de la producción o en el de la sustracción) sobre las esferas de la corporalidad, el pensamiento, los sentimientos o la acción voluntaria; 2.- la sonoridad del pensamiento y fenómenos afines, como el eco y el robo de pensamiento; 3.- las percepciones delirantes; y 4.- la audición de voces dialogadas y comentadoras de la actividad

¹ Paz, R. y otros. PSICOSIS. Argentina, Helguera editores, 1978. p. 37.

² Chiclana, E., Mieres, M. y otros. LAS PSICOSIS, SU DIAGNÓSTICO POR EL DISCURSO. Congreso de Psiquiatría. Mar del Plata. 1994.

del propio sujeto. Dentro de los síntomas de segundo rango incluye: 1.- las inspiraciones u ocurrencias delirantes; 2.- las pseudoalucinaciones auditivas restantes; 3.- la perplejidad; 4.- las distimias depresiva y eufórica (humor delirante o esquizoforia); y 5.- el empobrecimiento de la vida afectiva.

19/10/19

Dentro de la escuela francesa, H. Ey, define a la esquizofrenia como: "... una alteración profunda y progresiva de la personalidad, que debe ser considerada dentro de las psicosis delirantes crónicas. El sujeto cesa de construir su mundo en comunicación con los demás para perderse en un pensamiento autístico. Generalmente se entiende por tal, un conjunto de trastornos en los que dominan la incoherencia ideoverbal, la ambivalencia, el autismo, las ideas delirantes, las alucinaciones mal sistematizadas y perturbaciones afectivas profundas como el desapego y la extrañeza de los sentimientos; trastornos que tienden a evolucionar hacia un déficit."³

También, dentro de la escuela francesa, en la clasificación de las psicosis delirantes crónicas, Clerambault⁴, al desarrollar las psicosis alucinatorias crónicas, describe el síndrome de Automatismo Mental, en el cual basa estas psicosis. Es un delirio alucinatorio. El síndrome alucinatorio

³ Ey, H. TRATADO DE PSIQUIATRÍA. Barcelona, Toray-Masson, 1975.. p. 532

⁴ Ey, H. TRATADO DE PSIQUIATRÍA. Barcelona, Toray-Masson, 1975..

está constituido por el triple automatismo: el ideomotor, el sensorial y sensitivo y el motor.

El automatismo ideomotor se manifiesta clínicamente por las voces, alucinaciones acústico verbales. Consiste en: la enumeración y comentario de los actos y del pensamiento; el eco y la lectura del pensamiento; el robo y la adivinación del pensamiento; los estribillos y los juegos verbales, el psitacismo (repetición de palabras, sin comprensión). A veces fenómenos más sutiles constituyen lo que Clerambault llamó "el pequeño automatismo"; el síndrome de pasividad o de interferencia: la extrañeza de pensamiento, fenómenos de ideación compuesta, de telepatía, etc.

El automatismo sensorial y sensitivo, constituido por alucinaciones visuales, gustativas, olfativas y cenestésicas.

El automatismo psicomotor consistente en imposición de movimientos y articulación verbal forzada (o alucinaciones psicomotrices).

En lo que se refiere al término Esquizofrenia, éste fue creado por Bleuler⁵, en 1911, para designar un grupo de psicosis, que ya habían sido clasificadas, por Kraepelin bajo el nombre de demencia precoz, con sus formas clásicas hebefrénica, catatónica, y paranoide.

Al introducir el término esquizofrenia (del griego escindir), Bleuler intenta poner de manifiesto, lo que para él

⁵ Ey, H. TRATADO DE PSIQUIATRÍA. Barcelona, Toray-Masson, 1975..

constituye el mecanismo fundamental de estas psicosis: la Spaltung (disociación).

El término esquizofrenia, se impuso en psiquiatría y en psicoanálisis, con diferencias entre los autores, acerca de lo que confiere a su especificidad.

[Bleuler, desde una perspectiva clínico-descriptiva, distribuye los síntomas esquizofrénicos en fundamentales y accesorios; considera como fundamentales, por hallarse siempre presentes en los casos avanzados, la debilitación de las conexiones asociativas (disociación asociativa), el autismo, la ambivalencia afectiva y la disociación. Estos tres últimos constituyen para este autor la tríada característica de la esquizofrenia. Como síntomas accesorios, describe los trastornos del pensamiento no fundamentales (interceptación, disgregación, rigidez, perseverancia, estereotipia, verbigeración, jergafasia, neologismos, eco y robo del pensamiento), los síntomas catatónicos, las pseudopercepciones o alucinaciones y las ideas delirantes.]

[Bleuler toma de Freud el concepto de Spaltung, pero lo reconceptualiza. Para él, aunque se manifiesta en diversas funciones del psiquismo (pensamiento, afectividad, actividad), expresándose como disgregación, disociación y discordancia, constituye fundamentalmente un trastorno de las asociaciones que rigen el curso del pensamiento. Distingue dos etapas de la Spaltung: una Zerspaltung primaria (una disgregación, un verdadero estallido) y una Spaltung

propiamente dicha (escisión del pensamiento en diferentes agrupaciones).

Freud utiliza el término Spaltung para designar la división intrapsíquica, señalándolo como característico y constitutivo del sujeto.)

(*) Nos introduciremos en la psicosis, primero tomando las experiencias tempranas del psicótico, posteriormente detallaremos el destino de la energía libidinal en el proceso psicótico y describiremos el dinamismo de las instancias psíquicas. En un nivel más general definido como proceso patológico primario y secundario el movimiento negativo de enfermar y reestructuraciones subsiguientes. Icy.

Los síntomas no se ven como algo aislado, sino como un efecto manifiesto de una estructura y de un proceso. Rafael Paz⁶, en sus estudios sobre la psicosis distingue entre estructura psicótica y estructura neurótica. Asimismo realiza una distinción entre estructura psicótica y psicosis: la estructura se refiere a la disposición y la psicosis a la enfermedad, es decir, que sobre determinado tipo de disposición (series complementarias), de estructura, es probable que actuando con causas desencadenantes, aparezca la enfermedad psicótica, como entidad clínica representativa de un determinado tipo de estructura.

⁶ Paz, R. PSICOPATOLOGÍA, SUS FUNDAMENTOS DINÁMICOS. Argentina, Nueva Visión.

Este autor postula que la etiopatogenia de las psicosis, es el corolario de una historia de fracasos sucesivos en la elaboración de los conflictos, teniendo esto una significación inconciente.]a-

El punto de vista psicodinámico considera a las conductas anómalas como el despliegue de potencialidades existentes en todos los sujetos que se manifiestan por una convergencia de múltiples causas.

La base explicativa de una psicopatología dinámica está constituida por la organización de la personalidad y de su desarrollo evolutivo. Dentro de este marco, la personalidad involucra a todos aquellos aspectos afectivos, volitivos y cognitivos, en un proceso permanente de readecuación contextual. —

La perspectiva evolutiva, en la personalidad será tomada como fundamental, estudiada desde el nacimiento a partir de una simbiosis original y la construcción de la identidad por la sucesiva internalización de vínculos. Los vínculos serán asimilados a segmentos evolucionados de la personalidad, o por el contrario podrán conservar formas rudimentarias de relación en los sectores más inmaduros de la misma (personalidad). A partir de esta asimilación, fundamental, será que los psicodinámicos hablarán de partes de personalidad en los que persisten "épocas" pasadas, o sea la historia del sujeto transformada en estructuras constitutivas, expresadas en la teoría en términos de calidades de relación de objeto, formas de dependencia, etc.

El sentido de un análisis evolutivo minucioso será para determinar las maneras y los momentos en que ciertas experiencias cruciales se inscriben para el sujeto. La evolución progresiva (normal) supone, la inclusión de las experiencias en las inmediatas subsiguientes.

Dentro de este marco conceptual, el Dr. Victor Korman, caracteriza a la estructura psicótica:

"... como una de las vicisitudes posibles en el armado del aparato psíquico de un sujeto, la que surgirá por los sucesivos fracasos en los distintos momentos constitutivos del psiquismo humano y cuya cima estaría representada por el Edipo. No se alcanza una adecuada inserción en la triangularidad edípica, lo que lleva implícito un no acceso del "sujeto" a su propia identidad, y por lo tanto el no poder conferirse densidad y profundidad a sí mismo y a los demás".⁷

La causa por la cual el sujeto no accede al Complejo de Edipo, estaría dada en un vínculo deficitario que éste establece con la madre.

Numerosos autores han estudiado cómo son los vínculos tempranos entre el sujeto psicótico y su madre.

W. (Bion)⁸ pone el acento en la falta de capacidad de reverie de la madre, que por ende, no sirve de continente adecuado para las ansiedades del bebé.

M. Mahler⁹ puntualiza las dificultades del sujeto en el proceso de separación individuación.

⁷ Paz, R. y otros. PSICOSIS. Helguera editores, 1978. p. 48.

⁸ Bion, W. APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA. Bs. As., Paidós, 1975.

J. Bleger¹⁰ remite a una simbiosis primaria patológica, que impide una posterior discriminación.

D. Winnicott¹¹, al cual nos hemos referido en el capítulo anterior, describiendo la Fase de sostenimiento por él estudiada, hace referencia a que los procesos de maduración del individuo, requieren un medio ambiente posibilitador, donde cobran suma importancia todos aquellos factores de interacción entre la madre y el hijo. A esto Winnicott lo denomina "provisión ambiental". El fallo de la misma produce defectos del desarrollo psíquico del individuo, siendo esto un antecedente importante en la predisposición a la esquizofrenia, la psicosis infantil, o posteriormente la propensión a la psicosis.

M. Klein¹², describe dos fases tempranas en la evolución del sujeto. Denomina a la primera Posición Esquizoparanoide (correspondiente a los primeros tres meses de vida) y a la segunda Posición Depresiva (tres meses subsiguientes). La teoría Kleiniana, postula que el desarrollo psíquico dependerá del tipo de relación que el bebé establezca, durante las dos posiciones, con la madre.

El término Posición es elegido para las fases esquizoparanoide y depresiva porque estos agrupamientos de

⁹ Mahler, M. SIMBIOSIS HUMANA: LAS VISCISITUDES DE LA INDIVIDUACIÓN. PSICOSIS INFANTIL. México, Joaquín Mortíz, 1984.

¹⁰ Bleger J. SIMBIOSIS Y AMBIGÜEDAD. Bs. As., Paidós, 1978.

¹¹ Winnicott, D. EL PROCESO DE MADURACIÓN EN EL NIÑO. 2ª edición, Barcelona, Laia, 1979.

¹² Klein, M. DESARROLLOS EN PSICOANÁLISIS. Bs. As., Hormé, 1971.

ansiedades y defensas, aunque se produzcan por primera vez durante los primeros estadios, no se limitan a ellos sino que vuelven y se reproducen durante los primeros años de la infancia y bajo ciertas circunstancias a lo largo de la vida.

Las posiciones persisten a lo largo del desarrollo como puntos disposicionales.

En la explicación de la Posición Esquizoparanoide, M. Klein describe, que cuando los mecanismos de defensa no alcanzan a dominar la ansiedad y ésta invade al Yo, puede sobrevenir la desintegración como el más desesperado de los intentos efectuados por el Yo para protegerse de la ansiedad (paranoide). El Yo se fragmenta, se escinde y hace todo lo que puede para subsistir como algo unitario y evitar así la experiencia de ansiedad que le resulta aterradora.

Este modelo explicativo, sirve para comprender lo que le sucede al sujeto psicótico, el cual reedita los mecanismos, ansiedades y relaciones de objeto de la posición esquizoparanoide.

Como conclusión diremos que más allá de lo que los distintos autores postulan, todos coinciden en la necesidad de afirmar que en la evolución no están solamente en juego los elementos constitucionales, sino también las pautas interaccionales. A partir de esto, citamos lo que R. Paz denomina:

"RELACIÓN PSICÓTICA INICIAL", tal que las experiencias terroríficas no han podido ser metabolizadas

mediante el reconocimiento paulatino de un sector del campo vivencial registrado como indemne bueno. Sector denominado por nosotros "la mamá", para el bebé forma valor distinta de sí pero fusionada, que va constituyendo la primera realidad: la de un continente apto. Cuando esto no se concibe así el esquema del "self", se irá configurando como producto del rescate angustioso de sí de un vínculo encerrante, pero por fuera del cual no se concibe nada".¹³

Desde esta relación psicótica inicial, R. (Paz) plantea como problema etiopatogénico fundamental la socialidad del sujeto humano, las formas originarias de anclaje en los procesos sociales a través de los procesos familiares.

La socialidad del sujeto dentro del grupo, dará cuenta de la forma de advenimiento de su individualidad a través de los procesos familiares que constituirán lo originario, el nivel más arcaico de relación. En la relación psicótica inicial la madre no puede decodificar o comprender el reclamo de su bebé y transformar la angustia en una experiencia satisfactoria.

El mundo vivido caótica y angustiosamente por el bebé, no encuentra la posibilidad de irse organizando; teniendo que recurrir permanentemente a mecanismos de disociación y a la tendencia en funcionamiento en proceso primario, es decir a la búsqueda de satisfacción alucinatoria sin posibilidad de

¹³ Paz, R. PSICOPATOLOGÍA SUS FUNDAMENTOS DINÁMICOS. Argentina, Nueva Visión. p. 243.

espera. Esas angustias sufridas por el bebé son la base para la fijación a lo que por regresión van a ser los cuadros psicóticos.

Desde la segunda teoría del aparato psíquico y de los instintos de Freud, la psicosis se produce, por una ruptura con el Yo y la realidad, que deja al Yo bajo el dominio del Ello.

El Yo toma partido por el Ello, retirando la investidura del mundo exterior, que pierde su significación.

El psicótico no discrimina realidad interna de la externa, el Yo del no-Yo, lo intracorporal de lo extracorporal, lo Real de lo ilusorio, lo percibido de lo alucinado. Se produce una falla en el criterio de realidad y las emociones violentas localizadas en la mente del sujeto psicótico le producen confusión porque no sabe si le pertenecen o si transcurren en la mente de otros (Síndrome de Clérembault).

El superyo en la psicosis, muestra sus componentes más primitivos. Este superyo primitivo no es el que desarrolla Freud como heredero del Complejo de Edipo, ya que en la psicosis no hay un real acceso al Edipo, como mencionamos anteriormente. M. Klein¹⁴ es quien desarrolla el concepto de Superyo temprano por el cual existen matrices más arcaicas de Superyo previas a la etapa edípica. Éste tiene características sádicas y destructivas que posteriormente al pasaje por el Edipo sufre transformaciones que lo despojan de algunas de estas características. El sujeto psicótico, en relación a este

¹⁴ Segal, H. INTRODUCCIÓN A LA OBRA DE MELANIE KLEIN. Bs. As., Paidós, 1976.

Superyo temprano no constituye adecuadamente su Superyo. La pobre maduración lograda por el Superyo del sujeto, a partir del proceso psicótico, regresa a características primitivas.

Desde el punto de vista del destino de la energía libidinal, se produce en la psicosis un primer momento (ante la frustración) en el cual hay un retiro de la investidura libidinal de los objetos. El yo retira su interés de todo cuanto lo rodea. En un segundo momento ocurre una retracción narcisista de la libido al Yo, pasando a ser éste el objeto más investido. Es decir que se produce un retorno de las cargas de objeto (que son las que permiten el mantenimiento de la conexión con la realidad), hacia el sujeto. La organización yoica y pulsional regresa a formas arcaicas. Al paciente le parece que el mundo está vacío, es monótono, sin sentido y se siente como transportado a un ambiente o medio diferente, desconocido hasta entonces, denominándose a este sentimiento vivencia del fin del mundo. Ésta expresa el registro subjetivo de la desconexión libidinal mencionada. El paciente regresa a la etapa previa de la representación corporal como unidad y a la conciencia de ser el eje de referencia de la propia vivencia teniendo como consecuencia la vivencia de extrañeza y despersonalización. D. Maldavsky¹⁵ postula que cuando fracasa el esfuerzo por elaborar psíquicamente la libido retraída al Yo, lo que se expresa como la pérdida de la sustancia unificante formal, ocurre como consecuencia una

¹⁵ Maldavsky, D. ESTRUCTURAS NARCISITAS. CONSTITUCIÓN Y TRANSFORMACIONES. Argentina, Amorrortu, 1988.

fragmentación del conjunto en sus componentes, idénticos entre sí. Se constituye una representación deforme del propio cuerpo: zonas erógenas antagónicas (en las cuales cada una adquiere un valor que rompe con la coherencia estética global) o un cuerpo compuesto por un conjunto de órganos en los cuales se registran necesidades.

Otra consecuencia del retorno de la libido al yo, son los fenómenos hipocondríacos. Éstos comprenden la intensificación de vivencias corporales, sentir ausencia de órganos o percibirlos distintos a lo que son habitualmente. Las vivencias de extrañamiento y despersonalización mencionadas anteriormente como expresión de la descatectización, son también el resultante secundario de la acción de contracargas, movilizadas por el retorno a formas intensas de libidinización de los propios órganos y funciones corporales.

La megalomanía o sentimiento de grandeza será expresión también, del retorno de la libido al yo.

El exhibicionismo y las conductas de autoobservación, que son frecuentes en los cuadros psicóticos, están ligados a regresiones narcisísticas y autoeróticas. Es común ver a los pacientes contemplarse frente al espejo, para observarse y observar los cambios producidos en él, teniendo esto relación con los fenómenos de despersonalización y extrañamiento.

La actividad voluntaria del sujeto está disminuida. La abulia es más aparente que real; es la expresión de las relaciones con el mundo interno del sujeto. Ésta puede

explicarse como resultado de un desapego básico hacia la realidad junto a un control intensísimo sobre las pulsiones agresivas. Los actos voluntarios aparecen disminuídos en cuanto a la relación con los otros y el medio; la introversión hace que se condicione la voluntad del sujeto hacia su mundo interno. Vemos reflejado esto en actos que responden a ese mundo interno: los negativismos, las extravagancias, los manierismos y otros actos revelan trastornos cualitativos de la voluntad.

Existen trastornos y perturbaciones del lenguaje y del proceso simbólico. En relación al lenguaje, aparecen los neologismos (producto de condensaciones de términos, incoherencia sintáctica, etc.); en relación al curso del mismo se presentan interceptaciones, estereotipias, soliloquios, mutismo o semimutismo. Todo demuestra una perturbación del lenguaje relacionada fundamentalmente con las perturbaciones del proceso de simbolización. Las representaciones verbales, en el proceso patológico secundario (como tentativa de reconexión) sustituyen para el enfermo a las relaciones perdidas con los objetos en la regresión narcisista. En este retorno, el lenguaje se transformará en una mera forma adaptativa, los significantes estarán vaciados de sentido. Las representaciones verbales que aluden a la realidad o a los otros, son unidades mínimas de socialización.

El simbolismo en estos sujetos, es propio de un pensamiento arcaico en el cual los estímulos que provocan reacciones iguales son considerados idénticos. Este trastorno

en la simbolización es explicado por H. Segal a través de la ecuación simbólica en donde existe una confusión entre el símbolo y lo simbolizado. En estos pacientes la génesis misma de los símbolos está alterada (en relación a las experiencias tempranas). De acuerdo a esto, el universo simbólico del sujeto psicótico no se estructura sólidamente.

En cuanto a las relaciones afectivas, éstas son ambivalentes. La ambivalencia que consiste en la existencia simultánea de dos sentimientos, amor y odio, alegría y pena, risa y llanto; es la manifestación que determina una gran inestabilidad del humor que oscila entre los sentimientos placenteros y displacenteros, sin que llegue a prevalecer ninguno de los polos en forma definitiva.] -

El autismo definido por Bleuler como el aislamiento voluntario del enfermo en un mundo nuevo creado por él, después de romper las ligaduras que lo unen y relacionan con el mundo externo, obedece a una búsqueda de explicación por el sujeto psicótico de cuanto le está ocurriendo. El autismo es en relación a esto, un repliegue sobre el yo, lo que implica un narcisismo secundario; pero este repliegue no suele ser total: el sujeto condicionado por este narcisismo establecerá relaciones de objeto, por lo tanto se observa en sus vínculos una no discriminación entre el yo y no yo, relaciones lábiles lo cual también explica la ambivalencia afectiva mencionada anteriormente. (no)

En un tercer momento (el restitutivo), se dan las condiciones de las cuales surge el delirio. Este es un intento.

de reconexión con el mundo y a partir de esto la restauración del lazo objetal, organizando en alguna medida el caos vivencial. Es la manera que encuentra el psicótico de recuperar y reorganizar ese mundo perdido. La restitución delirante da lugar a una serie de fenómenos que la caracterizan: alucinaciones; perseguidores humanos; concepciones peculiares acerca del propio esquema corporal, su funcionamiento y relaciones con otros cuerpos; aparato de influencia; etc.

La producción delirante es la forma regresiva de pensar en la psicosis, correspondiéndose con un pensamiento arcaico, prelógico, desorganizado, con contradicciones.

La experiencia cotidiana del paciente psicótico se encuentra distorsionada por lo cual la realidad pasa a ser significada de una manera totalmente diferente, por el retorno al autocentrismo de las experiencias. Aparecen interpretaciones delirantes con un tono fundamentalmente persecutorio como : "me persiguen"; "me quieren envenenar con la comida". Hay una pérdida de neutralidad relativa en relación a las percepciones (de aquí las alucinaciones) y de las significaciones compartidas. A este conjunto de trastornos se lo describe como "temple delirante".

El delirio puede ser de diversas temáticas en relación a lo cual la psiquiatría clásica los clasifica: los de influencia, los de autorreferencia, los de tipo paranoide, místicos, megalomaníacos, etc. a los cuales se les puede sumar, según el tema, agitación psicomotriz.

Es fundamental tener en cuenta al delirio como un producto de la historia del sujeto en relación a los otros y a su ambiente; es decir, es un producto individual en el cual se hallan inmersas las diferentes experiencias anteriores.

El delirio contiene, puesto que el sujeto se sitúa en la posición esquizoparanoide, pulsiones, fantasías y ansiedades propias de este momento.

Las alucinaciones, como alteración de la sensopercepción del sujeto, muestran la magnitud del proceso psicótico. Éstas son como el delirio, fenómenos restitutivos, de las cuales las alucinaciones auditivas son las más frecuentes. En las alucinaciones "se hacen presentes, retornando de lo disociado, distintos aspectos de la personalidad: pulsiones, mandatos superyoicos, etc."¹⁶ Alucina voces que lo maltratan, que lo acusan de haber cometido un delito, que los extraterrestres le transmiten mensajes. Otro tipo de alucinación es la referida a los fenómenos cenestopáticos: hormigueos, pinchazos, etc.

En relación a todas las alteraciones descriptas, del pensamiento, de la afectividad, la sensopercepción, la actividad, el lenguaje y la simbolización, se hallan también alteradas en las psicosis, el resto de las funciones psíquicas.

La atención en relación al autismo se encuentra disminuída hacia el mundo externo; en cambio, en relación a su mundo interno, está activa; esto tiene correlación con los

¹⁶ Paz, R. PSICOPATOLOGÍA, SUS FUNDAMENTOS DINÁMICOS. Argentina, Nueva Visión. p. 227.

trastornos cenestésicos, la vivencia de despersonalización y de extrañeza, por lo cual el pensamiento se disgrega. En el comienzo de la enfermedad, el sujeto es conciente que su pensamiento se dispersa y que no puede llegar a una conclusión, la disgregación del pensamiento no es un fenómeno permanente, siendo más evidente en los períodos de excitación. A medida que la enfermedad evoluciona, la disgregación es más frecuente por la caída de otros mecanismos asociativos. Los juicios cada vez más deficientes, la finalidad del pensamiento se pierde, se hace incomprensible, son fragmentos de juicios que sumado a esto las ideas mágicas determinan el encadenamiento de los juicios sin vinculación lógica haciéndose el pensamiento incoherente, por lo cual la incoherencia es secundaria a la disgregación. Otros fenómenos que aparecen como trastornos del curso del pensamiento son la interceptación, la rigidez, la estereotipia, el robo (fundamentalmente en los delirios de influencia), la perseverancia.

La memoria se halla siempre, en mayor o menor grado afectada. Aparecen trastornos en el orden cuantitativo como en el cualitativo. Considerando el aspecto cuantitativo es frecuente el déficit en relación a la memoria de fijación como consecuencia de la pobre atención, del pensamiento delirante, siendo más fácil para el enfermo evocar lo adquirido con anterioridad a la iniciación de la enfermedad. Pero se puede afirmar que la fijación se halla disminuida en relación al mundo externo, ya que el enfermo atiende, se concentra y fija,

preferentemente lo que se relaciona con sus perturbaciones cenestésicas, vivencia de extrañeza, alucinaciones, etc. En las alteraciones cualitativas son numerosas las paramnesias; se hallan ilusiones y alucinaciones de la memoria como así también, fenómenos de lo ya visto y de lo nunca visto.

[Con la enumeración de estos síntomas, se completa lo que al sujeto le sucede a partir de la irrupción del proceso psicótico.]

En cuanto al modo vincular del paciente esquizofrénico, éste se caracteriza por la toma de distancia del objeto y un vínculo de control a distancia del mismo: el autismo y el aislamiento de la realidad, es la característica del vínculo esquizofrénico.

Pichón Riviere afirma: "Entre sujeto y objeto existe una relación que podemos representar en forma de una espiral dialéctica. [...] La concepción dialéctica nos plantea el hecho de que no existe ninguna contradicción entre una situación cerrada y una situación abierta, dado que se trata de situaciones transitoriamente cerradas y transitoriamente abiertas, o sucesivamente cerradas o abiertas, creándose situaciones en espiral. [...] Las psicosis se producen por un estancamiento del proceso cerrado. La situación que debería abrirse una vez asimilado el material sigue cerrada al proceso de incorporación de nuevas informaciones."¹⁷ En el paciente psicótico, la espiral dialéctica se halla estancada, no hay apertura en cuanto que las relaciones con objetos y personas

tienden a repetirse automáticamente, resultando de esto conductas más o menos fijas.

Por la manifestación de la enfermedad, se hace necesaria la internación del sujeto, con lo que se inicia su tratamiento. Como ya mencionamos el sujeto psicótico se encuentra en un "caos vivencial", al que se le suma una nueva situación real: la internación. Dentro de la institución, el sujeto debe comenzar a relacionarse en un mundo nuevo, con horarios establecidos, espacios compartidos, etc. El tratamiento inicial es psicofarmacológico para posibilitar un posterior abordaje psicoterapéutico.

En cuanto al curso de la enfermedad, éste puede ser: un inicio agudo "el brote", y posteriormente la sucesiva remisión de los síntomas, el sujeto puede estar externado, para esto es importante un ambiente continente en el cual prosiga su tratamiento. Otro curso será en brotes periódicos, en donde hay una secuencia de internación-externación, lo que conlleva a un deterioro del paciente y de su medio familiar, por lo cual avanza hacia una cronicidad de la enfermedad del sujeto; determinando una internación permanente. La evolución y el pronóstico de la enfermedad del sujeto se relaciona no sólo con la forma clínica y el curso de ésta, sino también con la modalidad terapéutica, con las formas de abordaje institucional y con las posibilidades propias del sujeto y el contexto familiar.

¹⁷ Pichón Riviere, E. TEORÍA DEL VÍNCULO. Bs. As. Nueva Visión, 1986. p. 85

Podemos tomar como punto de referencia para hablar de cronicidad, el tiempo de internación, que debe ser mayor a los seis años cumplidos en sucesivas internaciones o seguidos. La magnitud y la frecuencia de los brotes contribuirán a la cronicidad y consiguiente deterioro sufrido por el paciente, teniendo consecuencias sobre sus funciones psíquicas y sus vínculos. A esto se le agrega, el tratamiento psicofarmacológico (sus consecuencias sobre el sistema nervioso central), el desgaste propio de permanecer internado y el aprendizaje de pautas que esto conlleva, la familia que en general es abandonica.

Cabe aclarar que en los pacientes psicóticos crónicos, los síntomas productivos de la enfermedad (delirio, alucinaciones, vivencias de extrañeza, etc.) tienden a disminuir con el tiempo en su vigor.

Todas estas pautas, interrelacionadas hacen que el estado crónico de su enfermedad se manifieste a través de su conducta, su accionar, las dificultades de organización, función y utilización de su cuerpo.

En los pacientes institucionalizados, prevalece la estereotipia, la abulia, la inmovilidad; no tienen deseos de moverse, de jugar o hacer algo con su cuerpo. Sus cuerpos carecen de gestualidad, generalmente su estructura tónica se encuentra a la defensiva. En su cuerpo están depositados mucho más que en cualquier otro lado el sufrimiento y el dolor.

Es característica la ausencia de aseo y cuidado personal. Los vestidos generalmente lucen viejos, utilizan

varias prendas superpuestas, e incluso sin zapatos y la mayoría de las veces la ropa no les pertenece.

Su actividad física-dinámica se limita únicamente a caminar de un lado a otro, sin un sentido. Su esquema corporal se impregna de esta actitud de eterno deambular, se encorva, adquiere un paso lento, se mira sin mirar, pues ya se han mirado los detalles del mismo lugar miles de veces.

Cumplen con una rutina habitual, que se puede sintetizar en las comidas, el dormir (durante la siesta y la noche), la toma de medicación y el pasar la mañana y la tarde fumando o tomando mate.

En cuanto al grupo no podemos hablar de interacción, pero sí observar grupos de dos o tres pacientes, que toman mate juntos, juegan a las cartas, ocupan el mismo lugar en el comedor, cuidando celosamente su sitio, defendiendo dentro de un espacio común, un lugar propio.

Los contactos con pacientes, son ocasionales se llevan a cabo para pedir, para molestarse o para mantener un juego sexual, vivido como descarga, con pacientes de distinto o igual sexo, de distintas edades, siendo corriente la promiscuidad entre ellos.

El mundo del paciente psicótico crónico es un mundo donde la principal tarea es hacer que "el tiempo pase". Una vida sin proyecto de futuro en la cual el tiempo es de duración indefinida, ya que el paciente en general no tiene una familia o persona en el exterior de la institución que lo motive y lo acompañe en las posibilidades de tratamiento y externación.

Observamos cómo la familia queda impregnada de esta rutina institucional, en relación a las salidas y a las visitas.

Dentro de la institución, el paciente no posee nada sentido como propio, los espacios son colectivos, sin posibilidades de que el mismo pueda establecer algún tipo de espacio privado, más que su cama. Es común ver internados, llevando a cuestras un montón de paquetes hechos con papel de diarios, burdamente atados y de los cuales no se separan nunca. En general son objetos sin valor alguno, pero los ayudan a no sentirse tan desposeídos. Relacionado a esto se encuentra su situación de indigencia, debida a la institucionalización, es común verlos pedir cigarrillos, monedas, yerba, ropa. A lo largo del tiempo, por no ejercitar el manejo del dinero, olvidan su valor. Tal es el caso de una paciente que al comenzar con permisos de salida, nos manifestaba su preocupación de no poder comprar nada, por no saber el valor del dinero.

Para redondear la descripción realizada de los pacientes, diremos que esta conducta exterior, típica del paciente psicótico crónico, es el producto del proceso interno vivido ya descripto.

Es decir que en el paciente psicótico crónico, se suman la enfermedad más el paso del tiempo institucionalizado con el consiguiente deterioro.

CAPITULO 3

*PSICOSIS, IMAGEN CORPORAL Y
ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ*

Luego de haber conceptualizado la Imagen Corporal y las bases que la constituyen con su consiguiente desarrollo (capítulo I) y haber descrito el proceso psicótico (capítulo II), nos adentramos en el tema de la Imagen Corporal del sujeto psicótico.

En nuestra práctica clínica, en el trabajo diario con los pacientes se observó su accionar en el comedor, en las habitaciones, en las reuniones multifamiliares y más específicamente en los talleres de Terapia Ocupacional. Los pacientes al dibujarse a sí mismos, lo hacían a través de figuras fragmentadas y en algunas oportunidades asexuadas, lo que nos llevó a preguntarnos sobre su Imagen Corporal.

En relación a las bases que sirven de pilar para la estructuración de la Imagen Corporal observamos desde la bibliografía consultada que las tres bases se encuentran alteradas.

✕ La base fisiológica se ve alterada desde temprano en tanto que al bebé no le son atendidas sus necesidades, que por las características maternas, ésta no decodifica sus demandas (llanto por angustia, llanto por hambre, llanto por dolor, etc.).

✓ Desde la base psicológica Piera Castoriadis-Aulagnier, quien ha estudiado específicamente el desarrollo temprano de la Imagen Corporal del sujeto psicótico, las características maternas y el desarrollo evolutivo del mismo, postula que en la madre hay una ausencia de la posibilidad de imaginar el cuerpo del niño antes del nacimiento. Éste es

tomado por la madre como un órgano interno, una parte de su cuerpo que le molesta o como una cosa extraña que le impide estar cómoda. La incapacidad de imaginar a su hijo, marca la ausencia del deseo de tenerlo "...si normalmente la presencia del "cuerpo imaginado" es lo que permite desde un principio una catectización libidinal del niño, como separado, en este caso asistimos, no a un retiro de catexia del narcisismo de la madre en favor del futuro hijo, sino a una sobrecatexia narcisista de lo que se siente como una producción endógena, como algo que viene a añadirse al propio cuerpo".¹

La actitud materna hacia su hijo, tomado como parte de ella, como un órgano que existe y depende totalmente de ella, marca la omnipotencia de la madre con respecto al bebé y la negación del aporte paterno en donde el niño es producto de una unión sexual.

Piera Castoriadis-Aulagnier refiere que a partir de esta catectización, la madre ve en el niño un soporte y medio de la demanda y nunca jamás del deseo (ser sujeto del deseo de la madre). Es entonces que la madre se ocupa del buen funcionamiento de los órganos, la higiene, la alimentación de su hijo, lo que continúa reforzando su papel omnipotente (ver capítulo II).

Por la incapacidad de imaginarse el cuerpo del niño y posteriormente por la actitud de la madre hacia él, es que el

¹ Castoriadis-Aulagnier, P. OBSERVACIONES SOBRE LA ESTRUCTURA PSICÓTICA. Carpeta de Psicoanálisis, volumen I, Argentina, p. 136.

niño es un cuerpo "hecho de trozos"², ya que únicamente fragmentado es reconocido por la madre en relación al orden de la funcionalidad.

Asimismo la base sociológica se halla alterada, desde la imposibilidad de lograr el proceso de individuación-separación (Mahler) con la madre, ya se hace manifiesta la dificultad de sentirse un ser independiente, con deseos propios, por ende se va a ver obstaculizada la inclusión e integración a grupos en los distintos momentos evolutivos. Revisando la historia clínica, se pone de manifiesto dicha conducta y la imposibilidad de sostener en el tiempo actividades de tipo laboral además de las sociales y recreativas (participación en clubes, asociaciones, fiestas, etc.).

Teniendo en cuenta estas postulaciones realizadas por P. Castoriadis- Aulagnier y aquéllas referidas a las experiencias tempranas infantiles de un sujeto psicótico (Bion, Winnicott, Mahler, etc.) es que de esta manera particular, el psicótico constituye su Imagen Corporal.

X D. Maldavsky³, basándose en postulaciones freudianas, plantea que en el esquizofrénico es posible distinguir un tipo particular de representación: representación cuerpo fragmentado.

² Castoriadis-Aulagnier, P. OBSERVACIONES SOBRE LA ESTRUCTURA PSICÓTICA. Carpeta de Psicoanálisis, volumen I, Argentina, p. 138.

³ Maldavsky, D. ESTRUCTURAS NARCISISTAS. CONSTITUCIÓN Y TRANSFORMACIONES. Argentina, Amorrortu, 1988.

En el capítulo anterior
✓ En el capítulo anterior, describimos tres momentos en la producción de las esquizofrenias. Durante estos momentos la Imagen Corporal, entendida como la representación que un sujeto tiene de su propio cuerpo, se modifica.

En el primer momento - el del retiro de la investidura de los objetos - se pierde el enlace de la representación con su fundamento, con su origen sensorial. En el segundo momento - cuando se retrae la libido al yo - la representación se descompone en partes equivalentes, en vínculo opositivo entre una y otra, articuladas entre sí a través de una sustancia intersticial. El esquizofrénico, toma uno u otro sector de su cuerpo como objeto de elección para la investidura pulsional, en donde hay una identidad entre los diferentes sectores, en la medida en que todos participan de la misma esencia, el cuerpo. El sujeto pierde la posibilidad de producir las diferencias específicas.

La Imagen Corporal constituída por fragmentos, sin especificidad de sus diferentes componentes, salvo la posicional, es articulada entre sí a través de una sustancia que le da una unificación precaria. Cuando fracasa el esfuerzo por elaborar psíquicamente la libido retraída al Yo, lo cual se expresa como la pérdida de este unificante formal, de esa sustancia intersticial, pierde también esta unificación precaria, quedando la Imagen Corporal fragmentada en estos componentes idénticos entre sí. El cuerpo queda compuesto entonces, por un conjunto de "órganos" en los cuales se

registran necesidades y zonas erógenas antagónicas, irreductibles, en las cuales cada una adquiere un valor que rompe con la coherencia estética global, consecuencia del proceso de investidura de una región en detrimento de la totalidad.

G. Pankow⁴), psiquiatra y psicoanalista quien se ha dedicado durante años al estudio de la imagen corporal del sujeto psicótico, postula el término de DISOCIACIÓN para referirse al proceso vivido por el mismo en relación a su Imagen Corporal.

"... mediante el término DISOCIACIÓN pues, defino una destrucción de la imagen del cuerpo en virtud de la cual las partes corporales pierden su ligazón con el todo para reaparecer en el mundo externo..."

La disociación de la imagen corporal puede manifestarse a través de dos aspectos, uno relacionado a que una parte reemplaza a la totalidad del cuerpo, de manera tal que sea posible reconocerlo y vivirlo como "un cuerpo limitado"; el otro aspecto por el cual se produce una confusión entre el adentro y el afuera, como resultado de dicha alteración, algunas partes de la Imagen del cuerpo pueden reaparecer en el mundo exterior, dando lugar a alucinaciones auditivas o visuales.

El psicótico no vive su cuerpo como unidad. Se trata de conflictos de espacialidad del cuerpo vivido, cuerpo que se rompe en múltiples fragmentos. El concepto de

DISOCIACIÓN, designa esta falla o imposibilidad que tiene el sujeto de reestablecer un vínculo entre las partes y las totalidades corporales.

El psicótico vive en un mundo de restos, sin unidad, está "desposeído" de su cuerpo, por tal motivo, no sabe quién es y quién no es, pierde su identidad. No puede hablar de su hitori, referirse a sí mismo.

Al respecto G. Pankow afirma: "... Al separarse de su cuerpo, sentido como envoltura protectora, también arroja la memoria y los sentimientos, es decir, parte de su historia existencial".

Cobra sentido, a partir de esta explicación del fenómeno de disociación, la conducta manifiesta en el cuerpo del psicótico.

De esta manera, descriptos estos aspectos de la disociación de la Imagen Corporal del paciente psicótico, es que G. Pankow define dos funciones de la Imagen Corporal; una correspondiente a la función en tanto forma de la imagen del cuerpo, y la otra a su función de contenido.

La primera función de la Imagen del cuerpo, se refiere únicamente a su ESTRUCTURA ESPACIAL en cuanto a forma o guesalt, es decir que hace referencia a una estructura que manifiesta un vínculo dinámico entre partes y totalidad.

La segunda función de la Imagen del cuerpo no concierne a la estructura como forma, sino al contenido y sentido. En este caso, la imagen como representación de un

¹ Pankow, G. EL HOMBRE Y SU PSICOSIS. Bs. As., Amorrortu, 1969.

objeto o incluso como remisión a otra cosa, desempeña un papel muy importante.

La imagen corporal disociada en la psicosis, no es vivida como una estructura ya que pierde su cualidad de todo, se "rompe", se parte y además a esas partes no se las reconoce como pertenecientes al todo. Al no haber una estructura, no hay un contenido, referido éste a la historia del sujeto.

En este trabajo de investigación, dejamos para una segunda instancia terapéutica aquella función que tiene que ver con el contenido y el sentido. Dicha función requiere de un estudio de tipo analítico interpretativo, mediatizado a través del lenguaje, ya que está referida a lo imaginario y marcada por la dimensión simbólica, siendo siempre inconciente.

A partir de las teorizaciones acerca de la disociación de la Imagen Corporal, de la definición de la primera función postuladas por G. Pankow y de las observaciones de P. Castoriadis-Aulagnier en relación a la constitución de la Imagen Corporal, es que planteamos el abordaje de la Imagen Corporal del paciente psicótico. De este modo intentamos aportar dinámica entre los "trozos"⁵ corporales sin conexión. En este sentido, el abordaje de Estimulación Psicomotriz intentará favorecer la integración de las partes a la unidad del cuerpo, en tanto gestalt.

⁵ Castoriadis-Aulagnier, P. OBSERVACIONES SOBRE LA ESTRUCTURA PSICÓTICA. Carpeta de Psicoanálisis, volumen I, Argentina, p. 138.

La imagen corporal en su cualidad de IMAGEN se refiere primero a una representación, de una forma, de una estructura. Esta representación, es producto de la interrelación dinámica de las tres bases ya descritas; las sensaciones y percepciones; las experiencias tempranas, la historia del sujeto, las emociones a partir de actos y actitudes con los demás y las relaciones sociales y culturales.

Partiendo de la Disociación de la representación de la Imagen que opera en el psicótico, realizamos un abordaje que apunta a la integración de esta representación.

Definimos a la INTEGRACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA IMAGEN CORPORAL como la unificación, organización, e interrelación dinámica, de la representación mental del cuerpo, proveniente de las tres bases, es decir de sensaciones propioceptivas, interoceptivas, exteroceptivas, kinestésicas, que se generan a través de su interacción concreta con el mundo, los objetos y las personas.

✓ Se utiliza como medio terapéutico la Estimulación Psicomotriz que es descripta y dimensionada en relación al sujeto psicótico. Ésta tiende a través del movimiento y las relaciones entabladas con los otros (objetos y personas), realizar un abordaje de la integración de la estructura de la Imagen Corporal.

Utilizando como medio terapéutico la ESTIMULACION PSICOMOTRIZ, se tenderá a favorecer la

integración de las partes corporales en una totalidad de la imagen del cuerpo, la cual valoramos a través del dibujo de la figura humana. Relacionadas entre sí estas partes, podrá constituirse una estructura que permita establecer un límite entre el adentro y el afuera, constituyéndose en experiencia espacial que permitirá posteriormente darle un sentido y contenido.

"...Cuando ese cuerpo puede ser reconocido como un cuerpo limitado de un hombre o una mujer, se posibilita una orientación hacia un tú y de este modo el hombre puede entrar como sujeto en su propia historia".⁶

⁶ Pankow, G. EL HOMBRE Y SU PSICOSIS. Bs. As., Amorrortu, 1969. p. 193.

CAPITULO 4

ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ

Partiendo de la problemática del paciente psicótico crónico en relación a la integración de la estructura de su Imagen Corporal, planteamos un abordaje a través de la Estimulación Psicomotriz. Este abordaje corporal, pretende a través del movimiento, del contacto con los otros (personas y objetos) y de los vínculos que se generan, producir una modificación y/o integración de la estructura de la Imagen Corporal.

Al respecto, P. Schilder¹ menciona que las modificaciones en la Imagen Corporal guardan relación con la motilidad y con las acciones en el mundo externo. Estas acciones en el mundo externo, son asimiladas, internalizadas, produciendo modificaciones internas, como plantea M. Klein "... situaciones externas e internas son siempre interdependientes, ya que la introyección y proyección operan juntas desde el comienzo de la vida."²

La Estimulación Psicomotriz, es la actividad terapéutica que posibilita experimentar creativamente con el propio cuerpo, instalar nuevas modalidades de vivencia, emociones, ideas, sensaciones, conexión y registro, en relación con uno mismo, con el otro y con los objetos.

La Estimulación Psicomotriz se propone brindar un tiempo y un espacio determinados, un lugar donde además de

¹ Schilder, P. LA IMAGEN Y APARIENCIA DEL CUERPO HUMANO. Bs. As., Paidós, 1983.

² Klein, M. ENVIDIA Y GRATITUD. Bs. As., Paidós, 1991. p. 145.

la palabra existan otros medios de relación, comunicación, expresión y creación.

Los pacientes con los que trabajamos se caracterizan por un grado de cronificación importante que se expresa en el orden de lo simbólico y más específicamente en el proceso de generación del símbolo. El cuerpo ocupa un lugar importante en la expresión de la psicosis por la intensidad de la disociación de la Imagen Corporal, como refiere G. Pankow³; es según esta autora también, el lugar privilegiado de la reparación en la psicosis. A través de la Estimulación Psicomotriz se brinda la posibilidad de movilizar y vivenciar este cuerpo en un lugar nuevo y de una manera contenedora.

Se ofrece a los pacientes un lugar donde moverse, jugar, y sentir placer por ello. Donde se posibilite transformar sus movimientos y acciones estereotipados, y monótonos, modificar la utilización y el movimiento de su cuerpo, su gestualidad, la actitud y posturas corporales, y el contacto con los otros, abriendo un espacio de aprendizaje, siendo éste un lugar nuevo de comunicación y encuentro, para favorecer la experiencia del propio cuerpo y las relaciones con los otros. Poder "experimentar creativamente" (como decimos en la definición de Estimulación Psicomotriz), en el sentido de la posibilidad que tiene cada sujeto de incorporar a sus experiencias corporales anteriores una nueva experiencia, lo

³ Pankow, G. EL HOMBRE Y SU PSICOSIS. Bs. As., Amorrotu, 1969.

que cambiará o modificará en forma permanente o momentánea la percepción de su cuerpo.

/ Esta experiencia del sujeto se dará a partir de una amplia gama de estímulos, que resultan de los objetos, individuos y situaciones que rodean al sujeto. Estos estímulos están dados a través de los objetos de variadas formas, colores, tamaños, texturas y pesos. De los sonidos, que se ocasionan al explorar los objetos, los que realiza el cuerpo al desplazarse en el espacio y los ruidos propios del cuerpo. De los movimientos de acuerdo al tipo de desplazamiento, a distintos ritmos, de los movimientos imprimidos a los objetos y de la observación de los movimientos de los otros. De la adquisición de diferentes posturas y su conservación: permanecer parado, sentado, arrodillado, etc. De la relajación, atendiendo a la respiración y al cuerpo en reposo.

En la Estimulación Psicomotriz, se produce espontáneamente la verbalización de lo vivenciado, a partir de este conjunto de estímulos. Así el sujeto dará cuenta de lo vivido durante la actividad, poniendo en el centro de su atención a su cuerpo, a lo sentido y a aquellos recuerdos de su historia, compartiendo e intercambiando estas experiencias con las del resto del grupo. Esta experiencia es luego llevada a otros espacios terapéuticos, donde se realiza un trabajo analítico centrado en la palabra, en el libre juego asociativo. De esta manera se evita que el espacio de Estimulación Psicomotriz resulte una terapia catártica de carga y descarga emocional. En este sentido es imprescindible un trabajo en

equipo. Así lo corporal puede ser analizado desde otro lugar. Los recuerdos, las sensaciones y las vivencias corporales tomarán una dimensión diferente, simbólica, a partir del decir corporal que se genera en el espacio de Estimulación Psicomotriz.

La Estimulación Psicomotriz como técnica corporal, aborda al hombre con una concepción totalizadora. Pichon Riviere⁴, define al hombre como un ser biopsicosocial, cuya conducta se expresa, puede leerse y modificarse en cualquiera de estas tres áreas: área 1, mente; área 2, cuerpo; área 3, mundo externo. Es la misma conducta de la misma persona que puede manifestarse en cada área. El sujeto es su cuerpo, pero también su mente y sus vínculos.

Desde esta concepción de sujeto, definimos al cuerpo, como aquel que nos permite estar en el mundo y establecer relaciones. Percibimos nuestro propio cuerpo, él es el origen de la sensación, es sujeto y objeto al mismo tiempo. La personalidad, el desarrollo psicoafectivo (como hemos visto en el capítulo de Imagen Corporal), están muy unidos a las experiencias del cuerpo, a sus distintas sensaciones, a la carga afectiva inducida por el movimiento y la situación corporal en relación con el otro y con el medio. A través de los sentidos, el cuerpo adquiere un potencial de conocimiento. Así el hombre tiene desde su propio cuerpo y la sensación, la posibilidad de aprender. Estas sensaciones son el disparador a

⁴ Pichón- Riviere, E. TEORÍA DEL VÍNCULO. Bs. As. Nueva Visión, 1985.

su vez de conductas que se expresarán en las tres áreas mencionadas.

Los objetivos de la Estimulación Psicomotriz en el marco de esta investigación son:

1. Estimular la iniciación al movimiento corporal.
2. Favorecer la conciencia del propio cuerpo y de sus posibilidades motrices.
 - 2.1. Estimular la movilización de cada segmento corporal en todas sus posibilidades como parte integrante del cuerpo total.
3. Estimular el movimiento del propio cuerpo con los objetos y los otros.
 - 3.1. Experimentar distintos movimientos, ejercicios, posturas y actitudes corporales.
 - 3.2. Concientizar la noción yo-no yo.
4. Promover el juego espontáneo del cuerpo en los distintos planos del espacio.
 - 4.1. Estimular el placer por la actividad lúdica y el movimiento.
5. Estimular la participación activa y la asunción de distintos roles en el grupo de Estimulación Psicomotriz.
6. Favorecer la socialización
 - 6.1. Intercambiar y compartir las experiencias con las de los otros.
 - 6.2. Verbalizar lo vivenciado en los encuentros.

Para el dimensionamiento de la Estimulación Psicomotriz, tomamos como indicadores los aspectos fundamentales que desarrolla Pierre Vayer⁵, ya que consideramos interesante la forma en que se encuentra graduada la actividad.

Ahora bien, cabe aclarar que el dimensionamiento de la actividad se realiza sólo a los fines de la investigación, sin pretender de una manera tajante separar los diferentes aspectos de la Estimulación Psicomotriz que van íntimamente asociados y dependiendo los unos de los otros.

La Estimulación Psicomotriz comprende las siguientes instancias: conciencia del propio cuerpo; actividad del cuerpo estática y dinámica; el cuerpo en relación al espacio; organización de las relaciones en el tiempo; organización perceptiva; expresión corporal; el cuerpo en relación a los otros (objetos y personas) y el cuerpo en reposo.

CONCIENCIA DEL PROPIO CUERPO

La conciencia del propio cuerpo, hace referencia al conocimiento fáctico del cuerpo. Implica haber reconocido el límite entre el propio cuerpo y los otros (objetos y personas), la

⁵ Pierre Vayer. "EL DIÁLOGO CORPORAL". España. Científico-médica. 2ª edición. 1985.

concientización de yo-no yo, lo cual permite establecer una relación diferenciada con los otros.

Como hemos visto la conciencia del propio cuerpo es el resultado de múltiples experiencias obtenidas desde el inicio de la vida. Los cuidados, la afectividad, las palabras dichas por los otros sobre el propio cuerpo, sus movimientos, tienen relación directa con la conciencia corporal.

Ésta comprende el reconocimiento, la nominación y la funcionalidad de los diferentes segmentos corporales.

Durante las sesiones de Estimulación Psicomotriz, el reconocimiento de los segmentos componiendo una totalidad: el cuerpo, se inicia por el contacto a través del objeto, la presión, la temperatura, el peso, que permite reconocer a la piel como límite y continuación de cada segmento constituyendo la envoltura de un cuerpo total. Así en este reconocimiento se encuentra la movilización de cada parte. Se mueve la cabeza, los hombros, el tronco, los brazos, las manos, las piernas, etc.

De movimientos parciales de distintos segmentos corporales se estimulará gradualmente al movimiento del cuerpo realizando ejercicios como: arrojar una pelota caminando, recibirla, saltar a un ritmo marcado por el movimiento de los brazos agitando las porras o las maracas. De la sumatoria de movimientos de los segmentos corporales, surge la armonía del movimiento del cuerpo.

Todo movimiento corporal y el registro conciente de las sensaciones relativas, desarrolla algún aspecto de la

conciencia corporal. Cada segmento se contacta con el espacio que lo rodea. Acostados sobre el piso, apoyados contra una pared, sentados en una silla. A su vez no sólo el contacto concientiza, sino también la postura que relaciona varios segmentos: en cuadrupedia se extienden los miembros superiores y se flexionan los miembros inferiores; de pie se extiende todo el cuerpo, en cuclillas, se flexionan los MMII y se apoyan las manos en el piso para mantener el equilibrio, etc. A lo largo de este reconocimiento se nomina cada parte, se reconoce la funcionalidad, relacionándolo con diferentes acciones corporales realizadas durante el día.

El conocimiento de las partes corporales se realiza siempre en relación a la totalidad del cuerpo integrándola en el movimiento.

En relación al trabajo del límite corporal, los objetos ofrecen distintas posibilidades, por ejemplo el trabajo realizado con pañuelos. El pañuelo es un objeto que permite envolver al cuerpo, desenvolverlo, cubrirlo, descubrirlo, rozarlo, esconderlo, tomar la forma de la parte del cuerpo con la cual contacta. Permite trabajar sobre el cuerpo propio, sobre los objetos y sobre los otros. Todas estas acciones de estimulación táctil enriquecen lo vivenciado al incluir la mirada como corroboración de lo sintido.

El trabajo en grupo favorece la comparación y el contraste entre el propio movimiento y el de los otros; la distancia entre los cuerpos, el acercamiento, el alejamiento; la

duración y la secuencia de movimientos con un ritmo determinado.

ACTIVIDAD DEL CUERPO

La actividad del cuerpo se la puede dividir en dinámica o estática.

La actividad dinámica incluye acciones en el espacio parcial y desplazamientos en el espacio total: caminar, correr, saltar, galopar, etc. Por ejemplo, el caminar es un movimiento conocido, durante el trabajo se generan nuevas formas como: caminar apoyando los talones, las puntas de los pies, los bordes; con pasos largos, cortos; se agregan nuevas posturas, en cuclillas con los brazos en alto, sin flexionar las rodillas; arrastrando los pies o separándolos del piso. En esta actividad se incluyen los desplazamientos que ponen en juego miembros superiores e inferiores, en forma ordenada, desordenada, simultánea, alternada, espontánea, etc.

La actividad estática del cuerpo se refiere a adquirir posturas y su conservación: parado, sentado, arrodillado, etc. Esto nos lleva al concepto de inmovilidad, pero cabe aclarar que ésta no es total ya que los ritmos biológicos continúan: la respiración, el pulso, la vibración, etc. Para mantener una determinada postura es necesario el equilibrio, que puede ser estático, dinámico o de objetos. El estático se refiere al

equilibrio en el que el apoyo es estable y la persona no está en locomoción. El dinámico implica la capacidad de mantener una posición sobre una superficie en movimiento. El de objeto se refiere a apoyar algo mínimamente en una parte del cuerpo sin dejarlo caer (como los malabaristas).

Se estimula en los pacientes la vivencia del contraste entre la actividad dinámica y la estática. Por ejemplo, caminar al ritmo de la música y detenerse cuando ésta cesa.

EL CUERPO EN RELACIÓN AL ESPACIO

El espacio es el lugar físico donde se encuentra el cuerpo propio, el de los otros y los objetos. Es donde se llevan a cabo las distintas acciones corporales.

El espacio se divide en total y parcial. El cuerpo se moviliza dentro de un espacio total, que para el paciente psicótico internado lo constituye la Institución, el cual se amplía por salidas periódicas u ocasionales. En la sesión de Estimulación Psicomotriz, el espacio total lo constituye toda la sala de Terapia Ocupacional. Dentro de ésta el cuerpo se desplaza, posibilitando la toma de conciencia del espacio en relación a los diferentes desplazamientos que realiza el cuerpo.

El espacio parcial es aquel delimitado por la movilización en máxima extensión de los miembros de un

individuo sin desplazarse en el espacio. La suma de los espacios parciales constituye el espacio total en actividades grupales.

El espacio se construye en relación a las posibilidades que el sujeto tiene de explorarlo y descubrirlo a través de acciones motoras dándole una significación particular relacionada con los afectos y sentimientos que vivencia e internaliza. Es el lugar donde el sujeto toma conciencia de un espacio corporal y extracorporal.

La racionalización de los parámetros de distancia, altura, dirección, velocidad, etc., producirá la estructuración de un espacio racional, en el que está incluido un valor simbólico afectivo y emocional.

El espacio se explora a través del propio cuerpo y del objeto, actividades de intercambio, proponiendo el movimiento del objeto, llevándolo lo más lejos posible, acercándolo, hacia arriba-abajo, a los costados, acompañando la amplitud del gesto que se propaga en el espacio.

Se exploran las paredes, los vidrios, las puertas, los marcos de las ventanas, el piso, a través de las manos, los brazos, la espalda, los pies, los codos. Los objetos que se encuentran en el espacio: sillas, mesas, calefactor, globos, pelotas, porras, pañuelos, maracas. El cuerpo explora el espacio desplazándose con diferentes movimientos: rolando, rodando, caminando, saltando. En el espacio se encuentra el sonido emitido por el sujeto como una proyección simbólica del yo corporal. El mismo se propaga por todo el espacio

alcanzando a todos cuantos se hallan en él. Es decir que el espacio sonoro propio es también sentido por los demás. El espacio es el lugar de encuentro con los otros y en el cual se lleva a cabo la actividad.

ORGANIZACIÓN DE LAS RELACIONES

EN EL TIEMPO

Evolutivamente la noción de tiempo se instala mucho después que la de espacio. El hablar de tiempo nos lleva inmediatamente a la noción de espacio. Estos conceptos - tiempo y espacio- no sólo se experimentan directamente durante la Estimulación Psicomotriz, sino que se unifican en el movimiento. Sin la conciencia temporal y espacial, la percepción del mundo se hace confusa y permite sólo una estrecha gama de experiencia. Según Piaget, nadie ve ni percibe el tiempo tal cual es, ya que a diferencia del espacio no entra jamás por los sentidos. El tiempo no se percibe directamente tal cual es, sino que en parte es el resultado de una operación anímica. La sensación del tiempo que pasa, está relacionada con un tiempo individual, personal, que se extiende a todas las actividades que se realizan. Cada sujeto tiene un tiempo propio, en el cual la incidencia del estado emocional es fundamental.

Las sesiones de Estimulación Psicomotriz, se desarrollan en un tiempo determinado que es incluido en el encuadre y con una frecuencia de 3 encuentros semanales. La actividad corporal se realiza a través del tiempo: sucesión de movimientos, sucesión de desplazamientos en el espacio, duración de la conducta vivida subjetiva y objetivamente, duración para transitar los recorridos, etc.

El tiempo tiene estrecha relación con el ritmo. La palabra ritmo aplicada al movimiento, denota un movimiento fluido, medido y balanceado. Una sucesión rítmica de movimientos es claramente más fácil de ejecutar y ocasiona menos fatiga que la sucesión no rítmica de los mismos. Esa facilidad en la ejecución y esa disminución de la fatiga se acrecienta aún más por la audición simultánea de sonidos rítmicos. El desarrollo de las sesiones tiene un fondo rítmico, dado desde el ritmo vital respiratorio-cardíaco y un ritmo externo originado por la música, los objetos que materializan el tiempo (maracas y otros) y el acontecer de la sesión.

La actividad rítmica regulariza el caudal de la fuerza nerviosa y procura indudablemente sensaciones agradables. Permite la soltura, el relajamiento y la independencia segmentaria. A través de los movimientos suaves, fuertes, lentos, rápidos, sostenidos, sucesivos y sus combinaciones, el paciente se adapta al ritmo que le permite experimentar variaciones. Esta variabilidad posibilita modificar durante el desarrollo de la sesión, los movimientos en bloque,

repetitivos, torpes, incoordinados, habituales en el paciente psicótico.

ORGANIZACIÓN PERCEPTIVA

La organización perceptiva tiende a incrementar las posibilidades que tiene el sujeto de captar estímulos provenientes del propio cuerpo y del mundo externo. A partir de la propuesta de un conjunto de estímulos se intenta influir sobre la receptividad del sujeto a ellos. La capacidad de recibir estímulos por parte del sujeto, multiplicará las potencialidades de una autoobservación más plena y más sensible. Esta sensibilización tiene consecuencias sobre la conducta total del individuo, generando diversas respuestas (inhibiciones, expresiones, rechazo, aceptación, etc.) en relación a lo percibido. El registro de la sensación produce una huella, en donde se entremezclan las sensaciones y los afectos o reacciones emocionales que desencadenan. A partir de esta huella, el sujeto tendrá una memoria acerca de este estímulo por lo cual le será posible reconocerlo cada vez que se le presente y dado que las circunstancias que los rodean son diferentes, la experiencia se verá enriquecida.

La organización perceptiva incluye el reconocimiento, la reacción y la propuesta de estímulos.

Los estímulos están presentes constantemente. Durante las sesiones de Estimulación Psicomotriz los mismos parten de los objetos, del entorno, de los integrantes del grupo (pacientes y coordinadores) y del propio cuerpo de cada sujeto. Al reconocer y/o registrar los diferentes estímulos, el sujeto podrá brindar una respuesta a las propuestas y a las situaciones provenientes de la dinámica grupal. A lo largo de la sesión se hace hincapié en un determinado tipo de estímulo (visual, auditivo, táctil, kinestésico, cenestésico, etc.) en relación a determinado objeto. Por otro lado, y en relación al estímulo se observa la reacción desencadenada, pudiendo discriminar fundamentalmente entre aceptación y rechazo.

A partir del reconocimiento de estímulos y de la reacción a ellos y su posterior análisis, se permitirá la elaboración progresiva de las nociones que se desprenden de la propia acción y de los objetos, su comparación.

La integración de las diferentes sensaciones en relación al propio cuerpo permitirá enriquecer la vivencia del mismo como cuerpo total.

Al reconocimiento de estímulos y su consiguiente reacción a ellos, se suma la propuesta. Ésta implica por parte de los pacientes proponer un conjunto de estímulos a través de un objeto, por ejemplo: utilizar el globo para recorrer el cuerpo brindando una estimulación táctil. Estimular a los pacientes a elegir la música que acompañe la sesión, como parte de la estimulación auditiva.

EXPRESIÓN CORPORAL

La expresión corporal hace referencia a la motilidad en relación a la emoción. La emoción como movimiento expresivo se refiere a la motilidad que expresa al ser mismo. Etimológicamente el prefijo "ex" deriva del latín y denota generalmente "fuera", es decir, algo que se exterioriza; y "presión" que denota "acción y efecto de apretar o comprimir". Uniéndolos podemos decir que la palabra "expresión", hace referencia a algo que pugna por salir, exteriorizarse, manifestarse. Se exteriorizan emociones y necesidades del propio cuerpo en relación a los otros. En esta expresión cobra importancia el cuerpo como mediador. El cuerpo expresa mediante gestos, posturas y movimientos.

La expresión está en relación con el sujeto que expresa; esta exteriorización carece por completo de una finalidad utilitaria (en relación a satisfacción de necesidades corporales), exige la capacidad de simbolizar a través del movimiento, sólo intenta que el sujeto reencuentre en sus acciones sentimientos.

La expresión corporal incluye las posibilidades plásticas corporales, que hace referencia a la capacidad de cada individuo de expresión a través del cuerpo. El movimiento libre es el que expresa o posibilita la expresión de emociones ya que se puede recurrir al conjunto de movimientos que permita la expresión. Este movimiento libre es también

coordinado. En cambio, los movimientos incoordinados, repetitivos o en bloque, tienden a reducir las posibilidades plásticas corporales.

La Estimulación Psicomotriz motivará al grupo a crear gestos o movimientos individual y grupalmente, para posibilitar un movimiento más libre, más plástico. La expresión corporal requiere previamente un reconocimiento del cuerpo y de las posibilidades de éste, es decir, es una etapa más evolucionada de la Estimulación Psicomotriz.

Las consignas se gradúan a lo largo de las sesiones, es decir, se van modificando por parte de los coordinadores; las mismas son de más o menos precisas, hasta llegar a la expresión corporal espontánea del paciente sin necesidad de verbalizarse consigna alguna. Por ejemplo, en un comienzo se motiva a mover los brazos a través del objeto, hacia arriba, hacia abajo, a los costados. Paulatinamente se invita a mover los brazos al ritmo de la música sin dirección establecida, ofreciendo la posibilidad de generar un movimiento propio.

Para la libre expresión del movimiento es importante la capacidad de improvisación del sujeto. La improvisación en el movimiento, es una manifestación espontánea en constante evolución y desarrollo. De acuerdo a la variación de los estados emocionales del individuo, pueden surgir distintos tipos de movimientos: amplios, exagerados, suaves, bruscos, ondulantes, etc. El estado emocional del sujeto y los movimientos que desarrolle influirán en la

percepción del espacio, del ritmo, de los objetos, de las personas, de los sonidos, etc.

Debido a las características de los pacientes psicóticos, éstos tienden a repetir sus movimientos, por lo cual hay una reducida plasticidad. En sesión, la improvisación grupal estimula al individuo que se encuentra dentro del grupo a ampliar sus posibilidades plásticas. Esto se facilita a través de la imitación del gesto realizado por otro integrante del grupo, que propone un gesto, un movimiento distinto al habitual y propio de cada uno. Generalmente el que improvisa es el que más posibilidades plásticas tiene y si bien el resto copia de un modelo externo, esta experiencia va flexibilizando sus propias posibilidades plásticas.

EL CUERPO EN RELACIÓN

A OBJETOS Y PERSONAS

Durante toda la actividad, se utilizan objetos. Éstos son explorados y manipulados para poder reconocerlos. Este reconocimiento de las características propias del objeto, posibilita la diferenciación entre sujeto y objeto. La relación con objetos desencadena diferentes sensaciones, percepciones y emociones que remiten a la historia personal de cada uno. Las sensaciones, percepciones y emociones revividas dentro del marco continente en que se desarrolla la

Estimulación Psicomotriz, posibilitan al sujeto vivenciar experiencias ratificantes que le permitirán dar una nueva significación a lo vivenciado.

En cuanto al manejo del cuerpo en relación a las personas (integrantes del grupo) se estimula el reconocimiento del otro. El compartir la actividad con las mismas personas en un espacio común, lleva a reconocer a los compañeros que forman parte del grupo. En este compartir grupal se estimula el contacto corporal a través de la búsqueda y el encuentro con el otro. Este contacto genera reacciones de aceptación, rechazo o indiferencia, que están acompañados de intercambios visuales, verbales, o corporales.

~~El intercambio corporal~~ El intercambio con el otro hace necesario el previo reconocimiento del límite corporal, para poder establecer una relación diferenciada. Para que este intercambio tenga sentido, es necesario que haya una intención. Ésta es en un comienzo estimulada a través del objeto, para luego progresivamente hacerlo con el propio cuerpo. Recalcamos la necesidad de iniciar el contacto a través del objeto por lo invasivo o persecutorio que puede ser para estos pacientes el contacto corporal directo. En este marco se abrirán espacios adecuados para "tocar": un tocar flexible que esté atento a las necesidades del otro. Éste requiere de una preparación del cuerpo, en entrenamiento de posturas, de distancia, el incremento de la propia sensibilidad de la piel para poder sentirse. //

EL CUERPO EN REPOSO

Posterior al movimiento se trabaja con el cuerpo en reposo. Esta parte de la actividad se realiza con el fin de concientizar el cuerpo a través de la relajación y la respiración.

La relajación guiada por el coordinador está dirigida a aflojar el cuerpo ya sea a través de un movimiento suave, lento, ondulante o a través de la quietud. Durante la misma el pulso vuelve a un ritmo normal como así también la respiración. La atención se centra sobre las sensaciones que el cuerpo vivencia. La música, que es lenta y de volumen bajo acompaña la relajación o se utiliza en ocasiones el silencio. En la relajación se utilizan técnicas de contracción y decontracción para que a partir de este contraste se llegue a una distensión. El cuerpo debe encontrarse en una posición cómoda, ya sea sentado o acostado, en la cual se estimula a prestar atención a los apoyos del cuerpo, qué partes contactan directamente: la cabeza, la columna, los glúteos, las piernas, los talones; la vivencia del peso corporal; de las partes que continúan tenslonadas; si hay algún segmento que brinda una sensación especial; a pensar en cada parte corporal y el contraste con el recuerdo del movimiento.

En este clima de relajación se presta atención a la respiración, las sensaciones que despierta el aire al entrar por la nariz, al llenar los pulmones y las consiguientes sensaciones al exhalar.

Es de particular interés que los pacientes vivencien en este encuadre el permanecer en reposo atendiendo al cuerpo y a las sensaciones. De esta forma se vivencia una experiencia nueva de la quietud en contraste con la experiencia de su conducta habitual de abulia e inmovilidad.

Esta parte de la Estimulación Psicomotriz se implementa después de haber transcurrido varias sesiones y se lleva a cabo en la finalización de las mismas. En un principio se busca estimular el movimiento en el grupo y las vivencias que éste posibilita.

La Estimulación Psicomotriz tiene en cuenta para su desarrollo tres momentos:

- ✓ 1º momento: La actividad lúdica y de iniciación al movimiento.
- ✓ 2º momento: El movimiento libre del cuerpo y los objetos.
- ✓ 3º momento: El movimiento libre del cuerpo, los objetos y los otros.

MOMENTOS DE LA ACTIVIDAD

1º MOMENTO: LA ACTIVIDAD LÚDICA Y DE INICIACIÓN AL MOVIMIENTO

La Estimulación Psicomotriz se inicia con la actividad lúdica. Ésta permite en un ámbito recreativo crear un espacio nuevo dentro de la dinámica institucional.

El primer espacio de hacer, de aprendizaje, de comunicación y de juego, se organiza a partir del encuentro entre dos cuerpos: madre e hijo, padre e hijo. Desde aquí "... el niño se constituye sujeto, en esta trama vincular articulada y determinada no sólo por el interjuego bicorporal, sino también por las múltiples inscripciones deseantes, sociales, históricas, económicas, culturales; en las que ambos están en cada aquí-ahora".⁶

La modalidad lúdico-corporal que propone el adulto en la relación con su hijo, es y será el soporte sobre el cual el niño accionará en su modalidad con el medio.

Daniel Calmels⁷, psicomotricista, describe los "juegos de crianza", y analiza su importancia psicomotriz y su consiguiente relación psicológica en la construcción de la

⁶ Del Cuelo-Fernández, "EL DISPOSITIVO GRUPAL". Citado por Papagna, S. en Cuadernos de Psicomotricidad y Educación Especial. Año 1 Nº 1. Argentina. Elite, 1990. p. 59.

⁷ Calmels, Daniel. Cuadernos de Psicomotricidad y Educación Especial. Año 1 Nº 1. Argentina. Elite, 1990. p. 13.

personalidad del niño. En estos, el adulto, introduce el jugar aún cuando el niño no sabe que juega, al sostenerlo, al acunarlo, al acompañarlo. El contenido de estos juegos son la matriz que alimentan el jugar en la vida adulta.

Desde la Estimulación Psicomotriz proponemos establecer un vínculo lúdico-corporal y un espacio lo suficientemente confiable para el paciente, a fin de que logre desplegar sus posibilidades y también su conflictiva. Un ámbito donde se sienta contenido, donde pueda construir, probar, comprobar, comprometer su cuerpo en una acción desde su propia necesidad, en una dialéctica de juego y aprendizaje.

Por definición, "*jugar* es formar un todo con partes diversas o con partes de una misma cosa, y al *juego* se lo define como una instancia para disponer un cierto modo u orden".⁸

El juego permite un equilibrio afectivo e intelectual indispensable para la adaptación del sujeto a lo real, es decir que algunas veces durante el juego se repiten situaciones ya vividas. Por el contrario, otras veces, a través del juego se asimila lo real al yo, se transforma a la realidad según las necesidades del que juega.

Durante el juego también se pueden elaborar frustraciones, posibilita la expresión o simbolización de situaciones conflictivas que pueden ser elaboradas en el

⁸ Monlar, Pedro. DICCIONARIO ETIMOLÓGICO DE LA LENGUA COTIDIANA, citado por Papagna, S. Cuadernos de Psicomotricidad y Educación Especial. Argentina, Elite, 1990. p. 61.

transcurso del mismo. Se encuentra íntimamente relacionado con el medio del que surge (familiar, cultural y social), y permite el descanso intelectual, el placer y la relajación.

El juego conduce a la interacción entre sujetos, en su transcurso se comparte, se colabora, se compite, se intercambian ideas por lo cual se generan emociones, sentimientos, en relación a los otros y a uno mismo.

Los juegos se van modificando de acuerdo a la edad del sujeto que juega. En la infancia ocupa la mayor parte de las actividades y gradualmente se transforma. El jugar en el adulto, será el deporte, las actividades estéticas, los juegos de mesa. Estas actividades son permitidas socialmente dedicándole el tiempo libre, encontrando en ellas lo placentero en contraste con su rutina cotidiana.

Más allá de las distintas modalidades, el jugar es necesario durante toda la vida del ser humano ya que todo juego tiene un componente de libertad, de espontaneidad y de placer.

Tradicionalmente el juego ha sido clasificado en: de acción, simbólico y de reglas.

El juego de acción que realiza el niño por simple placer funcional o por placer de afirmar un saber nuevamente adquirido, J. Piaget⁹ lo traduce a lo que hace el adulto con un nuevo automóvil o un nuevo aparato de televisión.

⁹ Piaget, J., Inhelder, B. PSICOLOGÍA DEL NIÑO, 9ª ed. Madrid, Morata, 1980.

El juego simbólico, de representación o "como si" permite a los adultos no sólo evidenciar aspectos regresivos que podrían ser objetados en otro contexto, sino también y muy especialmente ensayar otras modalidades de conducta a partir de la experiencia lúdica, menos comprometida que la realidad cotidiana.

El juego reglado es definido por Ortega Ruiz R. como: "... aquellas actividades realizadas de interacción social en las cuales se produce un intercambio de acciones y verbalizaciones que llenan una finalidad y un sentido asumido colectivamente por el grupo (aunque varíen individualmente los niveles de comprensión de dicho significado y de dichas metas). Todo esto supone un entramado de normativas que dan sentido al juego. Otro requisito que deben cumplir dichos juegos, es que aunque haya como en los anteriores, presencia de elementos motrices (variación en el grado de habilidad física en saltar al ritmo de una cuerda o correr, en el escondite), o elementos simbólicos (como en el juego de policías y ladrones) el rasgo predominante es la normativa colectiva que organiza las acciones que hay que realizar, sin las cuales el juego no sería tal, y así es explicitado y convenido por los propios niños".¹⁰

El juego realizado en forma grupal, constituye una plataforma de encuentro entre los participantes, favorece

¹⁰ Ortega Ruiz, R. EL JUEGO INFANTIL Y LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO. España, Alfaro, 1992. p. 19.

sentimientos de integración y solidaridad ya que se plantean objetivos en común y la búsqueda grupal de soluciones. La riqueza de estrategias que permite desarrollar, hace de la actividad lúdica una excelente ocasión de comunicación y de movimiento del cuerpo en relación al espacio y a los otros (objetos y personas).

El juego corporal posibilita la vehiculización del movimiento corporal para el encuentro con los objetos, con los otros, consigo mismo y con el espacio.

Durante el juego el sujeto se pone en relación con las otras personas; se establece una red de relaciones que están marcadas por la espontaneidad y por la dinámica de la comunicación. Los vínculos que se generan, son disparadores de una modalidad creativa, dialéctica; de aprendizaje y relación con los demás.

El sujeto entra en contacto con el mundo externo a través de los objetos que maneja, que toca durante el juego. El intercambio con los mismos y sus características es intensivo ya que éstos estructuran y dan forma a la experiencia. Durante la realización del juego, se puede cambiar la utilización cotidiana de los objetos (una silla en arco de fútbol). También el objeto se convierte en un medio de comunicación con los otros.

La percepción del sujeto sobre sí mismo a través del juego se hace relevante porque el otro le interpreta, los objetos le exigen adaptación y tiene que enfrentarse a las reglas. La adecuación a las acciones y a las reglas obligan al

sujeto que juega a realizar un proceso de socialización. La riqueza de movimientos realizados durante el juego le permite al sujeto ampliar la experiencia de su propio cuerpo. Así cada sujeto podrá interactuar desde una unidad entre lo que siente, piensa, hace y desea hacer.

Los espacios en los que se juega se transforman al servicio del juego (la sala de Terapia Ocupacional en cancha de fútbol). La imaginación del que juega hace posible la transformación, de modo tal que el espacio reconocido como diferente adquiere sentido y estructura para hacer posible la realización del juego.

Durante el juego se reducen las consecuencias que pueden derivarse de los errores cometidos, es una actividad que disminuye las consecuencias frustrantes; durante él se pueden cambiar los fines para que encajen con nuevos medios que se descubren o modifican adaptándolos a los nuevos, lo cual exige del sujeto creatividad.

Iniciamos nuestra experiencia de Estimulación Psicomotriz con pacientes psíquicos crónicos a través del juego, en particular el juego reglado porque creemos que esta perspectiva permite iniciar la actividad a partir de una instancia ordenadora

Se propone a través del juego estimular el movimiento del cuerpo de estos pacientes, a los cuales nos hemos referido en los capítulos anteriores, cuyos movimientos se caracterizan por la concreción de las acciones en cuanto remiten a situaciones vitales cotidianas como por ejemplo,

acostarse, comer, higienizarse, etc. Sus cuerpos inexpresivos, no acompañan la exteriorización de sus emociones. Se propone empezar a reconocer un espacio terapéutico nuevo, grupal, en un lugar y tiempo determinados, con juegos que brinden un marco de seguridad y confianza, en el cual exista una regla que organice, normatice y dirija la dinámica grupal. La aceptación de la regla permite graduar, enmarcar y establecer el encuadre de trabajo.

Asimismo el juego reglado, además de organizar, normatizar y estimular a la competencia entre participantes implica una connotación psicológica, en la cual por ejemplo en juegos de pelota, tales como fútbol, basquet, handball, quien llega al arco, aro o campo, ataca un lugar que es representante del otro, lugar que es cuidado, vigilado, defendido para contrarrestar el ataque. En este sentido el juego permite el reconocimiento de espacios, los propios y los ajenos.

Cuando el encuadre de trabajo sea aceptado, traducido ésto en la sucesiva concurrencia y permanencia en los encuentros, en la aceptación y respuesta favorable a las consignas, se plantean modificaciones en el encuadre de la propuesta (lugar, roles, tiempo), que se explicitan verbalmente intentando que la propuesta tenga consenso grupal. De esta manera, se pasa a un segundo momento de la Estimulación Psicomotriz.

2º MOMENTO: EL MOVIMIENTO LIBRE DEL CUERPO Y LOS OBJETOS

El pasaje del 1º momento al 2º es gradual. Se implementan actividades de transición en las cuales se tiene en cuenta la modificación de alguna de las características de las tareas o juegos realizados en un 1º momento. En este 2º momento se efectúan modificaciones en el encuadre en relación al espacio, a la coordinación y a la actividad misma. Por ejemplo: se propone modificar el lugar realizando la actividad fuera del ámbito institucional, caminatas por los alrededores o juegos en el Parque San Martín; se mantiene el espacio de encuentro y se invita a los pacientes a movilizarse o jugar espontáneamente con los objetos que se utilizaron durante los juegos; se solicita que alguien coordine la tarea.

En el primer momento de abordaje de Estimulación Psicomotriz, la iniciación al movimiento se realiza a través de la actividad lúdica. En este segundo momento la atención está centrada en el movimiento espontáneo del propio cuerpo con los objetos.

Haremos una descripción del movimiento y su evolución ya que éste aporta experiencias que son de capital importancia en la construcción de la Imagen Corporal desde el nacimiento. Así podremos observar cómo éste permite al niño nutrirse, entablar relaciones en el mundo externo con objetos y personas, explorar y conocer su cuerpo, explorar el espacio, en suma está presente en cada momento: en la alimentación,

el juego, el vestido, la higiene, etc., en la interacción con los otros, las cuales dejan un registro en relación al movimiento, pudiéndose posteriormente rememorar ante situaciones similares.

El diccionario, define al movimiento como: "Estado de un cuerpo cuando cambia de lugar de un modo continuado o sucesivo". En un sentido figurado: "Primera manifestación de algún afecto o sentimiento".¹¹

En estas definiciones encontramos por un lado, que el movimiento implica al desplazamiento, voluntario o no, de una parte o de todo el cuerpo, es decir está asociado a la acción, a la matriz. Por otro lado, aparece la acción en tanto configura al movimiento como una instancia de expresión.

Articularemos estas definiciones dadas por el diccionario con aquellos autores que realizaron estudios sobre el movimiento humano, para poder posicionarlo dentro de la Estimulación Psicomotriz.

Aucouturier y Lapierre¹², hablan de "PULSIÓN DE MOVIMIENTO", primitiva y fundamental, como base de la pulsión de vida. Es así que el movimiento aparece ya en la vida intrauterina, como una pulsión primitiva, sin finalidad aparente.

¹¹ Diccionario Enciclopédico Ilustrado. Sopena, Argentina. Junio, 1992.

¹² Lapierre A., Aucouturier B. SIMBOLOGIA DEL MOVIMIENTO, CIENTIFICO MEDICA. España. 2º Ed. 1985.

Basándose en la definición de Freud acerca de la sexualidad (sexualidad: en la experiencia y en la teoría psicoanalíticas, la palabra sexualidad no designa solamente las actividades y el placer dependientes del funcionamiento del aparato genital, sino toda una serie de excitaciones y de actividades existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental -respiración, hambre, función excretora, etc.- y que se encuentran también a título de componentes en la forma llamada normal del amor sexual), según la cual es todo lo que sea placentero para el cuerpo, plantean la existencia del placer del movimiento por sí mismo, más allá del fin perseguido. De esta manera todo gesto vivenciado, que no sea estereotipado e intelectualizado, tiene un contenido sexual difuso en relación al placer de la movilidad del propio cuerpo.

No hay vida sin movimiento y es el cuerpo, el que genera la necesidad de moverse, y al mismo tiempo es instrumento de movimiento.

Este movimiento se acompaña de sensaciones y percepciones que lo generan y son resultantes de él.

En relación con la pulsión de movimiento se encuentra la capacidad innata del niño de emitir sonidos. Al principio se emiten sonidos: altos, agudos, graves, cortos, largos. Antes de entrar en el mundo de su lengua materna el niño posee los sonidos comunes a todas las lenguas. Además tiene un conocimiento del mundo como sonoro. Es así que ya

desde la vida prenatal escucha el latido del corazón de la madre, al hablarle o al poner música, la madre siente el movimiento del bebé en su útero. Después del nacimiento, los sonidos seguirán acompañándolo en los cantos de la madre al arruyarlo en sus brazos, en las palabras dichas por los demás al dirigirse a él. Observamos entonces, cómo el movimiento y el sonido están en el origen de la vida, posibilitan y dan una forma particular a las primeras adquisiciones del bebé.

A través de la actividad motriz y de los sentidos, se explora el espacio, incluyendo los objetos y las personas que se encuentran en él, de estos se generan contactos que pueden ser placenteros o displacenteros (estos últimos están en relación a obstáculos, texturas no agradables, reclamos no satisfechos). A partir del intercambio entre el individuo y el medio a través de su cuerpo, y el interjuego entre el placer-displacer, es que el sujeto va constituyendo su experiencia.

En el bebé recién nacido los movimientos no son voluntarios, sino reflejos, debido a la inmadurez del sistema nervioso. Pero mientras sus actos no son aún susceptibles de procurarle directamente las cosas indispensables, el niño dispone de otra fuente de recursos; "los gestos", estos traducen las necesidades primarias del niño, son un medio de comunicación, llamado de atención para los que lo circundan provocando su intervención.

A través del reflejo de succión, el bebé puede nutrirse y comenzar a entablar relaciones con el mundo externo. Es la madre quien en un principio provee al bebé del

alimento, sosteniéndolo en brazos. En esta acción se da lo que se denomina "diálogo tónico" entre madre e hijo. A este nivel de organización tónico emocional, es que el bebé encontrará, inicialmente al otro. Halla sensaciones táctiles, el contacto con el movimiento y la organización tónica del otro, la mirada, la caricia, la temperatura corporal, la palabra. En este diálogo, la palabra, el lenguaje, permite a la madre darle sentido a la acción, al gesto, a la caricia, a la mirada.

En cuanto al Diálogo Tónico entre madre-hijo, las primeras experiencias del sujeto psicótico, son diferentes como lo hemos descripto en el capítulo anterior. Entre el sujeto psicótico y su madre no hay un intercambio de tono afectivo, no se establece el diálogo. La madre del psicótico no decodifica las acciones de su bebé (falla la capacidad de reverie según Bion), no se pregunta acerca de lo que le ocurre al bebé. Responde unívocamente a los reclamos del bebé, para ella todo reclamo siempre significará lo mismo. En esta certeza materna no hay lugar para la duda, el bebé al no tener una respuesta adecuada a sus necesidades, incrementará los procesos de escisión yoica, quedando toda esta experiencia tenida por ansiedades de tipo paranoide, instrumentando mecanismos esquizoides como proyección masiva, introyección masiva, etc. Es así como desde un comienzo la experiencia del sujeto psicótico en relación al movimiento queda impregnada de esta vivencia individual que algunos denominan aterradora. A pesar de las características de este intercambio entre el sujeto psicótico y su madre, la adquisición de pautas

madurativas es posible, debido a que su sistema nervioso completa la mielinización y su aparato osteomuscular se desarrolla.

En el desarrollo normal se observa como a partir de los primeros contactos se establecen intercambios en distintos niveles, que promueven el desarrollo a través de la adquisición de experiencias con el propio cuerpo y los otros. Por ejemplo, cuando la madre sostiene y acuna en los brazos a su bebé, lo sostiene, contiene y alimenta, y además a través del balanceo tónico motriz, le da la posibilidad de experimentar sensaciones laberínticas, y de esta manera permite la construcción del aparato laberíntico, órgano fundamental para el futuro movimiento corporal del niño. Además por medio de la postura, está armando la representación postural de donde se desprenderá la acción motriz ya que el movimiento parte de la postura del cuerpo.

A partir del aprendizaje de las primeras experiencias, la maduración del sistema nervioso y los estímulos procedentes del exterior, la actividad refleja pasará a constituirse en actividad voluntaria.

La actividad difusa e indiferenciada, con reactividad global inicial, adquiere posteriormente sucesivos valores como formas de contacto y expresión, exploración y utilización.

De esta manera, el niño descubre el placer de jugar con sus manos, con sus pies, de desplegar, de vivenciar su cuerpo, placer esencialmente del movimiento en sí mismo, sin

finalidad alguna. Es el aprendizaje progresivo de un dominio del cuerpo a través de la vivencia corporal.

Asimismo el niño descubre el mundo de los objetos mediante el movimiento, la vista, el oído, el tacto. Al placer de actuar se superpondrá el deseo de actuar, surgiendo poco a poco la intención y el proyecto.

La exploración y el descubrimiento del mundo es en principio motriz. Es necesario tocar, tomar, desplazar los objetos, tirarlos, transferirlos de mano en mano, recogerlos, subirse encima, meterse dentro, debajo, lo que dará un conjunto de sensaciones que permiten experimentar y aprehender las formas, las dimensiones, las superficies, los volúmenes.

Es el objeto que la madre da al niño luego de haberlo cargado afectivamente, el que permite que el niño adquiera una cierta independencia, una cierta autonomía afectiva de la madre, Winnicott¹³ denomina a estos "objetos transicionales". Según Lapierre y Aucoutourrier¹⁴, el estadio del objeto es revivenciado a menudo simbólicamente por el niño y por el adulto en presencia de objetos de tacto agradable; favoreciendo la búsqueda de contactos, aparece espontáneamente, esto es denominado "vivencia afectiva del objeto".

¹³ Winnicott, D. REALIDAD Y JUEGO. Barcelona. Gedisa. 1979

¹⁴ Lapierre, A., Aucoutourrier, B. SIMBOLOGIA DEL MOVIMIENTO. España, Científico-Médica. 2ª Ed. 1985.

El pensamiento del niño se elabora a la par de la acción en una dialéctica permanente, constantemente crea y reconstruye su propio movimiento. Así el niño prueba distintos movimientos en relación a los objetos y a las personas, lo que le permitirá adecuar este movimiento afianzándose el aspecto voluntario.

En este proceso y a través del movimiento, el niño realiza la conquista del espacio próximo y posteriormente lejano. Para la exploración del espacio próximo utiliza los objetos arrojándolos al suelo reiteradamente, usándolos como proyección del movimiento debido a que aún no puede desplazarse. Posteriormente el dominio de su cuerpo le permite el desplazamiento que le posibilitará el conocimiento del espacio lejano. De esta manera, el niño poco a poco va organizando su espacio-tiempo, sitúa a los objetos respecto a él y se sitúa luego él respecto a los objetos.

Dentro del desarrollo psicomotor, los movimientos se van sucesivamente automatizando en relación al ejercicio. Por ejemplo, el caminar, que resulta extremadamente dificultoso en un comienzo, se realiza de una manera espontánea debido a la confianza y dominio que proveyó su ejercicio.

Según Liepman, "toda acción se basa en un plan anticipatorio de estructura específica. No sólo contiene este plan un objetivo último, sino que también abarca el

conocimiento de las acciones individuales necesarias para la materialización del plan".¹⁵

Pero este plan no es conciente. De esta manera, los movimientos automáticos como caminar, tomar un juguete y llevarlo a la boca, andar en triciclo, vestirse y desvestirse, etc., son realizados sin que el sujeto piense y analice cada paso para cumplir con su objetivo. Observamos cómo el movimiento que en un principio requiere atención, información sensitiva y kinestésica posteriormente se automatiza centrándose en la intención.

A estos movimientos automáticos se los denomina *praxias*. Piaget las define como "un sistema de movimientos que se encuentran coordinados y adaptados en función de una intención específica".¹⁶

Para organizar una praxia son necesarios los siguientes operadores: motrices (aparato biomecánico), psíquicos (el deseo, la idea de lo que hay que hacer y la representación del movimiento) y psicomotrices (la ejecución misma de la función, el cómo ejecutar y usar el movimiento).

Es así que la praxia no implica sólo la realización del acto por un aparato motor sino que es necesario la motivación y el deseo de hacerlo.

Luego de este recorrido sintético, en relación a las características del movimiento desde el comienzo de la vida,

¹⁵ Liepman, citado por P. Schillder, IMAGEN Y APARIENCIA DEL CUERPO HUMANO. Bs. As., Paidós. 1983. p 49.

¹⁶ J. Piaget, citado por Levin, LA CLINICA PSICOMOTRIZ, Bs.As., Nueva Visión, p. 78

se puede observar como en su desarrollo intervienen aspectos motrices y sensitivos en relación con el medio, en el cual se encuentran los objetos y personas que generan vínculos afectivos quienes dan una forma particular al movimiento. Con respecto al psíquico, este logra el desarrollo de praxias, aprende movimientos coordinados que le permiten la adaptación al medio, y el control del movimiento de su cuerpo. Pero en su cuerpo hay una necesidad de experiencias placenteras en relación a su propio movimiento y a los otros, la madre ha limitado la vivencia afectiva de experiencias, lo que da como resultado una reducida capacidad de expresión a través del movimiento. El sujeto psíquico se manifiesta en relación a necesidades (corporales, intelectuales, etc.) repitiendo la experiencia que le ha dado su madre.

Más allá de la función del movimiento en relación a la adquisición de pautas madurativas y a la construcción de los primeros vínculos, éste acompaña al sujeto durante toda la vida como manifestación de necesidades, sentimientos y expresiones.

Los movimientos han sido descriptos como modos objetivos de relación entre un organismo y un medio de objetos y personas. Le Boulch¹⁷ sostiene que si bien los movimientos pueden comprenderse según su modo de conexión con el medio, están en relación con el sujeto que los expresa, revelando sus emociones y sentimientos, es decir que el

¹⁷ J. Le Boulch, HACIA UNA CIENCIA DEL MOVIMIENTO HUMANO, Argentina. Paidós. 4ª reimpresión. 1991

carácter expresivo del movimiento nos remite a la persona que lo realiza y no sólo al objetivo exterior que pretende alcanzar.

Mas allá del movimiento objetivo, observable en el espacio, es preciso tener en cuenta que el mismo es vivido por un cuerpo portador de deseos, intencionalidades, valores y sentimientos.

A su vez, el movimiento del hombre se despliega en presencia de la mirada de los demás y de ese modo adquiere una relación de significante a significado. Es decir que es recibido por otro "ser expresivo" que lo interpreta; por lo cual, ya no es una mera manifestación de la subjetividad, sino que se transforma en expresión para los demás.

Comúnmente los movimientos en relación a la parte del cuerpo que lo realiza, son divididos en: gestos (los del rostro), ademanes (los de las manos) y mímica (todo el cuerpo). Todos estos en su carácter expresivo y artístico, son tomados como movimientos comunicacionales e intencionales, intentando que el significado corresponda exactamente con el significante. Todo gesto, mímica y movimiento es comunicación: comunica-acción, es decir transmite, expresa, se muestra a través de su hacer, de la acción. Este sentido de comunicación del gesto es fundamental, nace o es imprimida desde el momento en que la madre responde a los gestos que realiza el bebé cuando manifiesta sus primeras necesidades. Este sentido continuará a lo largo de toda la vida, el gesto será dado a ver a los otros, el gesto no es visible para quien lo

realiza, en esto es importante la reacción del otro para que este prosiga.

Desde esta dimensión del movimiento, se observa que el paciente psicótico realiza movimientos que no tienen intención de comunicación. Movimientos estereotipados, extravagantes, manierismos, descriptos como típicos no permiten su decodificación por un otro. La agestualidad de sus rostros, sus manos, muestran como su cuerpo se halla inmerso en el proceso psicótico en donde no hay intenciones de comunicar o en donde lo que se comunica no está en relación a un código en común con los otros.

Todas las características descriptas en relación al movimiento, son las que se estimularán durante el desarrollo de la actividad en este segundo momento. El desarrollo de la actividad se centra en las acciones que se realizan para descubrir nuevas posibilidades de movimiento, en explorar direcciones y fines, en movilizar cada parte del cuerpo concientemente pensando en ello y aportando al sujeto una experiencia diferente y nueva.

Los objetos son Intermediarios entre la actividad y el propio cuerpo. Brindan un conjunto de estímulos a los sentidos del cuerpo desencadenando diferentes percepciones y sentimientos que permiten reconocer el cuerpo por el contraste con los mismos.

Al explorar las posibilidades de un objeto, el sujeto estará explorando sus propias capacidades de movimiento, de

creación y de comunicación. El objeto es un auténtico mediador en la comunicación con el mundo externo.

Los objetos son utilizados para estimular la sensibilidad corporal del sujeto y a través de ellos darle un sentido y una motivación al movimiento. En relación a las características de los mismos, cada paciente percibirá y dará cuenta de las sensaciones que por ellos son desencadenadas. En este momento se favorece la elección de un objeto que implica tomarlo por sus propios medios y no recibirlo. Se propone la búsqueda del máximo de contactos con ese objeto, darle movimiento, desplazarlo, tirarlo, olerlo, mirarlo, palparlo, sentir su textura, modificar su forma o tamaño si este lo permite, hacer ruido con él o escuchar si tiene sonidos propios, descubrir el placer de la acción con él. De esta manera se favorece la vivencia del objeto.

El objeto posibilita experimentar creativamente el movimiento, el propio cuerpo, el espacio y entablar un intercambio con el otro. Esto es factible por la cantidad de estímulos que brindan y que permiten la incorporación de nuevas experiencias que influyen en la percepción del propio cuerpo, posibilitando la convergencia entre lo conocido y lo desconocido del cuerpo.

Las sensaciones que despiertan los objetos son un disparador de conductas en el ser humano, también son el punto de partida, como hemos visto, para la continua construcción de la Imagen Corporal, enriqueciéndola por medio del movimiento, la postura a distintas emociones.

A través del objeto se explora el espacio en todas sus dimensiones, utilizándose como prolongación de las manos. La trayectoria del objeto es la continuación de su gesto, la ampliación de su espacio de acción, es movilizad para explorar el espacio parcial, el espacio total y los objetos que se encuentran en él: sillas, mesas, láminas, bancos, estufa, etc. Pensando en la trayectoria de los objetos, se puede concientizar a través de la estimulación, la distancia, la altura, la dirección, la velocidad, el recorrido, tanto del objeto como del movimiento requerido al propio cuerpo.

El objeto en relación al propio cuerpo se utiliza para recorrer cada segmento corporal, lo cual lleva a una reflexión acerca de las características de cada parte por el contraste entre el objeto y el propio cuerpo. Esto lleva a una diferenciación entre el límite del propio cuerpo y el límite del objeto, una diferenciación entre yo-no yo.

Se estimula a la reflexión y el comentario grupal de las sensaciones que despierta el contacto con los objetos.

Durante los encuentros, los objetos utilizados son los siguientes: globos, pañuelos, porras, pelotas y maracas.

Estos son usados según una característica predominante, que se intenta explorar y aprovechar durante todo el encuentro y a la que se suman el resto de los estímulos que despiertan. Los globos, pañuelos y porras se usan en un comienzo por sus características flexibles, maleables y plásticas. Su contextura en general es suave y aportan distintos estímulos visuales en relación a sus colores. En

relación a su estructura tienen por sí solos diferencias de superficie, peso, volumen. Pueden ser utilizados para tapar, ocultar, cubrir, atar (pañuelos), para efectuar un sonido, para reconocer un espacio, etc. (porras), para arrojar, soplar, etc. En el transcurso de su uso se capta la flexibilidad del objeto lo que posibilita la propia flexibilidad.

Los globos, al arrojarlos en el aire realizan distintas trayectorias acorde a la fuerza y el sentido con que se los expulsa, obligan a una adaptación o adecuación del tono motriz, del movimiento. La mirada sigue la trayectoria, los miembros superiores realizan movimientos amplios. Se trabaja la flexibilidad del globo, se presiona entre las manos, brazos, vivenciando las modificaciones que estos imprimen al globo. Al presionarlo los músculos se tensan y al liberarlo, vuelven a su forma relajada al igual que el globo.

Los pañuelos grandes, de diversas telas como seda, raso, gasa, algodón, nylon, brindan estímulos táctiles, se contactan con la cara, las manos, las piernas, en general la piel, prestando atención a las sensaciones que la piel devuelve. Toman las formas de objetos o partes corporales en las cuales se apoyan, cubren-descubren, atan-desatan el propio cuerpo o el del otro. El movilizar el pañuelo en el aire hace que sobresalga su característica de fluidez a partir de la cual se invita a acompañar con el cuerpo el movimiento.

Las porras son utilizadas por sus colores brillantes brindando estímulos visuales que aumentan al ponerlas en movimiento. El movimiento que generan es con un ritmo

rápido. Al contactar con la superficie corporal en general causan cosquillas, estimulando lo táctil.

En un intento de graduar los objetos que serán usados, pasamos de aquellos que consideramos más flexibles a los objetos con características más rígidas: pelotas de cuero y maracas. Su contextura es firme, en contraste con los objetos flexibles y éstos no se modifican por la fuerza del cuerpo.

Con la pelota se explora el espacio, se tira hacia el techo, por el suelo, se robota desde un lugar fijo o se acompaña con el cuerpo el movimiento que ésta realiza.

Las maracas brindan como estímulo fundamental el sonido a lo que se le suma el ritmo, los cuales se investigan en relación al movimiento. De esta manera se trabajan los matices del sonido, invitando a los sujetos a acompañar con su cuerpo y sus gestos las distintas intensidades. Se crean ritmos individuales que se conjugan entre sí y pueden imitarse, permitiendo al sujeto expresar simbólicamente su afectividad.

Las consignas para comenzar a trabajar con dichos objetos, en un principio son concretas: el coordinador guía a los pacientes a prestar atención sobre determinadas características del objeto y realiza ejercicios y con ellos movimientos. Gradualmente, y a lo largo de las sesiones estas consignas se van haciendo más libres y los distintos participantes proponen nuevas modalidades a la consigna inicial, de esta manera se va modificando la idea original.

La instrumentación de los objetos es de una clase por sesión: o globos, o pañuelos, o porras, o pelotas, o maracas, utilizando cada elemento durante varias sesiones. Una vez trabajado cada objeto, se disponen juntos para que cada paciente elija con cual trabajar. La elección de un objeto, que fue previamente explorado y es reconocido implica en el paciente, reafirmar un vínculo con un objeto con el cual se había establecido un vínculo anterior, del cual se puede separar y posteriormente volver a establecer con él relación. Al utilizar cada paciente un objeto diferente, en un espacio grupal, lleva al contraste, a la comparación en relación a que cada uno debe adecuar el uso del objeto elegido en relación al espacio y al compañero.

3º MOMENTO: EL MOVIMIENTO LIBRE DEL CUERPO, LOS OBJETOS Y LOS OTROS

En este tercer momento de la Estimulación Psicomotriz, al movimiento libre del cuerpo con los objetos se le suma el encuentro con el otro. Si bien esta actividad se realiza desde el inicio grupalmente, en este momento se motiva el intercambio, el contacto corporal y los vínculos con el otro, a través de los objetos y del propio cuerpo.

El contacto con una persona puede realizarse como una conducta burocrática, sin involucrarse en ese acto. En cambio, desde la Estimulación Psicomotriz el contacto es

motivado para establecer relaciones vinculares entre los integrantes del grupo, en un intercambio diferenciado. Un tocar que esté atento a las necesidades del otro, que no invada, atendiendo a cuándo, cómo y para qué tocar.

El contacto directo con el otro no es demasiado aceptado y no se produce espontáneamente; por ello los intercambios en un comienzo se realizan a través de objetos que son intermediarios, en el sentido de objeto que posibilita la interacción con el otro. Es así que por ejemplo, se entabla un juego al arrojar una pelota, que es recibida por otro que la toma y a su vez la devuelve. Este percibe las direcciones, las encuentra, las puede contrarlar o prolongar imprimiendo sus propias direcciones. Esta proyección del objeto en el espacio hacia otro es la base fundamental de todo proceso de expresión y comunicación. Comunicar significa etimológicamente convertir en común, estableciendo un interjuego de modalidades técnicas y emociones. De este modo, los objetos se convierten en un medio de acción en común y luego de construcción en común. La actividad propicia en su transcurso, la modificación de roles, por ejemplo al trabajar en parejas, se ofrece la posibilidad de elegir con quién realizar la actividad, hay uno que elige y otro que es elegido.

El contacto directo con el otro, comienza con la danza, es decir la expresión libre del cuerpo en relación a la música. Se estimula la formación de grupos que se unen tomándose de las manos, el hombro o la cintura, facilitando ese contacto un acuerdo, una simultaneidad del gesto.

Esta relación con los otros posibilita al Sujeto Psicótico el deseo de ser reconocido como un otro independiente, demanda realizada a través del gesto, la mirada, la inmovilidad, la palabra. Es decir que cada vez que los otros respondan a sus movimientos, a sus palabras, a su mirada, sentirá el reconocimiento en tanto sujeto, y cada vez que no respondan a él, la frustración de no ser reconocido por el otro. A lo largo de la actividad coinciden las acciones en común con los otros, por lo cual se mantiene en una situación de seguridad afectiva. A su vez como participante de un grupo, el sujeto debe acomodarse al otro grupo.

La seguridad de ser reconocido como sujeto permite posteriormente incluir una variante en la actividad, por la cual el sujeto puede crear su propio movimiento, mostrarlo al grupo, que lo reconoce y lo imita. El crear el movimiento e imprimirle el propio estilo en el cual están incluidas las experiencias anteriores con el grupo, abre en el sujeto la posibilidad de significarse.

LA MÚSICA

La música se utiliza como acompañamiento de todos los encuentros. Al describir el movimiento, destacamos como los sonidos acompañan desde el comienzo de la vida.

La música tiene tres elementos fundamentales: el ritmo, la melodía y la armonía.

El ritmo ha sido definido por Platón como "el orden en el movimiento". El ritmo está presente en los humanos, la respiración, el latido del corazón, el pulso, son ritmos biológicos, movimientos instintivos. "La regularidad rítmica tiene el efecto de engendrar una inducción motriz y el movimiento engendra la danza, el canto y la música instrumental", dice G. Ducourneau.¹⁸ Es así que al escuchar una música, un canto nos movemos con un cierto ritmo. Ritmo y movimiento están íntimamente relacionados en el cuerpo. Una noción importante del ritmo, es que le da orden al movimiento. Esto nos conduce a la noción de tiempo. Según esto, la música es la experiencia de tiempo más viva, más completa, en el propio cuerpo. El ritmo muestra la relación existente entre el espacio y el tiempo teniendo como intermediario el movimiento del cuerpo.

En la melodía están incluidas las relaciones sonoras. Nuestros sentidos perciben los fenómenos vibratorios que produce el sonido. La melodía está en relación directa con la afectividad. Al escuchar una música los sonidos que se suceden, las intensidades musicales, provocan una reacción de actitud abierta, si se juzga que es agradable el sonido, o bien una actitud de defensa. A partir de la apertura hacia la música se hace el paso de oír a escuchar, y se escucha llevado por un deseo o una emoción.

La armonía es el encadenamiento de los acordes. Esta requiere de la organización en la simultaneidad de los sonidos, éstos pueden provocar efectos disonantes o consonantes, que producen a su vez reacciones afectivas y mentales.

Pero más allá de separar la música en melodía, armonía y ritmo, se encuentra melodía en la armonía ya que está compuesta de sonidos, se encuentra también en el movimiento propio del ritmo pues en la armonía las voces se alejan y se acercan.

La música es utilizada en su característica de ritmo para organizar el movimiento de los pacientes. Es un elemento que ordena el movimiento grupal y dentro de éste, el movimiento de cada paciente en relación a sí mismo y a los otros. La utilizamos como "sugerencia" para el movimiento. Los sonidos pueden actuar como disparadores de movimientos nuevos que son realizados al compás del ritmo. A su vez la melodía conduce a expresar sonidos a través del cuerpo y del objeto. Así, el movimiento y la música están interrelacionados para enriquecer la experiencia. Por medio de la música y de los objetos que se utilizan para acompañarla se entabla una comunicación con los otros utilizando un lenguaje sonoro. De esta forma se expresan emociones. Estas también son despertadas a su vez, por los recuerdos que retrotraen hacia una determinada época en que se escuchaba cierto estilo de música.

¹⁸ Ducourneau, G., MUSICOTERAPIA. España, EDAF, 1988. p. 48.

Por otro lado, con la música se trabajan los matices. Estos son trasladados desde el sonido al movimiento: más fuerte, más suave. Por último, la música permite establecer la relación entre el sonido y el silencio. Por lo tanto ofrece la posibilidad de alcanzar la noción de contraste. En este sentido, la experiencia sonido-silencio puede ser acompañada por la experiencia movimiento-inmovilidad, y de esta manera combinar en pares tales como: sonido-movimiento, silencio-inmovilidad, silencio-movimiento, sonido-inmovilidad (éste último se estimula también a partir de la relajación).

La música es propuesta por el coordinador en los primeros encuentros, y luego se estimula a que sea elegida o sugerida por los pacientes.

CAPITULO 5

*FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA
DEL DIBUJO DE LA FIGURA
HUMANA COMO MÉTODO DE
RECOLECCIÓN DE DATOS*

En este trabajo de investigación, el método de recolección de datos es el dibujo de la figura humana. Este entendido como la representación gráfica de la imagen mental que uno tiene de su propio cuerpo, es utilizado para observar las posibles variaciones en la Imagen Corporal de los pacientes psicóticos, posterior al abordaje corporal, comparando un primer dibujo realizado antes de comenzar con la actividad con un segundo dibujo realizado luego de finalizada la experiencia.

El dibujo de la persona, al suponer una proyección de la Imagen Corporal, ofrece un camino natural para manifestar la estructura del cuerpo.

La hipótesis de que los dibujos de la figura humana resultan útiles para el estudio de la personalidad o como proyección de la imagen de sí mismo, encuentra su justificación teórica en la psicología de la imagen de sí mismo y en la teoría psicoanalítica de la proyección.

Goodenough¹ elabora la siguiente hipótesis: el dibujo que hace el niño de cualquier objeto muestra las discriminaciones que ha efectuado sobre ese objeto como perteneciente a una clase, es decir, como un concepto. Es así que el niño para dibujar debe abstraer las características comunes de un objeto (como perteneciente a un conjunto de clases) y las particulares que caracterizan al objeto. Este autor, quien realiza el test que lleva su nombre, utiliza el dibujo

¹ Harry, D. EL TEST DE GOODENOUGH. REVISION, AMPLIACION Y ACTUALIZACION. Barcelona, Paidós, 1982.

de la figura humana como método de evaluación. El dibujo de la misma realizado por el niño, por un lado es la conceptualización que el niño hace de la persona humana, éste en su proceso de abstracción no difiere de los otros objetos de su experiencia. Por otro lado, el ser humano, su propio cuerpo, tiene un particular interés tanto desde el punto de vista cognitivo, como afectivo; la figura humana, en sus partes o como un todo incluye una reserva de asociaciones más importante que la mayor parte de los demás objetos. Goodenough señala también, que la formación de conceptos incluye la percepción, de modo tal que la evolución del dibujo en los niños estará relacionada con el progresivo desarrollo de las experiencias perceptivas. Discrimina entre los dibujos de los niños diversas modalidades perceptivas, táctiles, kinestésicas, visuales, etc.; posteriormente y a medida que la edad avanza predominará la modalidad visual.

P. Schilder² postula a partir de sus investigaciones, que cuando alguien dibuja una persona refleja las diversas impresiones que tiene de su propio cuerpo.

K. Machover³ en sus investigaciones acerca del dibujo de la figura humana en los adultos, afirma que cuando un sujeto intenta dibujar una persona, debe resolver diferentes problemas y dificultades buscando un modelo a su alcance.

² Harry, D. EL TEST DE GOODENOUGH. REVISION, AMPLIACION Y ACTUALIZACION. Barcelona, Paidós, 1982.

³ Portuondo, J. TEST PROYECTIVO DE KAREN MACHOVER, LA FIGURA HUMANA. Madrid, Nueva, 1979.

Debe hacer una selección entre las variadas figuras externas en sus aspectos corporales, para reconstruir una persona que sea una representación objetiva. Esta autora dice asimismo, que para este dibujo, en los procesos de selección actúan tres mecanismos defensivos principales: identificación, proyección e introyección. Para estos mecanismos el cuerpo propio es el punto de referencia más íntimo ya que durante el desarrollo se asocian distintas percepciones y emociones con ciertos órganos corporales y la Imagen Corporal que se desarrolla con la experiencia determina y guía de algún modo al que está dibujando.

"El dibujo de la figura humana nos traduce la percepción interna que el sujeto tiene de sí mismo. La producción gráfica es el punto de articulación entre el mundo interno y el mundo externo. En este sentido aparece como una proyección, no entendida como mecanismo defensivo sino como la exteriorización de un proceso de percepción interna. Cuando los pacientes dibujan o pintan, trabajan con "el material del espacio interno" (inconciente) proyectado en "el material del espacio externo" (conciente) concretado en la obra terminada o no. El espacio particular de la hoja o de la obra es el punto donde confluyen lo interno y lo externo".¹

Freud en su obra distingue dos acepciones para definir a la proyección. Una como mecanismo de defensa, "operación por medio de la cual el sujeto expulsa de sí y

¹ Paula Mantero. "ACTIVIDADES EXPRESIVAS, SU VALOR TERAPÉUTICO", ficha de práctica clínica, 1995.

localiza en el otro (persona o cosa) cualidades, sentimientos, deseos, incluso objetos, que rechaza en sí mismo. Se trata de una defensa de origen muy arcaico que se ve actuar particularmente en la paranoia, pero también en algunas formas de pensamiento "normales", como la superstición.⁵

La otra acepción se refiere a la proyección como fundador del espacio exterior. Esta es la acepción de proyección que tomamos en esta investigación.

Al respecto, Freud en Totem y Tabu, específicamente en El Tabu y la ambivalencia de los sentimientos refiere que "...la proyección no es únicamente un medio de defensa. La observamos asimismo en casos en los que no existe conflicto. La proyección al exterior de percepciones interiores es un mecanismo primitivo al que se hallan también sometidas nuestras percepciones sensoriales y que desempeña, por tanto, un papel capital en nuestro modo de representación del mundo exterior. En condiciones todavía insuficientemente elucidadas, nuestras percepciones interiores de procesos afectivos e intelectuales son, como las percepciones sensoriales, proyectadas de adentro afuera y utilizadas para la conformación del mundo exterior en lugar de permanecer localizadas en nuestro mundo interior. Desde el punto de vista genético se explica esto, quizá, por el hecho de que primitivamente la función de la atención no era ejercida sobre el mundo interior, sino sobre las excitaciones

⁵ Laplanche, J.; Pontalis, J. DICCIONARIO DE PSICOANALISIS. Labor, España, 1993, p.306.

procedentes del exterior, y no recibía de los procesos endopsíquicos otros datos que los correspondientes a los desarrollos de placer y displacer. Sólo después de la formación de un lenguaje abstracto es cuando los hombres han llegado a ser capaces de enlazar los restos sensoriales de las representaciones verbales a procesos internos, y entonces es cuando han comenzado a percibir, poco a poco, éstos últimos. Hasta este momento habían construido los hombres primitivos su imagen del mundo, proyectando al exterior sus percepciones internas, imagen que nuestro mayor conocimiento de la vida interior nos permite ahora traducir al lenguaje psicológico".⁶

La teoría psicoanalítica postula que las numerosas configuraciones espaciales, de los más diversos órdenes, sólo tienen un alcance en lo anímico individual, en la medida que se constituye determinada espacialidad psíquica. Así por ejemplo, la dimensión social de la vida humana o inclusive la zona erógena corpórea, más allá de sus leyes intrínsecas y de su existencia sólo alcanzan significatividad anímica a partir de la producción de un espacio psíquico específico.

D. Maldavsky⁷ realiza la siguiente propuesta: "...la espacialidad anímica puede ser inferida por la producción proyectiva de diferentes espacialidades manifiestas. [...] El término mediador entre la espacialidad anímica y su producto

⁶ Freud, S. OBRAS COMPLETAS. TOTEM Y TABU Y OTROS ENSAYOS. Vol.9, Argentina, Orbis, 1988, p. 1788.

exterior es la proyección, entendida aquí no como un proceso defensivo, sino como un modo de configurar, de plasmar la realidad para un yo".⁸

Es así que el dibujo de la figura humana, como espacialidad manifiesta, es la proyección de la espacialidad anímica de la Imagen Corporal.

Desde estos autores y sus postulaciones es que fundamentamos al dibujo de la figura humana como representación gráfica de la Imagen Corporal y por lo tanto método de recolección de datos en esta investigación.

⁷ Maldavsky, D. PROCESOS Y ESTRUCTURAS VINCULARES. MECANISMOS, EROGENEIDAD Y LÓGICA. Bs.As., Nueva Viisión, 1991, p. 145.

⁸ Maldavsky, D. PROCESOS Y ESTRUCTURAS VINCULARES. MECANISMOS, EROGENEIDAD Y LÓGICA. Bs.As., Nueva Viisión, 1991, p. 145.

PARTE II

ASPECTOS METODOLÓGICOS

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Demostrar la forma en que influye la Estimulación Psicomotriz en la integración de la Estructura de la Imagen Corporal en pacientes psicóticos crónicos adultos institucionalizados en la Clínica de Psicopatología del Mar, de la ciudad de Mar del Plata.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar la problemática del paciente psicótico crónico adulto institucionalizado en relación a su Imagen Corporal.
- ✓ Identificar las características de la estimulación psicomotriz aplicada a pacientes psicóticos crónicos adultos.
- ✓ Seleccionar técnicas específicas de estimulación psicomotriz para el abordaje de la integración de la Estructura de la Imagen Corporal de pacientes psicóticos crónicos adultos.
- ✓ Instrumentar las técnicas seleccionadas de acuerdo al ítem anterior.
- ✓ Contribuir al desarrollo teórico de las técnicas de abordaje corporal, específicamente de la Estimulación Psicomotriz, instrumentadas por el Terapeuta Ocupacional en el Área de

Salud Mental con pacientes psicóticos crónicos adultos
institucionalizados.

PROBLEMA

¿Cómo la actividad estimulación psicomotriz puede
favorecer la integración de la Estructura de la Imagen Corporal
en pacientes psicóticos crónicos adultos institucionalizados en
la Clínica de Psicopatología del Mar en el período de
septiembre de 1993 a febrero de 1994?

DEFINICIONES

VARIABLE: Estimulación Psicomotriz

DEFINICIÓN CIENTÍFICA: Actividad terapéutica que posibilita
experimentar creativamente con el propio cuerpo, instalar
nuevas modalidades de vivencia, emociones, ideas,
sensaciones, conexión y registro, en relación con uno mismo,
con los otros y los objetos.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Actividad terapéutica que utiliza
el cuerpo como medio facilitador de la expresión, la
comunicación y la integración a través de la actividad corporal.

Comprende las siguientes instancias: Conciencia del propio cuerpo, Actividad del cuerpo estática y dinámica, El cuerpo en relación al espacio, Organización de las relaciones en el tiempo, Organización perceptiva, Expresión corporal, El cuerpo en relación a los otros (objetos-personas) y El cuerpo en reposo.

VARIABLE: Integración de la Estructura de la Imagen Corporal

DEFINICIÓN CIENTÍFICA: Unificación, organización e interrelación dinámica de la representación mental del cuerpo, provenientes de las tres bases, es decir de sensaciones propioceptivas, interoceptivas, exteroceptivas, kinestésicas, que se generan a través de la interacción concreta con el mundo, los objetos y las personas.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Unificación, organización e interrelación dinámica de la representación mental de cabeza, cuello, tronco, miembros superiores, miembros inferiores, sexo y detalles del cuerpo.

VARIABLES INTERVINIENTES: Medicación, tratamiento psicoterapéutico, tratamiento en Terapia Ocupacional individual y/o grupal, dinámica familiar (constitución, roles, vínculos, frecuencia de visitas); nivel de educación; historia laboral; realización de actividades corporales.

DIMENSIONAMIENTO E INDIZACIÓN DE LA VARIABLE
INTEGRACION DE LA ESTRUCTURA DE LA IMAGEN
CORPORAL

CABEZA	PROPORCION CON RESPECTO AL CUERPO			2 p.	1		
	CABELLOS			2 p.	2		
	FRENTE	LA DIBUJA	PROPORCIONADO	1 p.			
			DESPROPORCIONADO	(0.5 p.)			
		NO LA DIBUJA			0 p.		
	OJOS	CONTORNO	LO DIBUJA	POSICION	CORRECTA	PROPORCIONADO	1.32 p.
					DESPROPORCIONADO	0.66 p.	
			INCORRECTA	(0.33 p.)			
			NO LO DIBUJA			0 p.	
		CEJAS	LAS DIBUJA	POSICION	CORRECTA	PROPORCIONADO	0.68 p.
					DESPROPORCIONADO	0.34 p.	
	INCORRECTA				0.17 p.		
	NO LAS DIBUJA				(0 p.)		
	PARPADOS	LOS DIBUJA	PROPORCIONADOS	0.32 p.			
			DESPROPORCIONADOS	0.16 p.			
		NO LOS DIBUJA			(0 p.)		
	PESTAÑAS	LAS DIBUJA	POSICION	CORRECTA	PROPORCIONADA	0.68 p.	
				DESPROPORCIONADA	0.34 p.		
				INCORRECTA	0.17 p.		
		NO LAS DIBUJA			(0 p.)		
	IRIS	LO DIBUJA	POSICION	CORRECTA	PROPORCIONADO	1 p.	
				DESPROPORCIONADO	0.5 p.		
INCORRECTA				0.25 p.			
NO LO DIBUJA			(0 p.)				
NARIZ	LA DIBUJA	POSICION	CORRECTA	PROPORCIONADO	4 p.		
			DESPROPORCIONADO	(2 p.)			
			INCORRECTA	1 p.			
NO LA DIBUJA			0 p.				
BOCA	LA DIBUJA	POSICION	CORRECTA	PROPORCIONADO	4 p.		
			DESPROPORCIONADO	(2 p.)			
			INCORRECTA	1 p.			
NO LA DIBUJA			0 p.				
MENTON	LO DIBUJA	PROPORCIONADO	1 p.				
		DESPROPORCIONADO	0.5 p.				
	NO LO DIBUJA			(0 p.)			
OREJAS	LAS DIBUJA	POSICION	CORRECTA	PROPORCIONADO	2 p.		
			DESPROPORCIONADO	1 p.			
			INCORRECTA	(0.5 p.)			
NO LAS DIBUJA			0 p.				

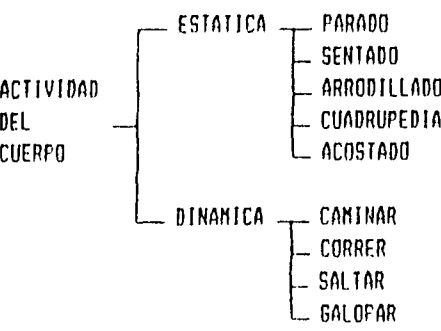
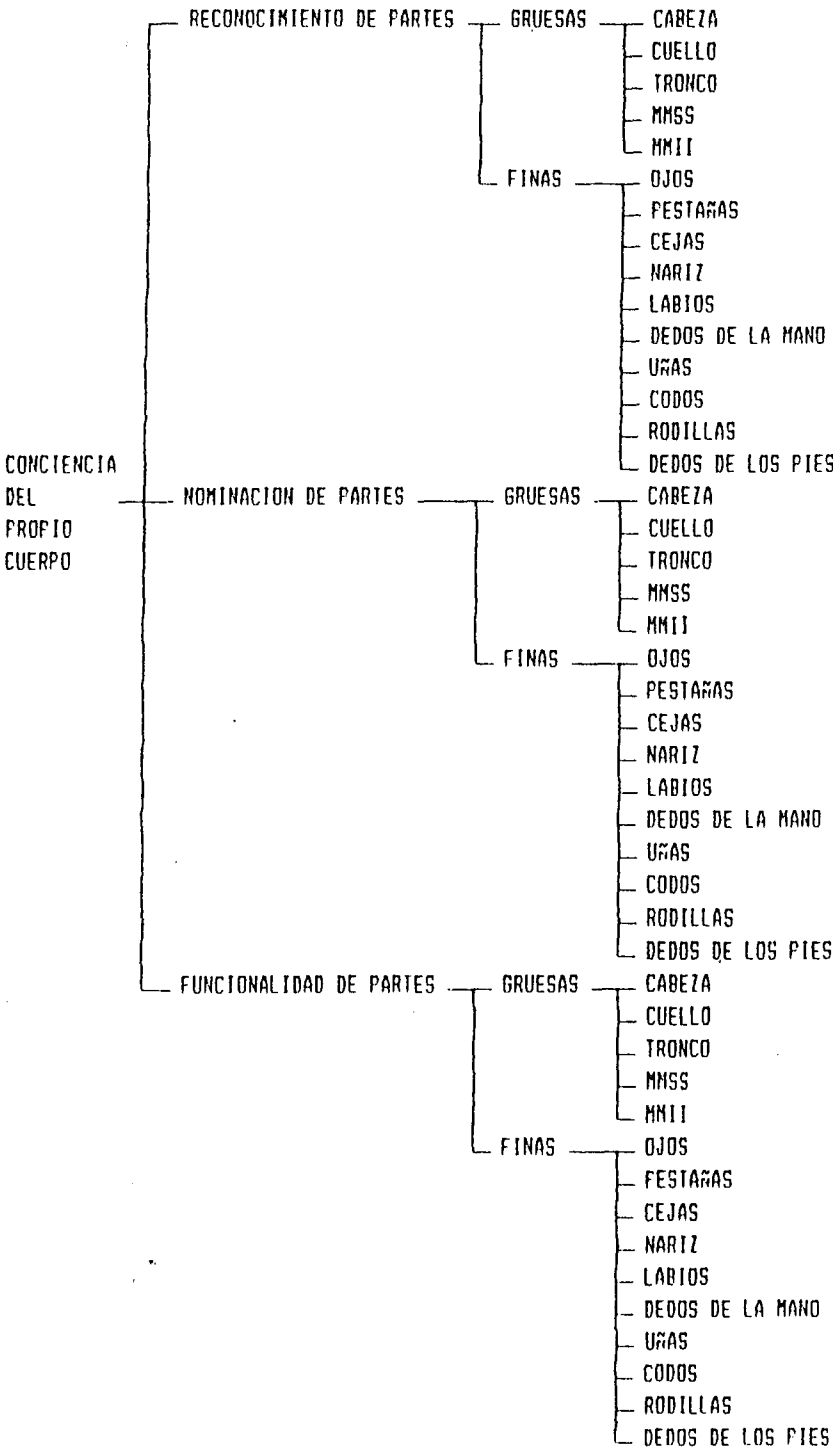
CUELLO	LO DIBUJA	PROPORCIONADO	10 p.
		DESPROPORCIONADO	5 p.
	NO LO DIBUJA		0 p.

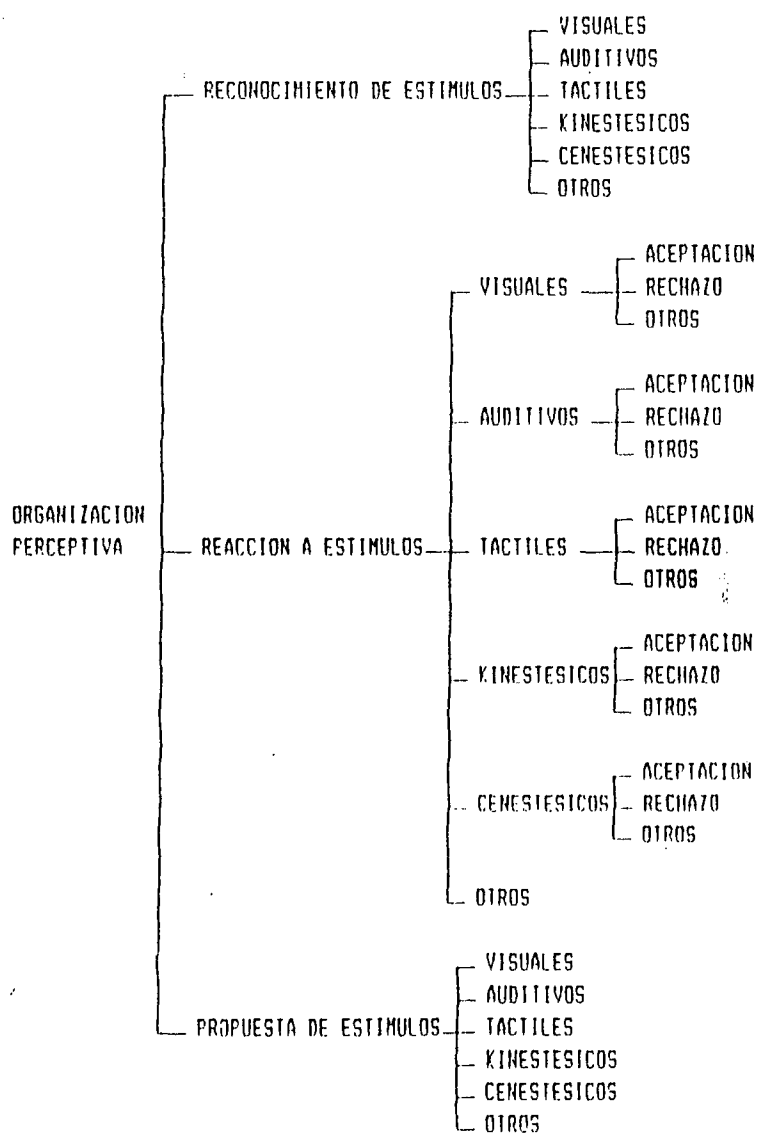
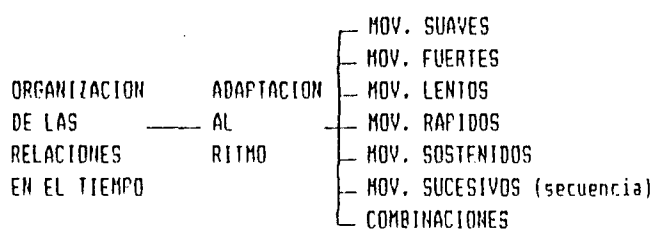
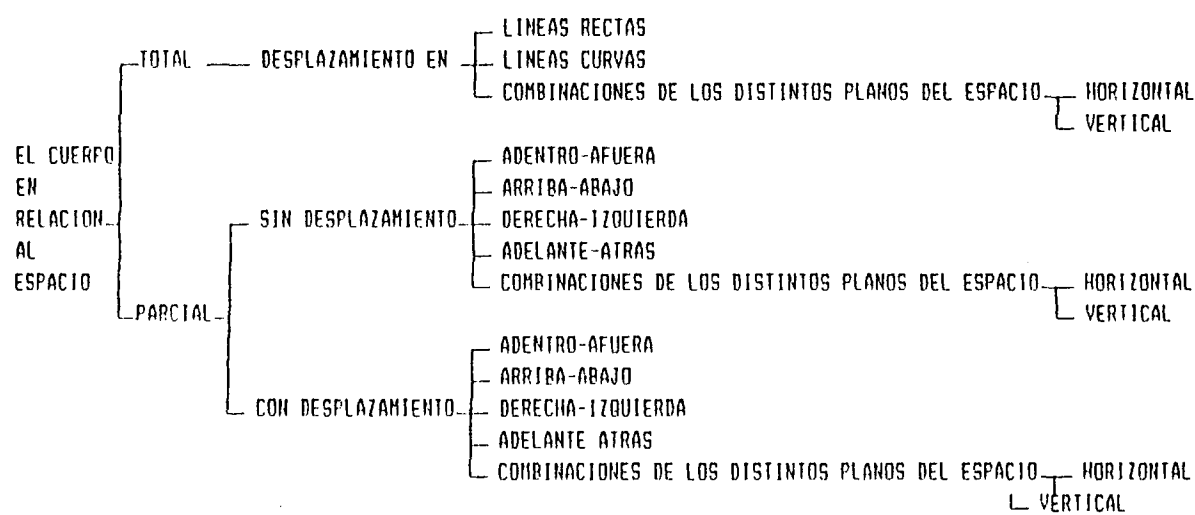
TRONCO	LO DIBUJA	PROPORCIONADO		15 p.	
			2 DIMENSIONES	7.5 p.	
		DESPROPORCIONADO	1 DIMENSION		(3.75 p.)
				NO LO DIBUJA	

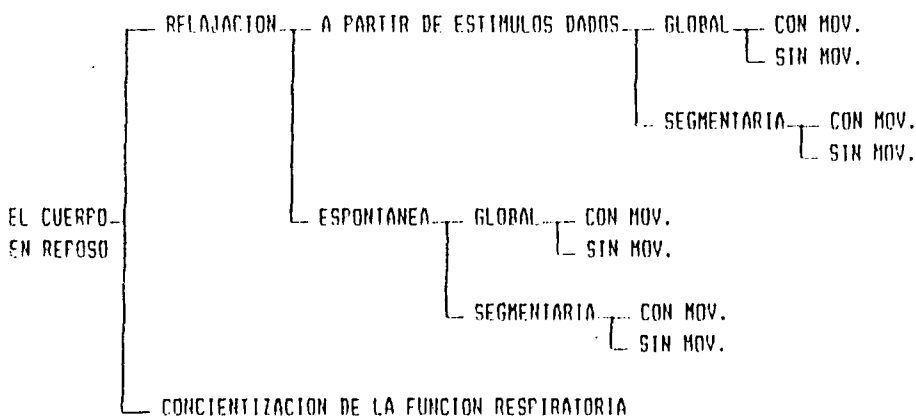
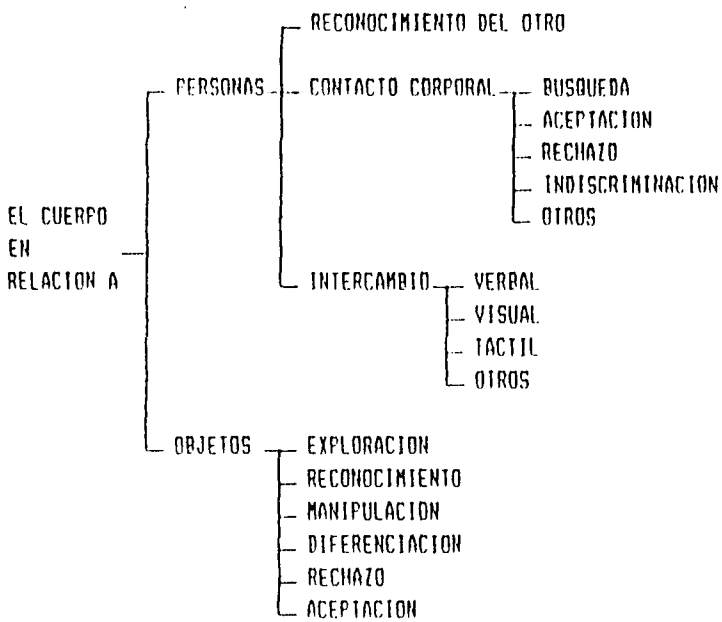
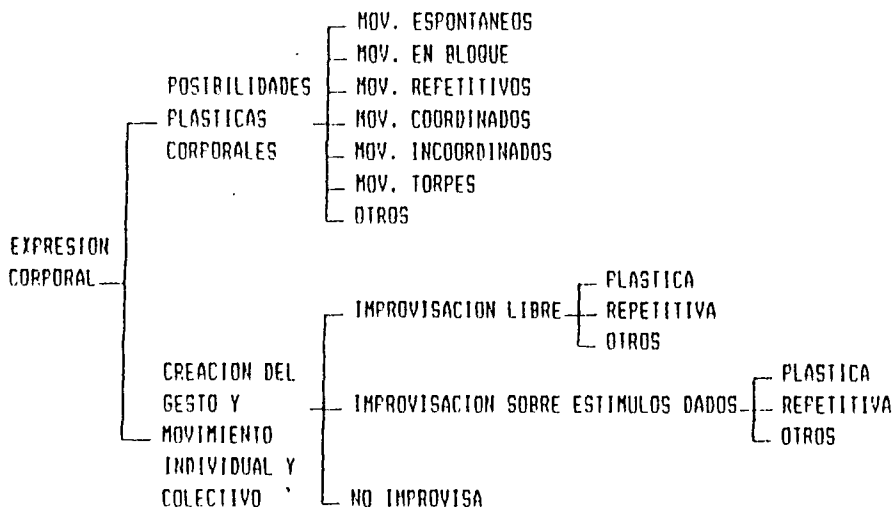
MMSS	IZQUIERDO	HOMBRO	LO DIBUJA		1.5 p.	1.5		
			NO LO DIBUJA		0 p.	0 p.		
		BRAZO	LO DIBUJA	POSICION	CORRECTA	PROPORCIONADO	2.5 p.	
						DESPROPORCIONADO	2.5 p.	
					2 DIMENSIONES	1.25 p.		
						1 DIMENSION	0.625 p.	
			NO LO DIBUJA		0.3125 p.	0 p.	0 p.	
		CODO	LO DIBUJA		0.5 p.	0 p.	0 p.	
			NO LO DIBUJA		0 p.	0 p.	0 p.	
		ANTEBRAZO	LO DIBUJA	POSICION	CORRECTA	PROPORCIONADO	2.5 p.	
						DESPROPORCIONADO	2.5 p.	
					2 DIMENSIONES	1.25 p.		
						1 DIMENSION	0.625 p.	
			NO LO DIBUJA		0.3125 p.	0 p.	0 p.	
		MUÑECA	LA DIBUJA		0.5 p.	0 p.	0 p.	
			NO LA DIBUJA		0 p.	0 p.	0 p.	
		MANO	PALMA	LA DIBUJA	POSICION	CORRECTA	PROPORCIONADA	1.5 p.
						DESPROPORCIONADA	0.75 p.	
			NO LA DIBUJA		0.375 p.	0 p.	0 p.	
			DEDOS	LOS DIBUJA	POSICION	CORRECTA	PROPORCIONADO	CON UÑAS
	SIN UÑAS						0.4 p.	
	DESPROPORCIONADO	2 DIMENSIONES				CON UÑAS	0.25 p.	
		SIN UÑAS				0.2 p.		
	1 DIMENSION	0.125 p.						
	INCORRECTA			0.075 p.		0 p.	0 p.	
	CANTIDAD	CORRECTA		0.5 p.				
		INCORRECTA		0 p.		0 p.	0 p.	
	NO LOS DIBUJA			0 p.		0 p.	0 p.	
	DERECHO	HOMBRO		LO DIBUJA		1.5 p.	1.5	
			NO LO DIBUJA		0 p.	0 p.		
		BRAZO	LO DIBUJA	POSICION	CORRECTA	PROPORCIONADO	2.5 p.	
						DESPROPORCIONADO	2.5 p.	
					2 DIMENSIONES	1.25 p.		
						1 DIMENSION	0.625 p.	
			NO LO DIBUJA		0.3125 p.	0 p.	0 p.	
		CODO	LO DIBUJA		0.5 p.	0 p.	0 p.	
			NO LO DIBUJA		0 p.	0 p.	0 p.	
		ANTEBRAZO	LO DIBUJA	POSICION	CORRECTA	PROPORCIONADO	2.5 p.	
						DESPROPORCIONADO	2.5 p.	
					2 DIMENSIONES	1.25 p.		
1 DIMENSION						0.625 p.		
NO LO DIBUJA			0.3125 p.		0 p.	0 p.		
MUÑECA		LA DIBUJA			0.5 p.	0 p.	0 p.	
		NO LA DIBUJA			0 p.	0 p.	0 p.	
MANO		PALMA	LA DIBUJA	POSICION	CORRECTA	PROPORCIONADA	1.5 p.	
					DESPROPORCIONADA	0.75 p.		
		NO LA DIBUJA		0.375 p.	0 p.	0 p.		
		DEDOS	LOS DIBUJA	POSICION	CORRECTA	PROPORCIONADO	CON UÑAS	0.5 p.
	SIN UÑAS					0.4 p.		
DESPROPORCIONADO	2 DIMENSIONES				CON UÑAS	0.25 p.		
	SIN UÑAS				0.2 p.			
1 DIMENSION	0.125 p.							
INCORRECTA			0.075 p.		0 p.	0 p.		
CANTIDAD	CORRECTA		0.5 p.					
	INCORRECTA		0 p.		0 p.	0 p.		
NO LOS DIBUJA			0 p.		0 p.	0 p.		

MMII	IZQUIERDO	CADERA	LA DIBUJA 1.7 p.			
			NO LA DIBUJA 0 p.			
		MUSLO	LO DIBUJA	POSICION	CORRECTA	PROPORCIONADO 2.5 p.
					DESPROPORCIONADO	2 DIMENSIONES 1.25 p.
					1 DIMENSION 0.625 p.	
			INCORRECTA	 0.3125 p.		
				NO LO DIBUJA 0 p.		
				RODILLA	LA DIBUJA 0.4 p.	
		NO LA DIBUJA 0 p.				
		DERECHO	PIERNA	LA DIBUJA	POSICION	CORRECTA
	DESPROPORCIONADA					2 DIMENSIONES 1.25 p.
	1 DIMENSION 0.625 p.					
	INCORRECTA			 0.3125 p.		
				NO LA DIBUJA 0 p.		
				TOBILLO	LO DIBUJA 0.5 p.	
	NO LO DIBUJA 0 p.					
	PIE		LO DIBUJA	POSICION	CORRECTA	PROPORCIONADO 2.5 p.
					DESPROPORCIONADO	2 DIMENSIONES 1.25 p.
			1 DIMENSION 0.625 p.			
		INCORRECTA 0.3125 p.				
NO LO DIBUJA 0 p.						
DETALLES DEL CUERPO	VESTIMENTA	LA DIBUJA	COMPLETA 3.75 p.			
			INCOMPLETA 1.875 p.			
		NO LA DIBUJA 0 p.				
		ACCESORIOS	LOS DIBUJA 1.25 p.			
	NO LOS DIBUJA 0 p.					
	SEYO	CORRECTO EN RELACION A SI MISMO 10 p.				
		INCORRECTO EN RELACION A SI MISMO 0 p.				
		INDEFINIDO 0 p.				

DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE ESTIMULACION
PSICOMOTRIZ







CATEGORIZACIÓN

<u>INTEGRACIÓN</u> <u>DE LA</u> <u>ESTRUCTURA</u> <u>DE LA IMAGEN</u> <u>CORPORAL</u>	No integra	0p.-9.99p.
	Integra medianamente.....	40p.-74.99p
	Integra	75p.-100p

TIPO DE ESTUDIO

Para nuestra investigación elegimos un diseño de tipo cuasi experimental, descriptivo con carácter exploratorio, cuyo propósito es brindar una base cognoscitiva y punto inicial para otros estudios debido a que no existen suficientes conocimientos sobre el tema en cuestión dentro del área Terapia Ocupacional y así poder llevar a cabo los objetivos propuestos.

PRESENTACION DE LA EXPERIENCIA DE CAMPO

Este trabajo de investigación fue realizado entre septiembre de 1993 y febrero de 1994, en la clínica de Psicopatología del Mar de la ciudad de Mar del Plata. El

abordaje de Estimulación Psicomotriz se realizó durante 5 meses, con una frecuencia de tres encuentros semanales de 45 minutos de duración.

Se cumplieron los tres momentos descriptos en el marco teórico:

1. La actividad lúdica y de iniciación al movimiento.
2. El movimiento del cuerpo y los objetos.
3. El movimiento del cuerpo, los objetos y los otros.

Los encuentros fueron organizados en base al trabajo de un coordinador, un ayudante, un observador (roles desempeñados alternadamente por nosotras), y un supervisor (Terapeuta Ocupacional Paula Mantero).

El coordinador: dirige la actividad en todos sus momentos; estimula, contiene, aclara, de acuerdo al clima grupal.

El ayudante: se ocupa de aspectos prácticos, provisión de elementos en el momento oportuno, operador de la música, colabora en el transcurso de la sesión, ayuda a resolver los posibles problemas de los integrantes del grupo, atendiendo las dificultades desde la actividad misma.

El observador: no participa en la actividad, y registra todo lo ocurrido durante la misma. Al finalizar la sesión realiza la devolución de lo observado al coordinador y el ayudante en cuanto al trabajo técnico, o las dificultades corporales que pudiese haber advertido, la forma en que se integraron los pacientes a la actividad, o dificultades

específicas de algún paciente para integrarse, la respuesta a las consignas y otras intervenciones.

El supervisor: realiza la observación general en donde se incluyen el coordinador, el ayudante y el grupo de pacientes en la tarea, y también en relación a la tarea desarrollada por el observador, cotejando sus observaciones.

DESCRIPCIÓN DE LOS ENCUENTROS

DE ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ

PRIMER MOMENTO: La actividad lúdica y de iniciación al movimiento

Durante este primer momento se desarrollaron 15 encuentros en los cuales se trabajaron a través del juego los objetivos planteados en el capítulo IV. Se entregaron premios a los ganadores de los juegos.

Desarrollo de las sesiones

ENCUENTRO Nº 1

Nº de participantes: 15

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: 15 globos

Actividad corporal predominante: Marcha, salto, caminata con lanzamientos de globos, compitiendo por equipos. Pasajes de globos en posición sentado, parado, arrodillado, hacia izquierda-derecha, arriba-abajo.

Postas de globos: juega un equipo por vez. Se toma el tiempo. Se ubican dos participantes por cada uno de los cuatro rincones de la sala. Se le entrega un globo al primero que debe ir corriendo, hacia el próximo rincón y entregárselo a su compañero y así sucesivamente hasta que haya recorrido dos vueltas. Gana el que lo realiza en menor tiempo.

ENCUENTRO Nº 2

Nº de participantes: 15

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: 2 pelotas de trapo

2 palos de escoba

Actividad corporal predominante: Se compete por equipos en el traslado de pelotas de trapo, sosteniéndola: arriba-abajo, adelante-atrás, izquierda-derecha. Pasajes de pelotas en fila y en ronda. Fútbol con pelotas de trapo y palos: se ubican 2 participantes en el centro del salón, cada uno con un palo, a la

orden cada uno debe intentar llegar al arco del contrincante, con un tiempo máximo de un minuto. Gana el que hace más goles.

ENCUENTRO N° 3

N° de participantes: 14

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: 16 cartones de 40 x 40

Actividad corporal predominante: Juego "El puente": a cada participante se le entrega un cartón. En fila cada participante se para sobre uno de ellos. Se agrega un cartón atrás de cada fila que se encuentra desocupado. El último participante lo toma y se lo pasa a su compañero hasta llegar al primer participante, el cual lo coloca en el piso, se para sobre él y la fila completa avanza un cartón. Se repite hasta llegar a la meta establecida. Gana el que llega primero.

Pasajes del cartón en diferentes direcciones.

ENCUENTRO N° 4

N° de participantes: 14

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: 13 sillas

Música

Actividad corporal predominante: Juego de las sillas: se colocan 13 sillas en círculo. Los participantes deben bailar alrededor de éstas al compás de la música. Cuando ésta cesa, se deben sentar en las mismas. El que queda sin sentarse sale del juego y se comienza nuevamente sacando una silla. Gana el último participante que queda sentado en la última silla.

• Juego de las estatuas: todos los participantes bailan en la sala al compás de la música. Cuando ésta cesa se deben quedar inmóviles. Al que se mueve se le entrega una cinta, ya que el que reúne 3 cintas tiene una prenda.

ENCUENTRO Nº 5

Nº de participantes: 15

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Pelota de goma

Actividad corporal predominante: Juego "La pelota que quema": los participantes se ubican en círculo, a uno de ellos se le entrega una pelota. A la orden deberá pasarla velozmente, y así sucesivamente hasta que el coordinador da la señal de finalización. El participante que tenga en ese momento la

pelota, quedará fuera de juego hasta que otro jugador pierda para volver a entrar.

Juego "El huevo podrido".

ENCUENTRO Nº 6

Nº de participantes: 13

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Pañuelos

2 bancos

- Actividad corporal predominante: Carrera de postas. Carrera de obstáculos. Juego "Atando los pañuelos": 2 equipos en fila sentados. A cada participante se le entrega un pañuelo. A la orden el primer participante debe entregar su pañuelo al segundo para que éste lo ate al suyo. Éste entrega al tercero y así sucesivamente hasta llegar al último, quedando todos los pañuelos atados. Gana el equipo que termina primero. Luego: "Desatando los pañuelos".

ENCUENTRO Nº 7

Nº de participantes: 15

Duración: 45 minutos

• Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Pelotas de goma

Recipientes de diferentes tamaños

Botellas de plástico

Actividad corporal predominante: Pelota al cesto. Bowling: se colocan 10 botellas en un extremo en fila de 4, segunda de 3, tercera de 2 y cuarta de 1. Los participantes deben colocarse a una distancia de 2 metros con 4 pelotas cada uno, deben arrojarlas rodando por el piso hacia las botellas. Uno de los participantes contabiliza en un pizarrón las botellas arrojadas en los 4 tiros de cada participante. Gana el que más botellas haya arrojado.

ENCUENTRO N° 8

N° de participantes: 14

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Música

Actividad corporal predominante: Bailar a distintos ritmos musicales: rock, salsa, cumbia, folklore, twist.

"Juego del cuadrado": se traza un cuadrado en el piso, los participantes deben bailar alrededor y fuera de éste mientras se escuche la música. Cuando ésta cesa los participantes se introducen en el cuadrado. Cuando vuelve la música

comienzan a bailar fuera de éste y así sucesivamente con distintos tipos de música.

ENCUENTRO N° 9

N° de participantes: 12

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Pelota

Actividad corporal predominante: Voley y matador.

ENCUENTRO N° 10

N° de participantes: 14

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Porras

Actividad corporal predominante: Pasajes de porras en posición sentado, parado, arrodillado, acostado, en fila y en ronda hacia izquierda-derecha, arriba-abajo, adelante-atrás. Se compite por equipos.

ENCUENTRO N° 11

N° de participantes: 13

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Pelotas

Actividad corporal predominante: Lanzamientos de pelotas entre los participantes. Partido de fútbol.

ENCUENTRO N° 12

N° de participantes: 14

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Pañuelos

Actividad corporal predominante: Pasajes de pañuelos en posición estática compitiendo por equipos. Juego "Atando los pañuelos" y "Desatando los pañuelos" (detallado en el encuentro N° 6). Variante de pasajes de pañuelos: se pasan todos los pañuelos juntos, cada uno de los participantes a medida que pasan tomará el propio.

ENCUENTRO N° 13

N° de participantes: 15

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Cartones de 40 x 40

Actividad corporal predominante: Juego "El puente" (detallado en el encuentro N°3).

Juego "Transportando el cartón": Se marca en el piso 4 círculos. Cada equipo se sienta sobre la línea de uno de los círculos. Todos los jugadores tienen un cartón y de a 1 de cada equipo (al compás de la música) debe transportarlo apoyándolo sobre la cabeza hasta el otro círculo y sentarse. Gana el equipo que completa el círculo de la meta primero. Variante: transportar el cartón con diferentes partes del cuerpo.

ENCUENTRO N° 14

N° de participantes: 13

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

1 Profesora de Educación Física

Elementos: Pelotas

Actividad corporal predominante: Mancha. Pelota al cesto.

Juego "El distraído": se ubican los dos equipos en fila, enfrentados. A un participante se le da la pelota, mientras los demás aplauden, debe arrojarla a un participante del otro equipo lo más rápido posible, el cual deberá dejar de aplaudir

para atajar la pelota. Los demás siguen aplaudiendo y así sucesivamente. El equipo que menos pelotas ataje pierde.

ENCUENTRO Nº 15

Nº de participantes: 14

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Globos

Pelotas

Música

Actividad corporal predominante: Partido de fútbol.

Juego "Guerra de globos": se dividen en dos equipos, separados por una línea trazada en el piso, ambos equipos enfrentados. Se sueltan los globos en el piso y cada equipo sin moverse del lugar tendrá que golpear los globos hacia el campo del equipo contrario durante 1 minuto. Gana el equipo que menos globos tenga en su campo.

ENCUENTROS DE TRANSICIÓN

Se desarrollaron cinco encuentros como pasaje al segundo momento de la Estimulación Psicomotriz, con los objetivos propuestos en el capítulo IV.

ENCUENTRO N° 16

N° de participantes: 15

Duración: 45 minutos

Lugar: Parque General San Martín

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

1 enfermero

Elementos: Pelotas

Actividad corporal predominante: Juego de pelotas. Partido de fútbol.

ENCUENTRO N° 17

N° de participantes: 15

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Música

Escoba

Sillas

Actividad corporal predominante: Juego de las sillas (detallado en el encuentro N° 4). Juego "Baile de la escoba": cada participante elige una pareja. El que queda solo baila con la escoba. Los participantes bailan hasta que se interrumpe la música, en ese momento el participante suelta la escoba y cambian de pareja. El que queda solo baila con la escoba. El que baila 3 veces con la misma se le hace una prenda.

ENCUENTRO N° 18

N° de participantes: 13

Duración: 45 minutos

Lugar: Alrededores de la Clínica de Psicopatología del Mar.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

1 enfermero

Actividad corporal predominante: Caminar.

ENCUENTRO N° 19

N° de participantes: 12

Duración: 45 minutos

Lugar: Playa grande

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisor

Elementos: Pelotas

Actividad corporal predominante: Juegos de pelotas. Partido de voley.

ENCUENTRO N° 20

N° de participantes: 14

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Música

Actividad corporal predominante: Bailes a distintos ritmos musicales. Juego "Batalla del movimiento": se baila una canción, cantada por los coordinadores y participantes, nombrando de a una, cada una de las partes del cuerpo.

SEGUNDO MOMENTO: Movimiento del cuerpo y los objetos

En este segundo momento se desarrollaron 25 encuentros en los cuales se trabajaron los objetivos planteados en el capítulo IV. Dicho momento se centra en el movimiento espontáneo del propio cuerpo, con los objetos.

Durante todos los encuentros se utilizó música de distintos ritmos y épocas. Para la relajación se empleó, de Carlos Fregman:

- Gestalt
- Climas
- Ritmos vitales
- Cantos de inocencia.

ENCUENTRO Nº 21

Nº de participantes: 14

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Globos

Música

Actividad corporal predominante: Movilización dirigida en distintas instancias espaciales: arriba-abajo; adelante-atrás, derecha-izquierda y ejercicios de reconocimiento de estímulos visuales.

ENCUENTRO N° 22

N° de participantes: 13

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Pañuelos

Música (de diferentes ritmos)

Actividad corporal predominante: Movilización corporal dirigida, acompañada por música. Distintas formas de locomoción y ejercicios de reconocimiento y reacción frente a estímulos táctiles.

ENCUENTRO N° 23

N° de participantes: 14

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Globos

Música

Actividad corporal predominante: Ejercicios dirigidos de movilización de partes gruesas del cuerpo en distintas instancias espaciales: arriba-abajo, adelante-atrás, derecha-izquierda.

ENCUENTRO N° 24

N° de participantes: 15

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Pañuelos

Música

Actividad corporal predominante: Ejercicios de balanceos, diferentes tipos de marcha, reconocimiento y posibilidades de partes gruesas y finas del cuerpo.

ENCUENTRO N° 25

N° de participantes: 12

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Porras

ENCUENTRO N° 28

N° de participantes: 12

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Maracas

Música

Actividad corporal predominante: Ejercicios rítmicos de contraste asociados a los pares movimiento-sonido, inmovilidad-silencio, movimientos rápidos-lentos y combinaciones.

ENCUENTRO N° 29

N° de participantes: 13

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Maracas

Música

Actividad corporal predominante: Ejercicios de movilización general con reconocimiento de posibilidades de partes finas y gruesas específicamente de MMSS.

ENCUENTRO N° 30

N° de participantes: 10

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisor

Elementos: Pañuelos

Música

Actividad corporal predominante: Ejercicios de reconocimiento y nominación de las diferentes partes del cuerpo y ejercicios de carrera y salto con movilización específica de MMII.

ENCUENTRO N° 31

N° de participantes: 15

Duración: 4 horas

Lugar: Parque Camet (Pic-nic)

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

1 enfermero

Elementos: Pelotas

Actividad corporal predominante: Juegos de pelotas (fútbol, voley, matador) y caminata.

ENCUENTRO N° 32

N° de participantes: 14

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisor

Elementos: Porras

Música

Actividad corporal predominante: Exploración, reconocimiento y posibilidades del objeto. Posteriormente ejercicios de respiración y relajación.

ENCUENTRO N° 33

N° de participantes: 14

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Pañuelos

Música

Actividad corporal predominante: Movilización a través de ejercicios de reconocimiento y posibilidades de los diferentes segmentos corporales y relajación segmentaria.

ENCUENTRO N° 34

N° de participantes: 15

Duración: 45 minutos

Lugar: Parque Gral. San Martín

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisor

1 enfermero

Actividad corporal predominante: Caminata y ejercicios de respiración.

ENCUENTRO N° 35

N° de participantes: 13

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Música

Actividad corporal predominante: Ejercicios de movilización segmentaria por imitación de movimientos dados por el coordinador. Movilización específica de cabeza, cuello y tronco (abdominales, espinales, inclinaciones laterales). Relajación global.

ENCUENTRO N° 36

N° de participantes: 14

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisor

Elementos: Maracas

Música

Actividad corporal predominante: Ejercicios rítmicos dirigidos y posterior invitación a la improvisación de ritmos. Ejercicios de reconocimiento y reacción a estímulos sonoros. Relajación.

ENCUENTRO N° 37

N° de participantes: 12

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Pelotas

Música

Actividad corporal predominante: Ejercicios de desplazamiento en líneas curvas, rectas y combinaciones. Invitación a improvisar gestos y movimientos. Relajación global y segmentaria a través del contraste movimiento-inmovilidad.

ENCUENTRO N° 38

N° de participantes: 15

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Música

Actividad corporal predominante: Bailes de distintos ritmos, posterior invitación a la creación de pasos de bailes. Relajación espontánea global en posición de cúbito dorsal.

ENCUENTRO N° 39

N° de participantes: 12

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Pañuelos, globos. Porras y pelotas (los mismos son presentados en el centro de la sala; los pacientes eligen el elemento con el cual trabajarán en el encuentro)

Música.

Actividad corporal predominante: Exploración y reconocimiento del objeto. Ejercicios de diferentes tipos de marcha, galope y salticados. Invitación a improvisar movimientos. Relajación global por medio de movimientos suaves.

ENCUENTRO N° 40

N° de participantes: 15

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Música

Actividad corporal predominante: Improvisación libre de movimientos individuales y la posterior imitación grupal. Relajación por oposición apretar-aflojar.

ENCUENTRO N° 41

N° de participantes: 14

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Maracas

Música

Actividad corporal predominante: Ejercicios rítmicos de contrastes asociados a los pares movimiento-sonido; movimiento-silencio; inmovilidad-silencio; inmovilidad-sonido. Reconocimiento de las partes del propio cuerpo a través de la relajación segmentaria.

ENCUENTRO N° 42

N° de participantes: 15

Duración: 45 minutos

Lugar: Playa Grande

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

1 profesora de Educación Física

Elementos: Pelotas

Actividad corporal predominante: Caminata y ejercicios de lanzamiento y recepción en equilibrio. Ejercicios de equilibrio con el objeto.

ENCUENTRO N° 43

N° de participantes: 13

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Pañuelos, globos, porras, maracas, pelotas (los pacientes previamente eligen el objeto a utilizar durante el encuentro. Estos se encuentran en el centro de la sala)

Actividad corporal predominante: Ejercicios de reconocimiento, exploración y diferenciación de los objetos, transporte de los mismos con las distintas partes del cuerpo (manos, hombros, espalda, rodillas, entre los miembros inferiores, etc.).

Relajación por medio de la música sin movimiento.

ENCUENTRO N° 44

N° de participantes: 15

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Pelotas

Música

Actividad corporal predominante: Ejercicios de desplazamiento en distintas direcciones: líneas rectas, curvas y combinaciones. Ejercicios de contraste entre la actividad

dinámica y estática del cuerpo. Relajación global por oposición apretar-aflojar.

ENCUENTRO N° 45

N° de participantes: 14

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Porras

Música

Actividad corporal predominante: Ejercicios rítmicos de contrastes suaves-fuertes, lentos-rápidos y combinaciones. Posterior invitación a improvisar movimientos e imitación de los mismos. Ejercicios de respiración y relajación segmentaria y global.

TERCER MOMENTO: El movimiento del cuerpo, los objetos y los otros.

Se desarrollaron en este tercer momento 15 encuentros en los cuales se trabajaron los objetivos planteados en el capítulo IV.

Durante todos los encuentros se utilizó música de distintos ritmos y épocas. Para la relajación se empleó, de Carlos Fregman:

- Gestalt
- Climas
- Ritmos vitales
- Cantos de inocencia

• **ENCUENTRO N° 46**

N° de participantes: 15

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Pañuelos

Música

Actividad corporal predominante: Ejercicios de desplazamiento del cuerpo en el espacio total. Elección de un compañero y posteriormente reconocimiento del otro a través del objeto. Relajación segmentaria con movimiento.

ENCUENTRO N° 47

N° de participantes: 13

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisor

Elementos: Porras

Música

Actividad corporal predominante: Elección de un compañero, posteriormente juego del espejo (imitación del movimiento) y ejercicios corporales en pareja). Relajación espontánea global sin movimiento.

ENCUENTRO N° 48

N° de participantes: 14

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

Elementos: Pañuelos y maracas

Música

Actividad corporal predominante: Ejercicios de contraste del sonido y movimientos de pañuelos y maracas. Concientización de la función respiratoria a través de la relajación segmentaria.

ENCUENTRO N° 49

N° de participantes: 10

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Globos

Música

Actividad corporal predominante: Elección de un compañero.

Baile del globo en parejas con las distintas partes del cuerpo (cara, espalda, hombros, cola, etc). Relajación segmentaria a partir de estímulos dados.

ENCUENTRO N° 50

N° de participantes: 15

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Maracas

Actividad corporal predominante: Invitación a la creación de ritmos individuales y posterior imitación colectiva. Intercambios sonoros en parejas y relajación global espontánea.

ENCUENTRO N° 51

N° de participantes: 14

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Porras

Música

Actividad corporal predominante: Elección de un compañero. Ejercicios de movilización y reconocimiento de las partes gruesas en el propio cuerpo y en el otro. Relajación segmentaria con movimientos.

ENCUENTRO N° 52

N° de participantes: 15

Duración: 4 horas

Lugar: Parque Camet (pic-nic)

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

1 profesora de Educación Física

1 enfermero

Actividad corporal predominante: Caminatas y juegos de pelotas, carreras de postas y con obstáculos. Concientización de la función respiratoria.

ENCUENTRO N° 53

N° de participantes: 14

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Música

Actividad corporal predominante: Ejercicios de contacto corporal a través del baile: en parejas y en trencitos. Relajación segmentaria a partir de estímulos dados.

ENCUENTRO Nº 54

Nº de participantes: 13

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Pañuelos

Música

Actividad corporal predominante: Elección de un compañero. Ejercicios de reconocimiento a través del objeto de las partes gruesas y finas del propio cuerpo y posteriormente del cuerpo del otro. Concientización de la función respiratoria y relajación global.

ENCUENTRO Nº 55

Nº de participantes: 15

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Pelotas

Música

Actividad corporal predominante: Ejercicios de lanzamiento y recepción de pelotas. Desplazamientos en líneas rectas, curvas y combinaciones en el espacio total. Creación de movimientos individuales con pelotas y posterior imitación grupal. Relajación global.

ENCUENTRO N° 56

N° de participantes: 14

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

• Elementos: Música

Actividad corporal predominante: Elección de un compañero. Ejercicios rítmicos y de contacto corporal en parejas. Relajación global y segmentaria sin movimiento.

ENCUENTRO N° 57

N° de participantes: 15

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Pañuelos, globos, pelotas, porras y maracas (los pacientes eligen previamente el elemento con el cual trabajar. Los mismos se encuentran en el centro de la sala)

Música

Actividad corporal predominante: Ejercicios de contraste y similitudes de los objetos elegidos en parejas, con exploración, reconocimiento y posibilidades del objeto propio y del otro. Relajación por medio de la movilización global del cuerpo.

ENCUENTRO N° 58

N° de participantes: 12

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Pañuelos, globos, pelotas, porras y maracas (los pacientes eligen el elemento a utilizar en el encuentro. Los mismos se encuentran en el centro de la sala)

Música

Actividad corporal predominante: Ejercicios de movilización de miembros superiores e inferiores: suaves-fuertes, lentos-rápidos, sostenidos, sucesivos y combinaciones. Posterior invitación a la creación e improvisación de gestos y movimientos individuales e imitación grupal. Relajación y concientización de la función respiratoria.

ENCUENTRO N° 59

N° de participantes: 14

Duración: 45 minutos

Lugar: Sala de T.O.

Equipo: 3 alumnas de T.O.

1 supervisora

Elementos: Pañuelos, globos, pelotas, porras y maracas (los pacientes eligen el elemento a utilizar en el encuentro. Los mismos se encuentran en el centro de la sala)

Música

Actividad corporal predominante: Ejercicios de reconocimiento de las partes del cuerpo del otro a través del objeto y del contacto corporal directo. Ejercicios de relajación y concientización de la función respiratoria a partir de la música.

ENCUENTRO N° 60

En este último encuentro como finalización de la experiencia de Estimulación Psicomotriz, se realizó una JORNADA RECREATIVA. A diferencia de los otros encuentros, ésta se realizó en el comedor de la clínica, con la participación de la mayor parte de los pacientes y personal de la institución (enfermeros, profesora de Educación Física, Terapistas Ocupacionales y alumnas).

La duración fue de 3 horas. Los elementos que se utilizaron fueron: música, pañuelos, bolsas de arpillera, porras, pelotas, globos, botellas de plástico, naipes y ruleta.

Los juegos realizados fueron desarrollados en forma paralela por grupos, quedando a elección de los pacientes su inclusión en algunos de ellos.

Los juegos fueron: campeonato de truco, chinchón y escoba de 15. Ruleta. Bowling. Baile de la escoba. Baile de la silla. Carrera de postas. Carrera con obstáculos. Carrera de embolsados. Competencia por equipos con pasajes de elementos.

Se entregaron premios a los ganadores y se concluyó la jornada con una merienda, ubicando las mesas una junto de la otra a diferencia de todos los días.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población fue seleccionada de la siguiente manera: de un total de 60 pacientes con diagnóstico de Psicosis internados en la clínica de Psicopatología del Mar de la ciudad de Mar del Plata, se tomaron aquellos con diagnóstico de Esquizofrenia, quedando excluidas las Psicosis Maníaco Depresivas, Psicosis Tóxicas y Paranoias.

De los 40 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, participaron de este trabajo de investigación 30. De los 10 pacientes restantes, 5 no aceptaron participar, 2 fueron dados de alta y 3 trasladados a otra institución, psiquiátrica.

Los 30 pacientes fueron divididos en dos grupos de 15, división que se realizó a través del sorteo por el número de historias clínicas.

El grupo A realizó la experiencia de Estimulación Psicomotriz. El grupo B fue tomado como grupo control.

Se tomó el dibujo de la figura humana a todos los pacientes de ambos grupos antes de comenzar y al finalizar la actividad de Estimulación Psicomotriz, obteniendo dos dibujos de cada paciente.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento de recolección de datos es el dibujo de la figura humana, el cual fue fundamento en el capítulo V.

Como complemento empleamos la técnica de observación participativa y no participativa basada en los indicadores de la Estimulación Psicomotriz.

CRITERIOS PARA LA PUNTUACIÓN DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

1. CABEZA

1.1 Proporción con respecto al cuerpo: el área de la cabeza no debe ser mayor que la mitad ni menor que un quinto del tronco.

1.2 Cabellos: cualquier intento de representar la imagen de la sustancia o textura del cabello, mediante un contorno,

sombreado, corte o peinado. La posición debe ser superior y/o rodeando la cara.

1.3 Frente: deben estar presentes ambos ojos y existir espacio arriba de ellos como para representar la frente.

- ✓ **Proporcionado:** no debe ser mayor que un tercio de la cara ni menor a un cuarto. Se considera el puntaje en presencia de flequillo.
- ✓ **Desproporcionado:** cuando no cumple con las condiciones del punto 1.3.a.

1.4 Ojos:

- **Contorno:** cualquier intento de representar el ojo estando la cara de frente o de perfil.

- ✓ **Posición correcta proporcionada:** cuando se encuentran limitando la frente o separados entre sí por el espacio perteneciente a la nariz. La dimensión horizontal del ojo debe ser mayor que la vertical. Si ambos ojos están representados, los dos deberán satisfacer este requisito; si uno solo es visible, bastará con ese.
- ✓ **Posición correcta desproporcionada:** cuando se encuentran limitando la frente y separados entre sí por el espacio perteneciente a la nariz. Las dimensiones en cuanto a lo horizontal y vertical no se corresponden con el ítem anterior.
- ✓ **Posición incorrecta:** en presencia de los ojos se encuentran por fuera del límite correspondiente a la posición correcta.

- **Cejas:** cualquier intento de representar las cejas a través de una línea horizontal, sombreado, o pequeñas líneas verticales.

- ✓ Posición correcta proporcionada: cuando se encuentran por encima del contorno de los ojos. Su tamaño no debe ser menor a la mitad del ojo ni superar el doble.
- ✓ Posición correcta desproporcionada: cuando se encuentran por encima del contorno de los ojos. Las dimensiones no corresponden al ítem anterior.
- ✓ Posición incorrecta: en presencia de cejas se encuentran fuera del lugar correspondiente a la posición correcta.

- **Párpados:** presencia de dos líneas superiores en el contorno del ojo.

- ✓ Posición correcta proporcionada: cuando se encuentran por encima del contorno del ojo, respetando las dimensiones del mismo.
- ✓ Posición correcta desproporcionada: cuando se encuentran por encima del contorno del ojo, sin respetar las dimensiones del mismo.

- **Pestañas:** cualquier intento de representar las pestañas a través de líneas o sombreado en el contorno superior y/o inferior.

- ✓ Posición correcta proporcionada: cuando nacen del contorno de los ojos. Se tendrá en cuenta que no sobrepasen las cejas.
- ✓ Posición correcta desproporcionada: cuando nacen del contorno de los ojos, sobrepasando las cejas.

✓ Posición incorrecta: nacen fuera del contorno del ojo.

- *Iris*: cualquier representación en forma de punto o círculo dentro del contorno del ojo o en ausencia de éste.

✓ Posición correcta proporcionada: cuando se hallan en el lugar asignado en ítem anterior, sin sobrepasar el contorno.

✓ Posición correcta desproporcionada: cuando se hallan en el lugar asignado en 1.4.5 y sobrepasan el contorno.

✓ Posición incorrecta: cuando se encuentran fuera del contorno o del lugar asignado a los ojos.

1.5 Nariz: cualquier representación clara de la misma estando la cara de frente o de perfil.

✓ Posición correcta proporcionada: cuando se halla entre y por debajo de los ojos y por encima de la boca. El puente debe ser más largo que el ancho de la base o de la punta.

✓ Posición correcta desproporcionada: cuando se halla entre y por debajo de los ojos y por encima de la boca, y no se tienen en cuenta las dos dimensiones del largo y el ancho, por ej. en círculo, una línea horizontal o un punto.

✓ Posición incorrecta: en presencia de nariz se encuentra fuera del lugar antedicho.

1.6 Boca: cualquier representación clara de ella.

✓ Posición correcta proporcionada: cuando se hallan por debajo de la nariz y por encima de la línea que limita al mentón. Se tendrá en cuenta cuando estén representadas las dos dimensiones que le den volumen.

cabeza, del tronco o de ambos. La mera yuxtaposición de cabeza y tronco no asigna puntos.

- ✓ Proporcionado: debe ser menor que aproximadamente la mitad de la cabeza, siendo más largo que ancho.
- ✓ Desproporcionado: no cumple con el ítem anterior.

3. TRONCO

Cualquier indicación clara de tronco entre la cabeza y las piernas.

- ✓ Proporcionado: debe ser más largo que ancho teniendo en cuenta las dos dimensiones.
- ✓ Desproporcionado dos dimensiones: cualquier indicación clara de tronco que no cumpla con las medidas de largo y ancho del ítem anterior.
- ✓ Desproporcionado una dimensión: cualquier indicación clara de tronco trazado en una sola línea.

4. MIEMBROS SUPERIORES (IZQUIERDO Y DERECHO)

Cualquier representación clara de éstos. La evaluación tomará en cuenta la longitud relativa y no la posición de los MMSS. El número tiene que ser el correcto excepto en los dibujos de perfil, cuando se dibuje un brazo.

4.1. Hombros: (DE FRENTE) un cambio en la dirección del contorno de la parte superior del tronco que produzca un efecto de concavidad y no de convexidad. Los hombros tienen que guardar continuidad con el cuello y los brazos (DE

PERFIL). Las líneas que forman el contorno de la parte superior del tronco se desvían una hacia cada lado a partir de la base del cuello; como para indicar la expansión del mismo.

4.2 Brazos: cualquier representación clara como continuación de hombro y hasta codo y/o antebrazo.

✓ Posición correcta proporcionada: cuando se hallan como continuación de hombro a un lado o separados del tronco, teniendo en cuenta las dos dimensiones; no debiendo superar el nivel de la cintura.

✓ Posición correcta desproporcionada dos dimensiones: cuando se hallan como continuación de hombro a un lado o separados del tronco, sobrepasando o no llegando a nivel de la cintura.

✓ Posición incorrecta: cuando no se hallan como continuación de hombro.

4.3. Codos: tiene que haber una flexión brusca, o una curva, aproximadamente en la mitad del miembro. El modelado de la manga o los pliegues del dobléz le asignan el punto.

4.4. Antebrazos: cualquier representación clara como continuación de brazo y hasta muñeca y/o mano.

✓ Posición correcta proporcionada: sólo se consignarán cuando se hallan como continuación de brazo y/o codo. Teniendo en cuenta las dos dimensiones del antebrazo, no debiendo superar el nivel de la cadera.

✓ Posición correcta desproporcionada dos dimensiones: sólo se consignarán cuando se hallan como continuación de

brazo y/o codo, sobrepasando o no llegando al nivel de la cadera.

- ✓ Posición correcta desproporcionada una dimensión: sólo se consignarán cuando se hallan como continuación de brazo y/o codo, dibujados con una sola línea.
- ✓ Posición incorrecta: cuando no se hallan como continuación de brazos.

4.5. Muñecas: las muñecas deben estar claramente indicadas como algo distinto del antebrazo a través de una línea que separe antebrazo de mano.

4.6. Manos:

- ***Palma:*** cualquier representación aparte de los dedos.

- ✓ Posición correcta proporcionada: cuando se han representado los dedos tiene que quedar un espacio entre la base de éstos y el borde de la manga y/o el puño. Cuando no existe ningún puño, el brazo debe ensancharse de alguna manera para sugerir la palma o el dorso de la mano como algo distinto de la muñeca. También se contará el punto cuando estén tapadas por objetos que sostienen (flores, sombrero, etc.)
- ✓ Posición correcta desproporcionada: cuando se han representado los dedos y no queda un espacio suficiente entre la base de éstos y el borde de la manga y/o el puño, y/o cuando no guarda relación con las proporciones del miembro superior.

- ✓ Posición incorrecta: cuando no cumple con los ítems 4.6.1.A y 4.6.1.B.

- **Dedos:** cualquier modo de indicar los dedos, en forma independiente de las manos o los antebrazos.

- ✓ Posición correcta proporcionada con uñas o sin uñas: cuando se hallan como continuación de la palma y son de dos dimensiones. La longitud de cada dedo debe ser notoriamente mayor que el ancho. En aquellos casos en los cuales, por estar la mano en puño, sólo aparecen los nudillos o parte de los dedos también se cuenta el punto.
- ✓ Posición correcta desproporcionada dos dimensiones con o sin uñas: cuando se hallan como continuación de las palmas y no cumplen con la longitud y el ancho del ítem anterior.
- ✓ Posición correcta desproporcionada una dimensión: cuando se hallan como continuación de las palmas o antebrazos, en forma de garfios o palitos.
- ✓ Posición incorrecta: cuando no se hallan como continuación de la palma.
- ✓ Cantidad correcta: representación del número correcto de dedos.
- ✓ Cantidad incorrecta: cuando no representa el número correcto de dedos.

5. MIEMBROS INFERIORES (IZQUIERDO Y DERECHO)

Cualquier representación clara de éstos. El número tiene que ser el correcto, excepto en los dibujos de perfil,

cuando se dibuje un miembro. La longitud no debe ser menor que la medida vertical del tronco, ni mayor que el doble de esta medida. El ancho de cada miembro debe ser menor que el del tronco.

5.1. Cadera: como continuación de la parte inferior del tronco. El espacio limitado por la cintura y la entrepierna.

5.2. Muslos: cualquier representación clara como continuación de cadera y hasta rodilla y/o pierna.

- ✓ Posición correcta proporcionada: cuando se hallan como continuación de cadera, separados entre sí por una o dos líneas. Teniendo en cuenta las dos dimensiones el largo debe ser mayor que el ancho.
- ✓ Posición correcta desproporcionada dos dimensiones: cuando se hallan como continuación de cadera sobrepasando más de dos tercios de la longitud del tronco o siendo menor a la mitad del mismo.
- ✓ Posición correcta desproporcionada una dimensión: cuando se hallan como continuación de cadera, dibujados con una línea.
- ✓ Posición incorrecta: cuando no se hallan como continuación de cadera.

5.3. Rodillas: tiene que haber una flexión brusca aproximadamente a la mitad del miembro. El modelado o pliegue del pantalón le asigna punto.

5.4. Piernas: cualquier representación clara como continuación de muslo y hasta tobillo y/o pie.

- ✓ Posición correcta proporcionada: sólo se consignarán cuando se hallan como continuación de muslo y/o rodilla. Teniendo en cuenta las dos dimensiones de la pierna.
- ✓ Posición correcta desproporcionada dos dimensiones: sólo se consignarán como continuación del muslo y/o rodilla cuando sobrepasen más de dos tercios de la longitud del tronco o siendo menor a la mitad del mismo.
- ✓ Posición correcta desproporcionada una dimensión: sólo se consignarán como continuación del muslo y/o rodilla, dibujados con una línea.
- ✓ Posición incorrecta: cuando no se hallan como continuación de muslo y/o rodilla.

5.5. Tobillos: deben estar claramente indicados como algo distinto de la pierna o pantalón o a través de la flexión de pie.

5.6. Pies: cualquier medio de indicar los pies, dos pies en los dibujos de frente y uno de perfil.

- ✓ Posición correcta proporcionada: como continuación de tobillo y/o pierna. Los pies deben estar representados en dos proporciones, más largos que anchos. No deben exceder el tercio de longitud total del miembro ni tampoco ser menor que un décimo.
- ✓ Posición correcta desproporcionada dos dimensiones: como continuación de tobillo y/o pierna, superando el tercio de la longitud total del miembro, o menor a un décimo.
- ✓ Posición correcta desproporcionada una dimensión: como continuación de tobillo y/o pierna. Cuando se dibujan con

una línea. Superando el tercio de la longitud total del miembro, o menor a un décimo.

- ✓ Posición incorrecta: cuando no se halla como continuación de tobillo y/o pierna.

6. SEXO:

- ✓ Masculino: cuando representa los siguientes rasgos: hombros abultados, pantalón, pelo corto, barba o bigotes y elementos accesorios masculinos (sombrero, corbata, etc.). Como condición deben darse más de dos rasgos.

- ✓ Femenino: cuando representa los siguientes rasgos: hombros más pequeños que cadera, siendo éstas redondeadas, pollera, vestido, pelo largo, y elementos accesorios femeninos (aros, cartera, zapatos con tacos, pulseras, etc.). Como condición deben darse más de dos rasgos.

6.1. Correcto en relación a sí mismo: cuando dibuja su mismo sexo, teniendo en cuenta las condiciones anteriores.

6.2. Incorrecto en relación a sí mismo: cuando no dibuja su mismo sexo, teniendo en cuenta las condiciones anteriores.

6.3. Indefinido: cuando se mezclan rasgos femeninos y masculinos y cuando no cumple con más de dos rasgos para cada uno de los sexos.

7. DETALLES DEL CUERPO:

7.1. VESTIMENTA COMPLETA: cualquier representación clara de por lo menos dos prendas de vestir, que no sean transparentes, que oculten la parte del cuerpo que se supone cubren, más el agregado de zapatos.

7.2. VESTIMENTA INCOMPLETA: cuando se encuentran representados menos de dos prendas de vestir, por ejemplo hilera de botones, cuello de camisa o buzo, bolsillos, medias, etc.

7.3. ACCESORIOS: cualquier representación clara de aros, pulsera, cinturón, pañuelos, corbata, moños, etc.

PARTE III

RESULTADOS Y
CONCLUSION

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS**TABLA 1:**

Puntajes del 1er. y 2do. dibujo de la figura humana realizados por los pacientes psicóticos que participaron del grupo de Estimulación Psicomotriz y del grupo control. Clínica de Psicopatología del Mar, Mar del Plata. Septiembre 1993-Febrero 1994.

Puntajes F.H. Pacientes	Grupo Estimulación Psicomotriz			Grupo Control		
	1º dibujo	2º dibujo	% de mejora	1º dibujo	2º dibujo	% de mejora
	Puntos	Puntos		Puntos	Puntos	
1	69,6	90,8	30,5	18,8	20,8	10,6
2	37,2	83,3	123,9	57,2	43,3	-24,3
3	7,5	41,6	454,7	8	31,7	296,3
4	5,2	48,2	826,9	65,2	73,4	12,6
5	62,9	83,4	32,6	74	78	5,4
6	54,4	64,2	18	31,3	53,7	71,6
7	29,3	77,6	164,8	79	72,5	-8,2
8	74,9	91,6	22,3	18,9	21,4	13,2
9	50,2	74,3	48	77,5	75,7	-2,3
10	30	58,7	95,7	64,6	60,3	-6,7
11	30,4	54,2	78,3	49,9	50,5	1,2
12	46,6	72,8	56,2	77,9	74,1	-4,9
13	22	41,2	83,3	58,1	57,3	-1,4
14	73,6	84,7	15,1	75,7	75,6	-0,1
15	75,2	89,2	18,6	42,6	41,3	-3,1

GRUPO ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ:

Promedio 1er. dibujo = 44.6 p.

Promedio 2do. dibujo = 70.4 p.

DIFERENCIA PORCENTUAL DE MEJORA = 55.8 %

GRUPO CONTROL:

Promedio 1er. dibujo = 53.2 p.

Promedio 2do. dibujo = 55.3 p.

DIFERENCIA PORCENTUAL DE MEJORA = 3.9 %

GRUPO DE ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ

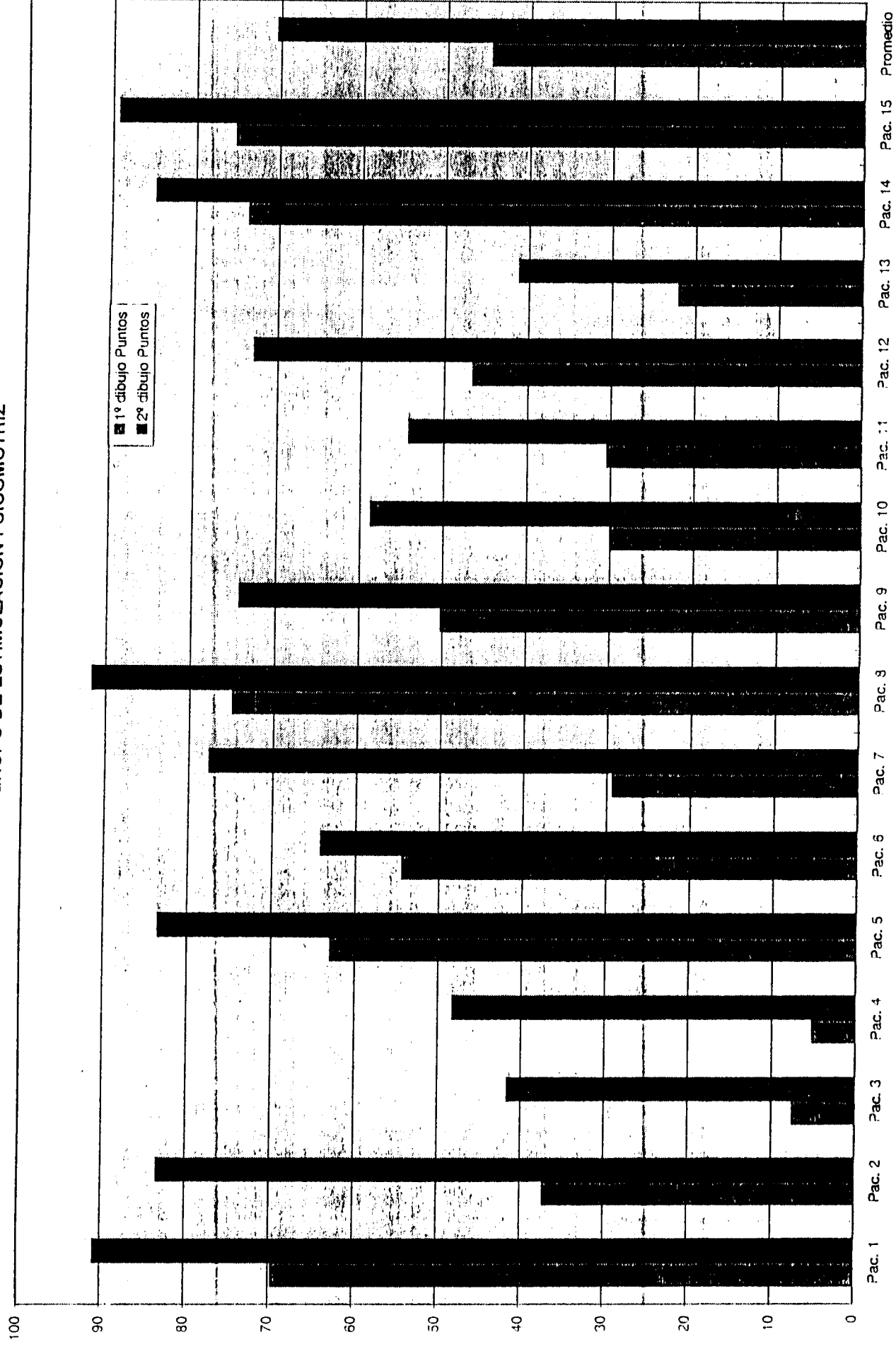


Gráfico 1

GRUPO CONTROL

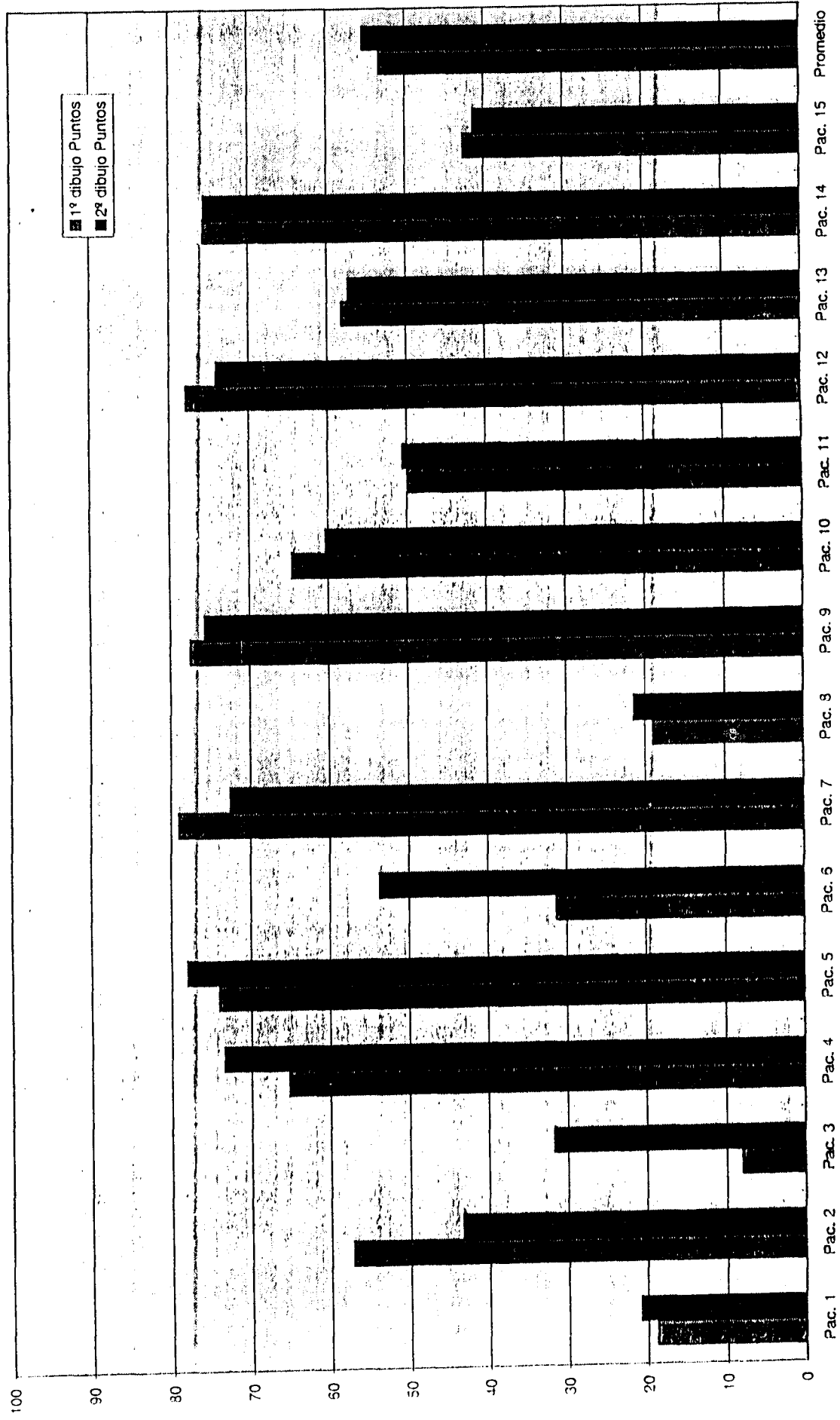


Gráfico 2

TABLA 2:

Categorización del 1er. y 2do. dibujo de la figura humana realizados por los pacientes psicóticos que participaron del grupo de Estimulación Psicomotriz y del grupo control según el puntaje obtenido. Clínica de Psicopatología del Mar, Mar del Plata, Septiembre 1993- Febrero 1994.

Categor.	Grupo Estimulación Psicomotriz						Grupo Control					
	1er. dibujo			2do. dibujo			1er. dibujo			2do. dibujo		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
1		69,6				90,8	18,8			20,8		
2	37,2					83,3		57,2			43,3	
3	7,5				41,6		8			31,7		
4	5,2				48,2			65,2			73,4	
5		62,9				83,4		74				78
6		54,4			64,2		31,3				53,7	
7	29,3					77,6			79		72,5	
8		74,9				91,6	18,9			21,4		
9		50,2			74,3				75,5			75,7
10	30				58,7			64,6			60,3	
11	30,4				54,2			49,9			50,5	
12		46,6			72,8				77,9		74,1	
13	22				41,2			58,1			57,3	
14		73,6				84,7			75,7			75,6
15			75,2			89,2		42,6			41,3	

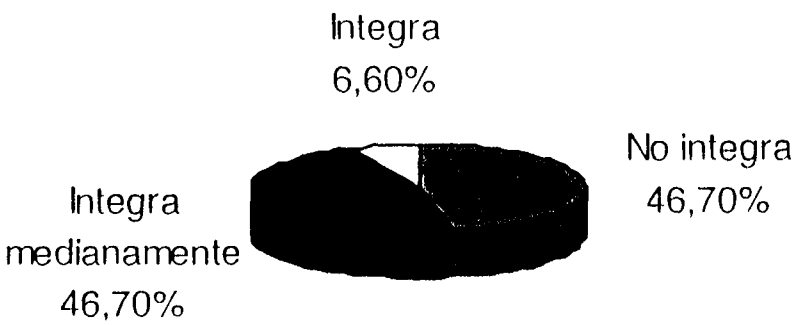
- A - NO INTEGRA
- B - INTEGRA MEDIANAMENTE
- C - INTEGRA

TABLA 3:

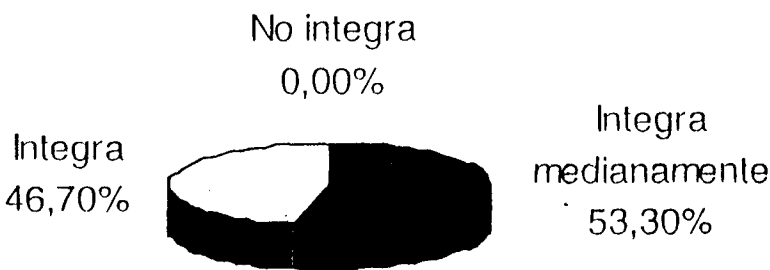
Nº de pacientes psicóticos del grupo de Estimulación Psicomotriz y grupo control según la categoría en que se incluyen. Clínica de Psicopatología del Mar, Mar del Plata, Septiembre 1993- Febrero 1994.

Nº pac.	Grupo Estimulación Psicomotriz				Grupo control			
	1º dibujo		2º dibujo		1º dibujo		2º dibujo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Categoría								
No integra	7	46,7	0	0	4	26,7	3	20
Integra medianamente	7	46,7	8	53,3	7	46,6	9	60
Integra	1	6,6	7	46,7	4	26,7	3	20
Total	15	100	15	100	15	100	15	100

GRUPO ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ - 1º
DIBUJO

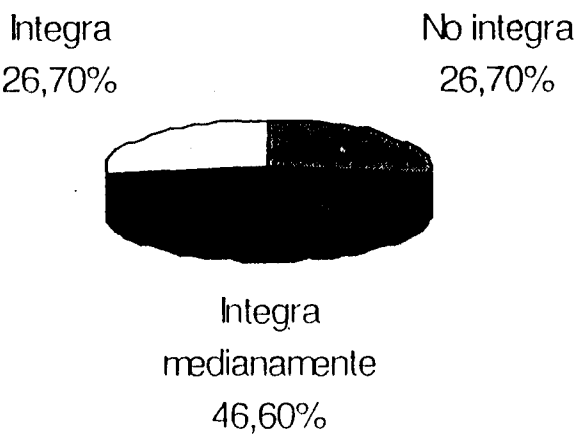


GRUPO ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ - 2º
DIBUJO

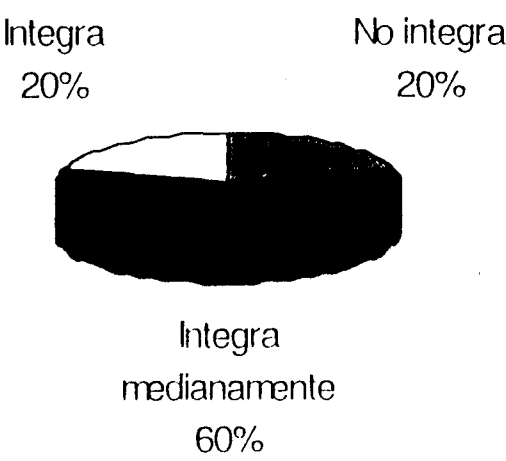


Gráficos 3 y 4

GRUPO CONTROL - 1º DIBUJO



GRUPO CONTROL - 2º DIBUJO



Gráficos 5 y 6

TABLA 4:

Puntajes del 1er. y 2do. dibujo de la cabeza realizados por los pacientes psicóticos que participaron del grupo de Estimulación Psicomotriz y del grupo control. Clínica de Psicopatología del Mar, Mar del Plata, Septiembre 1993-Febrero 1994.

Puntajes cabeza Pacientes	Grupo Estimulación Psicomotriz			Grupo control		
	1º dibujo	2º dibujo	% de mejora	1º dibujo	2º dibujo	% de mejora
	Puntos	Puntos		Puntos	Puntos	
1	17,8	19	6,7	8,8	10,8	22,7
2	17,2	17,7	2,9	9,7	10,3	6,2
3	4	13	225	8	8,3	3,8
4	0	9,3	-	13	12	-7,7
5	14,3	19	32,9	12,3	16,3	32,5
6	8,3	10,3	24,1	11,3	7,2	36,3
7	6,7	15,5	131,3	16,3	16,3	0
8	14,8	19,7	33,1	0	0	0
9	7,7	13,3	72,7	12,7	13,3	4,7
10	6,7	10,7	59,7	11	10	-9,1
11	2	7	250	7,3	9,2	26
12	7	14,5	107,1	11,2	8,2	-26,8
13	4,7	9,7	106,4	6,3	8,3	31,7
14	11,2	14	25	13,3	13,3	0
15	12,5	16	28	8,2	8,2	0

GRUPO ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ:

Promedio 1er. dibujo = 9 p.

Promedio 2do. dibujo = 13.9 p.

DIFERENCIA PORCENTUAL DE MEJORA = **54.4 %**

GRUPO CONTROL:

Promedio 1er. dibujo =. 10 p.

Promedio 2do. dibujo = 10.1 p.

DIFERENCIA PORCENTUAL DE MEJORA = **1 %**

GRUPO ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ

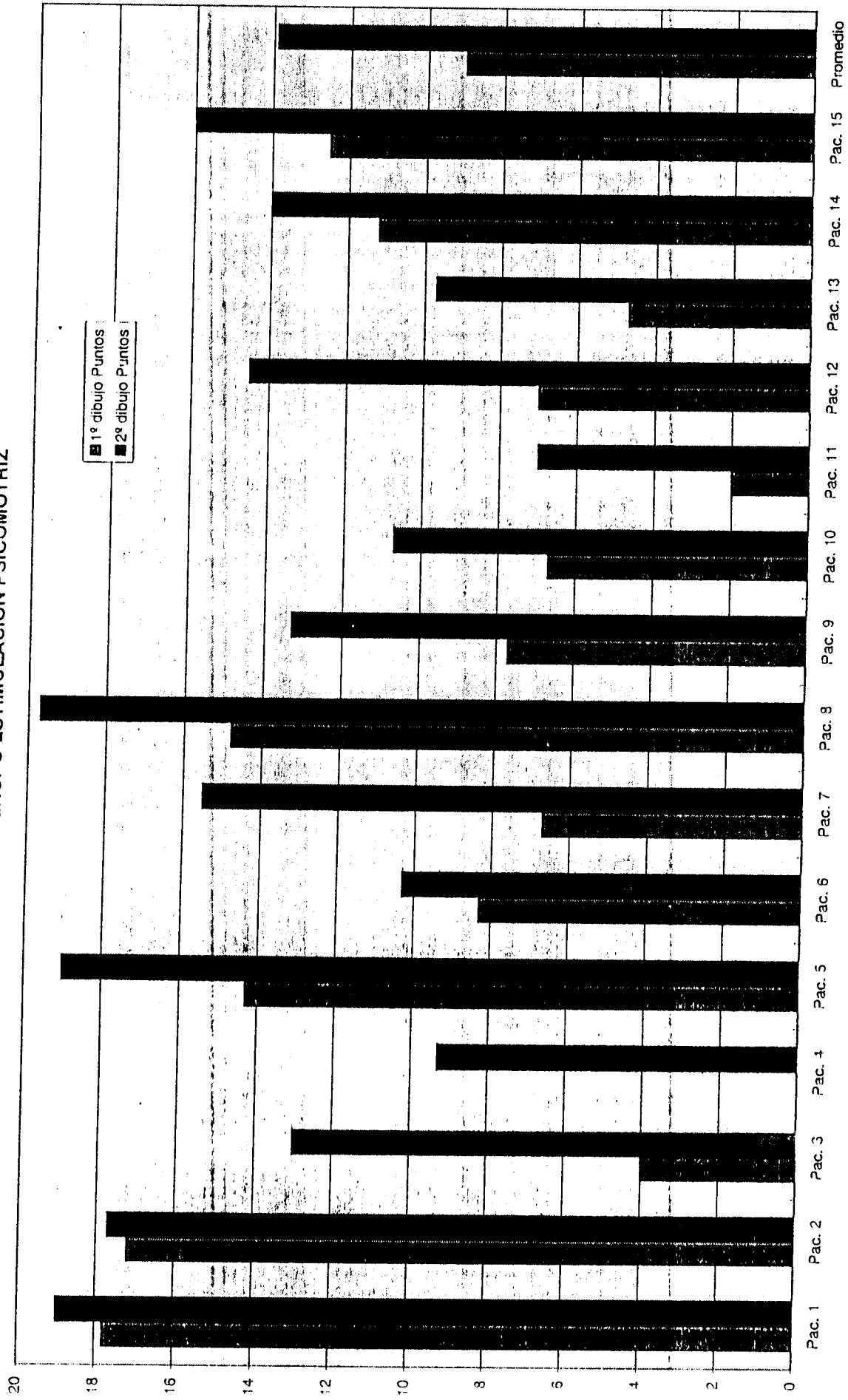


Gráfico 7

GRUPO CONTROL

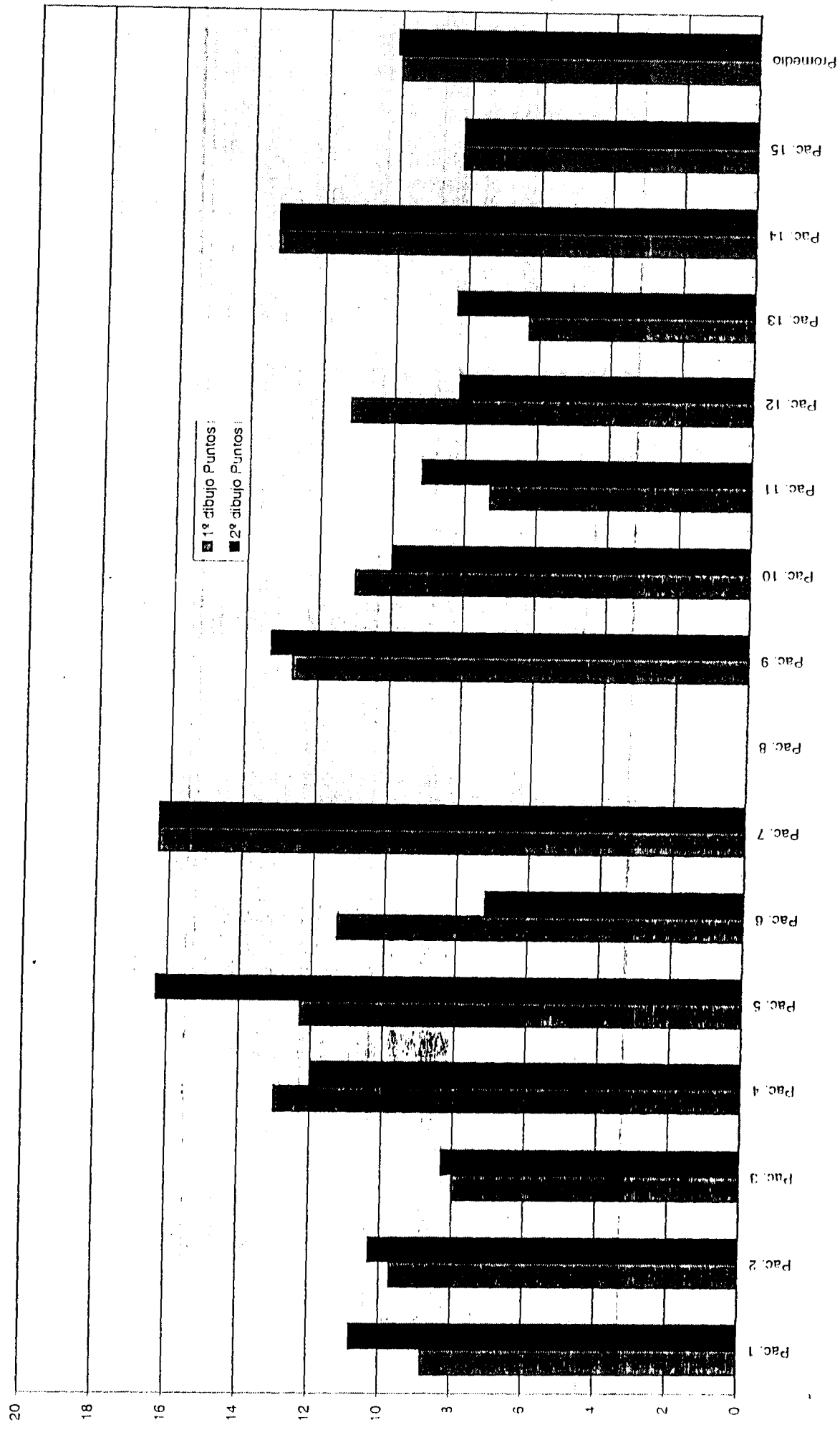


Gráfico 8

TABLA 5:

Puntajes del 1er. y 2do. dibujo de cuello realizados por los pacientes psicóticos que participaron del grupo de Estimulación Psicomotriz y del grupo control. Clínica de Psicopatología del Mar, Mar del Plata, Septiembre 1993-Febrero 1994.

Punt. cuello Pac.	Grupo Estimulación Psicomotriz			Grupo Control		
	1º dibujo	2º dibujo	% de mejora	1º dibujo	2º dibujo	% de mejora
	Puntos	Puntos		Puntos	Puntos	
1	10	5	-50	10	10	0
2	10	10	0	10	10	0
3	0	0	0	0	5	-
4	0	5	-	10	5	-50
5	0	10	-	10	10	0
6	5	0	-100	10	5	-50
7	0	10	-	10	10	0
8	10	10	0	5	5	0
9	10	10	0	10	10	0
10	10	10	0	10	5	-50
11	5	5	0	0	5	-
12	5	0	-100	10	10	0
13	0	0	-	5	5	0
14	10	10	0	10	10	0
15	5	10	100	0	5	-

GRUPO ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ:

Promedio 1er. dibujo = 5.3 p.

Promedio 2do. dibujo = 6.3 p.

DIFERENCIA PORCENTUAL DE MEJORA = 18.9 %

GRUPO CONTROL:

Promedio 1er. dibujo = 7.3 p.

Promedio 2do. dibujo = 7.3 p.

DIFERENCIA PORCENTUAL DE MEJORA = 0 %

GRUPO ESTIMULACION PSICOMOTRIZ

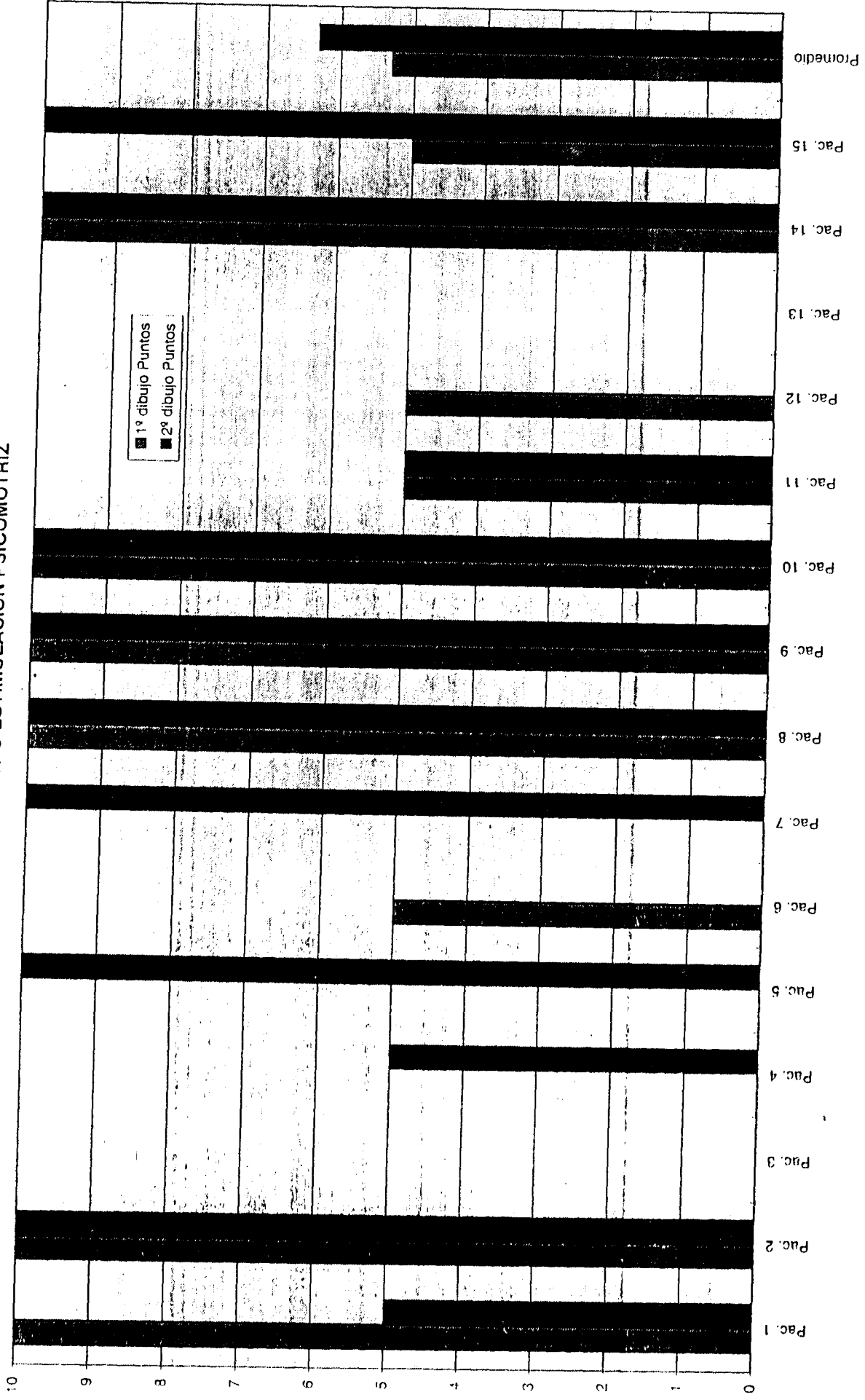


Gráfico 9

GRUPO CONTROL

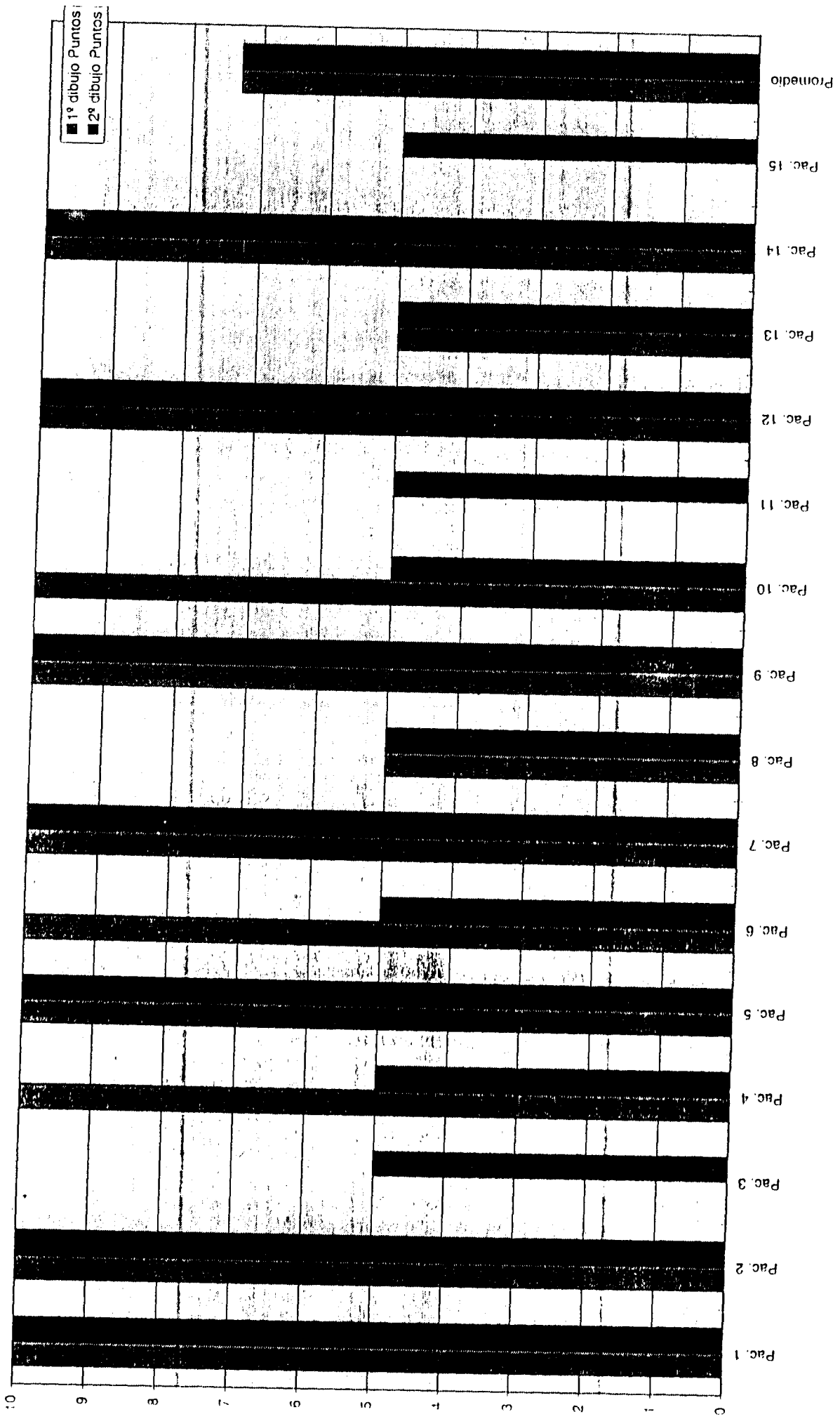


Gráfico 10

TABLA 6:

Puntajes del 1er. y 2do. dibujo de tronco realizados por los pacientes psicóticos que participaron del grupo de Estimulación Psicomotriz y del grupo control. Clínica de Psicopatología del Mar, Mar del Plata, Septiembre 1993-Febrero 1994.

Pac.	Puntaje tronco	Grupo Estimulación Psicomotriz			Grupo Control		
		1º dibujo	2º dibujo	% de mejora	1º dibujo	2º dibujo	% de mejora
		Puntos	Puntos		Puntos	Puntos	
1		15	15	0	0	0	0
2		0	15	-	15	15	0
3		0	7,5	-	0	7,5	-
4		0	7,5	-	7,5	7,5	0
5		15	15	0	7,5	7,5	0
6		7,5	15	100	0	7,5	-
7		3,75	15	300	15	15	0
8		15	15	0	7,5	7,5	0
9		15	15	0	15	15	0
10		7,5	7,5	0	7,5	7,5	0
11		7,5	7,5	0	7,5	7,5	0
12		7,5	15	100	15	15	0
13		7,5	15	100	7,5	7,5	0
14		15	15	0	7,5	7,5	0
15		15	15	0	7,5	7,5	0

GRUPO ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ:

Promedio 1er. dibujo = 8.8 p.

Promedio 2do. dibujo = 13 p.

DIFERENCIA PORCENTUAL DE MEJORA = 47.7 %

GRUPO CONTROL:

Promedio 1er. dibujo = 8 p.

Promedio 2do. dibujo = 9 p.

DIFERENCIA PORCENTUAL DE MEJORA = 12.5 %

GRUPO ESTIMULACION PSICOMOTRIZ

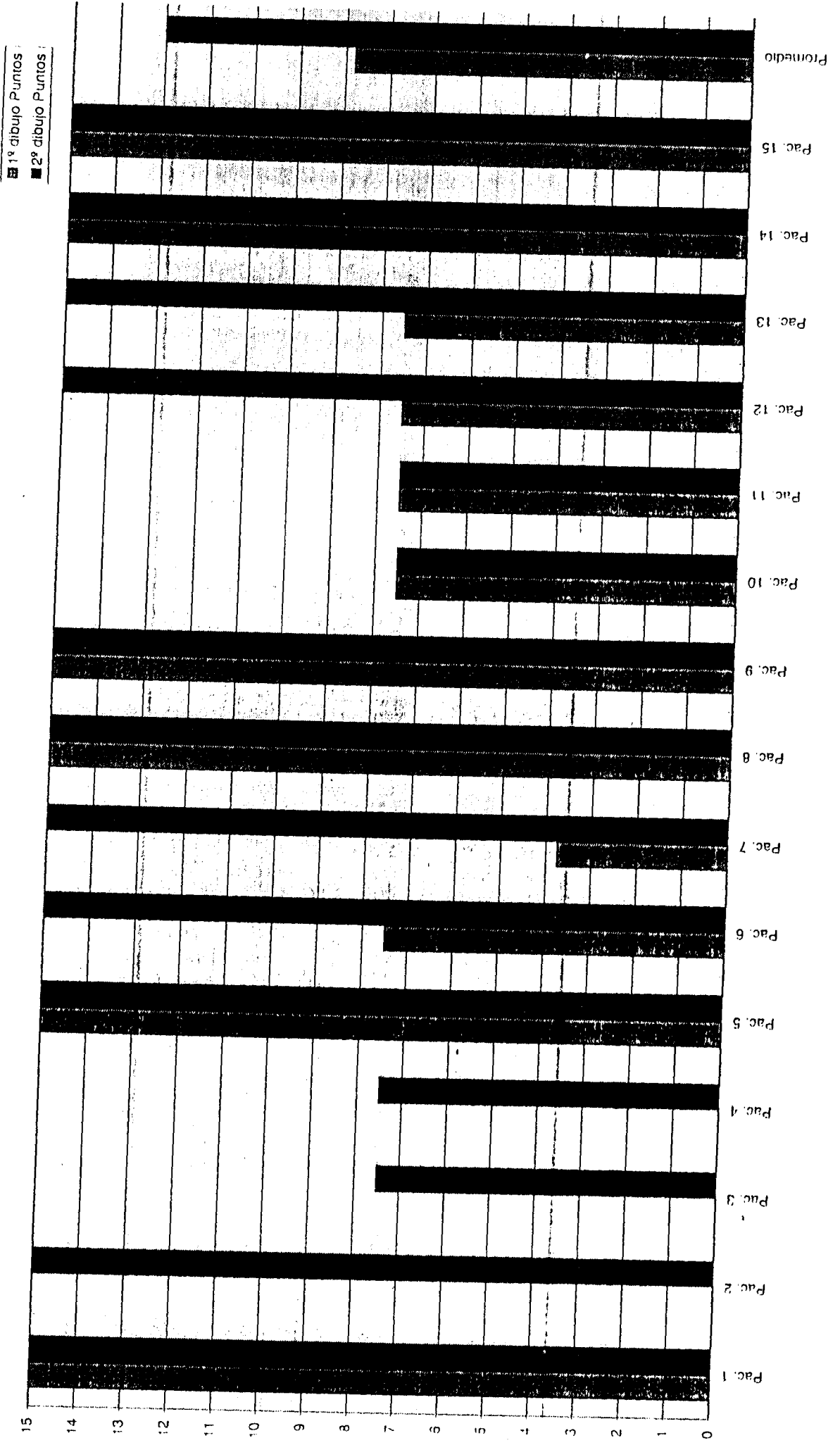


Gráfico 11

GRUPO CONTROL

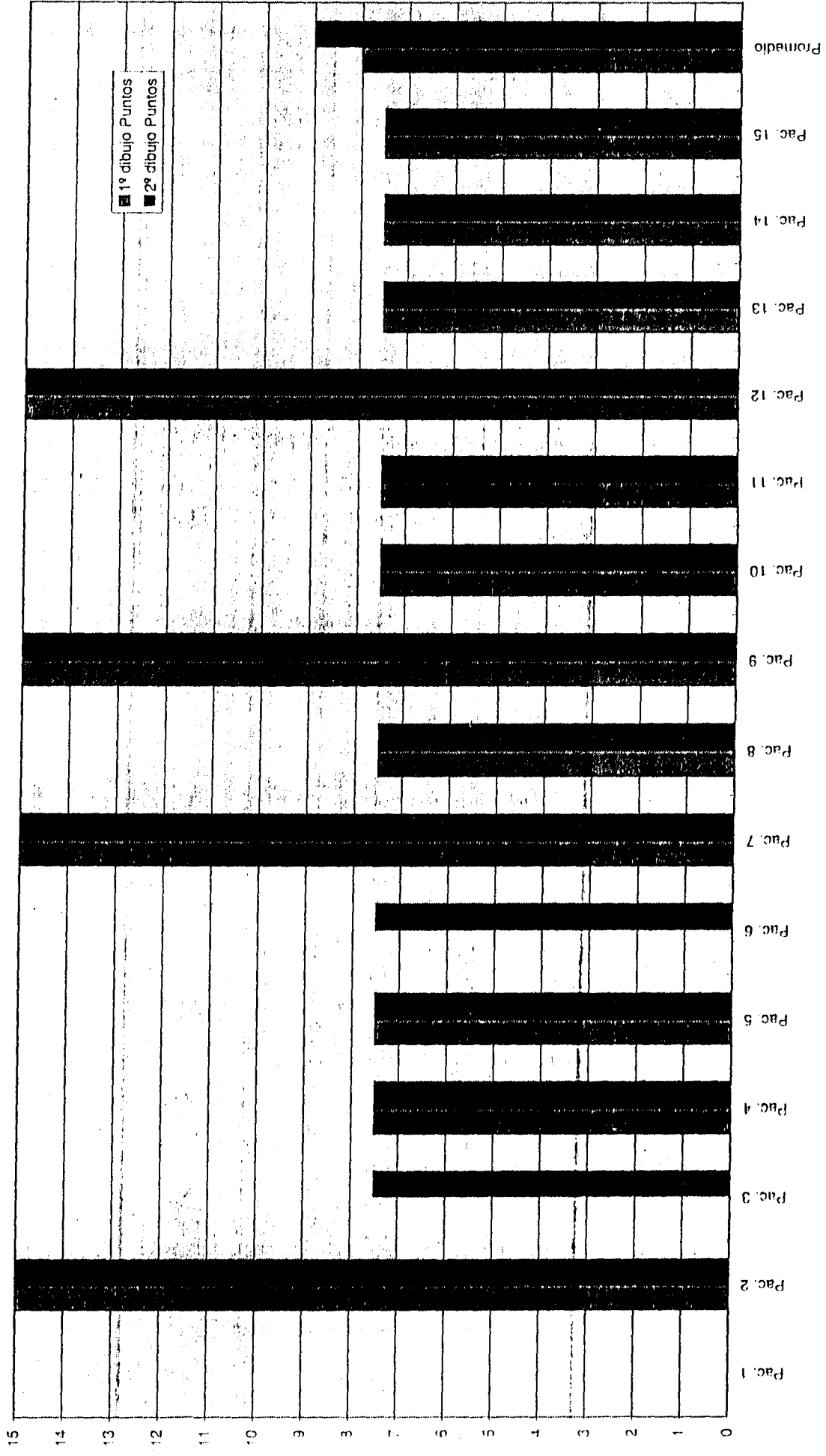


Gráfico 12

TABLA 7:

Puntajes del 1er. y 2do. dibujo de MMSS realizados por los pacientes psicóticos que participaron del grupo de Estimulación Psicomotriz y del grupo control. Clínica de Psicopatología del Mar, Mar del Plata, Septiembre 1993-Febrero 1994.

Pac.	Puntajes MMSS	Grupo Estimulación Psicomotriz			Grupo Control		
		1º dibujo	2º dibujo	% de mejora	1º dibujo	2º dibujo	% de mejora
		Puntos	Puntos		Puntos	Puntos	
1		7,4	16,8	127	0	0	0
2		0	14,2	-	12,5	8	-36
3		0,6	0,5	-16,7	0	5	-
4		0,6	6,5	983,3	10,9	16,4	50,5
5		16,9	16,9	0	10,4	10,4	0
6		9,2	11,4	23,9	0	10,5	-
7		2,5	8,6	244	18,3	16,6	-9,3
8		11,3	14,4	27,4	3	3	0
9		6,5	9,9	53,3	10,5	13	23,8
10		0	6,9	-	11,9	14,4	21
11		5,3	8	50,9	5,7	7,9	38,6
12		9,4	16,4	74,5	14,9	12,4	-16,8
13		6,5	10,6	63,1	9,9	12,9	30,3
14		14,9	13,2	-11,4	12,4	14,8	19,4
15		8,9	14,4	61,8	10	7	-30

GRUPO ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ:

Promedio 1er. dibujo = 6.7 p.

Promedio 2do. dibujo = 11.2 p.

DIFERENCIA PORCENTUAL DE MEJORA = 67.2 %

GRUPO CONTROL:

Promedio 1er. dibujo = 8.7 p.

Promedio 2do. dibujo = 10.2 p.

DIFERENCIA PORCENTUAL DE MEJORA = 17.2 %

GRUPO ESTIMULACION PSICOMOTRIZ

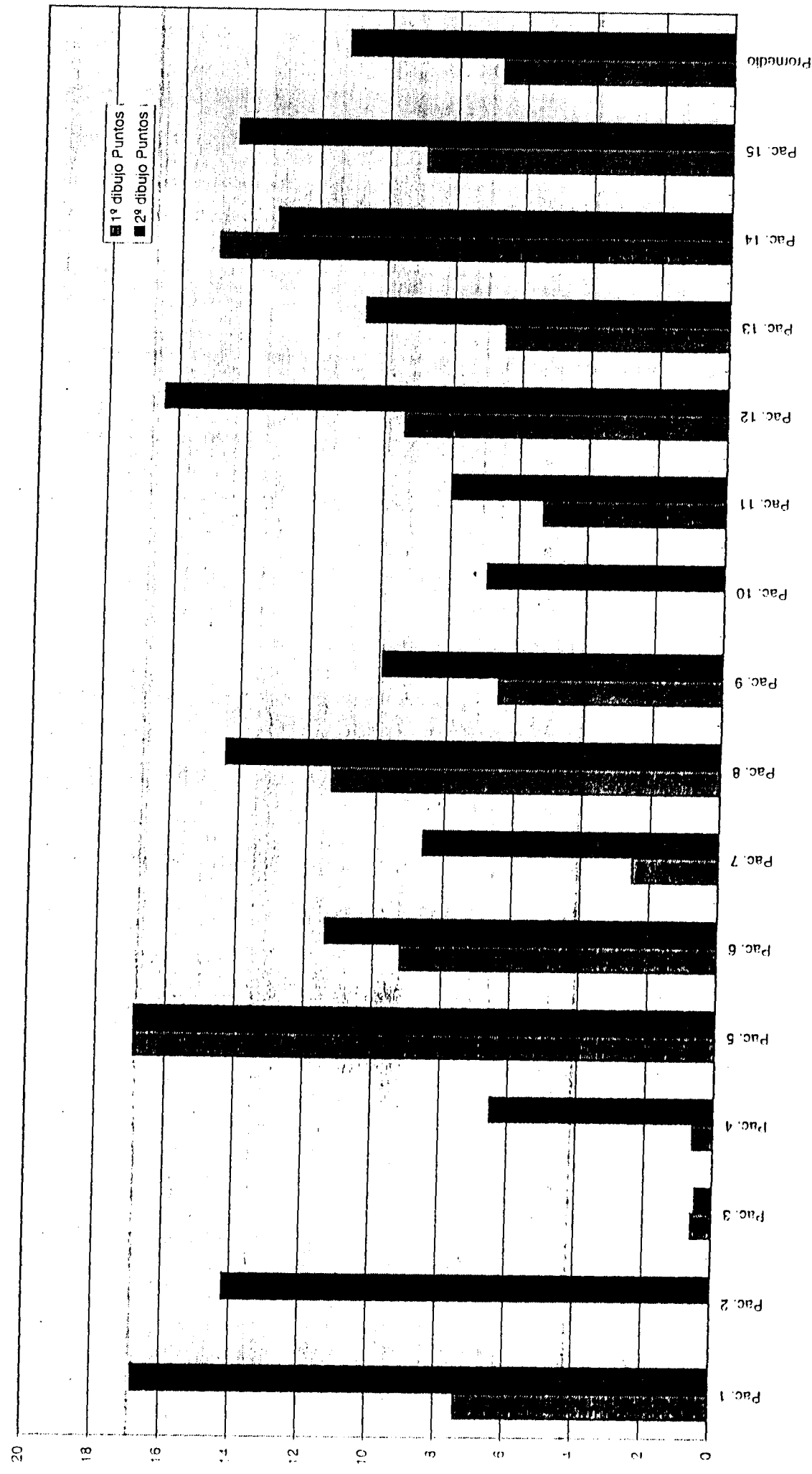


Gráfico 13

GRUPO CONTROL

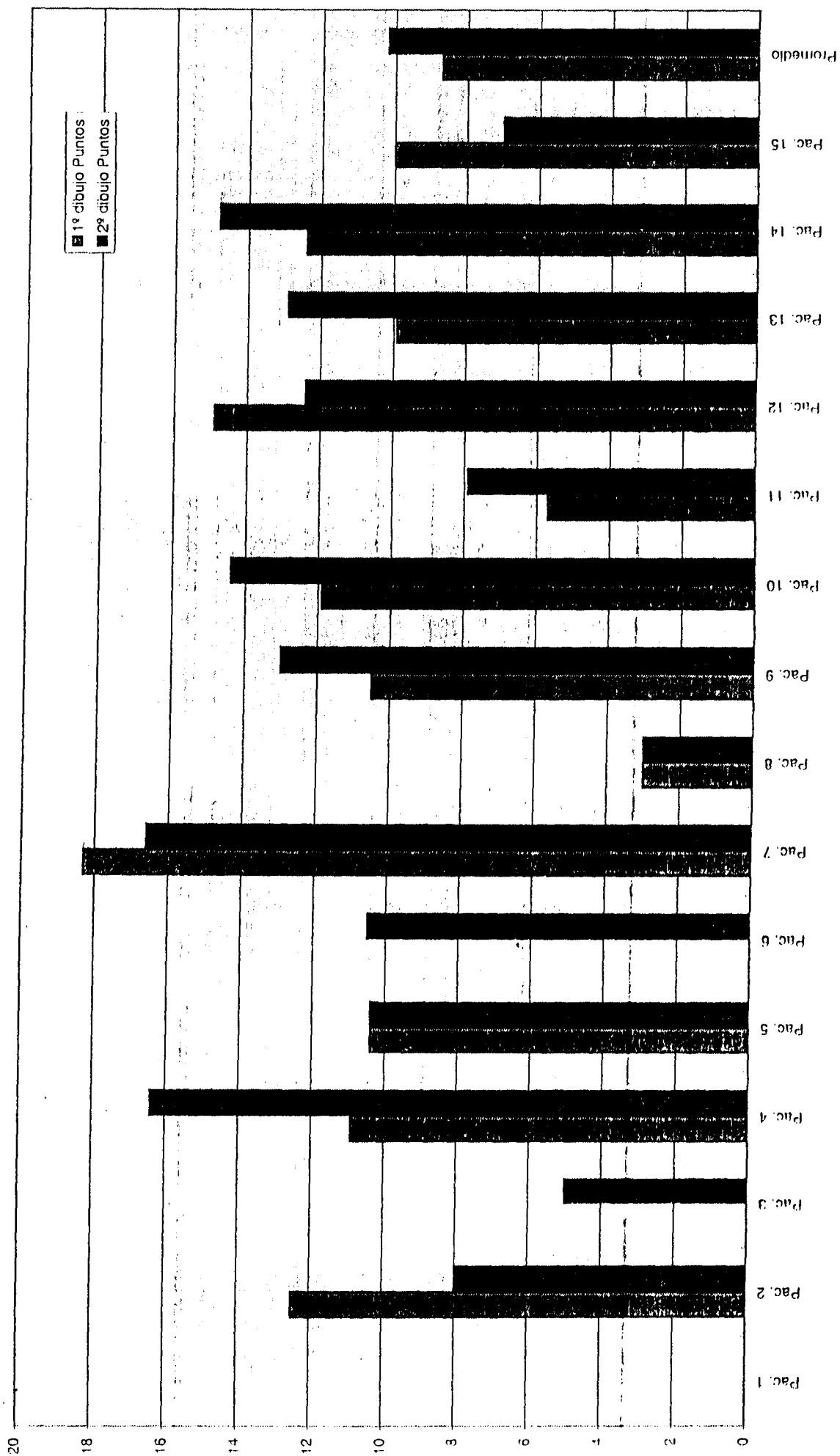


TABLA 8:

Puntajes del 1er. y 2do. dibujo de MMII realizados por los pacientes psicóticos que participaron del grupo de Estimulación Psicomotriz y del grupo control. Clínica de Psicopatología del Mar, Mar del Plata, Septiembre 1993-Febrero 1994.

Pac.	Puntajes MMII	Grupo Estimulación Psicomotriz			Grupo Control		
		1º dibujo	2º dibujo	% de mejora	1º dibujo	2º dibujo	% de mejora
		Puntos	Puntos		Puntos	Puntos	
1		17,5	20	14,3	0	0	0
2		0	14,6	-	0	0	0
3		2,9	8,8	203,4	0	5,9	-
4		4,6	8	73,9	20	17,5	-12,5
5		16,7	16,5	4,8	20	20	0
6		12,5	12,5	0	0	11,7	-
7		4,6	16,7	263	17,5	12,5	-28,6
8		20	17,5	-12,5	3,4	5,9	73,5
9		9,2	14,2	54,3	17,5	12,5	-28,6
10		5,8	11,7	101,7	9,2	8,4	-8,7
11		8,8	11,7	33	17,5	10,9	-37,7
12		15,8	15	-5,1	15	16,7	11,3
13		3,4	5,9	73,5	17,5	11,7	-33,1
14		17,5	17,5	0	17,5	15	-14,3
15		20	20	0	15	11,7	-22

GRUPO ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ:

Promedio 1er. dibujo = 10.6 p.

Promedio 2do. dibujo = 14.1 p.

DIFERENCIA PORCENTUAL DE MEJORA = 33 %

GRUPO CONTROL:

Promedio 1er. dibujo = 11.3 p.

Promedio 2do. dibujo = 10.7 p.

DIFERENCIA PORCENTUAL DE MEJORA = -5.3 %

GRUPO ESTIMULACION PSICOMOTRIZ

1º dibujo Puntos
2º dibujo Puntos

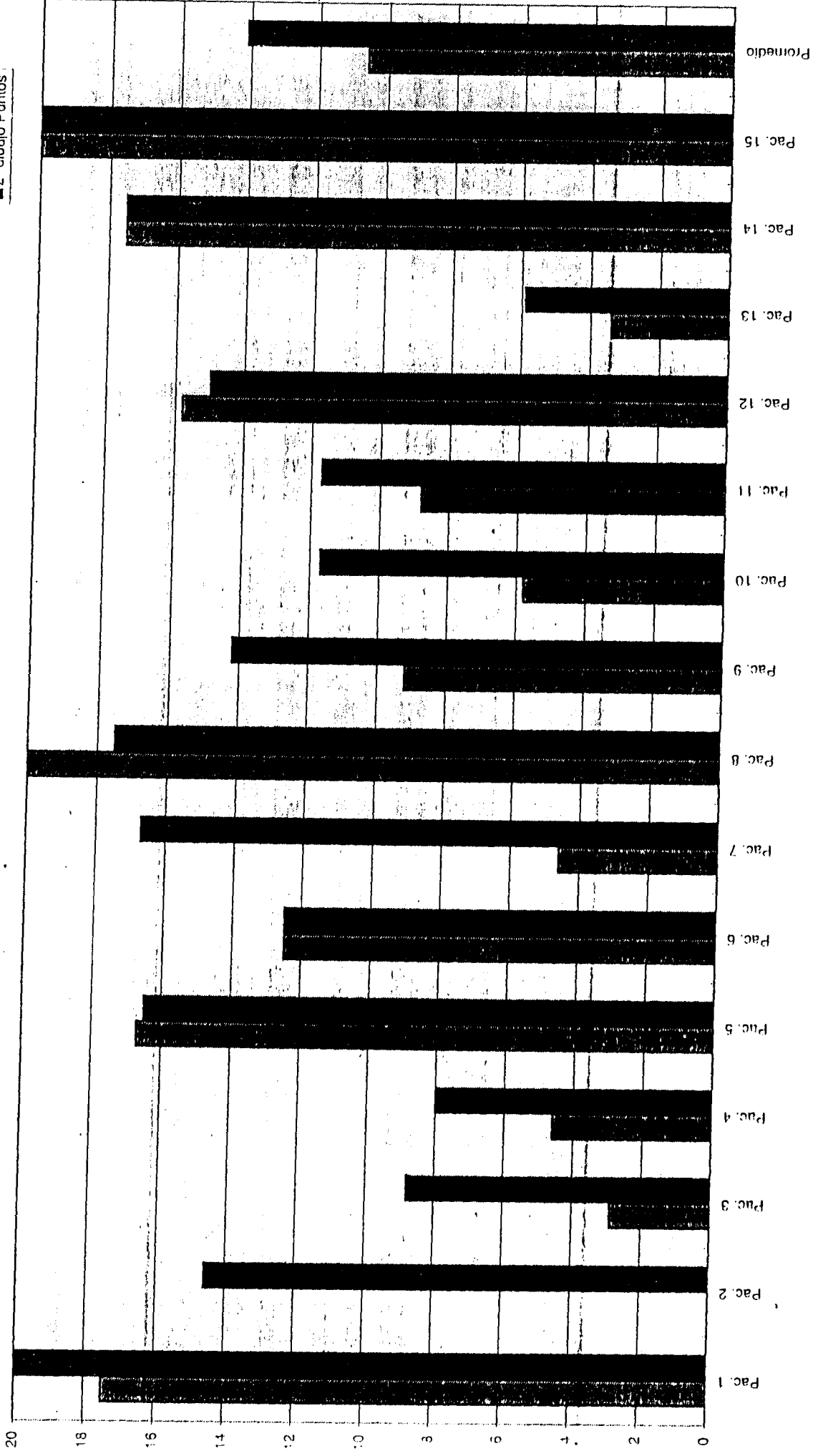


Gráfico 15

GRUPO CONTROL

□ 1º dibujo Puntos
 ■ 2º dibujo Puntos

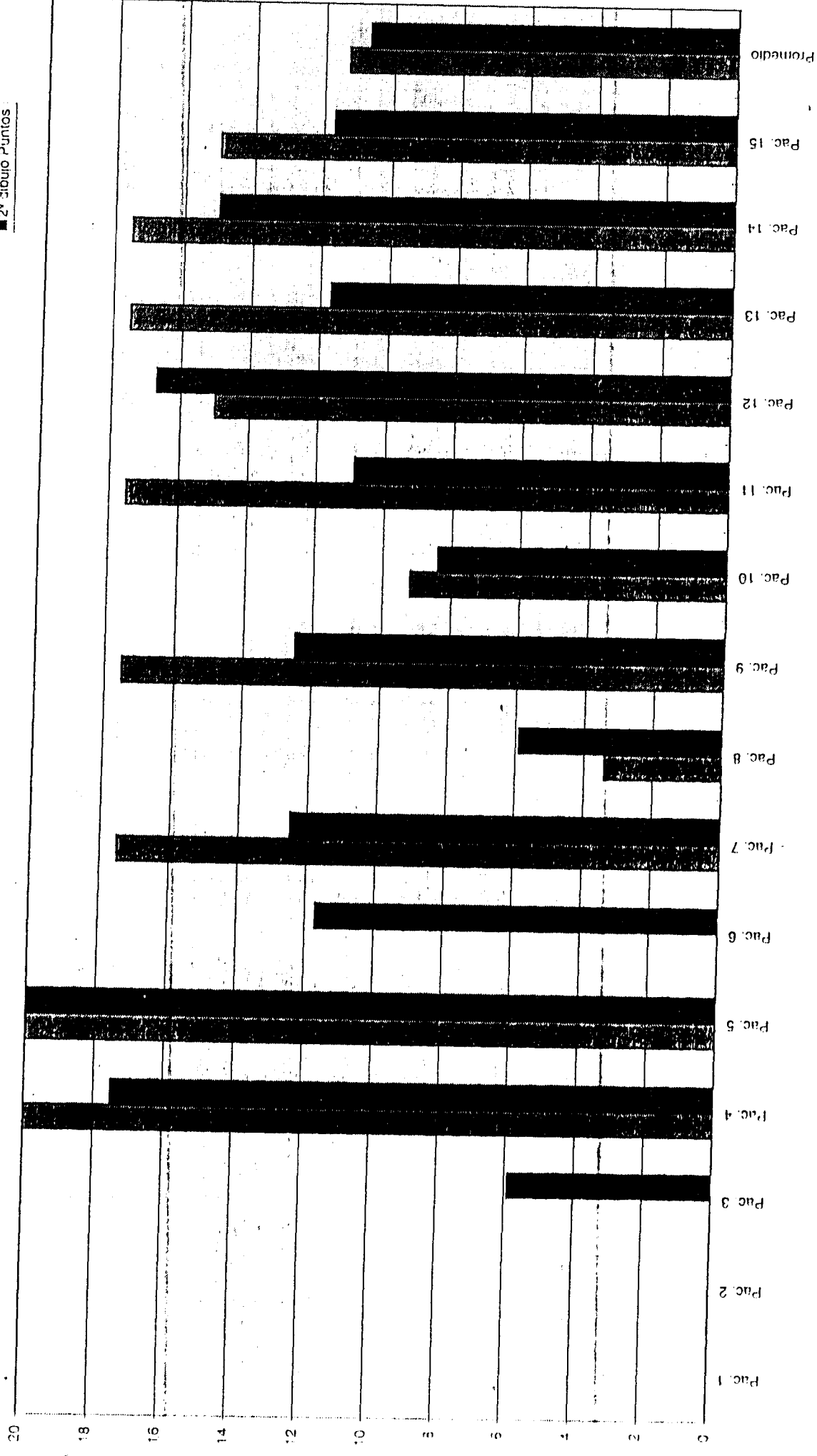


Grafico 16

TABLA 9:

Puntajes del 1er. y 2do. dibujo del sexo realizados por los pacientes psicóticos que participaron del grupo de Estimulación Psicomotriz y del grupo control. Clínica de Psicopatología del Mar, Mar del Plata, Septiembre 1993-Febrero 1994.

Puntajes sexo Pac.	Grupo Estimulación Psicomotriz			Grupo Control		
	1º dibujo	2º dibujo	% de mejora	1º dibujo	2º dibujo	% de mejora
	Puntos	Puntos		Puntos	Puntos	
1	0	10	-	0	0	0
2	10	10	0	10	0	-100
3	0	10	-	0	0	0
4	0	10	-	0	10	-
5	0	0	0	10	10	0
6	10	10	0	10	10	0
7	10	10	0	0	0	0
8	0	10	-	0	0	0
9	0	10	-	10	10	0
10	0	10	-	10	10	0
11	0	10	-	10	10	0
12	0	10	-	10	10	0
13	0	0	-	10	10	0
14	0	10	-	10	10	0
15	10	10	0	0	0	0

GRUPO ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ:

Promedio 1er. dibujo = 2.7 p.

Promedio 2do. dibujo = 8.7 p.

DIFERENCIA PORCENTUAL DE MEJORA = 222.2 %

GRUPO CONTROL:

Promedio 1er. dibujo = 6 p.

Promedio 2do. dibujo = 6 p.

DIFERENCIA PORCENTUAL DE MEJORA = 0 %

GRUPO ESTIMULACION PSICOMOTRIZ

■ 1º dibujo Puntos
■ 2º dibujo Puntos

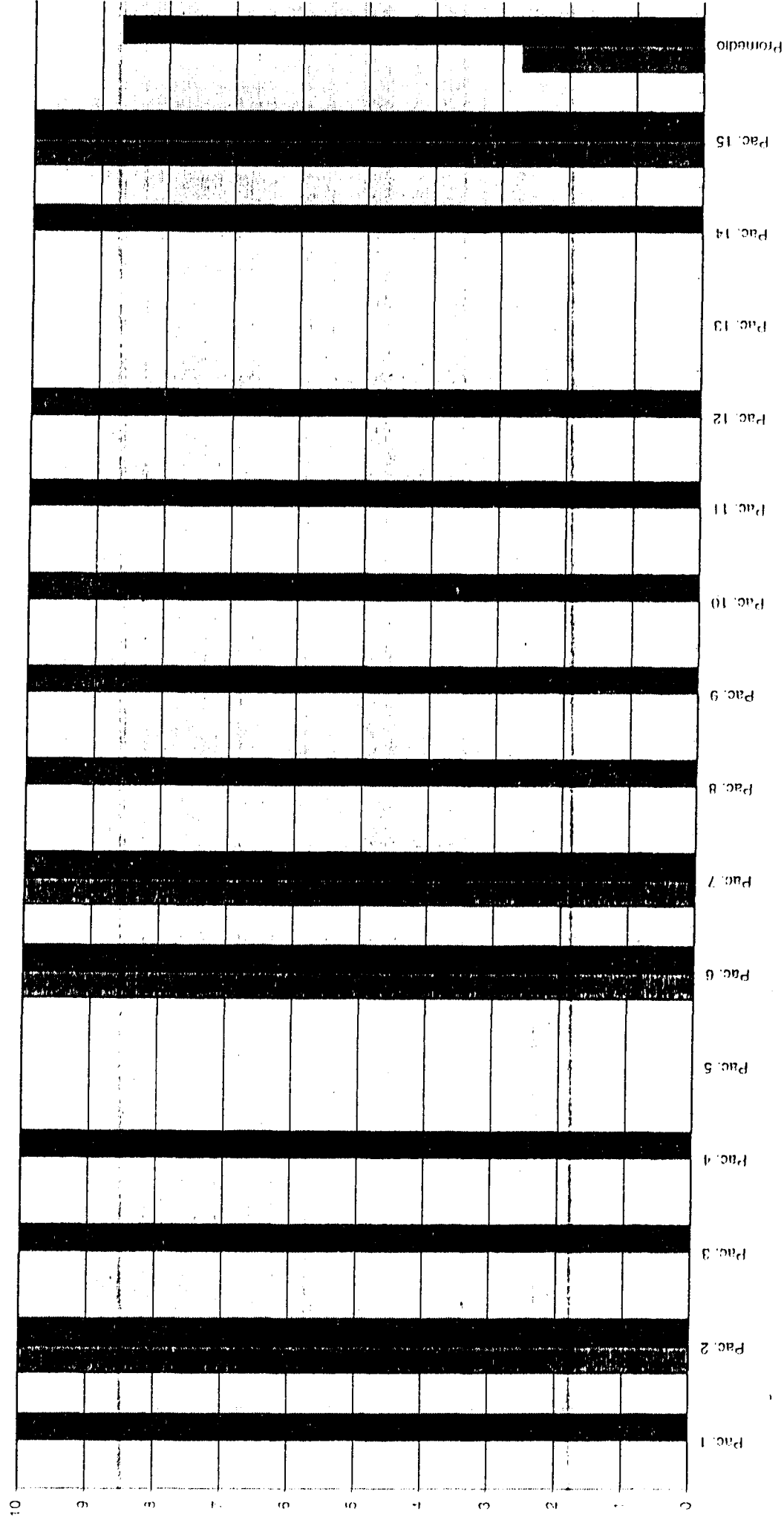


Gráfico 17

GRUPO CONTROL

■ 1º dibujo Puntos
■ 2º dibujo Puntos

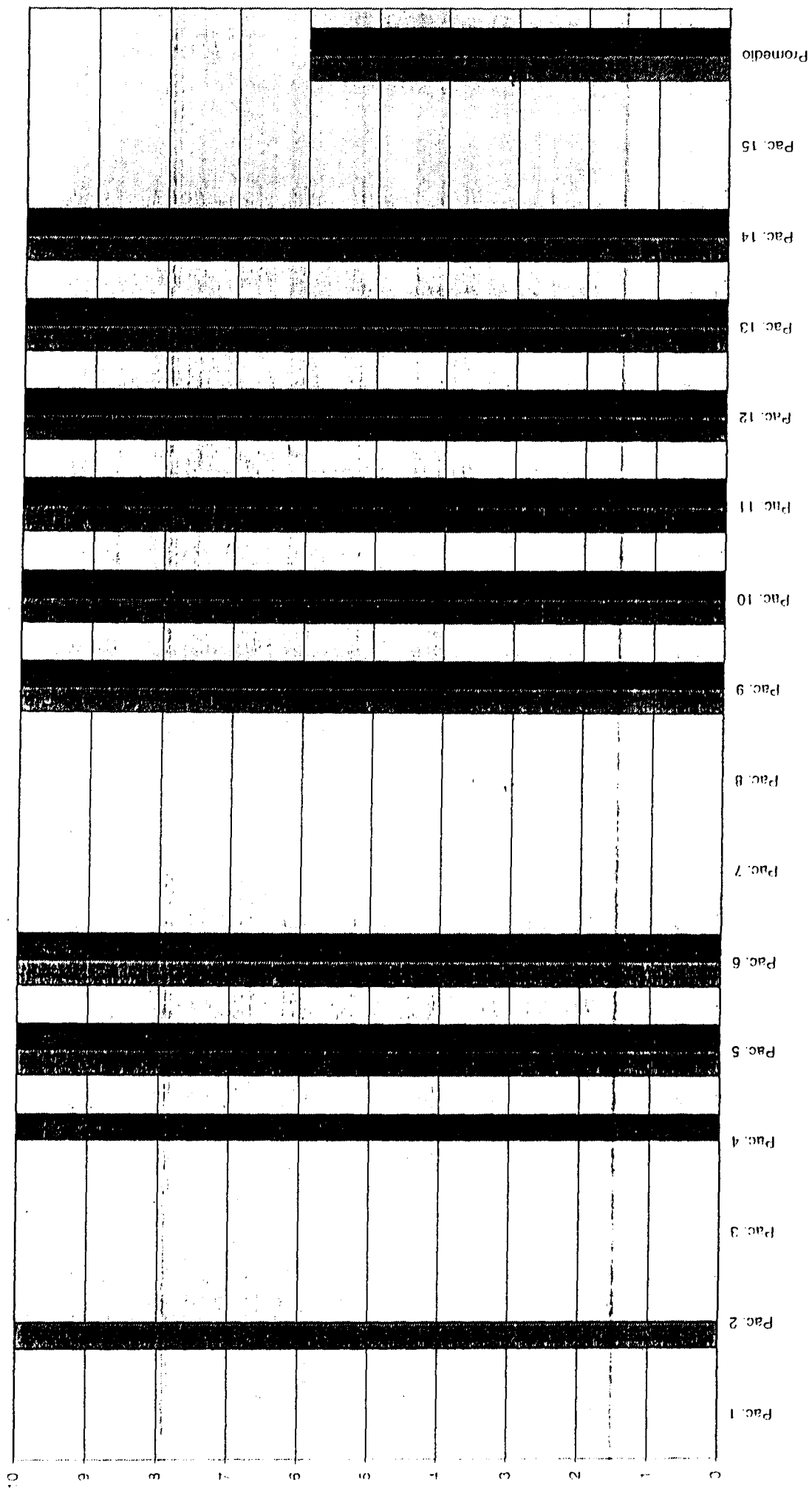


Gráfico 18

TABLA 10:

Puntajes del 1er. y 2do. dibujo de detalles del cuerpo realizados por los pacientes psicóticos que participaron del grupo de Estimulación Psicomotriz y del grupo control. Clínica de Psicopatología del Mar, Mar del Plata, Septiembre 1993-Febrero 1994.

Pac.	Puntajes detalles del cpo.	Grupo Estimulación Psicomotriz			Grupo Control		
		1º dibujo	2º dibujo	% de mejora	1º dibujo	2º dibujo	% de mejora
		Puntos	Puntos		Puntos	Puntos	
1		1,9	5	163,2	0	0	0
2		0	1,9	-	0	0	0
3		0	1,9	-	0	0	0
4		0	1,9	-	3,8	5	31,6
5		0	5	-	3,8	3,8	0
6		1,9	5	163,2	0	1,9	-
7		1,9	1,9	0	1,9	1,9	0
8		3,8	5	31,6	0	0	0
9		1,9	1,9	0	1,9	1,9	0
10		0	1,9	-	5	5	0
11		1,9	5	163,2	1,9	0	-100
12		1,9	1,9	0	1,9	1,9	0
13		0	0	0	1,9	1,9	0
14		5	5	0	5	5	0
15		3,8	3,8	0	1,9	1,9	0

GRUPO ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ:

Promedio 1er. dibujo = 1.6 p.

Promedio 2do. dibujo = 3.1 p.

DIFERENCIA PORCENTUAL DE MEJORA = **93.8 %**

GRUPO CONTROL:

Promedio 1er. dibujo = 1.9 p.

Promedio 2do. dibujo = 2 p.

DIFERENCIA PORCENTUAL DE MEJORA = **5.3 %**

GRUPO ESTIMULACION PSICOMOTRIZ

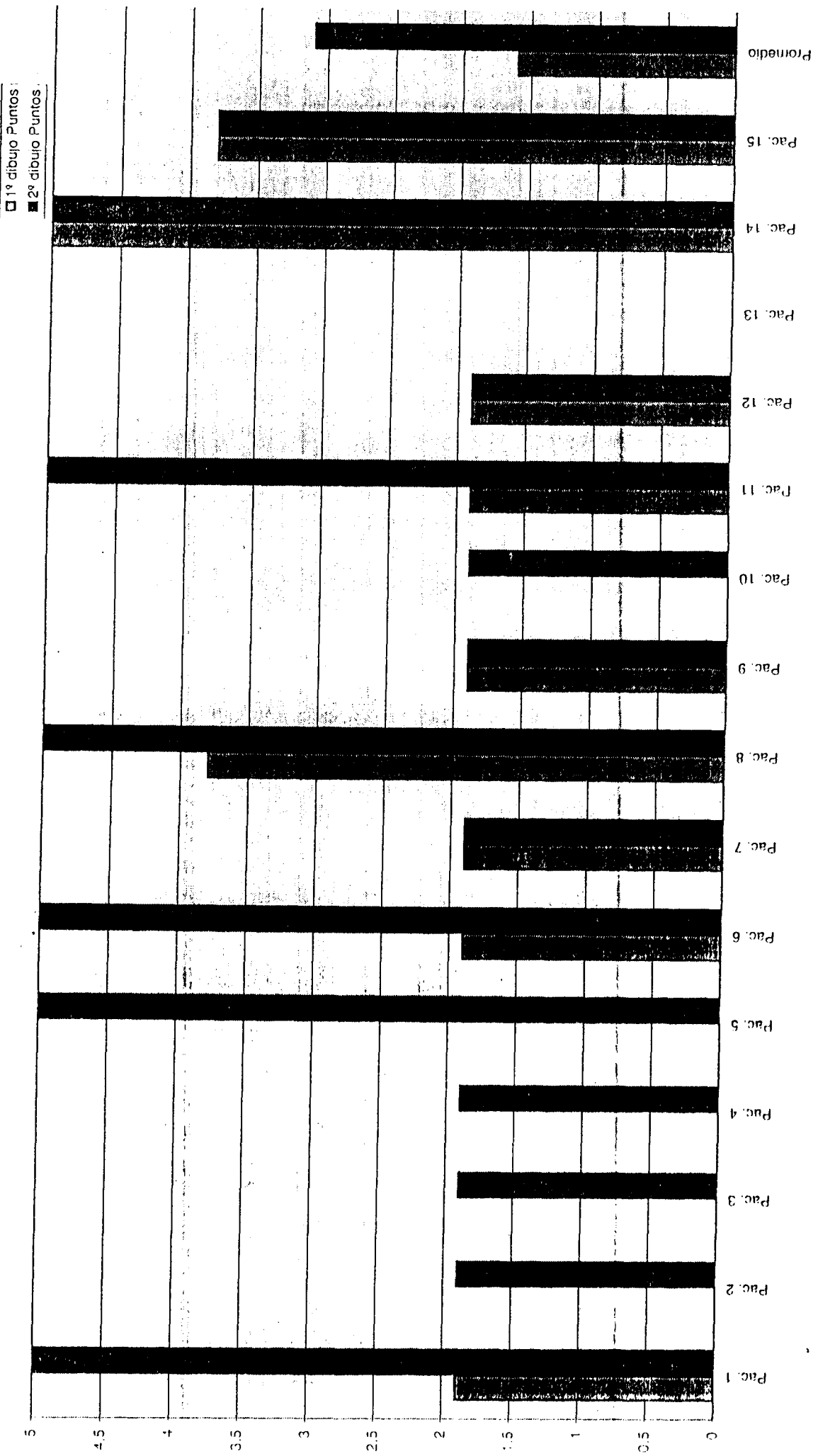


Gráfico 19

GRUPO CONTROL

□ 1º dibujo Puntos
■ 2º dibujo Puntos

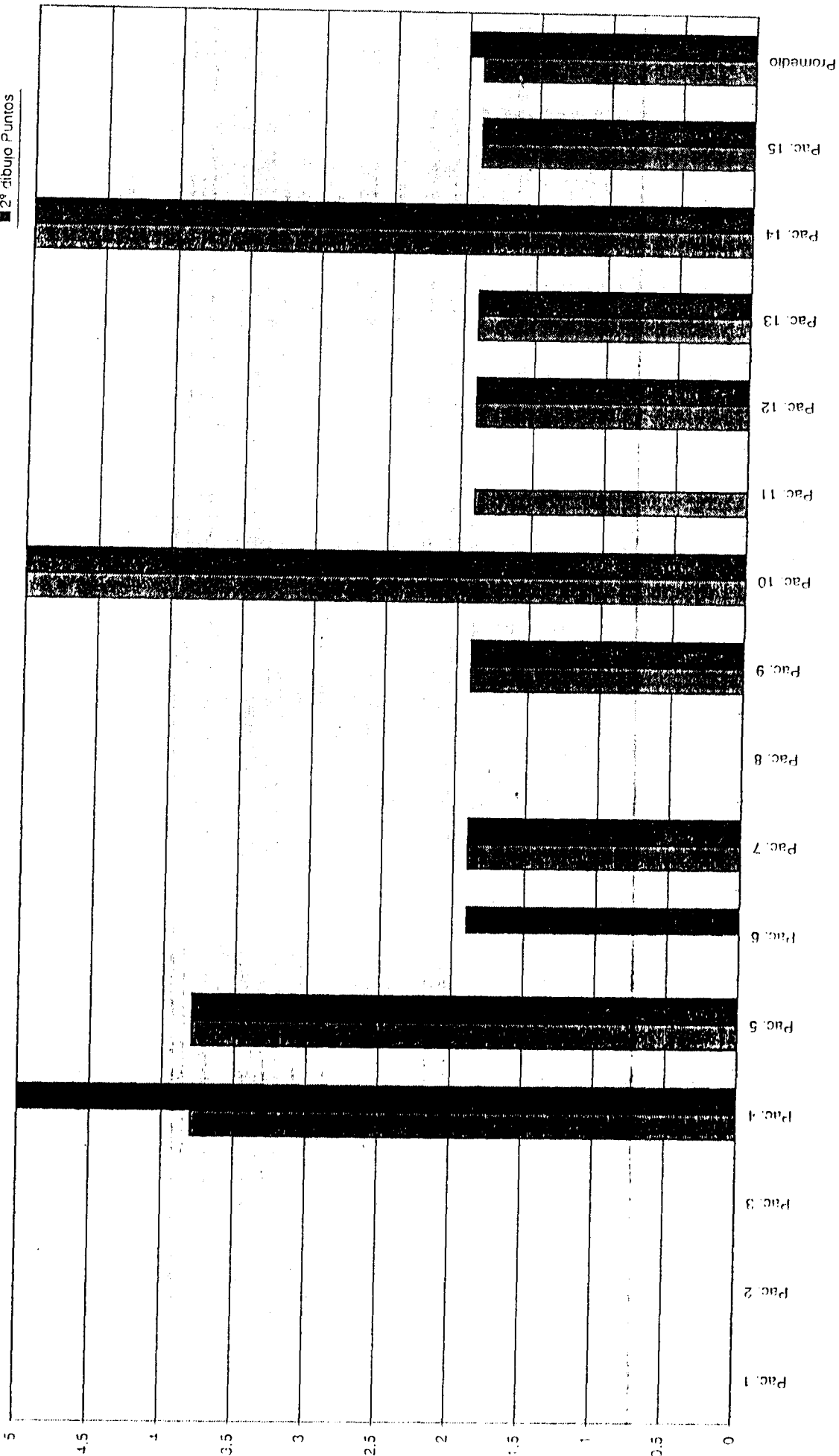


Gráfico 20

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Luego de haber expuesto los resultados de esta investigación, podemos responder al problema que dio origen a este estudio afirmando que:

La Estimulación Psicomotriz favorece la Integración de la estructura de la Imagen Corporal en pacientes psicótico crónicos institucionalizados en la Clínica de Psicopatología del Mar, de Mar del Plata.

La interpretación de los resultados es la siguiente:

- ✓ La diferencia porcentual de mejora entre los promedios de los dibujos del grupo de Estimulación Psicomotriz fue de 57.8, en cuanto al grupo Control la diferencia porcentual entre promedios fue de 3.9%. Por lo tanto, si restamos la diferencia porcentual del grupo Control al de Estimulación Psicomotriz, tenemos 53.9% de mejora promedio en el grupo de trabajo. Esta resta se realiza dado que la mejora del 3.9% podría deberse a los tratamientos recibidos en la internación, tanto por el grupo Control como el de la experiencia (TABLA 1).
- ✓ Todos los resultados del segundo dibujo de los pacientes del grupo de Estimulación Psicomotriz aumentaron con respecto al primero. En cambio en los resultados del segundo dibujo del grupo Control hubo disparidad en relación a que unos

aumentaron, otros disminuyeron y otros se mantuvieron (TABLA 1).

✓ En relación a la categorización de la variable, se observaron las siguientes variaciones en el grupo de estudio: el 26.7% se mantuvo en la misma categoría, el 60% ascendió una categoría y el 13.3% ascendió dos categorías. En el grupo Control el 73.4% se mantuvo en la misma categoría, el 13.3% ascendió una categoría y el 13.3% descendió una categoría (TABLA 2).

✗ ✓ En el grupo de Estimulación Psicomotriz, en el primer dibujo la mayoría (93.4%) se repartió por igual en las categorías No integra e Integra medianamente (46.7%), en tanto que el 6.6% restante, se incluyó en Integra. En el segundo dibujo, la categoría No integra quedó desierta, la categoría Integra medianamente tuvo una inclusión similar al primer dibujo (53.3%) y hubo un incremento en la categoría Integra (46.7%). En el grupo Control, el 53.4% se distribuyó en el primer dibujo en forma equivalente entre las categorías No integra e Integra (26.7%) y el 46% se incluyó en la categoría Integra medianamente. En el segundo dibujo hubo un aumento en la categoría Integra medianamente (60%) con una disminución equivalente en las categorías restantes (20%) (TABLA 3).

✓ En relación al dibujo de las partes que componen la Figura Humana (Cabeza, Cuello, Tronco, Miembros Superiores, Miembros Inferiores, Sexo y Detalles del Cuerpo) en el grupo de Estimulación Psicomotriz, consignamos lo siguiente:

- La mayor variación entre promedios del primer y segundo dibujo, fue en Sexo (222.2% de mejora). En el

segundo dibujo la mayoría de los pacientes (86.7%) lo dibujaron correcto en relación a sí mismos a diferencia del primero en el cual el mayor porcentaje (73.3%) lo dibujó indefinido o incorrecto con respecto a sí mismo (TABLA 9).

- En cuanto a Detalles del Cuerpo, hubo una mejora entre los promedios del primer y segundo dibujo del 93.8%, debiéndose esto a que en algunos dibujos se completó vestimenta y se agregaron Accesorios y en otros se pudo consignar este ítem que no estaba presente en el primer dibujo (TABLA 10).

- En Miembros Superiores hubo una mejora entre los promedios del primer y segundo dibujo del 67.2%, dado que la mayoría de los pacientes (80%) aumentaron su puntaje. En ningún dibujo (primero o segundo) los miembros superiores fueron completos. En el primer dibujo una minoría (20%) dibujó más del 50% de los miembros superiores, en tanto que en el segundo dibujo la mayoría (60%) dibujó más del 50% (TABLA 7).

- En los dibujos de Cabeza, hubo una diferencia porcentual de mejora entre los promedios del primer y segundo dibujo, del 54.4%. Todos los dibujos aumentaron el puntaje con respecto al primero. En el primer dibujo el 40% dibujó más del 50%, observándose una modificación en el segundo en el cual la mayoría de los pacientes (80%) dibujó más del 50% de Cabeza (TABLA 4).

- En Tronco la mejora entre los promedios del primer y segundo dibujo, fue del 47.7%. En el segundo dibujo la

mayoría de los pacientes (73.3%) dibujó Tronco completo, y el resto en un 50%, esto demuestra una mejoría con respecto al primer dibujo, en el cual el 40% dibujó Tronco completo en tanto que el resto lo hizo en un 0%, 25%, o 50% (TABLA 6).

- En Miembros Inferiores se obtuvo una diferencia porcentual de mejora entre los promedios del primer y segundo dibujo, del 33%. En el primer dibujo el 46.7% dibujó más del 50% de los miembros inferiores, esto se modificó en el segundo dibujo, siendo la mayoría (80%) la que dibujó más del 50% (TABLA 8).

- La menor diferencia de mejora fue en Cuello, siendo esta del 18.9% (TABLA 5).

✓ En el grupo Control las variaciones entre los promedios del primer y segundo dibujo fueron menores a la del grupo de Estimulación Psicomotriz, oscilando entre una diferencia negativa (-5.3%) en miembros inferiores (TABLA 8) y una diferencia positiva (17.2%) en miembros superiores (TABLA 7). Las variaciones intermedias entre los promedios del primer y segundo dibujo fueron: 1% en Cabeza (TABLA 4), 5.3% en Detalles del Cuerpo (TABLA 10) y 12.5% en Tronco (TABLA 6). Cuello y Sexo no obtuvieron diferencias (TABLAS 5 y 9).

ANALISIS E INTERPRETACION DEL DIBUJO DE

FIGURA HUMANA

Intentamos analizar la producción gráfica de los pacientes, enlazándola con los conceptos de Freud retomados por Maldavsky, que fueron desarrollados en el marco teórico.

En el Capítulo III nos referimos a la representación que tiene el esquizofrénico de sí mismo. La misma es denominada por Freud cuerpo fragmentado, en donde cada zona erógena tiene un vínculo opositivo con las demás, entre las cuales sólo existe una diferencia posicional, estando articuladas por una sustancia intersticial.

Estos conceptos pueden ser aplicados a los dibujos realizados por los pacientes en esta experiencia.

De esta manera encontramos en la producción de los dibujos de los pacientes antes de haber realizado la Estimulación Psicomotriz, que son esbozadas las diferentes partes del cuerpo (cabeza, cuello, tronco, MMSS, MMII) sin establecer claramente las características particulares de cada una de ellas (pacientes 11 y 9, págs. 242 y 240).

Entre las diferentes partes del cuerpo representadas en el dibujo no hay unión, y la diferencia entre éstas es sólo posicional, correspondiéndose a una Imagen Corporal disociada. En este punto retomamos el concepto de G. Pankow acerca de la Imagen Corporal del psicótico en términos de disociación. Ésta es definida como una destrucción

de la imagen del cuerpo en virtud de la cual las partes corporales pierden su ligazón con el todo.

El dibujo de líneas abiertas muestra el intento fallido del paciente por encontrar una unificación, una sustancia que dé estructura a la representación de su propia imagen (pacientes 13 y 3, págs. 246 y 232). Por otro lado el trazo del dibujo es de varias líneas, espigado, que podría relacionarse con un criterio de representación de origen sensorial cinestésico, que refleja sensaciones ultracorporales que se correlacionan con las vivencias corporales del paciente psicótico (paciente 11, pág. 242).

Planteamos que en estos dibujos hay una pérdida de la armonía estética global, determinada ésta no por un juicio de valor hacia lo estético, sino referida a un desmembramiento de la figura que remite a un yo fragmentado-disociado. Si se desconoce la consigna en algunos, resulta difícil distinguir el dibujo de una figura humana (pacientes 13 y 3, págs. 246 y 232).

En cuanto al dibujo del rostro, en algunos se hallan representadas las zonas erógenas (boca, nariz, orejas) de un modo desordenado y en una posición desviada de su lugar o incluso hay omisión de algunas de ellas, estando en vínculo opositivo unas con respecto a otras (pacientes 3, 6, 7 y 9, págs. 232, 236, 238 y 240).

Otro aspecto a considerar, es que en algunos dibujos en la representación de la figura humana se reúnen dos o más perspectivas, como por ejemplo, cara de perfil y

cuerpo de frente. Esto se puede relacionar con una falla del criterio visual primando un criterio intelectual por el cual el paciente dibuja todo lo que sabe sobre su cuerpo (pacientes 6 y 11, págs. 236 y 242).

Luego de haber mediado la Estimulación Psicomotriz, en la realización del segundo dibujo se pudieron observar modificaciones.

Las diferentes partes del cuerpo son dibujadas más detalladamente, deteniéndose en las características particulares de cada una de ellas. Los dibujos se completan en cantidad de partes corporales. Los miembros son de dos dimensiones; se agrega vestimenta y en algunos casos accesorios. Las líneas son cerradas, uniendo entre sí los segmentos corporales. Esto muestra el intento de los pacientes de dar unión, coherencia gestáltica, estructura, a la representación de su propia imagen. Esto remite a una evolución en la estructura de la Imagen Corporal del sujeto, al dar a través de la línea cerrada, unión a sus propios órganos y zonas erógenas, lo cual nos permite hablar de un comienzo en la integración del yo del sujeto.

Se observan dibujos en los cuales persiste aún la falta para completar el rostro.

Entendemos que en general en estos dibujos se podría realizar un análisis desde el contenido de los mismos, que como hemos señalado anteriormente, no es el objetivo de esta investigación.

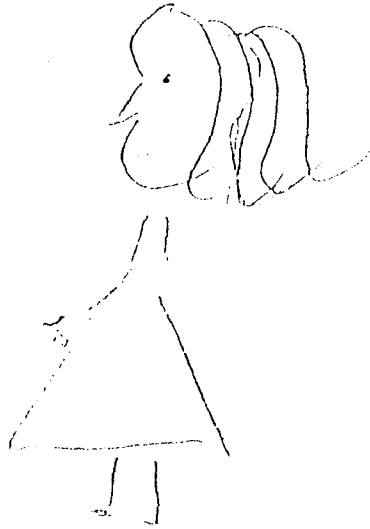
Paciente N°: 3

Primer dibujo



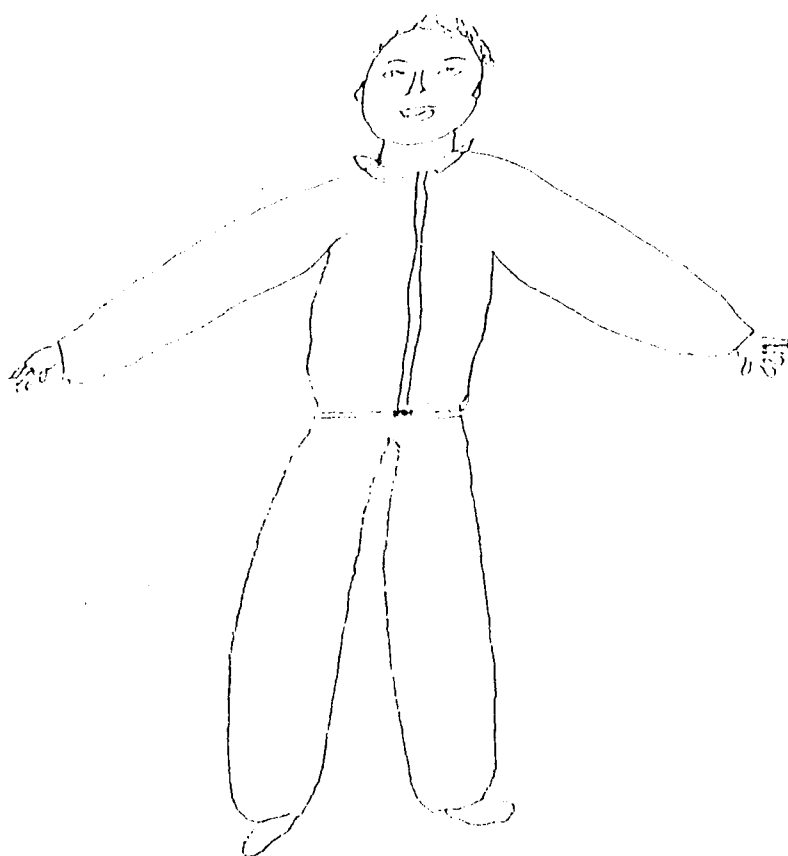
Paciente Nº: 3

Segundo dibujo



Paciente N°: 5

Segundo dibujo



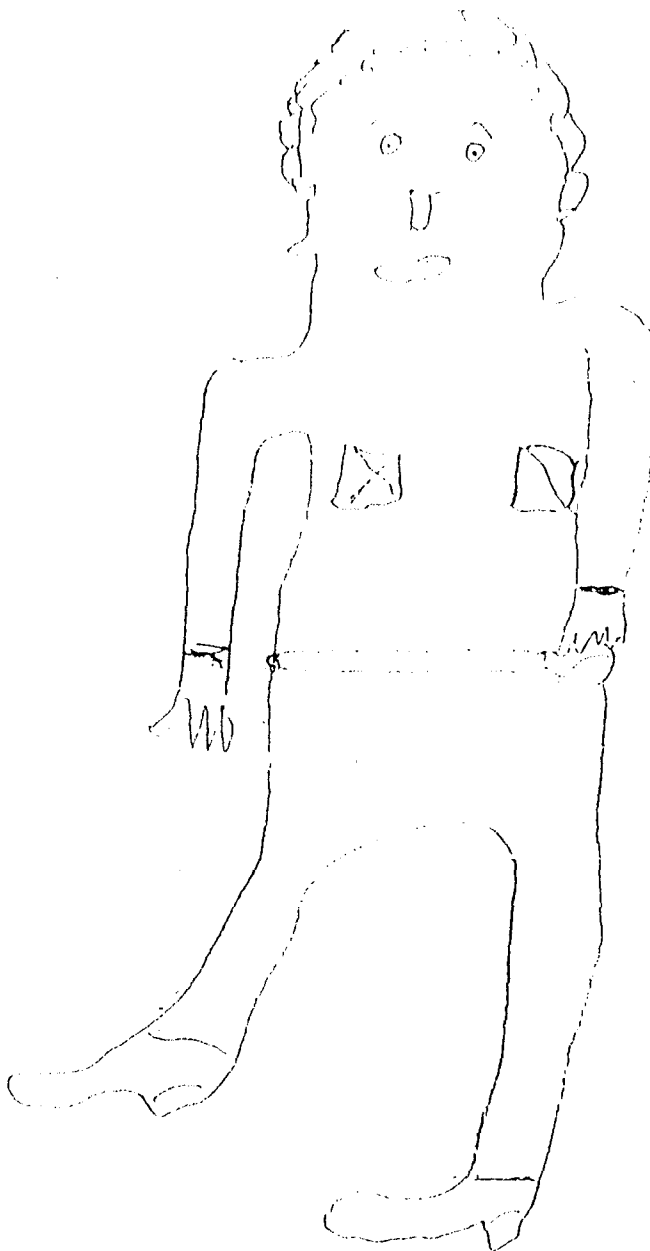
Paciente Nº: 6

Primer dibujo



Paciente Nº: 6

Segundo dibujo



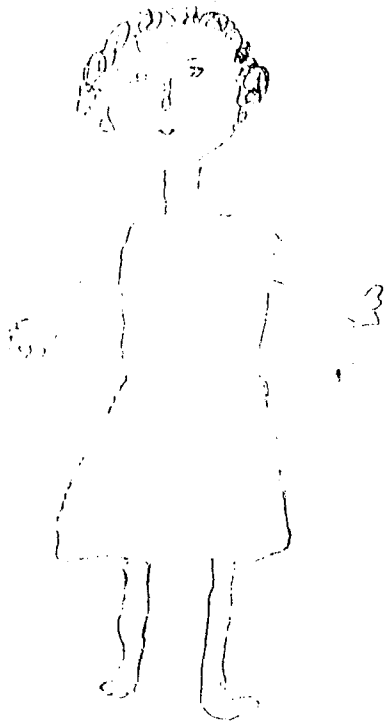
Paciente N°: 7

Primer dibujo



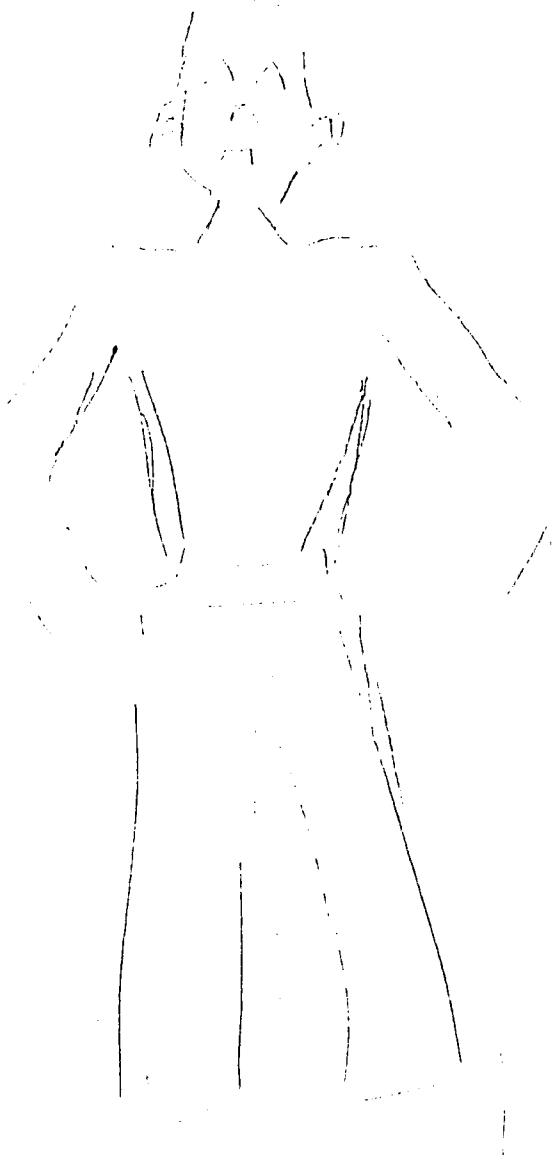
Paciente Nº: 7

Segundo dibujo



Paciente N°: 9

Primer dibujo



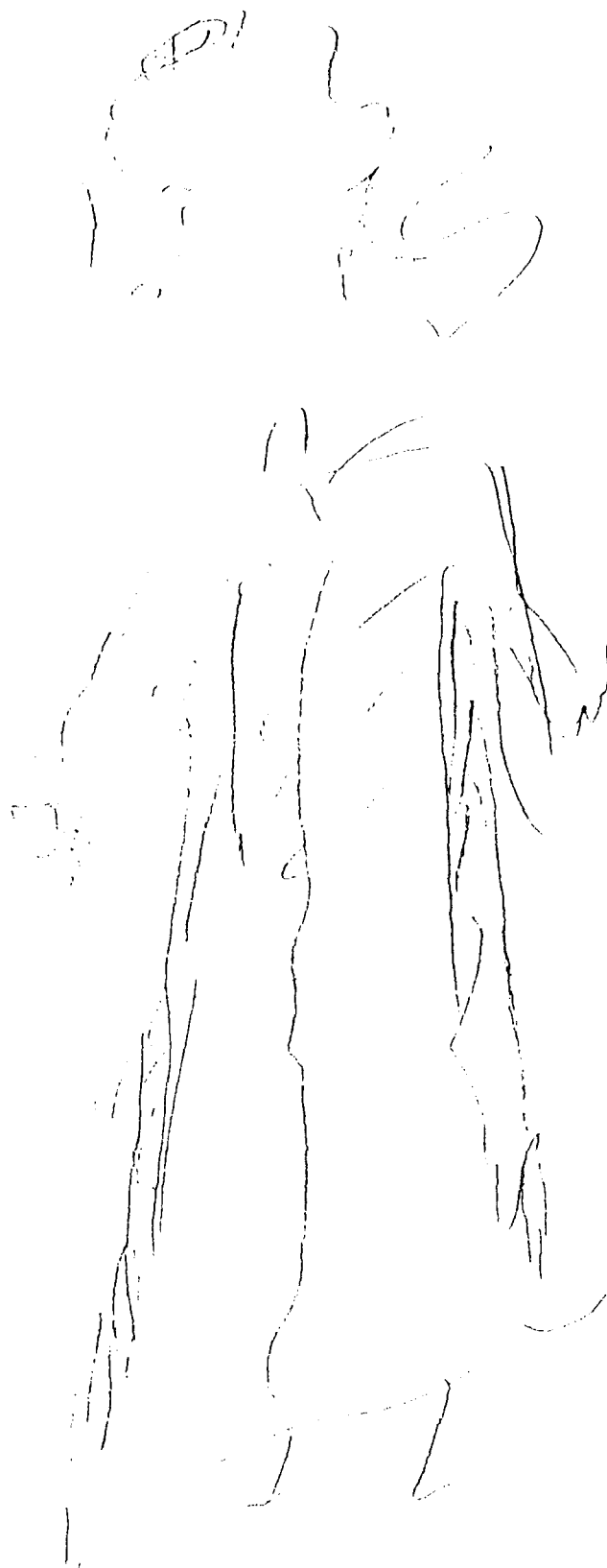
Paciente Nº: 9

Segundo dibujo



Paciente N°: 11

Primer dibujo



Paciente N°: 11

Segundo dibujo



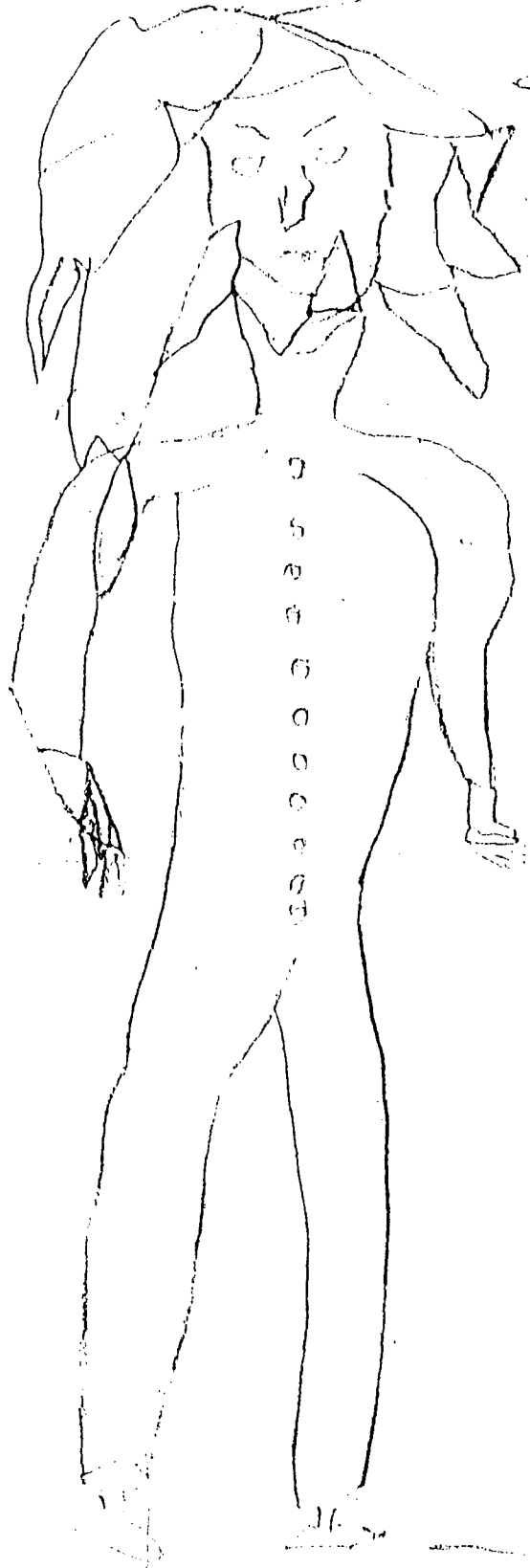
Paciente Nº: 11

Segundo dibujo



Paciente N°: 12

Primer dibujo



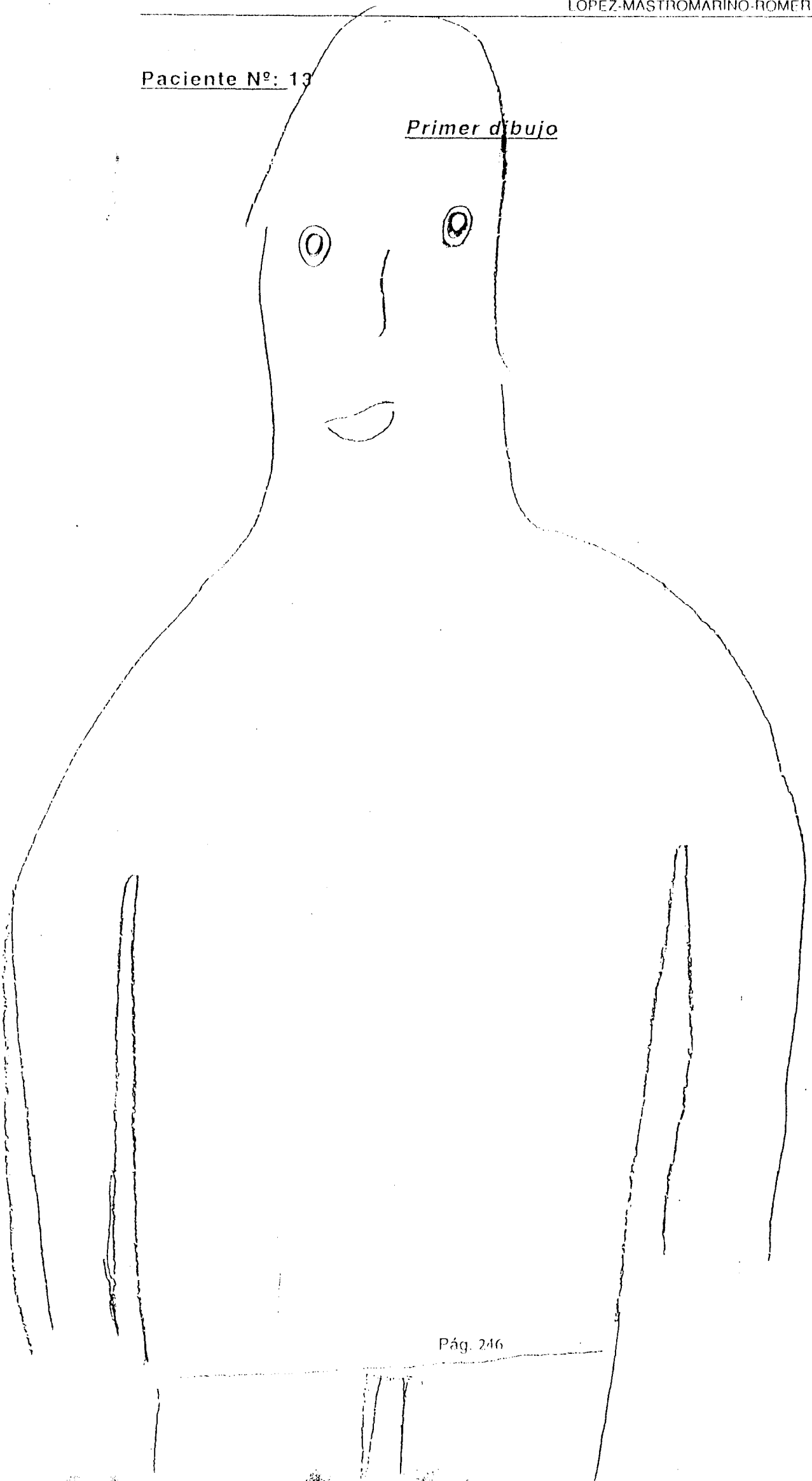
Paciente N°: 12

Segundo dibujo



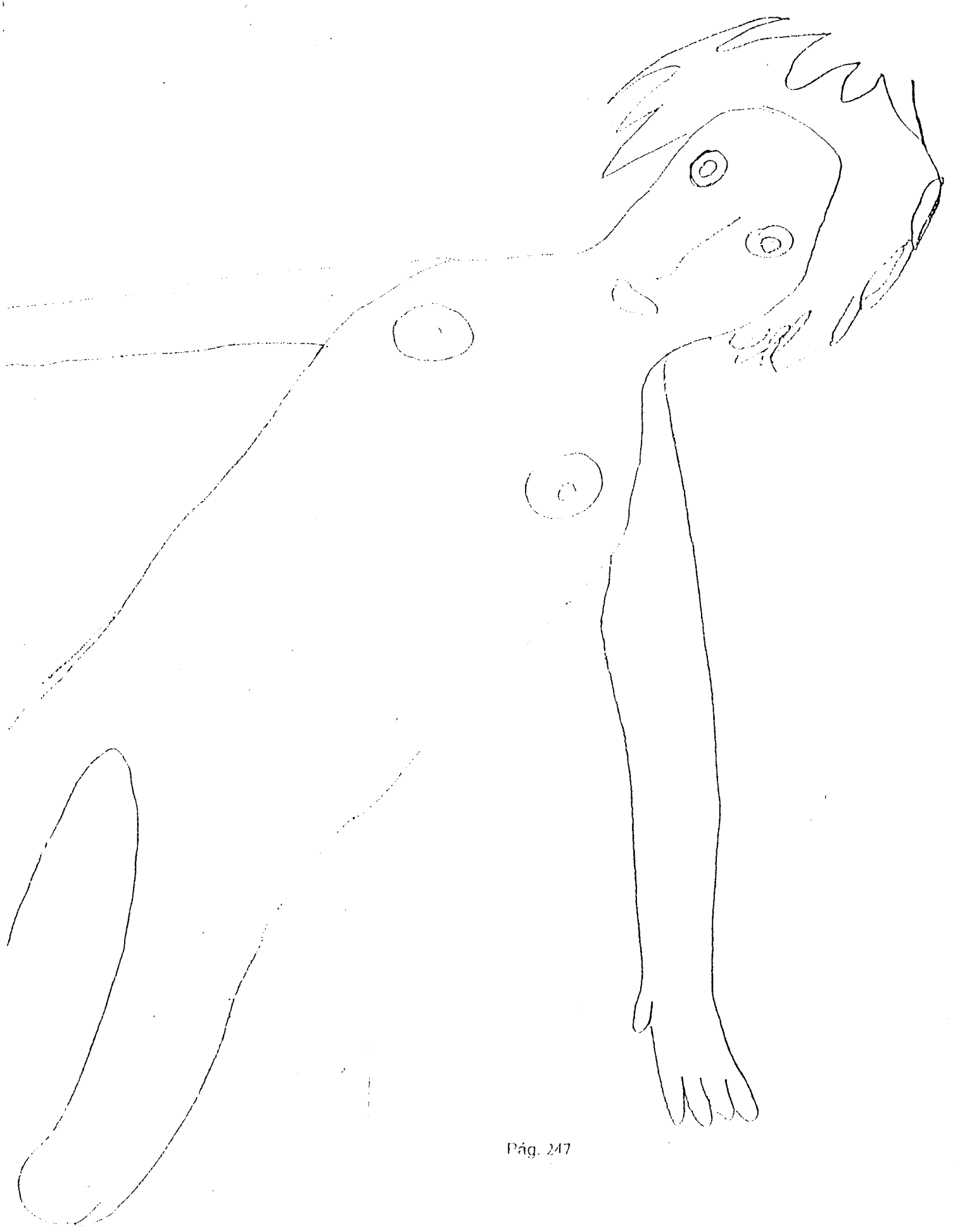
Paciente N°: 13

Primer dibujo



Paciente N°: 13

Segundo dibujo



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS

OBSERVACIONES REALIZADAS DURANTE LA

ACTIVIDAD

Desde la observación directa del grupo de Estimulación Psicomotriz podemos afirmar lo siguiente:

Los pacientes gradualmente concurren en forma espontánea a los encuentros, sin necesidad de ser convocados individualmente, respetando el horario de inicio, el tiempo de duración y el lugar. Esto denota por parte de los mismos la incorporación del espacio terapéutico, hecho fundamental para el desarrollo de la actividad.

En el transcurso de las sesiones durante el segundo momento de la actividad, los pacientes pasaron de realizar la actividad individualmente a integrarse como grupo, interrelacionándose, compartiendo los elementos de trabajo, observándose unos a otros, conformando subgrupos (los cuales no eran fijos). Esto demuestra un sentido de pertenencia al grupo, muy importante dadas las dificultades de estos pacientes para integrarse e interactuar en un grupo, lo cual posibilitó asegurar la continuidad y permitió sostener el espacio terapéutico.

En cuanto a las consignas, gradualmente fueron siendo menos precisas a medida que la participación de los pacientes fue más activa y autónoma, relacionado esto con un mayor compromiso y conocimiento de la actividad.

El vestirse con ropa cómoda para poder moverse con más soltura, surgió como propuesta de los pacientes al poco tiempo de haber comenzado la actividad. Para ellos implicó todo una preparación a la vez que se suscitaron comentarios y recuerdos en relación con su cuerpo, el movimiento y el juego. Esto implicó el hecho de empezar a pensar en su arreglo personal, de utilizar ropa adecuada para la actividad, marcando la modificación en cuanto al uso cotidiano de la ropa (varias prendas superpuestas sin zapatos) y a la ausencia del cuidado personal, característica que se presenta habitualmente en estos pacientes.

Todos los pacientes manifestaban sentirse mejor después de cada encuentro, traducido esto en una disminución de dolores corporales, en la posibilidad de conciliar el sueño más fácilmente y descansar mejor. La preocupación surgió como emergente grupal. Los pacientes comentaban los beneficios de realizar una actividad corporal con cierta frecuencia, y se propusieron disminuir la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente.

Esta actividad fue disparador de situaciones conflictivas que paralelamente fueron trabajadas en la psicoterapia individual y/o grupal.

En éstas los pacientes pudieron hablar por ejemplo sobre problemas de salud de familiares, en donde se veía afectado el cuerpo de un pariente cercano.

De esta manera se realizó un trabajo en equipo donde los recuerdos, las sensaciones y las vivencias

corporales fueron analizadas desde otro lugar, tomando una dimensión diferente, simbólica.

Durante los juegos reglados los pacientes asumieron la tarea colectiva, integrándose en subgrupos para poder resolver imprevistos en el desarrollo de la actividad, pudieron defender un espacio propio (por ejemplo, el arco en el fútbol) y atacar un espacio que es representante de otro (sujeto). Asimismo los que comprendían las reglas del juego colaboraron con aquellos que tenían dificultades. La aceptación de las reglas permitió graduar, enmarcar y establecer el encuadre de trabajo. Comenzar la actividad a través del juego reglado como instancia ordenadora, permitió constituir una plataforma de encuentro entre los participantes, y favoreció la integración e interacción de éstos para la consecución de objetivos en común.

Los premios entregados durante los primeros encuentros a los ganadores de los juegos, que sirvieron de estímulo para la concurrencia y participación de los pacientes, se suprimieron dado que la asistencia y participación en el grupo comenzó a ser espontánea, interesándose los pacientes por la actividad misma.

En cuanto al trabajo con los objetos, los pacientes aceptaron el contacto de ellos con su cuerpo, favoreciendo la vivencia del propio cuerpo a partir del conjunto de estímulos que desencadenaba dicho contacto. Pudieron elegir un objeto, explorar sus posibilidades, manipularlo, jugar con él, lo que significó poder establecer un vínculo diferenciado aceptando e

interactuando a su vez con las características del objeto. A lo largo de las sesiones demostraban los pacientes la preferencia por algunos de ellos, evidenciado esto por la solicitud de volver a trabajar con el mismo objeto proponiendo a su vez nuevas alternativas de trabajo no exploradas aún.

La comunicación mediante los objetos, fue aumentando las posibilidades expresivas y de intercambio a través de gestos a distancia, en un primer momento, para posteriormente compartir el objeto con el otro.

Los pacientes modificaron sus movimientos, gestualidad, posturas, actitudes y reacciones corporales, es decir que sus movimientos estereotipados y monótonos, así como la inhibición inicial frente al grupo, se transformó en un jugar espontáneo, más libre y plástico.

A través de la experiencia los pacientes pudieron enriquecer sus posibilidades plásticas corporales, es decir aumentar la cantidad de movimientos en relación a la música, a los objetos y a los otros. Gradualmente todos pudieron proponer al grupo un movimiento propio el cual era imitado. Esto significó para el paciente un espacio en donde sus movimientos fueron reconocidos por los otros como producción propia, imprimiéndole su estilo personal.

A la propuesta de movimientos por parte de los pacientes se le sumó la propuesta de los objetos y la música que acompañarían la actividad.

En la relación con los otros, los pacientes durante los encuentros pudieron interactuar, coincidiendo las acciones en común lo cual mantenía una seguridad afectiva.

El grupo respondía a los movimientos, a las palabras, a las miradas, a los gestos de cada uno de los integrantes, lo que posibilitó el reconocimiento del grupo.

A medida que se desarrollaron los encuentros se evidenció un aumento en la comunicación verbal y por ende un mayor intercambio. Se observó una modificación importante en la expresión verbal y gestual. En este sentido, pudieron realizar demandas de manera autónoma en temas que se relacionaban con el cuidado personal, por ejemplo la alimentación adecuada a la época del año, la necesidad del baño luego de la actividad, etc.

Los pacientes aceptaron la relajación, expresaron la necesidad de descanso después de la finalización del encuentro. De esta manera, los pacientes vivenciaron su cuerpo y la quietud de una manera diferente a su habitual abulia e inmovilidad.

CONCLUSIÓN

En el inicio de esta investigación, nos formulamos la siguiente pregunta:

¿Cómo la actividad Estimulación Psicomotriz puede favorecer la integración de la estructura de la Imagen Corporal, en pacientes psicóticos crónicos adultos institucionalizados en la Clínica de Psicopatología del Mar en el período de septiembre de 1993 a febrero de 1994?

A partir de la misma, se comenzó este trabajo, en el cual se planificó una modalidad de abordaje corporal con un fin específico.

En relación a los objetos planteados, podemos confirmar el cumplimiento de cada uno de los mismos. En este sentido estaríamos en condiciones de afirmar que la Estimulación Psicomotriz, en tanto técnica implementada desde el espacio de Terapia Ocupacional, contribuye a la integración de la estructura de la Imagen Corporal en pacientes psicóticos crónicos.

Si bien la muestra que se constituyó como grupo de estudio fue reducida, los resultados fueron cuantitativa y cualitativamente importantes, por lo tanto podríamos inferir que a una muestra mayor se obtendrían también resultados significativos.

- ✓ Ablim, M. y Peña, P. La construcción del rol terapéutico.
Revista Científica de la Escuela de Postgrado Universitario.
Athenea. Vol. 6 N° 16, pág. 18. Año 1993. Editorial Científico
Médica de Vicente López.
- ✓ Acosta Hoyos, Luis. Guía práctica para la investigación y
redacción de informes. Bs. As., Paidós, 1995.
- ✓ Aisensonkogan, A. Introducción a la Psicología. Bs. As.,
Nueva Visión, 1986.
- ✓ Betta, Juan. Manual de Psiquiatría. 3° ed. Bs.As.,
Universitaria, 1962.
- ✓ Bion, W. Aprendiendo de la experiencia. Bs.As., Paidós,
1975.
- ✓ Bleger, José. Psicología de la conducta. Bs.As., Paidós,
1977.
- ✓ Bleger, José. Simbiosis y ambigüedad. Bs.As., Paidós, 1978.
- ✓ Bucher, H. Trastornos psicomotores en el niño. Barcelona,
Toray-Masson, 1978.
- ✓ Cañeque, Hilda. Juego y vida. La conducta lúdica en el niño
y el adulto. Bs.As., El Ateneo, 1991.
- ✓ Castoriadis-Aulagnier, Piera. Observaciones sobre la
estructura psicótica. Carpeta de Psicoanálisis. Vol.1.
- ✓ Cuadernos de Psicomotricidad y Educación especial.
Argentina, Elite, 1990.
- ✓ Chiclana, E. y Otros. Las psicosis, su diagnóstico por el
discurso. Congreso de Psiquiatría. Mar del Plata, 1994.

- ✓ De Ajuriaguerra, Julián. Manual de Psiquiatría infantil. 4º ed. Barcelona, Toray-Masson, 1977.
- ✓ Diccionario enciclopédico ilustrado. Argentina, Sopena, 1992.
- ✓ Dolto, Francoise. La imagen inconciente del cuerpo. Barcelona, Paidós, 1990.
- ✓ Ducourneau, Gerard. Musicoterapia. España, Edaf, 1988.
- ✓ Eco, Umberto. Cómo se hace una tesis. España, Gedisa, 1994.
- ✓ Erickson, Erik. Identidad, Juventud y crisis. Bs.As., Paidós, 1971.
- ✓ Esparza, Alicia y Amalia Petroli. La Psicomotricidad en el jardín de infantes. Bs.As., Paidós, 1984.
- ✓ Ey, Henry. Tratado de psiquiatría. Barcelona, Toray-Masson, 1975.
- ✓ Fiorini, H. y Corsunsky, L. Tratamiento de pacientes psicóticos mediante una técnica de sensibilización corporal. Revista Acta psiquiátrica y Psicología de América Latina. Bs.As., vol. XVIII, Nº 2.
- ✓ Francois, Y. Francoise Dolto, de la ética a la proética del psicoanálisis de niños. Bs.As., Nueva Visión, 1992.
- ✓ Freud, Sigmund. Obras completas. Tres ensayos sobre una teoría sexual. Bs.As., Amorrortu, 1979.
- ✓ Freud, Sigmund. Obras completas. Totem y tabú y otros ensayos. Vol. 9. Argentina, Orbis, 1988.

- ✓ Frostig, Marianne y Phillis Maslow. Educación del movimiento. Bs.As., Panamericana, 1984.
- ✓ Gaetner, Rose. Terapia Psicomotriz y Psicosis. Bs.As., Paidós, 1981.
- ✓ Gonzalez Valiente, A. y otros. La danza como recurso en la rehabilitación del enfermo mental crónico. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Vol.XXVII, N°4, pág. 583.
- ✓ Grimson, R. La cura y la locura. Bs.As., Búsqueda, 1983.
- ✓ Harris, Dale B. El test de Goodenough. Revisión, ampliación y actualización. Barcelona, Paidós, 1982.
- ✓ Katz de Armoza, Marcela. Técnicas corporales para la 3ª edad. Argentina, Paidós, 1981.
- ✓ Kesselman, Susana. El pensamiento corporal. Barcelona, Paidós, 1990.
- ✓ Klein, Melanie. Envidia y gratitud. Bs.As., Paidós, 1991.
- ✓ Lapierre, André y Bernard Aucouturier. Simbología del movimiento. 2ª ed. España, Científico-Médica, 1985.
- ✓ Laplanche, Jean y Jean-Bertrand Pontalis. Diccionario de Psicoanálisis. España, Labor, 1993.
- ✓ Le Boulch, Jean. Hacia una ciencia del movimiento humano. Argentina, Paidós, 1991.
- ✓ Levin, Esteban. La clínica Psicomotriz. Bs.As., Nueva Visión, 1991.