



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Trabajo Final de Grado

“Clínica Infantil: aproximaciones desde la Psicoterapia Corporal”

Lucía Alejandra Cámares Martínez

C.I.: 4.536.291-8

Tutor: Luis Gonçalvez Boggio

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Montevideo, 30 de Octubre de 2015

Índice

Resumen	3
Introducción	4
La Infancia	5
Clínica Infantil	6
Psicoterapia corporal	7
Desarrollo emocional según la Psicoterapia Corporal	14
Clínica Infantil desde la Psicoterapia Corporal	24
Metodología de intervención individual propuesta por Arnt Halsen	25
Metodología de intervención individual propuesta por Tom Wills	29
Metodología de intervención individual propuesta por Brasilda Rocha	31
Modelo de intervención familiar propuesta por Brasilda Rocha	40
Modelo de intervención dual propuesto por Jens Kühntopp y Vita Heinrich	40
Conclusiones	41
Referencias bibliográficas	43

Resumen

El presente Trabajo Final de Grado pretende aproximarse a la Clínica Psicológica Infantil a partir de un recorrido descriptivo de las diferentes experiencias de intervención que se han realizado desde la Psicoterapia Corporal. Es a partir de la integración de conceptualizaciones provenientes de la “Vegetoterapia Carácteranalítica”, del “Análisis Bioenergético” y de la Teoría Psicoanalítica que surgen diferentes metodologías para abordar las problemáticas de la Infancia.

Autores como Brasilda Rocha, Tom Wills, Arnt Halsen, Jens Kühntopp y Vita Heinrich harán dialogar a exponentes como Wilhelm Reich, Alexander Lowen, Donald Winnicott y John Bowlby en dispositivos individuales y familiares desarrollados en países de Europa, Estados Unidos y Brasil.

Los niños, al encontrarse próximos al estadio no-verbal y de acuerdo al momento evolutivo en el que se encuentran, logran adecuarse cómodamente a las propuestas lúdicas que incluyen al cuerpo en el espacio psicoterapéutico. A través del juego, se establecerá el vínculo con el psicoterapeuta ya que es un lenguaje común que no interrumpe su flujo energético. Los diferentes modelos de intervención tomarán al cuerpo como elemento de análisis del proceso psicoterapéutico y al terapeuta en un rol activo.

Los modelos de Tom Wills y Arnt Halsen propondrán ejercicios biofísicos –en forma de juegos- adaptados a las necesidades de los niños. Por otro lado, Jens Kühntopp y Vita Heinrich jerarquizan el vínculo madre-niño en una intervención dual donde ambos realizan ejercicios biofísicos en conjunto. Asimismo, Brasilda Rocha asocia los tipos de juego y juguetes utilizados por los niños en relación a ansiedades de carácter.

Introducción

*“Cuida de mis sueños
Cuida de mi vida
Cuida a quien te quiere
Cuida a quien te cuida
No maltrates nunca mi fragilidad
Yo seré el abrazo que te alivia”
(Jorge Drexler y Pedro Guerra)*

La siguiente monografía surge a partir del interés personal en relación a la Psicoterapia Corporal en el espacio Clínico Infantil. Nuestro país y específicamente la Facultad de Psicología de la Universidad de la República cuenta con una larga trayectoria en intervenciones psicoterapéuticas de niños a partir de la teoría Psicoanalítica. Por su parte, la Psicoterapia Corporal ha ganado terreno en la clínica psicológica grupal e individual adulta desde la década de los noventa pero todavía no ha alcanzado ampliamente el trabajo con los más pequeños, presentándose como un espacio en el que se hace necesario comenzar a habitar.

Paradójicamente, son pocas las experiencias mundiales de trabajo psicoterapéutico corporal en la infancia a pesar del amplio desarrollo conceptual en relación a las formas defensivas que se estructuran en este momento del ciclo vital del ser humano a partir de vivencias displacenteras ocurridas por la interacción con el entorno más cercano. Wilhelm Reich (1950) en sus últimos años de producción científica comenzó a interesarse por la prevención del acorazamiento en los niños. ¿Qué sucede en la infancia? ¿Cómo intervenir cuando la coraza caracterial (Reich, 1933) y la coraza muscular (Reich, 1933) están en momentos de plena estructuración?

Asimismo, Uruguay se encuentra en un momento histórico de cambios sociales y culturales que evidencian las dificultades de los sistemas familiares para desempeñar sus funciones de cuidado, sostén, contacto cálido y afectivo hacia los más pequeños. Niños desamparados y sumergidos en un sistema familiar que parece no encontrar formas sanas de educación y amor transitan frecuentemente por la Clínica Infantil. ¿Cómo devenir un niño sano cuando los adultos más significativos no logran cumplir con las funciones parentales? ¿Cómo es posible crecer armónicamente alrededor de adultos que parecen no encontrar formas adecuadas y claras para poner límites? ¿Cuáles son las metodologías que utiliza la Psicoterapia Corporal para el trabajo con niños que han sido víctimas de maltratos, abusos sexuales y/o negligencia? En este Trabajo Final se describirán estas metodologías que -según el rastreo bibliográfico- han dado cuenta de la validez de este tipo de intervenciones terapéuticas.

La Infancia

Las definiciones sobre la infancia han variado a través de la historia. En Uruguay, en la época “bárbara” (Barrán, 1990) se consideraba a los niños como adultos en miniatura los cuales participaban en todas los hechos sociales de la misma forma que los adultos (tanto en espacios recreativos como en ejecuciones en plazas públicas). El castigo corporal era utilizado como la forma correctiva por excelencia. Posteriormente, durante le época “civilizada” (Barrán, 1990), surge una nueva visión del niño como ser diferente, merecedor de derechos y deberes. Pasó a ser apartado del mundo adulto para ser contemplado en su singularidad; donde comenzaron a erigirse valores sociales en relación al cuidado y a la ternura que los niños debían recibir por parte de sus cuidadores y/o progenitores. Dichos cambios se vieron acompañados de nuevas formas de disciplinamiento de esta franja etaria, donde la culpabilización fue una de las armas más potentes en relación a las conductas desobedientes de los niños la cual se vio ligada a una vigilancia externa que juzgaba cada una de sus conductas.

Por otro lado, en la coyuntura internacional también se observaron cambios durante el transcurso del s. XX en relación a la concepción de los derechos de los niños. En el año 1924 la Sociedad de Naciones adoptó la “Declaración de Ginebra” en la cual se reconoce por primera vez la existencia de derechos propios para los niños y la consecuente responsabilidad de los adultos para garantizarlos. Luego, en el año 1959 se adoptó la “Declaración Universal de Derechos del Niño” por parte de las Naciones Unidas, la cual significó el primer consenso internacional sobre los mismos. Finalmente, en el año 1989 se aprueba la “Convención sobre los Derechos del Niño” (CDN) por parte de la ONU. La misma especificó los derechos humanos para la población de entre 0 y 18 años, poniendo en un primer plano la relación del niño con su familia, los derechos y deberes de los padres y del Estado y las políticas sociales dirigidas a la Infancia. La CDN entiende a la infancia como un momento específico del ciclo vital donde el ser se encuentra en el desarrollo de su autonomía progresiva tanto personal como social y jurídica; por lo tanto siendo un sujeto de derecho que se desprende de su condición de ser humano, se considera a la infancia como una categoría social.

Cabe destacar la conceptualización que realiza la autora Gisela Untoiglich (2014) sobre el mismo concepto de infancia: “un niño es una persona que se encuentra en proceso de constitución de su subjetividad, entramado con los Otros y atravesado por la época histórica que le toca vivir” (p. 61).

Asimismo afirma que:

(...) el niño no es sólo un hijo, no es sólo la resultante o la sumatoria de una madre y un padre (...) sino que es un ser con su propio bagaje genético e histórico que procesa vivencias de un modo singular, un sujeto activo que trabaja en su constitución, con elementos de su mundo interno y aquellos que le llegan del mundo externo, y que realiza su propio procesamiento de los mismos. (Untoiglich, 2014, p. 70)

Clínica Infantil

Merece aclarar qué se entiende por la clínica psicológica infantil. Debemos recurrir al Psicoanálisis ya que es la corriente que ha desarrollado gran literatura en relación a esta temática. Siguiendo a Gisela Untoiglich (2014)

El espacio clínico será entonces una zona de creación de un espacio potencial de encuentro entre un niño que padece y un terapeuta en disponibilidad de co-construir junto con él, y en la medida de lo posible con sus padres y la escuela, nuevas estrategias de abordaje (p. 80)

Asimismo, la autora afirma la característica que "(...) en la infancia no esperamos que ni mecanismos ni estructuras estén cerrados, y con frecuencia el trabajo clínico mismo posibilitará que se construyan otros devenires" (Untoiglich, 2014, p. 71) Se desprende de esto que el espacio transferencial es el posibilitador de diagnósticos móviles que están sujetos a modificaciones a medida que se realiza el trabajo desde el rol activo del psicoterapeuta.

Untoiglich (2014) advierte sobre la dificultad actual de afrontar situaciones dolorosas, lo que fomenta al crecimiento de los procesos de medicalización y patologización de la infancia. Frecuentemente, para intentar abordar problemáticas sociales, históricas, políticas y familiares se recurre al uso de psicofármacos prescindiendo de intervenciones psicoterapéuticas que permitan modificar los factores reales que llevan al sufrimiento psíquico de los más pequeños. Por esto se visualiza la necesidad de fortalecer la clínica psicológica infantil donde puedan realizarse procesos de neogénesis (Bleichmar, 2008). Según Silvia Bleichmar (2008) dichos procesos permiten que la intervención no se reduzca a "encontrar lo que ya estaba, sino a producir elementos nuevos de recomposición y de articulación que den un producto diferente al pre-existente" (p. 37) Surge la interrogante: ¿cómo se produce este proceso en la clínica infantil desde la Psicoterapia Corporal?

Cabe destacar la relevancia del encuentro con la familia del niño, el cual posibilitará indagar cómo está compuesto el mito familiar (Rudolfo, 1989). El profesional deberá cuestionarse sobre el lugar del niño en el sistema familiar, así

como también sobre las fantasías y deseos que tienen sus padres en relación al mismo. También merece importancia percibir en el discurso paterno cómo se posicionan los padres cuando hablan de su hijo ante un tercero. Según Untoiglich (2014) en muchas ocasiones, la entrevista con el psicoterapeuta habilita el espacio para que por primera vez los padres se formulen preguntas en relación a su hijo y al malestar psíquico de éste.

Psicoterapia Corporal

Se considera que la Psicoterapia Corporal tiene sus raíces en la teoría psicoanalítica a partir de los aportes técnicos y metodológicos desarrollados por el médico-psiquiatra y psicoanalista austríaco Wilhelm Reich (1897-1957).

A psicología corporal dedica-se a estudar as manifestações comportamentais e energéticas da mente sobre o corpo e da corpo sobre a mente. É um abordagem humano que busca compreender todo ser vivo como uma unidade de energia que contém em si dois processos paralelos: o psiquismo (mente) e o soma (corpo). (Volpi y Volpi, 2000, p. 119)¹

Asimismo, tiene como objetivo reencontrar la capacidad de autorregulación energética que posee el ser humano a través de la habilitación de nuevas formas de expresión de sus pensamientos y emociones, propiciando la búsqueda de una vida más saludable donde la salud psíquica y física estén en continua interrelación.

Wilhelm Reich supo ser colaborador y discípulo de Sigmund Freud, quien lo nombró director del Seminario de Técnica Psicoanalítica de Viena.

Uno de sus primeros hallazgos fue la denominada “fórmula del orgasmo” la cual supone que mediante la tensión, carga, descarga y relajación producida en el “abrazo genital” el organismo logra desde el Sistema Nervioso Autónomo autorregularse naturalmente. Dicho concepto lo desarrolla en su libro “La función del Orgasmo” (1927).

Posteriormente, Reich realizó investigaciones clínicas que lo llevaron a redactar su obra “Análisis del carácter” (1933) la cual supone un gran aporte a la técnica psicoanalítica. En la misma, el autor concluyó que la gran mayoría de las resistencias que impedían el avance de los procesos analíticos tenían su causa en el carácter de los pacientes. Entendió al carácter como la forma comportamental habitual que presentan los sujetos, el cual está constituido por las formas defensivas que se

¹ “La Psicoterapia Corporal se dedica a estudiar las manifestaciones comportamentales y energéticas de la mente sobre el cuerpo y del cuerpo en la mente. Es un enfoque humano que trata de comprender cada ser vivo como una unidad de energía que contiene dentro de sí dos procesos paralelos: la psique (mente) y soma (cuerpo).”

desarrollaron en relación a situaciones traumáticas y/o conflictivas de la primera infancia.

Asimismo, agregó un nuevo punto de vista al postular que “todo orden social crea aquellas formas caracterológicas que necesita para su preservación” (Reich, 1986, p. 20)

De esta manera afirmó que el carácter debía ser incorporado al análisis conjuntamente con una nueva variable: el rol activo del psicoterapeuta. Dichos descubrimientos -surgidos a partir de la observación práctica de problemáticas que emergían en la clínica psicoanalítica- adquirieron estatus de radicalidad para la época y costaron a Reich su expulsión del círculo freudiano en el año 1934.

Afortunadamente, este hecho no detuvo sus investigaciones que lo llevaron a un nuevo descubrimiento: la “coraza muscular”. Ésta “se traduz em tensões crônicas formadas ao longo da vida, cuja função é proteger o indivíduo de experiências dolorosas e ameaçadoras” (Volpi y Volpi, 2002, p. 122)². Este concepto lo condujo a elaborar una nueva técnica de intervención psicoterapéutica, denominada “vegetoterapia caracteroanalítica”, integrando de esta manera el trabajo psíquico y físico. Es en este momento donde Reich -de forma pedagógica- dividió al cuerpo en siete segmentos los cuales adquieren la forma de anillos organizados perpendicularmente al eje longitudinal del mismo.

El acorazamiento se da siguiendo una lógica céfalo-caudal, de la cabeza hacia los pies. Los segmentos de la coraza van a ser bandas de tensión que envuelven al cuerpo en sentido horizontal, limitando el movimiento, la expresión emocional y la pulsación energética (Gonçalves Boggio, 2010, p. 21)

Los siete segmentos propuestos por Reich son: ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal y pélvico. Según la vegetoterapia caracteroanalítica, en el momento de intervención que se plantea como objetivo el desbloqueo de la coraza, estos segmentos deberán ser trabajados respetando el mismo orden.

Posteriormente, Luis Gonçalves Boggio (2010) va a afirmar que “La coraza muscular es memoria emocional (...) los músculos son memoria emocional ya que retienen el impacto emocional de las situaciones traumáticas, y según el momento histórico del impacto emocional, el mismo se fijará en el segmento cuya funcionalidad prevalezca” (p. 25) A su vez, el individuo acorazado alterará su respiración, adoptando

² “Se traduce en estrés crónico formado a lo largo de la vida, cuya función es proteger al individuo de experiencias dolorosas y amenazadoras.”

un patrón respiratorio que le permita evitar el contacto con dichas emociones que le resultan dolorosas, de esta forma evadiendo el displacer.

Otro de los grandes conceptos reichianos es el de “pulsación”. Según Gonçalves Boggio (2010) es “el fenómeno energético que se expresa a través de los movimientos de contracción y expansión” (p. 20). El individuo fuertemente acorazado reduce su pulsación por lo que el flujo energético no circulará libremente ya que gran cantidad de energía se encontrará ligada a la musculatura.

¿Qué sucede con el carácter en la infancia? ¿Se encuentra en plena formación, es fijo o flexible? ¿Cómo es el fenómeno de la pulsación en los más pequeños?

El principal objetivo que se propondrá la vegetoterapia caracteranalítica será la búsqueda del restablecimiento de la motilidad biopsíquica, a través de la activación del sistema nervioso autónomo. Este movimiento se dará a través de la profundización de la respiración - la cual propicia la aparición de afectos y recuerdos que se encontraban tanto reprimidos como inhibidos-, y es seguido de un análisis verbal de lo acontecido.

Posteriormente, Reich dará un nuevo enfoque a su tekné al descubrir la existencia de “energía cósmica” (1949) denominada “orgón” (1949) que se encuentra presente tanto en el cuerpo humano como en la propia naturaleza. “La energía orgónica cósmica funciona en el organismo vivo como energía biológica específica. Como tal, rige la totalidad del organismo y se expresa por igual en las emociones y en los movimientos orgánicos puramente biofísicos” (Reich, 1986, p. 362). Su técnica pasó a nombrarse “orgonoterapia” la cual tuvo como objetivo restablecer la capacidad de autorregulación orgánica del individuo en conexión con el medio ambiente.

Gonçalves Boggio (2010) afirmará que “la gran contribución de Reich es retomar lo que Freud había dejado de lado, el cuerpo de los pacientes.” (p. 16)

Asimismo, el denominado “Padre” de la Psicoterapia Corporal, en sus últimos trabajos y años de investigación, focalizó su atención en la importancia de la prevención del acorazamiento de los niños, desarrollando dicha temática en la Segunda Conferencia Internacional de Orgonomía el veinticinco de agosto de 1950. En la misma plantea que “Un recién nacido es, ante todo, una pieza de la naturaleza viva, un sistema orgonótico gobernado por ciertas leyes bioenergéticas.” (Reich, 1950, p. 2)

También afirma que el acorazamiento del ser humano es el principio básico de su sufrimiento emocional lo que conlleva al animal-humano a ser la única especie biológica que se distancie de su funcionamiento biológico-natural. Por esto concluyó

que “la prevención del acorazamiento rígido es el fin central de la higiene mental preventiva. La facilidad con la cual el ser humano no acorazado es capaz de manejar sus dificultades vitales es otra prueba de lo correcto de esta conclusión.” (Reich, 1950, p. 3.)

Al final de su carrera teórica W. Reich aporta a quien desee escucharlo estas afirmaciones, de las cuales se desprende la relevancia que adquiere el trabajo en la clínica infantil desde la psicoterapia corporal:

Los niños nacen en todas partes, como otros animales, sin acorazamiento. Esto constituye la base más firme de la higiene mental, una base mucho mejor que cualquier intento de desarmar más tarde o prevenir este acorazamiento. Ahora, este principio natural es cambiado por otros puntos de vista, que le asfixian y le hacen inefectivo. (...) El principio bioenergético natural en el recién nacido es reprimido sistemáticamente y destruido por el padre y educador acorazado: son mantenidos en su ignorancia por las poderosas instituciones sociales que hacen florecer el acorazamiento del animal humano. (Reich, 1950, p. 3).

A partir de lo descrito anteriormente surgió el interés de investigar -mediante un rastreo bibliográfico- los antecedentes de experiencias psicocorporales en la clínica infantil. ¿Cómo es posible realizar intervenciones psicoterapéuticas corporales que sean estructurantes en momentos donde el psiquismo se encuentra en pleno desarrollo? ¿Cómo pueden las técnicas y conceptualizaciones desarrolladas por Wilhelm Reich volverse tangibles en la clínica infantil donde la flexibilidad y la neuroplasticidad neuronal son características específicas de esta etapa evolutiva?

Reich (1950), en su conferencia “Los niños del futuro” afirma que el acorazamiento también tiene su causa en relación a la falacia que supone a la cultura y la naturaleza como conceptos antagónicos e incompatibles. Manifestando lo siguiente:

Los psicoanalistas han fracasado en cuanto a distinguir entre impulsos primarios naturales e impulsos secundarios perversos: les han dejado juntos dentro del mismo puchero, para decirlo así, de acuerdo con la ideología "cultural general", y están matando continuamente la naturaleza en el recién nacido, mientras intentan destruir el "pequeño y brutal animal". Son completamente ignorantes del hecho de que es exactamente esta destrucción la que crea el carácter secundario cruel y perverso, el así llamado "carácter humano", y que estas creaciones

artificiales y culturales, hacen, a su vez, necesarias las brutales leyes de un moralismo compulsivo. (p. 3 y 4)

En contrapartida de lo anteriormente desarrollado, Reich pasará a exponer lo que podría denominarse como un “niño sano” desde el punto de vista biofísico:

El recién nacido, mientras no haya sufrido ya daño en el útero, trae consigo toda la riqueza de plasticidad natural y desarrollo productivo. El recién nacido no es (...) un saco vacío o una máquina química en la cual todos y cualquiera puede tirar sus ideas particulares sobre lo que debería ser un ser humano. Trae consigo un sistema energético adaptable, enormemente productivo, que, de sus propios recursos, establecerá contacto con su entorno y empezará a modelarlo según sus necesidades. La tarea básica y principalísima de toda educación, que esté dirigida por el interés del niño (...) es remover cada obstáculo en el camino de esta productividad y plasticidad naturales de la energía biológica. Estos niños tendrán que elegir sus propios modos de ser y determinarán sus propios destinos. Tenemos que aprender de ellos, en vez de imponerles nuestras propias ideas retorcidas y prácticas maliciosas (...) (Reich, 1950, p. 5.)

Sin embargo, Reich no desarrolló una metodología para que los niños víctimas de este tipo de educación represiva puedan reencontrarse con su salud biofísica.

Siguiendo con el contenido de este capítulo, cabe destacar que a partir de los postulados de Reich comenzaron a desarrollarse varias escuelas que tomaron al cuerpo como piedra angular de los procesos psicoterapéuticos. Una de ellas adquiere su forma a partir del “Análisis Bioenergético” creado por Alexander Lowen y John Pierrakos. Siendo el primero el gran teórico de la escuela bioenergética. A. Lowen (1910 - 2008) médico y psicoterapeuta norteamericano fue discípulo y paciente de Reich. Conjuntamente con J. Pierrakos fundaron el “Instituto de Análisis Bioenergético” en el año 1956 en Estados Unidos que posteriormente derivará en el actual “Instituto Internacional de análisis bioenergético”.

Alexander Lowen, llegó a la conclusión de la existencia de un relacionamiento dialéctico entre la mente y el cuerpo, los cuales se influyen mutuamente. Si el niño fue privado de la satisfacción de sus necesidades vitales durante su desarrollo, posteriormente se estructurarán problemas de carácter que tendrán su expresión en el cuerpo (Ventling, 2001).

Por su parte, el Análisis Bioenergético supone una técnica psicoterapéutica dentro de los denominados abordajes “neo-reichianos”, cuyo objetivo es “ayudar al

hombre a reconquistar su naturaleza primaria (...) la cual consiste en estar abierto a la vida y al amor” (Lowen, 1977, p. 42)

El Análisis Bioenergético conceptualiza a la bioenergía como:

“una fuerza vital que actúa en el interior del organismo; es producto del metabolismo, que transforma el oxígeno aportado por la respiración, los alimentos, los líquidos, etc. En principio se utiliza en la conservación de la propia vida, y sexualmente, con el fin de preservar la especie (...) fundamentalmente es energía sexual” (Guy Tonella, 2000, p.13)

Por lo tanto, se correspondería a la energía libidinal conceptualizada por el psicoanálisis con la diferencia de que la energía agresiva fluiría principalmente en la parte posterior del cuerpo y la tierna en la anterior.

Alexander Lowen (1977) expresará que “Lo que siente el hombre puede también leerse en la expresión de su cuerpo. Las emociones son hechos corporales, son literalmente movimientos o alteraciones dentro del cuerpo, que generalmente se traducen en alguna acción exterior” (p. 53) La forma de caminar, de moverse y de pararse del individuo es producto de la sumatoria de sus experiencias vitales que quedarán registradas tanto en su personalidad como en su postura corporal.

Asimismo, Guy Tonella (2000) afirma que: “Cuando el hombre, todavía niño, es agredido injustamente por su entorno familiar, resulta herido, pero no puede expresar emocionalmente su sufrimiento y se retrae, de esta manera reduciendo su expansión vital” (p. 18) Así, el individuo se acoraza, respira menos y disminuye su carga energética. Utiliza esta forma defensiva, ya que, a nivel inconsciente, considera que si permanece defendido no volverán a lastimarlo o a sufrir dolor y/o angustia.

Según la autora Christa Ventling (2001) uno de los postulados de la Bioenergética expresa que el cuerpo recuerda inclusive cuando el cerebro no puede hacerlo.

Adquiere vital importancia, entonces, la intervención psicoterapéutica a nivel corporal en la infancia si consideramos que los niños comienzan a desarrollar sus defensas a modo de corazas caracteriales y musculares durante este período de gran vulnerabilidad. ¿Se debería intervenir incluso preventivamente para poder flexibilizar el acorazamiento y para recuperar su fuerza vital bloqueada? ¿Qué metodologías de intervención han sido propuestas por autores de las escuelas lowenianas y reichianas para el trabajo en la Clínica Infantil?

Otro de los grandes aportes de Alexander Lowen a la Psicoterapia Corporal fue el desarrollo profundo del concepto de “grounding” o “enraizamiento” creado por Wilhelm Reich. Lowen propone un trabajo más activo del psicoterapeuta y del paciente que abandona la posición supina –heredada del psicoanálisis- al pasar a moverse

dentro del setting terapéutico para trabajar en posturas de estrés y de ejercicios bioenergéticos expresivos. A través de ejercicios corporales que jerarquizan la tensión, la carga y la descarga energética del cuerpo se pretende que el paciente pueda poner los pies sobre el suelo, con la consecuente sensación de tomar contacto con sus emociones y la tierra, siendo esta última el correlato simbólico de la realidad. De esta manera, se fomentará el aumento energético en la zona pélvica que habilitará una nueva forma de circulación pulsátil desde los pies hacia la cabeza y viceversa. El enraizamiento podría considerarse como una forma de crecimiento, la cual representa y fomenta la autonomía del individuo. Este concepto también adquiere vital importancia en la clínica psicocorporal infantil. Referentes como Art Halsen (2001), Tom Wills (2001) y Brasilda Rocha (1999) lo adaptarán y desarrollarán para el trabajo con los más pequeños.

Cabe destacar que en Uruguay, la Psicoterapia Corporal abre su camino y adquiere terreno en la Facultad de Psicología de la Universidad de la República en el año 1992 en el primer encuentro multidisciplinario sobre el cuerpo y la subjetividad, organizado por la Cátedra de Equipos II del plan EUP. Poniendo en el tapete la importancia del cuerpo en la Psicoterapia, en la educación y en los procesos de subjetivación, siendo los analizadores naturales por excelencia (Lourau, 1975).

Asimismo, en el año 1997 adquiere un nuevo estatuto de legitimación, de producción académica y científica a partir de la fundación del “Taller de Estudios y Análisis Bioenergético” (TEAB) con Luis Gonçalvez Boggio como uno de sus miembros didactas. El TEAB nombra y desarrolla a la Clínica Bioenergética como “Análisis Bioenergético Reichiano” el cual integra metodologías y teorías tanto de corrientes neo y posreichianas; teniendo a Stanley Keleman, Gerda Boyesen, Eva Reich, Elsworth Baker, Federico Navarro y David Boadella como sus principales referentes teóricos.

Además, la Psicoterapia Corporal desarrollada en el TEAB cuenta con la característica de hacer dialogar a los mencionados autores neo y posreichianos con enfoques provenientes de la Psicología Social, del Socioanálisis y del Esquizoanálisis, tomando como principales referentes a Pichón Riviere, Michel Foucault, Georges Lapassade, Gilles Deleuze y Félix Guattari, entre otros.

El “Análisis Bioenergético Reichiano” pone énfasis en la clínica adulta tanto individual como grupal. Se desarrollan procesos psicoterapéuticos de larga duración que cuentan como herramienta fundamental al análisis del carácter vinculado a las nuevas sexualidades contemporáneas. Asimismo, se realizan intervenciones de carácter breve y focal integrando al dispositivo bioenergético clásico técnicas de la

psicotraumatología como son EMDR, TFT, EFT, TIR, TRE, AMSB, PET, TIC, entre otras.

Desafortunadamente, la clínica infantil no se ha desarrollado fehacientemente desde la Psicoterapia Corporal en el Uruguay, este hecho lleva a que este Trabajo Final de Grado se proponga indagar las diferentes experiencias que se han llevado a cabo en otros países, específicamente en Brasil, Estados Unidos y algunos países de Europa.

Desarrollo emocional según la Psicoterapia Corporal

El desarrollo emocional infantil será desarrollado en base a lo teorizado por Henrique Volpi y Sandra Volpi en su libro “Crescer e uma aventura” publicado en 2002. Dichos autores hacen dialogar a los referentes Alexander Lowen, Wilhelm Reich y Jean Piaget -en su Teoría del Desarrollo Cognitivo- en base a sus conceptualizaciones. También se expondrá el desarrollo emocional a partir de los postulados de Elsworth Baker (1980).

En este apartado se integrarán conceptualizaciones provenientes del psicoanálisis como la Teoría del Apego de John Bowlby, la teoría de Donald Winnicott y los postulados de René Spitz.

Según Wilhelm Reich, el ser humano es una expresión de la energía universal llamada “orgón”; la cual también se encuentra presente en las células reproductoras del hombre y la mujer (espermatozoide y óvulo respectivamente). Los gametos se unirán en el acto de la fecundación donde se creará una nueva vida. Este acto, llamado “proceso de luminación” (Reich, 1957) -desarrollado conceptualmente en el libro “La superposición cósmica” (Reich, 1957)- dotará la - carga energética - específicamente orgonótica- al nuevo ser.

El desarrollo emocional (Volpi y Volpi, 2002)) seguirá los movimientos de la pulsación energética del bebé que pasará por diferentes etapas las cuales presentarán características específicas, integrando contenidos genéticos, biofísicos, cognitivos y emocionales que serán transmitidas a todas las células del cuerpo durante el proceso de crecimiento.

Por su parte, Elsworth Baker (1980) entiende el desarrollo emocional desde la Psicoterapia Corporal a partir de la existencia de cuatro zonas erógenas principales (ojos, boca, ano y genitales) que tendrán su preponderancia en las distintas fases del desarrollo emocional. Las mismas serán: “fase ocular”, “fase oral”, “fase anal” y “fase genital”, siendo las cuatro primeras de carácter pre-genital mientras la última alcanzará la primacía genital. Cada fase desarrollará temporalmente sus contenidos funcionales de forma específica, pudiendo alcanzar el placer si no es interferido por traumas que se traducirán en bloqueos.

Según Lowen (1958) citado por Volpi y Volpi (2002) “O carácter específico de cada individuo e a resultante de todas as experiências ocorridas desde a concepção até a maturidade” (p. 129)³. Por lo que durante la infancia, el niño suele utilizar defensas precarias para lidiar con las situaciones ambientales que se le presentan como displacenteras o amenazantes. Según Reich (1933) citado en Volpi y Volpi (2002) si el niño logra crecer en un ambiente no caracterizado por una educación represiva y moralista, podrá llegar al denominado carácter genital, el cual no posee bloqueos y es autorregulado. Esta afirmación puede ser cuestionada ya que Federico Navarro (1995) asegura que sólo el 0,1% de la población mundial logra el carácter genital. Si por el contrario, los impulsos naturales del niño fueron frustrados mediante formas educativas predominantemente represivas y severas, se generarán bloqueos energéticos que provocarán la ligación de la energía a su musculatura, dejando registros corporales que serán incorporados de forma tardía en la vida emocional del individuo asociándose a determinados tipos de carácter.

Volpi y Volpi (2002) plantean las etapas emocionales siguiendo la siguiente secuencia: “sustentación”, “incorporación”, “producción”, “identificación” y “formación del carácter”.

La primera etapa, correspondiente a la “sustentación” tendrá su inicio en el momento de la fecundación y terminará en el nacimiento; por lo que corresponde a la vida intrauterina. El útero materno es el primer ambiente o ecosistema en el que se encuentra el bebé, siendo a través de este órgano que el nuevo ser tendrá contacto de energía orgonótica con la madre a través de las paredes uterinas. El nivel energético del útero será determinante en la energía propia del bebé. El cordón umbilical adquiere vital importancia ya que es a través de este que la madre satisficará las necesidades nutritivas (alimenticias, energéticas y afectivas) del bebé. Esta primera etapa se subdividirá en tres fases: “segmentación”, “embrionaria” y “fetal”.

La primera, ocurrirá entre los cinco y siete primeros días de embarazo. Tiene su inicio en el momento de la fecundación y culmina cuando el cigoto se fija en las paredes uterinas. Durante esta fase ocurre la división celular la cual requiere un elevado gasto de energía autógena llamada A.T.P. Para que este proceso pueda realizarse de forma exitosa, el útero materno debe ser pulsante, receptivo y acogedor, por lo cual deberán evitarse la mayor cantidad de emociones displacenteras que pueda vivenciar la madre, ya que puede poner en riesgo la mencionada fijación. Esta fase es realmente crítica y en muchas ocasiones ocurren abortos espontáneos que son desapercibidos por la madre.

³ “El carácter específico de cada individuo es el resultado de todas las experiencias que se producen desde la concepción a la madurez.”

El segundo momento recibe el nombre “fase embrionaria” la cual tiene su inicio luego de la “segmentación” y culmina al finalizar el segundo mes de gestación. Este período también es considerado crítico ya que ocurren grandes transformaciones y continúa produciéndose la multiplicación celular. Son características de este momento la formación del propio flujo sanguíneo, de órganos como el bazo, hígado y la médula ósea. Asimismo, comienza la formación de las extremidades y de los ojos. Al finalizar dicha fase el cuello y la espalda adquieren una posición más recta.

El tercer y último momento de la “sustentación” corresponde a la “fase fetal”, la cual se inicia en el tercer mes de gestación y culmina con el nacimiento. Ocurre la formación del cerebro y del sistema neurovegetativo, asimismo, el feto es sensible a los estímulos lumínicos, gustativos, auditivos, olfativos y táctiles provenientes del ambiente extrauterino. Gracias a esta capacidad que comienza a desarrollarse, el nuevo ser siente y responde mediante descargas hormonales y movimientos a lo vivenciado por su madre. Aquí comienza el desarrollo de los pulmones y los órganos sexuales. El cuerpo toma una posición de cabeza hacia abajo, donde comienza a crecer cada vez más hasta el momento del nacimiento. El trabajo de parto comenzará cuando grandes cantidades de hormonas son liberadas a la corriente sanguínea materna las cuales desencadenan las contracciones que serán las responsables de expulsar al feto. Luego del parto, adquiere gran importancia la calidad de contacto afectivo, físico y energético del bebé con sus progenitores, especialmente con una madre que esté disponible para él.

La segunda etapa emocional propuesta por Volpi y Volpi (2002) denominada “incorporación” comienza luego del nacimiento y se extiende hasta el “destete” - el cual se desarrolla aproximadamente a los nueve meses de vida-. Durante esta etapa el bebé ingresa en el segundo ecosistema bioenergético que corresponde al vínculo madre-infante (Gonçalves Boggio, 2010).

El contacto cálido y nutritivo con la figura materna será determinante en estos primeros momentos de vida extrauterina. La mirada que esta ejerza sobre el bebé será estructurante para el mismo, ya que a través de la misma narcizizará, erotizará y libidinizará al recién nacido.

Esta etapa se corresponderá con la “fase ocular” y “la fase oral” desarrollada desde la Psicoterapia Corporal por Baker (1980). “No bebê, o contacto com o meio ambiente é efetuado basicamente através da boca, que está altamente carregada” (Baker, 1980, p. 37)⁴ y “Além dos sentimentos e sensações generalizados do corpo, a

⁴ “El contacto del bebé con el medio ambiente se realiza básicamente a través de la boca, que está altamente cargada.”

zona ocular é o primeiro contato específico do bebê com o meio ambiente” (Baker, 1980, p.44)⁵

La “fase ocular” (Baker, 1980) comprenderá la zona de los ojos así como los oídos y la nariz. Durante la misma, el bebé tomará contacto con las características del medio ambiente, pudiendo ser hostil y frío o de lo contrario amoroso, cálido y contenedor. La función de la visión comenzará a desarrollarse en esta fase así como también posibles biopatías de la misma (dependiendo del medio ambiente). El contacto que se efectúe en estos momentos será clave para la sensación de aceptación y bienestar del bebé.

Otra cuestión a considerar durante los primeros días de vida del bebé es en relación a sus glándulas lacrimales, las cuales no se encuentran en total funcionamiento hasta aproximadamente el noveno o décimo día de vida (Volpi y Volpi, 2002) Esto indica la importancia de evitar que el bebé llore de forma estresante durante este período de días para que su visión no se vea comprometida.

Cabe articular y destacar, en este período, la teoría del apego elaborada por John Bowlby en el año 1969. El apego supone el primer lazo duradero y significativo que se establece entre el infante y sus adultos significativos (generalmente sus cuidadores) siendo la figura materna la representante de los mismos. El apego tiene como característica la búsqueda de proximidad, de acercamiento y de contacto del bebé hacia el adulto, el cual le brindará seguridad, confianza y estabilidad emocional. El apego será el modelo para la configuración de posteriores vínculos afectivos del niño y/o del adulto durante todo su ciclo vital, siendo también determinante en el desarrollo de su personalidad. Según J. Bowlby (1976) el apego constituye una necesidad primaria ya que el cachorro humano necesita de un Otro que lo cuide y satisfaga sus necesidades básicas tanto para su supervivencia como para su evolución psíquica y física.

Posteriormente, la autora Mary Ainsworth (1978) clasificará tres tipos de apego: seguro, inseguro-ambivalente e inseguro-evitativo. A su vez, Eulina Ribeiro y Zeneide Monteiro (2007) asociarán los tipos de apego con trazos de carácter. El apego seguro se constituirá cuando el bebé confía y vivencia que el adulto estará disponible y será sensible cuando él lo necesite, lo que le brindará seguridad para que pueda explorar el ambiente. Por otro lado, el apego inseguro-ambivalente se estructurará cuando el bebé siente inseguridad respecto a la disponibilidad y sensibilidad del adulto cuando él lo necesite, ya que por momentos lo estará y por momentos no. Esto llevará a que su capacidad de juego y de exploración del ambiente sea limitada, incluyendo gran

⁵ “Además de los sentimientos generalizados y sensaciones corporales, a través de la zona ocular se realiza el primer contacto específico del bebé con el medio ambiente.”

angustia ante la separación. Monteiro y Ribeiro (2007) lo asociarán al flujo energético correspondiente al self oral. El apego inseguro-evitativo supone que el bebé no confía en que el adulto estará dispuesto y sensible para él. Generalmente son niños que no han tenido respuestas satisfactorias cuando lo necesitaban lo cual lleva a que no busquen proximidad con sus cuidadores o que prefieran a un extraño antes que a los mismos. Monteiro y Ribeiro (2007) lo asociarán al self de características esquizoides. Posteriormente, Main & Solomon (1986) desarrollan un cuarto tipo de apego denominado desorganizado-desorientado el cual implica una combinación entre el apego inseguro-ambivalente y el apego inseguro-evitativo. El mismo se entiende por la vivencia de situaciones traumáticas generadas por cuidadores que presentan conductas amenazantes y atemorizadoras para el bebé; muchas veces a causa de miedos paternos transferidos al vínculo. También son frecuentes los abusos en este tipo de vínculo. Los niños con este tipo de apego suelen tener mayor inseguridad en el vínculo afectivo, buscando excesiva proximidad en determinados momentos y rechazo activo en otros. Monteiro y Ribeiro (2007) lo asocian a un self de características borderline.

Otro aspecto relevante de la etapa de “incorporación” (Volpi y Volpi, 2002) refiere a la alimentación. El alimento nutritivo por excelencia es la leche materna, específicamente el “calostro”, el cual refiere a la primera leche que se produce luego del nacimiento. Asimismo, vuelve a hacerse hincapié en el estado emocional materno, ya que si la madre se siente angustiada, ansiosa o agitada, descargará bilis en su corriente sanguínea, la cual torna al “calostro” de un sabor amargo pudiendo ser rechazado por el recién nacido.

Durante esta etapa, el bebé introyectará los contenidos relacionados al mundo exterior a través del contacto con su madre, específicamente mediante el amamantamiento. Según el autor Luis Gonçalvez Boggio (2010) el amamantamiento será central y decisivo en lo que refiere a los dos primeros organizadores bioenergéticos del psiquismo y en la funcionalidad del segmento ocular. Gonçalvez Boggio (2010) propone que el primer organizador bioenergético se dará en la acción de mirar un punto fijo. Esto sugiere que el bebé focaliza la mirada en el pezón de su madre el cual corresponde a un punto fijo. El segundo organizador bioenergético del psiquismo consiste en la acción de acomodar y converger la mirada, suponiendo el movimiento de alternancia entre el pezón de la madre y su rostro. Esto incidirá en el proceso de diferenciación entre el objeto parcial y el objeto total, consecuentemente con el comienzo de la discriminación del no-yo al yo.

Lo desarrollado anteriormente coincide con la “fase oral” (Baker, 1980) la cual comienza casi inmediatamente luego del nacimiento. La misma adquiere vital

importancia debido a la existencia de la fusión concreta del organismo del bebé con el de su madre durante el acto del amamantamiento, donde la excitación de ambos adquiere su punto cúspide. Baker postula el concepto de “orgasmo oral” (1980) que se efectúa cuando “a boca realiza su descarga de energía no punto de máxima intensidad por medio de una reacción convulsiva” (p. 38)⁶ Dándose el contacto nutritivo con la figura materna.

Asimismo, cabe destacar que el bebé tiene la capacidad de regular sus necesidades alimenticias, específicamente en relación al hambre. Por esto se considera importante que la madre pueda interpretar el momento en el que el bebé demanda ingerir alimentos mediante llantos, balbuceos o movimientos. Dicha demanda responderá a sus necesidades que estarán en concordancia con sus propios movimientos pulsátiles. Estos no deben ser interrumpidos por el adulto que paradójicamente intenta regularlas de acuerdo a sus tiempos.

Gradualmente, el bebé comenzará a distanciarse de su madre, descubriendo que no es parte de ella (proceso simbiótico). Iniciará su exploración del ambiente -mediante el gateo-, por el cual comenzará a reconocerse a sí mismo, a su madre y a los otros. Esto se corresponderá con la salida de los dientes, que contribuirá al proceso de “destete” el cual supone la retirada de la alimentación desde el pecho materno. El destete adquiere vital importancia al ser un quiebre en la lógica de la relación erótica entre madre y bebé.

Llegando a la finalización de esta etapa evolutiva, comienza a estructurarse el tercer organizador psíquico para la bioenergética. Según Luis Gonçalves Boggio (2010) corresponde a la acción de lateralización de los ojos, la cual supone el ingreso de nuevos objetos a partir de la introducción de terceros. Este organizador se corresponderá a “la angustia del octavo mes” desarrollada por René Spitz (1965) la cual implica que el bebé empieza a distinguir el rostro de su madre respecto a otros rostros, comenzando la noción de diferenciación. El bebé ya no sonreirá a todas las personas como durante el primer organizador -que se estructuró a partir del tercer mes de vida- denominado “respuesta sonriente” sino que se angustia al realizar la comparación -a través de las huellas mnémicas- de que el rostro extraño no coincide con el de su madre, lo que indica que esta no se encuentra presente.

Volpi y Volpi (2002) concuerdan en la importancia de introducir el juego “¿está o no está?” durante esta etapa. El juego consiste en que los adultos se esconden detrás de sus manos, preguntando al bebé “¿está?” para luego aparecer y afirmar “acá

⁶ “La boca realiza su descarga de energía en el punto de máxima intensidad por medio de una reacción convulsiva.”

está”. Este juego permite y ayuda a que el bebé juegue con la totalidad de su cuerpo al mismo tiempo que comienza a lidiar con la ausencia de su madre, a prestar atención, a esperar y a ejercitar el sentido del humor mediante la risa.

La tercera etapa del desarrollo emocional propuesta por Volpi y Volpi (2002) recibe el nombre de “producción”, la cual tendrá su inicio con el destete y culminará alrededor del final de los tres años de edad.

Durante este período, el bebé pasa a ser considerado “niño”, ingresando específicamente en el tercer ecosistema bioenergético correspondiente al vínculo con la familia (Gonçalves Boggio, 2010).

Es aquí donde se estructura el cuarto organizador bioenergético del psiquismo (Gonçalves Boggio, 2010) correspondiente a la acción de la rotación de ojos, esto permitirá el movimiento de objeto a objeto y la búsqueda de objetos más allá de la madre. El mismo se corresponderá al tercer organizador de Spitz (1965) caracterizado por la actitud opositora del niño y el empoderamiento en gesto y palabra del “no”. Este hecho corresponde al primer símbolo semántico comprendido por el niño, el cual le permitirá comenzar el proceso de autoafirmación a través de la puesta de límites y de la expresión de su agresividad.

El niño focalizará su energía e intereses en sus juegos, en sus pensamientos, en su relacionamiento con los otros (adultos y niños), en producir orina y heces, en reconocer gestos y expresiones. Es aquí donde el niño desarrolla su capacidad de autoconciencia, lo cual le permitirá anticipar acciones (como por ejemplo saber que su madre volverá si se ausenta temporalmente). Estará íntimamente relacionada con la adquisición, también en esta etapa, del concepto de “objeto permanente” (Piaget, s/f) lo que posibilitará al niño la “compreensão de que o bebê existe à parte do objeto, de que pessoas e coisas existem ainda não estejam presentes (tempo, espaço, mundo)” (Volpi y Volpi, 2002, p. 59)⁷

Cabe profundizar en la temática del juego ya que es una actividad central en la Clínica Infantil y que comienza en el transcurso de esta etapa. El juego, según Winnicott (1971) supone una forma de salud y un acto universal del ser humano. Permite el crecimiento, ya que implica la vivencia de nuevas experiencias. Asimismo, fomenta la integración de la personalidad, debido a que mediante el mismo, el niño escenifica sus contenidos fantasiosos e imaginarios relacionándolos con sus funciones corporales. A su vez, “el juego proporciona una organización para iniciar relaciones emocionales y permite así que se desarrollen contactos sociales” (Winnicott, 1986, p.

⁷ “La comprensión de que el bebé existe aparte de los objetos, las personas y cosas que no se encuentran presentes (tiempo, espacio, mundo).”

156) También funciona como lenguaje, al tener la función de comunicar contenidos profundos de la vida psíquica de los más pequeños. Además, es utilizado por el profesional como forma de comunicación directa y no invasiva con el pequeño.

Favorece la descarga de la agresividad, ya que en la actividad lúdica el niño encuentra el espacio apropiado para expresar emociones hostiles como odio o rabia sin experimentar sentimientos de culpa.

Según Winnicott (1971), el juego se encuentra en una zona intermedia entre el mundo interno y el mundo externo del niño. Esto supone que el pequeño logra internalizar aspectos del afuera mediante la acción del jugar, implicando a todo su cuerpo ya que es una actividad corporal. El autor Alberto Weigle (1976) toma al juego como una amortiguación entre el adentro y el afuera que posibilita la estructuración de nociones de tiempo y espacio como también la coordinación perceptivo-motriz del pequeño, siendo una actividad placentera por sí misma y propicia para la elaboración de conflictos.

Winnicott (1971) presenta su teoría del juego que será base en varias metodologías de abordaje corporal infantil. La misma supone una secuencia de hechos consecutivos en el desarrollo del juego del niño. Primeramente, el niño se encuentra en estado de fusión con su madre, quien oficiará de objeto y será percibido de forma subjetiva. Ella intentará tornar real lo que es buscado por el niño. Seguidamente, “el objeto es repudiado, reaceptado y percibido en forma objetiva” (Winnicott, 1971, p. 71). La madre deberá tener la capacidad de oscilar entre estas acciones para fomentar el inicio del desarrollo de la omnipotencia del bebé, lo que sucederá si este último vivencia estos hechos como si tuviera un control mágico. Es de vital importancia la confianza que el niño tenga en la figura materna para que se propicie este campo de juego intermedio. La tercera etapa constituye la actividad lúdica del bebé en forma solitaria pero en presencia de un otro que se encuentre cerca. Es en esta etapa que el niño puede olvidar la presencia de dicha persona pero es capaz de recordarla. La última etapa supone la superposición de dos zonas de juego con su consecuente disfrute. Durante el inicio de la misma, la madre juega con el bebé con la intención de adaptarse y encajar en la actividad lúdica del pequeño. Posteriormente, ella ingresará en el juego con su propia forma de jugar para abrir el camino al desarrollo de un juego libre, creativo y a la introducción de experiencias culturales.

Winnicott (1971) considera que la psicoterapia se efectúa entre la superposición de las zonas de juego del paciente y del terapeuta, siendo esencial el hecho de que este último sepa jugar. También propone que si el niño no logra realizar actividades lúdicas, el profesional debe intervenir para que pueda lograrlo.

Siguiendo con la “etapa de producción”, merece destacarse la característica del pensamiento egocéntrico del niño que consiste “en no poder despegarse de su propio punto de vista, y por ende no poder colocarse en el punto de vista y la perspectiva del otro/a” (Amorín, 2010, p.163). También incluye la creencia de poseer certezas absolutas. En muchas ocasiones los progenitores suelen enfadarse con sus hijos por esta razón, pensando que desean desafiarlos, sin tener en cuenta esta condición propia del desarrollo evolutivo. Durante esta etapa el niño comienza a buscar modelos principalmente en relación a sus figuras parentales (los cuales le servirán posteriormente para la estructuración de identificaciones).

Este momento tiene su correspondencia con la “fase anal” desarrollada desde la Psicoterapia por Baker (1980), la cual ocurre aproximadamente entre los dos y tres años de edad, cuando el esfínter anal adquiere su total funcionalidad. Si las vivencias en relación a las funciones excretoras son apreciadas de forma natural por los progenitores, el niño sentirá orgullo por sus movimientos intestinales a la vez que disfrutará de su creciente independencia y separación de su madre. Por otro lado, Baker concuerda con Volpi y Volpi (2002) al afirmar que excesivas preocupaciones por parte de los adultos (progenitores y cuidadores) respecto a la limpieza y/o actividades en relación a la defecación del niño, pueden causarle un impacto negativo que puede ser traducido posteriormente en conflictos inherentes a su personalidad y carácter. Principalmente se asocia con bloqueos en la zona anal (pelvis y glúteos) tornando al niño dependiente, sumiso con frecuente constipación intestinal con la consecuente acumulación de energía en dicha zona y la disminución de su espontaneidad.

Al final de esta etapa, el niño comienza a tener voluntad de realizar y experimentar acciones por sí mismo, con el consecuente deseo de ejercer -de forma gradual- su autonomía. También aparecen los primeros modelados con masa y los dibujos, comienza a interiorizar las reglas sociales y controlar sus emociones.

Es también en este período que se desarrolla el lenguaje y el habla, los cuales ponen de manifiesto el desarrollo y la integración de aspectos emocionales, cognitivos, físicos y sociales del niño. En sus comienzos, el pequeño desarrolla una lengua propia, de carácter individual y posteriormente, mediante la estimulación de los adultos comenzará a adquirir palabras de la lengua materna que sean sencillas y accesibles. Sin lugar a dudas, Volpi y Volpi (2002) concuerdan en la relevancia de espacios donde se habilite el habla solitaria del pequeño así como también su inclusión en conversaciones familiares que demuestren interés en su opinión, actividades, emociones e intereses.

Asimismo, es importante que los mensajes que se emitan desde los padres posean coherencia entre los contenidos verbales, emocionales y comportamentales,

evitando de esta manera “dobles mensajes” (mensajes contradictorios) que puedan representar conflictos para los más pequeños.

La cuarta etapa, correspondiente a la “Identificación” (Volpi y Volpi, 2002) se desarrolla aproximadamente en el cuarto año de vida. Durante la misma, el niño comienza a realizar sus identificaciones, la energía se focaliza en el descubrimiento de los genitales, lo cual lleva a la diferenciación sexual y de género.

La “identificación” (Volpi y Volpi, 2002) se corresponderá idénticamente con la “fase fálica” (Baker, 1980) quien agrega la característica de la gran agresividad.

El niño, durante la “etapa de identificación” continuará con su pensamiento egocentrista caracterizado por ser intuitivo, por lo que todavía estará “pegoteado” a sus experiencias perceptivas (Amorín, 2010). Asimismo, desarrollará el autoconcepto (Volpi y Volpi, 2002), que le permite el desarrollo de la imagen de sí mismo, esto se da a través del relacionamiento con otros niños y adultos. El autoconcepto será fruto de la integración de representaciones comportamentales, sociales, cognitivas, emocionales y físicas de lo que se entiende por ser niño o niña, lo que gestará las bases para el inicio de cuestiones referentes a las diferencias de género.

Frecuentemente suelen realizar preguntas respecto al tamaño de los genitales y comienzan a aparecer las primeras masturbaciones como fricciones de la zona genital.

El niño disfrutará tanto de momentos de soledad como compartidos, pasando gradualmente del campo familiar al social. En Uruguay es obligatoria la educación a partir de los cuatro años de vida, por lo que de esta manera el niño ingresa en el cuarto ecosistema bioenergético (Gonçalves Boggio, 2010) que corresponde a los grupos o instituciones dentro de la organización comunitaria y social.

Adquiere vital importancia que el niño posea actividades y hábitos cotidianos que lo organicen y estructuren, brindándole seguridad y estabilidad. La motivación del aprendizaje será fomentada por momentos de conversación familiar donde se centre la atención en las actividades académicas y se estimule el espacio para el aprendizaje.

La última etapa de desarrollo afectivo postulada por Volpi & Volpi (2002) recibe el nombre “formación de carácter”. La misma comienza aproximadamente a los cinco años de edad, extendiéndose hasta la pubertad. Según W. Reich (1987), esta es la etapa donde se forma y estructura el carácter. A su vez, será el tiempo de la “fase genital” teorizada por Baker (1980) la cual contará con la característica de ser diferente entre el varón y la niña a partir del surgimiento del complejo de Edipo. Según Baker (1980): “A situação edípica é fruto da repressão sexual adulta de nossa cultura, não

sendo um conflito natural e necessário para o amadurecimento do ser humano” (p. 44)⁸

El niño, mediante el espacio de escolarización compartirá mayor tiempo con sus pares y desarrollará sus propios valores en situación relacional.

Respecto a la alimentación, se considera que una dieta saludable y balanceada será sumamente relevante para el desarrollo neuronal, motriz y emocional, que ayudará a la adquisición de logros cognitivos, sociales, biofísicos y emocionales de los pequeños.

Asimismo, se destaca la importancia - durante este período- de fomentar el cuidado y la higiene personal, ya que la apariencia empezará a ser tomada en cuenta por el mismo y por sus pares, llegando a ser motivo de orgullo o de preocupación. La integración y vida social comienzan a adquirir mayor interés a medida que el niño va creciendo.

En suma, Volpi y Volpi (2002) destacan que durante la “fase de formación del carácter” el niño va a disfrutar de actividades que involucren a todo su cuerpo, lo cual fomentará la concientización de su propia fuerza corporal. Esto ayudará a su fortalecimiento físico, al desarrollo de su independencia e identidad, conjuntamente con el reconocimiento y la expresión de sus emociones. Es aquí donde el niño comienza a asociar sus sensaciones corporales en relación al estado de salud biofísico, entendiendo, de forma gradual, las causas que llevan a que el cuerpo se enferme así como las formas de evitar este estado.

Clínica Infantil desde la Psicoterapia Corporal

La Psicoterapia Corporal en la Clínica Infantil es una cuestión novedosa, no así como actual. Tras el rastreo bibliográfico de artículos publicados en este campo se concluye que “the application of Bioenergetic Analysis to children and their disorders is still in the beginning, but publications begin to appear.” (European Federation for Bioenergetic Analysis – Psychotherapy, 2004, p. 3)⁹ Christa Ventling (2001) luego de haber recopilado experiencias de psicoterapia corporal aplicada a la clínica infantil en varios países de Europa y Estados Unidos, también afirma que “we are still in process of gathering case histories which, hopefully, some day will provide the basis for a theory” (p. 1)¹⁰

⁸ “La situación edípica es el resultado de la represión sexual de los adultos de nuestra cultura, al no ser un conflicto natural y necesario para el crecimiento del ser humano.”

⁹ “La aplicación del Análisis Bioenergético para los niños y sus trastornos se encuentra todavía en el principio, pero las publicaciones comienzan a aparecer.”

¹⁰ “Todavía estamos en proceso de recopilación de historias de casos que, con suerte, algún día serán la base para una teoría.”

Se considera que el setting terapéutico de la Psicoterapia Corporal en la Clínica Infantil no difiere mucho en relación al utilizado por otras corrientes psicoterapéuticas. Además de incluirse elementos que frecuentemente se encuentran en la “Caja de juegos” de la psicoterapia psicoanalítica, se tomará al cuerpo del niño como parte central del proceso. Este se observará, se expresará y proyectará sus conflictos más internos en interacción con el terapeuta que adquiere un rol activo.

Varias son las experiencias que se han desarrollado y publicado con este enfoque. A continuación se expondrán las metodologías propuestas por los siguientes referentes: Arnt Halsen (Noruega), Tom Wills (Estados Unidos), Jens Kühntopp y Vita Heinrich (Alemania) y Brasilda Rocha (Brasil) catalogándose en abordajes de tipo individual o de tipo familiar.

Abordajes Psicocorporales Individuales

Metodología de intervención individual propuesta por Arnt Halsen

Arnt Halsen es considerado pionero en el trabajo bioenergético con niños. Su formación académica se inició en la vegetoterapia caracteroanalítica y se certificó como terapeuta bioenergético en el año 1982. Su comienzo en la psicoterapia corporal infantil fue en 1976 cuando tomó la dirección de la clínica psiquiátrica de Fredrikstad en Noruega. Dicha clínica contaba con una población de niños psicóticos, borderline, víctimas de abuso sexual y físico con características de conductas agresivas y autistas. Transitaban por el centro aproximadamente 200 pacientes al año, acompañados de sus respectivas familias. Los programas de intervención se extendían de uno a tres años, teniendo como pilar fundamental la creación de vínculos cálidos, empáticos, de reconocimiento y soporte entre terapeutas y pacientes, los cuales posibilitaban una estructura contenedora y promotora del crecimiento. A su vez, Halsen (citado en Ventling, 2001) incorpora: “well-defined bioenergetic exercises which, on a physical and emotional level, could give the child what he had been lacking earlier” (p. 24)¹¹

El programa bioenergético comenzó en el año 1976 inspirado en la denominada “Movement therapy” de Verónica Sherbone y Rudolf Laban. Luego, la metodología de intervención se desarrolló de acuerdo a un programa específico diseñado (y revisado semestralmente) para cada niño, adaptando ejercicios

¹¹ “Ejercicios bioenergéticos bien definidos que, a nivel físico y emocional, podrían dar al niño lo que le faltó anteriormente.”

bioenergéticos de acuerdo a sus necesidades y problemáticas. El encuadre terapéutico consistía en sesiones de frecuencia semanal de entre quince y sesenta minutos de duración. Las supervisiones eran de carácter grupal con frecuencia quincenal. El setting terapéutico contaba con almohadones, almohadas, mantas, alfombras y un espejo.

Los objetivos de las intervenciones eran tanto terapéuticas como educativas. Promovían el fortalecimiento del Yo a través del aumento de conciencia y dominio de sí mismo, de la auto-expresión, la reducción de la disociación y la creación de límites (Halsen citado en Ventling).

Halsen (en Ventling, 2001) propuso tres momentos importantes en cada sesión. El primero tenía lugar antes de comenzar la misma mediante la planificación de entre uno y cuatro ejercicios conocidos para el niño (debiendo realizarse una explicación cuidadosa en el caso de presentarse uno nuevo). Además del establecimiento de un acuerdo terapéutico entre el terapeuta y el niño.

El segundo momento refería a la sesión propiamente dicha donde se fomentaba la expresión de sus emociones, las cuales podían ser de todo tipo, inclusive con alta carga energética. El autor consideraba que el terapeuta debía estar preparado para poder sustentar altos niveles energéticos provenientes de los conflictos internos del pequeño. Dependiendo de lo acontecido en la sesión, el profesional podía limitar la sesión a diez o quince minutos si lo consideraba necesario dejando paso al diálogo verbal.

El último momento propuesto por Halsen (en Ventling, 2001) se efectuaba luego de los ejercicios y consistía en un diálogo (de al menos cinco minutos) entre terapeuta y paciente donde éste último ponía en palabras lo ocurrido en el encuentro.

Por su parte, Halsen (en Ventling, 2001) propuso una categorización de ejercicios biofísicos propuestos por A. Lowen adaptados a los niños. Las categorías son las siguientes: “reconocimiento del cuerpo y de partes corporales”, “calidad de toques”, “reconocimiento de la fuerza corporal”, “ejercicios de enraizamiento”, “ejercicios de límites y bordes”, “ejercicios de confianza”, “ejercicios expresivos”, “ejercicios de control”, “ejercicios regresivos y progresivos”, “ejercicios cooperativos” y “ejercicios de distancia”. A continuación se describirán las mencionadas categorías.

Los ejercicios que ingresan en la categoría de “Reconocimiento del cuerpo y de partes corporales” se realizarán a partir de señalar y tocar diferentes partes del cuerpo explicitando verbalmente su correspondiente nombre, ya sea del terapeuta al niño o viceversa.

La categoría de “Calidad de toques” estará compuesta por diferentes toques

que podrán realizarse desde el terapeuta al niño o viceversa. De esta manera posibilita la experimentación -por parte del niño- de tocar a un adulto sensible así como también la vivencia de ser tocado en un clima de confianza y afecto. (Se recuerda que muchos de los pacientes que realizaban procesos psicoterapéuticos en el programa habían sido víctimas de maltratos, negligencia o abuso sexual). Estos ejercicios tendrán como consigna poner en palabras los distintos tipos de toque, como pueden ser: suave, firme, caliente, frío, bueno, malo y/o doloroso.

El “Reconocimiento de la fuerza corporal” será trabajado mediante ejercicios en los cuales, el niño pueda reconocer su fuerza o debilidad corporal. Uno de los mismos consistirá en que el niño se recostará de espaldas al piso donde intentará resistirse a que el terapeuta lo coloque “boca abajo”. Otra variante puede ser que el terapeuta sea quien se recueste en el piso, mientras que el niño intente, mediante su fuerza, cambiarlo de posición. Otro ejercicio será con el pequeño apoyado en sus manos y rodillas, intentando resistir a que el terapeuta lo coloque en posición erecta. Este ejercicio también tiene como variante el cambio de roles.

Los ejercicios de “Grounding” adquieren vital importancia ya que:

Many of our children seem to be constantly up in the air. They are running away from themselves. Standing or lying down can be terrifying. In the standing position, the children slowly learn that their feet will support them. They also sense how to feel grounded on earth. Lying down also gives an experience of body contact with the ground. To support from the ground and from the therapist at the same time makes them feel more secure. (Halsen citado por Ventling, 2001, p. 44)¹²

De esta manera el Holding (Winnicott, 1958), que representa la función materna de sostén se combina con el grounding. Halsen (en Ventling, 2001) afirma que toda la gama de ejercicios de “enraizamiento” propuestos por Lowen pueden utilizarse con niños; también agrega que antes de realizarlos puede efectuarse un masaje de pies para comenzar a activar la zona.

Los ejercicios de “Límites y bordes” son propuestos para que los niños puedan reconocer y limitar su propio espacio a la vez que fomenta la creación de bordes que

¹² “Muchos de nuestros niños parecen estar constantemente en el aire. Están huyendo de sí mismos. Estar de pie o acostados puede ser aterrador. En la posición de pie, los niños aprenden lentamente que sus pies los sostienen. También perciben cómo sentirse en la tierra. Acostarse también da una experiencia de contacto corporal con el suelo. El apoyo desde el suelo y desde el terapeuta en el mismo tiempo hace que se sientan más seguros.”

les provean contención. Los ejercicios de esta categoría empoderan al niño a decidir cuándo desea que el otro se acerque o se aleje. Uno de los ejercicios consiste en que el niño coloque una alfombra o una superficie móvil (como una tela, manta o colchoneta) que demarque su territorio de forma gráfica. Luego, se le consigna que camine por su territorio recitando las siguientes frases: “Esto es mío, esto me pertenece”, dejando a su criterio y bajo sus reglas (de tiempo y forma) la apertura de su espacio para que el terapeuta ingrese si él lo decide. Otro ejercicio refiere al clásico de la bioenergética de adultos, donde el paciente y el terapeuta se paran frente a frente, palma con palma y gradualmente el paciente se resistirá (empujando) a la fuerza ejercida por el psicoterapeuta, quien intentará ingresar en su espacio. Se espera que por momentos el niño lo deje acercarse. Puede agregarse la variante de expresar “no” cuando el paciente lo considere.

Siguiendo con las categorías propuesta por Halsen (en Ventling, 2001), los “Ejercicios de confianza” permitirán al niño comenzar a establecer vínculos confiables con el terapeuta, siendo este último representante del mundo adulto. Un ejercicio consiste en que el niño se mantenga parado y rígido (tensionando su cuerpo) y deje que el psicoterapeuta lentamente lo lleve a una posición horizontal (acostado de espaldas al piso). Una variable del mismo ejercicio es realizarlo de forma inversa, comenzando por la posición horizontal hasta llegar a la vertical. Otro ejercicio propone que el niño se encuentre con los ojos cerrados o vendados y camine por el consultorio guiado por el terapeuta. También puede consignarse al paciente que se acueste de espaldas al piso, cierre sus ojos y permita que el terapeuta le sostenga la cabeza.

A su vez, los ejercicios para trabajar “Expresividad” deberán ser propuestos gradualmente en base a las características de cada paciente. El objetivo será que el niño pueda reconocer sus diferentes emociones y pueda expresarlas. Una forma posible será mediante una tabla de emociones, que cuente con diferentes caras expresando las diferentes emociones humanas. El paciente deberá reconocerlas, nombrarlas e imitarlas con un espejo. Otro juego posible es la “pelea de almohadas”, la cual contempla una amplia gama de emociones, como la alegría, el enojo y la frustración, entre otras.

Los ejercicios de “control” tendrán como objetivo el control de impulsos y de agresividad que puedan experimentar niños en momentos de crisis. Se propone que puedan reconocer dicha agresividad y contenerla, contando hasta tres, mirando al terapeuta o pegándole una vez a un almohadón.

Por otro lado, los ejercicios “regresivos y progresivos” ofrecen al niño la posibilidad, dentro de un setting seguro, empático y contenedor, de realizar

regresiones parciales a partir de las cuales el terapeuta ofrecerá ejercicios de crecimiento y empoderamiento del yo. Estos ejercicios dependerán del tipo de regresión que se produzca. Uno de estos puede ser consignarle al niño que se recueste en posición fetal y que intente expandirse, respirando profundamente mientras el psicoterapeuta pone una mano en su cabeza y la otra en sus piernas, ejerciendo una pequeña resistencia contraria al movimiento expansivo del niño.

La categoría de “ejercicios cooperativos” posibilitará al paciente a realizar actividades coordinadas con el psicoterapeuta. Uno de ellos podrá ser realizar “la bicicleta” entre adulto y niño, pudiendo ambos elegir las velocidades del pedaleo.

Las actividades de “distancia” tendrán como objetivo la concientización de la distancia o cercanía que el niño considere comfortable. El niño y el psicoterapeuta se moverán dentro del consultorio, estableciendo, en la medida de lo posible, contacto ocular. El psicoterapeuta le realizará las siguientes preguntas: ¿Qué distancia o cercanía sentís que es buena para ti? ¿Es muy invasiva esta distancia o es bienvenida?

Halsen arribó a la siguiente conclusión:

“Properly designed bioenergetic exercises have proven useful in body therapy children. Children respond surprisingly well to these concrete, bodily approaches. (Perhaps we should not be surprised since bodily expressions are much closer to children than to the more verbal adults) (...) Based on our experience, it is possible to develop an individual child psychotherapy based on bioenergetic analysis” (citado en Ventling, 2001, p. 51)¹³

Metodología de intervención individual propuesta por Tom Wills

Tom Wills, psicoterapeuta bioenergético, psicodramatista y enfermero fue director del Programa de Comportamiento en un pequeño hospital psiquiátrico de Nueva York, Estados Unidos. En el mismo, combinó ejercicios bioenergéticos con juegos y música. Su programa apuntaba a niños de entre cinco y once años de edad con diagnósticos psiquiátricos -según el DSM IV-. Dichos pacientes habían sufrido

¹³ “Ejercicios bioenergéticos correctamente diseñados han demostrado su utilidad en terapia corporal de niños. Los niños responden sorprendentemente bien a estos planteamientos concretos, corporales. (Tal vez no deberíamos sorprendernos ya que las expresiones corporales están mucho más cerca de los niños que de los adultos más verbales) (...) En base a nuestra experiencia, es posible desarrollar una psicoterapia infantil individual basado en el análisis bioenergético.”

importantes descuidos o negligencia en sus primeros días de vida, otros habían sido expuestos a sustancias tóxicas como drogas durante su gestación. Traumas sexuales y violencia física también eran característicos de gran parte de esta población.

Este programa de comportamiento complementaba las estrategias farmacológicas sugeridas por los psiquiatras de los niños. Las intervenciones se realizaban en momentos de crisis, en un encuadre terapéutico de cinco minutos de duración, con dos psicoterapeutas en sala, una pelota de veinticuatro centímetros de diámetro, almohadones y música. Los objetivos apuntaban a que el niño adquiriera la habilidad de autorregularse, distenderse y controlar su agresividad en episodios agudos. Los ejercicios propuestos por Tom Wills (citado en Ventling, 2001) fueron una extensión del trabajo de Arnt Halsen con la integración de la pelota en tres tipos de categorías: “ejercicios de enraizamiento”; “ejercicios liberadores” y “ejercicios progresivos”.

Los “ejercicios de Grounding” “allowed the children to move out of their mental confusion” (Wills citado por Ventling, 2001, p. 34)¹⁴ Un ejemplo de este tipo de ejercicios consiste en que el niño, descalzo y sentado, pueda balancear la pelota de izquierda a derecha con sus pies. Otro ejercicio supone que el niño tome la pelota con sus dos manos, a la vez que salta con un pie y luego con el otro. Una variante de ambos ejercicios puede ser contar hasta diez en voz alta mientras se realizan los movimientos.

La categoría de “ejercicios liberadores” consiste en tirar con las manos o patear con los pies la pelota hacia la pared o hacia el terapeuta (dependiendo del proceso del paciente). De esta manera el niño podrá descargar energía naturalmente mediante sus pies mientras activa las áreas agresivas de los segmentos superiores, tanto anteriores como posteriores. Luego se tendrá una charla de cinco minutos respecto a lo sucedido, proveyendo al pequeño de un holding (Winnicott, 1958) necesario para sostenerlo.

T. Wills (en Ventling, 2001) también postula la categoría de “ejercicios progresivos”, destacando la importancia del contacto de pies para poder salir de estados regresivos o disociativos. En esos momentos, el niño debe poner sus pies en la pared (la cual le brinda seguridad y estabilidad) para luego, mediante una actividad lúdica, establecer contacto con el psicoterapeuta apoyando planta con planta.

¹⁴ “Permite a los niños salir de su confusión mental.”

Metodología de intervención individual propuesta por Brasilda Rocha

“A criança é corporal, por tanto, não está tão aprisionada em suas couraças como o adulto, ela se expressa.” (Rocha, 1999, p. 11)¹⁵

Brasilda Rocha (1999), propone una metodología de intervención en la clínica infantil y adolescente desde la psicoterapia corporal. Su trabajo teórico, clínico y docente tiene lugar en San Pablo, Brasil desde hace aproximadamente tres décadas. Perteneciente al “Núcleo de Estudios Neo-reichianos” lo cual se hace evidente debido a la integración de conceptos de exponentes como W. Reich, A. Lowen, G. Boyesen y D. Boadella. A su vez, los hace dialogar con referentes de la teoría psicoanalítica como D. Winnicott y A. Aberastury.

Su metodología de intervención tiene como objetivo:

constatar e mensurar os brinquedos corespondentes ao tipo de energia bloqueada no desenvolvimento psíquico e corporal da criança. Chegar-se a conclusão que o brinquedo simboliza o corpo da criança e pode ser utilizado como uma interpretação e/ou intervenção, sem interromper seu circuito energético. (Rocha, 1999, p. 9)¹⁶

La autora incluye el análisis de contenidos corporales y simbólicos de los pacientes tomando en consideración los procesos de transferencia y contratransferencia, (emocional y/o corporal), siempre desde el rol activo del terapeuta quien representa la función materna en el proceso psicoterapéutico. Asimismo, Rocha (1999) manifiesta que durante las intervenciones clínicas de carácter corporal, las reacciones neuro-vegetativas y motoras de los niños son altamente flexibles. La energía bloqueada puede movilizarse rápidamente mediante la modificación del flujo energético.

Como se mencionó anteriormente, este modelo de intervención tiene como componentes fundamentales al juego y a los juguetes. Estos últimos van a ser considerados como recursos técnicos, que oficiarán de facilitadores en los primeros momentos de contacto entre el psicoterapeuta y el niño sin interrumpir su flujo energético. Los juguetes -dentro del setting psicoterapéutico- cumplen el rol de “objetos transicionales” (Winnicott, 1971) ya que “não fazem parte do corpo do bebê embora ainda não sejam plenamente reconhecidos como pertencentes à realidade

¹⁵ “El niño es corporal, por lo tanto, no está tan atrapado en sus corazas como el adulto, el niño se expresa.”

¹⁶ “Observar y medir los juguetes en correspondencia con el tipo de energía bloqueada en el desarrollo psíquico y corporal del niño. Llega a la conclusión que el juguete simboliza el cuerpo del niño y se puede utilizar como forma de interpretación y/o intervención sin interrumpir su circuito energético.”

externa” (Winnicott citado por Rocha, 1999, p. 12)¹⁷ El juguete va a considerarse como objeto intermediario entre la madre y el niño, siendo catectizado y descatectizado en el desarrollo del proceso psicoterapéutico. Al mismo tiempo, será interpretado como un facilitador de la relación entre el niño y el mundo externo.

Brasilda Rocha (1999), realizó una investigación de metodología mixta en la ciudad de San Pablo con una población de 40 niños y adolescentes de entre 4 y 17 años de edad que se encontraban en procesos psicoterapéuticos. En la misma sistematizó 95 juegos y juguetes en relación a las fases de carácter desarrolladas por A. Lowen. Los resultados recabados comprobaron la hipótesis formulada de que en cada juego -y su respectivo juguete- se asocian determinados tipos de energía que determinan la fase de evolución psíquica del niño. Es decir: las fases del desarrollo psicosexual del niño se corresponderán con determinados juegos. Por lo tanto, se postula la importancia de presentarle al paciente juegos y juguetes específicos. De este modo, se le proporcionarle energía vital al juguete para que posibilite un posible movimiento de la matriz energética materna, el cual conllevará la elaboración de un juego propio, más libre y creativo.

La autora afirma que los niños, al encontrarse en pleno desarrollo psíquico, no poseen estructuras rígidas de carácter como los adultos, por lo que constituiría un grave error categorizarlos en un tipo de estructura de carácter definitivo. Al estar tan próximos al estadio no-verbal y por el momento evolutivo en el que se encuentran (infancia), presentan ansiedades y experiencias traumáticas que pueden ser asociadas a las estructuras de carácter desarrolladas por Alexander Lowen, las cuales permitirán al terapeuta asociar la época en la que estos conflictos tomaron lugar en el psiquismo infantil, ayudándolo a comprender así más adecuadamente su sufrimiento. Dichas ansiedades son necesarias y transitorias en el desarrollo psíquico del niño y es a través de la intervención psicocorporal que podrán movilizarse para la expansión de su personalidad.

“A terapia corporal com a criança trata da relação de duas pessoas que brincam juntas” (Rocha, 1999, p. 14)¹⁸ Por lo tanto, los objetivos de la intervención psicoterapéutica serán la identificación de la tensión corporal del niño a través del uso del juguete y la apertura del espacio lúdico del niño y el terapeuta. De manera que en este espacio, ambos puedan jugar de forma libre y creativa, fomentando que el pequeño explore lugares y tipos de juego que anteriormente no había transitado, saliendo del juego repetitivo-neurótico. La autora concuerda con Winnicott (1971) en el

¹⁷ “No forman parte del cuerpo del bebé, mientras que aún no son plenamente reconocidos como pertenecientes a la realidad externa.”

¹⁸ “La terapia corporal con el niño se trata de la relación de dos personas jugando juntas.”

sentido de que la psicoterapia se realiza en la superposición de las zonas de juego del terapeuta y del niño.

Brasilda Rocha (1999) propone tres etapas durante el trabajo psicoterapéutico. La primera interpretará al niño, su juego y el uso de los juguetes. Esto posibilitará la identificación de la fase del carácter a la que el niño está asociado. Posteriormente, se realizará el consecuente diagnóstico del flujo energético del pequeño, el cual será fundamental a la hora de presentarle determinados juegos que posibiliten el movimiento de la pulsación energética. La segunda etapa colocará el foco de atención en la transferencia y la contratransferencia entre el paciente y psicoterapeuta a través de los procesos emergentes del vínculo entre ambos, el niño podrá traer al espacio terapéutico sus emociones y actitudes más primitivas, para poder ser elaborados en el vínculo con el psicoterapeuta. El tercer momento apuntará a que el paciente tome conciencia de sus conflictos, en la medida de sus posibilidades, de sí mismo -su ser en el mundo- y de su relacionamiento con sus figuras parentales. De esta manera se fomenta la reparación de experiencias emocionales traumáticas, a través de la denominada “rematrización de identidad” (Rocha, 1999) la cual posibilitará al niño a “encontrar seu caminho de amor próprio, auto-aceitação e desenvolver a sua fé, sentimentos que não conseguimos obter de nossos pais” (Rocha, 1999, p. 16)¹⁹

Para lograr estos objetivos, este equipo propone identificar y revivir los bloqueos emocionales que inhiben las sensaciones corporales del paciente, obteniendo la recuperación de su flujo energético, propiciando la concientización de los contenidos inconscientes. Será mediante la activación del Sistema Nervioso Autónomo que se modificará el flujo energético -a través de movimientos de expansión y contracción- que liberará las tensiones previamente identificadas en los músculos y órganos del paciente, traducidos como bloqueos energéticos en determinados segmentos de su coraza muscular.

Esta metodología de intervención también tomará aspectos de la teoría Psicodinámica de G. Boyesen como el masaje que propicia el movimiento psicoperistáltico para la reducción de la coraza tisular y visceral.

También integra conceptualizaciones de la Biosíntesis de D. Boadella respecto a:

las tres corrientes de vida energético-emocionales que (...) son:
enraizamiento (crear raíz o base en el mundo), ligada a la acción;
centramiento (centrarse en expresar las propias emociones y

¹⁹ “Encontrar su camino de amor propio, la auto-aceptación y desarrollar su fe, sentimientos que no podemos obtener de nuestros padres.”

contenerlas), ligada al sentir; *automirarse* y *mirar a otro cara-a-cara*, ligada a los sentidos y al sistema nervioso y perceptual. (Boadella, 1993, p, 15)

Estas corrientes de vida se encuentran en movimiento en relación a las tres capas evolutivas de desarrollo embriológico: el endodermo, el mesodermo y el ectodermo.

El endodermo corresponde a “la capa interior del cuerpo fetal (...) produce tejidos que metabolizan la energía. Ellos proporcionan el revestimiento del tubo intestinal, todos los órganos digestivos y los tejidos de los pulmones” (Boadella, 1993, p. 37). La segunda capa refiere al mesodermo, siendo “la capa celular media del feto (...) se convierte en el sistema muscular, el esqueleto, los vasos sanguíneos y el corazón. Es un sistema para el movimiento y la acción” (Boadella, 1993, p. 38). La última capa, denominada ectodermo es la capa celular exterior del feto, la cual “forma todos los tejidos nerviosos y los órganos de los sentidos, incluso la piel. Es un sistema destinado a reunir e integrar información sobre el mundo” (Boadella, 1993, p. 40)

A continuación, se describirán características, traumas y juegos asociados a los caracteres esquizoide, oral, psicopático, masoquista e histérico.

Carácter esquizoide

El carácter esquizoide tiene como principal trauma asociado la vivencia de privación de su derecho a la existencia. Se teoriza que el bebé experimentó sufrimiento intrauterino o vivencias displacenteras durante el nacimiento y/o en los primeros momentos de vida neonatal, donde percibió en riesgo su propia vida. También se considera la vivencia de rechazo o de hostilidad por parte de alguno de sus progenitores (o de ambos) en un ambiente caótico. El niño que presenta este tipo de ansiedades “apresenta comportamientos hiperativos e dissociados com muita dificuldade no seu movimento espressivo e na verbalização do seus afetos, devido sua dificuldade de conectar seu pensamento com os sentimentos” (Rocha, 1999, p. 39)²⁰ lo que le produce dificultad en establecer buen contacto con la realidad.

Presentan una musculatura rígida, contraída y poco desarrollada, lo que le permite distanciarse de sus sentimientos de rechazo. Es por esto que Rocha (1999) recomienda la utilización de técnicas que estimulen sus sensaciones cinestésicas (por ejemplo la pintura corporal) para que puedan sentirse corporalmente. Además, se constata que existe un importante bloqueo respiratorio que conlleva gran tensión en la zona diafrágica. Debido a esta causa, frecuentemente se recomienda que comiencen actividades acuáticas como natación, en las cuales se estimula la

²⁰ “Presentan comportamientos hiperactivos junto a dificultades en sus movimientos expresivos y a la verbalización de sus afectos, a causa de su dificultad para conectar su pensamiento con los sentimientos.”

respiración y se pone en movimiento toda su musculatura en el medio acuático (esto puede ayudarlo a revivir sentimientos uterinos desde un lugar placentero). También se recomienda que realice ejercicio en bicicleta ya que favorece el desarrollo de toda su musculatura a través de movimientos aeróbicos que aumentan su carga, su respiración y consecuentemente el flujo energético.

El principal mecanismo de defensa utilizado corresponde a la proyección, con frecuentes regresiones. Estos niños presentan grandes ansiedades al momento de comenzar un proceso psicoterapéutico ya que reviven la amenaza de aniquilación, lo cual les lleva a percibir el mundo de forma hostil. Debido a estas características, es relevante establecer sus límites corporales para que sienta su fuerza vital y corporal en el mundo. En relación a la transferencia terapéutica, el psicoterapeuta debe fomentar un ambiente de confianza, seguridad y calidez, adquiriendo vital importancia la transmisión de amor y contención. Rocha (1999) recomienda el acto de abrazar al niño, quien a través de este tipo de contacto corporal podrá experimentar contención y sensación de contorno, reencontrándose con su esquema e imagen corporal.

Varios juegos y juguetes son asociados a este tipo de energía y organización psíquica. El juego con arena le permitirá reconstruir y reorganizar los fragmentos del yo que se encuentran disociados. Esto se producirá a través de la proyección inconsciente de sus fantasías y conflictos principalmente en relación a la figura materna, de forma segura. El modelado con porcelana también propiciará revivir sentimientos de fragmentación junto a rabia y necesidad de contención. Este material fomentará la descarga de agresividad en un medio de protección y cuidado mediante experiencias táctiles y cinestésicas. Por otro lado, el juego con cartas también es una forma de organizar el pensamiento lógico y abstracto. Moviliza la necesidad de integración de las partes fragmentadas de su personalidad a través de la relación terapéutica.

Asimismo, el juego con globos permite el trabajo de la respiración ascendente lo que provoca una disminución de las defensas, disminuyendo la tensión en los segmentos oral y diafragmático. El globo puede simbolizar aspectos en relación a la gestación tanto de cuidado y protección como de rechazo por parte de sus progenitores.

Los juegos con cuerdas pueden simbolizar y revivir sentimientos regresivos y de simbiosis asociándolos a sentimientos de pérdida. A su vez, es un elemento que puede ser utilizado en momentos de crisis emocional ya que también puede asociarse a sentimientos de muerte interna que los distancia del contacto con la realidad.

El dominó también ayuda a la elaboración de la propia identidad que se encuentra fragmentada a través de una relación terapéutica afectiva que brinda

confianza. Se ha constatado su efectividad en niños con núcleo confusional que tienen la necesidad de trabajar su diferenciación vincular, fomentando su autonomía y seguridad.

Las escondidas suelen ser utilizadas por los niños que buscan la internalización del vínculo materno. Este juego aumenta cuando el niño posee características depresivas y busca proximidad con su madre, que a su vez le asegure que ésta no se irá para siempre. Es un juego muy regresivo que moviliza aspectos de las etapas primarias de su personalidad.

Juegos que incluyan escopeta o armas son utilizados por niños que se encuentran elaborando emociones agresivas y destructivas.

Carácter oral

Las ansiedades referentes al carácter oral comienzan a estructurarse entre los seis meses y los dos años de vida. En esta fase, el niño necesita elaborar el desapego de la figura materna para poder internalizar su seguridad afectiva. Pueden surgir profundos sentimientos de soledad y desamparo al momento de la separación. Puede ser vivenciado como abandono (por el distanciamiento de la madre o por sensaciones de pérdida) lo que llevará, posteriormente, a una gran sensibilidad por el distanciamiento del objeto de deseo. Estas características podrían ser compensadas por una precocidad en el desarrollo motor y/o del lenguaje, adquiriendo una “falsa independencia” para no revivir los sentimientos de abandono o vacío. Es durante esta fase que ocurre la experiencia del destete, que debería haber tenido como base un buen amamantamiento y una madre suficientemente buena (Winnicott, 1979). El bebé comienza a unir las experiencias emocionales con las experiencias perceptivas, expresa sus impulsos destructivos y agresivos a través de la mordida, siente la necesidad de ser alimentado de forma nutritiva. Esto puede asociarse a la elaboración de la integración de la imagen materna (que pueda ser destruida y amada a la misma vez). Esto fomentará el contacto con la realidad y la elaboración de sus sentimientos de culpa. Se ha constatado con frecuencia problemas alimenticios como pueden ser vómitos o conductas de ingesta compulsiva.

El principal trauma asociado a esta fase de carácter corresponde a la perturbación de la función nutritiva. El mecanismo de defensa utilizado por estos niños será la negación, la cual buscará ser compensada por la succión oral (traducida en la forma verborrágica de hablar, como forma de llamar la atención de los otros).

Los niños con características orales presentan una musculatura flácida y un frágil contacto con la realidad, por lo que frecuentemente experimentan caídas o tropezones. Asimismo, demuestran gran pasividad (la cual deberá ser trabajada en el

proceso psicoterapéutico con juegos que fomenten el “grounding” para poder alcanzar mayor independencia). Son frecuentes los dolores de cabeza debido a la tensión que experimentan en los segmentos ocular y oral. Esto puede ser trabajado con pinturas y máscaras faciales para distender la tensión de los mismos. También presentan gran tensión en el pecho, Rocha (1999) recomienda los juegos con el aro de básquetbol para movilizar la energía de dicha zona a la vez que posibilita la expresión de la emoción contenida.

El juego con tijeras es utilizado para la elaboración de ansiedades orales, en el cual se movilizan sentimientos de separación y de corte del vínculo materno con la consecuente introducción de un tercero. “La payana” también permite elaborar simbólicamente la necesidad de aferrarse a la vida, los cuidados propios asociados al miedo del abandono, a su vez fortalece la musculatura y la habilidad manual.

Carácter psicopático

El principal trauma de los niños con ansiedades de carácter psicopático estará asociado a la seducción de uno de sus padres (principalmente el de la figura de sexo opuesto), lo que llevará a la formación de una triangulación que dejará como consecuencia una vivencia de rechazo o traición por parte del otro progenitor (generalmente el del mismo sexo) el cual no satisfecerá sus necesidades de contacto y apoyo. De esta forma, el niño se identificará con el progenitor seductor.

El sentimiento de traición que experimenta el niño con ansiedades psicopáticas será compensado por la idealización de su imagen, desarrollando excesivas fantasías respecto a su poder y a la necesidad de dominar a los otros. Esta compensación (representada por el desprecio a los otros) desviarán el foco de atención de sus verdaderos conflictos referentes a su sexualidad y a sus sentimientos de inferioridad, de inseguridad y a su fragilidad yoica. Estos niños poseen disminuida su capacidad simbólica, la cual será compensada por comportamientos donde prime la actuación y la manipulación. Son características las conductas antisociales, siendo niños controladores con poca integridad. Sus principales mecanismos de defensa son la negación, la supresión de sus sentimientos y el desplazamiento.

En referencia a su disposición muscular y energética, poseen gran tensión en la base del cráneo y alta carga en el segmento ocular (traducido en una mirada dominante, desconfiada y en alerta). También desarrollan una desproporcionada musculatura en la mitad superior del cuerpo con la consecuente supresión de la energía de su abdomen para no tomar contacto con sus sentimientos sexuales.

Metodológicamente hablando, el psicoterapeuta deberá establecer una transferencia de confianza en un vínculo de honestidad y perseverancia para que el

niño pueda revivir los sentimientos asociados al miedo de ser manipulado, controlado y engañado. También resulta importante la concientización de sus conductas antisociales en relación a su agresividad y a sus sentimientos de culpa mediante juegos en los que se ponga de manifiesto su competitividad y ansias de controlar y manipular.

El “micado” permite la elaboración de aspectos agresivos de relacionamiento y de contacto trabajando el autocontrol de estos impulsos. A su vez, el “roba-montón” puede ser introducido por el psicoterapeuta cuando percibe que el niño vivencia aspectos persecutorios en la relación terapéutica; con este juego permite que se relajen estos sentimientos posibilitando su propio espacio.

Carácter masoquista

El carácter masoquista comienza a estructurarse entre los dos y cuatro años de edad. El trauma asociado refiere a la vivencia del niño de ser amado en forma condicional. Esto sucede porque sus padres poseen características dominadoras o sumisas (vivencia de sacrificar su propia vida en pro de la familia) por lo que le brindarán su afecto a cambio de sumisión y humillación. Esto le provocará al niño gran desconfianza e intensos sentimientos de culpa (al desear oponerse a los mandatos parentales, al mostrar sus discrepancias o negatividad, o al desear proclamar sentimientos de liberación). En muchas ocasiones se observa que las conductas de alimentación y las implicadas en las funciones excretoras fueron vivenciadas como displacenteras y/o desagradables ya sea por invasión de sus progenitores o por excesiva preocupación respecto a ellas.

Los niños con características masoquistas, frecuentemente presentan conductas ambivalentes, de negatividad y hostilidad. Sus mecanismos de defensa suelen ser el desplazamiento y la formación reactiva. A su vez, presentan gran represión de sus emociones y de sus sentimientos sexuales. En consecuencia, su musculatura es densa, hipoactiva, cargada en el centro de su cuerpo y subcargada en los puntos de contacto (lo que le dificulta la expresión de sus emociones y el contacto con la realidad). Asimismo, presentan gran carga energética en su espalda, acompañada de fuerte tensión en el cuello, mandíbula y cintura. Rocha (1999) recomienda la relajación de la musculatura a través de la utilización del balón suizo y/o ejercicios de estiramiento.

Respecto a la transferencia terapéutica, es importante que el profesional fomente la expresión de la agresividad del paciente, ya que este siempre buscará obtener su amor y aprobación. En relación a la metodología, deberá fomentarse la descarga de la agresividad contenida, pudiendo realizarse mediante el ejercicio de “kicking” propuesto por Alexander Lowen, ya que es fácilmente adaptable a los más

pequeños. A su vez, es recomendable la liberación de la energía de la pelvis (por lo que se recomienda la utilización de juegos con globos). Sólo a partir de la descarga de la agresividad el paciente podrá contactar y expresar sus sentimientos de generosidad sin experimentar sentimientos de culpa por ellos.

Los niños con estas características no suelen acceder a la consulta psicológica por encontrarse sobreadaptados. Pero dentro de los juegos asociados a este tipo de ansiedades, se constata la efectividad del modelado con arcilla, que ayuda a simbolizar sus contenidos internos, invistiéndolos de valor y dejando a un lado la sensación de ser humillantes, favoreciendo el contacto con sus propias necesidades y deseos.

Carácter Histérico

El principal trauma asociado a este carácter se conforma alrededor de los cuatro y cinco años de vida. El niño buscará placer erótico en relación a uno de sus padres (principalmente la figura del sexo opuesto) como forma de identificación, obteniendo como respuesta una vivencia de rechazo por parte del mismo. Al sentirse rechazado, el niño con ansiedades histéricas experimentará sentimientos de orgullo a modo de compensar su herida. A su vez, controlará sus sentimientos para no entregarse completamente en sus relaciones afectivas. Mostrará conductas competitivas, provocativas, de resistencia y sumisión.

Respecto a la disposición corporal, poseen una musculatura rígida, con un importante corte energético en la zona torácica y pélvica, para evitar la unión de sus genitales con el corazón. Su cuello y espalda presentan gran tensión y carga energética, lo que les da un aspecto de “orgullo”, asimismo, su pelvis se encuentra fuertemente retraída. Al poseer tensión en los puntos periféricos de su cuerpo, suelen tener contacto con la realidad, lo que les permite cierta adaptación.

El principal mecanismo de defensa es la represión de sus sentimientos. En relación a la transferencia terapéutica, el profesional deberá mostrarse afectuoso para que el niño logre revivir y elaborar sus sentimientos de rechazo, aflojando su musculatura y expresando su agresividad.

El juego del “ta-te-ti” favorece la elaboración de la entrada del tercero de una forma reparadora sin ser excluido. De esta manera se fomenta el pasaje de su actitud pasiva a la activa a partir de su inteligencia creativa. Por su parte, el juego del “laberinto” elabora contenidos de búsqueda y posicionamiento de sí mismo.

Abordajes psicoterapéuticos corporales- familiares.

Modelo de Intervención familiar propuesta por Brasilda Rocha

El equipo de Brasilda Rocha también ha incursionado en la combinación del dispositivo corporal y familiar. La autora entiende a la familia como un

“corpo vivo, uma entidade fisiológica e de interações físicas e emocionais (...) A família cria seu próprio processo de formação de caráter e de encorajamento, a qual é vista como um corpo através do qual é necessário resgatar energéticamente certos padrões de modificações da criança” (Rocha, 1999, p. 25)²¹

Rocha (1999) afirma que la incorporación de la familia a la intervención psicoterapéutica obtiene resultados más armoniosos en momentos de transición. El niño y su familia pueden realizar conjuntamente movimientos estructurales, organizativos y dinámicos con el consecuente beneficio del sistema familiar. El objetivo principal de este tipo de abordaje es la identificación del papel y la función familiar que adquiere el niño dentro del sistema, el para qué de su lugar. Esto posibilita que los padres visualicen y experimenten de forma vivencial - y corporal- lo que le es depositado a ese niño ya sean deseos, proyectos, expectativas, secretos y/o fantasmas. La autora no desarrolla técnicas específicas en su capítulo referente a este tipo de abordaje sistémico.

Modelo de intervención dual (madre-hijo) propuesto por Jens Kühntopp y Vita Heinrich.

Este tipo de abordaje incluye a la díada madre-hijo como parte del proceso psicoterapéutico. Los autores alemanes, logran combinar conceptualizaciones provenientes del análisis bioenergético y de la terapia sistémica. La metodología consistía primeramente en la realización de un análisis profundo de las interacciones entre madre-hijo por parte de los terapeutas para seguidamente crear un plan de acción de acuerdo a lo observado. Dicho plan se efectuaba dentro de un encuadre terapéutico de seis sesiones semanales, de una hora de duración. El setting terapéutico estaba acondicionado con mantas, almohadones y colchonetas para realizar cómodamente ejercicios biofísicos previamente determinados por el equipo (siguiendo las categorías propuestas por Arnt Halsen, previamente desarrolladas).

²¹ “Cuerpo vivo, una entidad de interacciones fisiológico, físico y emocional (...) La familia crea su propio proceso de formación del carácter y acorazamiento, que es visto como un órgano a través del cual es necesario rescatar energéticamente ciertos patrones de cambios en el niño.”

Asimismo, el consultorio poseía tres cámaras de video lo que permitía un análisis del proceso por parte de dos terapeutas externos, quienes tenían como objetivo evaluar las interacciones de la díada dejando su registro en dos cuestionarios (uno en referencia a la madre y otro referido al niño). Estos cuestionarios se interpretaban teniendo en cuenta las conceptualizaciones teóricas del de Apego de Bowlby (1976).

El equipo proponía los mismos ejercicios biofísicos de Arnt Halsen (2001), focalizándose en los de “grounding”, “coordinación”, “fuerza”, “confianza” y “calidad de toques” dentro de un ambiente de cuidados cálidos y nutritivos. La gran variante consistía en que el rol activo del adulto era empoderado por la madre. Madre e hijo realizaban –mediante propuestas lúdicas- ejercicios biofísicos respetando los procesos energéticos de una sesión Loweniana tradicional. Comenzando con “ejercicios de enraizamiento”, luego “ejercicios de coordinación”, de “fuerza” y “confianza” para descender energéticamente a un estado de relajamiento a partir de masajes que representaban los “distintos tipos de toque”. Este abordaje tenía como objetivo realizar cambios relevantes en el vínculo madre-hijo, aspecto fundamental a la hora de prevenir el acorazamiento según Reich (1950).

Conclusiones

En suma, se concluye que la Psicoterapia Corporal ha tenido algunas experiencias en lo que refiere a la Clínica Infantil pero es muy poca la teoría desarrollada al respecto. Asimismo, en Latinoamérica solo los modelos de intervención de Brasilda Rocha han sido sistematizados y validados científicamente.

Conuerdo ampliamente con Arnt Halsen (citado en Ventling, 2001) cuando afirma:

“Considering how much emphasis bioenergetics places on the influence of infancy and childhood for later character formation it is astonishing how little is written about bioenergetics therapy with children. I assume that this reflects a lack of tradition and experience working directly with youngsters in bioenergetic analysis. Wilhelm Reich himself was very occupied with infants and children, but mostly from a preventing point of view.” (p. 41)²²

²² “Teniendo en cuenta el énfasis que pone la Bioenergética en la influencia de la infancia y la niñez para la formación del carácter, es sorprendente lo poco que está escrito acerca de la terapia bioenergética con niños. Supongo que esto refleja una falta de tradición y experiencia de trabajo directo con los jóvenes en el análisis bioenergético. El propio Wilhelm Reich estaba muy ocupado con los bebés y niños, pero sobre todo desde el punto de vista de la prevención.”

También se destaca que la Psicoterapia Corporal toma nuevamente conceptualizaciones del Psicoanálisis como la Teoría del Apego (Bowlby, 1976) y los postulados de Donald Winnicott al momento de desarrollar técnicas metodológicas de intervención clínica en la infancia.

Coincido plenamente con Donald Winnicott (1971) cuando postula:

“En esa zona de superposición entre el juego del niño y el de la otra persona, existe la posibilidad de introducir enriquecimientos (...) El terapeuta (...) se ocupa en especial de los procesos de crecimiento del niño y de la eliminación de los obstáculos evidentes para el desarrollo. La teoría psicoanalítica ha permitido una comprensión de esos bloqueos. Al mismo tiempo, sería un punto de vista muy estrecho suponer que el psicoanálisis es el único camino para la utilización terapéutica del juego del niño” (p. 75)

El juego, al ser una actividad corporal, es el elemento común en todas las metodologías descritas anteriormente desde la Psicoterapia Corporal. El mismo representa el lenguaje propio del niño y la forma comunicativa que tiene el psicoterapeuta para establecer un vínculo contenedor, seguro, afectivo y empático con él sin interrumpir su flujo energético.

Considero como un gran aporte a la Psicoterapia Corporal la asociación de las ansiedades del carácter con los juegos y juguetes establecida por Brasilda Rocha y su teorización sobre el pasaje de fases de carácter durante el crecimiento del niño, siendo la intervención psicoterapéutica estructurante para dichos movimientos.

Por otro lado, el abordaje familiar incorporado por Rocha adquiere vital relevancia para la Psicoterapia Corporal Infantil así como también el trabajo dual (madre – niño) desarrollado por Jens Kühntopp y Vita Heinrich. Merece destacarse la importancia de las entrevistas con los padres cuando el proceso psicoterapéutico lo amerite, principalmente al comienzo del mismo, como era destacado por Untoiglich y Rudolfo.

A su vez, se destaca el trabajo metodológico realizado por Arnt Halsen y Tom Wills con niños de estructuras psicóticas y borderline mediante ejercicios biofísicos.

Por su parte, las principales corrientes de vida de Boadella son puestas en juego por todos los autores mencionados a la hora del trabajo clínico infantil. Se llega a la conclusión de que es momento para que en Uruguay se continúe con el legado de W. Reich sobre la prevención del acorazamiento infantil, haciéndose necesario que la Psicoterapia Corporal se expanda y abra su camino en la Clínica Psicológica Infantil.

Referencias bibliográficas

Ainsworth, M.D.S. (1978), *The Development of Infant-Mother attachment, Reviews of Child Development*, Chicago: University of Chicago Press.

Amorín, D. (2010). *Cuadernos de Psicología Evolutiva Tomo I. Apuntes para una posible Psicología Evolutiva* (2da ed.). Montevideo, Uruguay: Psicolibros-Waslala.

Baker, E. (1980). *O labirinto humano. Causas do bloqueio da energia sexual*. San Pablo, Brasil: Summus.

Bleichmar, S. (2008). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu/editores.

Boadella, D. (1993). *Corrientes de vida. Una introducción a la biosíntesis*. Barcelona, España: Paidós.

Bowlby, J. (1976). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Bowlby, J. (1976). *La separación afectiva*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Boyesen, G. (1986). *Entre psiquê e soma, introdução à psicologia biodinâmica*. São Paulo, Brasil: Summus.

European Federation for Bioenergetic Analysis – Psychotherapy. (2004). Answers to EAP'S 15 questions about the scientific validation of Bioenergetic Analysis. *European Federation for Bioenergetic Analysis – Psychotherapy*. Recuperado de <http://www.bioenergeticanalysis.net/articlesandpapers.html>

Gonçalves, L. (2010). *El cuerpo en la psicoterapia. Nuevas estrategias clínicas para el abordaje de los síntomas contemporáneos*. Montevideo, Uruguay: Psicolibros Universitario.

Halsen, A. (s/f). Bioenergetic Work with Children: Experiences from a Child Psychiatric Unit. En Ventling, C. (Ed.) (2001). *Childhood Psychotherapy. A Bioenergetic Approach*. Basel, Suiza: Karger.

Kühntopp, J. & Heinrich, V. (s/f). *Bioenergetic Duos-Uncovering Deficits in Mother-Child Relationships*. En Ventling, C. (Ed.) (2001). *Childhood Psychotherapy. A Bioenergetic Approach*. Basel, Suiza: Karger.

Lowen, A. (1977). *Bioenergética*. México DF, México: Diana S.A.

Monteiro, M, Z. & Ribeiro, E. (2007). *Padrões vinculares e fluxo energético*. XX

Jornada Reich no corpo, clínica e política. São Paulo, Brasil.

Navarro, F. (1995). *Somatodinâmica*. São Paulo, Brasil: Summus.

Reich, W. (1950) *Los niños del futuro*. *Orgone Energy Bulletin*. Recuperado de <https://levantateyanda.files.wordpress.com/2008/11/los-ninos-del-futuro-por-wilhem-reich.pdf>.

Reich, W. (1986). *Análisis del carácter* (3a ed.). Barcelona, España: Paidós.

Rocha, B. (1999). *Brinkando com o corpo*. San Pablo, Brasil: Cliper editora.

Rodolfo, R. (1989): *El niño y el significante*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Spitz, R. (1988). *O primeiro ano de vida*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.

Tonella, G. (2000). *El análisis bioenergético*. Madrid, España: Gaia Ediciones.

Untoiglich, G. (2014). *En la Infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.

Ventling, C. (Ed.) (2001). *Childhood Psychotherapy. A Bioenergetic Approach*. Basel, Suiza: Karger.

Volpi, J. H., & Volpi, S. M. (2002). *Crescer é uma aventura! Desenvolvimento emocional segundo a Psicologia Corporal*. Curitiba, Brasil: Centro Reichiano.

Weigle, A. (1986). *El juego en psicoanálisis de niños*. Montevideo, Uruguay: Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

Wills, T. (s/f). *The Blue Ball Intervention: Integrating Bioenergetics into a Children's Acute Care Psychiatric Unit* en Ventling, C. (Ed.) (2001). *Childhood Psychotherapy. A Bioenergetic Approach*. Basel, Suiza: Karger.

Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona, Argentina: Gedisa.

Winnicott, D. (1979). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona, España:

Laia

Winnicott, D. (1986). *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires, Argentina:

Paidós.