

La construcción del caso en terapia psicomotriz.

Notas para una clínica¹

Resumen

En la supervisión de numerosos casos, así como en la defensa de ciertas memorias finales de formación, hemos podido constatar la dificultad de muchos terapeutas a la hora de acceder a una verdadera dimensión clínica de nuestra práctica, esto es, aquella que tiene en cuenta cada caso en su singularidad. Por ello, es preciso elaborar una hipótesis que permita orientar la cura psicomotriz, ya que en la elaboración de la hipótesis de cada caso es donde se conjuga tanto la formación recibida como la intervención puesta en acto. En este texto queremos exponer un breve esquema orientativo que nos pueda ser útil a la hora de abordar un caso y ajustar nuestra tecnicidad.

Palabras clave: Construcción, intervención clínica psicomotriz, conexiones del juego, demanda, entrevista, exploración, observación, expresividad somática y semántica, impresión estructural, lógica del caso, dirección del tratamiento, entrevistas, prescripción clínica, proceso del tratamiento, reformulación hipótesis, final del tratamiento.

Abstract

In the supervision of numerous cases, as well as in the defense of certain final training reports, we have been able to confirm the difficulty of numerous therapists when it comes to accessing a true clinical dimension of our practice, that is, one that takes into account each case in its uniqueness. And for which it is necessary to develop a hypothesis that allows guiding the psychomotor cure. In the elaboration of the hypothesis of each case, is where both the training received and the intervention put into action come together. In this text, we want to present a brief indicative outline that can be useful when approaching a case and adjusting our technicality.

José Ángel Rodríguez Ribas

Médico, psicoanalista (ELP/AMP) y psicomotricista (AEC/ASEFOP). Doctor en Psiquiatría y Salud Mental (US) y Doctor en Filosofía (US). Formador a la PPA (ASEFOP). Prof. UWTSO (Málaga). Formador en la AEC/ASFOP/UB.

¹ Mi enorme agradecimiento a Iolanda Vives y Anna Luna, del Equipo AEC/ASEFOP/UB, por sus sugerencias y labor de corrección.

Una terapia verdadera es aquella que cambia algo de la verdad de cada sujeto.

Planteamiento

La construcción de un caso supone un momento delicado y privilegiado que es previo -y posterior- al tratamiento, a la hora de hacernos cargo de un cuerpo sufriente; es el nudo gordiano de nuestra práctica y el que determinará la conducción de una cura². Esto va a requerir tanto de un trabajo minucioso donde se conjugan el saber personal, teórico y clínico del practicante, como de un tiempo que nunca estará de más a la hora de poder orientarnos.

En el caso por caso, en el 1 por 1 de cada sujeto corporeizado, radicalmente diferente a otro, es donde podemos encontrar la verdadera dimensión clínica de un tratamiento psicomotor. La experiencia tampoco es un grado: con cada caso se reinaugura el procedimiento³. Tampoco hace falta comprender demasiado, más bien al contrario, es conveniente estar abierto a la sorpresa y al cuestionamiento permanentes, ni siquiera hace falta anotar todo. Se trata de poner el acento en lo más significativo y singular del *hacer y decir* de cada niño (en el juego), valorando las conexiones entre ambos, dado que es en la relación vivenciada entre la acción y dicción, es decir, en sus resonancias subjetivas (las de la niña y el niño), donde podemos encontrar algo de la verdad del síntoma.

Por eso, una terapia verdadera es aquella que cambia algo de la verdad de cada sujeto. Y transformar al sujeto en relación con su verdad significa cambiarle la vida.

Cada practicante debe encontrar su propio estilo, conforme a la formación recibida y en función de los paradigmas que sostengan su tipo de intervención. En nuestro caso, hablamos desde la orientación *aucouturiana*, vivenciada y relacional, es decir, la que apunta a lo inconsciente del cuerpo. Debemos recordar que, ante el saber, el que sabe siempre es el niño, y nosotros somos sus acompa-

ñantes: nunca se tiene que forzar una acción o algún tipo de compresión, so pena de hacer de la cura psicomotriz una mera reeducación psicoeducativa. Por supuesto, y con los debidos ajustes, este esquema se puede aplicar a la intervención con adolescentes y adultos, incluidos los grupos de ayuda.

Procedimiento

A continuación, exponemos de manera muy sintética y abierta a discusión, un itinerario orientativo⁴ de este proceso, como resultado del análisis de numerosos pacientes y el intercambio con muchos colegas, sumado a sus respectivas confrontaciones teóricas.

1.- Ringgggg... ¡Hola!...

Se atiende la llamada y se concierta la primera cita.

- **Cita inicial. Demanda.** Formulación de la demanda por parte de los progenitores.
- **Quién deriva y por qué lo derivan.** Nos da muchas pistas. No es lo mismo la queja del educador o sanitario de la niña o el niño, que la extrañeza o sospecha de uno de los padres o de algún familiar determinante. En ocasiones, no tienen ninguna queja, pero asisten porque les han dicho que lo hagan.

2.-Entrevistas Preliminares.

Dos o tres entrevistas con la familia en despacho. En estas primeras ocasiones, mejor sin la niña o el niño. Es conveniente tomarse el tiempo que sea necesario, indagar sin miedo, no cohibirse al preguntar, no creerse literalmente todo lo que cuentan. Este contacto inicial permite hacerse un mapa mental de la situación que ha generado el trastorno. Evitar la psicologización y pedagogización previa del caso: los prejuicios, la dramatización y las etiquetas previas. Es interesante fijarse en si hay alguna subjetivación en dicha queja

2. Sabiendo que, puntualmente, tenemos el recurso de la supervisión, pero que este no nos exime de elaborar nuestra propia hipótesis.

3. Y mejor que sea así, no sea que incluyamos a la niña o el niño en el protocolo del trastorno (los Sr. X... son así, etc.).

4. Nada de guía de buenas prácticas ni procedimientos estándar para todas y todos.

sobre la niña o el niño, es decir, si se sienten preocupados por aquello que le sucede al paciente. También poner atención en el tipo de implicación que presentan: no es lo mismo afirmar: «su padre era así» que «se burlan en el colegio», o «pobrecita, pobrecito, qué va a ser de su vida...». Las entrevistas preliminares también facilitan que se instale la mínima transferencia parental, tan clave para el sostén del tratamiento. Es importante mantenerse atentos a las reacciones de la familia, es decir, a lo que no pueden decir ni pensar. Deberemos tener en cuenta:

- **La anamnesis.** Con datos objetivos. Antecedentes familiares, genéticos y mentales, embarazo, parto, datos evolutivos, reflejos primitivos, desarrollo motor acorde con la edad, primeros pasos y adquisiciones habituales.
- **Índices de emergencia semántica.** Consiste en el eje diacrónico del discurso psicomotor y se refiere a lo que cuentan los padres en concreto. Al discurso del otro que construye a la niña o al niño. La historia familiar, las relaciones previas, fantasías y deseos, dificultades, secretos familiares, hermanas y hermanos. Tirar de los hilos con tacto, pero sin tabúes respecto a la elección del nombre, a quién se parece, sus primeros juegos infantiles, a quién le gustaría que se pareciera. Señalar los dichos que han sido cruciales en la vida de la niña o el niño. Evitar la patologización de las conductas -bajo el nombre del trastorno- pero también esquivar la despatologización y la banalización tan contemporánea que reduce todo a un estilo de vida o una manera de ser. La familia nos puede responder de forma superficial o defensiva. Será nuestra tarea ajustarnos a su tiempo, sabiendo de antemano que, si logramos establecer una relación significativa, es decir, si conseguimos instaurar una alianza

terapéutica, conseguirán dar importancia y hacer significativos aspectos olvidados, casi siempre de forma involuntaria. También nos interesa conocer a la niña o al niño actual en su medio cotidiano. Cómo es en casa o con la familia extensa nos dará información actual respecto a su día a día. Cómo se comporta en la escuela ante los aprendizajes y en relación con los adultos, cómo se relaciona con sus pares de iguales y si encuentra o no su lugar en el colectivo. De lo que se trata es de dar carta de existencia, o no, de un sujeto sufriente.

- **Exploraciones complementarias.** Ante todo, descartar la organicidad. Ante la más mínima duda, pedir las pruebas que se crean convenientes: RMN, EEG, ECG, análisis hormonal, audio e impedanciometría. En cualquier caso, la existencia de una patología genética u orgánica tampoco impide nuestro abordaje, a condición de no centrarnos en ella. Lo importante aquí no es solo la patología orgánica sino, sobre todo, cómo la vive, qué le limita, como le afecta y se relaciona.
- **Informaciones complementarias.** Si hay sospecha de alguna alteración no filiada, se pueden requerir informes psicológicos o psiquiátricos, informes de valoración escolar, y competencias cognitivas o psicosociales.

3.-Observaciones Preliminares.

Consiste en el eje sincrónico del discurso psicomotor. Realizar también 3 o 4 sesiones en la sala de psicomotricidad. Se refiere a lo que hace y dice la niña o el niño en el presente, en la sala, mientras juega. El *otro*, que constituye al niño tanto en sus marcas y huellas encarnadas como en su expresividad corporal. Partimos de la AME (Actividad Motriz Espontánea, el juego libre), pero también desde situaciones más directivas y

Las entrevistas preliminares también facilitan que se instale la mínima transferencia parental, tan clave para el sostén del tratamiento.

De lo que se trata es de dar carta de existencia, o no, de un sujeto sufriente.

específicas: explorar el equilibrio, derribar torres, el salto, el sostén, control postural, la lateralidad etc. Este momento también resulta muy interesante a la hora de valorar y establecer la permeabilidad a la relación transferencial del sujeto. ¿Le gusta jugar? ¿Te toma rápidamente como compañero de juego o debe entrar con la madre a la sala? Para ello, contaremos con:

- **Índices de expresividad somática.** Observación, análisis y síntesis de los parámetros psicomotores. Valorando la relación del sujeto con el espacio, el tiempo, el material, con los otros, consigo mismo. Teniendo en cuenta las repeticiones, inhibiciones, fijaciones, omisiones, impulsiones, denegaciones etc. El objetivo es llegar a elaborar una especie de perfil psicomotor lo más ajustado posible a las manifestaciones corporales más específicas de la niña o el niño.
- **Pruebas complementarias de evaluación psicomotriz.** Pueden ser necesarias en determinados contextos que requieran un diagnóstico psicomotor preciso, como los test y balances psicomotores de Picq y Vayer, Stamback, Zazzo, Bucher, etc. También puede resultar sumamente interesante el uso de ciertos test proyectivos: el test de la figura humana (Karen Machover...), el test del árbol, de la casa, de la familia, etc.

4.-Elaboración de la hipótesis.

Con los datos previos, ahora se trata de hacer una síntesis justificada que nos oriente en la terapia. La hipótesis también requiere su tiempo, sin demorarse demasiado. Es conveniente recordar que una hipótesis psicomotriz no es un diagnóstico sanitario ni una valoración meramente pedagógica del trastorno con el que se presenta. Debemos fijarnos en los puntos de convergencia que aparecen en los ejes anteriores, aquellos que son relevantes para la identidad del niño,

porque es la misma mirada, el mismo ser dicho y que se dice en el hacer y decir⁵. En este momento, lo que intentamos discernir es la verdad del síntoma, esto es, la posición del sujeto frente a su deseo. La hipótesis psicomotriz, tan propia de nuestra práctica, es siempre provisional y se modifica a medida que lo hace el tratamiento, en un intento de situar un antes para orientarse hacia el después. Insistimos: no poner tanto el acento en los déficits sino en lo más propio, lo más singular y original de cada niño. También es importante poder dar cuenta de los recursos de los que dispone el paciente, tanto motrices como narrativos. No es lo mismo un sujeto con una gran capacidad de elaboración que otro que apenas dispone de recursos subjetivos⁶. Toda hipótesis que se precie debería, al menos, contener los siguientes elementos:

- **Análisis de la demanda y vínculo transferencial:** ¿Que están pidiendo realmente los padres? ¿Qué entienden de la patología del niño? ¿Qué lugar ocupa este niño en el fantasma de los padres? ¿Quién necesita de verdad el tratamiento? ¿Qué vínculo puede establecer con el terapeuta? ¿Qué figura encarna? Por su parte, la construcción de un vínculo terapéutico, tanto con el niño como con la familia, nos permitirá adentrarnos en su realidad y construir una historia de relación que le permita ir elaborando su subjetividad.
- **Índices de expresividad psicomotriz.** Es la síntesis de la expresividad somática y la expresividad semántica: ¿Qué es lo más propio de esta niña o este niño, donde convergen lo que hace con lo que dice y con lo que ha sido dicho de él? ¿Cuál es su verdadero síntoma? Las resonancias tónicas del practicante también tienen su lugar pero, al igual que en la contratransferencia, hay que estar muy prevenido para detectar que no sean más proyecciones fantasmáticas

5. No podemos desarrollar este punto crucial.

Pero si tenemos en cuenta que, como el inconsciente, el cuerpo está estructurado como un lenguaje: es el mismo sujeto el que se juega en los dichos del otro y en sus propios decires y juego. Estos se manifestarán bajo las leyes de la metáfora y la metonimia, la condensación y el desplazamiento..

6. No confundir la capacidad de trabajo del síntoma, o su capacidad de elaboración, con la cantidad de recursos, ya que no necesariamente son proporcionales. Hay sujetos que con pocas palabras encuentran un sentido a su vida. Otros, poseedores de una enorme cultura, pueden ser incapaces de enterarse de algo.

personales que otra cosa⁷. También es cierto que pueden presentarse resonancias tónico-afectivas muy claras: las que apuntan al deseo decidido y a la angustia, que suelen atravesar toda barrera intersubjetiva.

- **Impresión Estructural.** Con los datos recabados hasta ahora, y sirviéndonos de nuestros conocimientos psicopatológicos, podemos preguntarnos: ¿el sujeto se encuentra en una posición neurótica, perversa, psicótica o autística? Esto resulta fundamental a la hora de orientar el tratamiento para evitar así centrarnos en el trastorno. A su vez, implica un esfuerzo de minuciosidad clínica porque lo cierto es que si tratamos la misma alteración de la expresividad psicomotriz sin tener en cuenta su posición estructural (por ejemplo, no es lo mismo tratar una inestabilidad psicomotriz cuando el sujeto se presenta bajo una estructura neurótica que psicótica o autística), corremos el peligro de incurrir en *iatrogenia psicomotriz*⁸. Y aunque sabemos que en la infancia no siempre queda clara su posición estructural, eso no nos exime de tener que escoger una tecnicidad y disponibilidad determinadas⁹.
- **Lógica del caso.** Justificación teórica, razonamiento provisional de por qué le ha podido suceder eso. En este asunto ayuda mucho la teoría lacaniana de las angustias, los fantasmas y la dinámica vincular del niño, así como la teoría psicoanalítica, o la psicopatología, entre otras, evitando poner en el centro los diagnósticos sanitarios precisos, ya que tampoco se necesitan tanto. También es de utilidad evitar referirse a la presunta normalidad del desarrollo evolutivo: aunque también pueda tenerse en cuenta la edad motriz, no nos dice nada de ese niño en particular.
- **Dirección del tratamiento.** Cuál sería la orientación que se le da a este caso. Evi-

tar caer en la mera descripción de conductas, juegos o acciones, y la propuesta de su compensación o reparación psicopedagógica¹⁰. Aunque sabiendo que es provisional, hay que dar alguna orientación a la cura.

5.-Prescripción clínica.

Tercer momento. Toda la familia, incluida la niña o el niño. Contamos con:

- **Entrevistas de devolución.** No hay que decirlo todo, ya que tampoco lo entenderían, solamente lo más significativo, lo que pueda resonarles, enunciando nuestra propuesta de trabajo. Nunca prometáis nada, solo trabajar, aconsejaba Freud (Freud, 1912). Dejar expresar a los padres y madres sus temores, sus expectativas y dificultades, ya que hablando del niño también hablan de ellos, y hablando de ellos también hablan del niño. No podemos olvidar que la niña y el niño son síntoma de los padres¹¹ (J. Lacan, 1969), aunque ese no es argumento para culpabilizar a alguien: nadie tuvo la culpa de lo que sucedió¹².
- **Establecimiento del acuerdo terapéutico.** Encuadre terapéutico claro: el horario, la frecuencia de sesiones, quién paga, reuniones periódicas con la familia, etc.
- **Trabajo en equipo y/o en red.** Definir aquí quién será el referente clínico y los referentes terapéuticos, en caso de haberlos. Planear reuniones, sesiones clínicas y discusiones periódicas del caso, si se está en contacto con instituciones, etc. Si el terapeuta trabaja solo, será positivo mantener contactos periódicos con otros profesionales: profesores, pediatra, médico familia, etc.

6.-Proceso Terapéutico.

Consiste en la intervención terapéutica *per se*, a partir de un sistema de acciones y actitudes: la tecnicidad empática, la dispo-

7. Atención con orientar el tratamiento solo a partir de lo que siente el practicante. Eso puede convertir a la terapia en un ejercicio de poder, lo que es absolutamente intolerable.

8. Término clínico: hacer daño pretendiendo hacer el bien. La psicomotricidad, mal que nos pese, también puede perjudicar. Hay que hablar más de esto.

9. En los casos dudosos es mejor abordarlo, emplear una tecnicidad como si nos encontráramos ante un sujeto en posición psicótica.

10. Porque no hay nada que reparar, securizar o compensar. El hecho mismo de ser humanos ya implica que absolutamente nada tendrá una garantía absoluta. Por eso, lo que ya está escrito (inscrito, engramado) en el cuerpo, no puede ser borrado. La única alternativa para que algo del sujeto pueda se pueda transformar es acceder a una lectura distinta, a un sentido distinto, de aquello que determinó a cada quien en su historia. Los profesionales terapeutas, en este sentido, somos «lectores de cuerpos» que posibilitan la invención de «otras escrituras».

11. Y malo sería si así no fuera. Nos encontraríamos ante una clínica mucho más grave.

12. Otra cosa es su responsabilidad subjetiva y lo concernido que pueda sentirse cada uno.

Un terapeuta tampoco debería hacerse notar demasiado: el protagonista, quien propone y lleva el ritmo de sesión es siempre la niña o el niño.

bilidad, la escucha, la docilidad, el ajuste tónico-afectivo, etc. Un terapeuta, por definición, es competente. No es un derogado ni un técnico de ningún otro especialista, por mucho que venga derivado por un facultativo o no ejerza de referente clínico del paciente. A cambio, debemos poder encontrar y sostener la lógica y la razón de nuestras intervenciones, ya que solo así puede avanzar nuestra práctica. Un terapeuta tampoco debería hacerse notar demasiado: el protagonista, quien propone y lleva el ritmo de sesión es siempre la niña o el niño. Nosotros no jugamos con el niño, sino que acompañamos su juego. Nosotros no damos sentido a las producciones del niño, sino que creamos las condiciones para que encuentre su propio sentido. Lo que cura, como tal, no es la mera inserción o adaptación del sujeto a su medio sino la separación, el esclarecimiento de su propia posición subjetiva, que es la de su deseo, a partir de sus identificaciones.

Algunas precisiones:

- **Atención con atacar el síntoma de frente.** Es mejor hacer uso de la estrategia de rodeo (Aucouturier, 2004). Sabiendo, como sabemos, que un síntoma es una formación y una satisfacción sustitutiva de deseo inconsciente, no hace falta abordarlo directamente, so pena que vuelva a aparecer en otro lugar. Mejor centrarse en sus potencialidades.
- **Tomarse tiempo.** No hay prisa o, al menos, no debería haberla. Nunca forzar. Atención a las expectativas y las urgencias. La serenidad, la paciencia y el respeto al propio proceso resultan fundamentales. A menudo, no hacer también es hacer: hablaremos aquí de la quietud del psicomtricista (Rodríguez Ribas, 2013).
- **Dejarse sorprender.** Jugar con el equívoco, la homofonía, el enigma, el corte, el humor, incluso con la provocación; introdu-

cir variaciones, desdramatizar, jugar con la falta y la espera.

- **Entrevistas familiares periódicas.** En ocasiones, y a partir de la evolución del caso, los padres pueden reformular su demanda. Es necesario prestar atención a las modificaciones de la dinámica familiar y al lugar ocupado por la niña o el niño. En las entrevistas afloran las angustias de los padres e incluso, en ocasiones, su malestar puede convertirse en un ataque hacia nosotros. En cualquier caso, no se trata de hacer de mediador de los conflictos: el lugar ético y clínico del terapeuta es siempre para con el niño¹³. Atención con los correveidiles fuera de la sesión. Es interesante preguntar a la niña o al niño qué quieren que el terapeuta transmita a los padres. A menudo los progenitores no soportan una mejora subjetiva del niño, lo que puede conllevar numerosas altas precipitadas. También es cierto que, en otras ocasiones, comienzan a hablar de ellos y piden una derivación a otro especialista. Preguntar, señalar, pedir aclaraciones. En las entrevistas familiares, como no podía ser de otra manera, numerosas acciones infantiles comienzan a adquirir todo su sentido. Tampoco sirve hacer alarde de demasiada comprensión sino, al contrario, es mejor situarse en la *docta ignorantia* (Platón, Nicolás de Cusa...).

7.-Reformulación de la Hipótesis.

Cada trimestre, al cabo de unas 12 sesiones aproximadamente, podemos recapitular el trabajo realizado. Este es un momento de visión de conjunto del proceso clínico que se puede transmitir en las entrevistas con la familia, acerca de aquellos índices que se van transformando.

- **En función de la evolución del caso.** Cada vez que suceda un cambio significativo en su expresividad o narración, teniendo

13. No con quien nos paga, lo cual puede traer aparejado ciertos problemas éticos para el practicante.

en cuenta: ¿Qué es lo que dice o cuenta? ¿Cómo lo está viviendo? ¿Cuáles son sus relatos, mitos familiares, secretos, teorías sexuales? También, si aparecen nuevos índices de expresividad psicomotriz (índices de expresividad somática y emergentes de expresividad semántica), a partir de nuevas observaciones y entrevistas que requieran un replanteamiento del caso. Es importante conocer cómo está evolucionando fuera de la sala, en su día a día, si puede conquistar relaciones significativas o en sus aprendizajes. Ahí se ponen de manifiesto las conquistas, lo que realmente está integrando como sujeto, proporcionándole recursos propios que va generando en su cotidianidad.

- ¿Qué tipo de intervenciones, señalamientos o interpretaciones funcionaron y cuáles no? ¿Cómo van evolucionando los juegos? Recordar que, según qué estructura, una mejora del juego no tiene que ir necesariamente acompañada de una transformación subjetiva. Y viceversa, un cambio subjetivo no siempre tiene que manifestarse en la expresividad, al menos, de forma evidente. Cuidado con caer en la trampa del empoderamiento o de la promoción del yo, no sea que por maximizar sus conquistas se provoque el efecto contrario de no enterarse de nada. De ahí que no se trate tanto de reforzar una identidad como de encontrarla a partir de sus identificaciones. Recordar que lo que se interpreta es el síntoma y, por tanto, la posición frente al deseo. El fantasma nunca se interpreta, como mucho, se le señala¹⁴.
- **Relación transferencial y empática.** La relación transferencial consiste en el lugar en que se coloca el terapeuta en la fantasía del niño a partir de su posición estructural¹⁵. Esto nos aportará datos muy valiosos acerca de la elaboración de los contenidos

infantiles. Mantener una neutralidad benevolente, no creerse ni dejarse encerrar en un lugar concreto, ni decirle que «no lo soy» (refiriéndose a tal personaje) para que puedan investir al terapeuta con otras figuras. Un terapeuta tampoco es un amigo, un orientador o un consejero. Nuestra relación, querámoslo o no, solo puede ser disimétrica¹⁶. Atención con las confusiones relacionales e intersubjetivas, que solo conducen a callejones sin salida.

8.- Final del tratamiento. Precisiones a tener en cuenta:

- No es lo mismo un final del tratamiento que un alta o una interrupción debido a la edad, el pago de sesiones o el cambio de institución. El final, en pureza, lo debería decidir cada niño, no los padres. Es decir, un tratamiento concluye cuando ya no se necesita el síntoma, cuando cesa en su función y cae la transferencia para con el terapeuta. No olvidar que curamos por añadidura, porque no buscamos curar. No aferrarse al paciente, ya que siempre faltará algo por tratar, ni frustrarse en caso que la cura se interrumpa. Y recordar que no todo depende del practicante. En todo caso, el final supone un momento significativo para todos los implicados en este proceso: es deseable poder despedirnos haciendo un pequeño relato de la historia construida en esta relación. Poner palabras a sus afectos y significarlos presentifica un momento emotivo del que todos somos protagonistas, aunque desde distintas posiciones.
- Leído de esta manera, un **tratamiento psicomotor** no sería más que la **concatenación de una sucesión de hipótesis psicomotrices**, con la finalidad de hacer posible que la niña o el niño puedan encontrar otro lugar y posición con los otros y consigo mismo. Es frecuente terminar el tratamiento con un informe que refleje el

14. Esto es importante, teniendo en cuenta el peligro de fijarlo aún más y, por tanto, potenciar la repetición.

15. Un día es la buena mamá, otro, el mal hermano, la de la tienda, el amigo, etc. Tampoco es igual la transferencia neurótica que en la psicosis.

16. Es una ingenuidad pretender ser tomado por alguien tal y como nos gustaría ser tomados. Será el sujeto, el paciente, con sus proyecciones transferenciales, quien invista la figura del terapeuta bajo los rasgos de ciertos personajes.

«Estaré disponible para cuando me necesites, ya sabes dónde estoy, y tú siempre puedes llamarme, pero ahora te toca caminar con aquellos que tú elijas para hacer de tu vida una significación de deseo. ¡Adiós!».

trabajo realizado y la comprensión que tenemos de las dificultades que presentaba en un inicio y cómo han podido evolucionar. Conocemos la importancia de esta información, que en ocasiones puede ser de gran utilidad para otros profesionales.

- En el caso de las psicosis y el autismo, debido al lugar que ocupa el terapeuta (el del

otro) y si así lo demanda, bien puede ser que la relación dure toda la vida.

- Dejarle la tarjeta al niño. «Estaré disponible para cuando me necesites, ya sabes dónde estoy, y tú siempre puedes llamarme, pero ahora te toca caminar con aquellos que tú elijas para hacer de tu vida una significación de deseo. ¡Adiós!».



Referencias

- Arasanz, D. (2019). La identificación en Freud y el retorno de Lacan. Texto elaborado a partir del trabajo llevado a cabo en el grupo de investigación de *El sinthome*, de la Sección Clínica de Barcelona en el curso 2016-17. *Revista NODUS L.V.* <https://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=688&rev=74&pub=1>.
- Arnaiz, P., Rabadán, M., y Vives, I. (2001). *La Psicomotricidad en la Escuela*. Editorial Aljibe.
- Benincasa, G. Acebo, R. Luna, A., Masabeu, E. y Morales, P. (2018). *Terapia psicomotriz: reconstruyendo una historia*. Editorial Octaedro.
- Aucouturier, B., Darroult, I. y Empinet, J.L. (1985). *La práctica psicomotriz. Reeducción y terapia*. Editorial Científico-médica.
- Aucouturier, B. (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Editorial Graó.
- Aucouturier, B. (2018). *Jugar, actuar, pensar*. Editorial Graó.
- Fernández, E. y Urriolagoitia, G. (2019). La función del deseo en la primera enseñanza de Lacan para el psicoanálisis de orientación lacaniana. *Revista AJAΨU* 17(2), 387-423. <https://ajayu.ucb.edu.bo/a/article/view/219>.
- Freud, S. (1992). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En *Obras completas Vol. 12* (1911-1913). La Standar Edition. Editorial Amorrortu.
- Rodríguez, J.A. (2013). *La Práctica Psicomotriz en el tratamiento psíquico*. Editorial Octaedro.
- Rodríguez, J.A. (2016). La estructura clínica del proceso terapéutico en Práctica Psicomotriz. *Revista de Psicomotricidad.com*. <https://www.revistadepsicomotricidad.com/2016/04/estructura-clinica-delproceso.html>
- Rodríguez, J.Á., Vives, I. (2017). Poner el cuerpo en juego. La formación Corporal en la práctica Psicomotriz actual. *Revista de Psicomotricidad.com*. N°1. Vol.1. <https://drive.google.com/file/d/1KoAdQmwuadm9Bm1f8Cf5vtfXPKRhCn6M/view>.
- Rodríguez, J.Á. (2018). *Psicoanálisis para psicomotricistas* (2ª Ed.). Corpora Ediciones.
- Rodríguez, J.Á. (2020). *Re-trazos en el aire (escritos sobre clínica psicomotriz de orientación lacaniana)*. Corpora Ediciones.
- Rodríguez, J.Á., Papandrea, A. (2021). *Lecturas de cuerpos presentes. Conversaciones entre psicomotricidad y psicoanálisis*. Corpora Ediciones.
- Rota, J. (2015). *La intervención psicomotriz*. Editorial Octaedro.