

## **PSICOMOTRICIDAD COMO MEDIO PARA PREVENIR EL SÍNDROME DEL CUIDADOR PRIMARIO EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD (PCD)**

**PAOLA VERGARA SALGADO**

Maestra en Innovación y Tecnología educativa por el Instituto de Estudios Universitarios. Licenciada en Educación Especial, en el área de Trastornos Neuromotores por la Escuela Normal de Especialización. Catedrática en la Escuela Normal de Especialización, docente de apoyo USAER en Gobierno del Estado de México, terapeuta del aprendizaje S.C. Maestra en Psicomotricidad por el Colegio Internacional de Educación Superior.

Recepción: 22 de agosto de 2020/ Aceptación: 6 diciembre de 2020

### **RESUMEN**

Este artículo explora las señales del síndrome del cuidador primario y propone a partir del estudio de la evolución corporal y psíquica desde la psicomotricidad, medidas para prevenirlo en el acto de cuidar a la persona con discapacidad, al favorecer la resiliencia, cuya finalidad se centra en la identificación y prevención de manera oportuna de los signos, aspectos que determinan la capacidad del cuidador para organizar y ejecutar su rol. El trabajo desde la psicomotricidad da cabida a la identificación inicial de los signos que pueden derivar en la presencia del síndrome y ofrece pautas que pueden recuperarse para dirigir propuestas en el trabajo corporal con el adulto inmerso en la condición de atención a la discapacidad, al centrar la tarea en la condición del sistema familiar, cuyos cambios se muestran vertiginosos y asimilables; requiere de un trabajo referido desde la palabra y el acto motor.

Una vez expuestas las diferentes situaciones que dan cuenta de cómo el cuidador primario puede ejercer su rol, se definen las señales corporales y psicoafectivas manifiestas al revisar los recursos con los cuales se lleva a cabo el cuidado de la persona con

discapacidad de manera informal, para definir pautas desde la psicomotricidad que sirvan un marco preventivo.

**PALABRAS CLAVE:** esquema corporal, equilibrio, gesto, imagen del cuerpo, psicomotricidad en México, palabra, postura, tono, voz.

## **SUMMARY**

This article explores the signs of the primary caregiver syndrome and proposes, based on the study of the corporal and psychic evolution from psychomotor skills, measures to prevent it in the act of caring for the person with a disability, by promoting resilience, whose purpose is centered in the identification and prevention in a timely manner of the signs, aspects that determine the capacity of the caregiver to organize and execute their role. The work from psychomotor skills allows the initial identification of the signs that can lead to the presence of the syndrome and offers guidelines that can be recovered to direct proposals in body work with the adult immersed in the condition of attention to disability, focus the task on the condition of the family system, whose changes are dizzying and assimilate them requires a work referred from the word and the motor act.

Once the different situations that show how the primary caregiver can exercise their role have been exposed, the physical and psycho-affective signals are defined when reviewing the resources with which the care of the person with a disability is carried out informally, in order to define guidelines from psychomotor skills that establish a preventive framework.

**KEY WORDS:** body scheme, balance, gesture, body image, psychomotor skills in Mexico, word, posture, tone, voice.

## **RÉSUMÉ**

Cet article explore les signes du syndrome du soignant primaire et propose, à partir de l'étude de l'évolution physique et mentale des compétences psychomotrices, des mesures pour le prévenir dans l'acte de prendre soin de la personne handicapée, en favorisant la résilience, dont la finalité est focalisée dans l'identification et la prévention en temps opportun des signes, aspects qui déterminent la capacité du soignant à organiser

et à exécuter son rôle. Le travail à partir des compétences psychomotrices permet l'identification initiale des signes pouvant conduire la présence du syndrome et propose des lignes directrices récupérables pour orienter les propositions de travail corporel avec l'adulte immergé dans la condition d'attention au handicap, en se concentrant la tâche dans l'état du système familial, dont les changements se montrent vertigineux et les assimilent; il nécessite un travail référé à la parole et à l'acte moteur.

Une fois que les différentes situations montrant comment le soignant principal peut exercer son rôle ont été exposées, les signaux physiques et psycho-affectifs sont définis lors de la revue des ressources avec lesquelles la prise en charge de la personne handicapée est effectuée de manière informelle, afin de définir des lignes directrices à partir des compétences psychomotrices qui établissent un cadre préventif.

**MOTS CLÉS:** schéma corporel, équilibre, geste, image corporelle, compétences psychomotrices au Mexique, parole, posture, ton, voix.

## INTRODUCCIÓN

La discapacidad sugiere un impacto en el sistema familiar, lo que implica una transformación de los roles. Cuando es un hijo el que presenta discapacidad el sistema de crianza se ve modificado. Su abordaje implica un reto desde lo individual, familiar y social. Se pueden presentar barreras en la vida diaria en los ámbitos de salud, educación, empleo, derechos humanos, aspectos que representan para algunas familias desventaja con respecto al alcance de una calidad de vida. Estas condiciones pueden trastocar factores emocionales en los miembros del sistema familiar, por lo que el papel que desempeña la familia de una persona con discapacidad (PCD) es de suma importancia para promover actitudes resilientes.

La resiliencia ante la discapacidad influye en la presencia o no de crisis psicológicas, sociales y fisiológicas en la familia, ello dependerá de los factores de riesgos derivados del estatus socio-afectivo, económico y de salud en el cual se constituya, así como de las características individuales de la persona con discapacidad como edad, sexo, tipo y gravedad de la discapacidad. Otros factores como son, el nivel educativo de los padres

y los ingresos generales impactan en la vida diaria al exigir un cambio en la organización debido a la provisión de cuidado y atención para promover la igualdad, el desarrollo de habilidades adaptativas, la participación en la sociedad como vía de inclusión.

Algunas familias asumen la necesidad de hacer ajustes emergentes en la crianza, y en múltiples ocasiones se deposita la responsabilidad en el cuidador, quien se integra a una dinámica de vida que le exige y demanda recursos afectivos y físicos de su persona, ante el cuidado, que en varios casos se va transformando en un ser con el que se constituyen vínculos férreos que pueden llegar a atentar contra su persona y hacerle colapsar en su salud.

La psicomotricidad prospecta la armonía entre el cuerpo y el movimiento en el cuidador primario. La propuesta estriba en procurar la reflexión de las condiciones corporales que pueden anticipar el ajuste y control de la postura, el tono y el equilibrio, lo que da lugar a la identificación de los signos que pudieran derivar en el síndrome del cuidador primario al diseñar una intervención que proyecte la calidad de vida tanto del cuidador como de la persona cuidada. En esta dinámica de intervención se relacionan elementos duales y de reciprocidad entre el cuerpo de la persona cuidada y la condición psíquica del cuidador, para prevenir signos de sobrecarga, estrés o frustración.

Calmels explica esta disciplina considerando el movimiento en sus expresiones y representaciones; recursos corporales que se retoman de manera continua para identificar las condiciones que caracterizan al objeto de estudio. De este análisis se retoma el referente de la madre como cuidadora primaria [1].

El cuidador informal es aquella persona que provee apoyo físico, emocional o financiero al paciente discapacitado o dependiente y se caracteriza por tener un vínculo afectivo y no recibir remuneración económica por sus cuidados, es típicamente un miembro de la familia, amigo o vecino (8)[2].

Antes de pasar a revisar cómo el síndrome del cuidador se puede definir a partir del análisis del cuerpo y sus expresiones explícitas en el manejo de la condición de disca-

pacidad al momento en el que se ejerce el rol, se revisa el panorama de la discapacidad en México.

## **DISCAPACIDAD EN MÉXICO, ENTENDIENDO UN ORIGEN**

En México tratar el tema de la discapacidad implica considerar varios factores. Desde la desigualdad en la aplicación de la legalidad, hasta el principio de calidad de vida. A pesar de que existen referentes jurídicos que los amparan, como lo refiere SEDESOL al especificar que

Una persona con discapacidad no solo es aquella que presenta una determinada deficiencia física o enfermedad sino la que, dado un estado de salud y las características del entorno tanto físicas como de actitudes ve afectada su capacidad para realizar sus actividades cotidianas (12)[3].

La existencia de una persona con discapacidad favorece crisis, independientemente de las condiciones previas que caracterizan a cada familia (estable, inestable, fracturada o fortalecida). Su presencia puede trastocar al sistema familiar, por lo que se vuelve necesario experimentar una serie de condiciones para alcanzar el equilibrio nuevamente, consideración complicada en algunas familias debido a su organización; esto exhorta a cada miembro a reconstruir su entorno, en ocasiones se tendrá que reaprender la forma de comunicarse, incluso de instruirse sobre nuevas maneras, en otras será importante experimentar con nuevos materiales y comprender su uso, situaciones que quizá se desconocían, o sólo se habían escuchado, pero que por ahora se enfrentan y aprenden desde el ensayo y error.

Los retos a los que se enfrentan las familias de personas con discapacidad aluden a las condiciones sociales en las cuales se presenta; en México se habla de desigualdad, por lo que brindar apoyo exige de una búsqueda difícil en nuestro país, puesto que son limitados.

De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017 casi la mitad de las personas con discapacidad (48%) considera que sus derechos no se respetan y, de hecho, casi la tercera parte (31%) afirmó que en los últimos cinco años

se les negó algún derecho sin justificación. Para esta población, sus principales problemas incluyen la falta de accesibilidad en la infraestructura y equipamiento público, así como la falta de oportunidad para encontrar empleo (4)[3].

La igualdad y equidad en derecho expresa que hablar de discapacidad no sólo es un reto, es un exhorto al trabajo arduo entre todos.

## **ORGANIZACIÓN FAMILIAR. EL PRINCIPIO DEL CUIDADOR PRIMARIO.**

La familia es una organización consensuada que responde a un sistema de orden social. Está conformada por roles que, según Pérez y Reinoza, se consideran universales como la reproducción, el cuidado y protección del otro, espacio de socialización, fomento de tradiciones como respuesta cultural. Cada función depende del referente contextual donde se desarrolle la familia [4].

El sistema familiar cambia su dinámica ante el nacimiento o ausencia de algún miembro, es un sistema en continuo movimiento y cuando se presenta una condición de discapacidad se transforman de manera significativa las expectativas en la familia; genera un principio de crisis y la respuesta a ésta depende de la dinámica entre los miembros. Es un acontecimiento extraordinario y por ende requiere de un proceso de asimilación, por lo que es necesario contemplar el asesoramiento profesional, lo que implicaría como reto que todos los miembros participen de la condición de discapacidad. El cuidador primario se perfila desde las formas de resolución ante las demandas de la PCD, cuyo principio se inclina a la parte médica como lo especifica Ballesteros quien refiere que en la atención clínica se suelen detectar las condiciones de discapacidad, sin embargo, queda al descubierto el impacto social de este diagnóstico en la familia, por lo que el trabajo que se brinde en este aspecto a la familia, a parte del clínico, repercute en el tratamiento y adaptación social de los miembros para con la condición [5].

En las estructuras familiares que son variadas, se espera que los miembros cercanos a la PCD se involucren y respondan en forma equiparable. La respuesta es variada, a partir de la dinámica en cada grupo, según sus expectativas, culturas y creencias. Las

crisis en las familias ante la discapacidad resultan en variables que Guevara y González en 2012 desglosan en ocho condiciones

(1) El tipo y gravedad de la discapacidad, (2) el grado de dependencia o independencia funcional de la persona con discapacidad, (3) las demandas de cuidado por parte de la familia, (4) el estatus socioeconómico de la familia, (5) el apoyo de la pareja, (6) el apoyo social, (7) los recursos de la familia y (8) las habilidades de resolución de problemas (330) [6].

El cuidador primario se perfila cuando en la familia existe la demanda de que cada miembro participe en forma equitativa en la atención de la PCD, acto que puede exponer a cada miembro a extremos tan álgidos que evidencia la responsabilidad en cada uno, más la respuesta que realmente se expone es la que tiende a imputar a un solo miembro de la familia la atención sobre la condición de discapacidad. Se ha encontrado una fórmula muy recurrente según Lara Palomino en 2008, que consiste en “prestación de cuidados de salud a las personas que lo necesitan, por parte de familiares, amigos, vecinos y, en general, personas de la red social inmediata y que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen” (160)[7]. Conviene precisar que este planteamiento prioriza la atención de la PCD, no así a la condición del cuidador, por lo que es importante mirarle también en el proceso de atención.

Una característica en este rol del cuidador primario es que se mantiene contacto frecuente con la persona con discapacidad, lleva a cabo diferentes funciones, tal como supervisar las actividades que este realiza, le conoce y provee de recursos necesarios para su sustento; panorama que insta a analizar las condiciones mediante las cuales se lleva a cabo el cuidado, debido a que estos factores determinan ángulos de intervención preventiva. Conocerles dibuja un lienzo de trabajo con el cual la psicomotricidad puede diferenciar condiciones de riesgo o apoyo en el marco de quien cuida, sin trasgredir la pauta de la condición humana[8].

Desde la psicomotricidad el trabajo corporal con el cuidador primario se propone desde el análisis de la problemática emocional propia, añádase a esto la relación que se tiene con el otro. En este sentido se da apertura a una propuesta definida al actuar, así como

al establecer parámetros de referencia que dirigen al cuidador a la determinación y toma de conciencia de lo que es y para qué lo hace. Estas consideraciones fundamentan el acercamiento con la discapacidad, al identificar, integrar e interiorizar su perspectiva frente a la condición del otro.

La figura materna, quien por lo regular asume el rol, requiere la modificación o adaptación de sus funciones en las diferentes áreas en las que se desenvuelve; ésta, toma una serie de decisiones en cuanto al cuidado, tratamiento, educación del niño con discapacidad y en muchas ocasiones antepone las necesidades del hijo a las suyas, acciones que derivan en tensión cuando el rol materno aminora la participación del resto de la familia en la atención de la PCD, Córdova en 2008 aborda que la madre tiende a desplazar responsabilidades y funciones como cónyuge en consecuencia de los esfuerzos que realiza al cuidado del hijo con discapacidad, factor de riesgo que puede derivar en el síndrome del cuidador primario el cual se identifica principalmente por el deterioro de la salud física, emocional y mental cuyo sostén psicológico suele ser inestable [9].

### **CUERPO DEL CUIDADOR PRIMARIO, PAUTAS DE OBSERVACIÓN PSICOMOTRIZ**

La psicomotricidad se clasifica por su finalidad en educativa, reeducativa y terapéutica. La investigación del cuerpo en el marco de la psicomotricidad en este artículo se estudia a partir del contexto que define la construcción de la psique la cual alude a las representaciones del trayecto de vida en el que la historia deja huellas y se simboliza a partir del lenguaje. Esta conjetura encamina la tarea terapéutica, se precisa identificar el origen o elección de la tarea de cuidar de manera informal para examinarse, algunos eligen ser cuidador, en otros casos se asigna o asume como lo especifica Wright en 2009 “para algunos fue una opción, para otros una posición predeterminada. La mayoría coincide que es un acto de amor, a pesar de que es algo que los cuidadores nunca imaginaron tener que cumplir” (210) [10], el cuidador trae consigo una historia y experiencias que requieren identificarse. Ante este hecho Berruezo afirma que el movimiento tiene implicaciones psicológicas, donde las condiciones biomecánicas limitan su representación sin el acto psíquico; la psicomotricidad procura la reciprocidad entre lo psíquico y lo motriz [11].

El cuerpo del cuidador primario de la persona con discapacidad como objeto de estudio en la terapéutica psicomotriz, centra su atención en lo que puede ser observable desde el control del movimiento y la coordinación; donde la maduración, el desarrollo físico y social dan lugar al aprendizaje de las habilidades, capacidades, funciones y procesos esenciales para la vida, lo que denota la dualidad corpórea y demanda de una intervención holística; actos observables en el cuidador durante la atención directa con la PCD. Otra vía se recupera de lo reportado a partir de entrevistas, donde se obtiene información con respecto a las condiciones de salud, bienestar y estado afectivo de la persona, Devereux en 1998 aporta que “No es el estudio del sujeto sino el del observador el que nos proporciona acceso a la esencia de la situación observacional” (22) [12].

El colapso del cuidador primario se perfila en dos vertientes, por un lado, la condición física y por el otro el estado emocional, ambos pueden verse comprometidos cuando se llega al grado de sobre carga por la presencia de condiciones de salud que pueden derivar en un estado patológico. Se distingue un estado físico y mental rebasado por condiciones de agobio y estrés que en algunos casos se desprende del cuidado sobre todo cuando el grado de dependencia de la PCD es alto o se tiene poco apoyo por parte de redes familiares o profesionales, lo que trae consigo sensaciones de sobrecarga e incertidumbre por no saber si se podrá cumplir con todas las responsabilidades que trae consigo esta tarea.

Estas condiciones se observan en el cuerpo del cuidador. La psicomotricidad puede apoyar a que se identifiquen los referentes corporales que suelen ser claros, pero que en el cuidador forman parte de una condición del día a día y se justifican como normales. Rivera y Cols. en 2015 destacan algunos referentes clínicos que pueden presentarse en el cuidador primario cuando este se encuentra dentro del síndrome; los dividen en dos síntomas, unos físicos y otros mentales, entre ellos podemos destacar “alteraciones cardiovasculares, hipertensión, enfermedad coronaria, cefaleas y migraña, alteraciones gastrointestinales, colon irritable, dolores musculares, alteraciones respiratorias, alteraciones de sueño, alteraciones menstruales, agotamiento, fatiga, insomnio, síntomas que no tienen una causa orgánica explicable, entre otros” (16) [13]. Estas afectaciones, que pueden hacerse presentes en la atención de la PCD cuando no se

cuenta con las condiciones propicias y capacitación del cuidador primario, resultan en una atención intensa hacia la PCD en su cuidado, lo que se puede salir de control conforme pasa el tiempo o se complica el cuidado.

El rol de cuidador cuando se encuentra dentro del síndrome suele restar importancia a su vida personal, reduce su actividad social al contar con una lista interminable de responsabilidades que difícilmente comparte o divide por la condición de sentirse rebasado y cerrar sus posibilidades de solución; aspecto que puede llevarle a desprenderse de otros roles para centrarse sólo en el de cuidador. Es en este extremo cuando se pierde la identidad, razón por la cual la condición corporal se vuelve ajena, las enfermedades y estados psíquicos diferenciados se tornan imperceptibles.

Las pautas esenciales en el cuidador a través de la palabra y el estudio de su gesto, completan los caminos que orientan las formas de intervenir. El movimiento permite determinar las condiciones por medio de las cuales actúa el cuidador, ya que la motricidad desde lo que aportan Córdova y Navas en 2000, responde a un acto de cambio de posición o lugar en un espacio determinado, bajo la premisa de contar con una referencia; esta permite al cuerpo cambiar de posturas, desplazarse, manipular y realizar funciones cognitivas superiores como el comunicarse [14].

¿Pero qué observar en el cuidador? ¿Cuáles manifestaciones corporales (pautas psicomotrices) comprende el síndrome en cuestión?

La psicomotricidad al reconstruir el cuerpo desde el placer, desde el deseo abre un canal de estudio en la figura del cuidador. Ahondar en el tono, en la postura, así como en el equilibrio al ejercer la protección y atención hacia el otro; estima las variables que colapsan, que destruyen, que reconfiguran el control corporal. La psicomotricidad aborda el placer desde el movimiento, condición efímera cuando se trae consigo una carga, plagada de emociones, ansiedades y responsabilidades unilaterales.

Definir el marco teórico de las pautas psicomotrices en el adulto implica un análisis de los autores desde sus aportes. Es importante también retomar los principios del desarrollo marcada por los principios cronológicos. El cuidador primario suele ser un

adulto, condición que nos acota a escribir sobre los referentes de relevancia que se enmarcan como secuela de la interacción y relación con la persona con discapacidad a la cual atiende; siendo que el cuidado no trae como consecuencia un estado de sobrecarga o agotamiento en sí, pero en algunos casos se hace presente el síndrome del cuidador primario cuando se toman decisiones sin percatarse de sus huellas expresas en el cuerpo que son pasadas por alto.

Estás huellas se concentran en tres referentes:

1. Se ve afectado el estado de salud (cansancio, presencia de enfermedades que no estaban presentes o que se han agudizado a partir del cuidado)
2. Alteraciones del sueño
3. Reducción del cuidado personal (aseo, higiene personal, disminución del tiempo para arreglo personal)
4. Estado anímico inconsistente (presencia de signos de depresión, frustración continua, presencia de sentimientos de enojo o tristeza la mayor parte del tiempo).

La intervención psicomotriz abre el camino hacia el acompañamiento del cuidador primario al trabajar el cuerpo desde el movimiento, la acción y la expresión. Con respecto al tono, postura y equilibrio, elementos de la terapéutica, permiten enfocar las acciones a la mejora de la calidad de vida del cuidador.

En el cuidado de una persona dependiente, que requiere de atención específica, se torna relevante considerar el acompañamiento desde el trabajo psicomotor, lo que favorece la identificación oportuna de alguna manifestación que derive en un colapso. La Psicomotricidad desde sus fundamentos terapéuticos centran su perspectiva de intervención al diferenciar el trabajo desde el esquema corporal direccionado a que el cuidador oriente su rol al trabajo sobre metas que implican el diálogo en la revisión de lo físico, del tiempo y el espacio, como se puede observar a continuación.

- Esquema corporal atendiendo a las estructuras base, refiriendo el estado físico y psíquico del mismo, cuando se diferencia un cambio en el principio de bienestar.
  - Postura: en el cuerpo es el sostén, es la posibilidad de cambio, posibilita la función de organizar para actuar, implica entender cómo es que el cuerpo se mueve, qué le conforma y por qué se percibe así.
  - Tono: representa la fuerza y la contención de los sistemas biológicos; en él se expresan la tensión y distensión, relacionadas a las experiencias de vida, percibe, mantiene al cuerpo en alerta y le controla. Al diferenciar entre tensión y laxitud, se promueve placer y displacer; en el caso del síndrome del cuidador se suelen experimentar condiciones displacentes provistas del exterior.
  - Equilibrio: mantiene, posibilita, percibe y orienta al cuerpo en contra de la gravedad, lo que permite la organización del tiempo y el espacio, facilitando así, la construcción de una gamificación de sensaciones y percepciones corpóreas necesarias para dicho bienestar.
- Estructura espacial, cuya finalidad se centra en la diferenciación del yo. Con el cuidador primario es importante lograr que se oriente y se organice en su espacio, como medida de prevención, para anticipar las condiciones que pueden llevarle a momentos de crisis o malestar, para que con ello se encuentren o creen puntos de equilibrio que diferencien al momento de ejercer el rol.
- Estructura temporal, al trabajar sobre la percepción de los cambios en los periodos de tiempo, condición requerida al ejercer el rol de cuidador, que implica tomar decisiones en la distribución del tiempo, en fracciones que logren contemplar el cuidado personal en un estándar de equilibrio al coordinar el tiempo psíquico.

¿Qué haría a la persona que cuida caer en esa condición? El afecto, las falsas expectativas, las demandas que circundan a la persona con discapacidad, se traducen en el

acto motor de tensión al experimentar una serie de conflictos ajenos a su persona, pero que son manifiestos en el Otro, en el que requiere de apoyo constante.

Las manifestaciones corporales son el referente clave para anticipar la presencia del síndrome, tal como:

- Dolor corporal que se representa en el sistema músculo-esquelético, aspecto que alude al tono y postura alterados por la tensión que genera la desigualdad en el ejercicio de los roles familiares, lo que lleva al cuidador a olvidarse de su corporeidad.
- Ansiedad por la incertidumbre del tratamiento o condición que experimenta el Otro, aspecto que se percibe cuando se adoptan posturas inadecuadas al movilizar, cargar o sostener a la persona con discapacidad por largos periodos.
- El equilibrio está presente para la expresión de posturas, se manifiesta al momento en que se pierde el control como resultado del proceso de adaptación.

Partir del aspecto psíquico da lugar a la palabra, según Collado y Carrillo 2004 refieren que “El concepto psyché en relación con motor, hay que entenderlo más bien como “cuerpo animado”, o como “Ser humano en acción”, como procesos de autorregulación y control del comportamiento en relación con el medio” (18) [15]. Por lo que entender lo que el cuidador primario expone a través del cuerpo desde esta perspectiva, representa establecer un constructo cognitivo que dé lugar al entendimiento del acto motor en lo cual se entrecruza la imagen del cuerpo como el deseo, condición que exhorta a conocer y comprender la experiencia del mismo y lo que le representa el cuidar.

Lo que se propone en este rubro se concreta en llevar al cuidador primario a la revisión de tres fases “comprender”, “identificar” y “analizar” su cuerpo a partir del trabajo con las siguientes pautas.

Como el cuidador logra:

- Percibir su cuerpo en cuanto a estado físico, apoyar a la identificación de su condición de salud, a identificar cada parte de su cuerpo desde el estado de bienestar (qué tan bien estoy físicamente, cómo es mi alimentación)
- Identificar los alcances del movimiento natural en el cuerpo (Me muevo de tal manera y me causa dolor, placer, aún en movimientos naturales, qué identifico, cómo es mi actividad física durante el día)
- Analizar al cuerpo desde el estado del tiempo y el espacio (qué he hecho, qué he dejado de hacer, el estudio de las decisiones tomadas con respecto al cuidado del otro y al cuidado personal, para analizar la autorrealización)
- Priorizar su estado de seguridad y vigilia (he percibido sensaciones de angustia, ansiedad, cuando ha pasado, qué he hecho al respecto)
- Comunicar sus necesidades y establecer lazos amistosos o afectivos con otros (las interacciones sociales han aumentado o disminuido, la experiencia sexual cómo es, se facilita o dificulta la expresión de sentimientos o necesidades)

El tiempo dedicado al cuidado formula referentes que traen consigo secuelas de decisiones tomadas u omitidas. Cuando se mezcla la decisión y el afecto resulta alucinante la respuesta que circunscribe la secuela del acto decidido; se viven muchas situaciones que estructuran las formas de responder a las condiciones extremas que trae consigo los factores de riesgo en el síndrome del cuidador.

## **IMAGEN CORPORAL Y LOS FACTORES DE RIESGO EN EL SÍNDROME DEL CUIDADOR**

Dolto en 1984 habla del cuerpo desde la diferenciación entre esquema corporal e Imagen corporal. El primero es una realidad de hecho, identificándose como la condición física y el vivir encarnado, condición que pudiera relacionarse con la conceptualización biológica y con las experiencias, sin embargo, hace un apunte desde el psicoanálisis,

diferencia la imagen corporal, especifica que “Este esquema corporal será el intérprete activo o pasivo de la imagen del cuerpo en el sentido que permite la objetivación de una intersubjetividad de una relación libidinal fundada en el lenguaje, relación con los otros y que, sin él sin el soporte que él representa, sería para siempre un fantasma no comunicable” (21) [16].

Para su estudio es importante que se revise la relación con el sistema límbico (condición biológica) y las ejecuciones desde las praxias coordinación y acto motor). El psicoanálisis dispone un génesis donde el manejo teórico de la psique es representado, según Ricoeur 2009, “como un texto por interpretar y como un sistema de fuerzas susceptibles de manipularse” (34)[17]. El constructo corporal del cuidador abre la posibilidad de analizar las representaciones individuales con respecto a la conformación de la imagen del cuerpo, entendida desde la definición que Dolto en 1984 especifica como “síntesis viva de nuestras experiencias emocionales” (21)[16].

El psicomotricista requiere de analizar previamente su intervención ante el objeto de estudio referido como el cuidador primario, ya que ésta se sitúa desde sus angustias, ello por la presencia de placer y displacer ante la condición humana, así como por las pulsiones de vida y muerte, que conducen al conocimiento de la identificación corporal del estado afectivo. Los factores de riesgo que convergen en torno al tema cuentan con un origen de orden libidinal. El impulso que envuelve al cuerpo difiere de lo que en un principio se conocía de él, al adentrarse en condiciones que en el orden psíquico emana.

Enfrentar diferentes demandas del medio que caracterizan el proceso de cuidar, define factores estresores que deterioran al cuerpo y en ocasiones la representación de esa imagen corporal en caso más profundos, por lo que el planteamiento integral de lo biológico desde el entendimiento de las etapas del desarrollo en sus diferentes aspectos (motor, cognitivo y social) y el psicoanálisis en conjunto con sus aportes, orientan la investigación hacia la conceptualización para entender el génesis representado desde las pulsiones de vida o de muerte, expuestas en la visión psicoanalítica. Dolto en 1984 explica que “Las pulsiones que emanan del sustrato biológico estructurado en forma de

esquema corporal, no pueden, en efecto, pasar a la expresión en el fantasma, como en la relación transferencial, sino por intermedio de la imagen del cuerpo. Si el lugar, fuente de las pulsiones, es el esquema corporal, el lugar de su representación es la imagen del cuerpo” (220) [16].

En el cuerpo del cuidador primario se inscriben las pulsiones de vida y de muerte al sentir la carga que representan las tensiones que repercuten en las funciones límbicas, de lo cual resulta una representación como lo expone Dolto en la Imagen Corporal.

Se puede comprender desde los imaginarios que, de acuerdo con cada discapacidad, el cuidador se asume como los ojos del ciego y con sus lenguajes regula la movilidad y autocuidado. Pareciere entonces que el constructo imaginario de la discapacidad motriz inmoviliza en mayor exigencia el cuerpo del cuidador para el uso de la fuerza, los desplazamientos y traslados básicos como el ir al baño, asearse, alimentarse y de ahí hacia las exigencias fuera de casa. No así en el sordo cuya adopción corporal se separa de la expresión corporal del otro, las experiencias se agitan y agotan en los énfasis corporales al momento de comunicarse. Los recurrentes para el caso de discapacidades de corte cognitivo y la multidiscapacidad, se hacen explícitas en múltiples lógicas de expresión y acompañamiento corporal del cuidador primario; este se vuelve sordo, ciego, autista, irracional ante las demandas de su propio cuerpo, pues no logra monitorear o acceder a lo que su cuerpo le grita y exige. Por ello se torna distante de sus sentidos al estar centrados en la persona con discapacidad, se separa de la conciencia de su propio cuerpo, no le atiende pues no ve, ni oye lo que es, lo que sufre, lo que vive o goza, suple la atención de sus propias necesidades y las vuelca en la atención y el goce sobre la persona con discapacidad.

La relación con el Otro en la constitución corpórea se orienta desde la globalidad. El cuidador primario sigue siendo un cuerpo definido y constituido desde una condición psíquica que le hace actuar en el contexto que ha decidido moverse. El acto de cuidar se determina por las circunstancias, se impone por los factores culturales o se asume desde una condicionante imprecisa. Trae consigo una serie de elementos que no son predecibles, lo que deriva en un factor de angustia que a mediano o largo plazo trastor-

ca al cuerpo desde su esquema, hasta, en caso más radicales, su imagen corporal, cuando no se cuenta con redes de apoyo de orden familiar y/o profesional.

Para delimitar este aspecto es importante recuperar las fases del síndrome del cuidador primario propuesto por Nevado

1. Fase de estrés laboral: que se caracteriza por la dedicación total al cuidado. El cuidador busca demostrar que puede con todo, por lo que desplaza a otros miembros de la familia del cuidado, se destaca el cansancio físico en el cuidador.
2. Fase de estrés afectivo: se percibe una carencia afectiva, por lo que es el momento inicial de las secuelas que deja el cuidado extenso sin orientación o colaboración; se experimentan sensaciones de falta de apoyo o incompreensión por parte de la familia o personas cercanas. Se pueden vivir condiciones de irritabilidad, cambios de humor, toma de decisiones difusas.
3. Fase de inadecuación personal: las condiciones psicológicas y físicas empiezan a presentarse en secuelas, el cuidado continuo, sin ayuda dan lugar a la fatiga, pueden aparecer trastornos del sueño, ansiedad, estados de ánimo polivalentes.
4. Fase de vacío personal: en esta etapa la persona que requiere de cuidados se aleja o fallece, lo que provoca en el cuidador una sensación de vacío y se requiere un reajuste en la forma de vivir, ya que el espacio que ocupaba su atención total ahora se encuentra ausente [18].

La psicomotricidad puede anticipar la identificación de los factores que desarrollan el síndrome del cuidador primario, como fórmula de intervención en los grupos familiares o de interacción directa con la PCD, con la finalidad de ampliar las redes de apoyo. Al proponer un trabajo con los miembros que conforman la familia inmediata, así como en el acompañamiento profesional en el proceso de cuidado y atención en el ámbito de la discapacidad.

## **PSICOMOTRICIDAD PARA IDENTIFICAR SIGNOS DEL SÍNDROME DEL CUIDADOR PRIMARIO.**

La psicomotricidad proporciona un estudio en la detección inicial de los signos del síndrome del cuidador primario. La comprensión de lo que en el esquema se simboliza y en la imagen corporal se representa, incluso se definen avisos corporales, que son imperceptibles según la etapa y condición en la cual se identifica el rol del cuidador de la PCD. Se acompañan de simbolizaciones sociales, políticas y éticas en algún sentido moral; aspecto que engloba al sujeto como un cuerpo multidimensional que satisface muchas tareas.

Entre las acciones psicomotrices para identificar signos del síndrome del cuidador primario está el trabajo con la palabra, la voz, desde el gesto, que expone lo que el cuerpo desea emitir. Se suma desde el estudio del cuerpo y sus expresiones a través de la palabra, el discurso en su contenido y el tono afectivo que le otorga el cuidador, aspecto que lo enviste de cargas o de libertad. El lenguaje corporal y el oral lo categoriza desde una víctima hasta una condición estoica en el quehacer de su rol; bajo estas vertientes se demanda la atención del cuidado hacia el cuidador, en cualquiera de las posturas que se encuentre. En términos concisos, iniciar el trabajo con el cuidador primario en lo que representa la discapacidad y lo que corporalmente se experimenta a través de situaciones que propician el movimiento, la expresión corporal y la voz que puede ser oral o escrita, otorgan un espacio de construcción activa que da pautas de identificación clave del malestar, de la necesidad, resquicios de un ejercicio que lo expone o evidencia.

Una vez realizado este análisis a través de situaciones que propician el diálogo, pero sobre todo un ambiente de confianza y de apoyo es determinante inducir al cuidador hacia la reflexión de su actuar consciente e inconsciente, elemento que requiere de mayor profundidad a través de la palabra y recursos como el movimiento y el acompañamiento del psicomotricista en los actos que se exponen con la PCD.

La psicomotricidad desde el esquema corporal y a su vez la imagen corporal requiere de la transfiguración de su expresión en el cuidador, hacia la identificación de lo que

acontece en ese cuerpo, de forma objetiva y palpable, al recuperar las estructuras base, en el tiempo y en el espacio, para dar lugar a las condiciones subjetivas: qué acontece en el cuerpo, cuáles son las condicionantes de su estructura actual, identificar cómo se vive, qué se siente, lo que alude a los referentes de tiempo y espacio al establecer una dicotomía en el antes y el ahora, en el espacio del ayer y el espacio que se vive[19].

La psicomotricidad en su dualidad expone referentes en el cuidador primario que dan lugar a la identificación de contribuciones simbólicas que pueden derivar en el síndrome del cuidador de la persona con discapacidad, por lo que recuperar los referentes que la psicomotricidad terapéutica aporta, da lugar a la creación de un análisis conceptual de índice representativo de los referentes preventivos que pueden considerarse para construir propuestas específicas que deriven en el acto de resiliencia.

## **CONCLUSIÓN**

El hacer del cuidador primario ante las demandas de la persona con discapacidad, tenga la edad que tenga, puede llegar a un punto de exacerbación, en respuesta a sus propias ansiedades, de acuerdo a los procesos cognitivos del cuidado el cuerpo del cuidador puede llegar a ser una extensión imaginaria del cuerpo del infante, joven o adulto que enfrenta esta condición, se presenta como una sombra con la cual no puede despegar cuando se llega a la condición de sobrecarga.

El síndrome del cuidador primario, entendido desde el estudio de la psicomotricidad, refieren la ausencia del cuidador o de la persona con discapacidad se expresa como una mutilación recíproca generada por la simbiosis afectivo-dependiente que desgasta física y psicológicamente por el simple hecho de que se rompe el circuito de dependencia entre los actores. Se torna paradójico, debido a que el cuidador primario busca descanso físico, pero ante el rol de cuidar cuando no se tiene claro las pautas de este se expresan las pulsiones de vida o muerte que emergen como la persecución mental de la sensación de abandono, condición que da lugar a la presencia de angustia que devasta la tranquilidad y sólo se reduce cuando se devuelve la acción a la persona con discapacidad.

En el síndrome del cuidador primario se enfatiza la necesidad de estar, a toda costa, pero estar. Pasa de una decisión a un estado de vida que encarna en la discapacidad bajo el deseo de ser útil, porque los vínculos corporales se mimetizan, se tornan simbióticos, demandantes y consumidoras de energía.

Con lo revisado queda claro que es necesario cuidar al cuidador. La propuesta planteada en la Psicomotricidad precisa un diagnóstico que permita comprender, identificar y analizar su cuerpo, esta pauta abre el principio del diseño de procedimientos, técnicas o planteamientos que permitan el trabajo directo con el cuidador primario desde la implementación de talleres donde se trabaje el cuidado de su cuerpo desde las pautas de cuidado de la persona con discapacidad. Atender a la necesidad del cuidador de manera oportuna puede facilitar el trabajo, al ampliarse la posibilidad de atención y seguimiento. Implica una labor de análisis, donde el cuidador se perciba como persona y no sólo como proveedor.

## **BIBLIOGRAFÍA**

[1] CALMELS, D. (2003). ¿Qué es la Psicomotricidad? Los Trastornos psicomotores y la práctica psicomotriz: Nociones generales. Buenos Aires: Lumen, 2003.

[2] INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. (2015). Detección y Manejo del Colapso del Cuidador. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

[3] SEDESOL. (2016). Diagnóstico sobre la situación de las personas con discapacidad en México. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/126572/Diagnostico\\_sobre\\_la\\_Situacion\\_de\\_las\\_Personas\\_Con\\_Discapacidad\\_Mayo\\_2016.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/126572/Diagnostico_sobre_la_Situacion_de_las_Personas_Con_Discapacidad_Mayo_2016.pdf)

[4] PEREZ, P. y REINOZA, M. (2011). El educador y la familia disfuncional. Educere. 15 (52).

[5] BALLESTEROS, S. (2006). Calidad de vida en familias con niños menores de dos años afectados por malformaciones congénitas: Perspectiva del cuidador principal.

ECLAMC. Disponible en: [http://www.researchgate.net/profile/Fernando\\_SuarezObando2/publication/235638361\\_CALIDAD\\_DE\\_VIDA\\_EN\\_FAMILIAS\\_CON\\_NIOS\\_MENORES\\_DE\\_DOS\\_AOS\\_AFECTADOS\\_POR\\_MALFORMACIONES\\_CONGNITAS\\_PERSPECTIVA\\_DEL\\_CUIDADOR\\_PRINCIPAL\\_\\*/links/0fcfd5122c98cbf9b1000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Fernando_SuarezObando2/publication/235638361_CALIDAD_DE_VIDA_EN_FAMILIAS_CON_NIOS_MENORES_DE_DOS_AOS_AFECTADOS_POR_MALFORMACIONES_CONGNITAS_PERSPECTIVA_DEL_CUIDADOR_PRINCIPAL_*/links/0fcfd5122c98cbf9b1000000.pdf)

[6] GUEVARA, Y. y GONZÁLEZ, E. (2012). Las familias ante la discapacidad. Revista electrónica de Psicología Iztacala. 15 (3).

[7] PALOMINO, G. y Cols. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. Revista de Especialidades Médico- Quirúrgicas. 13 (4).

[8] TURRÓ, O. y Cols. (2014). Valor económico anual de la asistencia informal en la enfermedad de Alzheimer. Revista de neurología. 51 (4).

[9] CÓRDOVA, L y Cols. (2008). Calidad de vida familiar en personas con discapacidad: un análisis comparativo. Univ. Psychol. 2 (7). Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/262458912\\_Family\\_Quality\\_of\\_Life\\_of\\_People\\_with\\_Disability\\_a\\_-\\_Comparative\\_Analyses](https://www.researchgate.net/publication/262458912_Family_Quality_of_Life_of_People_with_Disability_a_-_Comparative_Analyses)

[10] WRIGHT, J y Cols. (2009). Caregiver burden: three voices-three realities. Nurs Clin North Am [PubMed.gov]. 44 (2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19463677/>

[11] BERRUEZO, P. (2000). El contenido de la psicomotricidad. En Bottini, P. Madrid: Psicomotricidad: prácticas y conceptos, 2000.

[12] DEVEREUX, G. (1998). De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento. Madrid: Siglo XXI, 1998.

[13] RIVERA, M. y CUEVAS, M. (2015). Síndrome de quemarse en el trabajo y factores de apoyo a cuidadores de personas de enfermedad de Alzheimer. Informes psicológicos. 15 (1), Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18566/infpsicv15n1a01>

[14] CÓRDOVA, L. y NAVAS, S. (2000). Familia y Discapacidad. Psicología Conductual. 15 (3). Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/289696164>

[15] COLLADO, S. y CARRILLO, J. (2004). Concepto de Motricidad y psicomotricidad. En: Collado, S. y Cols. Motricidad. Fundamentos y aplicaciones. Madrid: DYKINSON, 2004.

[16]DOLTO, F. (1984). La imagen inconsciente del cuerpo. Barcelona: Paidós, 1984.

[17] RICOEUR, P. (2009). Escritos y conferencias: alrededor del psicoanálisis. México: Siglo XXI, 2009.

[18] NEVADO, M. (2013). Habilidades, competencias y planificación de la actividad del cuidador. En: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores. Madrid: IMC, 2013.

[19] BALLESTEROS, S. (1982). El esquema corporal (Función básica del cuerpo en el desarrollo psicomotor y educativo). Madrid: Tea, 1982.