



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

***DANZATERAPIA: ALTERNATIVA DE  
TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON  
ANOREXIA NERVIOSA***

**TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

**LAURA HERNÁNDEZ VILLALOBOS**

DIRECTORA: MARÍA DEL ROSARIO MUÑOZ CEBADA



México, D.F.

Septiembre del 2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

NOTA TESIS NO SALE

NOTA TESIS NO SALE

UNIVERSIDAD DE  
MEXICO  
CENTRO DE INVESTIGACIONES  
Y ESTUDIOS DOCUMENTALES  
Y BIBLIOTECARIOS  
CIBIB

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.  
NOMBRE: Laura Hernández Vilalobos.  
FECHA: 17-09-04  
FIRMA: 

*A mi hija Mayra, por compartir  
conmigo esta aventura,  
por su presencia, sensibilidad  
y disciplina, que me comprometen  
a ser mejor,*

*con el amor de siempre.*

## Agradecimientos

Con este trabajo concluyo una importante etapa de mi vida, la posibilidad de cerrar un ciclo para empezar otros, que quizá representen mayores retos. Me siento satisfecha y afortunada porque la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Facultad de Psicología, me abrió sus espacios de conocimiento y cultura, para descubrir que la educación es algo más que un proceso de enseñanza aprendizaje: es un medio de enriquecimiento personal, una vía para la reflexión, el autoconocimiento y la tolerancia.

Junto a mis compañeros y maestros descubrí que *“lo importante no es llegar solo y primero, sino con todos y a tiempo”*<sup>1</sup>. Creo que los psicólogos tenemos un importante compromiso con la sociedad y que estos tiempos demandan como nunca el trabajo interdisciplinario y en redes, aprender a colaborar para ser competitivos.

En la Facultad tuve la oportunidad de compartir experiencias con maestros como Eduardo Herrasti, Corina Cuevas, Patricia Corres, Cristina Heredia, José Huerta, Leticia Bustos, Serafín Mercado, Arturo Bouzas y Olga Bustos, entre otros, quienes, desde diferentes enfoques me mostraron que el trabajo puede ser una actividad apasionante, que dignifica al hombre.

Hago mención especial a Rosario Muñoz, por su calidad humana, por sus valiosas aportaciones y por el profesionalismo con el que asumió la dirección de este trabajo; así como a Jorge Álvarez, Lety Bustos, Isabel Martínez y Cristina Heredia, por el tiempo que invirtieron en asesorarme y por sus comentarios.

Mi más sincero agradecimiento a mis padres, por la vida, por su apoyo amoroso e incondicional y por estar conmigo en los momentos más difíciles.

A Diana, Rebeca, Ana María, Araceli, Rafael y Alicia, con afecto.

Y para Antonio por estar conmigo y motivarme con su esfuerzo...

A todos ellos, gracias.

---

<sup>1</sup> León Felipe

# Índice

<b>Introducción</b> -----	11
---------------------------	----

## Capítulo I

### Anorexia Nerviosa

1.1 Aproximación histórica -----	17
1.2 Definición de la anorexia nerviosa -----	20
1.3 Síntomas y signos clínicos -----	20
1.4 Criterios diagnósticos -----	23
1.5 Diagnóstico diferencial -----	25
1.6 Comorbilidad psiquiátrica -----	26
1.7 Complicaciones médicas -----	27
1.8 Evolución natural -----	28
1.9 Prevalencia y tasa de mortalidad -----	28

1.9.1 Etiología -----	29
a) Factores biológicos-----	29
b) Factores genéticos-----	31
c) Factores familiares-----	31
d) Factores psicodinámicos-----	35
1.9.2 Tratamiento -----	37
a) Tratamiento médico-----	38
b) Tratamiento psicoanalítico-----	40
Motivos habituales de consulta y entrevistas previas-----	41
Historia clínica-----	41
Evaluación inicial-----	42
La cura analítica-----	42
Otras consideraciones en la cura analítica-----	43
c) Terapia familiar-----	44
La función del terapeuta-----	44
Objetivos del tratamiento-----	45
Etapas de la terapia-----	45

## Capítulo I I

### Construcción del Cuerpo

2.1 Esquema del cuerpo-----	50
2.2 Imagen Corporal-----	52
a) Imagen de base-----	54
b) Imagen funcional-----	55
c) Imagen erógena-----	55
2.3 Diferencias conceptuales entre esquema corporal e imagen del cuerpo --	56
2.4 Trastornos de la imagen del cuerpo y del esquema corporal-----	58

2.5 Noción del cuerpo desde el psicoanálisis -----	62
a) Cuerpo erótico -----	66
b) Cuerpo vivenciado -----	69
2.6 Construcción del cuerpo: una perspectiva de género -----	70
2.7 Imagen corporal y elaboración del autoconcepto -----	74
2.8 La construcción del cuerpo a partir de la mirada del Otro -----	78
2.9 El lenguaje del cuerpo dentro del proceso de la comunicación -----	79

### **Capítulo III**

#### **Danzaterapia**

3.1 La danza como necesidad de expresión -----	83
3.2 Surgimiento de la danza -----	84
3.3 La danza contemporánea como antecedente de la danzaterapia -----	85
3.4 Psicomotricidad y danzaterapia -----	86
3.5 El movimiento y su relación con procesos psicológicos -----	91
3.6 Definiendo a la danzaterapia -----	93
a) Técnicas utilizadas -----	96
b) Condiciones ambientales necesarias durante las sesiones de danzaterapia	99
c) Características y funciones del danzaterapeuta -----	99
d) Ventajas de la psicodanza -----	100
e) Aplicaciones de la danzaterapia -----	101

## Capítulo IV

### Propuesta para el Tratamiento de la Anorexia Nerviosa a través de la Danzaterapia

4.1	Objetivo general -----	106
4.2	Objetivo particular -----	106
	a) Físicos -----	106
	b) Factores Psicológicos -----	107
	c) Aspectos sociales -----	108
4.3	Características del grupo terapéutico -----	109
4.4	Consideraciones previas -----	109
4.5	Términos dancísticos -----	110
4.6	Elección del salón de actividades -----	112
4.7	Materiales que se pueden emplear -----	112
4.8	Desarrollo general de las sesiones -----	112
4.9	Sugerencias de actividades -----	115
	a) Calentamiento -----	115
	b) Ejercicios técnicos -----	116
	c) Expresión creativa -----	124
	d) Relajación -----	125
	<b>Conclusiones -----</b>	<b>129</b>
	<b>Bibliografía -----</b>	<b>137</b>

## Introducción

Los trastornos de la alimentación y particularmente la anorexia nerviosa están aumentando en los últimos años de manera alarmante y las perspectivas indican que estas cifras tienden a incrementarse considerablemente, por lo que en países como Bélgica, Suiza, Holanda, Reino Unido, Alemania, Estados Unidos y España se han creado organizaciones para informar, atender y brindar alternativas de solución a estos pacientes (Ochoa, 1996).

Este trastorno se ha convertido en un serio problema de salud pública, debido a su gradual incremento y a que el índice de mortalidad, ya sea por inanición o por suicidio es de alrededor del 4% (De la Fuente, 1997).

La anorexia nerviosa se caracteriza por una distorsión en la imagen corporal; la persona experimenta una gran preocupación por su figura y un intenso deseo de adelgazar, con frecuencia hasta llegar a la inanición. Este trastorno ha sido identificado durante muchas décadas y descrito con notable uniformidad. Se ha observado que se presenta con mayor frecuencia entre las mujeres y que en el 85% de los casos inicia entre los 13 y los 20 años.

Otras características de la anorexia son un temor excesivo a la obesidad, amenorrea, hipotensión, bradicardia, conductas rituales en relación con la alimentación y con el autocontrol del peso (Goldman, 1996).

El DSM-IV (1995) señala que el criterio para diagnosticar anorexia nerviosa es presentar un peso corporal de al menos 15% por debajo de lo esperado, debido a una pérdida autoinducida, con una distorsión específica en la imagen corporal y el CIE 10 (1993) adiciona que se trata de un “trastorno endócrino generalizado que afecta al eje

hipotálamo – hipófisis – adrenales” (p. 145). A estas alteraciones hormonales se atribuye la amenorrea y la pérdida o disminución del interés sexual.

La anorexia es un trastorno complejo que se manifiesta en cambios fisiológicos, sociales, conductuales y psicológicos, por lo que se considera multifactorial y requiere ser abordada de manera interdisciplinaria y con un enfoque global.

Desde una perspectiva psicológica, la anorexia nerviosa está vinculada con una dificultad para integrar adecuadamente el autoconcepto, lo que lleva a la persona a experimentar sentimientos de ineficacia personal y desconfianza sobre el autocontrol básico. Ochoa (1996) en su libro *De la anorexia a la bulimia* menciona la importancia del autocontrol para el tratamiento de este trastorno, entendido como una capacidad adaptativa para identificar las potencialidades y limitaciones personales, generando actitudes más positivas frente las experiencias y desarrollando habilidades en la solución de problemas existenciales, mediante la observación atenta de las propias reacciones.

Un factor que resulta de gran interés es la marcada influencia sociocultural en la etiología de la anorexia, ya que ésta se relaciona con la obsesión de la sociedad contemporánea por fomentar en las mujeres la búsqueda de una imagen inalcanzable de esbeltez, que se combina con los cambios físicos durante la adolescencia y la presencia de una identidad muy inestable. Esta influencia cultural enfatiza la belleza femenina como un requisito para alcanzar el éxito y la aceptación social; quizás esto explica porqué la anorexia nerviosa es un trastorno que aparece en una proporción de hasta 20 mujeres por cada hombre, sin que exista un factor genético ligado al sexo que pueda dar cuenta de dicha situación (Kaplan y cols., 1997).

Por lo anterior, es importante buscar alternativas de tratamiento para la anorexia, ya que es un trastorno que ha aumentado en las últimas décadas “se estima que la anorexia nerviosa se presenta en alrededor del 0.5 al 1% de las jóvenes adolescentes” (Ibidem, p. 705) y en Estados Unidos se ha observado que el 5% de la población presenta algunos de los síntomas característicos de este trastorno, aunque no se cumpla con todos los criterios diagnósticos; además, existe una tendencia al incremento de estas cifras y aunque inicialmente la anorexia se presentaba con mayor frecuencia entre las clases socioeconómicas altas, estudios recientes reportan que ya no se observa dicha distribución.

Un aspecto a considerar en el tratamiento de la anorexia es la evaluación y análisis de las habilidades de comunicación que posee el individuo, ya que el trastorno puede ser simplemente una vía de escape de otros problemas de personalidad, por la dificultad para expresar las emociones, para compartir las inseguridades y temores o las ideas irracionales que con frecuencia se presentan durante la adolescencia.

La anorexia es un trastorno que se ha descrito ampliamente en los últimos años, sin embargo se requiere fomentar su investigación sistemática desde la psicología, destacando sus aspectos psicodinámicos y sociales, así como propuestas de tratamiento y seguimiento alternas a las convencionales, ya que son muy frecuentes las recaídas.

Por otro lado, la danzaterapia es un método en el que se estimula la identificación de las emociones y los sentimientos, enseñando a la persona herramientas para expresar a través del cuerpo dichas vivencias, de tal manera que la terapia a través de la danza contribuye a mejorar las potencialidades físicas y psíquicas del individuo: es un medio que fomenta el autoconocimiento, la conformación del sí mismo, sentimientos de respeto e iniciativa y el desarrollo de la creatividad (Fux, 1989).

A mediados de los años 60's, María Fux observó los efectos curativos de la danza al trabajar con grupos de niños sordos e hipoacúsicos, sosteniendo que el movimiento así como su estimulación a través de la música, la palabra o el silencio va revelando en el espacio la personalidad de cada individuo, contribuyendo a mejorar las posibilidades existentes del sujeto, a desarrollar otras y fomentar la creatividad individual a través de la improvisación, estimulando la parte física y psíquica de la persona. Un elemento motivacional básico es la búsqueda del contacto con el sí mismo y con los otros; esta autora explica que al tocar cualquier parte del cuerpo sin temor, la persona empieza a conocerse y aceptarse y en el trabajo grupal los participantes aprenden a aceptar a los demás como son, reconociendo que existe una amplia gama de capacidades.

Así, la danzaterapia tiene como propósito enseñar al individuo a contactar con el cuerpo, el intelecto y las emociones; es un instrumento curativo, una forma de expresión, de relación con el mundo: es la democratización de un arte considerado exclusivo de cuerpos prodigiosos (Telesforo, 1988).

Por lo anterior, este trabajo tiene como objetivo hacer una propuesta de la danzaterapia como alternativa de tratamiento en pacientes con anorexia nerviosa, ya que lo más notable en el examen mental de estos individuos es la alteración en su imagen corporal, así como un autoconcepto muy pobre, una baja autoestima y relaciones interpersonales deficientes y de acuerdo con la bibliografía revisada, la danza terapéutica incide positivamente en dichos factores.

Una ventaja adicional de esta terapia, es su compatibilidad con otros tratamientos, ya que es un método no invasivo, que se puede complementar con enfoques psicoanalíticos o cognitivo-conductuales, habitualmente empleados para la recuperación de estos pacientes.

La terapia a través de la danza, aunque tiene su origen hace más de tres décadas, es una técnica que sigue vigente, actualizándose y que, por propiciar el fortalecimiento del tono muscular, del equilibrio, el autoconocimiento, la socialización y la manifestación de los afectos de los participantes en un ambiente de confianza, se ha utilizado en el tratamiento de individuos con retraso mental, parálisis cerebral, problemas afectivos, atipicidad múltiple, psicosis y trastornos de la alimentación, entre otros. Los estudios realizados nos permiten concluir que esta técnica incide positivamente en aspectos físicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, en nuestro país, es una alternativa prácticamente desconocida, aunque en Argentina, España, Italia y Cuba se ha utilizado ampliamente con resultados exitosos.

Así, esta tesina abre interrogantes sobre la aplicación de la danzaterapia en el tratamiento de trastornos vinculados a la distorsión de la imagen corporal, y puede despertar el interés de psicólogos por realizar investigación empírica sobre el tema. También se podría emplear como una herramienta educativa que contribuya a disminuir trastornos de la imagen corporal, como la anorexia nerviosa o la bulimia, que cada vez afectan a personas más jóvenes.

Por los efectos devastadores de la anorexia a nivel social e individual, es importante coordinar esfuerzos hacia la prevención de dicha enfermedad, y en ese sentido la terapia dancística juega un papel poco explorado, que puede ser muy enriquecedor, en la medida en que fomenta el autoconocimiento, la autoestima y el desenvolvimiento de la creatividad.

Para el desarrollo de la tesina, en el primer capítulo, se hará una revisión actualizada sobre la anorexia nerviosa: su definición; signos y síntomas clínicos; criterios diagnósticos y diagnóstico diferencial; se presentarán las alteraciones psiquiátricas que generalmente acompañan a la anorexia nerviosa; las complicaciones médicas, principalmente como consecuencia de la drástica disminución en el consumo de alimentos, que ocasiona cambios neurohormonales, que a su vez afectan a la mayoría de los aparatos y sistemas; se expondrá la evolución natural de la anorexia nerviosa; su prevalencia y su etiología, resaltando los aspectos psicodinámicos, familiares y sociales que intervienen en la conformación de este trastorno; así como dos tratamientos que se emplean (psicoanalítico y sistémico), señalando cual es la efectividad y compatibilidad de los mismos.

Se pondrá atención especial a la distorsión en la imagen corporal que caracteriza a la anorexia nerviosa y en la dificultad que tienen estos pacientes para mantener relaciones interpersonales significativas, ya que en el último capítulo se hará una propuesta de la danzaterapia como alternativa de tratamiento para este trastorno, dado que, precisamente, incide de manera positiva en los factores arriba mencionados.

En el segundo capítulo se hará una breve descripción sobre la construcción de la imagen del cuerpo y del esquema corporal y se mencionarán algunas diferencias

fundamentales entre ambos conceptos, que permitirán entender los procesos psicodinámicos que dan lugar a los trastornos de ambas entidades. También se hará una revisión de la noción del cuerpo desde el psicoanálisis, planteando dos formas de conceptualizarlo: como una entidad erótica (en el sentido psicoanalítico del desarrollo psicosexual, que plantea que la libido se concentra predominantemente en áreas específicas del cuerpo) y la noción del cuerpo imaginario o vivenciado, que se refiere a las fantasías del mismo.

Dado que la anorexia nerviosa es un trastorno con una importante repercusión social en su etiología, también se analizará la construcción del cuerpo desde una perspectiva de género y se expondrá la importancia de la integración de una imagen corporal gratificante en la conformación del autoconcepto. Por último y para dar entrada al tercer capítulo, se hará una revisión sobre la expresión corporal (lenguaje del cuerpo) y su importancia en la comunicación.

En el tercer capítulo se hará un recorrido por los orígenes de la danza, su explicación como una necesidad inherente en el ser humano y su relación con algunos procesos psicológicos, que servirán de antecedentes para abordar el tema de la danzaterapia, en donde se expondrán sus principios básicos y algunas de las técnicas utilizadas para el desarrollo de las sesiones, así como las condiciones ambientales más adecuadas para realizar dicha actividad. A continuación se hará mención de las características y funciones del danzaterapeuta. Para concluir el capítulo se expondrá un breve resumen de algunas de las aplicaciones de la danzaterapia en México y en el extranjero, destacando su utilidad en el tratamiento de los trastornos de la alimentación.

En el último capítulo se presentará una propuesta para el tratamiento de pacientes con anorexia nerviosa, por lo que se mencionarán los objetivos generales y específicos, que incluyen aspectos físicos, psicológicos y sociales. Se describirán las funciones del grupo terapéutico; algunas consideraciones previas al tratamiento y los principales términos dancísticos; así como las características que debe reunir el salón para la realización de las sesiones de trabajo; algunos de los materiales que se pueden emplear durante las actividades y finalmente un planteamiento general de las sesiones y sugerencias de actividades específicas, que permitan al lector tener una idea más precisa sobre ejercicios de danzaterapia que se pueden emplear, considerando los objetivos que se persiguen con ellos, pero dando un margen de acción de acuerdo con la dinámica del grupo, la creatividad y la experiencia del instructor –factores clave para el éxito del tratamiento.

# Capítulo I

## Anorexia Nerviosa

### *1.1 Aproximación histórica*

La anorexia nerviosa es una enfermedad que ha tenido muchas variantes en su conceptualización hasta llegar a entenderse como en la actualidad. La medicina, la psiquiatría transcultural, la sociología, la psicología y hasta la historia del cristianismo han hecho contribuciones que revitalizan la visión que tenemos hoy en día. En las culturas de occidente donde la religión judeo – cristiana juega un papel muy importante el ayuno se ha considerado un acto de sabiduría y de comunión con Dios. De acuerdo con el Nuevo Testamento el ayuno dispone para el bautismo y la comunión, de tal manera que existen relatos de patriarcas y santas que se mantuvieron con pan y agua durante periodos de treinta años, como Adolio de Tarso, santa Genoveva y santa Liberata, de quien se dice que para preservar su virginidad, realizó un ayuno que la masculinizó. A esta época (siglo XIII) pertenecen santa Eduvigis de Silesia y María de Oignies, citadas por diversos autores como algunas de las primeras personas con síntomas de anorexia nerviosa. Estas santas añadieron al ayuno la práctica de disciplinas de autoagresión corporal.

A continuación haré una síntesis del análisis histórico de la anorexia nerviosa realizado por Caparrós y Sanfeliú en 1997, quienes hacen una descripción muy detallada del trastorno, partiendo de la cultura griega, en donde a través del pensamiento pitagórico, quedó establecido el dualismo cuerpo – mente, con la subordinación del primero sobre los procesos del pensamiento, por lo que el ayuno era entendido como un medio para superar las necesidades biológicas, que de acuerdo con esa cultura, en su aspecto negativo,

atan a lo terrenal y dificultan el desarrollo intelectual y espiritual; así, en las Bacantes y el Hipólito de Eurípides, el ayuno se considera, como en el cristianismo, un acto purificador del alma.

Durante el renacimiento comienza a hacerse una descripción naturalista de la anorexia, de tal manera que Hieronimus Cardanus (1501-1576) fue el primero en citar un caso de “consunción nerviosa”, aunque su descripción no despertó mayor interés entre sus contemporáneos, y es hasta el siglo XVII cuando Thomas Hobbes (1668) y John Reynolds (1669) hacen mención de trastornos de tipo alimentario. Richard Morton (1637-1698) es probablemente el primer autor que refiere con precisión el cuadro anoréxico, al que llamó atrofia, consunción o tisis nerviosa y lo definió como una afección de origen mental, en el que la disminución en el consumo de alimentos es consecuencia de un miedo irracional a engordar, por lo que la persona adelgaza día a día. Morton fue el primero en describir sistemáticamente la historia clínica de una paciente, en la que registra amenorrea, disminución del apetito y trastornos psicológicos, todo ello sin encontrar alguna causa orgánica. También refiere que la paciente se mostraba activa, obsesionada por los estudios y capaz de soportar las consecuencias del ayuno extremo, negándose a recibir ayuda.

Es interesante observar como en las diferentes épocas se observa un común denominador: un sentimiento de fascinación por el autocontrol, que permite al individuo sentirse especial, diferente, por lo que para algunos autores se trata de una alteración narcisista de la personalidad.

En el siglo XVIII, la obra de Francois Boissier de Sauvages, *Nosologia Methodica* (1736) adiciona a la anorexia características novedosas, ya que menciona una disminución total o parcial del deseo sexual que acompaña al déficit alimentario. Sauvages, define trece tipos de anorexia, planteando ya una doble vertiente de interés: la puramente psicógena y la orgánica, pero en cualquiera de ellas el abordaje era estrictamente médico. Posteriormente, En 1774, Djerine señala que el rechazo de los alimentos tiene un origen psíquico y lo describe definitivamente como un cuadro separado de otros trastornos orgánicos. Naudeau, un desconocido médico francés, en 1789, incluye esta enfermedad dentro de la histeria (por considerarlo un trastorno psíquico inminentemente derivado de un conflicto en la sexualidad) y hasta donde se sabe es la primera vez que ambas entidades se relacionan. Philippe Pinnel (1745-1826), en la *Nosographie Philosophique*, consideraba a la anorexia como consecuencia de alteraciones físicas y psíquicas y propone clasificarla, junto con la bulimia entre las neurosis de la digestión.

Por su parte, autores como Christian Heinroth (1773-1843) y Esquirol (1772-1840) señalan una asociación entre los trastornos del apetito y la melancolía, que hoy en día mantienen una importante relación clínica.

Otro autor que se interesó por el estudio de la anorexia fue Louis Marcé (1828-1864), quien en 1862 señala que el trastorno parte del delirio hipocondríaco, explicando que en la anorexia toda la energía intelectual se concentra en las funciones gástricas y que por tanto, la persona es incapaz de sostener alguna conversación que no incluya sus ideas delirantes, destacando la fuerza de voluntad de las pacientes para evadir toda tentativa de ser alimentadas.

Posteriormente, cuando la anatomía se estudió desde un enfoque dinámico y comenzó a enlazarse con la fisiología, el primer producto mecanicista de este cambio fue la frenología de Gall, que implicaba topografiar el cerebro, es decir, buscar correlatos entre cada función (cognitiva o afectiva) y el sistema nervioso. Sin embargo, para el caso de la anorexia, estas explicaciones dejaron de ser satisfactorias al no encontrarse una causa orgánica que la pudiera explicar.

A pesar de los registros anteriores, el estudio sistemático del trastorno comenzó en 1873 con Charles Laségue en Francia y con William Gull en Inglaterra. El primero la denominó anorexia histérica, mientras que el segundo acuñó el término que se haría más popular: anorexia nervosa. Gull destacó los aspectos fisiológicos del tracto digestivo, siendo precursor de las características bioquímicas del trastorno, en tanto Laségue enfatizó en la etiología psicológica (histeria). Con Laségue la anorexia dejó de ser un asunto divino o demoníaco y entró en la ciencia médica desde el ámbito psicológico.

En el siglo XX, en la vertiente orgánica, Simmonds se refirió a este trastorno como *caquexia hipofisiaria*, en donde la malnutrición es un elemento típico de la misma. La hipótesis de Simmonds fortaleció la teoría endocrina de la anorexia, por lo que durante mucho tiempo estos pacientes fueron tratados con extractos tiroideos, hasta que Sheeham, en 1948, señala que las alteraciones hormonales sólo aparecen en la fase final del trastorno. Sin embargo, las investigaciones prosiguieron en esa dirección biologicista y la función del hipotálamo fue subrayada por Lhermite y Ajuriaguerra (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

En tanto desde un punto de vista psicológico, Hilde Bruch, en 1962, fue la primera en revisar a fondo la anorexia nerviosa, encontrando dos características en estos pacientes: una percepción errónea de los indicios corporales internos, con incapacidad para diferenciar los propios sentimientos y necesidades de los de los demás y una alteración en la imagen corporal, que hace que la persona se considere obesa aunque esté extremadamente delgada. Ambas deformaciones incrementan el sentimiento de ineficiencia característico en estos individuos. En 1973, Bruch crea el concepto de anorexia nerviosa atípica para hacer mención a la anorexia secundaria que es consecuencia de un trastorno depresivo (Goldman, 1996).

### ***1.2 Definición de la anorexia nerviosa***

Los trastornos de la alimentación no son enfermedades ~~pe~~ sino síndromes conductuales que se desarrollan en individuos con un alto espectro de características psicológicas, biológicas y socioculturales. Siendo los más frecuentes la anorexia nerviosa, la bulimia y la obesidad.

Baravalle (1993) señala que la palabra anorexia, de origen griego, está compuesta por un prefijo negativo: an y el verbo órexis que significa tocar, tender, ofrecer, desear; es decir, no hace ninguna mención a la ingesta. Así, desde su etimología son anoréxicas aquellas personas que no desean, que no tienden, por lo que la raíz originaria del vocablo va más allá de las alteraciones en la nutrición, resaltando la disminución de la libido (Caparrós y Sanfeliú).

La anorexia nerviosa es un trastorno complejo que se manifiesta en cambios fisiológicos, conductuales y psicológicos. Se caracteriza por una distorsión en la imagen corporal: la persona experimenta gran preocupación por su figura y un intenso deseo de adelgazar, con frecuencia hasta llegar a la inanición, aunque los expertos señalan que en realidad no desaparece el apetito. Se ha observado que se presenta con mayor frecuencia entre las mujeres de clase socioeconómica media - alta y que por lo común inicia entre los 10 y los 30 años, aunque este panorama ha cambiado y gradualmente la anorexia se ha hecho extensiva a edades más tempranas y a todas las clases socioeconómicas (Kaplan, Sadock y Grebb, 1997).

### ***1.3 Síntomas y signos clínicos***

Los individuos con anorexia empiezan reduciendo drásticamente su ingesta calórica, evitando por completo los alimentos ricos en carbohidratos y grasas. Sus conductas alimenticias son peculiares, a veces su dieta es monótona o excéntrica; pueden atesorar grandes cantidades de alimentos o esconder pequeñas porciones en diferentes lugares de la casa; aunque comen muy poco se preocupan en exceso por los alimentos (que pueden ser pesados meticulosamente) y experimentan gran interés por las artes culinarias. Con frecuencia esconden, ingieren y eliminan la comida de manera ritualista.

Algunos pacientes alternan la anorexia con bulimia (que son ciclos de excesiva ingesta de alimentos sin percatarse del hambre o la saciedad); estas comidas van seguidas generalmente de vómitos inducidos por el propio sujeto. También es frecuente el consumo de grandes cantidades de laxantes y en su esfuerzo por perder peso, la persona puede abusar de comprimidos para dieta y diuréticos.

Los clínicos concuerdan en que la búsqueda irrefrenable por adelgazar manifiesta una lucha psicológica por conservar un sentido de autonomía y autocontrol personal. Superficialmente los pacientes manifiestan ser capaces de cuidarse a sí mismos e insisten en que son felices, pero por dentro están abrumados por una sensación de desamparo e ineficacia, siendo el control alimentario la única forma de conservar su autonomía (Kaplan, Sadock y Grebb, 1997).

Goldman (1996) señala que “la falta de confianza en el autocontrol básico se complica por sensaciones de desconfianza personal... Los sujetos que experimentan anorexia nerviosa tienden a considerarse a sí mismos en términos absolutos y de aspectos polares opuestos” (p. 450). Esto significa que la persona se percibe como totalmente buena o totalmente mala, evaluando de igual manera sus pensamientos, afectos, las decisiones que toma, las situaciones que se le presentan, e incluso a los demás. De lo anterior deriva su necesidad por mantener una regulación extremadamente rígida de lo que comen, ya que temen perder el control que les brinda cierto grado de seguridad.

Las personas con anorexia reportan una sensación de pérdida de identidad en relación con su cuerpo, que se convierte en algo desconocido, cargado de afectos contradictorios, por ello la fatiga que se experimenta como consecuencia de la inanición es una forma de evadir ese cuerpo tan temido. El cuerpo se vive como un lastre o fuerza que aprisiona. Lo anterior se relaciona con una baja autoestima, que se manifiesta en sentimientos intensos de vergüenza con respecto al propio cuerpo, por lo que se busca ocultarlo y evitar que sea tocado. Estos pacientes temen convertirse en adultos, puesto que implica hacerse responsables de sus relaciones interpersonales y de su sexualidad. Cuando las personas con anorexia realizan actividad sexual casi nunca la disfrutan. Lo anterior podría estar relacionado con antecedentes personales, ya que entre un tercio y el 50% de los casos son mujeres que fueron abusadas sexualmente durante la infancia, tratándose de valores superiores a los que se presentan en mujeres sanas (De la Fuente, 1997).

Una descripción muy interesante de la anorexia desde un punto de vista psicodinámico es la propuesta por Sours, quien señala los siguientes procesos:

1. Sentimiento de culpa a raíz de la agresión contra la madre en el conflicto edípico.
2. Apatía y depresión por pérdida de objeto.
3. Intento complaciente de acercarse a la madre a través de una identificación regresiva.
4. Deseos de muerte contra la madre; vaciando así impulsos incorporativos destructivos.

5. Relación hiperdependiente y seductora con el padre.
6. Intentos fallidos de ganar autonomía e independencia.
7. Rechazo del deseo inconsciente de embarazo mediante la privación de alimentos.
8. Tendencias sádico orales y formación reactiva contra los impulsos incorporativos destructivos.
9. Control pasivo y hostil de la familia, que ha investido a la alimentación de un simbolismo cultural.
10. Identificación femenina en los varones, con el deseo de eliminar la adiposidad asociada a la figura de la mujer.
11. Intento de controlar la sexualidad mediante la privación de alimento, que da lugar a la interrupción del metabolismo sexual y por tanto de la excitación sexual.
12. Incapacidad para diferenciar las sensaciones que indican necesidad de alimentación de otros estados físicos y afectivos debidos al desarrollo bajo la influencia y al servicio de otra persona.
13. Perturbaciones de la imagen corporal, de la percepción y del reconocimiento de los estados físicos, así como una sensación permanente de ineficacia (1973, cit. por Caparrós y Sanfeliú).

Desde un enfoque sistémico, Mara Selvini es una de las especialistas que más ha profundizado en el estudio y la terapia de pacientes con anorexia nerviosa, iniciando sus estudios en 1945 y llegando en 1999, junto con Sorrentino a la conclusión de que en el caso de la anorexia no se puede hablar de una organización homogénea de la personalidad, aunque existe un núcleo profundo y común: el sentir un defecto en sí misma. Para estos autores existen 4 tipos de anorexia: dependiente, *borderline*, obsesivo-compulsiva y narcisista, cuyas características describen muy bien algunos rasgos de la personalidad de las pacientes.

La mayoría de las muchachas con una personalidad *dependiente* son anoréxicas restrictivas y se caracterizan por un rol sexual infantil; presentan dificultades para tomar decisiones cotidianas, por lo que buscan que otros asuman la responsabilidad de su vida; generalmente no están aisladas y tienen amigas; mantienen una adecuación promedio en el estudio y el trabajo. Las pacientes tipo *borderline* son generalmente anoréxicas bulímicas y se caracterizan (a diferencia de las otras categorías) por un rol sexual activamente seductor, que las lleva a establecer relaciones interpersonales inestables e

intensas caracterizadas por la alternancia entre la hipervaloración y la desvalorización de su pareja; muestran impulsividad al menos en el área económica (gastos excesivos) y sexual y muchas veces consumen estupefacientes; en estas personas son frecuentes las conductas suicidas. Las anórexicas *obsesivo-compulsivas* están muy atentas a los detalles, las reglas y el orden; son escrupulosas e inflexibles en temas morales; ahorran hasta llegar a la avaricia y son extremadamente perfeccionistas; presentan gran dedicación al trabajo y a la productividad, por lo que tienden a aislarse. Las pacientes con rasgos *narcisistas* se caracterizan por infantilismo y rigidez en su rol sexual; tienen sentimientos de grandiosidad; están absorbidas por fantasías de éxito ilimitado, por lo que se sienten especiales y exigen excesiva admiración; tienden a aprovecharse de los demás y no son empáticas (hay incapacidad para reconocer e identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás).

#### 1.4 Criterios diagnósticos

Las descripciones de la anorexia nerviosa son variadas, por lo que los criterios diagnósticos también presentan algunas diferencias. Además, al ser distintas las hipótesis etiológicas, se enfatiza, según las tendencias teóricas, sobre diferentes aspectos del trastorno, predominando lo biológico sobre lo psicológico o viceversa.

A continuación se presenta un cuadro comparativo entre los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa de la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* (DSM-IV) y de la *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE 10).

<i>DSM IV</i>	<i>CIE 10</i>
<p>A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (pérdida que da lugar a un peso inferior al 85% del esperado, o fracaso en conseguir el aumento normal durante el periodo de crecimiento).</p>	<p>Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet menor a 17.5).</p> <p><math>Q = \text{peso(kg)} / \text{altura al cuadrado (m)}</math></p> <p>Q= Índice de masa corporal</p>

	<i>DSM IV</i>	<i>CIE 10</i>
PESO	B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.	
PERCEPCIÓN	C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.	Distorsión de la imagen corporal con una idea sobrevalorada de temor ante la gordura o flacidez corporal.
CAMBIOS HORMONALES	D. En las mujeres pospuberales presencia de amenorrea: por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.	Trastorno endócrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal que se manifiesta en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y potencia sexuales. Si el inicio es anterior a la pubertad se retrasa la secuencia de manifestaciones del desarrollo o éste se detiene (en mujeres no se desarrollan las mamas y en los varones persisten los genitales infantiles). Pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol y anomalías en la secreción de insulina.
TIPOS DE ANOREXIA	a) Restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo, por lo regular no recurre a atracones, ni al empleo de purgas (por ejemplo, provocación de vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). b) Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.	La anorexia nerviosa queda excluida si la privación de alimentos se ve mezclada con ingestas excesivas periódicas (no existe anorexia-bulímica)

Como se puede observar, el CIE-10 y el DSM-IV proponen criterios diagnósticos similares, excepto porque el primero, a diferencia del DSM-IV sí considera síntomas del trastorno para el sexo masculino. Otra variación consiste en que el DSM-IV excluye el diagnóstico de bulimia si esta conducta tiene lugar en forma episódica en el seno de una anorexia (tipo compulsivo/purgativo).

Por su parte Hilde Bruch (1973) propone los siguientes criterios:

1. Imagen corporal distorsionada, con percepciones erróneas sobre el propio cuerpo.
2. Incapacidad para identificar las necesidades personales, principalmente las relacionadas con el hambre, aunque esta dificultad se extiende a otros estados emocionales.
3. Sensación de impotencia acompañada de la poderosa impresión de que los sentimientos y acciones no emanan del propio yo, sino de la demanda externa.

Bruch hace mención de la anorexia atípica, a la que describe como una alteración caracterizada por una importante pérdida de peso de origen psicógeno, siendo ésta una consecuencia no buscada directamente por el paciente. Muchos de estos casos son atribuibles a una alteración simbólica de la función de la ingesta alimenticia, debido a trastornos de base que discurren desde lo psicótico a lo neurótico (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

### ***1.5 Diagnóstico diferencial***

Ayuso y Carulla (1992) señalan que el principal diagnóstico diferencial con la anorexia nerviosa es la bulimia, ya que incluso hasta hace poco se les consideraba como una misma enfermedad; sin embargo, de acuerdo con los criterios del DSM-IV y con los autores revisados, en el caso de la bulimia las personas tienden a conservar un peso adecuado a su talla y edad, por lo que se hace más difícil detectar dicho trastorno. Desde 1980 los epidemiólogos han observado un aumento considerable en la bulimia, que unida a la anorexia se suele presentar en un 40 a 50 por 100 de los casos, por lo que se afirma que esta combinación dificulta el pronóstico.

Los individuos con trastornos de somatización también pueden manifestar fluctuaciones del peso, vómito y hábitos alimenticios peculiares, pero dicha disminución no suele ser grave y la amenorrea no dura más de tres meses. Con objeto de establecer el diagnóstico de anorexia nerviosa, estos casos deben satisfacer los criterios del DSM – IV.

Es necesario diferenciar la anorexia nerviosa de la depresión, la melancolía y de otros trastornos afectivos, en los que se puede observar una disminución del apetito y una pérdida de peso, pero sin la característica distorsión del esquema corporal manifiesta en la anorexia.

También hay que distinguir el trastorno del síndrome de Cottard, en el que la anorexia aparece unida a la negación de órganos; o del hipocondríaco, que preocupado por su cuerpo de manera constante, demanda con insistencia tratamiento.

Otro diagnóstico diferencial lo constituyen ciertos trastornos esquizofrénicos, que se caracterizan por hábitos alimenticios ritualistas, precipitados por delirios sobre la comida. El rechazo al consumo de alimentos por parte del psicótico delirante puede tener características persecutorias o místico/ascéticas.

A la anorexia también se le puede confundir con el trastorno obsesivo-compulsivo o con la dependencia de estimulantes como las anfetaminas.

Es importante diferenciarla de la pérdida de peso por enfermedades médicas como neoplasias, tuberculosis, enfermedades hipotalámicas y endocrinopatías primarias (insuficiencia de la hipófisis anterior, enfermedad de Addison, hipertiroidismo y diabetes mellitus). Es común, si no se establece un diagnóstico adecuado, confundir a la anorexia con ciertos tumores diencefálicos o de la fosa posterior.

También hay que diferenciarla de la delgadez, por lo que en todos los casos es preciso hacer el diagnóstico con base en la historia clínica y en una exploración física y psicológica cuidadosa, así como en estudios de laboratorio.

### ***1.6 Comorbilidad psiquiátrica***

Caparrós y Sanfeliú (1997) mencionan que a veces en la anorexia solamente se observa una alteración en la conducta alimenticia, pero que en otros casos ésta se combina con alteraciones del ánimo, crisis de angustia e incluso con sistemas delirantes más o menos organizados.

Herzog y colaboradores (1992) señalan que dos terceras partes de los sujetos con anorexia nerviosa y tres cuartas partes de quienes cumplen los criterios diagnósticos para anorexia y bulimia, también se diagnostican por lo menos con un trastorno afectivo. La depresión mayor es el trastorno del estado de ánimo que con mayor frecuencia se relaciona con la anorexia, con más del 60% de los pacientes así diagnosticados al ingresar a un hospital psiquiátrico como resultado de dicha enfermedad. Los trastornos de ansiedad

se presentan en alrededor del 20% de los individuos y el riesgo de trastorno afectivo de por vida en anoréxicos puede ser de hasta el 84% (Goldman,1996).

Las alteraciones de la personalidad se diagnostican en más del 20% de los pacientes con anorexia, entrando en el Grupo C (ansioso), como evasión, dependencia y trastorno de personalidad compulsiva; algunas veces se presentan trastornos del Grupo A (ocasional) como paranoide y de personalidad esquizoide. También es común que individuos diagnosticados con anorexia nerviosa presentan un riesgo de por vida de abuso de alcohol, anfetaminas y otros tipos de drogas.

Por último, es importante mencionar que el ayuno excesivo provoca síntomas psiquiátricos como disforia o distimia, ansiedad e hiperactividad. Por eso es fundamental, en cualquier terapia revertir la desnutrición como primer paso para tratar la anorexia.

### ***1.7 Complicaciones médicas***

La disminución excesiva del peso corporal trae como consecuencia desnutrición y estrés generalizado y la amenorrea si es prolongada, puede ocasionar osteoporosis. Cuando la anorexia nerviosa se presenta antes de la menarquia, con frecuencia ocasiona baja estatura y retardo en el desarrollo de las mamas. Los pacientes se quejan de malestar epigástrico, vómito, estreñimiento, intolerancia al frío, dolor de cabeza y alteraciones del sueño. A veces se presenta autofonía. Además de la demacración, pueden aparecer arritmias, masa cardiaca disminuida y útero infantil. Los varones suelen presentar hemorroides y también experimentan pérdida de la libido.

En la anorexia los resultados de laboratorio incluyen anomalías en la secreción de vasopresina, concentraciones plasmáticas prepuberales de hormona estimulante de los folículos y de hormona luteinizante, y disminución en la reacción a la hormona liberadora de gonadotropina. Los estrógenos se encuentran en concentraciones posmenopáusicas. Hay abolición o inversión del ritmo circadiano normal del cortisol. Se encuentra disminuida la reacción de la hormona del crecimiento a la hipoglucemia inducida por insulina, a la estimulación con anginina y a la levodopa.

También están disminuidas las concentraciones de triyodotironina (T3); en casos graves el índice de filtración glomerular puede estar reducido. Las anomalías hematológicas pueden incluir leucopenia y anemia. Se observa hipocelularidad. La velocidad de sedimentación de los eritrocitos es baja y están reducidas las concentraciones plasmáticas de fibrinógeno. Los vómitos inducidos pueden producir alcalosis metabólica (Goldman 1996, p. 451).

Los patrones del electroencefalograma y el electrocardiograma con frecuencia están alterados (con un aumento en sus intervalos) y muchas veces se presenta edema – hinchazón de una parte del cuerpo producida por infiltración de serosidad en el tejido celular, especialmente el conjuntivo- al retomar la alimentación adecuada, lo que dificulta el tratamiento.

### ***1.8 Evolución natural***

El inicio de la anorexia nerviosa está vinculado con nuevas situaciones en la vida, que pueden ser biológicas, como resultado de la pubertad; psicológicas, entre las que destacan los cambios en la adolescencia, o sociales, como el ingreso a una escuela diferente. El inicio del trastorno también se asocia con la pérdida de objetos significativos, como la muerte o el rompimiento con un ser querido. Sin embargo, aunque con frecuencia la anorexia se instala de forma brusca, casi siempre en relación con algún acontecimiento del entorno (evento desencadenante), también puede ocurrir de manera imprevista, sin algún motivo aparente.

Comúnmente la anorexia se inicia en personas que tienen un peso normal o ligeramente por encima de lo esperado según su talla, sexo y edad; casi siempre han sido alentadas a bajar de peso y al principio reciben elogios por su autocontrol, pero la pérdida de peso pronto se convierte en el objetivo en sí. Generalmente estos pacientes acuden al médico, no por el peso perdido, sino por otras manifestaciones como edema, amenorrea, estreñimiento o dolor abdominal.

La evolución de la anorexia nerviosa varía, desde una sola crisis con recuperación espontánea completa, hasta muchas crisis durante varios años, pasando por una sola crisis crónica. La enfermedad puede ser progresiva y por desgracia, mortal. También es común que haya alternancia entre anorexia restrictiva con bulímica (Selvini y Sorrentino, 1999).

### ***1.9 Prevalencia y tasa de mortalidad***

En 1987 Kaplan y Sadock señalan una incidencia del 0,37 por 100,000 estadounidenses. En 1992 Ayuso y Carulla refieren una incidencia de 0.35 a 4,06 por 100,000 mujeres blancas y reportan que estudios de Gran Bretaña indican una prevalencia del 1 al 2% entre alumnas de colegios privados. En 1996 Goldman publica que la prevalencia del trastorno en los Estados Unidos de América y Europa Occidental va del 0.7 al 2.1% de la población en general y las investigaciones en España indican que de cada 100 mil jóvenes del sexo femenino que tienen entre 15 y 24 años, de 40 a 50 sufren anorexia nerviosa cada año. El diario *El País*, en España, publicó el 8 de julio de 1996, que los niños entre

nueve y trece años empiezan a mostrarse sensibles al proceso anoréxico, por lo que el comienzo se está volviendo precoz. Esta mayor incidencia en edades tempranas hace pensar en la influencia que pueden tener los cambios en la dinámica familiar y el entorno social (Ochoa, 1996). Por su parte Caparrós y Sanfeliú (1997) refieren que aunque existen noticias de la anorexia desde tiempos remotos, sólo recientemente surgen datos sobre su prevalencia, que oscila entre el 1 por 800 y el 1 por 100 en mujeres, con edad de comienzo entre los doce a los dieciocho años.

Como se puede observar la incidencia del trastorno ha incrementado en los últimos años, y cada vez más personas presentan algunos de sus síntomas típicos (como distorsión de la imagen corporal y disminución drástica de la ingesta de alimentos) aunque no reúnan todos los criterios diagnósticos. Por otra parte la tasa de mortalidad es muy alta: entre el 5 y el 18%, por lo que se considera un importante problema de salud pública.

### **1.9.1 Etiología**

De manera general en la clínica se dan dos grupos de explicaciones acerca de las causas de la anorexia nerviosa: fisiológicas y psicológicas. Entre las primeras destacan las explicaciones de tipo hipofisiario y alteraciones del eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal; en tanto entre las causas psicológicas se mencionan psicosis, neurosis, trastornos de la personalidad y alteraciones socio-familiares.

Ayuso y Carulla (1992) señalan que la anorexia nerviosa parece ser el resultado de la combinación de factores predisponentes individuales, unidos a un entorno social que favorece el desarrollo de conductas restrictivas con vigilancia del peso y de la figura corporal. Una vez que inicia el trastorno los factores biológicos (como cambios endocrinos) y familiares contribuyen a que se mantenga el cuadro clínico.

Existen una serie de factores de riesgo entre los que se pueden citar un peso corporal por arriba del esperado, diabetes, trastornos afectivos, un pobre control de los impulsos presente en enfermas por abuso de sustancias, cleptomanía y personalidad borderline. Sin embargo, conviene no confundirse en la búsqueda de un solo factor para explicar la anorexia. En realidad subyacen estructuras responsables cuyos elementos proceden de lugares dispares y que, funcionando de manera sinérgica, dan lugar al trastorno.

#### **a) Factores biológicos**

Los trabajos que despertaron el interés sobre los mecanismos neuronales del hambre y la saciedad se remontan a Sherrington (1900), quien se basó en mecanismos bulbares

y Canon (1912), quien centró su interés en el funcionamiento del nervio vago. Posteriormente, en la década de los 40, se mencionó al hipotálamo como la estructura responsable de dichas regulaciones. El enfoque anatómico ha ido complementándose cada vez más con el neuroquímico y a partir de los años sesenta, los neurotransmisores han ido captando la atención de los investigadores (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

De acuerdo con Ayuso y Carulla (1992), desde las primeras descripciones de la enfermedad se observan alteraciones endocrinas que preceden a la instauración del cuadro, aunque es un tema de discusión si estos cambios son secundarios al estado de desnutrición o si resultan de una alteración primariamente hipotalámica.

Asimismo, Kaplan y Sadock (1997) plantean que durante muchos años se discutió si los cambios hormonales que acompañan a la anorexia nerviosa son la causa del trastorno o una consecuencia de la inanición y señalan que investigaciones recientes sugieren que la disminución en el consumo de nutrientes ocasiona el aumento en la secreción de cortisol y altera las concentraciones de algunos neurotransmisores (por ejemplo, disminuye la síntesis de norepinefrina y esto provoca un descenso en la tasa metabólica, bradicardia e hipotensión y probablemente la disminución de la temperatura), por lo que las alteraciones neuroendocrinas más bien serían consecuencia del descenso drástico en el consumo de alimentos.

Se han descrito alteraciones en los sistemas de neurotransmisión central, particularmente, disminución de noradrenalina y ácido homovanílico. En relación con el sistema de neurotransmisión serotoninérgico se mencionan niveles del metabolito de serotonina ácido 5 – hidroxindolacético significativamente menores que en pacientes sanos. También los péptidos opiáceos endógenos, relacionados con la modulación de los sistemas hipotalámicos que regulan la ingesta se encuentran elevados en el factor liberador de corticotropina de las pacientes con anorexia nerviosa.

En conclusión, los neurotransmisores que más se asocian con la ingesta alimenticia son las catecolaminas (adrenalina, noradrenalina y dopamina) y la serotonina. La noradrenalina al alcanzar a los receptores alfa 2 del núcleo paraventricular aumentan la ingesta. El efecto contrario se produce con la serotonina, pero esto no es tan sencillo, debido a que las catecolaminas tienen efectos diferentes según la zona cerebral en la que actúan.

En cuanto a explicaciones hipotalámicas, las lesiones de los núcleos ventromediales (paraventricular, ventromedial, supraquiasmático y dorsomedial) del hipotálamo producen en las ratas hiperfagia y obesidad. Por el contrario, la lesión del hipotálamo lateral (núcleo del perifórnix) da lugar a la situación opuesta, presente en la anorexia. Al parecer en el mismo hipotálamo se produce una interrelación con diversos grados de equilibrio entre

apetito, saciedad, adelgazamiento y ganancia de peso. Al mismo tiempo se sabe que el área ventromedial está atravesada por sistemas tan importantes como el dopaminérgico mesolímbico, el noradrenérgico dorsal y el serotoninérgico medial, por lo que la lesión de los núcleos señalados puede afectar dichas transmisiones.

### **b) Factores genéticos**

Se afirma que los trastornos alimentarios son más frecuentes entre los familiares de primer grado de pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. Investigaciones recientes afirman que el riesgo de padecer un trastorno alimentario es cinco veces mayor dentro de la familia de pacientes anoréxicos que en los controles. Aproximadamente entre el 6 y el 10% de las hermanas que presentan anorexia también desarrollan un trastorno de la conducta alimenticia. La cifra es superior al 1-2 % encontrado en la población general, dentro del mismo intervalo de edad. Además existe mayor concordancia en gemelos monocigóticos que en dicigóticos (Kaplan y Sadock, 1997). A este respecto Caparrós y Sanfeliú (1997) señalan que los estudios en gemelos monocigóticos muestran una alta concordancia (50 %) que baja al 7 % en gemelos dicigóticos, siempre que sean del sexo femenino, de lo contrario la concordancia decrece al 0 %.

### **c) Factores familiares**

La familia es un espacio en el que sus miembros efectúan introyecciones e identificaciones diferentes, por lo que ésta se constituye como un todo, que puede ser identificado como agente etiopatológico. La familia como estructura ya conformada posee un perfil determinado, con funciones concretas para cada miembro; dichas funciones se determinan de manera recíproca. Los integrantes pueden tener la ilusión de que actúan por libre albedrío; sin embargo sus actos y decisiones tienen un sentido metaindividual, conferido por su grupo de pertenencia. Así, la hipótesis familiar permite evitar una simplificación: achacar en exclusiva a un miembro determinado el potencial causal del cuadro. De tal manera que un tipo específico de relación madre-hijo es resultado de la dinámica grupal; junto con su indiscutible intimidad es también una situación familiar que incluye de manera más o menos eficaz a los demás miembros, incluso a algunos que no están físicamente presentes cuando ésta se desenvuelve (Goldman, 1996).

Mínuchin en 1978 propuso un modelo de familia psicopatogénica. Con esta denominación describió la atmósfera que propicia o facilita la expresión corporal de las elaboraciones psíquicas; señaló tres factores etiológicos de orden muy diferente que interactúan, para dar lugar al trastorno anoréxico:

1. El biológico determinado por una mayor vulnerabilidad fisiológica (característica típica del enfoque tradicional psicosomático).
2. Un rango grupal descrito de la siguiente forma:
  - a) Aglutinamiento. Entendido como una forma extrema de proximidad e intensidad en las relaciones familiares; con gran resonancia emocional y escasa diferenciación interpersonal.
  - b) Sobreprotección. Acentuada necesidad de amparo recíproco entre los integrantes de la familia.
  - c) Rigidez. Dificultad para adaptarse a los cambios.
  - d) Ausencia en la resolución de conflictos. Éstos se niegan o se postergan para no enfrentarlos.
3. Intensa implicación del niño en los conflictos parentales.

Lo anterior sugiere la ausencia de individuación y por tanto, esta familia no es buena deparadora del yo-imagen corporal, por lo que la disociación imaginaria cuerpo – mente se produce en forma patológica (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

En la dinámica familiar de pacientes con anorexia se observa gran lealtad hacia los valores familiares, espíritu solidario, madre “sacrificada” y carencia de un espacio de intimidad. La responsabilidad se diluye entre todos los miembros y por lo común es la paciente quien la asume. Son frecuentes las conductas de sobreprotección, rigidez y una típica falta de resolución de conflictos. Así, “la aparición de la enfermedad al inicio de la adolescencia se explica por la amenaza que para el mantenimiento del sistema familiar supondría el desarrollo del sujeto al pasar a la adolescencia” (Ayuso y Carulla, 1992, p. 459).

Un fenómeno familiar que puede explicar el incremento de la anorexia en las nuevas generaciones es la formación reactiva de los padres a la coerción social, que se manifiesta en la dificultad para poner límites a sus hijos, asociando “límites” con “malo”, y esto ha dado como resultado una escasa tolerancia a la frustración por parte de los jóvenes.

Existen ciertas características comunes entre las personas que integran la familia de las anoréxicas. Es interesante observar como de 52 casos atendidos por Selvini y Sorrentino, de 1988 a 1996, 51 anoréxicas vivían con ambos padres, a pesar de tratarse de una época en la que la inestabilidad del vínculo marital es frecuente y de que se reportó insatisfacción en la relación de pareja. De lo anterior se concluye que se trata de

familias rígidamente inseparables, con escasa autonomía y temor a explorar nuevas relaciones. Existen dificultades para vivir las crisis conyugales y las carencias afectivas de los padres con frecuencia se manifiestan en conductas depresivas o de ansiedad que interfieren con la relación de pareja y con la educación de los hijos, a pesar de una aparente adaptación.

En los padres es común que por el abandono afectivo sufrido durante la niñez o la adolescencia aparezcan conductas compensatorias, haciéndose precozmente eficientes, independientes y competitivos, negando a nivel consciente la intensa necesidad de un sustituto materno afectuoso y disponible. Las reacciones defensivas son muy variadas, desde asumir un papel de dominio, hasta conductas pasivas y un tanto depresivas. Lo que sí es un factor común son las actitudes machistas que asumen, ya que consideran a la mujer como un ser irracional, al que por tanto hay que mantener bajo control. Otra característica es su dificultad para comunicarse, negándose al diálogo o reaccionando de manera violenta ante las demandas de su esposa, que asume una actitud insegura en las propias percepciones y se siente anulada por los "racionales" argumentos de su pareja. En el caso de muchachas con rasgos de personalidad borderline los padres tienden a elegir una esposa muy atractiva, culta o rica, que se preste a constituirse en un importante refuerzo narcisista, pero a la que dominan. Estos hombres defienden con firmeza su tiempo libre involucrándose en actividades en las que su esposa no participa y pueden llegar a ser violentos físicamente. También presentan rasgos narcisistas, por lo que están orientados a la explotación inconsciente de los demás, ocultando sus sentimientos y sufrimiento, por lo que están emocional y físicamente distantes de sus hijos (Selvini y Sorrentino, 1999).

En el caso de las madres, éstas son por lo general mujeres sacrificadas, habituadas a adaptarse a las necesidades de los demás, renunciando a los propios deseos. Se trata de mujeres desvalorizadas y humilladas, que dentro de su contexto social han aprendido a someterse a las necesidades del cónyuge y de sus hijos. Este sometimiento va más allá de la dependencia económica, ya que aunque la mayoría de las madres de las anoréxicas trabajan, éstas siguen siendo las responsables del funcionamiento familiar. Privadas del aprecio auténtico de su familia de origen y ligadas a un hombre como único recurso, dependen en gran medida de la capacidad empática de su esposo (que es muy escasa). Al analizar la familia de origen se encuentra que fueron sometidas a injusticias en relación con sus hermanos, vivieron situaciones de discriminación sexual humillantes, de subestimación de sus capacidades en tanto mujeres, y de un exceso de responsabilidades sin un reconocimiento; a pesar de ello se encuentran muy apegadas a sus padres (y particularmente a la madre), por lo que hay mucho enojo reprimido. Presentan una baja autoestima que se manifiesta en la dificultad que tienen para disfrutar de la vida e incluso para pedir ayuda, debido a un sentido del *deber ser* muy autocrítico, por lo que se sienten insatisfechas e inadecuadas. Dado que les cuesta trabajo la introspección, también tienen dificultades para identificar las necesidades afectivas de los demás (Ibidem).

De lo anterior se concluye que en la pareja, la madre presenta excesiva adecuación en la relación, por lo que los primeros años del matrimonio suelen ser satisfactorios, sin embargo, esta frágil adaptación entra en crisis con la llegada de los hijos, por conflictos en las familias de origen o por pérdidas económicas. Ante el distanciamiento de la mujer, el padre reacciona de acuerdo con las modalidades que aprendió en la infancia y en lugar de asumir una auténtica responsabilidad en la resolución de los conflictos, se aísla, alejándose de la vida familiar, quitándole a su esposa las atenciones que sostenían su autoestima y compensaban su depresión. Esto deteriora más la capacidad afectiva de la esposa, que no puede reconciliar su mundo interno con el incremento de las demandas cotidianas. El nacimiento y la crianza de la futura anoréxica se desarrolla frecuentemente en las situaciones antes descritas.

En 1988, Mara Selvini, en *Los juegos psicóticos en la familia* propuso un modelo comunicacional, en el que el paciente se implica precozmente de acuerdo con dos tipologías:

**Tipo A.** La futura anoréxica está muy ligada a su madre, que generalmente es asexuada, deprimida y con necesidades de fusionalidad y control recíproco. Este nexo tan estrecho puede ser resultado de la decepción de la madre en la relación conyugal; sin embargo, el vínculo se lesiona cuando la madre se vuelca hacia otro hermano, provocando que la joven se empiece a inclinar más por el padre, al que hipervalora, sin que se pueda considerar una situación edípica, sino más bien la búsqueda de una función materna inadecuada.

**Tipo B.** En la anoréxica de este tipo los problemas sexuales de los padres son más abiertos, es probable que la esposa insinúe o practique la infidelidad conyugal, con el propósito de recomfortarse ante la vivencia de falta de estima o de distancia afectiva por parte de su esposo. También puede ocurrir que el padre exprese su insatisfacción por la frialdad de su pareja y por la dependencia de ésta. Ante este descontento conyugal la hija, en pleno crecimiento y frustrada a la vez por la madre de manera grave, sintoniza con la seductora depresión del padre y se liga con él en su anhelo de complacerlo para recibir su aprobación. Por tanto desarrolla habilidades que él aprecia, como la competencia académica o deportiva y el hipercontrol. La situación anterior viene acompañada de cierto rechazo por parte de la madre, que se complica cuando durante la adolescencia el vínculo con el padre se erotiza y el miedo al incesto se desencadena, generando culpa y ambivalencia.

Posteriormente, en 1999, Selvini y Sorrentino establecen una tipología C, en la que la paciente fue educada en la infancia por parientes o niñeras, que no favorecieron su apego y para las cuales, por más que se retrocediera en el tiempo, no era posible encontrar un

vínculo del cual hubieran disfrutado. En otros casos, la madre se había ocupado de la hija, pero con una escasa implicación afectiva. Esto contrasta con otras propuestas de familia muy ligada que señalan autores como Minuchin, puesto que en esta tipología, la característica básica es el aislamiento; por tanto estas chicas no han disfrutado de la proximidad emocional (aunque sea ambivalente) de alguno de los padres.

En cuanto a la relación con los hermanos, es frecuente que alguno haya asumido el rol paterno. Estos jóvenes están muy involucrados en los conflictos familiares y les cuesta trabajo relacionarse con sus pares. Su pseudoasistencia a la hermana tiene como propósito (inconsciente) ganar el reconocimiento de la madre, utilizando el sufrimiento de la hermana anoréxica para asumir el papel de “cuidadores” que les permite evadir sus propios conflictos e inseguridades. En tanto, las hermanas cercanas en edad a la paciente tienden a asumir una actitud crítica y de falta de apoyo. Existe mucha tensión competitiva y enojo, porque la hermana anoréxica captura las atenciones.

#### **d) Factores psicodinámicos**

Existe un fuerte debate entre los que se inclinan por considerar a la anorexia como un trastorno específico con entidad propia y los que, por el contrario, afirman que es una superestructura de un cuadro base, que puede ir desde neurosis, principalmente histérica y obsesiva, o un trastorno psicossomático, hasta la esquizofrenia.

Freud, en *El manuscrito G* sobre la melancolía (1895) concluyó que la anorexia es una neurosis alimentaria semejante a la melancolía, en presencia de una sexualidad rudimentaria, en donde la paciente asegura no haber comido por falta de apetito, pero en realidad la inanición es resultado de una disminución o supresión de la libido. En *Estudios sobre la histeria* (1895), Freud definió a la anorexia como un síntoma histérico, equiparable a contracturas y parálisis, ataques histéricos o tics, entre otros, y señaló que la desproporción entre el síntoma histérico persistente a través de muchos años y su motivación aislada, es la misma que se observa en una neurosis traumática, generada por sucesos de la infancia. Las hipótesis Freudianas han evolucionado ampliamente y para algunos autores la anorexia traduce en forma de somatización el rechazo a la sexualidad.

Quienes consideran a la anorexia como una enfermedad psicossomática enfatizan los fallos en la función materna con una relación que da lugar a un self superficial y falso. Como consecuencia de una educación inadecuada de la madre la niña no aprende a responder adecuadamente a los estímulos internos (propioceptivos). El trastorno psicossomático ocurre porque los afectos no se pueden expresar abiertamente y la energía permanece encerrada en el cuerpo, alterando el funcionamiento del individuo, que no logra comunicar sus emociones adaptativamente (en forma verbal) y por eso utiliza su

cuerpo para expresar su hostilidad. Las personas con padecimientos psicossomáticos tratan de disminuir su ansiedad por medio del sistema nervioso autónomo y ese intento por resolver sus conflictos implica una regresión a estadios muy tempranos de no diferenciación; sin embargo, como dicha regresión no es masiva, se conserva el sentido de realidad y no se producen alucinaciones, ni delirios. Además, para compensar esa deficiente relación materna se desarrolla un vínculo muy erotizado con el padre, lo que dificulta la resolución del edipo. Así, se conceptualiza a la anorexia como una representación simbólica de fantasías orales y como un rechazo a la sexualidad. Este enfoque explica la desnutrición, con su consecuente retraso en la maduración como una defensa frente al advenimiento del desarrollo sexual femenino (Ayuso y Carulla, 1992).

Karl Abraham, es uno de los autores clásicos que ha dado más aportes en relación con la anorexia. Él señaló la clara relación simbólica que existe entre *comer-engordar-embarazo*. Esta asociación podría implicar una regresión desde la sexualidad genital a la oralidad – o quizá una incapacidad para alcanzar la sexualidad genital, debido a la fantasía de fecundación oral. En 1908, Abraham describió la persistencia de pulsiones parciales en un paciente de veintisiete años, que al ser atendido con sonda vivió la intervención del médico como un acto pederista. En 1910 en *Los estados oníricos histéricos*, relata como el paciente D (diagnosticado de histeria grave) se niega a comer ante extraños, Abraham explica que se trata de un caso de fijación libidinal excepcionalmente fuerte con el entorno inmediato. Al examinar la etapa oral sugirió que el acto de succionar se podía equiparar al orgasmo como consecuencia de la satisfacción obtenida. De esta manera concluyó que la anorexia es un trastorno en el que se observa una fijación o regresión pregenital, es decir, una sexualidad deficiente con fijaciones orales, en donde la paciente tiene un deseo inconsciente de independencia, de ruptura de la simbiosis con la madre (que se da mediante el alimento).

En la anorexia, la libido ha regresado al estadio más primitivo: al oral canibalístico. Si se admite la naturaleza canibal de los deseos reprimidos, se comprenderá el rechazo al alimento; es decir, la persona se comporta como si una abstención completa de alimento pudiera preservarle de realizar sus pulsiones reprimidas, auto aplicándose la sanción correspondiente: muerte por inanición. También se puede hacer otra interpretación: si el canibalismo implica devoración, el alimento ingerido se vive como persecutorio, por lo tanto, no comer, preserva lo más íntimo: el self.

Para Melanie Klein, lo esencial en la anorexia es una perturbación en la formación del yo – anorexia como psicosis -. Sus investigaciones tienen una raíz próxima a la de Abraham, a él le debe ubicar el origen del trastorno en las fases pregenitales de la libido. En *Psicogénesis de los estados maniaco-depresivos* (1935), Klein había dicho que en la medida en que un niño se identifica con el objeto bueno, sus impulsos libidinales se acrecientan y se intensifica la introyección, en cuyo caso la fantasía acompañante es que el objeto amado está más seguro en el propio cuerpo y posteriormente, en *Teoría de la angustia y sentimiento*

*de culpa* (1948), Klein plantea que desde el nacimiento la alimentación se vincula a la ansiedad persecutoria y a la pulsión de muerte. El pecho malo procura frustraciones, la proyección (del displacer) le hace el representante externo de la pulsión de muerte. En síntesis, para Klein, la angustia de absorber en el interior sustancias peligrosas y destructivas alienta respuestas paranoicas. Sus trabajos son una buena ayuda para identificar puntos de fijación en la posición esquizo-paranoide en relación con la anorexia.

Con base en la teoría Kleiniana, Meltzer y Harris subrayan la confusión existente entre self y objeto; confusión que ocasiona una escisión patológica, ya que dicha avidéz provoca la sensación de destruir al pecho, y más tarde una identificación con el seno destruido.

Meyer y Feldman (1965) fueron los primeros en plantear las alteraciones corporales básicas desde un punto de vista dinámico y no sólo de la función alimenticia, como la base fundamental de la anorexia. Posteriormente, para los Kestenberg (1972) la anorexia es una vivencia de fusión con la madre. Estos autores afirman que los imagos paterno y materno están mal diferenciados; el padre es vivido como un objeto parcial no genitalizado de la madre. Esto es normal en la etapa pregenital, pero en la anorexia se presenta como una fijación en dicho periodo del desarrollo. Para ellos la anorexia es una fuerte libido objetal, sustituida por una intensa corriente narcisista y en parte agresiva. En la adolescencia se producirán estados de angustia que propician una reorganización masiva de carácter regresivo, con un claro predominio del narcisismo primario. Si la adolescencia es una de las etapas decisivas en la construcción de la identidad, esta prevalencia de los componentes narcisistas en detrimento de los objetales provocará alteraciones sui generis. La oralidad impregna todo, pero se manifiesta de una forma muy arcaica (en la no diferenciación madre-bebé). A la madre se le percibe como omnipotente y el sujeto adquiere perfiles megalomaniacos, por eso se puede observar un rechazo a aceptar la diferencia entre los sexos, ya que vivir la propia identidad sexual significa renunciar a ser el otro, con la consiguiente pérdida de omnipotencia.

A nivel del cuerpo sucede una negación delirante de la imagen real. El resultado es una auténtica fobia corporal: el cuerpo físico es rechazado y sustituido por un cuerpo idealizado objeto de deseo. Estos pacientes experimentan placer sólo cuando puede obtenerse lejos del cuerpo, lo que equivale a maniobras sublimatorias, en tanto el cuerpo real queda a merced del masoquismo.

### **1.9.2 Tratamiento**

Con base en lo expuesto podemos decir que la anorexia nerviosa exige estrategias de tratamiento combinadas, ya que el trastorno rebasa el campo de una sola disciplina; así, interesa a los niveles de integración biológico, psicológico y social.

Los pacientes con trastornos de la alimentación desconfían de los médicos que sólo se interesan en la recuperación del peso corporal, por lo que es necesario alentar los hábitos alimenticios normales y restaurar el peso, sin convertir estos aspectos en el único objetivo del proceso terapéutico.

Es importante brindar apoyo en los momentos difíciles, empleando todas las estrategias necesarias, no con el propósito de controlar al anoréxico, sino con la idea de disminuir su sufrimiento; para ello resulta de utilidad asumir una actitud firme, pero imparcial y de aceptación.

La educación es muy valiosa y entre los aspectos que debe comentar el terapeuta con el paciente destacan la corrección de los conceptos dietéticos erróneos, señalando la influencia negativa del uso de diuréticos o laxantes sobre el organismo. También se debe enfatizar en la autoestima e inducir análisis críticos en relación con la forma en que los medios de comunicación influyen para que las personas se sometan a dietas antinaturales.

Dadas las implicaciones psicológicas y médicas de la anorexia, se hace necesario un abordaje multidisciplinario, que incluya, de ser posible una terapia familiar e individual. Es útil considerar enfoques cognitivo-conductuales, interpersonales y, en algunos casos, el empleo de medicamentos. La psicoterapia individual involucra elementos de apoyo, cognoscitivos y psicoanalíticos, cuyo grado varía de acuerdo con la fortaleza del yo de cada paciente, con la capacidad de autorreflexión, así como con el interés y las demandas del momento. Entre los temas de importancia que se deben retomar en la terapia, destacan el reconocimiento de las emociones y la búsqueda de mecanismos que faciliten la expresión de los afectos; también es importante trabajar sobre la autoestima, buscando que la persona desarrolle un sentido de valía independiente del control del peso.

Es común tratar a estos pacientes de manera ambulatoria, aunque en casos de excesiva pérdida de peso, crisis metabólicas o tendencias suicidas se vuelve indispensable la hospitalización. Para la terapia externa, es recomendable platicar con el paciente y con sus familiares sobre los objetivos del tratamiento, señalando que como ninguna técnica es superior a las otras, lo más recomendable es emplear varias de ellas, lo que implica la intervención de varios especialistas: médico, nutriólogo, psicólogo, etc.

#### **a) Tratamiento médico**

Con el propósito de restaurar el peso se recomienda “tomar en cuenta el valor previo a la amenorrea y la iniciación de la dieta. Si en ese momento el peso era óptimo, se calcula el 90% de la cifra promedio para la edad y la talla”. Permitir que la paciente negocie un peso bajo a alcanzar puede perpetuar el trastorno (Kaplan y Sadock, p. 1295).

Para el seguimiento se pesa a la persona tres veces por semana y se le informa de los resultados, alentándola a pesarse sólo en el consultorio y considerando que un aumento de 0,5 kilogramos por semana es adecuado. Para ello el paciente debe realizar tres comidas diarias y si se presenta un día de descontrol, no se debe restringir la ingesta. Para tratar de romper con patrones conductuales inadecuados se recomienda llevar un registro en el que anote lo consumido, el momento y el lugar en el que aparecen los atracones (si se trata de anorexia compulsiva), así como los sentimientos y eventos asociados.

La actividad física no debe rebasar 30 minutos diarios y si se torna compulsiva, se deberá suspender. El paciente debe saber que si el peso desciende por debajo de lo establecido, el procedimiento terapéutico se modificará y se incluirá el consumo de suplementos calóricos, aunque cabe anticipar conductas de retorno a la enfermedad como consecuencia del aumento en el peso. Para promover un incremento de 1 a 2 kg. por semana, se recomienda iniciar con una dieta de 1500 calorías e incrementarla en rangos de 300 gr. en cada ocasión, de acuerdo con las necesidades de cada paciente. Durante algunas semanas el litio podría aumentar el peso. También se pueden emplear procinéticos gástricos para evitar la sensación de plenitud gástrica, aunque su efecto en cuanto al ascenso del peso es bastante incierto. Si la persona no puede ingerir estos medicamentos, es posible utilizar suplementos líquidos altos en calorías.

Debido a que la recuperación de la masa corporal provoca gran ansiedad, es recomendable el entrenamiento para aprender a relajarse, pero en ciertos casos esto no es suficiente y se hace necesario el empleo de medicamentos como clorpromazina y otros antipsicóticos, que tienen el inconveniente de provocar efectos colaterales. Los anoréxicos internados que a pesar de los ejercicios de relajación no logran controlar su situación pueden tratarse con una dosis baja de benzodiazepina de acción breve (lorazepam, en dosis de 0,25 a 0,5 mg), que se ingiere 1 hora antes de comer.

Para la depresión asociada a la anorexia no se han observado beneficios por el consumo de antidepresivos como clomipramina y amitriptilina en relación al placebo. De lo anterior, Kaplan y Sadock (1997) concluyen que para la anorexia nerviosa, el tratamiento farmacológico es limitado. Por otra parte, mencionan que la psicoterapia ambulatoria ha cobrado un papel importante en la atención del trastorno, ya que muchos no necesitan internación y todos los que son dados de alta de algún hospital requieren un apoyo externo. Los principales indicadores que obligan a la hospitalización son:

- Un índice de masa corporal (BMI) de Russell menor de 13. Éste se calcula así: peso en kilogramos entre la talla al cuadrado en metros. Las cifras normales para mujeres jóvenes oscilan entre 20 y 25kg/m<sup>2</sup>.
- Aparición de alteraciones en el electrocardiograma (ECG) que apunten a la insuficiencia cardíaca.

- Hipokaliemia (por el abuso de laxantes y vómitos) e hipoglucemia.
- Velocidad de sedimentación baja y colesterol plasmático elevado.
- Aparición de signos de atrofia cortical en la tomografía cerebral.

Se necesita recuperar ante todo la función corporal aceptable, para continuar con el tratamiento psicológico. Pero no se debe dejar de lado que la recuperación física no cura la anorexia, sino que simplemente pone al paciente en condiciones de acceder a un tratamiento.

De acuerdo con Kaplan y Sadock (1997) todo programa de apoyo requiere de tres componentes:

1. Monitoreo de la alimentación y del peso.
2. Control de los indicadores bioquímicos.
3. Psicoterapia individual y con frecuencia familiar.

#### **b) Tratamiento psicoanalítico**

Freud, en 1903, al referirse al *Método psicoanalítico* señaló que entre la salud y la enfermedad no existe una frontera definida; sin embargo, el objetivo del tratamiento es que el paciente recupere la capacidad de goce y de trabajo. Cuando el tratamiento no ha sido suficientemente prolongado o no ha alcanzado el éxito esperado, se consigue por lo menos un importante alivio del estado psíquico general, aunque los síntomas continúen subsistiendo. El procedimiento terapéutico es, con pequeñas modificaciones, el mismo para todos los cuadros sintomáticos de las múltiples formas de histeria y para todas las formas de neurosis obsesiva. Pero su empleo no es ilimitado, ya que el método psicoanalítico es más favorable para casos de psiconeurosis crónica, con síntomas poco violentos y peligrosos, es decir, para las formas de neurosis obsesivas (con ideas o actos obsesivos), aquellas histerias en las que desempeñan un papel fundamental las fobias y las abulias y por último todas las formas somáticas de la histeria, siempre y cuando, no impongan al terapeuta, como en la anorexia, la necesidad de hacer desaparecer rápidamente el síntoma (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

En los casos agudos de histeria deberá esperarse la aparición de una fase más tranquila y en donde predomina el agotamiento nervioso, deberá evitarse un tratamiento que exige por sí mismo un cierto esfuerzo. "Para que el tratamiento tenga amplias probabilidades de éxito, el sujeto debe reunir determinadas condiciones. En primer lugar, debe ser capaz de un estado psíquico normal, pues en periodos de confusión mental o de depresión melancólica no es posible intentar nada. La persona deberá

poseer asimismo un cierto grado de inteligencia natural y un cierto nivel ético” (Ibidem, p. 64).

Dolto (1996) señala que el psicoanálisis permite descubrir la importancia de los intercambios y del soporte narcisista para la recuperación del paciente. El narcisismo que al comienzo de la existencia parece estar ligado a la salud, en realidad se encuentra, desde el nacimiento, entrecruzado con la relación sutil del lenguaje que se establece entre la madre y su hijo y cuya interrupción al principio de la vida entraña serios peligros. El narcisismo fundamental del sujeto (que permite al cuerpo vivir) echa raíces en las primeras relaciones repetitivas que acompañan a la respiración, a la satisfacción de las necesidades alimenticias y al cumplimiento de los deseos parciales olfativos, auditivos, visuales y táctiles que permiten la relación de psiquismo a psiquismo.

A continuación se expondrán algunos de los elementos clave de la terapia: el motivo de consulta con las entrevistas previas, la historia clínica y la evaluación inicial.

### ***Motivos habituales de consulta y entrevistas previas***

Es importante determinar si el paciente acude por voluntad propia o si es inducido por sus familiares. Cuando el tratamiento es voluntario se pueden predecir, en general, resultados más favorables. Además, el adolescente considera (al menos al principio) al terapeuta como una prolongación de la familia, por lo que lo percibe como cómplice de ésta, con lo que también se complica el tratamiento.

Gran parte de estos pacientes han visitado con anterioridad a un médico, quien ha centrado la atención en el control de la ingesta y en los problemas orgánicos, con lo que se generan más resistencias. Por lo anterior el motivo de consulta generalmente se centra en la exposición de síntomas y signos físicos convenientemente valorados por otros especialistas como sospechosos de anorexia.

### ***La historia clínica***

Es importante recoger con sumo cuidado los datos de las entrevistas preliminares, no sólo en relación con extraer un relato completo, sino en el estilo a seguir durante las sesiones. Como en toda historia clínica psicoanalítica, la atención flotante es fundamental, ya que el paciente se presenta receloso, por lo que es importante señalar si toma la iniciativa o no y si el relato aparece en términos sintomáticos o se refiere a sí mismo como una totalidad. Una entrevista previa en la que se de prioridad a la obtención de información, con un lenguaje intrusivo e inquisidor, puede ser desfavorable para la transferencia.

Cabe resaltar, que con la elaboración de la historia clínica se está realizando a la vez un diagnóstico, una evaluación pronóstica, el diseño de una estrategia, así como los primeros pasos del tratamiento.

### ***Evaluación inicial***

A diferencia de otras intervenciones psicoanalíticas, la gravedad del componente orgánico obliga a ciertas modificaciones técnicas. En estos casos es urgente la valoración orgánica del paciente.

### ***La cura analítica***

Esta cura exige los criterios de analizabilidad mencionados con anterioridad. En la mayoría de los casos hay que comenzar con intervenciones analíticas preparatorias, que en caso de ser exitosas, permitan realizar un análisis completo.

En pacientes que son inducidos a participar en el tratamiento es indispensable establecer la alianza terapéutica que implica que se vivan como propias las sesiones. Otro obstáculo a vencer es el síntoma, cuya sombra recubre en muchos casos a la totalidad de la persona.

Conseguir que el terapeuta sea para el paciente una imagen especular permite afrontar la imago materna, es decir, poder percibir al otro como un ser total, que se contrapone con la introyección disociada de una madre invasora. Este proceso es una etapa intermedia para alcanzar la relación simbólica; sin embargo, se ha observado frecuentemente que en anorexias graves, pretender una relación simbólica al comienzo del análisis es interpretado como una maniobra intrusiva.

El análisis de los contenidos sexuales y genitales constituye un momento muy delicado en la cura, ya que existe gran erotización de la sensación de hambre que hace de ésta un objeto de fascinación, al que los Kestemberg llaman “orgasmo de hambre”. Por lo anterior, cuando otros objetos se invisten sexualmente surge un desequilibrio que provoca una regresión, que puede llevar hasta el delirio o en otros casos a un retorno de la anorexia. En la cura psicoanalítica el material sexual y agresivo tarda en surgir, siendo comunes los silencios, los vacíos e intensas represiones.

La sexualidad, en especial las manifestaciones genitales de la misma, implican cierta incorporación previa de lo que está escindido. Lo sexual comporta al mismo tiempo identidad, reconocimiento del otro y de su diferencia, deseo, narcisismo de un self

integrado y búsqueda. La sexualidad, por tanto, es un buen indicador de la marcha del proceso terapéutico; sin embargo es común que durante el tratamiento existan manifestaciones somáticas o la aparición de otros síntomas psíquicos.

### ***Otras consideraciones en la cura analítica***

- ***El sexo del terapeuta.***

Aunque existen pocas investigaciones que analizan la influencia del sexo del terapeuta, es recomendable que sea mujer, debido a las carencias de una buena función materna presentes en la anorexia, que provocan a la vez rechazo y dependencia (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Es importante tener cuidado al realizar evaluaciones, ya que la terapia de las mujeres (sin importar el género del terapeuta) puede sufrir la contaminación de la penetración cultural y prejuicios intelectuales acerca de la naturaleza y psicología de la mujer, siendo uno de los errores más comunes interpretar las aspiraciones profesionales o intelectuales como una huida de la feminidad y suponer que ésta sólo se logra con la maternidad (Bleichmar, 1991).

- ***Encuadre y número de sesiones***

Se recomienda establecer un periodo amplio de entrevistas previas, con objeto de no correr el riesgo de realizar un encuadre tan estricto que motive el abandono. En cuanto al diván, no es recomendable para los casos que precisan un intenso maternaje, ni cuando la contención sea urgente.

El número de sesiones, puede variar entre dos y tres semanales. La razón principal es conseguir un nivel regresivo cuanto antes, que propicie la transferencia; es decir, que la figura del terapeuta desempeñe la función correctora.

- ***Psicologizar el problema***

La primera fase del análisis se debe centrar en la contención, cuya característica más importante es *psicologizar el problema*, es decir, al contrario de lo que hace el médico internista y/o el nutriólogo, el analista deberá dejar de lado la conducta alimentaria y dar prioridad a las motivaciones inconscientes. La mayoría de las veces resulta una mala táctica afrontar directamente el problema de la ingesta, con lo que se suele incurrir en una repetición del escenario familiar. “El paciente deja así de ser sujeto para convertirse en *la que no come*” (Ibidem, p. 120).

Con frecuencia, la persona, al sentirse escuchada y comprendida empieza a colaborar durante el tratamiento. Simultáneamente el conflicto alimentario va cobrando sentido en un contexto más amplio, que no se había considerado. Ahí, los síntomas y la anorexia actúan como medios para poner a su alrededor a la totalidad del sujeto. Al inicio del tratamiento la interpretación es mínima. Se recomienda la escucha atenta y la intervención oportuna que facilite el esclarecimiento e invite a la reflexión, pero nunca en forma de dictados con reglas preestablecidas. En esta fase los efectos paralizantes de las identificaciones proyectivas son muy frecuentes y la transferencia/contratransferencia reproduce en sus inicios fielmente la relación madre - hija.

A estas alturas del proceso, el analista se puede preguntar por qué sigue asistiendo su paciente si no hay ninguna mejoría aparente en su estado de salud. Existen dos respuestas complementarias: por un lado el placer sádico del triunfo, es decir, la reproducción en las sesiones de la victoria sobre la madre, la afirmación de su independencia. Por otro lado, el terapeuta a pesar de todo está ahí y si logra evitar los contraataques será capaz de la contención.

Los procesos preedípicos son extremadamente lentos, por lo que la actuación del terapeuta deberá ser muy cuidadosa, para evitar caer en prescripciones directivas, en la búsqueda de soluciones que lo que provocan es acrecentar las defensas y despertar la hostilidad.

### **c) Terapia familiar**

La terapia sistémica aborda el conflicto de la anorexia desde un enfoque multidimensional que incluye las experiencias individuales y las relaciones interpersonales. La personalidad de cada miembro de la familia se revisa en el aquí y el ahora y se parte de esa individualidad para analizar su relación con el terapeuta y con los demás miembros de la familia; este presente es consecuencia tanto de las relaciones actuales como de las vivencias pasadas.

### ***La función del terapeuta***

El trabajo del terapeuta de comprender la historia y la personalidad de cada integrante de la familia, permite que los demás hagan lo mismo, abriendo la posibilidad de que se sientan reconfortados los miembros más jóvenes y sufrientes. El intentar entender el sentido de la enfermedad y los motivos de las acciones de sus allegados, y no sencillamente el cómo de las relaciones familiares representa un punto central en la terapia.

### ***Objetivos del tratamiento***

El objetivo de fondo del tratamiento es hacer evolucionar a la paciente de una condición de impotencia y de confusión (en la que el síntoma es la única forma de sacar el dolor ante una posición existencial insostenible), hacia un entendimiento de lo que le ha ocurrido a ella misma y a su familia. Es decir, se trata de ayudarla a identificar sus necesidades, convirtiéndose en protagonista de su vida, aprendiendo a expresar sus deseos y su opinión, aún controversial, con un renovado sentimiento del propio derecho y valor. Con ello la paciente será capaz de hacer una crítica explícita y constructiva de sí misma y de su familia, que permitirá sacar los sentimientos de culpa masivos e indiferenciados (reprimidos y rechazados) para dar paso a la reparación. Este objetivo general varía de acuerdo con el tipo de personalidad subyacente a la defensa anoréxica (recuérdese la clasificación que se hizo en el apartado de síntomas y signos clínicos).

La decisión de perseguir este objetivo a través de una terapia familiar en lugar de individual se debe a la convicción de que la evolución de la paciente podrá ser facilitada por la colaboración de los familiares, si éstos dejan de atribuir todos los errores y las culpas fuera de sí, y asumen una posición autocrítica, de reconocimiento de las propias limitaciones inconscientes, que se manifiestan en conductas dañinas.

El punto de partida es, pues, la alianza empática con la paciente, ayudando a los padres y hermanos a realizar el mismo movimiento empático hacia ella, aliándose con el terapeuta.

El aumento del peso corporal o el control de la bulimia no son objetivos directos de la terapia, puesto que esto implicaría la capacidad de la paciente de renunciar a su propia defensa de sufrimiento antes de haber experimentado un alivio a través de la aceptación del terapeuta y de los movimientos reparadores de la familia. Por ello desde el primer contacto se debe subrayar el sufrimiento personal y entender la función del síntoma: ¿Qué malestar de fondo se cura con la anorexia? Así, un objetivo primordial es descentralizar la atención de la paciente y sus familiares con respecto al síntoma.

### ***Etapas de la terapia***

1. *El primer contacto.*- Generalmente inicia con una llamada telefónica, durante la cual se intercambia información para los siguientes propósitos: verificar si la solicitud es acorde con las competencias y capacidad de respuesta del tratamiento; dar una explicación general sobre la aproximación sistémica, es decir, acerca de la necesidad de colaboración de la familia y decidir a quién se debe convocar a los coloquios preliminares.

2. *Coloquios preliminares.*- Los objetivos fundamentales de los coloquios son: crear un ambiente de fácil comunicación, donde el solicitante sienta que puede expresarse de manera espontánea y donde el terapeuta pueda recoger en un tiempo corto la información necesaria para decidir si es pertinente una consulta familiar y construir un contexto de colaboración dentro de la familia, por lo que se trata de favorecer la participación de ambos padres y de la paciente en este primer acercamiento, para comenzar a construir un contexto de unión en torno a la solución del problema. En esta etapa sólo participa un terapeuta, quien recoge una descripción del problema en el presente y de manera breve en su desarrollo histórico (cronología de fechas y pasajes esenciales), así como los intentos anteriores por resolverlo. Si la paciente está presente es necesario darle la palabra primero, para hacerle sentir la escucha y el respeto. Aquí es importante definir la anorexia en un sentido psicológico (en el tratamiento psicodinámico también se mencionó la pertinencia de *psicologizar el problema*) que permita ver el sufrimiento de la paciente, la negación del problema psicológico va desde la negación, hasta explicaciones cien por ciento biológicas del trastorno, además de los casos en donde la familia atribuye el problema a factores psicológicos innatos.

En los primeros coloquios se explica por ejemplo, qué es la anorexia, haciendo uso mínimo, pero significativo de la historia de la paciente; por ejemplo se habla de un bloqueo en el crecimiento ligado a determinados miedos que emergen con el cambio de edad, subrayando la posibilidad de que la chica se haya sentido muy mal en sus relaciones con sus coetáneos, de ahí la obsesión por la comida que le permite olvidar problemas a los que no encuentra solución, al tiempo que experimenta una sensación de euforia dada por el ayuno y el sentimiento de victoria por el éxito de la dieta, todas sensaciones que disminuyen la percepción de fracaso, que inconscientemente sigue haciendo daño. No es conveniente la impaciencia de pasar a temas con una fuerte carga emocional, lo importante es ayudar a la reflexión, viendo a la paciente como es en la actualidad. De este razonamiento se parte a la propuesta de entender junto con los padres, uniendo sus testimonios con la experiencia del terapeuta, qué ha llevado a la anorexia en ese caso específico (esto se logra entre tres y seis sesiones).

Una vez sentadas las premisas necesarias para poner en marcha un proyecto de terapia familiar, si sus miembros se adhieren al proyecto, se fija un segundo coloquio preliminar para recoger todos los datos sobre la historia de los demás integrantes (como estudio, trabajo, vida social, salud), obteniendo sólo indirectamente informes sobre las relaciones. Esto se hace con el propósito de “enfriar” emocionalmente la relación con el asesor que recoge los datos, ya que talvés no será su terapeuta, permitiendo que comience un compromiso emotivo más estrecho durante el primer encuentro de consulta familiar.

3. *Las sesiones de consulta familiar:* Se realizan en un local que cuenta con espejo unidireccional e instalación de vídeo y con la presencia de dos o tres especialistas (un terapeuta directo y uno dos coterapeutas detrás del espejo). El número de las sesiones varía entre tres y seis. La consulta tiene un doble propósito: por un lado, formular junto con la familia una hipótesis relativamente precisa y articulada sobre las principales razones del sufrimiento de la paciente que han generado en la evolución de la familia la elección de la anorexia como medio para disminuir el dolor; por otro lado se verifican los recursos para el cambio que se generan dentro de la familia con el apoyo del equipo en el proceso reconstructivo.

## Capítulo II

### Construcción del Cuerpo

*“Si entendemos en nuestros cuerpos las diferentes fuerzas que nos mueven y las diversas secuencias en que estas fuerzas, alternada o simultáneamente actúan, entonces sabremos algo sobre nosotros mismos, por que nosotros como cualquier organismo, estamos sujetos a las mismas leyes”*

**Doris Humphrey**

El entendimiento del cuerpo ha sido muy importante para las ciencias sociales y particularmente para la psicología que ha hecho estudios a partir de diversos enfoques, considerando los sistemas de pensamiento de cada época, así como sus componentes afectivos y la valoración que se le atribuye. Así, desde occidente, a partir de Platón nos llega la idea de desprecio por los aspectos corporales y una idealización del alma (metafísica) que se consideraba perteneciente al mundo de las esencias, ligada con lo espiritual, en contraposición con el cuerpo, al que se entendía como una mera apariencia; en tanto para el oriente el cuerpo ha sido una entidad importante, por lo que incluso se le consideró como una vía de acceso para el desarrollo espiritual. Esto nos remite a una problemática presente en la historia de la filosofía y las religiones: el dualismo *cuerpo – mente*, con sus respectivas diferencias e interrelaciones, así como el contraste en la importancia que se ha dado a uno o a otro concepto.

En la psicología se observa esta misma situación, con propuestas que enfatizan en los aspectos somáticos y conductuales, en tanto otras se enfocan en factores psíquicos para explicar la naturaleza del ser humano. Mendoza (1998) señala que: Los primeros estudios del cuerpo vivido se realizaron a principios del siglo XX, empleando de manera indistinta los siguientes nombres: somatopsique, somatognosia, imagen o modelo postural, imagen espacial, representación corporal, imagen corporal y esquema del cuerpo. Así, en la actualidad es frecuente el uso indiferenciado de los términos imagen y esquema corporal, pero autores como Frostig y Phyllis, Levin y Dolto, señalan claras diferencias entre ambos conceptos, que son muy pertinentes para los fines de esta tesina.

### **2.1 Esquema del cuerpo**

La palabra esquema, en relación con el cuerpo, fue utilizada por primera vez en el año 1905 por el médico francés E. Bonnier, quien en sus trabajos otológicos (estudios del oído y sus enfermedades) y especialmente en su libro *El vértigo* (1893), sintió gran interés por encontrar el fundamento del estado normal (de no vértigo), es decir, la estructura que garantiza la estabilidad en las posturas de un sujeto normal dentro de un marco temporo - espacial. A partir de ese momento, Bonnier destacó el papel predominante del sentido articular, en virtud del cual conocemos la situación de nuestras palancas óseas en sus relaciones mutuas e inclinaciones recíprocas y por otro lado la tactilidad del vestíbulo del oído, gracias a la cual podemos aprehender en cierta medida nuestra verticalidad, nuestra marcha en línea recta o nuestra rotación. Después de haber examinado un buen número de casos patológicos en los que estas funciones aparecían perturbadas, Bonnier emitió la hipótesis de que esas perturbaciones se debían al trastorno de un “esquema”, es decir, a la alteración de la configuración topográfica del cuerpo que cada cual posee (Bernard, 1976).

Como se puede apreciar, esta idea de esquema es básicamente un modelo perceptivo del cuerpo, una configuración espacial, es lo que permite al individuo diseñar los contornos de su cuerpo, la distribución de sus miembros y de sus órganos, y localizar los estímulos que se le aplican, así como las reacciones con que el cuerpo responde. El esquema representa algo más que una simple sensación o conjunto de sensaciones internas del cuerpo, como lo designaba el concepto de cenestesia.

En 1908, Pick observó un trastorno caracterizado por la imposibilidad para el sujeto de realizar movimientos en su propio cuerpo y de localizar las sensaciones externas, hasta el grado que la persona ya no distingue el lado izquierdo del derecho e incluso suele perder la noción de sus manos. Estos hechos le sugirieron que la localización de nuestros órganos, nuestra orientación en el espacio y, de manera general, el conocimiento topográfico de nuestro cuerpo debía estar regulado por una especie de mapa mental o de miniatlas cerebral derivado de la asociación de las sensaciones visuales correspondientes.

Posteriormente, el neurofisiólogo inglés Head propuso que la postura o los datos posturales constituyen elementos esenciales en el conocimiento de nuestro cuerpo y plantea que cada cambio reconocible penetra en la conciencia cargado de una relación con algo que pasó antes. Para designar ese patrón por el que se miden las variaciones posturales antes de penetrar en la conciencia, Head propuso la palabra esquema, refiriéndose a los cambios continuos de la posición.

Para Bernard (1976) gracias a estos esquemas podemos prolongar nuestro conocimiento de la postura, del movimiento y de la localización más allá de los límites de nuestro cuerpo, por ejemplo, hasta la extremidad de una herramienta o de un instrumento musical que sostenemos con la mano. Así, existen dos grandes categorías de esquemas: los esquemas posturales, que dan la sensación de la posición del cuerpo, la apreciación de la dirección del movimiento y la conservación del tono postural y los esquemas de la superficie del cuerpo que permiten localizar en la piel los puntos en que ésta es tocada. Cabe señalar, que una persona puede ser capaz de indicar correctamente el lugar exacto en que acaba de ser tocado o pinchado con un alfiler, sin reconocer la posición que ocupa en el espacio el miembro afectado.

Continuando con un enfoque fisiológico, Schilder menciona que el esquema corporal se ubica en las postsensaciones vestibulares, ya que es ahí en donde se regula la coordinación espacial, combinándose con sensaciones kinestésicas, táctiles y ópticas. Otra aportación suya fue afirmar que la percepción no existe sin acción. “Ver con un ojo inmóvil, cuyos músculos internos y externos no funcionan, no sería propiamente ver, y menos lo sería si al propio tiempo el cuerpo estuviera completamente inmovilizado. Si el ojo está inmóvil, lo que se mueve es la cabeza, y si la cabeza y los ojos están paralizados, se mueve el cuerpo. Hasta en los casos de parálisis total, los impulsos a moverse subsisten mientras dura la vida”. Para Schilder la percepción y la respuesta motriz son los dos polos del comportamiento. Basándose en la teoría de la gestalt propuso que la unidad de percepción y acción constituye una totalidad original y dinámica llamada forma o estructura (Bernard, 1976, p. 40).

A partir de este momento el modelo postural del cuerpo ya no se enfoca exclusivamente en su aspecto perceptivo, sino que se le vincula con la experiencia, de tal manera que el conocimiento y la percepción se adquieren en virtud de un proceso muy activo, en el que la motilidad desempeña un importante papel. Bender señala que el esquema corporal resulta de dos factores: un componente biológico, constitucional, de acción neuromuscular y un patrón en continua modificación como resultado del aprendizaje, siempre vinculado con el movimiento (Reyes, 1995).

Para Frostig y Maslow (1987) el esquema corporal se refiere a la adaptación del sistema esquelético, así como a la tensión y relajación de los músculos que de manera

coordinada nos permiten desplazarnos y mover los objetos con eficiencia. Se relaciona con los reflejos y con una serie de aprendizajes que con el tiempo se automatizan y permiten adaptar las partes esqueléticas para caminar, detenerse y variar la posición del cuerpo sin perder el equilibrio.

Dolto (1986) señala que el esquema corporal es una realidad en la acción, es decir, la corporeidad que permite el contacto con el mundo físico y cuyas experiencias dependen de su integridad neurológica, muscular y ósea; así como de las sensaciones viscerales y del aparato circulatorio.

Por su parte, Bartlet, acercándose más a la definición de imagen corporal, definió el esquema como “la forma en que cada individuo conserva, reorganiza y construye sus experiencias en lo que respecta a su cuerpo... muchos psicólogos coinciden con esta definición, en la que el esquema resulta de la relación que sostienen la estructura del medio ambiente y el yo corpóreo del individuo” (Mendoza, 1998, p. 51).

En la conformación del esquema corporal también participan el sistema nervioso autónomo y el sistema nervioso voluntario, principalmente en relación con componentes afectivos.

## ***2.2 Imagen corporal***

La imagen del cuerpo o sí mismo corporal es un término que tiene una amplia gama de definiciones según el área desde donde se le aborde. Ha sido estudiada por antropólogos, filósofos (desde la fenomenología), por psiquiatras y por psicólogos, siendo estos últimos los que más se han interesado en saber cómo se construye esta imagen en el ser humano, quizá por su constitución subjetiva.

La filosofía al referirse al cuerpo vivido o imagen corporal, nos remite al cuerpo subjetivamente expresado, es decir a la vivencia de cada individuo y cómo esa percepción se manifiesta en los actos. Así, Husserl consideró al cuerpo como un órgano de la sensibilidad, la percepción y la voluntad, en tanto Henri Bergson atribuyó al cuerpo la capacidad de actuar y no sólo de reaccionar (Aisenson, 1981).

De acuerdo con Frostig y Maslow (1987) la imagen corporal es la suma de todas las sensaciones y sentimientos que conciernen al cuerpo, es decir, el cuerpo como se le siente. Para estos autores la imagen corporal tiene su origen en las más tempranas experiencias: las sensaciones de calor o frío, de hambre o saciedad, de comodidad o incomodidad, de tocar y ser tocado, que producen satisfacción o insatisfacción y que permiten ir interpretando las experiencias personales y el mundo circundante.

En 1932, F.C. Bartlett denominó imagen corporal a la forma en que cada individuo conserva, reorganiza y reconstruye sus experiencias en lo que respecta al cuerpo. Esta imagen no puede entenderse como una impresión o conocimiento aislado, sino como un marco referencial, como una base vivencial en que se insertan impresiones particulares. La imagen del cuerpo se forma y es influida por una amplia variedad de experiencias vitales, transmitidas por estímulos aferentes que se dirigen al sistema nervioso central, en donde se llevan a cabo complicados procesos mentales por cuyo intermedio el individuo percibe al mundo y se reconoce a sí mismo. De acuerdo con Paul Schilder, F. Konrad y H. Bürger-Prinz, la imagen corporal no es una suma de sensaciones sino una configuración o gestalt, por lo que incluye recuerdos, intenciones e impulsos (Aisenson, 1981).

Schilder retoma conceptos de Head (creador del término *esquema postural del cuerpo*) y de Freud e intenta hacer una investigación empírica sobre la imagen del cuerpo humano y aunque su trabajo trajo confusión de ideas por haber recurrido a distintos modelos teóricos (gestalt, psicoanálisis, sociología, fisiología, neuroanatomía) abrió el paso a diversas ideas y cuestionamientos sobre el tema, dándole un soporte en teorías psicológicas, y con ello empezando a brindarle un carácter disciplinario al estudio del movimiento. Aunque Schilder maneja indiferenciadamente los conceptos de esquema e imagen corporal, su mérito fue centrar la mirada en el cuerpo, intentando darle un carácter dinámico y clínico, aunque sea a través de una primera aproximación empírica (Levin, 1991).

Como se mencionó al describir el esquema corporal, para Schilder es fundamental la relación entre percepción y movimiento; sin embargo, la motricidad no es el único factor que influye en nuestra percepción y en nuestra imagen del cuerpo. El movimiento está vinculado de manera directa o indirecta a una experiencia emocional impuesta por una relación con otras personas. “La percepción que tenemos del cuerpo de la otra persona y de las emociones que éste expresa es tan primaria como la percepción de nuestro propio cuerpo... En suma, el modelo postural de cada ser humano está en relación con el de los demás” (Schilder, cit. por Bernard, 1976, p. 42).

De acuerdo con estas ideas, para Dolto (1986) la representación o imagen interiorizada del cuerpo está relacionada con los lazos afectivos, es decir, se conforma a partir de la imagen que el otro nos devuelve del propio cuerpo a través del lenguaje.

Gisela Pankow, plantea que la imagen del cuerpo está definida por dos funciones simbolizantes: la de unidad, de gestalt o de forma unida, refiriéndose únicamente a la estructura espacial del cuerpo y a la relación entre las partes y el todo. En este concepto juega un papel fundamental el reconocimiento y júbilo del niño frente al espejo (estadio especular), en tanto reconoce las partes del cuerpo como elementos de una unidad o imago. Para Pankow la segunda función de la imagen corporal se refiere al contenido y sentido de cada estructura del cuerpo (Levin, 1991).

Dado que la imagen del cuerpo no es un dato anatómico natural (como el esquema), sino que se elabora en la historia misma del sujeto, es preciso estudiar de qué manera se construye y se modifica a lo largo del desarrollo individual. Lo anterior nos lleva a distinguir tres subestructuras de la imagen del cuerpo: imagen de base, imagen funcional e imagen erógena, que juntas aseguran la imagen del cuerpo viviente y el narcisismo del sujeto en cada estadio de su evolución. Estas tres imágenes propuestas por Dolto se encuentran ligadas entre sí por una imagen (o substrato) dinámica, que favorece la cohesión.

### **a) Imagen de base**

La primera componente de la imagen del cuerpo es la imagen de base, que es la que permite a la persona experimentarse en una “mismidad de ser”, es decir, en una continuidad narcisista o continuidad en el espacio y el tiempo, que surge a partir del nacimiento y que permanece más o menos constante a pesar de los cambios o de las dificultades y pruebas que tendrá que atravesar. De esta imagen procede la noción de existencia y se relaciona con la identidad sexual. El sentimiento de existencia de un ser humano es resultado de la unión que establece entre su cuerpo y su narcisismo, sentimiento que procede de dicha ilusión de continuidad y por eso las alteraciones en el narcisismo afectan el equilibrio global del individuo. Aquí se sitúan los desórdenes funcionales, que se pueden interpretar como auténticas caídas o fallas del narcisismo, susceptibles de provocar, por pulsiones de muerte localizadas en regiones del cuerpo, súbitos ataques orgánicos, como el infarto o las úlceras, como consecuencia de conflictos emocionales.

La imagen de base se convierte en constitutiva del *narcisismo primordial*, que se vincula con el deseo de vivir, de existir. Este narcisismo se fortalece con la asignación del nombre, que proporciona un sentido de identidad social y simbólica. Por tanto, cuando esta imagen se afecta surgen representaciones (fantasmas) que amenazan la vida, dando lugar a fobias, que se constituyen como reacciones ante la percepción de objetos persecutorios, que afectan zonas erógenas actualmente predominantes para el sujeto.

Lo anterior significa que hay una imagen propia para cada estadio, de tal modo que aparece primero una imagen de base *respiratorio-olfativo-auditiva* (cavum y tórax); le sigue una imagen de base *oral* que comprende en adición a las estructuras anteriores toda la zona bucal *faringo-laríngea*, que al cavum y tórax les asocia la imagen del vientre, la representación de lo lleno o vacío del estómago (hambre o saciedad); la tercera imagen es la *anal*, que añade a las dos primeras el funcionamiento de retención o de expulsión de la parte inferior del tubo digestivo.

En la imagen de base se puede captar claramente el conflicto entre las pulsiones de vida y las de muerte, predominando éstas últimas cuando la madre trata al lactante como

un objeto, sin hablar a su persona, cuando se limita a satisfacer sus necesidades vitales, sin reconocer en él a un sujeto.

### **b) Imagen funcional**

Mientras que la imagen de base tiene una dimensión relativamente estática (de continuidad), la imagen funcional es más dinámica, en la medida que tiene como misión el cumplimiento de un deseo. El deseo es una demanda localizada dentro del esquema corporal, en donde se siente una carencia, y gracias a la imagen funcional, las pulsiones de vida pueden objetivarse en la relación con el mundo y con los otros. Por tanto, la elaboración de esta imagen entraña un enriquecimiento de las posibilidades de relación con el otro, ya que la actividad esquelética y muscular permiten al individuo alcanzar sus fines y posibilita la satisfacción de sus necesidades y la expresión de sus deseos en el exterior (por ejemplo, mediante el juego).

Si la imagen funcional es total o parcialmente censurada, por ejemplo, cuando se produce una llamada de atención, físicamente represiva o verbalmente castradora que se opone a la acción del niño (como en la expresión “no toques”), éste puede elegir como desenlace un funcionamiento de repliegue, para que la zona erógena no entre en contacto con el objeto prohibido, al que percibe como peligroso, evitando así que su propio deseo entre en conflicto con el deseo del adulto.

### **c) Imagen erógena**

La tercera componente de la imagen corporal es la imagen erógena, que está estrechamente asociada a la función. Es el lugar en donde se focalizan el placer o displacer en relación con los otros. Su representación se refiere a círculos, óvalos, concavidades, bolas, agujeros, imaginados como dotados de intenciones emisivas (activas) o receptoras (pasivas) de finalidad agradable o desagradable.

En función a lo anterior, Dolto (1996) señala que para que la imagen de base garantice la cohesión narcisista se requiere que:

1. La imagen funcional permita una utilización adaptada del esquema corporal,
2. Que la imagen erógena abra al sujeto la vía de un placer compartido, humanizante por lo que tiene de valor simbólico y que puede hallar expresión no sólo en la mímica y la acción, sino mediante palabras dichas por el otro.

La imagen corporal ha de entenderse como una estructura libidinal dinámica, que no deja de cambiar a causa de nuestras relaciones con el mundo físico, vital y social, es

decir, una estructura en perpetua construcción y autodestrucción interna. Así, las tres imágenes del cuerpo se enlazan entre sí por las pulsiones de vida, las cuales se actualizan a través de la imagen dinámica. “La imagen dinámica corresponde al deseo de ser y de perseverar en un porvenir. Este deseo está siempre abierto a lo desconocido” ya que su satisfacción no se puede prever con certeza (Ibidem, p. 49).

### ***2.3 Diferencias conceptuales entre esquema corporal e imagen del cuerpo***

El esquema corporal especifica al individuo en cuanto representante de la especie, sean cuales fueren el lugar, la época o las condiciones en que vive. Si en principio, el esquema corporal es el mismo para todos los individuos (de una misma edad o viviendo bajo un mismo clima, poco más o menos) de la especie humana, la imagen del cuerpo, por el contrario, es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia. Por lo tanto, la imagen del cuerpo es la síntesis de las experiencias emocionales, que se conforman con base en relaciones interpersonales, vividas repetitivamente a través de sensaciones erógenas arcaicas o actuales.

En tanto el esquema corporal puede ser explicado como una generalidad de la especie humana susceptible de ser ejercitado físicamente, la imagen del cuerpo es la marca o mapa inscrito en cada individuo: “la imagen corporal es singular, propia de cada sujeto, es incomparable e inmedible, y en ese sentido torna singular al esquema” (Levin, 1991, p. 65).

El esquema corporal es susceptible de ser medido, de ser comparado con estándares como la altura, el peso, etc. Es en parte inconsciente, pero también preconscious y consciente, sobre todo cuando nos referimos a los movimientos voluntarios; en tanto la imagen corporal es eminentemente inconsciente.

El cuerpo se hace consciente a través del dolor, del frío, de la transpiración, cuando se presenta una enfermedad o cuando se habla de él; somos conscientes de una muela cuando nos duele y en este sentido la conciencia del cuerpo es fugaz y nunca totalizante.

Otra distinción señalada por Dolto (1986) es que “el esquema corporal se estructura mediante el aprendizaje y la experiencia, mientras que la imagen del cuerpo se conforma a través de la comunicación entre sujetos y la huella, día tras día memorizada del gozar frustrado, coartado o prohibido” (p. 22). Por lo anterior, la imagen del cuerpo nos remite a una intersubjetividad o subjetividad, determinada por una dimensión simbólica.

En concordancia, Levin plantea que la imagen del cuerpo supone siempre un cuerpo simbólico que la sostiene. Dicho de otra manera, el esquema corporal se ubica en la

experiencia inmediata del cuerpo actual; en tanto la imagen se refiere al sujeto en la búsqueda de experiencias gratificantes, a través del lenguaje entre individuos, siendo el soporte del narcisismo.

Con base en aportaciones de psicoanalistas como Mannoni, Dolto, Lacan y Pankow, Levin señala que el esquema corporal es lo que uno puede decir acerca del propio cuerpo; es la representación que tenemos del mismo, en el orden de lo evolutivo, de lo temporal. En el esquema del cuerpo se incluyen los conceptos de propioceptividad, interoceptividad y exteroceptividad, ampliamente revisados en el trabajo de Wallon. Así, en el desarrollo psicomotriz se va construyendo el esquema corporal.

Cuando a una persona se le interroga sobre las partes de su cuerpo puede responder gracias a que tiene una noción del mismo (esquema corporal); sin embargo ante el cuestionamiento de por qué elige una parte y no otra, por qué alguna zona corporal es para él más placentera y si es placentera para él o para el otro, la respuesta es más compleja y depende de su imagen corporal. Del tal manera que la imagen del cuerpo es constituyente de un sujeto deseante y como tal, es un misterio, ya que como se ha mencionado, no pertenece al orden de lo evolutivo, sino que se va constituyendo en el devenir histórico de la experiencia subjetiva.

Con base en la presente exposición podemos decir que los conceptos de esquema corporal e imagen del cuerpo presentan notables diferencias derivadas del contexto teórico en el cual han sido definidas: el primero se inserta principalmente en el ámbito neurofisiológico y de la psicología genética, en tanto la imagen del cuerpo está más ligada al contexto psicoanalítico, por su carácter subjetivo e inconsciente.

A continuación se presenta un cuadro en el que se resumen las características de la imagen y del esquema corporal, estableciendo las diferencias fundamentales entre ambos conceptos.

*Cuadro comparativo entre la imagen y el esquema corporal*

IMAGEN CORPORAL	ESQUEMA CORPORAL
<b>Unidad (gestalt) afectiva.</b> Imagen interiorizada del cuerpo. Interacción dinámica de todas las sensaciones y sentimientos corporales.	<b>Integración orgánica.</b> Configuración topográfica (espacial del cuerpo) que permite la posición de equilibrio y la localización de excitaciones, con sus reacciones correspondientes.
<b>Función:</b> Sintetiza las experiencias afectivas. Incluye recuerdos y motivaciones.	<b>Función:</b> Movimiento y equilibrio. Realidad en acción que posibilita el contacto con el mundo físico.
<b>Conformación:</b> Ontogenética. A partir de relaciones interpersonales vividas repetitivamente a través de sensaciones erógenas arcaicas y actuales. Se conforma por la imagen que el Otro nos devuelve a través del lenguaje.	<b>Conformación:</b> Filogenética. A partir de un sustrato biológico y por aprendizajes que permiten la adaptación del sistema esquelético, muscular y de los reflejos.
<b>Subjetiva.</b> Se ubica en el plano de lo psicológico, es la vivencia del cuerpo, determinada por una dimensión simbólica.	<b>Objetivo.</b> Se ubica en el plano de lo biológico, por lo que es susceptible de medición física y de ser comparado con estándares.
<b>Singularidad.</b> Ligado al sujeto y a su historia personal.	<b>Generalidad.</b> Compartido por los miembros de la especie humana.
<b>Carácter inconsciente.</b> Esta imagen es constituyente de un sujeto deseante y como tal, es un misterio.	<b>Preconsciente y Consciente.</b> Pasa del preconsciente al consciente cuando se piensa en el cuerpo o cuando existe dolor físico.
<b>Principal aproximación teórica:</b> Psicoanálisis	<b>Principal aproximación teórica:</b> Neurofisiología y psicología genética

*2.4 Trastornos de la imagen del cuerpo y del esquema corporal*

De acuerdo con los planteamientos anteriores podría ser complicado distinguir la imagen del cuerpo y el esquema corporal en una persona sana, pero la división entre ambos conceptos se puede observar más claramente en los estados patológicos. Por ejemplo, después de un periodo de privación sensorial, las personas son capaces de moverse sin dificultad, aunque las perturbaciones en los sentimientos sobre su cuerpo suelen continuar por algún tiempo.

Un individuo psicótico puede tener ideas o sentimientos extraños acerca de su persona, que van desde sensaciones de vacío, hasta la autopercepción de un cuerpo fragmentado, invadido o penetrado por seres hostiles, sin presentar notorias alteraciones en sus desplazamientos.

Así mismo, el esquema corporal de un niño autista se encuentra seguramente perturbado, pero no por una falla directa en dicho esquema, sino por la ausencia, o carencia de alguien capaz de inscribir y contornear en su cuerpo deseos, imágenes que requieren de *otro* que perciba la presencia de un sujeto y no de un "objeto".

Pankow menciona que en la psicosis se vive una *disociación corporal*, es decir, existe una percepción de una parte del cuerpo como si fuera el todo. Por ejemplo, el estómago ya no representa una estructura del aparato digestivo, sino que el sujeto se convierte imaginariamente en el estómago. En otro tipo de psicosis la alteración se puede manifestar en el desconocimiento del funcionamiento corporal (Levin, 1991).

En el síndrome de Gotard, el sujeto supone que le falta un órgano a su cuerpo, y sostiene la carencia del mismo, por ejemplo cree que no tiene hígado, o que le han extirpado un pulmón, un riñón, etc. De lo que se trata en estos casos es de una imagen del cuerpo que no se construye como unidad.

Mientras que en la neurosis se reconoce que una parte del cuerpo es la causante de una molestia, de un dolor, que puede ser un problema, pero no se pierde la noción de unidad corporal.

Niños con lesiones encefálicas también pueden tener una imagen corporal distorsionada, sin presentar alteraciones en su postura o en sus movimientos (esquema corporal); un efecto similar ocurre en personas que consumen ciertas drogas como LSD (Frostig y Maslow, 1987).

De igual forma, en la anorexia nerviosa el esquema corporal puede estar prácticamente intacto, pero la percepción del propio cuerpo está severamente distorsionada.

Gerhardt Pfahler plantea que: "todo desorden espiritual tiene docenas de vías para afectar al cuerpo", siendo claros ejemplos de estas alteraciones los trastornos psicósomáticos (ocasionados por estrés) o algunos síntomas histéricos. Medard Boss examina las afecciones psicósomáticas desde la filosofía de Heidegger y señala que el cuerpo es el instrumento que nos permite realizarnos como existencia en la relación con el mundo, y en los desórdenes psicológicos el hombre pierde su capacidad de apertura, quedando aprisionado en una tonalidad única o predominante, que se manifiesta en cambios fisiológicos y de actitud (Aisenson, 1981, p. 304).

Un trastorno que ha sido estudiado ampliamente es el denominado “miembro fantasma”, observado en personas a las que se les ha amputado un miembro y que a pesar de ello siguen experimentando la presencia de esa parte de su cuerpo. Otro tipo de agnosias (como la falta de reconocimiento de una parte del cuerpo) o apraxias (incapacidad para ejecutar determinados movimientos) a pesar de la integridad del esquema corporal, han dado lugar a replantear el peso de factores estrictamente orgánicos en la etiología de estas enfermedades (Baz, 1994), que de acuerdo con Levin (1991) sólo se pueden explicar a partir de un universo simbólico.

Las alteraciones de la imagen corporal que se acaban de describir, son la intrusión en la vida presente de un pasado personal insatisfactorio que no ha sido elaborado. “Todo fenómeno psicopatológico entraña una dosis de alienación corporal...” y toda perturbación del yo produce una alteración de la comunicación con el mundo y afecta la vivencia del cuerpo; en cambio, cuando los lazos interpersonales, principalmente con las figuras significativas (parentales) funcionan adecuadamente, el cuerpo se vive de forma satisfactoria (Aisenson, 1981, p. 50).

Dolto (1986) también explica que debido a que todo contacto con el otro (sea de comunicación o evitación de la misma) se asienta en la imagen del cuerpo, las primeras experiencias pueden retornar a nivel inconsciente en las relaciones actuales, y cuando se trata de experiencias intensas desagradables, éstas pueden repercutir en la capacidad para identificar el placer - displacer a través del cuerpo, en respuesta a un mecanismo de protección para evitar la repetición de la experiencia dolorosa. Cuando esto ocurre puede surgir una falta de seguridad, que lleva a la persona a un aislamiento afectivo e incluso físico con los demás.

Frostig y Maslow (1987) plantean que las alteraciones en la imagen corporal pueden ser resultado de la carencia en el registro de estímulos cinestésicos (de origen muscular) o cutáneos, por lo que su estimulación es fundamental para la construcción de la autoimagen, pero aunque señalan que esta hipótesis está bien documentada por la investigación, la conformación de la imagen del cuerpo está influenciada por todos los aspectos del desarrollo infantil: funciones sensoriomotrices, percepción, habilidades comunicativas, desarrollo intelectual, social y afectivo, siendo éstos últimos predominantes.

Algunos individuos no logran estructurar su imagen del cuerpo paralelamente con el desarrollo de su esquema corporal como consecuencia de lesiones, enfermedades orgánicas neurovegetativas o musculares precoces, por enfermedades neonatales, secuelas de accidentes obstétricos o infecciones que han destruido ciertas zonas de percepción sutil en la primera infancia (sordera, anosmia, labio leporino, ceguera); pero esta dificultad para integrar la imagen corporal no es consecuencia directa del daño físico, sino de la desorientación de los padres, quienes al no recibir la respuesta habitual esperada por parte de sus hijos se limitan a satisfacer, en el mejor de los casos, sus necesidades básicas.

Dolto (1986) señala que es muy probable que estos niños podrían en un ambiente estimulante (con referentes sensoriales y la complicidad amorosa de otro ser humano) elaborar una vivencia positiva del propio cuerpo.

En cuanto al esquema corporal, Mendoza (1998) y Baz (1994) señalan que la mayoría de los trabajos sobre este concepto se elaboraron en el área de neuropatología, principalmente a partir del siglo XIX, cuando los especialistas tomaron como base el concepto de Wernicke: “somatopsique”, a la que definió como un conjunto integrado de emociones y de impresiones motrices.

Las perturbaciones del esquema corporal son más pronunciadas que las de la imagen del cuerpo en muchos casos de deterioro neurológico general, como la parálisis cerebral o trastornos locales de la función vestibular y se manifiestan en cuadros de movimientos defectuosos, especialmente cuando se requiere un alto grado de coordinación. Otros síntomas de estos trastornos consisten en la incapacidad de mover ciertas partes del cuerpo de forma voluntaria o en alteraciones en la direccionalidad o lateralidad (Frostig y Maslow, 1987).

Dolto (1986) menciona que algunas afecciones orgánicas precoces pueden provocar trastornos en el esquema corporal y cuando existe una comunicación verbal deficiente se pueden ocasionar alteraciones pasajeras o definitivas en la imagen del cuerpo; aunque también es posible que en un mismo individuo coexistan un esquema corporal invalidado con una imagen sana; por ejemplo: “consideremos los niños afectados de poliomielitis, es decir, de parálisis motriz pero no sensitiva. Si la enfermedad sobreviene después de los tres años, o sea, cuando el niño ya ha adquirido la marcha, el control de esfínteres y el saber concerniente a un solo sexo, el esquema corporal, aún afectado permanentemente, sigue siendo compatible con una imagen del cuerpo casi siempre intacta” (p. 18). Lo anterior es posible cuando la relación del niño con su madre y su entorno han sido satisfactorios; sin una preocupación excesiva de los padres por la enfermedad de su hijo, por lo que aunque no haya una recuperación del esquema corporal desde un punto de vista motor y neurológico, la imagen del cuerpo puede ser funcional.

Así, la evolución sana de un individuo con alguna disfunción que afecte el esquema corporal depende de la relación emocional de los padres con su persona, de que oportunamente ofrezcan al niño información verbal sobre sus limitaciones físicas. Evidentemente estos intercambios humanizadores dependen de la capacidad de los padres para aceptar de manera incondicional las deficiencias de su hijo; con la capacidad para demostrar su amor, con todo lo que su realidad implica, sin intentar hacérsela olvidar, apoyando el desarrollo de sus recursos creativos.

A manera de conclusión, podemos decir que la imagen corporal se da a ver en el esquema corporal, es decir, que ambos términos se diferencian, pero también se

correlacionan. Los conceptos de esquema e imagen corporal se especifican y se intrincan en un cuerpo que para humanizarse debe recorrer un largo camino compuesto de prohibiciones, de leyes, de imágenes, de deseos y de satisfacciones.

### ***2.5 Noción del cuerpo desde el psicoanálisis***

Sigmund Freud (1856-1939) se alejó de sus orígenes biologicistas para comenzar a elaborar una teoría en la que los síntomas neuróticos tienen un significado que se puede explicar en función de la historia de vida del paciente. Por la década de los 20' centró su atención en el estudio del yo, cuando observó en sus pacientes defensas y resistencias en la toma de conciencia de su problemática.

Cuando el individuo entra en contacto con la realidad -a través de las primeras relaciones objetales y del vínculo con su entorno-, una parte del ello se va diferenciando para dar lugar al yo, descrito como una "organización coherente de procesos psíquicos que integra a la conciencia y por tanto a la motilidad" (Freud, 1923, p. 1193).

Debido a su relación con el sistema perceptual, el yo establece un orden temporal en los procesos mentales, sometiéndolos al examen de la realidad, para facilitar o impedir la descarga de las excitaciones. La relación de la percepción exterior con el yo es evidente, pero no ocurre lo mismo con la percepción interna, vinculada con las sensaciones y los sentimientos. En este punto juega un papel fundamental el lenguaje, ya que a través de la palabra los procesos mentales se convierten en percepciones (conscientes).

El yo representa la instancia psíquica que fiscaliza todos los procesos y aun adormecida durante la noche ejerce la censura onírica. Freud observó que durante la terapia existe una resistencia del yo a todo contacto con lo reprimido, por lo que concluyó que en dicha instancia también se manifiesta el inconsciente, de tal forma que es posible observar la contraposición entre un yo coherente con partes reprimidas y disociadas de él. De lo anterior concluye que "un individuo es un ello psíquico desconocido e inconsciente, en cuya superficie aparece el yo, que se ha desarrollado del sistema preconsciente (su nódulo). El yo no vuelve por completo al ello, sino que se limita a ocupar una parte de su superficie... y tampoco se halla precisamente separado de él, pues confluyen en su parte inferior" (p.1196).

En la génesis del yo y en su diferenciación del ello parece haber actuado otro factor distinto a la influencia del sistema perceptual: el propio cuerpo y sobre todo la superficie del mismo, ya que es el lugar del que pueden partir simultáneamente percepciones internas y externas.

Así, para Freud “el yo es, ante todo, un ser corpóreo” (Ibidem, p.1197). La superficie del cuerpo, mediante experiencias sensoriales, posibilita percepciones internas y externas, fundamentales para el entendimiento del mundo psíquico, que permiten la representación del esquema corporal y con ella la importante diferenciación entre el *si-mismo* y el *otro*.

Partiendo de las ideas anteriores, Didier Anzieu (1987) se refiere al yo – piel como una estructura intermedia del aparato psíquico: intermedia cronológicamente entre la madre y el bebé e intermedia estructuralmente entre los psiquismos en la organización fusional primitiva. Esta noción intenta explicar cómo se forman las envolturas psíquicas, cuáles son sus estructuras, sus ajustes, sus patologías y cómo pueden ser reinstauradas en el individuo.

Por su estructura y sus funciones, la piel es más que un órgano, es un conjunto de órganos diferentes. Su complejidad anatómica, fisiológica y cultural anticipa en el plano del organismo la complejidad del yo psíquico. De todos los órganos de los sentidos es el más vital. Sin la integridad de la mayor parte de la piel no se puede sobrevivir. La piel tiene más peso (el 20% del peso total en el recién nacido y el 18% en el adulto) y mayor superficie que cualquier otro sentido. Aparece en el embrión antes que los demás sistemas sensoriales (alrededor del segundo mes de gestación), por lo que con base en la ley biológica que establece que cuanto más precoz es una función es posiblemente más fundamental, la piel es un órgano vital. Contiene gran cantidad de receptores (50 por cada 100 milímetros cuadrados) e integra a varios órganos de los sentidos (tocar, presión, dolor, calor); tiene estrecha relación con órganos externos como el oído, la vista, el olfato y el gusto, así como con las sensaciones kinestésicas y de equilibrio.

Freud en 1923, plantea que el dolor corporal cumple con una importante función para el reconocimiento de los órganos y su relación con la captación del mundo y señala que la forma en que adquirimos un nuevo conocimiento de nuestros órganos cuando padecemos una dolorosa enfermedad constituye quizá el prototipo de aquella en la que llegamos a la representación de nuestro propio cuerpo. El yo se esfuerza en transmitir al ello la influencia del mundo exterior, y aspira a sustituir el principio del placer —que reina sin restricciones en el ello—, por el principio de la realidad; sin embargo, como el yo es una modificación del ello, también está influenciado por los instintos de vida (eros) y de muerte (tánatos) que se entremezclan y que en la neurosis dan lugar a la ambivalencia.

El yo, al constituirse en representante del eros aspira a vivir y ser amado y quizá de ahí deriva la necesidad planteada por Lapierre y Aucouturier (1983) de convertirnos en objeto de deseo o bien lo que para Dolto representa humanizarnos (ante la mirada de aceptación incondicional del otro).

En este punto me parece fundamental la aclaración de Freud (1923), quien señala que la relación del yo con la consciencia ha sido estudiada muchas veces, ya que acostumbrados a emplear criterios de valoración ética y social hemos sugerido que la actividad de las pasiones más bajas se desarrolla en el inconsciente y pensamos que las funciones conscientes ocupan un lugar más “elevado” en dicha escala de valores. Sin embargo, la experiencia psicoanalítica contradice esta idea ya que existen pruebas de que incluso una labor intelectual sutil y complicada, que exige intensa reflexión puede ser realizada pre-conscientemente. Este fenómeno se da, por ejemplo, durante el estado de reposo y se manifiesta cuando el sujeto despierta sabiendo la solución de un problema matemático o de otro género cualquiera, buscado inútilmente durante el día anterior. En tanto, en algunas personas la autocritica y la conciencia moral son inconscientes y producen, como tales, importantes efectos como el sentimiento de culpa que en gran número de neuróticos desempeña un papel decisivo en oposición a la cura.

Para Freud (1923) al inicio de la vida toda la libido parte del ello; en tanto el yo se va fortaleciendo, hasta ser capaz de apoderarse de esa energía e imponerse al ello como objeto erótico - narcisismo secundario. Originalmente la energía se dirige a los objetos y posteriormente, mediante un proceso de identificación, el yo transforma esa libido objetiva en narcisista. Esta desexualización del instinto, dirigido sobre el yo puede ser una etapa previa a la sublimación.

Dentro del yo existe una fase diferenciada a la que llamamos super-yo o ideal del yo -que presenta una conexión menos firme con la conciencia. Evolutivamente, aparece después del ello y el yo, como resultado de las primeras elecciones de objeto, vinculadas con el complejo de edipo; en donde se observa una ambivalencia entre un deseo de identificación con el padre y una formación reactiva, como resultado de una prohibición. El super-yo conservará el carácter del padre, y cuanto mayores fueron la intensidad del complejo de edipo y la rapidez de su represión (bajo las influencias de la autoridad, la religión, la enseñanza y las lecturas), más severamente reinará después sobre el yo como conciencia moral o, quizá, como sentimiento inconsciente de culpabilidad. Esta subestructura representa las demandas interiorizadas del mundo exterior: la introyección de las figuras paternas y de las normas sociales; dando lugar a un sistema de valores, actitudes e ideales propios. La génesis del super-yo como una diferenciación del yo representa los rasgos más importantes del desarrollo individual y de la especie, porque permite la vida social y el establecimiento de normas colectivas.

De esta manera, el ideal del yo se relaciona con las adquisiciones filogenéticas del individuo, con su herencia arcaica, que a través de la sublimación transforma los instintos en los más altos valores sociales.

Bajo la perspectiva anterior, el yo es una subestructura del aparato psíquico que media entre dos fuerzas contrarias: el ello y el super-yo. Para el psicoanálisis es sobre todo un

sistema de control; un agente protector, que a través de mecanismos defensivos (de carácter inconsciente) busca aminorar la angustia proveniente del mundo exterior, de la libido del ello y de las exigencias superyoicas. Cuando la censura del superyo impide la satisfacción de las demandas del ello, sin que el yo consiga mediar adecuadamente entre los impulsos instintivos y la realidad externa, surge el conflicto.

A partir de lo expuesto podemos concluir que la mente, el cuerpo y el mundo exterior son tres elementos que modelan la personalidad, a través de una relación indisoluble.

De acuerdo con Baz (1994) el nacimiento del psicoanálisis está marcado por la cuestión de la relación entre cuerpo y mente. Para Freud los casos de histeria con sus llamativos síntomas físicos que no se pueden explicar desde un punto de vista orgánico fueron motivo de su primera publicación: *Estudios sobre la histeria*, en 1895. En este trabajo se atribuyó a la histeria una causa psicológica, sexual e inconsciente.

La existencia, en tanto se vive a través del cuerpo requiere de la satisfacción de necesidades básicas (como alimento y sueño), sin embargo las pulsiones sexuales sólo se vuelven autónomas a partir de su conexión con las primeras experiencias placenteras, constituyéndose en un deseo. Es decir, el placer derivado de la satisfacción de una necesidad se asocia a ciertos objetos que luego se anticipan, con lo que se inicia un circuito del deseo que después se automatiza, de acuerdo con una lógica particular. Por ejemplo: para un bebé es necesario que le provean de alimento para poder subsistir, pero el suministro de leche materna se asocia con el objeto pecho, y de esta forma se inician movimientos hacia la búsqueda o anticipación de dicho objeto, llamado deseo, que tiene un carácter inconsciente.

Lapierre y Aucouturier (1983) también mencionan que lo psicológico surge a partir de lo biológico, de tal forma que una necesidad fisiológica crea el deseo psíquico y su satisfacción el placer. Si se aplica ese mismo principio a la necesidad biológica de movimiento, podemos concluir que existen una serie de deseos, satisfacciones y placeres, así como conflictos, frustraciones y prohibiciones inconscientes que se viven a través del cuerpo en movimiento.

Levin plantea que el psicoanálisis redimensiona la técnica psicomotriz al permitir diferenciar el cuerpo en lo real, en lo simbólico y en lo imaginario. El cuerpo neuroanatómico, el tono muscular, los brazos, las piernas, la nariz, los ojos, la boca, así como los aparatos y sistemas son modificados por una estructura: el lenguaje. A la realidad neuromotriz del cuerpo se superimprimen las huellas y marcas del lenguaje; con ellas el cuerpo pasa a residir no sólo como un conjunto de músculos y nervios, sino también como una posición inscrita por el deseo del otro en la cultura... Para que una vivencia corporal se constituya tendrá que pasar por el lenguaje. De tal manera que el cuerpo deja

de ser exclusivamente una entidad real, y se integra como resultado de una relación con los otros a través del lenguaje. Podemos decir que el cuerpo se conforma por historias, mitos, deseos y representaciones, relacionados con el discurso que les dio origen.

“El cuerpo libidinal, pulsional, erógeno, que Freud se ocupó en descifrar retorna constante y al mismo tiempo azaroso en la práctica clínica de la psicomotricidad: no podemos ya eludirlo desconociéndolo” (Levin, 1991, p.12).

### **a) Cuerpo erótico**

Existe un placer del movimiento por sí mismo y en sí mismo, aparte de cualquier otra finalidad y si entendemos por sexualidad, según la definición de Freud, todo cuanto es placer del cuerpo, podemos decir que todo gesto vivenciado (no estereotipado, ni intelectualizado) tiene un contenido sexual difuso y primitivo a nivel del placer del ser y como la modulación del tono tiene un contenido emocional, relacionado con las estructuras más arcaicas del cerebro (rinencéfalo, hipotálamo, etc.), despierta sensaciones placenteras, relacionadas con la pulsión del movimiento.

Por lo anterior, Lapierre y Aucouturier (1983) proponen que la educación favorezca la liberación del deseo para la verdadera adquisición de conocimientos; entrar en la vía de las pulsiones, de los deseos y encontrar en el cuerpo y el movimiento toda su significación afectiva, es decir, ese cuerpo erógeno, que según sus estudios, la educación se esfuerza en ignorar, ya que como Freud lo señalara hace más de 100 años, hoy en día al inconsciente todavía se le asocia con la patología mental “se olvida cuanto puede haber de positivo en las pulsiones de vida, en la medida en que son aceptadas e investigadas bajo una forma simbólica dentro de la dinámica del desarrollo de la personalidad. Si la sociedad produce inadaptados es porque en lugar de aceptar esta dinámica del deseo y ayudarla a evolucionar, lo que hace es rechazarla y culpabilizarla, no dejando otra solución a la expresión de las pulsiones que el síntoma” (p. 10)

A partir de la idea de pulsión, Freud construyó una teoría sobre la psicosexualidad y postuló una anatomía del deseo. En su *primer modelo pulsional* menciona que las pulsiones del yo o de autoconservación (referentes a las necesidades biológicas) son contrarias a las pulsiones sexuales. Sin embargo, en el *segundo modelo pulsional*, descrito por el año 1921, en su obra titulada *Más allá del principio del placer*, plantea que el instinto de muerte (tánatos) está siempre inscrito como parte de la vida, es decir, que no se trata de estructuras opuestas, sino de componentes de una misma esencia (Baz, 1994).

Cabe destacar que entre ambos modelos existe un punto intermedio en el desarrollo de la teoría de las pulsiones, que se ubica en la *Introducción al narcisismo (1914)*, en donde Freud señala que las pulsiones sexuales se dividen en libido del yo y libido objetal,

de acuerdo con el destino de la descarga pulsional: sobre el propio yo o sobre objetos externos. Así, la libido correspondería a la energía de la pulsión sexual; o bien, en términos más actuales sería la búsqueda de la satisfacción de los deseos; entendiéndose por “carga libidinal” el que un objeto –que puede ser el propio yo– se vuelva deseable y se sobrevalore de acuerdo con la dinámica inconsciente del individuo.

Lacan también recurre al segundo modelo pulsional de Freud y señala una dualidad entre la vida y la muerte: eros y tánatos, pero introduce un factor de *transubjetividad*, es decir, el *deseo del Otro*, la necesidad de sentirse objeto de deseo a través de los sentidos y de la corporeidad, en un contexto social. Esto explica la importancia de la *función materna* como vía de reconocimiento, de amor, de aceptación y de contacto físico, que hacen posible la existencia humana y que cuando esta función desaparece, aunque los cuidados materiales estén presentes el bebé puede morir.

La importancia de sentirse objeto de deseo se comprueba por la depresión anaclítica del recién nacido (término creado por René Spitz). La inexistencia en el deseo de los demás representa, de manera simbólica, una amenaza de muerte. Es una de las bases esenciales de la afectividad, de la incesante búsqueda de una relación afectiva que animará toda la vida, querer ser el objeto de deseo del otro es una situación que encontramos constantemente en las situaciones espontáneas. Es la espera, la esperanza y la demanda de una invitación al intercambio. Dicha demanda se manifiesta a través de la mirada, el gesto, la mímica, la inmovilidad (Lapierre y Acouturier, 1983).

Baz (1994) señala que la pulsión no se puede explicar según un principio homeostático, ya que por el contrario, existe una fuerza constante que no se satisface, como si se tratara de una compulsión a la repetición. De esta manera las pulsiones colonizan el cuerpo y lo erotizan en el intercambio de dones y demandas, es decir, constantemente se alimentan, pero no alcanzan la satisfacción plena.

Otra característica de las pulsiones es que no tienen un objeto predeterminado biológicamente, sino que su dirección depende de la historia de vida del sujeto. Existe una búsqueda permanente de la satisfacción de deseos que tiene como instrumento el *cuerpo erógeno*, entendido como un cuerpo sexuado, anhelante.

Como se ha mencionado, las concepciones de Freud sobre la pulsión han variado. Sucesivamente opuso las pulsiones de autoconservación a las pulsiones sexuales; después la libido de objeto a la libido del yo; finalmente las pulsiones de vida a las pulsiones de muerte y manifestó que la lista de pulsiones no estaba concluida.

Para Freud el cuerpo es un conjunto de zonas erógenas, es decir, regiones de la piel o de las mucosas, en donde ocurren cargas y descargas de naturaleza sexual. Dentro de

estas zonas erógenas existen partes del cuerpo que por sus características anatómicas de cavidad o borde son privilegiadas para el intercambio con el ambiente (por ejemplo: la boca), pero en general, cualquier parte del cuerpo es susceptible de convertirse en un área erógena mediante el desplazamiento a partir de zonas anatómicamente predisuestas para el placer sexual. En función de su experiencia pasada y sobre todo de la historia de su infancia, cada individuo siente una determinada zona como privilegiada en relación con las demás (Bernard, 1976).

Con base en la idea de que existe el predominio de una zona erógena sobre otras en determinados momentos de la vida, es que se construye la teoría del desarrollo psicosexual, entendiendo que la organización de la libido es resultado de experiencias subjetivas de placer o frustración en relación con dichas partes del cuerpo y no una sucesión evolutiva que de acuerdo con el modelo propuesto por Freud tendría su culminación en la genitalidad heterosexual.

Baz (1994) explica que la cualidad erógena se construye a partir de inscripciones o marcas en el cuerpo, como resultado del intercambio de mensajes con otros cuerpos; por lo que al hablar de erogeneidad, esta autora se refiere a la propiedad de una parte del cuerpo para poder percibir el placer o el displacer, de manera subjetiva. El concepto de cuerpo erógeno se explica en términos del diálogo en torno al cuerpo y sus funciones, lo que nos remite nuevamente al intercambio del niño con figuras significativas, principalmente durante los primeros años de vida, en donde la huella o inscripción erógena está determinada por el estrecho vínculo inconsciente que se establece entre la madre y su hijo.

El cuerpo que ha sido descrito como un mapa de zonas erógenas, con manifestaciones de deseo muy dispersas es lo que permite marcar los límites entre el afuera y el adentro, entre el yo y el no yo (requisito indispensable para objetivar el mundo exterior) y así poder identificar las necesidades personales de las de los demás.

Como hemos visto, la relación libidinal con el propio cuerpo tiene un vínculo muy estrecho con el grado de aceptación y cercanía del cuerpo de la madre con su hijo. Baz (1994) plantea que esto se verifica constantemente en la práctica clínica y cita la experiencia de una terapeuta corporal, quien parafraseando a un psicoanalista señala que: “nuestros cuerpos pertenecen al dominio de la madre y por tanto, al abordar al ser a través del cuerpo entramos en las capas más arcaicas de la personalidad” (p. 46).

En relación con el tema de la anorexia, resulta muy interesante la hipótesis de Lavie, quien señala que la forma en que la madre valora determinada señal del bebé será fundamental para la vivencia del propio cuerpo; Lavie añade que es interesante observar como en nuestra cultura el amor materno se despliega con mayor intensidad cuando el niño sufre, por lo que el dolor se convierte en un elemento de validez ante la demanda de afecto.

De lo anterior se concluye que el cuerpo erógeno es una construcción a partir de la relación con la madre, por lo que Freud atribuyó a ese contacto el origen de la libido. También desde el estudio de la salud y la enfermedad se reconoce la importancia de las demandas y el deseo entre el sujeto y su mundo (objetos). Es así como en el cuerpo se sostiene la dinámica de las relaciones interpersonales y cualquier perturbación en ella coloca al individuo en serias posibilidades de enfermedad somática.

Podríamos decir que nuestro cuerpo siempre tiene como referencia otros cuerpos, siendo de un valor significativo la mirada de la madre, entendida de manera amplia como la portadora de la cultura y sus instituciones (Baz, 1994).

### ***b) Cuerpo Vivenciado***

Otros conceptos importantes dentro de la teoría psicoanalítica son: fantasía, fantasma y fantasmática, cuyo origen se remonta al momento en el que Freud, en 1897, superó la noción de *trauma* como una vivencia *real* que desencadenaba síntomas neuróticos, por el concepto de fantasía, al comprender que las escenas sexuales de la infancia relatadas por sus pacientes no habían ocurrido en la realidad, pero que sin embargo tenían una coherencia y un efecto significativos en la formación de los síntomas clínicos. De lo anterior se desprende la noción de realidad psíquica, que es la materia básica con la que trabaja el psicoanalista durante el proceso terapéutico (Baz, 1994).

El fantasma se refiere a la formación imaginaria que escenifica – en forma más o menos disfrazada por los procesos defensivos – la realización de un deseo inconsciente. Los fantasmas son escenificaciones, por lo que tienen una base teatral y corporal, en las que el sujeto está siempre presente, aunque a veces parezca excluido; de esta forma, los fantasmas cumplen con una función defensiva al encubrir los deseos inconscientes; para Baz, son formas particulares de representar en la imaginación (en un nivel simbólico) un placer, con el fin de apoderarse de él; sin embargo a través de este mecanismo, se crea paradójicamente una barrera para el logro del deseo. Los fantasmas pueden ser fantasías conscientes (sueños diurnos), o bien fantasías inconscientes.

Como se puede apreciar, existe una estrecha relación entre fantasía y fantasmas, por lo que con frecuencia se les ha empleado como sinónimos, aunque en los términos fantasma o fantasmática se acentúa la idea de estructura y de efectos estructurantes sobre la vida del sujeto, en ese sentido, la organización libidinal de cada persona, su cuerpo erógeno, su vida social, aparece como modelada por una fantasmática singular que insiste y se revela de distintas maneras.

Lapierre y Aucouturier se dedicaron al estudio de la fantasmática corporal con base en una práctica psicomotriz de orientación psicoanalítica, lo que los llevó a plantear el

concepto de *fantasma de fusión*, que se refiere a la elaboración imaginaria de un contacto estrecho, global, con actitudes de envolvimiento que abarca la mayor superficie corporal del otro. Para estos autores el fantasma de fusión se origina en la vivencia de totalidad indiscriminada con la madre en etapas muy primitivas del desarrollo, de tal manera que la fusionalidad sería la penetración del cuerpo del otro. Es así como esta fantasmática que resulta del anhelo de completarse y protegerse bajo el amparo materno acompañará por siempre al ser humano, con la búsqueda opuesta y constante de individuación e independencia, que por ser contrarios provocan tensión en el individuo (Baz, 1994).

A partir de las ideas anteriores surge la noción del cuerpo fragmentado (presente en algunos tipos de psicosis) con su contraparte, que implica una regresión a la experiencia atomizada, o la concepción de fantasmas que tienen que ver con la agresividad, o con la destrucción del propio cuerpo. Melanie Klein se ocupó ampliamente de teorizar sobre estos fantasmas con base en su trabajo psicoanalítico sobre las primeras etapas del desarrollo (a las que llamó posiciones) y en su experiencia con adultos neuróticos y psicóticos destacó la presencia del cuerpo imaginario en la dinámica libidinal. Así, como dice Bernard: “Para captar la realidad fantasmática de nuestro cuerpo es menester dejar hablar al cuerpo en el flujo espontáneo de sus imágenes oníricas, escuchar su poema, por así decirlo” (Baz, 1994, p. 52).

Si como se ha mencionado, la vivencia del cuerpo pertenece al orden de lo imaginario y se estructura con base en la conformación del cuerpo erógeno, y en última instancia de acuerdo con la constitución propia del sujeto (quizás aquello a lo que se ha llamado fuerza del yo), así como por la mirada del otro, podemos entender como lo cultural no se contrapone a la dimensión individual, sino que por el contrario, se fusionan para conformar la naturaleza humana.

De ahí la importancia de revisar los factores sociales que influyen en la construcción del cuerpo en un contexto contemporáneo y en este sentido Braunstein hace una crítica a los medios masivos de comunicación como alienantes, que se soportan en lo imaginario, desconectados de toda “realidad” humana (Ibidem).

## ***2.6 Construcción del cuerpo: una perspectiva de género***

El cuerpo social condiciona la forma en que percibimos el cuerpo individual. La experiencia física del cuerpo se modifica por las categorías sociales a través de las cuales lo conocemos. Por ello, existe una interacción entre lo individual y lo social y como resultado de esa interacción el cuerpo constituye un medio de expresión sujeto a diversas limitaciones. Las formas que adopta en movimiento y en reposo expresan en muchos aspectos la presión social; el cuidado que le otorgamos al cuerpo en lo que se refiere al aseo, la alimentación o la terapia; las teorías sobre sus necesidades con respecto al sueño

y al ejercicio, la duración de las distintas etapas del desarrollo, e incluso el dolor que es capaz de resistir una persona, se derivan en gran medida de la idea que del cuerpo ha elaborado la cultura (Douglas, 1973).

Bleichmar (1991) enfatiza en la importancia que tiene el género en la conformación de la identidad y señala que la rotulación que otorgan familiares y médicos a los recién nacidos tiene implicaciones en el discurso cultural y esto se refleja en los estereotipos de la masculinidad/feminidad influyendo de manera sustantiva en la forma de crianza de los individuos. Estas introyecciones son más significativas que el sexo biológico y determinan el comportamiento y la manera de vivir el propio cuerpo a partir de la designación de hombre o mujer.

En nuestra sociedad se han atribuido una serie de trastornos al género femenino, cómo si éstos se vincularan de manera directa con el sexo, e incluso los teóricos del psicoanálisis hablan de la envidia del pene como algo ineludible, cuando más bien el rechazo a la feminidad pudiera ser resultado del descubrimiento de la desigualdad entre los géneros. La adolescente se enfrenta a los privilegios del hombre en un “mundo masculino” y esto tiene repercusiones sobre su sistema narcisista, sobre su deseo de sentirse única, diferente. Estas necesidades narcisistas contrastan con la devaluación hacia el género femenino, que inicia en la infancia y se intensifica durante la adolescencia. Lo anterior trae como consecuencia la pérdida del ideal femenino primario (dificultad para identificarse con la figura materna). Sin embargo, la mujer encuentra como vía para su valoración el uso legitimado de la seducción, asumiendo sólo su rol social y renunciando a su sexualidad plena (Ibidem).

La niña va descubriendo que cuanto más bella es, de acuerdo con los estereotipos sociales, va siendo más apreciada y más amada. Aprende que sólo podrá ser reconocida en la medida en la que cumpla con las expectativas culturales, que implican casarse, para lo cual es indispensable ser atractiva. Mientras el hombre encuentra reconocimiento en su familia e incluso entre sus pares, la mujer sólo se sentirá valorada a través del encuentro sexual con su pareja. Como consecuencia de esta desigualdad narcisista tan dolorosamente vivida, la niña deseará, en un desplazamiento, la confirmación de su yo por parte del hombre, fundamentalmente a través del “amor”. Sin embargo se enfrentará a una contradicción entre la pulsión sexual y la valoración de la misma, que provoca una escisión en la mujer, ya que dicha actividad es prohibida.

Por el contrario, en el mundo masculino, el ejercicio de la sexualidad no sólo es permitido, sino estimulado. “Ningún hombre es censurado por buscar la satisfacción de su deseo sexual en forma independiente del amor” (Bleichmar, 1991, p. 78). Así, en el caso del hombre, cualquier manifestación de su pulsión sexual contribuye a reafirmar su identidad; en tanto en la mujer ocurre lo contrario: ¿cómo puede no sentirse extraña, dividida, si cualquier movimiento a favor de la pulsión devalúa su narcisismo y ataca a

su género?. El abismo entre ser objeto de deseo (de manera recatada) y ser sujeto de deseo (poder gozar de la sexualidad y sentirse valorada en su ejercicio) no es fácilmente superable para la mujer, por lo tanto, para lograr la “unidad” femenina, Bleichmar propone no sólo libidinizar la vagina, sino darle componentes de valoración, que sólo se lograrán mediante un cambio personal y social que replantee los modelos del género.

Bustos (1986) señala que dentro de los agentes socializantes, entre los que están la familia, la educación, la religión y los medios de comunicación, éstos últimos son los que tienen mayor impacto en la transmisión y conformación de creencias, valores y actitudes, afectando las cogniciones de los individuos y por tanto su comportamiento. Desafortunadamente entre los estereotipos femeninos que se refuerzan en los medios de comunicación destaca el papel de la mujer como objeto sexual, con capacidades intelectuales inferiores a las del hombre y generalmente caracterizada y valorada sólo por el cuerpo, consigna que la mujer internaliza muy bien.

Debido a las demandas sociales y a la internalización de ser objetos sexuales, las más mínimas imperfecciones en el cuerpo femenino (de acuerdo con los estereotipos de la época) producen ansiedad y temor. Los medios de comunicación han persuadido a la mujer a ver su cuerpo como bienes de consumo, ya que éste es utilizado en su totalidad o de manera parcial para la venta de productos inútiles (Bustos, 1986).

Cabe señalar que entre los atributos femeninos que más se utilizan en los medios están la juventud, el atractivo, el sexo, el status, el refinamiento, el éxito, la felicidad, la libertad y la tradición y que además no corresponden ni con el nivel socio-cultural, ni con el modelo físico de las mexicanas. El estereotipo femenino que se difunde pertenece a clases socioeconómicas altas e industrializadas y la mujer moderna que proponen es aquella que más consume y que basa su autoestima y su confianza personal en la compra de artículos que la hagan sentirse *hermosa, triunfadora y deseable* (Ibidem).

Pearson y Turner (1993) presentan una serie de estudios sobre la influencia de los medios de comunicación en la asunción de los roles sexuales y de la conformación de estereotipos. Entre los resultados que muestran se dice que en los anuncios publicitarios los hombres y las mujeres poseen atributos diferentes: en los primeros se presentan individuos ambiciosos, dominantes, valientes y fuertes; en tanto las mujeres son representadas por personajes más dependientes, pasivos, carentes de autoridad, inestables y menos informados. También señalan que las revistas dirigidas a niños no establecen diferencias entre ambos sexos, pero que en el caso de la adolescencia estas diferencias son muy marcadas: en las mujeres se enfatiza en los aspectos físicos y de su “personalidad”, que desde su enfoque publicitario tiene que ver con la figura del cuerpo y con los accesorios que se utilizan para embellecerlo, en tanto en los varones se resaltan las habilidades mecánicas y la fortaleza física.

Podemos decir que los dictados de la moda tienen una fuerte influencia en la construcción de la imagen corporal, instancia que engloba la vivencia del cuerpo, influenciada por la experiencia con los otros.

Las ideas anteriores coinciden con lo que el psicoanálisis propone, en el sentido de que la anatomía por sí sola no puede dar cuenta de la masculinidad o la femineidad, ya que estas categorías son construcciones simbólicas (y sociales) en que confluyen creencias y fantasías, tanto individuales como colectivas. Por tanto, no se puede hablar del cuerpo femenino, sino a partir de la diferencia sexual y la representación simbólica que conlleva, pero no por cuestiones biológicas, sino por la subjetividad que da lugar a un cuerpo que se vive, se imagina y se representa como masculino o femenino, aunque no necesariamente corresponda con el sexo (Baz, 1994).

En nuestra cultura la figura masculina está sobrevalorada, al vincularse con el liderazgo, la política, la autonomía, la racionalidad y en general con la vida pública, en tanto a la mujer se le relaciona con la intimidad, los afectos, la sensibilidad y el mundo privado de la familia (al que se considera limitado y limitante). De lo anterior se desprende una contradicción, ya que aunque las normas sociales establecen el papel fundamental de la familia para el bienestar emocional y la realización de sus miembros, simultáneamente se considera un espacio que genera dependencia. La sociedad exige a la mujer que prepare a sus hijas para el funcionamiento familiar, dando protección y seguridad, pero al mismo tiempo tiene que ser capaz de propiciar su libertad, con lo que se genera ambivalencia en el vínculo y dificultad en la mujer para identificarse con la madre en un sentido positivo (Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991).

En la medida en que estos mensajes contradictorios son internalizados por madres e hijas, inevitablemente se generan conflictos en ambas. La madre es idealizada al mismo tiempo que inculpada por cualquier problema emocional que pueda afectar a sus hijos. Ambos conceptos mitifican a la maternidad y por lo tanto la deshumanizan. El culpar a la madre puede introyectarse de manera inconsciente y formar parte de nuestra concepción afectiva e intelectual.

Otra dicotomía que provoca ansiedad es la de la madre vs. mujer: no es aceptado que una madre aparezca como un individuo plenamente sexual ante su hija. La madre puede decir que el sexo es algo bueno y placentero, una extensión natural del amor y la relación, pero siempre con un matiz de precaución y prohibición. Tiene que refrenar y prevenir a su hija respecto a la sexualidad y al hacerlo ella misma se sentirá reprimida; esto provocará enojo y una actitud crítica de la hija, quien comenzará a responsabilizarla de cualquier problema sexual que presente, provocando culpa y una actitud defensiva por parte de su madre. Todo esto es reforzado por una cultura ambivalente con respecto a la sexualidad femenina, en la que se percibe a la mujer como escindida y con roles contradictorios (Ibidem).

Cada sociedad establece sus propias reglas de seducción, cada una impone, a través de la socialización diferentes estereotipos corporales, que están cargados de ideología, así en cada cultura hay “una ley no escrita que dicta al inconsciente de los hombres y de las mujeres las condiciones indispensables para merecer el apareamiento” (Guillemot y Laxenaire, 1994, p. 49).

La confirmación del cuerpo anatómico como perteneciente a uno de los sexos es la fuerza más poderosa para determinar el género de una persona. Esta confirmación da lugar a preferencias o rechazo: la diferencia anatómica se emplea como soporte de desigualdad humana; la mujer asume en su género una simbolización devaluada, siendo la sexualidad uno de los comportamientos que sufre una de las evaluaciones más desiguales, de acuerdo con el género. (Bleichmar, 1991).

A continuación revisaremos como esta forma de sentir al cuerpo influye en la conformación del autoconcepto y por tanto en el comportamiento de los individuos.

### ***2.7 Imagen corporal y elaboración del autoconcepto***

Pichon Riviere menciona la importancia que tiene la dimensión temporal en relación con la construcción de la imagen del propio cuerpo, ya que en ella inciden las experiencias pasadas y las relaciones interpersonales; en tanto Henry Ey resalta la importancia que tiene la vivencia del cuerpo en la conformación del autoconcepto (Aisenson, 1981).

Desde antes del nacimiento las sensaciones cutáneas introducen a los niños en un mundo de gran riqueza y complejidad, que aunque sea difuso despierta el sistema de percepción – conciencia que da un sentimiento global de existencia (Anzieu, 1987).

Para Guidano (1994) el autoconocimiento resulta de marcos de referencia personales, a través de los cuales se estructura la realidad, por lo que la construcción del mismo se basa en procesos biológicos, psicológicos y sociales, que se distribuyen a lo largo de un continuo que va desde la conducta exploratoria rudimentaria hasta la capacidad de reflexionar sobre la propia conciencia.

Aunque estos procesos se pueden comprender mejor si se ubican dentro de una etapa específica del desarrollo individual, el autoconocimiento es una actividad dinámica que nunca concluye y que está matizada por avances y retrocesos.

La diferenciación entre el sí-mismo (autoconcepto) y los otros se puede ubicar entre el primero y segundo año de vida, teniendo como fundamento la evolución del sistema nervioso central y la experiencia corporal inmediata. Cuando la maduración

del sistema piramidal y la mielinización de las fibras nerviosas que coordinan la acción posibilitan los movimientos voluntarios -para la obtención de sensaciones gratificantes- se van diferenciando las impresiones corporales inicialmente difusas, dando lugar a las primeras estructuraciones significativas, que corresponden a la vivencia del propio cuerpo. Así, el sentimiento de identidad individual está determinado en gran medida por dichas sensaciones corporales, que se registran como emociones de gratificación o de frustración en relación con los objetos y con el medio.

Para Johnson, al inicio de la vida, la imagen corporal y el autoconcepto pueden significar lo mismo, ya que el niño es su cuerpo y todavía no dispone de recursos adicionales con los cuales construir un autoconcepto (Frostig y Maslow, 1987).

Entre los tres y los ocho meses el niño tiene un aprendizaje activo acerca de su propio cuerpo, al tiempo que observa las consecuencias de su comportamiento. Esta autopercepción de la imagen corporal es un proceso oscilante que implica una serie de acomodaciones psicológicas y que también está influenciada por aspectos sociales como la aceptación o el rechazo, que dan lugar a sensaciones de placer o displacer. A los siete u ocho meses el niño se angustia ante la presencia de extraños, por lo que se infiere que es capaz de discriminar a las personas, favoreciéndose la creación de un esquema yo – otro, o yo – no yo (Craig, 1994).

Para que el niño adquiera independencia y cierta autonomía emocional, es necesario que salga progresivamente de la simbiosis tónico – afectiva con la madre, que ponga una cierta distancia y que acepte su ausencia temporal. Así, la castración oral (privación del pecho nutricional), brinda al pequeño la posibilidad de acceder a un lenguaje que no sea comprensible únicamente por la madre, lo que le permitirá no seguir dependiendo exclusivamente de ella (Dolto, 1996).

Para Wallon el reconocimiento especular es un procedimiento más o menos episódico, al que hay que considerar como parte de otros que van formando desde el inicio la conciencia del cuerpo, sin embargo para Levin (1991), Wallon no enfatiza el proceso mental que se produce: la identificación con una imagen a partir de la cual el niño se reconoce. Lacan ubica este estadio alrededor de los seis a los dieciocho meses (estadio de espejo); momento fundamental a partir del cual el niño podrá ser uno (rasgo unario) y así se podrá diferenciar de los otros. Antes de ese momento, el niño no puede unificar e integrar sus sensaciones corporales. Por lo tanto no está facultado para integrar (a partir de sus experiencias) una imagen de su cuerpo.

Entre los doce y dieciocho meses, el lactante tiene un desarrollo considerable en cuanto a conductas de imitación y de expectativas sociales, siendo un periodo de intensa exploración del medio que le rodea. Al final de esta etapa es capaz de reconocerse en fotografías y en el espejo, preparándose para una socialización más compleja.

Hay un momento decisivo en el desarrollo infantil, sin duda tan importante como el “estadio del espejo”, que es el primer acto voluntario consciente. Es el momento cuando la prehensión voluntaria comienza a suceder al acto reflejo. Coger ya no es recibir, es la primera manifestación de un ser que se afirma como sujeto, implica una elección, el nacimiento de un pensamiento consciente, informulado, pero expresado en el acto; es el descubrimiento de un poder sobre los objetos, sobre el mundo y sobre el otro, poder que se ejerce por medio de un control sobre su cuerpo. A partir del momento en que el niño se percató de su capacidad de actuación empieza a encontrarse con obstáculos, resistencias y oposiciones, ante los que reacciona con una agresividad primaria, que es simplemente la afirmación de su deseo de existir, de su pulsión de vida. Estas oposiciones tempranas permiten al niño aceptar gradualmente la limitación de su poder y le ayudan a ir tolerando la frustración (Lapierre y Aucouturier, 1983).

La privación parcial de la asistencia física materna es el comienzo de la autonomía para el niño, ya que le permite pasar de una total dependencia hacia otras relaciones. Esta situación implica la entrega por parte de la madre de los medios para el cuidado de su cuerpo, el uso prudente de sus movimientos y su comunicación con el prójimo, mediante el intercambio de palabras, manipulaciones lúdicas o utilitarias compartidas con su entorno familiar y social. Como resultado de esa ruptura parasitaria con la madre, se abre la posibilidad de vincularse con el padre y con los demás (Dolto, 1996).

De los 18 a los 30 meses de edad, el niño desarrolla un conocimiento considerable acerca de sí mismo en relación con su género, sus rasgos físicos y aquello que puede hacer. Al finalizar el segundo año, el lenguaje tiene considerables elementos de autorreferencia. Los niños conocen su nombre y lo utilizan con frecuencia en tercera persona; así, las palabras “mi” y “mío” cobran gran significado, porque enfatizan el sentido de propiedad que permite afianzar al *yo*, demarcando sus propios límites. Esta diferenciación entre el *yo/no yo* continúa durante la etapa preescolar, íntimamente ligada a los apegos. Para Hoffman este periodo oscilante que antecede a la percatación más estable del sí-mismo aumenta las aptitudes empáticas más de lo que sucedería si el sentido de los otros se adquiriera súbitamente. Durante esta etapa se adquieren actitudes generalizadas sobre la propia persona, que pueden enfatizar en un autoconcepto positivo o en una baja autoestima y que muchas veces se manifiestan en un nivel no verbal. En estos años cobra relevancia la socialización y con ella los ideales, es decir, el “deber ser”: Con frecuencia la autoevaluación del niño es un reflejo directo de lo que los otros piensan de él (Guidano, 1994).

El logro de la diferenciación física a la psicológica entre el sí-mismo y los otros se produce en la infancia, alrededor de los 6 ó 7 años, cuando se empiezan a distinguir actitudes psicológicas y emocionales en los demás, a la par de una creciente apreciación de la propia subjetividad, sentida como singular y continua en el tiempo. En este periodo aumenta la

capacidad de diferenciar la fantasía del comportamiento y la percepción. Por tanto, la diferenciación física se puede considerar un requisito para lograr una distinción psíquica entre el *yo* y el *no-yo*. En cuanto se toma conciencia de la posibilidad de acceder a la propia experiencia, surge la oportunidad de controlar la relación con las personas significativas.

Durante la adolescencia, con el advenimiento del pensamiento abstracto reflexivo, aparece el conocimiento que tiene el sí-mismo de su propia autoconciencia. El individuo puede asumir la perspectiva del otro hacia su persona; sin embargo, la apreciación del sí-mismo es relativamente independiente de la realimentación del otro, y los mecanismos que mantienen la coherencia de la propia experiencia dependen cada vez más de los propios valores y la filosofía de vida del sujeto; es decir, “la estabilización” de un sentido definido del sí-mismo ya no se puede asegurar solamente por medio del nivel de confirmación - disconfirmación que deriva de las relaciones interpersonales, sino que debe ser asegurado reflexivamente, es decir, a través de un compromiso con la vida que corporiza la singularidad del hecho de ser una persona (Guidano, 1994).

Esta forma de conceptualizar al autoconcepto corresponde a una consolidación del yo en la salud; gracias a características endógenas, así como a un medio ambiente favorable. Sin embargo, por tratarse de un tiempo de intensa actividad hormonal, que da lugar a cambios corporales drásticos; la adolescencia es un periodo crítico para el surgimiento de trastornos de la identidad. Es un punto fundamental para continuar con el proceso de integración, o bien vivir una experiencia de caos interno debido a la falta de integración durante las etapas antecedentes.

Si la imagen corporal es conformada por factores biológicos, por relaciones interpersonales, por vivencias - pasadas y presentes -; la podríamos considerar como una estructura fundamental del self (autoconcepto) ya que influye en las actitudes personales en la medida en que es vivida como débil o potente, como atractiva o desagradable. Así, la imagen corporal está influenciada por las características físicas de una persona, por lo que ésta siente de sí misma, por la percepción que tiene de lo que los demás piensan o sienten de ella, por los estados de ánimo y por las actitudes.

Durante mucho tiempo se definió a la corporeidad como un componente secundario de la personalidad; se le había considerado como opuesta al alma -que incluía los aspectos más sublimes del hombre -, quizá por el temor a la muerte o como un rechazo a la naturaleza, considerada contraria a la razón. En su libro *Cuerpo y persona*, Aisenson nos invita a revalorar el quehacer del terapeuta que no sólo se propone combatir las perturbaciones anímicas, sino también los síntomas físicos, en un intento por romper con la visión fragmentada del hombre en cuerpo y mente. De lo anterior deriva la importancia de conocer y explorar el cuerpo, para vivenciar los propios límites, y construir un autoconcepto que permita a la persona ganar seguridad y sentido de integración.

Como se ha descrito, para apropiarse del cuerpo, un individuo tendrá que realizar sucesivamente una serie de conquistas en relación con su espacio, sus movimientos, sus posturas, sus gestos, sus tiempos. Así el cuerpo desde un punto de vista biológico tendrá que ser de alguien (un sujeto) para ser propiamente un cuerpo y no una masa de carne, como en el autismo. Si el cuerpo es algo que el sujeto tendrá que conquistar, es porque el sujeto no es lo mismo que su cuerpo. Como se ha revisado, esta apropiación demanda un arduo trabajo de descubrimientos y conquistas. Si todo va bien, el niño pasará de una dispersión corporal a una apropiación del cuerpo imaginario especular, hasta una apropiación simbólica.

### ***2.8 La construcción del cuerpo a partir de la mirada del Otro***

Los individuos no nacemos con un cuerpo constituido. El cuerpo humano, para poder existir como tal, depende de la presencia de Otro, que en primera instancia es la madre como función, ya que como se ha descrito, el niño nace inmaduro, dependiente, sin la completa mielinización de las vías nerviosas. Si no hay un Otro, el bebé puede perder el reflejo de succión, cosa que no ocurre si hay un sujeto que lo desee y estimule para ello. Aunque al nacer el niño tiene la mayoría de las vías aferentes mielinizadas, aún no cuenta con la posibilidad de respuesta, ya que aunque tiene inervaciones sensorio-perceptivas todavía no están mielinizadas las áreas de asociación, por lo tanto no puede coordinar, ni integrar la respuesta corporal. Ante la cuestión de ¿cómo logra el niño superar dicha insuficiencia corporal propia de la especie? Levin señala que como el problema surge por el desfase entre la recepción de los estímulos mediante las vías aferentes y su capacidad de respuesta (vías eferentes), depende de los ojos y el contacto de Otro para organizar su respuesta. Frente a la percatación de la ausencia de su madre y la sensación de nostalgia por dicha situación, el cuerpo del recién nacido se convierte en imagen por la mirada del otro más que por su propia propiocepción. Cuando la madre acuna en los brazos a su niño, en ese particular balanceo tónico-motriz le da la posibilidad de experimentar sensaciones laberínticas. De esa manera se estimula el funcionamiento del laberinto, órgano fundamental para el futuro movimiento del niño: “se está armando de este modo la postura, la representación postural de donde se desprenderá la acción motriz, pues el movimiento parte de la postura del cuerpo” (Levin, 1991, p. 49).

Así, la madre (el Otro) le presenta a su hijo el cuerpo y el mundo, de tal manera que la posibilidad de que el niño conozca su cuerpo no depende sólo de él, sino del intercambio a través del lenguaje con el Otro. Por la acción del lenguaje el cuerpo se convierte en un significativo, lo cual no quiere decir que no sea material; por el contrario, es un material visible y audible. Todo lo que pertenece al orden de lo corporal está regido e incluido en la cadena simbólica.

Para Berges el cuerpo subjetivado se constituye gracias a las marcas o inscripciones que el Otro va realizando en el sujeto. De ahí la construcción del concepto del cuerpo

como receptáculo (lugar de inscripción). El reconocimiento del propio cuerpo sólo es posible porque los otros tienen también una forma corpórea. El cuerpo ocupa así una posición de referente y de diferencia. Por ello, para que se produzca esta anticipación y fascinación por la imagen tiene que haber Otro que la libidinice, que la desee, para que el niño pueda identificarse con ella. Este efecto estructurante de la dimensión humana que precede a la maduración neuromotriz es consecuencia y efecto del lenguaje, considerando a éste como estructura que captura al sujeto, dándole una posición simbólica.

Cuando el proceso de maduración fisiológica, neuromotriz, le permita al niño ejercer el dominio real de su propio cuerpo y de su funcionamiento motor, este dominio se ejercerá, pero dentro de lo que previamente se constituyó, se transformó, en el estadio especular. Para que uno se perciba es necesario que exista un ideal: uno se ve desde allí donde supone que es visto de alguna u otra forma por el Otro. Esto determina la función del yo ideal, en tanto forma proveniente del exterior. Es decir, que la imagen corporal que se asume, que se apropia se conserva como identidad y permite al individuo poder amarse y ofrecerse (Levin, 1991, p. 52).

El discurso es un factor fundamental en la construcción del cuerpo. Cuando la madre mira, habla o acaricia a su niño, le da un sentido a esta experiencia, le da el lenguaje al decodificar el mensaje corporal de su hijo y articularlo en una cadena discursiva. Por lo anterior, cuando el niño llora y la madre se pregunta si el motivo del llanto es hambre, sueño, sed, dolor, etc., la mamá está decodificando la acción del bebé y si su interpretación es siempre la misma, por ejemplo, asumir que su hijo llora por hambre, invariablemente le dará de comer, cayendo en lo que se ha llamado una “certeza psicótica” que psicotiza al niño transformando su cuerpo y sus acciones en una “cosa” para sí, en donde ella goza con dicho cuerpo – cosa que la completa. Por tanto, una madre *suficientemente buena* no sólo deberá decodificar, sino comprender la acción del niño y esta comprensión implica la duda, la pregunta acerca de la significación de su llanto... Entonces, cuando la madre decodifica la acción y se pregunta sobre lo que a su hijo lo lleva a llorar, lo hace a través del lenguaje, o sea que lo puramente carnal, corporal empieza a tener significación y palabras en un principio para la madre y esto es lo que permite que también tenga una significación y un sentido para el niño, por lo que el lenguaje significa la experiencia corporal a través del Otro (Levin, 1991, p. 62).

## ***2.9 El lenguaje del cuerpo dentro del proceso de la comunicación***

De acuerdo con Watzlawick y Jackson (1983) la comunicación es un proceso en el que se intercambia información con otra persona, siendo un fenómeno complejo, ya que el mensaje que se envía no siempre corresponde con lo que el receptor capta. En la comunicación no sólo se transmite información, sino también pensamientos, sentimientos y creencias a fin de satisfacer necesidades, expectativas o deseos. En este sentido es un

proceso social mediante el cual una persona puede influir en otras, al tiempo que va conformando su individualidad y autoconocimiento. La comunicación puede ser verbal o no verbal, pero aunque la primera forma se refiere básicamente a la utilización del lenguaje oral o escrito, es matizada por expresiones no verbales como gestos, posturas, inflexiones, silencios, contacto visual, expresión facial, forma de caminar, de sentarse, manera de interactuar, etc., que son elementos que amplían los significados del mensaje (cit. por González, 1992).

Para Yépez (1995) la comunicación interpersonal es resultado de la integración humana y brinda la posibilidad de participación biunívoca entre los participantes y por tanto la considera una “*comunicación completa*”. Una ventaja en este tipo de contacto, uno a uno, es la posibilidad de apreciar de manera directa e inmediata el efecto que provocan los mensajes en el interlocutor, para corregirlos y/o enriquecerlos. Así, la comunicación interpersonal es un acto social básico (el elemento más simple en la cadena comunicativa). Con ella se adquieren los valores, normas y costumbres que influyen fuertemente en la conformación de la personalidad. Los factores que intervienen en el proceso comunicativo son los actores sociales, un código lingüístico compartido, un deseo o necesidad de interactuar y un contexto en el que se establece el evento.

Yépez también menciona la importancia que tienen los afectos y sentimientos, las historias individuales, la cercanía, los lazos de interdependencia y la personalidad de cada uno de los participantes en la comunicación interpersonal, convirtiéndose así en un proceso social muy complejo.

En nuestra sociedad se construyen gran número de ejercicios para desarrollar habilidades en la comunicación oral y escrita, pero se han innovado pocas técnicas que favorezcan la capacidad de comunicar de manera consciente los pensamientos y afectos a través del lenguaje corporal. Salzer (1984) aborda este tema planteando que existe la posibilidad de adquirir conciencia de la expresión corporal en la vida cotidiana a través de actividades que permitan contactar al individuo consigo mismo y con los otros, mediante una relación personal, dual y grupal.

Cuando habla de la *expresión corporal* centrada en sí mismo considera que la persona atiende su relajación, su tensión, su postura... para ponerlos a prueba y diversificarlos, captando el sentido que tienen para él mismo. La dualidad se refiere a relaciones precisas de persona a persona, a través de gestos, miradas, posturas, con el fin de captar lo que ocurre a través del cuerpo, a veces a nivel inconsciente: lo que una persona expresa en relación con la apariencia o las manifestaciones de otro (y que en párrafos anteriores se describió como comunicación interpersonal). En tanto la expresión centrada en el grupo posibilita que los individuos compartan situaciones como danzas colectivas, silencios, movimientos, dinámicas no verbales, improvisaciones, etc.

Salzer define a la *expresión* como toda emisión, consciente o no, de signos y mensajes; y a la *comunicación* como el proceso que hace que cualquier signo o mensaje emitido sea recibido por otro, comprendido y sentido de manera común.

En *Simbología del movimiento*, Lapiere y Aucouturier también destacan la función comunicativa durante la actividad psicomotriz, señalando que: “vivenciar la distancia, lo cerca y lo lejos, en una situación relacional, es un aspecto extraordinariamente importante que permitirá a la par, la dominación del espacio y la extensión de la comunicación” (p. 37) y agregan que es importante resituar este proceso en la evolución psicogenética, ya que la primera comunicación del niño es con su madre, a través del contacto directo, de los mensajes tónicos que recibe y emite, siendo este diálogo corporal, la fase inicial y fundamental de comunicación con el mundo. El niño encuentra inicialmente al Otro en un nivel de organización tónico – emocional, a través de sensaciones táctiles (mediante la piel), pero también y de manera especial, encuentra un contacto con el movimiento del Otro. Únicamente el acuerdo de las pulsiones tónicas puede crear esa comunicación fusional necesaria para la seguridad afectiva del niño. Se emplea el término fusional porque la coincidencia de los ritmos induce una sensación de no estar separado, de vivenciar la misma pulsión biológica.

En la educación por el movimiento, la comunicación que se establece también se logra mediante el intercambio de objetos (o con el objeto). Estos intercambios se dan a una cierta distancia y es ahí en donde el terapeuta puede actuar: reducir la distancia va a conducir a ciertas regresiones, hacia la relación dual con la madre, hacia una relación más primitiva con los objetos y con los Otros. Este proceso paulatino lleva hasta la búsqueda del contacto directo, a través de los mensajes tónicos intercambiados. El contacto corporal, tan culpabilizado en nuestra cultura por los tabúes sexuales, es la base de toda la autenticidad de la persona y de la relación. Por otra parte, aumentar la distancia, sin romper la comunicación, es simbolizar cada vez más la relación; es el intercambio a través de la trayectoria, la mirada, el gesto; es agrandar el vínculo comunicativo, invertir, a nivel afectivo, el espacio y sus direcciones.

Posteriormente irá creándose una distancia progresiva de la comunicación, que pasará por el contacto y alejamiento del objeto y del Otro, hasta la noción de permanencia (ampliamente estudiada por Piaget), que origina una comunicación abstracta a través de la simbolización del objeto ausente, dando lugar al lenguaje y a todos los demás medios de comunicación abstractos, como las artes.

Para Levin (1991) cuando se considera el diálogo tonal entre la madre y su niño no se debe acentuar exclusivamente el aspecto tónico, sino lo que en él se juega en el campo del deseo. Este diálogo es imaginario, real y simbólico. Por tanto, no se puede desvincular el aspecto verbal del no verbal; lo importante es la decodificación de las acciones y del

cuerpo del Otro. Esto posibilita la representación y la metaforización de su cuerpo (entendiendo por metáfora la sustitución de un significante por otro). Numerosas técnicas acerca de lo corporal y del campo psicomotor postulan que la comunicación no verbal se refiere a una forma de comunicación humana que no utiliza el sistema lingüístico, sino el cuerpo y que esta comunicación es verdadera y arcaica.

Roger Gentis afirma que la mayoría de las técnicas “corporalistas” consideran que lo que expresa el cuerpo es lo más espontáneo, en tanto lo que se manifiesta a través del lenguaje verbal es lo más controlado. Para estas concepciones el cuerpo expresa lo más profundo, como las emociones y sensaciones, es decir, lo más natural y verdadero, mientras que el lenguaje verbal remite a superficialidades, racionalizaciones y al intelecto. Para ellos, lo verbal es falso y disimula, en tanto “el cuerpo no miente”. Consideran que el lenguaje es una pérdida de tiempo. Levin no concuerda con estas posturas, ya que su experiencia en la clínica psicomotriz le llevó a concluir que es a través del discurso como el cuerpo expone su carácter inconsciente, que se repite y actualiza a través de la transferencia. No se trata de contraponer el lenguaje corporal con el verbal, sino de entender que se trata de un mismo discurso que determina y constituye al sujeto como tal.

Freud (1901), en *Psicopatología de la vida cotidiana* afirma que “si las equivocaciones en el discurso, el cual es sin duda alguna una función motora, admiten una concepción relativa a los lapsus, olvido de nombres, etc., es de esperar que esto pueda aplicarse a nuestras demás funciones motoras... Caerse, tropezar o resbalar son actos que no deben ser interpretados siempre como una falla puramente casual de una función motora. El doble sentido lingüístico de estas expresiones indica ya las ocultas fantasías que puede hallar una representación en tales perturbaciones del equilibrio corporal. Esas torpezas y desequilibrios posturales, tónicos, no son otra cosa que una metáfora ligada al cuerpo, resultado de procesos inconscientes en donde el significante está en juego (Levin, 1991).

Podemos concluir este capítulo señalando que de la concepción que tengamos del cuerpo de un sujeto se derivan la ética, la intervención y la posición en que el terapeuta se ubica frente al paciente. Si se considera al cuerpo como una máquina de músculos y nervios que aprenden lo que se les enseña, se utilizarán técnicas y recetas estandarizadas y se las aplicará en ese cuerpo – máquina, en tanto, si se toma la experiencia emocional como un principio clínico fundamental, se intentará establecer un vínculo afectivo, una relación de persona a persona, creando para ello un espacio de seguridad basado en la aceptación y la empatía, con lo que se favorece la catarsis y la liberación del cuerpo a través del lenguaje y del análisis de la transferencia (Levin, 1991).

## Capítulo III

### Danzaterapia

*“El ayer no es más que un sueño; el mañana no es más que una visión, pero el presente bien vivido hace de cada ayer un sueño de felicidad y de cada mañana una visión de esperanza. Por lo tanto prestemos atención a este día”.*

**Proverbio sánscrito**

#### ***3.1 La danza como necesidad de expresión***

La actividad artística es un vehículo de cambio terapéutico inmerso dentro del arte que se concibe principalmente como un medio de comunicación no verbal. Esta peculiaridad permite sobre todo captar la riqueza del mundo emocional y relacional del individuo, que en los enfoques modernos psicoterapéuticos es el punto esencial para cualquier cambio o movilidad de los procesos emocionales y cognitivos (Fuentes, 1990).

La danza es una de las manifestaciones artísticas por excelencia, que con base en la comunicación no verbal puede ser un medio para captar la riqueza del mundo afectivo y los sistemas de relación de los individuos. Así mismo, como expresión del movimiento tiene efectos en los procesos psíquicos, afectivos y sociales.

Desde la antigüedad y hasta nuestros días, el movimiento y la danza han sido una necesidad motriz y espiritual, que hoy en día nos permite contrarrestar el ritmo tan acelerado de nuestra sociedad.

### ***3.2 Surgimiento de la danza***

Para muchos, la danza ha sido considerada como la más antigua de las artes, quizá, porque lo que impulsa al hombre a bailar hasta gastar sus energías en lugar de economizarlas para cubrir otras necesidades (como el sustento o la defensa) es una motivación interior, espiritual. La expresión dancística- junto con la pintura, la música y la palabra -surge como consecuencia de atribuir a los fenómenos naturales un espíritu y una voluntad y para obligar a esa voluntad a doblegarse ante la propia, el hombre inventa fórmulas mágicas, las que se plasman en objetos miméticos que traducen sus deseos (Ossona, 1991).

Así, el hombre primitivo encuentra en la expresión artística un medio para tratar de imitar o controlar (de acuerdo con su pensamiento mágico) la naturaleza que le inspira temor y respeto.

El cuerpo humano tiene sus propios ritmos internos: el del corazón; de los pulmones; la actividad hormonal y del sistema nervioso, que responde estímulos internos y externos. La naturaleza contiene en sí al movimiento, esto implica una multiplicidad de ritmos: el movimiento del mar, de los animales, las plantas, los astros, las estaciones del año, el día y la noche, etc. El hombre al observar ese continuo desplazamiento natural, así como sus propios ciclos vitales manifiesta su asombro y comprensión a través de la danza.

La danza puede definirse como una coordinación estética de movimientos corporales. Etimológicamente viene del latín “danzare”, forma secundaria del término “danzón”, que significa estirarse (todo baile está compuesto de estiramientos y relajamientos). En la antigua Grecia, Platón sugirió que el término danza podría venir de kara que significa alegría. La danza es una actividad colectiva, en donde “cada participante se funde en la acción, la emoción y el deseo con el cuerpo general de la comunidad”. Así danzar, al igual que el lenguaje oral o escrito es una actividad social y socializadora, en donde las experiencias personales se enriquecen con el reconocimiento del otro y del sí mismo.

Laban (1989), plantea que en la danza existen tres principios esenciales:

1. La construcción de los movimientos en el espacio.
2. El principio agegico, que determina la lentitud o rapidez de cada acción y el desenvolvimiento del gesto en el tiempo.

3. Un principio dinámico que indica el modo de actividad muscular en que las acciones se suceden unas a otras.

Los dos últimos principios se relacionan con el ritmo, que aplicado al movimiento, se refiere a una actividad fluida, medida y balanceada. Puede referirse al flujo de movimiento con el que una secuencia se repite: una pauta o un cuadro de movimiento.

Doll al respecto señala que la capacidad de sincronizar movimientos es el prerrequisito para el ritmo. El flujo rítmico del movimiento depende de una buena coordinación (Frostig y Maslow).

### ***3.3 La danza contemporánea como antecedente de la danzaterapia***

Es importante destacar que el estudio metódico de las formas de movimiento contenidas en la danza, así como su repercusión en la vida pública apenas ha comenzado. El papel del arte del movimiento en la educación ha sido redescubierto sólo en épocas recientes. Todo lo que sabemos es que antiguamente la danza desempeñaba un papel fundamental en la vida pública; sin embargo, las formas primitivas de danza colectiva nos resultan tan extrañas como toda su civilización. Ante esta situación, el hombre actual ha ido creando su propio arte del movimiento. Un inicio de este proceso puede verse en la “*danza contemporánea*” (Laban, 1989).

En comparación con las reliquias de los bailes folklóricos medievales y con las formas de movimiento de la época de las monarquías absolutistas, la *danza moderna o contemporánea* es más rica y más libre en sus gestos y en sus pasos. Al liberar el cuerpo del bailarín del exceso de ropa que obstaculiza el libre flujo del movimiento, Isadora Duncan contribuyó de manera considerable a la tendencia del hombre contemporáneo a superar su timidez, manifestada en el ocultamiento del cuerpo. El principal logro de Duncan fue favorecer expresiones vitales a través de este arte.

Isadora Duncan volvió a despertar el sentido de la poesía del movimiento en el hombre moderno, en una época en la que la ciencia y en particular la psicología procuraban abolir radicalmente cualquier idea de “alma”, esta bailarina tuvo el valor de demostrar con éxito que existe en el flujo del movimiento humano, un principio ordenador que no puede explicarse mediante los acostumbrados fundamentos racionalistas. Como educadora se interesó de manera especial en la influencia que la ejecución reiterada de movimientos similares tiene en la actitud externa e interna del hombre hacia la vida. Así, el movimiento, considerado hasta entonces – al menos en nuestra cultura – como un instrumento para alcanzar un propósito práctico, extrínseco, se mostró como un poder que crea estados mentales favorables en el ser humano.

Cuando Isadora Duncan (de nacionalidad norteamericana) viaja a Europa se rebela contra los cánones vigentes en la danza clásica, e influida por Delsartre y por Genoveva Stebbins, opone a la técnica tradicional su descubrimiento de las leyes de la naturaleza, conformando una danza con movimientos ondulatorios, más libres. Para Duncan lo fundamental no es el dominio técnico, sino la posibilidad de expresión a través de la danza.

Algunas de las más importantes diferencias entre la danza clásica y la contemporánea son que en la primera se baila por amor al movimiento en sí, sin necesidad de que éste sea un medio expresivo claramente delimitado. En la danza clásica la belleza forma parte de la figura humana aislada: la relación entre el solista y el conjunto es muy débil, casi siempre decorativa y armoniosa y la relación con el espacio como medio expresivo prácticamente no existe; es decir, el bailarín es un ser ideal entregado totalmente al movimiento, cuyo mundo circundante no ejerce ninguna influencia en su ánimo, la belleza de los movimientos está vinculada con la simetría y el equilibrio; en tanto, en la danza moderna, se baila para expresar al hombre en relación con el hombre, con la naturaleza, con sus pasiones, costumbres o estilos de vida; al tiempo que la relación entre solista y conjunto es muy estrecha. La simetría y el equilibrio se eliminan, puesto que se considera que “todo movimiento es la ruptura del equilibrio físico, así como toda emoción es la ruptura del equilibrio anímico” En la danza contemporánea, el espacio es el elemento en el que el bailarín proyecta su emoción y de él recibe un estímulo o respuesta (Ossona, 1991, p. 10).

Si la danza en general es la expresión por medio del movimiento, la danza moderna está mucho más sujeta a ese principio. De esta manera, la danza es un placer y una posibilidad de enriquecimiento abierta a todas las personas, independientemente de la edad y de las aptitudes físicas y estéticas.

### ***3.4 Psicomotricidad y danzaterapia***

Si consideramos que la danzaterapia es una modalidad de prácticas psicomotrices, se vuelve importante hacer una revisión histórica de la misma para entender sus fundamentos teóricos.

Históricamente el término “psicomotricidad” aparece a partir del discurso médico y particularmente de la neurología, cuando a finales del siglo XIX se hace necesario nombrar las zonas de la corteza cerebral situadas más allá de las regiones “motoras”. Sin embargo se puede decir que la psicomotricidad comienza desde que el hombre es humano, es decir a partir del momento en el que reconoce y habla de su cuerpo (Levin, 1991).

Este recorrido está marcado por diversas definiciones del cuerpo a través de la historia: del sánscrito *garbhas*, que significa embrión; del griego *karpós*, que quiere decir fruto, simiente, envoltura y por último, del latín *corpus*, que significa tejido de miembros, envoltura del alma. Así, aunque la psicomotricidad se desarrolla hasta el siglo XX como una práctica independiente, tiene su nacimiento cuando el cuerpo deja de ser sólo carne para convertirse en un cuerpo hablado.

En el siglo XIX, con los avances de la neurofisiología se descubre que existen disfunciones graves sin que el cerebro se encuentre dañado, o bien sin que la lesión esté claramente localizada. Se empiezan a estudiar alteraciones en la actividad gestual o práctica que no se pueden explicar por una lesión específica del sistema nervioso, por lo que el enfoque estático que determinaba para cada síntoma su correspondiente lesión focal resultaba ineficiente y es precisamente buscando la solución a este dilema que en 1870 surge la palabra psicomotricidad.

Cabe señalar que las primeras investigaciones en torno a la psicomotricidad surgen del campo neurológico, pero en 1909 Dupré, a partir de sus estudios clínicos señala la independencia de la debilidad motriz de un posible correlato neurológico. Dupré analizó la correlación entre motricidad e inteligencia y concluyó que no existe una relación biunívoca entre ambas; en tanto Henry Wallon, en 1925 se ocupó del movimiento humano y su relación con lo afectivo, lo emocional, el medio ambiente y los hábitos infantiles. Para Wallon el conocimiento, la conciencia y el desarrollo general de la personalidad no se pueden aislar de las emociones.

Posteriormente Edouard Guilmain, en 1935, continuando con las propuestas teóricas de Wallon establece un examen psicomotor como medio de diagnóstico, indicación terapéutica y pronóstico. Guilmain fue pionero en la práctica psicomotriz: elaboró un método de trabajo que tenía como propósito la educación del movimiento a través de distintas técnicas provenientes de la neuropsiquiatría infantil. Este innovador modelo se basaba en ejercicios para modificar la actividad tónica (mímica, ejercicios de actitudes y de equilibrios), la actividad de relación y el control motor (ejercicios rítmicos, de coordinación y habilidad motriz), que se empleaban para la atención de niños inestables o con déficit en su funcionamiento motriz, lo que también alteraba su entorno social.

Ajuriaguerra, en 1960, señala en el *Manual de Psiquiatría Infantil* que el objetivo de la terapia psicomotora no consiste exclusivamente en mejorar el tono, la habilidad, la posición y la rapidez, sino toda la organización del sistema corporal, modificando el cuerpo en su conjunto, el modo de percibir y de aprehender las emociones (Levin, 1991).

Con estas aportaciones la psicomotricidad se diferencia de otras disciplinas y adquiere autonomía. Se perfecciona el examen psicomotor, con sus pruebas respectivas y se

conforma un método que permite definir el trastorno y sus características respectivas, con lo que se establece una programación de sesiones en función a las alteraciones motoras que presenta el individuo.

En los años 70's, autores como J. Bergés, R. Diatkine, B. Jolivet y S. Lebovici, entre otros, definen a la psicomotricidad como una "motricidad en relación". En esa época las actividades técnicas se basaban en una serie de ejercicios previamente programados, con evaluaciones muy estructurada, en donde la actividad lúdica se subdividía en una fase de juego libre y otra de juego orientado y dirigido.

A partir de ese momento comienza a marcarse la diferencia entre una tendencia reeducativa y una terapéutica, que al despreocuparse de la técnica instrumentalista y ocuparse del entendimiento del cuerpo en su globalidad, va dándole progresivamente más importancia a la relación, la afectividad y lo emocional. Es por esta razón, que varios autores del psicoanálisis comienzan a ser citados en los trabajos de esa disciplina, destacando Freud, Melanie Klein, Winnicott, W. Reich, Lacan, Mannoni, Sami Alí y F. Dolto.

Con las aportaciones del psicoanálisis se introducen en los últimos 15 años conceptos como el inconsciente, la transferencia, imagen corporal, etc., marcando un cambio radical en las concepciones clínico - teóricas del campo psicomotor.

Podemos decir que la primera etapa de la psicomotricidad corresponde a una disciplina autónoma, que tiene su origen en prácticas reeducativas determinadas por un paralelismo entre la mente y el movimiento, que intenta superar el dualismo cartesiano, a través de esta correlación. En este periodo, la influencia de la neuropsiquiatría es determinante en una clínica que se basa en lo motor y en un cuerpo instrumental.

En una segunda etapa la atención va del movimiento al cuerpo, en donde con base en la psicología genética, éste se constituye en el productor (a través de la acción) de la inteligencia humana. La mirada esta puesta ya no en lo motor sino en un cuerpo en movimiento. Entonces ya no se trata de una reeducación sino de una terapia psicomotriz, que se ocupa, observa y opera en un cuerpo que se desplaza, que construye la realidad, que conoce a medida que comienza a moverse, que siente, se emociona, y esta emoción se manifiesta tónicamente.

De tal manera que el tono muscular, las posturas, el gesto y las emociones (que se manifiestan en el cuerpo) se pueden abordar desde un enfoque psicomotor, en donde la corporeidad tiene tres dimensiones, sobre las que se fundamenta el trabajo del terapeuta: una dimensión instrumental, otra cognitiva y un aspecto tónico - emocional.

En una tercera etapa, con la inclusión de la teoría psicoanalítica, surge un cambio radical en la concepción de la psicomotricidad, que ya no se centra en el cuerpo en movimiento, sino en un sujeto con un cuerpo en movimiento; por tanto la atención se desplaza de una “totalidad” hacia el entendimiento de un sujeto escindido en un cuerpo real, imaginario y simbólico. Este corte epistemológico da origen a una clínica psicomotriz centrada en el cuerpo de un sujeto deseante. “La terapia psicomotriz centra su mirada a partir de la comunicación y la expresión del cuerpo, en el intercambio y el vínculo corporal, en la relación corporal entre la persona del terapeuta y la persona del paciente, en el diálogo y la empatía tónica”, siendo muy importante la transferencia, donde el cuerpo del sujeto (en lo real, en lo imaginario y en lo simbólico) dice, hace y nos conduce a preguntarnos por el lugar en que se ubica, en el que se manifiesta su sufrimiento” (Levin, 1991, p. 69).

La psicomotricidad es una articulación a partir de un orden simbólico (el lenguaje) que posibilita tomar el cuerpo, los gestos, el movimiento, el tono, el espacio, las posturas, como el decir corporal de un sujeto; decir que se mira y se dice. A lo largo del tratamiento psicomotor se van articulando gestos, posturas, movimientos, palabras, que irán delimitando ese decir que se analiza desde su origen, su forma de expresión, su destino y su significado, tratando de restituir o instalar las posibilidades enunciativas sobre ese cuerpo mediante la relación transferencial que se genera. El sujeto se da a ver en su cuerpo cada vez de nuevo, siempre y cuando se lo lea en el único lugar donde es posible hacerlo: en la transferencia.

Como se ha señalado, históricamente, la técnica en la cual se basaba el tratamiento psicomotor (y se basa actualmente para algunas escuelas reeducativas) era la de las ejercitaciones motoras, la búsqueda estandarizada para el logro de un óptimo resultado: “arreglar” el cuerpo, los gestos, los movimientos y las posturas, a través de métodos conductistas basados en el estímulo – respuesta o premio – castigo. Esto a partir de un diagnóstico cuantitativo y de un plan de acción perfectamente programado para eliminar el déficit.

Al no producirse clínicamente efectos duraderos, ni consistentes, ya que el síntoma psicomotor reaparecía o se manifestaba de otro modo, se fueron modificando los objetivos terapéuticos, favoreciéndose paulatinamente la acción más libre del paciente, de esta manera surge como forma de abordaje el juego espontáneo, en donde los participantes manifiestan libremente sus deseos y su posibilidad de actuar. El fundamento clínico de dicho juego se basa en la singularidad del sujeto, es decir, en la transferencia que se genera, sin importar la patología presente.

A partir de las ideas anteriores, podemos decir que existe un paralelismo entre la historia del psicoanálisis y de la psicomotricidad: desde los inicios del psicoanálisis

Freud se encuentra con la transferencia, pero es mucho tiempo después cuando la conceptualiza como el motor del tratamiento psicoanalítico. Freud parte de la hipnosis y la sugestión (consejos y recomendaciones tendientes a organizar las emociones y las conductas); después pasa por el método de inducción catártica (que intenta revelar un conflicto oculto por la represión, de carácter patógeno, que retorna repitiéndose de distintas maneras: en los lapsus, los sueños, el chiste, en un síntoma) y posteriormente, debido a los resultados tan limitados, Freud abandona estos métodos ya que se percata de que no se producen efectos duraderos en la estructura psíquica del sujeto. Por ello establece dos reglas fundamentales del psicoanálisis: la asociación libre (permitir hablar libremente y asociar de manera espontánea) y la transferencia.

Después Freud se percata de que durante la transferencia se presentan resistencias, que son obstáculos inevitables en todo análisis, pero que se convierten en un instrumento fundamental durante la cura. Se va dando cuenta por medio de la clínica de que lo que se repite en la transferencia es la puesta en acto (en un sueño, en un fallido, en un gesto) del deseo inconsciente. En relación con esta temática, Freud realiza otra modificación en *Más allá del principio del placer*, en donde aclara que no se trata de recordar hechos que han devenido patógenos, sino en construir o estructurar lo que el paciente repite simbólicamente, lo que el inconsciente insiste repitiéndose en la transferencia a través de un acto fallido, un chiste, un sueño. La repetición son decires, palabras, la puesta en escena del deseo inconsciente, que el análisis escuchará, permitiendo construir lo que el paciente repite en la transferencia: la elaboración (Levin, 1991, p. 21).

Análogamente, en el campo psicomotor, la utilización de ejercicios estandarizados, fue dando paso a la globalidad, a la catarsis emocional, pero el síntoma reaparecía en otro lugar, de otra manera o después de cierto tiempo. Por ello se empieza a fomentar el juego libre, en el que los participantes se mueven espontáneamente, pero al desconocer la situación transferencial, no se decodifica, no se interviene, ni se analiza este “hacer” espontáneo, dificultándose el entendimiento de la acción en escena. Por tal razón, Levin elabora una propuesta teórico – clínica que pretende subsanar dicho déficit, a través de la interpretación, del análisis del juego corporal del participante en transferencia, situando, interviniendo simbólicamente en ese decir corporal del individuo. “Si el terapeuta no lee allí un decir, un encadenamiento significativo, un discurso corporal, éste pasa de largo, pierde su lugar y valor como decir” (1991, p. 110). La transferencia coloca al terapeuta en una situación compleja, al ser situado en un lugar de poder. Poder que es dado en la situación transferencial que supone un saber, que por un lado es efectivo, pero por otro, un mero supuesto, por lo que éticamente deberá considerarse, evitando caer en el abuso, ya que el paciente considera que el terapeuta posee un conocimiento que le concierne a él y que por tanto, lo necesita para su cura (aunque a lo largo del tiempo descubre que no es así).

Cabe señalar que en la actualidad se aplican las tres modalidades de psicomotricidad descritas en los párrafos anteriores, de acuerdo con el enfoque teórico del educador o terapeuta. Para la danza terapia la psicomotricidad es una praxis en el doble sentido que tenía para los griegos esta palabra. Por un lado, como un quehacer (práctico) y por el otro en su vertiente ética.

### 3.5 *El movimiento y su relación con procesos psicológicos*

Para comprender lo que es el movimiento es necesario remontarse a los orígenes de la vida: no hay vida sin movimiento, aunque se trate exclusivamente de movimientos internos, “podemos hablar entonces de una *pulsión de movimiento primitivo y fundamental*, que es la base de *la pulsión de vida*” (Lapierre y Aucouturier, p. 44). Estos autores señalan la importancia de la actividad motriz en las esferas intelectual y afectiva de la personalidad. Su propuesta es resultado de la observación de numerosos cursos de formación impartidos en Francia y en extranjero, en donde han trabajado con niños, educadores, psicólogos y psiquiatras, quienes al ser puestos en diferentes situaciones de búsqueda a partir de su cuerpo, de los objetos, del espacio y de la relación con el grupo manifiestan, comportamientos simbólicos similares (independientemente de las variaciones culturales).

El aspecto emocional de dichas situaciones tiene su origen en el inconsciente, por lo que a través del movimiento es posible acceder a las capas más profundas de la personalidad, que en última instancia determinan al individuo. “La disposición del ser va a permitir la liberación del deseo y la verdadera adquisición de conocimientos” (Ibidem, p. 9)

El trabajo de Lapierre y Aucouturier pretende resignificar la educación, resaltando el saber ser, sobre el saber tener, situándose en una perspectiva psicogenética, en donde se remontan al origen de los procesos del pensamiento y su relación con las pulsiones, los deseos primitivos y el inconsciente, buscando el contenido simbólico del movimiento. Para estos autores, la base del conocimiento no es el saber racional, sino el entendimiento de los afectos (mediante percepciones internas) y no es la información consciente, sino aquello que permanece en las capas más profundas de la personalidad. Así, parafraseando a Rogers, señalan que “nada puede integrarse realmente al ser que no pase primero por su organización tónico-emocional” (p. 34).

Desde este punto de vista, la psicomotricidad toma un aspecto distinto a las consideraciones clásicas al plantear que no es suficiente movilizar la musculatura voluntaria para ejecutar un acto reflexionado (que sólo pondría en juego el sistema cortical), sino movilizar también y en especial el sistema hipotalámico de modulación del tono emocional y esto se lleva a cabo en vivencias en donde se incluye la dimensión

afectiva profunda y espontánea. Esta propuesta no significa permanecer en ese nivel afectivo inicial y primitivo, sino ir evolucionando paulatinamente hacia placeres más abstractos, más complejos.

Por otra parte, Reyes señala que desde los primeros estudios formales del movimiento se ha encontrado una asociación entre éste y los procesos psicológicos. Se ha afirmado que el movimiento es el resultado de la integración física y psíquica del individuo y que por tanto influye en ambas entidades.

En *La educación por la danza*, Ossona (1991) menciona que los movimientos al ordenarse en el tiempo y el espacio, son la liberación de un cúmulo de emociones y sentimientos.

En tanto para Frostig y Maslow la visión que tenemos del mundo que nos rodea depende de la conciencia del tiempo y del espacio, ya que todos los objetos y los acontecimientos se ubican en esas dos dimensiones. Así, para el niño de poca edad, que vive en el aquí y el ahora, el pasado y el futuro quedan fuera de su alcance; en tanto su espacio está limitado por lo que puede lograr en forma inmediata.

El tiempo y el espacio no sólo se experimentan directamente, sino que se unifican en el movimiento, que a su vez se acompaña de sensaciones y percepciones. El movimiento es iniciado a menudo por percepciones, pero siempre está guiado por estímulos cinestésicos (musculares) que hacen posible la ejecución de una secuencia de movimientos.

Frostig y Maslow enfatizan en los atributos del movimiento, en su efecto sobre la conciencia del cuerpo, la creatividad y el aprendizaje significativo. De acuerdo con su experiencia las habilidades del movimiento contribuyen al desarrollo total, emocional, intelectual y social del individuo. En *Educación del movimiento*, presentan un programa para enseñar a los niños a desarrollar habilidades creativas y el perfeccionamiento de sus aptitudes físicas, sus sentimientos acerca de sí mismos, su capacidad para llevarse bien con los otros y sus relaciones con el entorno. La autoconciencia, la creatividad y la capacidad para aprender pueden desarrollarse con la educación del movimiento, influyendo así favorablemente en el autoconcepto de un individuo, en sus sentimientos y por tanto, en su conducta.

Feldenkrais señala la importancia del movimiento en la conformación de la autoimagen y plantea que ésta depende de factores hereditarios, educativos y de autoeducación.

Sobre los aspectos genéticos aún no se puede influir considerablemente; la educación se refiere al proceso de socialización o asimilación cultural, que para Feldenkrais dificulta

la espontaneidad e impide encontrar al individuo los satisfactores en sí mismo; en tanto la autoeducación es la vía para construir una autoimagen positiva, y el movimiento es el medio más indicado para ese fin, dado que:

- Toda actividad muscular, aunque no sea perceptible a simple vista implica movimiento.
- La respiración es una forma de movimiento.
- Los movimientos como la posición vertical, la expresión facial y la voz reflejan el estado del sistema nervioso y a través de la autoeducación se pueden concientizar.
- La proximidad existente entre la corteza motriz y regiones del sistema nervioso vinculadas con el pensamiento y las emociones, así como la tendencia de los procesos de un sector del cerebro de propagarse hacia estructuras vecinas, permite entender por qué un cambio en la corteza motriz influye en los pensamientos y en los sentimientos. Así, el movimiento es fundamental para ejercitar dichas entidades psicológicas.
- Las limitaciones del movimiento dificultan el desarrollo natural del individuo e influyen en su propia valoración (Reyes, 1995)

### ***3.6 Definiendo a la danzaterapia***

La danzaterapia es una técnica corporal que interrelaciona arte (danza) y ciencia (psicología) para la atención de problemas de salud y de aprendizaje en un proceso que se basa en la integración psico-física.

Basada en la convicción de que el cuerpo y la mente están estrechamente interrelacionados, la danzaterapia trabaja directamente con el cuerpo para establecer una imagen corporal más realista y para facilitar cambios en la esfera de los sentimientos, conocimientos y comportamientos. La psicodanza permite desarrollar habilidades motoras y de coordinación en el movimiento.

La danzaterapia sensibiliza el cuerpo, desarrolla la afectividad y permite crear movimientos propios y ampliar los patrones de comunicación, con lo que se genera un yo corporal más seguro y con más posibilidades de expresión.

Fux señala que “la danzaterapia es un lenguaje no verbal que implica el movimiento de reconocimiento corporal, es un lenguaje encerrado que ayuda a transformar y mejorar lo que somos” (Fuentes, 1990, p. 53).

Esta terapia tiene como propósito tratar de recuperar el cuerpo olvidado, endurecido por límites psíquicos y físicos, a través de la liberación de una forma de energía a la que Fux llama creatividad.

Un factor motivacional básico de la danza terapia es la búsqueda del contacto con el sí mismo y con los otros. Al tocar cualquier parte del cuerpo sin temor, la persona empieza a conocerse y aceptarse y en el trabajo grupal aprende a valorar a los demás como son, reconociendo la diversidad de capacidades, por lo que es conveniente el trabajo con grupos heterogéneos, como en el entorno familiar y en la vida cotidiana.

Fuentes (1990) plantea que la terapia a través de la danza propicia el descubrimiento corporal, la adquisición de seguridad y una relación más asertiva con el ambiente, de ahí que sea un medio que contribuye a la integración de la personalidad.

La danza terapia estimula la expresión de los pensamientos, de la ideología y de los afectos a través del cuerpo. El lenguaje de la danza es altamente simbólico, cada posición, cada desplazamiento tiene una significación precisa, a veces desconocida para el propio individuo.

La aceptación del propio cuerpo es una de las metas que persigue esta técnica, bajo la premisa de que para poder aceptar a los demás hay que reconocerse y valorarse uno mismo. Así, la danza terapia es una vía muy amplia hacia una integración total, ya que el cuerpo, si es estimulado ampliamente a través de los sentidos es capaz de proyectar en el movimiento elementos inconscientes.

Algunos de los beneficios que se adquieren con la danza terapia son: seguridad, confianza, libertad de movimiento, flexibilidad (física y afectiva), mayor sensibilidad corporal, capacidad de expresión a través del cuerpo y la satisfacción que brinda desarrollar un trabajo grupal.

Para Fuentes (1990), el punto más trascendental de la danza terapia es la posibilidad que da a los participantes de integrar su personalidad y poder tener mejores resultados en su proceso de enseñanza - aprendizaje.

Lo anterior probablemente se relaciona con la función de la música que acompaña a las sesiones de psicodanza o con la memorización de las secuencias de movimiento, que implica una atención auditiva y visual sostenida y fina, una buena interiorización del esquema corporal y un mejor desempeño de la coordinación motriz (Reyes, 1995).

Se trata de un excelente medio preventivo y no sólo un tratamiento para diferentes trastornos afectivos. Es una terapia dinámica, que con base en el método integrativo,

propicia por medio del trabajo colectivo la solidaridad, la ayuda mutua y el compañerismo. También estimula la autodisciplina y el sentido de responsabilidad.

Es muy difícil entender qué es la danza terapia mediante explicaciones cognitivas, ya que se trata de una disciplina vivencial; es una terapia que propicia las tendencias de vida a través de experiencias integradoras, es una “forma de aprender a bailar la propia vida”, es una manera de aprender a moverse, a sentir y a comunicarse a través del cuerpo.

Por sus características es aplicable en personas muy diversas: desde el que tiene un coeficiente intelectual muy superior al promedio hasta el retrasado mental; desde el niño hasta el anciano y desde el enfermo hasta el hombre que quiere aumentar su autoconocimiento y su salud. Es un medio de rehabilitación que enfatiza en las potencialidades de cada individuo.

Para Fuentes (1990) la danza terapia persigue las siguientes metas:

- El conocimiento del propio cuerpo.
- Un autoconcepto más claro y la aceptación de sí mismo.
- La organización del esquema corporal.
- El equilibrio emocional.
- La orientación exacta en el espacio.
- Una estructura espacio-temporal correcta.
- El control de la respiración.
- Una mayor adaptación psíquica.
- Mejores posibilidades de adaptación al mundo exterior.
- Autonomía, dominio y agilidad.
- La convivencia grupal.

La psicodanza se basa en la terapia psicoanalítica y en la dinámica grupal, pero al no reunir de manera rigurosa todas las condiciones del psicoanálisis, es considerada como una técnica, ya que utiliza algunos procedimientos de dicha teoría (Telesforo, 1988).

Medina señala que la danza terapia es una técnica de psicoterapia de grupo, que induce a los participantes a contactar con su cuerpo a través de la música, produciendo cambios favorables en su persona. La danza terapia emplea el cuerpo para vivenciar fenómenos inconscientes, estimulando el sistema nervioso autónomo, así, el objetivo de esta técnica es “conectar el cuerpo con los recuerdos almacenados en el inconsciente y transformar la energía mecánica en energía neuroquímica. El agente curativo es la vivencia de alguna situación; significa que el sujeto experimenta que de nuevo está conectado” (cit. por Telesforo, 1988, p. 60).

Muchas escuelas han hecho del cuerpo un espacio donde las emociones y la expresión se convierten en súbditos del cuerpo visible y objetivado, debido a la fuerza de las propuestas conductistas, en donde todo es medible y observable (Levin, 1991).

Sin embargo en danzaterapia, no se trabaja a partir de una observación empírico-positivista, determinada por la interpretación objetiva de "la realidad". Como dice Levin (1991): la verdad no está del lado del terapeuta en psicomotricidad sino que surgirá del deseo del sujeto en el transcurrir de la clínica misma. Tampoco por ello queremos transformar la psicomotricidad en un psicoanálisis, ya que se ocupan de problemáticas diferentes. El psicomotricista se interesa por el cuerpo y la motricidad de un sujeto en sus diferentes variables: privilegia la mirada. El psicoanalista, en cambio, se ocupa de escuchar el discurso de un sujeto fundamentalmente en sus actos fallidos, sueños, olvidos, lapsus, etc., donde emerge el inconsciente: privilegia la escucha.

Sin embargo hay un punto fundamental en el que ambas disciplinas coinciden y es la importancia otorgada a la singularidad del individuo y por tanto el entendimiento de que las teorías no son sino una propuesta que abre un espacio hacia la reflexión y la discusión.

#### ***a) Técnicas utilizadas***

Aunque existen diversas técnicas para la aplicación de la danzaterapia, hay ciertos factores que son comunes a ellas: la búsqueda de una actitud proactiva de los pacientes, transformándolos en protagonistas de su propia curación, brindándoles herramientas para planificar sus vidas. No hay limitaciones de edad, sexo, condición social, grado de disponibilidad del movimiento o nivel de desarrollo intelectual para las distintas personas que incursionan en este proceso.

Una técnica que ha tenido gran influencia en la psicodanza es el Método Feldenkrais, que lleva ese nombre en honor a su creador: Moshé Feldenkrais (1904-1984), doctor en Ciencias de la Sorbona, ingeniero, físico y pionero en la educación somática. A partir de los años 40 desarrolló un sofisticado sistema que sintetiza principios de sus estudios en anatomía, neurología, biología, física, artes marciales y teorías del aprendizaje que traslada a la experiencia humana, para restaurar el funcionamiento normal y desarrollar el potencial de la persona, es decir, las habilidades físicas y mentales.

La pedagogía de Feldenkrais incluye un profundo entendimiento de la organización física del movimiento corporal con relación a la gravedad, los procesos de auto-regulación del sistema nervioso y de la integración indisoluble de la persona como un ser sensorial, emocional e intelectual, viviendo en relación con su medio ambiente y con otras especies.

Feldenkrais es reconocido internacionalmente, su método se aplica en diversos campos de la neurología, psicología, rehabilitación, deportes y arte. Éste se ha difundido a través de los libros que escribió, algunos de ellos ya traducidos al español como: Autoconciencia por el movimiento, La dificultad de ver lo obvio y El poder del yo, entre otros.

El Método es un sistema de auto-enseñanza que desarrolla diversas dimensiones del movimiento humano, diseñado para re-despertar nuestra curiosidad innata, recuperar vías de sensaciones, movimientos, pensamiento y sentimientos, alcanzando un funcionamiento altamente articulado y eficiente. A través de este método se puede aumentar el rango de movimiento, flexibilidad, coordinación y redescubrir la capacidad innata para la eficiencia y la recuperación del sentido joven del movimiento. Tal bienestar físico no es necesariamente un fin por sí mismo, a menudo, es una entrada hacia un mejoramiento generalizado de la persona en el medio ambiente que le rodea.

El Método se constituye por lecciones de movimientos que tienen como punto de partida la comodidad y la reducción del esfuerzo. Su énfasis está puesto en acrecentar la sensibilidad cinestésica, y mejorar el uso de la estructura esquelética, valiéndose de movimientos suaves, ligeros, precisos y adecuados al ritmo de cada persona. Las lecciones pueden ser grupales o individuales, de acuerdo con los propósitos que se persigan.

Actualmente existen entrenamientos profesionales en Europa y América. En 1998 se inició en Colima, México el primer entrenamiento profesional en el Método Feldenkrais, reconocido por el Feldenkrais Guild of North America FGNA y avalado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Colima. El entrenamiento es una oportunidad para el desarrollo personal y para un desarrollo profesional único, pues al abordar la educación somática es necesario explorar y experimentar en y con uno mismo. Durante el entrenamiento los participantes tienen una experiencia muy amplia en las dos modalidades del método: Autoconciencia por el movimiento e Integración Funcional.

Fux, quien para muchos es la creadora de la danza terapéutica explica que ella trabaja con grupos heterogéneos y abiertos, favoreciendo que cada persona que se incorpora seleccione su espacio dentro del aula. Al inicio de la sesión el danzaterapeuta busca dar confianza al grupo, para esto, primero se coloca en un punto fijo, haciendo notar a los participantes la importancia de las manos y la cabeza. Frente a ellos intenta vivir lo que dice, empleando palabras a las que denominó palabras madres – palabras movilizadoras que ayudan a comunicarse con el propio cuerpo – simultáneamente, con apoyo de música empieza a moverse, dibujando lo que siente, dando posibilidades más amplias a la expresión corporal, que funciona como un instrumento, para ayudar a reconocer la individualidad misma, permitiendo aceptar la proximidad y colaboración de los compañeros, estimulándolos a trabajar en grupo.

En la segunda parte de la sesión surge el desplazamiento que lleva a la improvisación, en donde las palabras madre (viento, agua, madre, vida, etc.) son asimiladas en forma diferente por cada individuo, construyendo un vocabulario personal que ayuda a mostrar la creatividad, confianza y seguridad, gratificándose no sólo por el propio desempeño, sino por el del grupo entero.

Fuentes (1990) utiliza en las sesiones de danzaterapia elementos de cultura física para desarrollar el tono muscular, la elasticidad, resistencia, fuerza, ritmo y flexibilidad; así como ejercicios que ayudan a compensar defectos posturales y a crear habilidades para el desarrollo de las diferentes danzas.

La expresión creativa se logra por medio de la dramatización, mímica, juegos, ejercicios de improvisación y bailes de historias. Con estas actividades quedan al descubierto los conflictos de cada participante y su forma de relacionarse con los demás, al tiempo que se influye para ir modificando las conductas antisociales.

Otra búsqueda importante de la técnica, es la localización de las partes del cuerpo, descubriendo las posibilidades del mismo, a través del movimiento y la creatividad, mediante ejercicios de improvisación.

Las actividades colectivas son fundamentales durante las sesiones de trabajo, ya que los ejercicios de comunicación y de encuentro no pueden realizarse danzando en forma solitaria. Al trabajar de manera grupal se establece un fuerte sentido de pertenencia.

Los aspectos que se deben considerar durante el trabajo con el grupo son:

- 1) La actitud ante los ejercicios: se presta atención a la disponibilidad del paciente para realizar las actividades, su grado de cooperación, su disciplina, el nivel de atención y la constancia para realizar los ejercicios (desde los más simples hasta los más complejos). También se observa la motivación y el estado de ánimo de los participantes.
- 2) Ejecución de los ejercicios: se debe observar el dominio del espacio, la seguridad del paciente al ejecutar los movimientos, su orientación espacial; su esquema corporal, que permite mover el cuerpo en un tiempo, un espacio y una dirección determinada. Esto se relaciona con la coordinación motora, con la plasticidad y el autocontrol. También se analiza la imaginación observada por medio de las interpretaciones personales, las emociones proyectadas y la creatividad durante la improvisación.
- 3) Relación del participante con el danzaterapeuta y con el grupo: se observan las conductas de agresión, pasividad, atención, indiferencia, cooperación, etc. hacia el instructor y hacia los compañeros.

Además es necesario conocer las habilidades intelectuales, las proyecciones emocionales y las relaciones sociales del paciente fuera de las sesiones de psicodanza. Esta información se obtiene mediante entrevistas a los familiares, con lo que se puede conocer la evolución del paciente a lo largo del tiempo fuera del contexto terapéutico.

Por lo anterior, es necesario al inicio del tratamiento realizar una entrevista psicológica que incluya los datos personales, el historial clínico y de desarrollo, la historia familiar, escolar o laboral, el desarrollo psicomotor y las características sociales de cada paciente.

El danzaterapeuta deberá respetar el grado de avance y las condiciones propias de cada participante, ayudándole a su propia expansión, para que las sesiones de terapia se conviertan en una experiencia muy placentera.

### ***b) Condiciones ambientales necesarias durante las sesiones de danzaterapia***

Fuentes (1990) propone realizar las sesiones en un salón amplio, sin distractores. Recomienda que el piso sea de madera, liso, limpio y con una temperatura agradable al contacto con el cuerpo. Lo anterior con el propósito de tener un ambiente cómodo y reconfortante.

Se recomienda disponer de telas sedosas y ligeras de colores para que los pacientes las seleccionen voluntariamente y las empleen como un medio de aproximación a los demás.

### ***c) Características y funciones del danzaterapeuta***

De acuerdo con Vella (2001), la función del danzaterapeuta implica el aprendizaje de un conjunto de técnicas y conocimientos teóricos, así como el desarrollo de su intuición, paciencia, tenacidad y capacidad de emplear y recrear los diferentes ejercicios aprendidos durante su formación profesional (clínica y dancística).

Debido a que el objeto de su trabajo, preventivo o de curación, es el ser humano, el danzaterapeuta debe tener conciencia de sus actos: sabrá si es eficaz su intervención sólo si reconoce sus propias motivaciones y si entiende por qué al dar una consigna se suscitan determinadas reacciones entre los participantes. Esto último no es una cuestión azarosa, sino el resultado de sus conocimientos teóricos y de su propia experiencia en la danzaterapia.

Los danzaterapeutas ejercen su profesión en diversos ámbitos: pedagógico, recreativo, de rehabilitación y clínico. Parten del concepto de salud como la posibilidad de aprender,

de desarrollar las potencialidades. La salud posibilita estructurar nuevas formas de expresión y de acción. La función del terapeuta es abrir canales de comunicación para facilitar el interjuego de la persona a través de la danza, la música, el silencio, el juego, la escritura, la palabra y el sentido del humor.

Durante las sesiones, el danzaterapeuta debe brindar seguridad al grupo a través de su propio cuerpo y de su mirada reflexiva. La relación entre él y el grupo deberá ser de igualdad.

Entre las principales funciones del terapeuta, Fuentes (1990) y Vella (2001) señalan:

- Conocer sus propios límites.
- Ejemplificar los ejercicios con su propio cuerpo.
- Ser expresivo y empático.
- Utilizar un lenguaje y un tono de voz motivantes e incitar al movimiento. Es recomendable hablar en primera persona, por ejemplo: “mi cuerpo pesa”, “mis manos danzan”, “soy el fuego”, etc.
- Motivar el desarrollo de la expresión corporal y propiciar nuevas reacciones comunicativas entre los miembros del grupo.
- Generar confianza en el grupo.
- Estimular a los participantes, reconociendo sus logros personales y respetando el ritmo de cada alumno.
- Encausar a los alumnos hacia la búsqueda de un equilibrio emocional.
- Escuchar suspendiendo juicios y prejuicios.
- Favorecer un clima de alegría y confianza, que permita a los integrantes reconocer el valor del grupo. Propiciar que se miren, que se escuchen y que se sientan.

#### ***d) Ventajas de la danzaterapia***

- Cualquier persona, puede participar, independientemente de sus características físicas, psicológicas y afectivas. La danzaterapia rompe con esquemas de segregación o elitismo.
- Las técnicas psicocorporales se basan en la dinámica de una comunicación que evoluciona dentro del grupo “todo el arte del educador estriba en el mantenimiento de esa dinámica” (Lapierre y Aucouturier, 1983, p. 12).

La importancia de la dinámica grupal permite orientar gran parte de las actividades hacia la comunicación, la aceptación del otro, el acuerdo, la relación de ayuda, es decir, la estructuración de un grupo cooperativo y autogestor, por lo que la búsqueda se dirige

a la creatividad de los participantes, a la observación y análisis de su comportamiento y a proponer (sin imponer) nuevas direcciones de búsqueda.

- Permite disminuir las defensas, ya que se aleja de factores racionales, para dar paso a elementos lúdicos de carácter inconsciente, en un ambiente de seguridad y aceptación.
- La danzaterapia, al igual que en la educación psicomotriz trabaja con lo que la persona tiene de positivo; se interesa por lo que sabe hacer y no por lo que no sabe. A partir de ahí la relación entre educador - educando o terapeuta – paciente se distiende y la persona encuentra confianza y seguridad.
- Al igual que en el psicoanálisis, no se pretende desaparecer los síntomas, que son la vía de expresión del individuo. Con ello sólo se conseguiría aumentar las tensiones internas, ya que toda forma de reeducación coercitiva se percibe como “ansiógena y culpabilizante y con ello sólo se obtiene un aumento de las resistencias... Sucede también que el individuo acepta abandonar su síntoma pero para transferir su demanda afectiva inconsciente sobre otro síntoma (desplazamiento)... Toda pulsión inconsciente reprimida debe encontrar un medio de expresión simbólico y en tanto no encuentre un mejor camino de salida se irá invistiendo en síntomas sucesivos. Si los medio de expresión le son prohibidos veremos aparecer la angustia o alteraciones psicósomáticas” (Ibidem, p. 16).

#### ***e) Aplicaciones de la danzaterapia***

La psicodanza ha ido captando gradualmente la atención de especialistas en diferentes áreas: psicólogos, psiquiatras y educadores, entre otros, quienes han realizado investigaciones en Europa, Estados Unidos, Italia, Argentina, Cuba y México, por citar algunos países, con el propósito de fundamentar empíricamente sus postulados (Reyes, 1995). Algunos de esos resultados son los siguientes:

- **Trabajo con niños sordos e hipoacúsicos**

A mediados de los años 60's, María Fux, en Argentina, observó los efectos terapéuticos de la danza al trabajar con grupos de niños sordos, sosteniendo que “el movimiento así como su estimulación a través de la música, la palabra o el silencio va revelando en el espacio la psicología de cada individuo, al mejorar las posibilidades existentes del sujeto, desarrollar otras y fomentar la creatividad individual a través de la improvisación, estimulando la parte física y psíquica de la persona”.

- **Terapia psicomotriz y psicosis**

- Geather realiza con éxito trabajos de terapia psicomotriz en niños con psicosis, utilizando dos expresiones artísticas como factores terapéuticos: la música y la danza (Telesforo, 1988).
- En México, Servín y Rogel (1999) realizaron una investigación empírica con el objetivo de mejorar el autoconcepto en pacientes psicóticos, mediante la utilización de la danza terapia. El programa incluyó ejercicios de sensibilización y concientización corporal, ubicación espacial, expresión corporal y creación de una coreografía.

Los resultados permitieron concluir que el autoconcepto total de los pacientes psicóticos se elevó gracias a la utilización de la danza terapia. El trabajo de concientización del cuerpo, del movimiento y del espacio genera una mayor conciencia del yo, que se refleja en una autocrítica más apegada a la realidad y mejora en las relaciones con los demás.

- **Atención a personas con discapacidad física y mental**

En el hospital psiquiátrico de la Habana, en Cuba, Bornell publica los avances obtenidos en un programa en el que se emplea el psicoballet para el tratamiento de niños y adolescentes con alguna discapacidad física y mental, concluyendo que con las técnicas utilizadas para el movimiento del cuerpo, se obtenía en los pacientes mayor autoconfianza y se incrementaba la colaboración grupal.

- **Tratamiento de pacientes con atipicidad múltiple**

Fuentes (1990) realizó un trabajo de investigación que la llevó a concluir que la danza terapia es un método de apoyo para pacientes que presentan atipicidad múltiple. Su muestra incluyó a 5 personas con problemas de ceguera, debilidad visual, sordera, minusvalía física, deficiencia mental y trastornos emocionales. Las edades del grupo fluctuaron entre los 19 y 38 años y se reportaron diferencias estadísticamente significativas en favor de aspectos psicoafectivos, psicomotor, cognitivo y de adaptación social, antes y después del tratamiento, así como mayor maduración en el esquema corporal y una vivencia del cuerpo más positiva.

- **Tratamiento para alteraciones afectivas**

La American Journal of Dance Therapy publicó un artículo de Berrol en el que se reportan los resultados obtenidos en una investigación encaminada a conocer los efectos

del movimiento (danzaterapia) en los procesos neurofisiológicos y la influencia de dichos cambios en la mejoría de pacientes con trastornos afectivos, como consecuencia de la conexión que existe entre el cuerpo y la mente, reportándose resultados favorables (Reyes, 1995).

- **Atención en niños con retraso en su maduración**

Reyes (1995) realizó un trabajo de investigación con 14 niños que presentaban un retraso en su maduración de aproximadamente 12 meses; aplicó un diseño cuasi experimental, utilizando la prueba no paramétrica de Wilcoxon (W) y comparó el nivel de maduración antes y después del tratamiento (danzaterapia). Para medir el grado de madurez, se utilizó el test Gestáltico Visomotor de Laretta Bender, calificado con la escala de Koppitz. Todos los niños tuvieron un aumento en su nivel de maduración después del tratamiento, y Reyes concluyó que los niños con retraso en su nivel de maduración presentan un incremento estadísticamente significativo después de aplicada la danzaterapia.

- **Tratamiento de trastornos psíquicos y psicosomáticos**

Klein (2002) plantea que la danzaterapia es una técnica que se utiliza para el tratamiento de pacientes que presentan algún trastorno psíquico como angustia, miedo, fobias, etc., o bien para la atención de personas con algún trastorno psicosomático. Se menciona que esta técnica favorece el paso de un estado de “simbiosis hacia la individuación”.

- **Tratamiento en pacientes con trastornos de la alimentación**

Los pacientes con algún trastorno de la alimentación (anorexia, bulimia, obesidad) padecen distorsión de su imagen corporal, baja autoestima y pobre concepto de sí mismos, suscitándose a menudo problemas de relaciones interpersonales y dificultad para identificar sus propios sentimientos. A través de la danzaterapia estos pacientes son animados a reconocer la tensión en sus cuerpos como un signo de sus emociones reprimidas. Este reconocimiento permite controles y elecciones más saludables para reemplazar conductas autodestructivas que caracterizan a dichos trastornos. Mediante la danzaterapia estos pacientes pueden expresar sus sentimientos simbólicamente a través del movimiento (Vella, 2001).

## Capítulo IV

# Una Propuesta para el Tratamiento de la Anorexia Nerviosa a través de la Danzaterapia

*La ruta humana sigue el camino del perfeccionamiento. Cada persona, si se encuentra en un ambiente favorable: de aceptación y respeto es capaz de ir reinterpretando sus significados vitales.*

**Laura Hernández**

La danzaterapia es un medio de autoconocimiento a través de la vivencia del cuerpo, que posibilita el contacto de la persona consigo misma y con los demás. Al influir en la noción espacial propicia una serie de aprendizajes vinculados con la distancia, la forma, y la posición del propio cuerpo en relación con los objetos y las personas, por lo que resulta fundamental para el establecimiento de relaciones interpersonales significativas.

También permite tomar conciencia de la dimensión temporal, en la medida en que cada posición de los músculos y de las articulaciones sigue un ritmo, una secuencia.

Si se cree, como Clifford Scott, que “los límites del esquema corporal son los límites del tiempo y del espacio, esto significa que engloba toda experiencia posible” y que quizá la experiencia a través de la psicodanza sea un medio para incidir positivamente en la autoimagen (Aisenson, 1981, p. 268).

Un primer factor que se debe considerar al iniciar un trabajo terapéutico es el establecimiento de los objetivos a alcanzar durante las sesiones, las características del grupo de trabajo y las condiciones previas al tratamiento.

A continuación se deben conceptualizar algunos de los principales términos dancísticos que se emplearán en las sesiones.

También es importante mencionar los requisitos básicos que debe cubrir el espacio físico en el que se realicen las actividades y proponer algunos materiales que se pueden emplear para enriquecer o facilitar las experiencias.

### ***Objetivo general:***

Aplicar técnicas de danzaterapia que incidan favorablemente en la disminución de los síntomas de la anorexia nerviosa.

### ***Objetivo particular:***

Desarrollar habilidades que permitan al individuo identificar y expresar sus pensamientos y sentimientos en un ambiente grupal de confianza, encontrando un efecto benéfico sobre la reconstrucción de la imagen corporal, del autoconcepto y la autoestima, al tiempo que se favorecen las relaciones interpersonales significativas a través de la danzaterapia.

Para facilitar el logro de los objetivos es conveniente desglosarlos en los siguientes componentes de la personalidad:

#### **1) Físico**

- Aumentar el bienestar y la salud por medio del ejercicio.
- Tomar conciencia de las sensaciones internas e incrementar el rango de expresividad, desarrollando a nivel receptivo y expresivo las capacidades sensoriales del individuo.
- Contribuir al desarrollo del esquema corporal: control, equilibrio y coordinación.
- Ganar fuerza física, flexibilidad, resistencia y agilidad.

## **2) Factores Psicológicos**

### **a) Cognitivo - conductuales**

- Desarrollar habilidades que propicien cambios conductuales como la relajación y la disminución de la ansiedad.
- Desarrollar habilidades de observación.
- Mejorar los procesos de atención y memoria al escuchar e interpretar las consignas.
- Acrecentar la capacidad de aprendizaje al resolver problemas del movimiento.
- Activar en los participantes la manifestación de sus potencialidades y el desarrollo de su creatividad, a través de la improvisación.

### **b) Afectivos**

- Aprender a definir los sentimientos personales mediante movimientos contrastantes.
- Expresar los afectos a través del movimiento.
- Realizar actividades que permitan expresar los sentimientos verbalmente, mediante la traducción de las vivencias al bailar.
- Satisfacer necesidades lúdicas y anímicas del individuo.
- Ayudar a satisfacer espacios de frustración acumulados por deseos que nunca se cumplieron, e incluso, ser un medio para desarrollar nuevas habilidades.

### **c) Autoconcepto e imagen corporal**

- Favorecer el autoconocimiento a través de la vivencia del cuerpo.
- Activar e integrar diferentes partes del cuerpo.
- Favorecer la reestructuración de la imagen corporal, para lograr una vivencia del cuerpo más gratificante. Aprender que además de la apariencia física existen aspectos espirituales de gran valor, que quizá no han sido descubiertos.

#### **d) Autoestima**

- Acrecentar la autoestima, la iniciativa y el deseo de superación.
- Conocer y apreciar el cuerpo y sus funciones.
- Generar sentimientos de satisfacción por el dominio del movimiento y por desenvolverse en un ambiente de clase no competitivo.
- Aprender a tomar riesgos y a equivocarse en un entorno de confianza.

#### **e) Habilidades comunicativas**

- Ampliar el nivel de expresión corporal.
- Identificar y expresar lo vivenciado.
- Integrar palabras, creencias y acciones.
- Incrementar el repertorio de expresiones, gestos y posturas, siendo más creativos al comunicarse.

### **3) Aspectos sociales**

- Estimular la integración social y el establecimiento de relaciones interpersonales gratificantes.
- Desarrollar el sentido de pertenencia en un grupo
- Participar en actividades colectivas y aprender a cooperar.
- Ser receptivo de los demás y aprender a tocar y ser tocado por los otros.
- Integrar a individuos con diferentes estilos de vida y aprender a apreciar la diversidad de las personas.
- Desarrollar conciencia de sentimientos y experiencias compartidos.
- Organizar periódicamente una muestra de las creaciones artísticas a la comunidad, con el propósito de reforzar las expectativas de logro social entre los participantes.

### ***Características del grupo terapéutico***

Se propone ubicar a los participantes en secciones por rangos de edad, ya que es recomendable que los miembros del grupo presenten problemas similares y que sus etapas de vida no sean tan distantes, para que se genere empatía.

Para poder dar mejor atención a los pacientes se aconseja que el grupo de trabajo esté integrado entre 5 y 18 personas y que las sesiones tengan una duración de 90 a 120 minutos. En el caso de adolescentes se recomienda establecer dos sesiones a la semana.

Los grupos también se pueden clasificar en categorías que incluyan la prevención, curación, rehabilitación, reeducación y atención primaria para pacientes que tienen síntomas de anorexia nerviosa o que han presentado algún trastorno alimenticio, estrés, o alteraciones afectivas.

### ***Consideraciones previas a la psicodanza***

Como se ha mencionado, durante el tratamiento es importante que el facilitador o facilitadores tengan presentes los objetivos generales y específicos al preparar las sesiones y que recuerden que no se deben centrar en el dominio de ejercicios técnicos, sino estimular al grupo para que logre alcanzar los propósitos terapéuticos.

Se recomienda que las actividades sean coordinadas por un psicólogo y un especialista en danza, ya que la participación de dos instructores durante las sesiones permite observar con mayor detalle la dinámica grupal.

Dada la naturaleza multifactorial de la anorexia nerviosa, antes de iniciarse el ciclo de danza terapéutica, el paciente debe ser valorado y estudiado por un equipo multidisciplinario, conformado por un médico, un nutriólogo y un psicólogo, los cuales deberán conocer los objetivos planteados en cada disciplina y mantener estrecha comunicación sobre el avance de los mismos.

Las personas que participan en un grupo de psicodanza deben ser entrevistadas, así como los miembros más significativos de su familia, con el propósito de conocer sus antecedentes y poder integrar, con apoyo de una batería de pruebas psicológicas, un diagnóstico previo al tratamiento, que sirva para evaluar la situación de cada paciente y que posteriormente permita analizar los posibles cambios como resultado de la terapia.

Se ha reiterado que en la anorexia nerviosa existe desproporción al estimar el tamaño del cuerpo en general, o de partes de él; por tanto, la evaluación de estos pacientes debe

incluir el estudio de la percepción, los sentimientos, las conductas y las cogniciones relacionadas con su propio cuerpo.

Para evaluar la percepción corporal se utilizan muchos procedimientos: de distorsión de imagen, analógicos, siluetas, trazado de imagen, etc. (se recomienda revisar a Mora y Raich, 1993<sup>a</sup>, cit. por Raich, 1998).

Una técnica que permite al evaluador conocer la distorsión que presenta cada paciente es solicitarle que plasme sobre un papel las medidas que ha creído que corresponden a su espalda, cintura y cadera. Después se marca una silueta uniendo los extremos de dichas partes y se pide a la persona que se coloque de espaldas a la figura, para delinear el cuerpo con un marcador sobre la silueta anterior. Las diferencias observadas son enormes.

En el caso del tratamiento para pacientes con anorexia nerviosa se sugiere incluir el test proyectivo de la figura humana (Machover), una evaluación de la insatisfacción corporal (entrevistas, cuestionarios y autorregistros) y un test de Autoconcepto, como el Tennessee Self Concept Scale.

Una vez definidos estos parámetros, se trabaja sobre “vivencias” destinadas a relajar, reflexionar, autoevaluar y equilibrar los componentes predominantes de la personalidad.

Se recomienda realizar un diagnóstico inicial de los síntomas, creencias, problemáticas y expectativas que tiene el grupo de trabajo y negociar los objetivos de crecimiento mediante un contrato grupal.

En la actualidad las personas están sometidas a presiones constantes, dando muy poco espacio a las sensaciones de descanso. Ese ritmo de vida puede ocasionar al individuo serias enfermedades de orden psicosomático, por lo que es importante que en las sesiones de psicodanza se propicien sensaciones de libertad y alegría.

### **Términos dancísticos**

Todo instructor de danza de cualquier especialidad debe manejar los siguientes elementos dancísticos, ya que con ellos podrá crear sus propias secuencias:

**Cuerpo:** Partes  
Formas  
Relaciones  
Equilibrio

**Esfuerzo:** Energía  
Peso  
Flujo

**Movimiento:** Locomotor  
No locomotor

**Espacio:** Lugar (kinesfera)  
Tamaño (pequeño/grande, lejos/cerca)  
Niveles (bajo, medio, alto)  
Direcciones (adelante, atrás, derecha, izquierda)  
Trayectorias (rectas, curvas)  
Focus (punto de interés)

**Tiempo:** Velocidad (rápido, lento)  
Ritmo (patrón, respiración)

**Estructura de  
la Clase:** Tema recurrente  
Abstracta  
Anecdótica

A continuación se enlistan algunos de los temas de movimiento elementales, entre los que podemos retomar para los fines de esta propuesta los siguientes:

- 1) Temas relacionados con la conciencia del peso y del cuerpo
- 2) Con el flujo del peso corporal en el espacio y el tiempo
- 3) Relacionados con el uso instrumental de los miembros del cuerpo
- 4) Con las figuras y esfuerzos, empleando diferentes partes del cuerpo
- 5) Temas relacionados con cualidades expresivas, y
- 6) Temas que contribuyen a la adaptación con compañeros y a despertar la participación en grupo.

### ***Consideraciones para elegir el espacio o salón en donde se realizarán las actividades:***

- Se recomienda que el local sea lo más amplio posible.
- Que tenga una acústica adecuada.
- Debe contar con buena iluminación, pero es deseable tener la posibilidad de disminuir gradualmente la luz.
- Estar bien ventilado.
- Tener un piso suave y cálido, como duela o alfombra, que permita disfrutar las actividades en contacto con el suelo.

### ***Materiales que se pueden emplear durante las sesiones***

Una amplia selección musical es importante para que los pacientes aprendan a identificar los tiempos en el ritmo. La música facilita la variación en los movimientos: al aumentar la velocidad se liberan las pulsiones violentas, la afirmación de sí, la agresividad. Aunque con ello se rompa el acuerdo, se favorece la independencia del Otro, en tanto la música lenta invita a las regresiones y a la relajación.

Para las actividades tanto individuales como grupales se utilizan medios complementarios de la danza como claves, aros, cintas, cuerdas, resortes, pelotas y otros objetos.

Los aros, a pesar de su contacto poco agradable, tienen la ventaja de expresar de manera simbólica la aceptación del otro dentro de “su espacio”, de facilitar la aceptación lúdica de los contactos corporales y propiciar el acuerdo gestual. Ya que el material más adecuado para desarrollar las percepciones tensionales son las cuerdas, se recomienda que sean flexibles y de contacto agradable.

### ***Desarrollo general de las sesiones***

Es conveniente que la técnica se realice en ciclos de ocho a nueve meses en diferentes etapas. Aunque se enfatiza en la creatividad del instructor o coordinador, es importante, como ya se mencionó que éste tenga claros los objetivos a alcanzar con cada actividad, considerando las siguientes estructuras básicas:

- a) calentamiento físico,
- b) desarrollo de habilidades,

- c) expresión creativa,
- d) actividades de relajación y
- e) Reflexión verbal

A continuación se proponen dos estructuras generales de clase adecuadas para adolescentes:

### **I. Sesión de 50 minutos**

#### ***Primera Opción***

- 20 minutos de calentamiento
- 10 minutos de exploración de conceptos
- 1 minutos de desarrollo de habilidades
- 1 minutos de creación
- 5 minutos de enfriamiento

#### ***Segunda opción***

- 20 minutos de calentamiento
- 1 minutos de exploración de conceptos
- 5 minutos para el desarrollo de habilidades
- 1 minutos de creación
- 10 minutos de enfriamiento

### **II. Sesión de 90 minutos**

- 35 minutos de calentamiento
- 1 minutos de exploración de conceptos
- 20 minutos para el desarrollo de habilidades
- 20 minutos de creación
- 10 minutos de relajación

En cualquiera de las opciones que se elija habrá que adicionar un tiempo para la reflexión grupal para las vivencias.

Como se puede observar, durante los primeros minutos de cualquier sesión se deben desarrollar actividades que permitan el calentamiento muscular, para evitar lesiones. Esta etapa de calentamiento también implica una adaptación psicológica y afectiva, que propicie la confianza entre los participantes. En esta etapa se debe ir introduciendo la terminología dancística.

A continuación se recomienda que los participantes vayan reconociendo las partes de su cuerpo y con ello sus posibilidades de movimiento. En la danza estructurada se requiere la reproducción de ciertos movimientos realizados por el terapeuta, con el propósito de estimular la memoria auditiva, rítmica y secuencial.

En la tercera etapa de la sesión se favorece la exploración libre, con la idea de estimular la creatividad, la integración grupal y la noción espacial. Se improvisa sobre movimientos, frases y danzas.

Después, para concluir la actividad física se recomienda realizar ejercicios específicos de estiramiento y de relajación.

En la última parte de la sesión se debe fomentar la reflexión sobre los propios sentimientos y la observación respetuosa del trabajo de los otros, así como la expresión verbal de las experiencias corporales, con retroalimentación por parte del instructor.

Es muy importante que se realice un cierre de las sesiones, para que los participantes no se vayan con un estado mental de confusión o de ansiedad.

Como se puede observar, la secuencia de las actividades lleva a los participantes gradualmente a situaciones de mayor libertad, en donde al final se pueden manifestar más fácilmente proyecciones de sus estados de ánimo, ya que disminuyen las defensas.

Paulatinamente se completa el mecanismo de autorrealización desarrollado durante seis ciclos (que pueden ser mensuales), donde cada uno concluye con la evaluación del paciente, y da continuidad al próximo, para ello es importante que el terapeuta vaya haciendo anotaciones sobre los avances de los participantes a lo largo de todas las sesiones.

Se pueden elaborar diagramas con la ubicación de los integrantes y los avances observados en diferentes aspectos como grado de acercamiento con los otros, disponibilidad para realizar las consignas, evolución en los procesos creativos y temas recurrentes que proyecten en las actividades libres.

A pesar de que se han estructurado dos propuestas generales de sesiones, éstas varían de acuerdo con las condiciones de los participantes y del ambiente. Sin embargo, en cualquier caso se espera que al concluir el tratamiento la persona logre incrementar su autoconciencia, mejorar su imagen corporal, que se acepte a sí misma y a los demás, y que disfrute los aspectos artísticos y estéticos que le proporcionan un nuevo sentido a su vida.

### ***Sugerencia de actividades***

Es importante al inicio del tratamiento que los participantes se conozcan entre sí, y que se genere un ambiente de confianza, para ello se pueden emplear diversas técnicas que tienen como propósito aprenderse los nombres y principales intereses de los participantes en un contexto lúdico.

También se debe propiciar la manifestación de las expectativas individuales y grupales, contrastándolas con los objetivos terapéuticos y hacer una integración de las mismas.

A continuación se proponen algunas actividades específicas para llevar a cabo un programa de danzaterapia:

**a) Calentamiento:** Estos ejercicios tienen como objetivo ir introduciendo a los participantes en las actividades, desde un punto de vista físico y psicológico, es decir, permitiendo que las personas se sitúen en el aquí y el ahora.

Las siguientes actividades también tienen el propósito de evitar lesiones musculares:

- 1) Caminar libremente por todo el salón a un ritmo lento y después cambiar un pulso más acelerado.

Se puede realizar el mismo ejercicio, pero tomando de la mano a un compañero que cada quien elija libremente.

- 2) Palmear un ritmo lento y después, gradualmente incrementar la velocidad, sin avanzar.
- 3) Con una música lenta o empleando sonidos de la naturaleza, caminar por la orilla del salón y mover la cabeza hacia la derecha e izquierda; hacia abajo, hacia atrás y en círculo. Después mover los hombros hacia arriba, hacia abajo y circularmente.

Posteriormente mover las manos formando círculos, abriendo y cerrando los puños. Hacer movimientos circulares grandes hacia fuera y hacia adentro con los brazos y por último mover el torso, hacia delante y hacia atrás, hacia un lado y hacia el otro.

- 4) Sentarse en círculo con las piernas cruzadas. Con música que vaya aumentando gradualmente su velocidad, elevar los brazos y sacudir rápidamente las manos. Cuando escuchen el acento musical los participantes deberán tocar la parte del cuerpo indicada por el terapeuta sin equivocarse y así sucesivamente, con diferentes partes del cuerpo.

Este ejercicio tiene una variación: en lugar de tocar las partes del propio cuerpo se puede hacer tocando al compañero de al lado.

- 5) Colocarse frente al espejo y siguiendo el ritmo de una canción de cuna tocarse el cuerpo lentamente y nombrar cada una de sus partes.

**b) Desarrollo de habilidades:** Se refiere a la fase de la sesión en la que las actividades son dirigidas por el coordinador y se pueden subdividir en:

- 1) **Actividades de Contacto y Cooperación:** En su forma más elemental la cooperación se puede considerar como un acuerdo, que consiste en una búsqueda de simultaneidad: hacer lo mismo al mismo tiempo. Es identificarse con el otro en una escucha permanente que propicia un ajuste recíproco y constante.

Progresivamente las situaciones irán evolucionando hacia movimientos de mayor complejidad, en donde ya no se trata de hacer lo mismo, sino de complementar el gesto o el movimiento del Otro.

A partir de ese momento los participantes entran en un acuerdo de colaboración, que puede trasladarse a todas las actitudes de construcción y búsqueda, incluso las intelectuales.

Para Lapiere y Aucouturier (1983), el acuerdo es una búsqueda de adaptación corporal y motriz espontánea, que tiene como fin el diálogo a través de gestos improvisados, cargados de contenido emocional. “Es aprender a tener confianza en su espontaneidad y en la de los demás en el intercambio, en la creación de una armonía de comunicación” (p. 99)

Lo anterior se debe trabajar en un escenario de intercambios coherente, en donde las relaciones de ayuda estén por encima de las relaciones competitivas.

Esta búsqueda del acuerdo conduce a la verdadera socialización (que no es la sumisión a una regla común), sino la posibilidad de intercambios auténticos con los demás, de relaciones de aceptación, comprensión y respeto.

Al realizar actividades grupales de psicomotricidad, los participantes manifiestan sentimientos hostiles hacia el padre (exacerbados por el complejo de edipo), quien representa lo prohibido, a la par que el rival, por ello durante las sesiones se puede observar la “muerte” simbólica del padre, lo que también representa la destrucción del orden, la ley y la estructura. Cuando estos sentimientos se viven de manera

muy culpabilizada, el orden aparece como la búsqueda de una seguridad intelectual, para compensar la inseguridad afectiva experimentada.

El contacto favorece la comunicación directa con los Otros y por tanto permite simbolizar las primeras relaciones objetales significativas, que se dieron a través de la piel. Sin embargo, el contacto directo no es fácilmente aceptado, ni buscado espontáneamente, excepto en dos tipos de situaciones: la agresión (empujar, tirar, desequilibrar) y en la danza, que con apoyo de la música fomenta la organización espontánea de grupos que se unen tomándose de la mano, el hombro o la cintura, facilitando el contacto, el acuerdo y la sincronía del gesto.

El acercamiento a través de los objetos como “transmisores de tensiones” está menos culpabilizado que el contacto directo y aparece prácticamente de manera espontánea. Es al principio, por lo común, una búsqueda de oposición, en la que se simboliza la agresividad. De esta manera son empleados los palos, las cuerdas, las telas y hasta los balones, que permiten atraer a los otros hacia sí, o repelerlos. Pero una vez que las tensiones van disminuyendo se abre paso al acuerdo. Así, cuando los participantes se percatan del placer del contacto, los objetos se van dejando de lado para permitir el acercamiento directo.

Algunas situaciones que facilitan alcanzar ese acuerdo son:

- Los intercambios de objetos, en una búsqueda de armonía del gesto y de la trayectoria,
- la búsqueda de simultaneidad o de alternancia en los movimientos y
- la creación libre.

Para este alcanzar los objetivos del acuerdo se propone a los participantes:

- Colocarse por parejas (de frente). Uno de ellos inicia los movimientos que su compañero tendrá que reproducir fielmente, como si fuera un espejo, respetando el ritmo de la música. También se puede sugerir realizar acciones concretas como vestirse, peinarse, lavarse las manos, etc. Cambiar de guía después de un rato. *Se sugiere usar música de polka.*
- Colocarse por parejas, en donde uno de ellos representa al “escultor” y el otro a la “arcilla”. La “arcilla” debe cerrar los ojos al ser esculpido por su compañero. Cuando el “escultor” ha terminado, la “arcilla” deberá abrir los ojos y tratar de adivinar la figura que representa.

Una variante de este ejercicio es formar tríos, en donde uno es “el modelo”, otro “la arcilla” y el tercero “el escultor”. En este caso, el “escultor debe formar su “arcilla” de acuerdo con la forma en que se coloque el modelo.

*La música sugerida es el 2º movimiento de “La Primavera”, de Las Cuatro Estaciones de Vivaldi.*

- 2) **Actividades de Seguridad:** Los ejercicios cerca del piso propician sensaciones de seguridad. El contacto con una superficie cálida y agradable puede producir regresiones; en tanto, “alejarse del suelo es escapar, liberarse, conquistar el volumen, adquirir independencia” (Lapierre y Aucouturier, 1983, p. 38).

Hacerse muy pequeño es replegarse sobre sí mismo, meterse en sí, abandonar el mundo de los demás; es protegerse, esconderse. A nivel de vivencia simbólica profunda representa una regresión prenatal. En tanto hacerse grande implica conquistar el espacio, expandirse, buscar el efecto del gesto más allá del propio cuerpo, es afirmarse, es vivir.

Estos ejercicios producen ambivalencia entre el deseo de permanecer en el suelo y el de escapar de él. Los adultos que han vivenciado profundamente este tipo de situación la verbalizan difícilmente, tienen únicamente el recuerdo confuso de un estado emocional muy intenso, de tipo fusional y de un placer profundo que no pueden analizar con facilidad.

Las nociones de apertura y cierre dan origen a la idea de espacio cerrado, de interior y exterior, relacionados con los conceptos de pertenencia y conjunto, que se vinculan directamente con el espacio afectivo. El espacio afectivo cerrado puede brindar sensaciones de seguridad (la casa) o de ansiedad (claustrofobia); en tanto el espacio afectivo abierto al mundo de los demás puede ser vivenciado en un plano segurizante (de intercambio) o insegurizante (cuando predomina la agresión). Tomando en cuenta el modelo semántico lacaniano es interesante observar la certeza del lenguaje popular cuando se emplean frases como “encerrarse en sí mismo” o “abrirse a los demás”. Esta vivencia interior de apertura y cierre se puede experimentar fácilmente a través de la expresión corporal.

Hay espacios tabú, como el centro de la sala y las cercanías del educador o de los eventuales espectadores, por lo que se ocupan muy tardíamente. Cada persona o cada grupo escoge su lugar, su territorio. Investir el espacio de la sala por el desplazamiento de todos los objetos, representa simbólicamente ser aceptado en el espacio de los demás y aceptar a los otros dentro de su espacio.

Por otra parte, la idea de simetría está condicionada por la vivencia del eje corporal. Todas las nociones de orden, como alineaciones, regularidades y equidistancia, están vinculadas con la ley y por tanto, pertenecen a la esfera de la autoridad, del padre simbólico.

A partir de lo anterior se pueden crear ejercicios que permitan vivenciar sensaciones de seguridad y expansión:

- Solicitar a la mitad del grupo que se cubran los ojos con una mascarada, para que la otra mitad los conduzca por el salón. Es importante señalar que aquellos que son “ciegos” puedan confiar en los que “ven”. Cuando el participante se acostumbra a caminar con los ojos tapados de manera confiada y segura deberá ser conducido a sentir distintos objetos del salón. *Se sugiere emplear el 3er movimiento de “Otoño” de Vivaldi.*
- Colocarse de pie en el lugar del salón que cada participante elija y escuchando música lenta, poco a poco balancearse hacia delante y hacia atrás, en forma simétrica con respecto al eje del cuerpo (es importante alcanzar una concentración corporal).
- De rodillas oscilar el cuerpo hacia adelante hasta el límite de pérdida de equilibrio, utilizando las rodillas como punto de apoyo.

Una vez recuperada la posición inicial, repetir el ejercicio, pero oscilando hacia atrás.

Esta actividad también se puede realizar con los ojos cerrados, con una música lenta y tranquila

- Pintar con un gis un círculo grande en el piso. Colocarse sobre la línea y con los brazos al lado, a la altura de los hombros, caminar hacia atrás, siguiendo la línea del círculo. Este ejercicio también se puede realizar con los ojos cerrados.

*Música sugerida: Marcha de 4/4 muy lenta y en tono bajo.*

- 3) Conciencia del espacio:** Estas actividades tienen como finalidad que el participante pueda utilizar el espacio que le rodea, aprender a desplazarse de un lugar a otro y a trabajar con direcciones.

Otro objetivo es distinguir el espacio propio, los movimientos en un lugar fijo y el espacio colectivo, así como aprender el significado de derecha-izquierda, delante-detrás, arriba-abajo, dentro-fuera.

- Para estos ejercicios se sugiere que el terapeuta se ponga de acuerdo con el grupo para el manejo de las siguientes claves:

**1ra. Clave.** Cuando escuchen dos golpes de pandero se arrodillarán y esconderán la cabeza entre las rodillas.

**2ª Clave.** Cuando escuchen un ritmo específico que sirva para saltar, brincarán libremente por el salón.

**3ª Clave.** Cuando escuchen que se rasca el pandero con las uñas, se sentarán rápidamente y girarán sobre sus glúteos.

**4ª Clave.** Cuando oigan que el pandero es sacudido, deberán tomarse de las manos y formar un círculo grupal.

- Gatear libremente por todo el salón, y seguir las instrucciones del terapeuta, moviéndose grupalmente en diferentes direcciones. Combinar los sentidos utilizando otras formas de desplazamiento como caminar, correr, saltar, etc.
- Enseñar a los participantes las direcciones del salón, haciendo diferentes movimientos de rotación.
- Caminar libremente por el aula y al oír los acordes agudos de la música pararse sobre la media punta y estirar los brazos hasta el techo. Continuar caminando y al escuchar los sonidos graves, ponerse en cuclillas con los brazos y la cabeza abajo.

Este ejercicio puede tener una variante: al escuchar una señal determinada, abrazar a algún compañero.

- Caminar por el salón imaginándose que trazan dibujos ondulantes en el piso. El terapeuta se podrá auxiliar de listones para colocarlos sobre el suelo en diferentes formas.

*Música sugerida: vals*

#### **4) Expresión y movimiento:**

El participante deberá tener la oportunidad de entender la diferencia entre fuerza y tiempo (conceptos ligados a sentimientos y representaciones).

Algunas de las actividades específicas sugeridas son:

- Desplazarse en círculo tomados de la mano, lenta y ligeramente, “como si caminaran sobre una nube o en la luna”.
- Caminar lento, pero pesadamente, “como si fueran elefantes”
- Correr rápido y ligero “como si fueran hormigas”
- Correr rápido y pesado
- Caminar duros y rígidos “como soldados de madera o como robots”
- Caminar blandos y suaves, “como muñecos de trapo”

*Seleccionar la música que sugiera aquello que se está representando.*

- Rodar lenta y libremente con los ojos cerrados sobre el suelo, evitando chocar con los demás y retirándose al más leve contacto, encogiéndose “como los erizos” para seguir rodando en otra dirección. Hacer que los participantes se detengan bajando gradualmente el volumen de la música y pedirles que vuelvan a encontrar su espacio personal de forma espontánea.

*Música sugerida: Algún concierto para piano o violín*

- Proponer a los participantes que hagan ruido utilizando su propio cuerpo, indicándoles que se desplacen libremente por todo el salón, corriendo, saltando, pateando, palmeando, gritando, riendo, etc.

Invertir la acción pidiéndoles que se queden inmóviles y que “escuchen el silencio”, o bien, que se sienten sin provocar un solo sonido.

- Realizar abdominales con diferentes acentos musicales. Este ejercicio puede ser individual o por parejas.
- Ejercicios de coordinación:

De pie y formando filas; *se puede emplear un ritmo de jazz*

### **Cuentas:**

1-8 tocar con el codo derecho la rodilla izquierda, alternando con el otro lado del cuerpo 8 veces.

1-6 brazos a los lados, a la altura de los hombros, elevar a 90 grados las piernas, alternando derecha-izquierda, 6 veces.

7-8 dar 3 aplausos.

- En formación de filas, de pie, con las piernas separadas ligeramente, doblar el torso hacia adelante y desplazarse con las manos sobre el piso, sin flexionar las rodillas.

*Música sugerida: Tango "La Comparsita" 4/4*

- 5) **Sensopercepción:** En nuestra cultura, la prevalencia inhibitoria del sistema cortical elimina habitualmente las percepciones preconscientes, en provecho de las percepciones racionales. Pero es "el surgimiento espontáneo de esas percepciones subcorticales lo que da su dimensión afectiva a las sensaciones de tacto y de contacto. Es quizá a lo que llamamos sensualidad" (Lapierre y Aucouturier, 1983, p. 48).

Dichas percepciones son internas: la percepción de la tensión muscular y sus diferentes matices. Están vinculadas de manera directa con el placer primitivo del movimiento. Así, los movimientos lentos, continuos, curvos, suaves, de balanceo y de acunamiento producen placer; en tanto todo lo que rompe el ritmo vital como la velocidad, la discontinuidad, la brusquedad, los tropiezos, etc., genera displacer.

Algunos ejercicios para el desarrollo de la sensopercepción son:

- Sentarse en círculo, con las manos detrás. El terapeuta entrega a una persona un objeto para que lo mande por atrás de la espalda a su compañero de al lado. Permitir a los participantes que en su turno sientan el objeto, sin decir de qué se trata. Pueden describir la forma, el tamaño, la superficie y adivinar el color. El objeto debe pasar por las manos de todo el grupo.

*Se sugiere emplear una música pausada.*

- Los participantes deberán estar descalzos y pedirles que se imaginen cómo se siente caminar sobre la nieve, sobre musgo, sobre lodo, piedras, o arena ardiente, etc. La música deberá seguir cada variante. Cada participante tendrá la libertad de expresar libremente lo que siente.
- Todos deberán estar acostados en el piso y con los ojos cerrados; se les pedirá que escuchen con atención los ruidos que se puedan percibir dentro y fuera del salón. Después escucharán los sonidos del propio cuerpo, la respiración y el palpar del corazón, etc.

También el terapeuta puede producir ruidos con diferentes objetos y los pacientes tratarán de identificar la fuente sonora (llaves, pandero, piano, flauta, tambor, etc.), o bien escucharán una grabación con sonidos de la naturaleza.

### 1) Atención:

- Sentarse por parejas uno frente al otro. El primero observa al segundo un instante y se cubre los ojos. Mientras el segundo cambia algún detalle de su vestimenta o apariencia, posteriormente el que se cubrió los ojos intentará encontrar lo que cambió. *Se sugiere una música lenta.*
- Todo el grupo deberá voltearse hacia la pared, excepto un participante que se colocará en el centro del aula en la posición que él mismo elija. De uno en uno pasarán al centro del salón y observarán rápidamente la posición para imitarlo y colocarse en la misma posición y así sucesivamente, hasta que todo el grupo esté al centro.

*Música sugerida: percutida (muy clara en cuanto al pulso)*

### 2) Conciencia del cuerpo:

- Se emplea un ritmo muy rápido y los participantes deberán aplaudirlo. El terapeuta detiene la música y los pacientes dejan de aplaudir. Se puede variar la velocidad y los participantes la deben respetar, aplaudiendo más rápido o más lento, según sea el caso. El ejercicio puede tener una variante: en lugar de aplaudir, podrán patear, mover los hombros, mover la cabeza, sacudir las manos o bien, todo el cuerpo.

*Se sugiere usar una grabación del vals (con diferentes velocidades).*

- Los asistentes escogen una posición que deberán conservar hasta que la música comience. El acompañamiento debe tener un ritmo muy alegre y rápido, pero de corta duración. Los alumnos bailarán por todo el salón lo más rápido posible y moverán tantas partes de su cuerpo como lo deseen, pero cuando la música se detenga se quedarán completamente quietos (balance) hasta que la música comience de nuevo. *Se sugiere emplear el vals "La Bella Durmiente".*
- Adquirir formas corporales, simulando ser una pelota, un caracol, una silla, un hilo telefónico, un sol, un lápiz, etc. *Se sugiere emplear música cómica, de cualquier ritmo.*

c) **Expresión creativa:** Es a lo que Salzer (1984) denomina *búsqueda "lúdica"*, refiriéndose a la expresión corporal como un tiempo en el que el cuerpo puede liberarse, dejar escapar las tensiones acumuladas, descargar su energía, permitir expresar la fantasía creadora.

La expresión creativa contribuye a alcanzar eventualmente los deseos que no se cumplieron, como tocar, deseos de inspiración, de construcción de una nueva imagen de sí mismo, etc. hasta trasladarse gradualmente a la vida cotidiana. Lapierre y Aucouturier la denominan *actividad motriz espontánea* y representa la "expresión de las pulsiones a nivel imaginario y simbólico y el desarrollo libre de la comunicación" (p. 21).

El poner a disposición de los participantes diferentes objetos y materiales permite disminuir las defensas del contacto físico directo y generalmente da lugar a situaciones espontáneas sobre un tema, consciente o inconsciente, que posibilita entrar en las motivaciones profundas del grupo. Sin embargo esta aparente libertad (dado que fue el coordinador quien proporcionó el acceso a los objetos y que se encuentra presente como personaje significativo ante el grupo) crea una sensación de inseguridad, por la presión de asumir una libertad para la que no se está preparado. De esta manera se suscitan actitudes de defensa, refugio y huida que reproducen el comportamiento de cada uno frente a la autoridad, frente al padre simbólico. En esta fase se revive a través de la acción la relación con la "autoridad", el vínculo con el Otro y es precisamente a través de esa vivencia como puede replantearse dicha relación. De ahí deriva la importancia de la actitud empática del coordinador, ya que esto permite tomar conciencia de las motivaciones, desculpabilizarlas y superarlas, para encontrar una libertad real que ya no es oposición, sino independencia y disponibilidad. Dicho proceso es gradual e implica aumentar las fases de libertad en la medida en que se van haciendo más productivas; favorecer la autonomía del grupo y conducir a los participantes a renunciar progresivamente a la protección segurizante de la autoridad. Esta fase es "no directiva" y de "retiro" por parte del instructor (Lapierre y Aucouturier, 1983).

Para lograr el sentido de libertad se sugiere incentivar el desorden en el movimiento de los objetos, revolverlos, favorecer la mescolanza dinámica y caótica, facilitar el deseo de mezclar su cuerpo con el caos. Este rompimiento del orden implica entregarse a la agitación, al movimiento; romper cierto número de prohibiciones y poder manifestar la agresividad. Cabe señalar que la destrucción no es un fin, sino un medio para la reconstrucción. Esta fase permite desacondicionarse de prácticas educativas coercitivas, para dar paso a la autonomía creadora.

El proceso descrito en unas cuantas líneas conlleva muchas horas de esfuerzo y búsqueda, así como inseguridad y por tanto ansiedad, por ello, durante las sesiones se suscitan ciertos comportamientos como:

- Refugio en la inhibición; paralización de la acción e incluso en ocasiones de la imaginación, deseo inconsciente de “escondarse”, de no expresarse para no ser juzgado. Este refugio cesará por sí mismo una vez que la persona encuentra otro refugio transitorio, que suele ser el grupo o conductas estereotipadas.
- Refugio en la agitación, la risa o el “no me importa”, que es una compensación destinada a enmascarar la inhibición, rechazando la expresión auténtica (Lapierre y Aucouturier, 1983).

Cuando el grupo queda bloqueado por la inhibición o los estereotipos, el coordinador debe intervenir cambiando los objetos (los materiales más inhabituales permiten menos estereotipos), dividiendo al grupo en equipos de trabajo o bien proponiendo consignas tan amplias y abiertas como sea posible.

Sólo después de haberse superado la etapa de juego práctico los individuos podrán orientarse hacia actividades más autónomas y más reveladoras simbólicamente, por eso es importante observar y tratar de analizar las vivencias, para dirigir las eventualmente hacia su plena expansión, pasando de la independencia a las relaciones interdependientes, hacia la pluralidad de los intercambios, hacia “un grupo compuesto por individuos autónomos, capaces de cooperar, de aportar a los demás y de recibir, pero sin diluirse en la masa” (Lapierre y Aucouturier, 1983, p. 26).

Como se ha mencionado, esta evolución no es fácil, ya que no sigue una progresión lineal, sino que comporta regresiones y progresiones

Con los ejercicios libres se propicia la regresión individual, que evoca a nivel inconsciente los primeros contactos, el diálogo tónico con la madre. También se pueden observar fases de regresión social (llamadas inconsciente colectivo) manifiestas en sacrificios rituales, adoración idolátrica, danzas colectivas, etc., que tiene gran importancia en la integración profunda del grupo.

- d) *Relajación:*** Implica desactivar voluntariamente el cuerpo para llegar a un estado de calma y de bienestar. Esta capacidad está relacionada con el tono muscular y es entrenable. La relajación implica inmovilidad, pero no aquella impuesta por un método determinado, sino como consecuencia de un estado emocional que puede despertar connotaciones de muerte, o connotaciones de vida. Es la búsqueda de reposo, de una posición en la cual uno se siente bien y puede abandonarse, “una vez descubierta esa posición iremos a buscar la inmovilidad prolongada y vivenciada como un placer y no como una obligación”. La relajación se facilita con la cercanía y aún con el contacto físico o superposición de segmentos corporales de los participantes (Lapierre y Aucouturier, 1983, p. 79).

Las actividades de relajación tienen como objetivo que la persona tome conciencia de la manera en la que la tensión (contracción) afecta su cuerpo y ayudarla a disminuir el estrés. Cuando la mayoría del grupo aprende a relajarse, el ejercicio funciona como una actividad de concentración.

El entrenamiento en relajación progresiva se considera fundamental para conseguir una mejor conciencia corporal, por eso es importante que las respuestas que llevan a la relajación se incorporen a la vida cotidiana.

La respuesta de relajación se facilita por cuatro elementos básicos: un objeto mental que sirve de foco de atención, una actitud pasiva, un tono muscular reducido y un ambiente tranquilo. Para estas actividades se proponen las siguientes representaciones:

- 1) De pie, representar muñecos de nieve que se derriten lentamente cuando sale el sol.
- 2) Llenar los pulmones de aire y actuar como globos inflados que muy lentamente se desinflan hasta quedar en el suelo.
- 3) Representar muñecos de trapo que bailan por el salón con música alegre. Los muñecos están rellenos de aserrín y se rompe una costura, por lo que comienza lentamente a salirse el relleno. Primero cuelga la cabeza, después los brazos, el torso, y finalmente caen al suelo.
- 4) Proponer a los participantes que se acuesten en el suelo lo más rígidos que sea posible (como si fueran spaguetis crudos). El terapeuta es el “cocinero” y pondrá los spaguetis a cocinar. Los participantes se deben mover al ritmo del agua hirviendo y al final el terapeuta pasa a comprobar si las pastas están blandas (lo que indicará que se han relajado).
- 5) Pedir a los participantes que se coloquen en el piso, boca arriba, con los ojos cerrados y con los brazos en los costados, en una posición cómoda y placentera. El terapeuta conduce la relajación con las siguientes consignas: siento mi frente, la voy a relajar, ahora mi cuello, no tiene tensión,...” y así progresivamente con todas las partes del cuerpo.

En este tipo de ejercicios se pueden utilizar elementos de imaginación, es decir, pedir a los participantes que visualicen una escena muy placentera, introduciendo el mayor número de sentidos que sea posible (Barragán, Cruz, Fulgencio y Ayala, 1998).

Otro ejercicio que se emplea con frecuencia para lograr la relajación es la respiración profunda.

### ***Expresión verbal de las experiencias***

El inconsciente está estructurado como un lenguaje, con toda su fluidez y ambivalencia, y es mediante el verbo o asociación libre como el psicoanálisis actúa, utilizando las connotaciones simbólicas inconscientes del lenguaje (fallos, lapsus o ambivalencias). A partir de ahí y gracias a la transferencia surgirán emociones que se propagarán a través de tensiones tónicas por todo el cuerpo. Una vez que aparecen dichas *alteraciones*, se produce en el individuo algo significativo llamado abreacción o catarsis (surgimiento a nivel consciente de una vivencia emocional). De esta forma, se puede considerar que el cuerpo, a través de sus reacciones tónico emocionales, es el lugar de resonancia real del discurso psicoanalítico. De forma análoga a la posición recostada en el diván, la relajación contribuye a distensar los músculos, aumentando la disponibilidad a las respuestas tónicas emocionales (Lapierre y Aucouturier, 1983).

Por lo anterior, al término de la sesión es importante el intercambio de ideas. Este es el momento en el que se analiza y discute lo que acaba de ocurrir; es cuando cada participante puede tomar la palabra para explicar, comentar, criticar y proponer. La expresión verbal consciente es el resultado de una búsqueda, una evolución, un ajuste y un enriquecimiento progresivo. Es algo que no se aprende, sino que se construye. Al hablar la persona afirma su presencia ante los demás y recubre de significados el acto motor, identifica sus vivencias y objetiva sus emociones. El lenguaje verbal es un medio para comprender a los demás, pero ante todo es la posibilidad de expresión del sí mismo. Hablar, como crear, es en primer lugar hablar para sí antes de hablar para el otro.

La escritura también se puede emplear como un recurso al término de las sesiones.

Finalmente la expresión de las vivencias irá dando a los pacientes un sentimiento de seguridad y autonomía, en la medida en que fomenta la revaloración, el ajuste de las emociones y el análisis de las sensaciones, en un ambiente de aceptación y confianza.

## Conclusiones

El interés por realizar el presente trabajo surgió porque la anorexia nerviosa es un trastorno que se ha convertido en un serio problema de salud pública, debido a su incremento en los últimos años (se estima que se presenta entre el 0.5 al 1% de las adolescentes), de acuerdo con investigaciones de países como España, Holanda, Francia, Estados Unidos e Inglaterra; además se ha observado un aumento en el número de personas que manifiestan algunos de los síntomas característicos, aunque no cumplan con todos los criterios diagnósticos. Esto es interesante, ya que aunque no se suman a las estadísticas son individuos que tienen una vida autolimitada e insatisfactoria.

En México, quizá debido a la resistencia de estos pacientes para buscar ayuda médica o psicológica, no existe investigación documentada que indique la incidencia del trastorno, aunque desafortunadamente su presencia es evidente.

También se ha reportado una tendencia a desarrollarse en edades más tempranas (preadolescencia) y aunque inicialmente se le consideraba un trastorno de las clases socioeconómicas altas, con mayor prevalencia en países desarrollados, estudios recientes señalan que ya no se observa dicha distribución y que por tanto se ha extendido a la población en general.

Otro factor que me llevó a proponer un tratamiento alternativo para la anorexia es que entre el 5 y el 18 % de las personas que presentan esta enfermedad mueren por suicidio o por inanición, con lo que se constituye en uno de los trastornos psicológicos que causa más muertes entre las adolescentes, a pesar de que muchas de ellas han asistido a algún tipo de terapia.

Varios autores proponen que la anorexia es un problema del narcisismo, ya que independientemente de su contexto cultural, la persona se siente diferente y busca demostrar una capacidad de autocontrol extraordinaria. La privación de alimento deriva en un sentimiento maniáco de control del cuerpo: en los ayunos ascéticos esta vivencia se matiza con la sublimación, en la anorexia se exagera a través de una patología narcisista. Aunque Selvini y Sorrentino señalan que no se puede hablar de una organización homogénea de la personalidad, sino de 4 tipos de anorexia: dependiente, borderline, obsesivo-compulsiva y narcisista, cuyas características describen muy bien algunos rasgos de la personalidad de las pacientes.

Las explicaciones del origen de la anorexia van desde factores mágico-religiosos; propuestas biológicas, en donde sobresalen los componentes hereditarios, así como los efectos de ciertos neurotransmisores y de las hormonas; hasta las explicaciones psicológicas que enfatizan en procesos cognitivo-conductuales, psicodinámicos o relacionales.

Desde un punto de vista psicológico han cobrado relevancia las siguientes propuestas:

1. Teorías cognitivo-conductuales, para las que el origen del trastorno se encuentra en las distorsiones mentales, que se traducen en comportamientos y sentimientos que a su vez van reforzando un estilo de pensamiento desequilibrado y una visión de sí mismo muy deteriorada,
2. propuestas sistémicas que enfatizan en ciertas características de la dinámica familiar, entre las que predominan la sobreprotección, en contraste con una carencia de límites, rigidez, gran implicación de los hijos los problemas parentales y una típica falta de resolución de conflictos y,
3. el enfoque psicoanalítico que resalta los fallos en el papel materno con una relación que da lugar a un self superficial, en donde como consecuencia de una educación inadecuada por parte de la madre, la niña no aprende a responder apropiadamente a los estímulos internos (propioceptivos). Además, para compensar esa deficiente relación, se desarrolla un vínculo muy erotizado con el padre, lo que dificulta la resolución del Edipo.

Por las características del presente trabajo se destacan los aspectos familiares y psicodinámicos que dan lugar a la anorexia nerviosa.

También se menciona el factor social como desencadenante del trastorno, ya que se considera un síndrome cultural, debido a que es una excepción en países ajenos al occidente y su proporción es hasta de 20 mujeres por cada hombre, sin que exista un

factor hereditario ligado al sexo que pueda explicar dicha relación. En este sentido son interesantes las investigaciones que revisan la influencia de los medios de comunicación en la preocupación femenina por la apariencia física y la esbeltez asociada al éxito social; así como la desvalorización de la mujer en nuestra cultura, en donde ésta deja de ser “sujeto sexual” y se convierte en “objeto”. No se percibe como sujeto deseante, sino como objeto de atracción: el imaginario social de la mujer tiene que ver con un cuerpo objeto, en actitud pasiva, de tal manera que no se elige, no se descubre y no se autodetermina.

Sin embargo, conviene no enfocarse en la búsqueda de un sólo factor para explicar la anorexia. En realidad subyacen estructuras responsables cuyos elementos proceden de lugares dispares y que, funcionando de manera sinérgica, dan lugar al trastorno. Así, la anorexia nerviosa parece ser el resultado de la combinación de factores predisponentes individuales, como un peso corporal por arriba del esperado, diabetes, trastornos afectivos y un pobre control de los impulsos, unidos a relaciones objetales deficientes y a un contexto histórico que favorece el consumismo mediante el desarrollo de conductas restrictivas con vigilancia del peso y de la figura corporal, en donde el cuerpo se percibe como un objeto, perdiéndose la posibilidad de establecer una interacción humanizante con los otros.

Una vez que inician los síntomas, factores biológicos, como cambios endocrinos, contribuyen a que se mantenga el cuadro clínico.

Aunque aún existe un debate entre los que se inclinan por considerar a la anorexia como un trastorno específico con entidad propia y los que, por el contrario, afirman que es una superestructura de un cuadro base como esquizofrenia, depresión y neurosis, principalmente histérica y obsesiva; lo que sí es claro es que la anorexia nerviosa se caracteriza por una distorsión en la imagen corporal, la persona experimenta una gran preocupación por su figura y un intenso deseo de adelgazar, lo que la lleva a disminuir la ingesta de alimentos hasta presentar un peso corporal por debajo del 15% del esperado de acuerdo con su talla y edad.

Otra alteración sobresaliente es la dificultad para integrar adecuadamente el autoconcepto. Esto se manifiesta en la incapacidad para identificar las necesidades personales, principalmente las relacionadas con el hambre, aunque esta dificultad se extiende a otros estados afectivos. La persona tiene una sensación de impotencia acompañada de la impresión de que los sentimientos y acciones no emanan del propio yo, sino de la demanda externa.

También se observa una baja autoestima, que lleva al individuo a experimentar sentimientos de ineficiencia personal, por lo que la única forma de conservar cierta

autonomía es a través de un control extremo obsesivo, por lo que se observan rasgos de rigidez y perfeccionismo con buenos resultados en las áreas académica o deportiva y conductas rituales en relación con la alimentación. Las relaciones interpersonales están muy deterioradas, ya que existe aislamiento y gran dificultad para identificar y expresar los afectos.

Desde un enfoque psicoanalítico, en la anorexia nerviosa, las primeras experiencias con la madre estuvieron cargadas de frustración, por lo que ésta no fue buena deparadora de un yo – imagen corporal. El cuerpo se vive como una entidad extraña y en ese sentido la separación imaginaria cuerpo – mente se produce en forma patológica. Esos vínculos insatisfactorios retornan a nivel inconsciente en las relaciones actuales, disminuyendo la capacidad para identificar el placer - displacer a través del cuerpo, en respuesta a un mecanismo de protección para evitar la repetición de experiencias dolorosas. Debido a lo anterior puede surgir una falta de seguridad, que lleva a la persona a un aislamiento afectivo e incluso físico con los demás.

La dificultad para identificarse satisfactoriamente con la madre puede ser resultado de la devaluación social del rol materno, al que se vincula con el mundo afectivo, emocional y privado, subordinado al ámbito de lo racional, productivo y público, que debido al género se percibe como el entorno masculino, al que las adolescentes quieren acceder, generándose en ellas ambivalencia.

Por su parte las teorías sistémicas atribuyen el trastorno a una dinámica familiar inadecuada, llena de tensiones, en la que cada miembro contribuye al sostenimiento de la enfermedad para evadir las carencias y conflictos personales, proyectando su problemática en la paciente con anorexia. Esta propuesta permite evitar culpabilizar a un solo miembro de la familia (generalmente la madre), que está sobrecargada de culpa por altas expectativas sociales.

Desde un punto de vista fisiológico la anorexia se caracteriza por amenorrea, disminución de la presión arterial, hipotermia y bradicardia, que por lo común se diagnostican cuando la enfermedad está muy avanzada y desafortunadamente es hasta ese momento cuando la paciente o su familia solicitan apoyo profesional.

De lo anterior podemos concluir que la anorexia nerviosa es una enfermedad compleja, que se manifiesta en cambios fisiológicos, psicológicos, sociales y conductuales, por lo que se considera multifactorial y por tanto, es conveniente plantear estrategias terapéuticas interdisciplinarias.

A pesar de los esfuerzos de Instituciones públicas o privadas y de la práctica comprometida de diferentes especialistas, los terapeutas reconocen las dificultades para

el éxito del tratamiento (quizá la principal sea la resistencia del propio paciente para su recuperación), por lo que las recaídas son muy frecuentes. Por ello es importante seguir estructurando propuestas alternas a los métodos convencionales y dado que el principal síntoma de la anorexia es la distorsión en la imagen corporal, la danza terapéutica puede ser un tratamiento complementario de terapias analíticas o sistémicas, ya que son compatibles al coincidir en los siguientes aspectos fundamentales: tienen una concepción integral de la persona, contribuyen a mejorar el autoconcepto, la autoestima y las relaciones interpersonales y no se centran en el control de la ingesta alimentaria, con lo que disminuyen las resistencias.

Tanto para la teoría sistémica, como para el psicoanálisis la anorexia nerviosa es un trastorno psicológico de origen arcaico, pero que finalmente se manifiesta a través del cuerpo; de ahí la posibilidad terapéutica de la danzaterapia, que a través de sus técnicas contribuye a disminuir los síntomas, facilitando una reestructuración saludable de la imagen corporal, a través de la síntesis de experiencias gratificantes, que a su vez permiten la integración de los pensamientos, las emociones y la acción.

La danzaterapia es un conjunto de técnicas que utiliza el movimiento corporal en la búsqueda de un lenguaje que permita descubrir el mundo interno y el reconocimiento, construcción y mejoramiento de la personalidad. En ella se estimula la identificación de las emociones y los sentimientos (aspectos que como se ha mencionado están muy deteriorados en la anorexia), incrementando la integración física y afectiva del individuo.

La danzaterapia contribuye a identificar las potencialidades y limitaciones del individuo, generando actitudes más positivas frente a las experiencias y desarrollando habilidades en la solución de problemas existenciales. Esta identificación y aceptación de las limitaciones se plantea de una forma realista, que ayuda a cambiar la percepción polarizada que caracteriza a la persona con anorexia (que se vive a sí misma y a los demás como completamente buena o mala).

Mediante el movimiento y la observación atenta de las propias reacciones, esta técnica fomenta el autoconocimiento, la conformación del sí mismo, sentimientos de respeto e iniciativa y el desarrollo de la creatividad, entendida como la manifestación de la unidad entre lo cognoscitivo y lo afectivo, que contribuye a disminuir las conductas rígidas y estereotipadas que predominan en la anorexia.

A partir del lenguaje corporal se construye el lenguaje verbal (comunicación). El movimiento permite introyectar estructuras intelectuales y afectivas, brinda la posibilidad de compartir, de generar confianza. Por ello la terapia a través de la danza es en última instancia, un espacio para vivenciar el cuerpo en un ambiente de empatía y aceptación. Propicia la integración con los demás: el lenguaje corporal es una aportación que permite

la integración y el logro de un intercambio expresivo auténtico. El paciente tiene experiencias a través de palabras, imágenes y metáforas que lo llevan a modificar su percepción de sí mismo y por lo tanto a mejorar su interrelación con los demás, por ello facilita el conocimiento interno (intrapersonal) así como el intercambio con los otros.

Al terapeuta en danza le interesan los elementos cualitativos, psicológicos y expresivos, sin dejar de contemplar aspectos del movimiento que van dirigidos a dotar al cuerpo de flexibilidad y fuerza. Se emplean técnicas de relajación, de percepción, movimiento y de contacto físico dentro de una interacción humana, con el fin de propiciar el despliegue de emociones, la ampliación de la conciencia, la disminución del sufrimiento y una mayor capacidad para sentir placer, todo lo cual lleva al crecimiento integral del ser humano, quien llega a conocerse más profundamente y a aceptarse.

La danzaterapia tiene como propósito enseñar al individuo a contactar con el cuerpo, el intelecto y las emociones; es un instrumento curativo, una forma de expresión, de relación con el mundo: es la democratización de un arte considerado exclusivo de cuerpos prodigiosos. Emplea el movimiento como una herramienta basada en la idea de que el cuerpo y la mente constituyen una unidad indisoluble, por lo que:

1. El movimiento refleja estados emocionales internos y
2. Las modificaciones en la postura o patrones de movimiento pueden conducir a cambios en la psique, promoviendo la salud física y mental.

A partir de estas dos premisas, se entiende que el terapeuta en danza no enseña movimientos, rutinas coreográficas o “pasos”, sino más bien motiva al individuo a expresarse a través del movimiento y con ello lo lleva a descubrir procesos de comunicación, patrones de conducta, mecanismos de defensa (según la escuela psicoanalítica) y estados afectivos. Una vez descubiertos estos procesos, se abren nuevas posibilidades para el individuo encaminadas hacia un crecimiento integral, ya que a través de su propio cuerpo y del movimiento, se descubre a sí mismo. Las actividades libres, vinculadas al “caos” favorecen el cambio, la *destrucción creativa*.

Resumiendo, la danza terapéutica es un cuerpo multidisciplinario de conocimientos que emplea teorías psicológicas y técnicas de integración de grupos; diseña e investiga sobre la comunicación no verbal, la psicología del desarrollo y la evolución del movimiento corporal, así como su relación con procesos psicológicos y propone actividades de la danza para un trabajo terapéutico.

Por lo anterior, esta técnica ha sido utilizada exitosamente en países como Argentina (su lugar de origen), Cuba, Estados Unidos, Canadá, España, Italia, Francia y Alemania,

entre otros, en donde se han obtenido resultados favorables en la atención de niños sordos e hipoacúsicos, de personas con discapacidad física y mental, de pacientes con atipicidad múltiple, con psicosis, con trastornos de la afectividad, enfermedades psicósomática y también se ha empleado para el tratamiento de trastornos de la alimentación (como anorexia nerviosa, bulimia y obesidad).

Un aspecto a considerar en el tratamiento de la anorexia es la evaluación y análisis de las habilidades de comunicación que posee el individuo, ya que los síntomas pueden ser simplemente una vía de escape de otros problemas de personalidad, por la dificultad que presentan estos pacientes para expresar sus emociones de manera asertiva, para compartir las inseguridades y temores o las ideas irracionales que con frecuencia se presentan durante la adolescencia.

Por los efectos devastadores de la anorexia, es importante coordinar esfuerzos para su prevención y dadas sus características, se hace necesario un abordaje multidisciplinario, que incluya, de ser posible una terapia familiar e individual, que como hemos planteado pueden ser compatibles.

La psicoterapia individual involucra elementos de apoyo, cognoscitivos y psicoanalíticos, cuyo grado varía de acuerdo con la fortaleza del yo de cada paciente, con la capacidad de autorreflexión, así como con el interés y las demandas del momento y el tratamiento familiar aborda el conflicto desde un enfoque multidimensional que incluye las experiencias de los integrantes del núcleo familiar, así como la repercusión que dichas historias personales tienen en los demás. Entre los temas de que se deben retomar en la terapia, destacan el reconocimiento de las emociones y la búsqueda de mecanismos que faciliten la expresión de los afectos; también es importante trabajar sobre la autoestima, buscando que la persona desarrolle un sentido de valía independiente del control del peso y como hemos descrito, la danzaterapia contribuye en la disminución de los síntomas.

Por ello esta propuesta tiene como propósito mejorar la relación que tienen los individuos con su propio cuerpo y permitir captar la historia personal y social que lo ha moldeado, para dar lugar a una percepción más positiva de sí mismos. La terapia se encamina a liberar a los participantes de la ansiedad y la dependencia, e incluso de su propio juicio superyoico, que no es más que la interiorización de consignas sociales a través de la autoridad. En contraposición se busca que la persona asuma su libertad, es decir, que sea ella misma quien revise constantemente sus actos, en un análisis actualizado.

Las actividades propuestas favorecen la exploración de los sentimientos y emociones del individuo a través de la toma de conciencia de su postura, expresión facial y movimientos, para conformar un autoconcepto y una valoración más positiva del sí mismo (autoestima).

De esta forma la persona explora las diferentes zonas de su cuerpo, sin una intención estética, sino de reconocimiento corporal y ubicación en el espacio y el tiempo, a la vez que admite la individualidad de los otros y aprende a aceptarlos, reconociendo que existe una amplia gama de capacidades.

Como elementos terapéuticos intervienen las posibilidades comunicacionales y de expresión de la vida interior, que confieren valor diagnóstico y curativo a la actividad artística, mediante la posibilidad de expresar estados emocionales perturbadores o vivencias negativas que en el contexto terapéutico son utilizadas con diferentes fines de acuerdo con la posición del especialista: como posibilidad de alivio (catarsis), como medio de reconocimiento que propicie un cambio (*insight*), o en general como elemento proyectivo que facilite la intervención terapéutica.

La terapia a través de la danza es un método vigente, pero que por sus características dinámicas se actualiza con la praxis. Ha sido empleada para el tratamiento de pacientes con anorexia, incidiendo positivamente en aspectos físicos, psicológicos y sociales, pero hace falta realizar más investigaciones empíricas que permitan documentar sus alcances, cuyas ventajas estriban en que es accesible para todo tipo de personas; su costo no es muy elevado por tratarse de actividades grupales; no se confronta al paciente y puede ser fácilmente aceptado por su carácter lúdico y libre.

Es importante señalar que la propuesta pudiera aplicarse como un método preventivo, o como una actividad educativa para niños y adolescentes (existen trabajos sobre imagen corporal que reportan un ideal de delgadez desde estas etapas), ya que son poblaciones muy vulnerables para el desarrollo de trastornos de la alimentación y de la imagen corporal.

En nuestro país, la psicodanza es una alternativa poco explorada, por lo que el presente trabajo tiene como propósito brindar información actualizada que sirva de apoyo a quienes deseen realizar investigación empírica sobre el tema. Esta escasa difusión entre las principales instituciones educativas y clínicas psicológicas, quizá se deba a una tradición cultural, en donde se rechaza lo corporal, la intuición y lo espiritual, anteponiendo los aspectos intelectuales en el quehacer humano.

La principal limitante de este trabajo es que aún no ha sido puesto en práctica, pero tiene como propósito abrir interrogantes sobre la aplicación de la danzaterapia en el tratamiento de la anorexia nerviosa y poder despertar el interés de psicólogos por incursionar en estas técnicas, en donde el especialista camine al lado del paciente (cuerpo a cuerpo) en la ruta interminable del sentido de vida.

## Bibliografía

- Aisenson, A.** (1979). *El yo y el sí mismo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Aisenson, A.** (1981). *Cuerpo y persona: Filosofía y psicología del cuerpo vivido*. México: F.C.E.
- Alexander, G.** (1976). *La Eutonia: un camino hacia la experiencia total del cuerpo*. México: Paidós. 1989
- Anzieu, D.** (1987). *El yo -piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ayuso, J. y Carulla, L.** (Comps.). (1992). *Manual de psiquiatría*. España: Interamericana - McGraw - Hill, 1ª Edición.
- Barragán, Cruz, Fulgencio y Ayala.** (1998). *Manual de autocontrol del estrés*. México: Facultad de Psicología (UNAM)-Miguel Ángel Porrúa, 1ª Edición.
- Baz, M.** (1994). *Metáforas del cuerpo; exploraciones sobre la subjetividad de la mujer con base en el discurso de bailarinas*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Bernard, M.** (1976). *El cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Bleichmar, E.** (1991). *El feminismo espontáneo de la histeria*. Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad. Madrid: Siglo veintiuno editores.

- Bustos, O.** (1986). *Algunas consideraciones acerca de los papeles y estereotipos femeninos proyectados en los medios de comunicación masivos*. Revista *UNIVERSIDAD*, México: Universidad Autónoma de Querétaro. No. 31/32, enero/junio
- Caparrós, N. y Sanfeliú, I.** (1997). *La anorexia nerviosa. Una locura del cuerpo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- CIE 10.** (1993). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades*. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Meditor.
- Craig, J.** (1994). *Desarrollo psicológico*. (6ª ed.). México: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A.
- Contreras, R.** (2001). *Psicodanza*. Avalado: [mensual.prensa.com/mensual/contenido/2001/07/10/hoy/revista/186354.html](http://mensual.prensa.com/mensual/contenido/2001/07/10/hoy/revista/186354.html). Accesado: Abril del 2002.
- De la Fuente, R.** (1997). *La patología mental y su terapéutica*. (1ª ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- De la Llera, E y Guibert, W** (2000). *Las terapias con recursos artísticos. Su utilidad en la atención primaria de salud*. Revista cubana de medicina general integral, 16(3):295-304. Avalado: [bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16\\_3\\_00/mgi13300.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_3_00/mgi13300.htm)  
Accesado: abril de 2002.
- DSM-IV.** (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.
- Dolto, F.** (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Douglas, M.** (1973). *Símbolos naturales*. Capítulo 5, Los dos cuerpos Madrid: Alianza.
- Falcón, C.** (2000). *Curso: Danza creativa para niños y jóvenes*. México: Escuela Nacional de Danza Nellie y Gloria Campobello.
- Fariñas, G. y Hernández S.** (1993). *Psicoballet: método psicoterapéutico cubano*. México: Universidad Nacional Autónoma de Puebla.
- Freud, S.** (1916-1918). *Obras Completas, Introducción al psicoanálisis, Prólogo*. (Vol. 1). Madrid: Biblioteca Nueva.

- Freud, S.** (1923). *Obras Completas, El yo y el ello.* (Vol. 1), Madrid: Biblioteca Nueva.
- Frostig, M. y Maslow, P.** (1987). *Educación del movimiento.* Teoría y práctica. Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- Fuentes, C.I.** (1990). *La danzaterapia, un medio esencial que permite el desarrollo integral del individuo con atipicidad múltiple.* Tesis de Licenciatura. México: Escuela Nacional de Especialización.
- Fux, M.** (1989). *La formación del danzaterapeuta.* Buenos Aires: Gedisa, S.A.
- Fux, M.** (1992). *Danza, experiencia de vida.* Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
- Goldman, H.** (1996). *Psiquiatría general.* México: El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- González, F.** (1990). **La personalidad: su educación y desarrollo.** La Habana: Pueblo y Educación.
- González, J.** (1992). *Interacción grupal.* Para entender y mejorar las relaciones humanas. México, DF: Planeta Mexicana.
- Guidano, V.** (1994). *El sí-mismo en proceso.* Barcelona: Ediciones Paidós
- Guillemot, A. y Laxenaire, M.** (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia.* El peso de la cultura. Barcelona: Masson, S.A.
- Kaplan, H., Sadock, B. y Grebb, J.** (Comps.). (1997). *Sinopsis de psiquiatría.* (7ª ed.). Buenos Aires: Salvat
- Kaplan, H. y Sadock, B.** (1997). *Tratado de psiquiatría.* Colombia: Intermédico, S.A.
- Klein, P.** (2002). *Danzaterapia—danza de la vida.* Avalado: [www.dancetherapy.com/asdanzaterapia](http://www.dancetherapy.com/asdanzaterapia). Accesado: Marzo, 2002.
- Laban, R.** (1989). *Danza educativa moderna.* México: Paidós.
- Levin, E.** (1991). *La clínica psicomotriz.* El cuerpo en el lenguaje. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Lapierre, A. y Aucouturier, B.** (1983). *Simbología del movimiento.* Psicomotricidad y educación. Madrid: editorial científico-médica.

- Meléndez, J.** (2002) La Habana, Cuba. Avalado: [www.nacion.com/viva/2002/enero/25/portada.html](http://www.nacion.com/viva/2002/enero/25/portada.html). Acceso: marzo de 2002
- Mendoza, J.** (1998). *La reestructuración del autoconcepto en pacientes esquizofrénicos a través de un taller de teatro y expresión corporal*. Reporte Laboral. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Raich, R.** (1998). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Selvini y Sorrentino** (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas. La terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Ochoa, E.** (1996). *De la anorexia a la bulimia*. Madrid: Santillana.
- Ossona, P.** (1991). *La educación por la danza*. Enfoque metodológico. México: Paidós.
- Pearson, J. y Turner, L.** (1993). *Comunicación y género*. Barcelona: Paidós.
- Reyes, A.** (1995). *Danzaterapia: tratamiento alternativo para niños que presentan retraso en su maduración*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Rodríguez, G.** (2000). *Psicoballet: la terapia del placer*. Avalado: [www.quien-es-quien.com/ve/psicoballet.htm](http://www.quien-es-quien.com/ve/psicoballet.htm). Accesado: abril de 2002.
- Salzer, J.** (1984). *La expresión corporal*. Una enseñanza de la comunicación. Barcelona: Herder.
- Servín, L.F. y Rogel, M.L.** (1999). *Danzaterapia para mejorar el autoconcepto en pacientes con psicosis*. México, DF: IMSS, Centro de Seguridad Social, Tlalpan.
- Telesforo, H.** (1988). *Psicodanza, una alternativa en apoyo al tratamiento de los problemas de aprendizaje*. Tesis de licenciatura. Escuela Normal de Especialización, México: SEP, SESIC, DGEN.
- Vella, G.** (2001). Formación profesional: Qué es la danzaterapia. Avalado: [www.delcuerpo.com/subseccion.asp?codsub=h3](http://www.delcuerpo.com/subseccion.asp?codsub=h3). Accesado: abril, 2002.
- Walters, Carter, Papp y Silverstein** (1991). *La red invisible*. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares. Buenos Aires: Paidós.

**Yépez, M.** (1995). *Psicología de la comunicación colectiva*. (1ª ed.). Realidad simbólica y medios de comunicación. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

**II Conferencia Internacional de Psicología de la Salud, dentro del Área de Psicoballet** (1996). La Habana, Cuba. Avalado: [coorditen.com/asociaciones/psicoarte/psicoarte.htm](http://coorditen.com/asociaciones/psicoarte/psicoarte.htm). Accesado: mayo de 2002