



FACULTAD DE ARTES
DEPARTAMENTO DE DANZA
UNIVERSIDAD DE CHILE

ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA
SER APLICADO EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA CON
PACIENTES PSICÓTICOS CHILENOS, EN BASE A ELEMENTOS
DE LA DANZA EDUCATIVA Y DE LA DANZA MOVIMIENTO
TERAPIA.

Seminario para la obtención de título de profesor especializado en danza.

Seminaristas:

LILIAN ELIZABETH PIZARRO CRUZ

MARÍA LUISA MARÍN LABBÉ

Profesor Guía: Jorge Morán Ábaca, Mg. en Educación

Profesora Asesora: Ps. Marianella Ruiz

Santiago, Chile
2014

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer en primer lugar a nuestras familias, por el apoyo otorgado a fin de concretar nuestro trabajo y nuestros proyectos relacionados a esta investigación. Agradecer a nuestro profesor guía Don Jorge Morán, quién guió nuestros pasos hacia el trabajo que hoy se presenta, desde la visión metodológica y honesta sobre él. A nuestra asesora la Profesora Marianella Ruiz, por su generosidad al aportar todo su conocimiento acerca de las terapias corporales, que abrió nuestros ojos hacia este camino.

INDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS .....	.ii
INDICE DE CONTENIDOS .....	.iii
INDICE DE CUADROS E ILUSTRACIONES	v
INTRODUCCIÓN	1
I. PROBLEMA	5
II.OBJETIVOS	8
II.1. Objetivo General	8
II. 2. Objetivos Específicos	8
III. MARCO REFERENCIAL	9
III.1 El movimiento	11
III.1.a. El movimiento como dispositivo de intervención	14
III.2. Corporalidad y psicomotricidad	15
III.3. Imagen corporal	17
III.4. Visión del cuerpo en psicología	19
III.5. Trastornos de la psicomotricidad en enfermedades psiquiátricas	22
III.5.a.Trastorno psicótico	23
III.5.a.1. Trastorno psicótico breve	24

III.5.a.2. Trastorno psicótico compartido	.....24
III.5.a.3. Trastorno psicótico debido a una enfermedad médica	.24
III.5.a.4. Trastorno psicótico inducido por sustancias	.....24
III.5.a.5. Trastorno psicótico no especificado	.....25
III.5.b. La Esquizofrenia	.....25
III.5.b.1. Epidemiología	.....26
III.6. Las enfermedades psiquiátricas en Chile	.....26
III.7. Calidad de vida	.....28
III.8. Qué es Danza Movimiento Terapia (DMT)	.....29
IV. MARCO METODOLOGICO	.....38
IV.1. Planificación de clases del taller de danza terapia en CORDES su fundamento teórico y comentarios	.....43
V. ANALISIS DE DATOS	.....68
V.1. Actividad participativa de evaluación y auto evaluación	.....85
VI. CONCLUSIONES	.....88
VI.1. PROPUESTAS	.....92
BIBLIOGRAFÍA	.....94
ANEXOS	.....96

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y CUADROS

1. Cuadro N° 1 Modelo de imagen corporal de Slade (1994)..... 18
2. Cuadro resumen de datos relevantes acerca de la esquizofrenia en Chile, realizado por las investigadoras..... 27
3. Cuadro de asistencia de la muestra de investigación a las sesiones del taller, creado por las investigadoras..... 80
4. Cuadro análisis del proceso de *insight* logrado por paciente Ulises, creado por las investigadoras..... 85
5. Cuadro síntesis de la influencia social en el paciente..... 85

INTRODUCCIÓN

Para las investigadoras, es importante comprender el movimiento natural y la danza, ambos recursos válidos y necesarios en una terapia integral para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas. Dicho valor surge tras su ingreso a la vida profesional, viéndose enfrentadas a este tipo de trabajo terapéutico, contando sólo con las herramientas de la danza y de estrategias para su enseñanza, pero, con toda seguridad, aplicarlas a las necesidades terapéuticas de los pacientes se hacía un terreno desconocido.

La siguiente investigación está enfocada a profesionales de la danza que posean inquietudes en el ámbito de la salud, buscando clarificar con qué herramientas cuenta el profesional de la danza y cómo, según la danza movimiento terapia, éstas deben ser aplicadas. La investigación fue realizada a través de la creación de un programa que contiene elementos de danza educativa y de danza movimiento terapia que fueron cotejados y luego aplicados a un grupo de pacientes psicóticos pertenecientes a la Comunidad Terapéutica de Peñalolén CORDES, Comunidad Diurna de Peñalolén corporación ONG de desarrollo, en el contexto de sus actividades terapéuticas.

En la actualidad, son muchas más las personas que se cuestionan la relación cuerpo-mente y cómo afecta el diario vivir, y recurren a técnicas corporales y somáticas para realizar esta conexión que se ha perdido a lo largo de la vida. Hoy está claro según las nuevas investigaciones en el tema que, lo que le ocurre al cuerpo repercute en la mente y lo que sucede a la mente repercute directamente al cuerpo. Para lograr una armonía entre la vida física y la vida psíquica, se debe ser consciente del ser como una unidad dándole la misma importancia a la salud mental como a la salud física, sin caer en el modelo de cuerpo y mente por separado sino enfocándose en ambos aspectos unidos, que conforman a un ser único que sufre cada modificación de uno u otro aspecto en una unidad.

Las personas que sufren algún tipo de enfermedad mental, sufren a su vez repercusiones en su cuerpo, esto es provocado por la enfermedad misma y también por los tratamientos que reciben, siendo el uso de medicamentos lo que afecta en gran medida su corporalidad y capacidad motriz. Influye también la relación de estas personas con su entorno, con sus pares, con su familia y con la sociedad misma, debido a que sus características y formas de relacionarse son diferentes a las de una persona sana. En el caso de la Psicosis, el aislamiento, la represión de los impulsos, el aplanamiento emocional, lleva a que posean cuerpos específicamente trastornados, desde el punto de vista de su propia relación y concepción del mismo, de la relación o no integración, con el entorno, sus límites. Al ser una enfermedad diagnosticada como sin mejoría, a lo que apuntan los tratamientos convencionales es a mejorar su funcionamiento dentro del grupo familiar – social, y a la disminución de los episodios o crisis con los síntomas más fuertes de la enfermedad. Así se evidencia una mejora en la calidad de vida del paciente que se observa en las variables clínicas y sociales, ambas apuntando a un mismo fin, aportar en la reinserción social del paciente, en cuanto a su vida familiar, como también a su trabajo, estudios, etc.

La inquietud de las investigadoras parte de la premisa de que, a través de las terapias corporales se puede permitir a las personas con trastornos psiquiátricos obtener una mejor calidad de vida, apoyándose para su mejoría no solo en un tratamiento que implique psicoterapia y medicamentos, sino en una terapia integral que le permita lograr la conexión con su propio cuerpo y con su entorno, dando así la posibilidad al paciente de generar recursos propios que posibiliten en el futuro un cambio de vida, un nuevo sentido.

A través de la información recogida en este trabajo, los futuros profesionales de la danza que tengan la inquietud de trabajar como terapeutas corporales podrán encontrar las bases teóricas y ejemplos prácticos recogidos a través de casi dos años de investigación y retroalimentación con terapeutas clínicos.

Durante el transcurso de la recopilación de información acerca de las terapias corporales, y al ir familiarizándose con el tema, queda claro y es preciso señalar que la Danza Movimiento Terapia (DMT) ha recorrido ya un camino, avanzando en explicar por qué el movimiento y las terapias corporales conocidas hasta el momento benefician a pacientes psiquiátricos, tanto dando un orden a los elementos que utiliza, como definiendo cuáles son sus principales aportes y como deben ser utilizados, mismo tenor de nuestra inquietud, por lo cual ya no sería necesario para esta investigación llevar a cabo ese trabajo. Se decidió utilizar la DMT en beneficio de esta investigación, que se enfocaría ahora en generar un programa piloto de intervención para pacientes con características específicas, en este caso pacientes psicóticos, ya que era el tipo de paciente con los cuáles las investigadoras habían tenido la ocasión de trabajar anteriormente. Sin embargo, seguían surgiendo nuevas inquietudes, ya que al enfrentarse las investigadoras a los pacientes, la tendencia durante la planificación y muchas veces en las sesiones, era ir hacia la formación propia, es decir, volver a la danza, dándose cuenta que esto realizaba grandes aportes a la sesión. Por ejemplo, la integración a las sesiones de actividades lúdicas en movimiento, aspecto tomado de la experiencia en danza educativa de las investigadoras, logró dar un vuelco positivo en el estado anímico de los integrantes, lo que favorecía el desarrollo de la sesión.

Para efectos de realización de la presente investigación, surge la necesidad de buscar un lugar en donde implementar una intervención de este tipo, necesariamente se debía trabajar con pacientes psicóticos, ya que era el tema de interés. El primer lugar en donde se solicitó este espacio, fue la Clínica Santa Sofía, lugar en el cual además una de las investigadoras realizaba un trabajo en terapia corporal, por lo que se hizo el contacto a través de ella. La respuesta del director de esta clínica, fue que, debido a las políticas de la clínica y en general de los centros de salud mentales, todos alineados con las políticas mundiales actuales, de no mantener al paciente interno, sino recibiendo atención de carácter ambulatoria, situación que, para los fines de este estudio, atentaba con la permanencia de la muestra, la cual en estimación de las investigadoras debía durar al menos tres meses, tiempo durante el cual, según señala el profesional, se iba a provocar una rotación importante de los pacientes. Manifestó de

todas formas su interés por este trabajo, planteando la posibilidad de un taller ambulatorio en donde el paciente debía comprometerse con la asistencia a este, cosa que a su parecer, también, resultaba poco probable tratándose de esta enfermedad en particular.

La asesora de esta investigación, la Ps. Marianella Ruiz, recomendó la comunidad terapéutica de Peñalolén, CORDES, lugar cuyo funcionamiento era conocido por ella por haber realizado allí con anterioridad su práctica profesional. En este centro de terapia diurna, los pacientes tienen acceso a diferentes talleres extra programáticos con una duración medianamente prolongada en el tiempo, características necesarias para el desarrollo de la intervención a realizar. Se hizo el contacto con su directora la terapeuta Alejandra Mujica, quien recibió a las investigadoras y aceptó su propuesta, entregándoles el espacio y el horario para realizar el taller. Una vez obtenida esta aprobación, se procedió a la realización de las sesiones que correspondían al programa propuesto, desde donde se obtuvo la información necesaria para el planteamiento, análisis y posteriores conclusiones del presente trabajo de investigación.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En la mayoría de las universidades chilenas que imparten la carrera de danza, no se incluye la terapia corporal o danza terapia en sus planes de formación, aún cuando actualmente el trabajo corporal es muy utilizado en programas de terapia convencional como apoyo y gran herramienta para lograr mejorías en los pacientes, ya sea como clases de yoga u otra disciplina relacionada con el cuerpo. Es por esto que existe una demanda real de profesionales preparados para realizar este tipo de trabajo, lo que aumenta en gran parte el campo profesional de los egresados de las carreras de danza; campo que muchas veces es sesgado por desconocimiento, sin ver que esta actividad es una forma de entregar conocimientos junto con los beneficios que otorga la práctica de la danza a la salud integral del individuo. Al no existir una aproximación a este tipo de actividad durante los estudios, el profesional de la danza, al enfrentarse a un trabajo como éste, no tendrá claras las líneas a seguir, los contenidos que se deben manejar y la metodología más pertinente a este trabajo. No se ha definido que contenidos de la danza educativa son adecuados, y cuáles no, por lo que se puede caer fácilmente en realizar una clase enfocada en otros elementos de la danza, que no necesariamente van a apuntar a las necesidades kinéticas y emocionales de las personas o pacientes a los cuáles se enfrentan, quienes por alguna razón terapéutica han acudido a las terapias corporales, ya sea por prescripción médica o por iniciativa propia. En el caso puntual de los pacientes con psicosis, la recomendación es de carácter médica, al considerar esta actividad como un espacio adecuado para el uso del tiempo libre que tienen los pacientes, por lo cual resulta beneficioso, toda vez que se produce una reconexión saludable con su cuerpo, de sensibilidad y de conocimiento

más allá de los límites físicos, contribuyendo en el proceso personal de recuperación de su estado.

Desde esta perspectiva: ¿Cuáles son los elementos de la danza educativa y la danza movimiento terapia pertinentes para una intervención en una comunidad terapéutica con pacientes psicóticos chilenos, en tratamiento psiquiátrico?

La presente investigación busca ordenar las herramientas que ya poseen los profesores de danza desde su preparación profesional para realizar un trabajo terapéutico y enriquecerlas con las que ya han sido encontradas y utilizadas por la Danza Movimiento Terapia (DMT), a través de su historia, que no están implícitas en la preparación de los profesionales de la danza y que son vitales para la buena realización de una sesión terapéutica.

Esto se llevará a cabo a través de las experiencias recogidas por las investigadoras en un taller realizado durante dos meses y medio, con pacientes psicóticos, en donde se recopilarán datos relevantes en cuanto al manejo de la sesión misma y de los pacientes con sus características particulares, así como la efectividad de algunas actividades planteadas para este taller, dejando de lado aquellas que no resultaran favorables tanto dentro de la sesión como a largo plazo. Con estos datos los profesionales de la danza podrán tener un punto de partida para su posterior preparación en este tipo de actividad, aumentando su visión acerca del tema para encontrarse con nuevas herramientas, provenientes, en este caso, de la Danza Movimiento Terapia, las cuales han sido utilizadas por las investigadoras en su intervención, demostrando pertinencia en este tipo de trabajo.

Esta investigación, tiene como finalidad guiar a quienes se interesen por este tipo de trabajo, y seguir aportando a un campo en el que, en nuestro país, aún queda mucho por hacer, dejando una evidencia práctica tangible, que otros podrán utilizar para acercarse al trabajo de terapias corporales. Esta investigación recoge elementos de la aplicación del programa tentativo, realizada en CORDES, lugar en donde los pacientes psicóticos reciben terapias ocupacionales de diversa índole, pasando ésta

terapia a ser parte de sus actividades durante los dos meses y medio de duración del taller.

El presente trabajo pretende ayudar a los profesionales de la danza que tengan interés en abrirse camino en esta área, quienes ya poseen un lenguaje corporal extenso y un conocimiento de las técnicas dancísticas que sirven de base para realizar un trabajo terapéutico, teniendo claro la importancia de habilitarse en ésta área específica. Por mucha experiencia que se tenga como profesional de danza ya sea en el ámbito de la pedagogía, creación o investigación, al momento de enfrentarse a realizar un taller o un programa con personas con patologías psiquiátricas surgirán una infinidad de inquietudes y dudas que muchas veces la investigación de la sicología y la psiquiatría, como tales, no llegaran a responder. Es necesario ir a otras fuentes que sirvan de nexo entre la psicología y las terapias físicas a modo de encontrar el camino para realizar una terapia corporal integral.

La Danza Movimiento Terapia, creada por bailarinas, toma los elementos de la danza y los utiliza en una sesión de terapia física, enfocada al tratamiento de personas con problemas psicológicos y psiquiátricos, pasando por todas sus escalas, desde problemas sencillos de la vida cotidiana, hasta traumas severos causados por situaciones límite, y patologías psiquiátricas graves. Pasa de ser una terapia alternativa a ser una herramienta visible para producir cambio a nivel físico en personas que por su nivel de enfermedad pierden el control parcial de su cuerpo y sus funciones motrices, reeducando los sensores neurológicos que dominan dichas funciones.

Es necesario organizar los elementos que actúan en estas sesiones terapéuticas, tanto de danza como de la psicoterapia, para así poder utilizar estos conocimientos en la práctica, aún cuando se esté recién entrando en este tipo de trabajo terapéutico, en donde la DMT ha enfocado su trabajo en todos estos años.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los recursos de la danza y de la Danza Movimiento Terapia pertinentes para generar un programa de intervención en pacientes psicóticos chilenos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Seleccionar las actividades de danza educativa y de danza movimiento terapia que puedan generar un aporte al trabajo terapéutico corporal con pacientes psicóticos.
2. Aplicar un programa tentativo de intervención a pacientes psicóticos a base de elementos de danza educativa y de danza movimiento terapia, previamente seleccionados.
3. Evaluar el estado de los pacientes una vez aplicado el programa tentativo de intervención, mediante el instrumento de medición utilizado en el diagnóstico, verificando el aporte para los pacientes psicóticos.
4. Reformular un programa de intervención terapéutica corporal aplicable a pacientes psicóticos, incorporando los elementos pertinentes de la danza educativa y de la danza movimiento terapia no previstos en el programa tentativo.

CAPÍTULO III

MARCO REFERENCIAL

La danza ha estado presente en la humanidad desde tiempos ignotos. En algunas pinturas rupestres en España y Francia, existen dibujos de figuras que bailan, como una manifestación espontánea que responde a la necesidad y capacidad del hombre de expresarse a través del movimiento, en una era en donde el lenguaje hablado aún no se había desarrollado. La comunicación a través del movimiento es un hecho concreto para el hombre cuando se organizó en tribus, fue a través de la danza que se manifestaban los sucesos sociales más importantes: el nacimiento, el matrimonio, la muerte, la siembra, las enfermedades, la caza, la guerra y las fases lunares. En muchas culturas se ve al mundo como una danza, pues al observar su historia se refleja también la historia del hombre. Los pueblos conocen el mundo, y relacionan sus cuerpos y experiencias en él con los ciclos de la vida.¹ Se utiliza como medio catártico - terapéutico desde sus inicios, muchas sociedades le dan igual importancia a la danza como a la acción de alimentarse o dormir, ya que permite comunicar sentimientos, expresarse y relacionarse con el medio. “La danza del médico, sacerdote o chamán forma parte de la medicina y la psicoterapia. La exaltación común y la liberación de tensiones operan disminuyendo el sufrimiento físico y mental para convertirlo en una nueva forma más cercana a la salud. En los albores de la civilización la religión, la música, la danza y la medicina eran inseparables (Merloo, 1960).”²

La danza, cumple varias funciones: la expresiva social, al relacionarse con el mundo y el resto de las personas, favoreciendo la creación de vínculos y relaciones humanas; la cultural, al traspasar valores, costumbres y tradiciones que identifican a una comunidad.

¹ Markessinis, 1995.

² Fishman, 2005, Pág. 10

Después de la I Guerra Mundial, surgieron las primeras manifestaciones de las danzas modernas. Como reacción a los estilizados movimientos del ballet y junto con la progresiva emancipación de la mujer surgió una nueva forma de bailar que potenciaba la libre expresión. Una de las pioneras de este movimiento fue Isadora Duncan. Con ella Mary Wigman, Rudolph von Laban, y el movimiento expresionista Alemán, entregan a la danza la espontaneidad, la autenticidad de la expresión del individuo y la conciencia del cuerpo, así como las emociones y relaciones. Representan temas profundos de la humanidad: la desesperación, la frustración, las crisis sociales del momento. La Danza pasa a formar parte del movimiento artístico de la época, en un clima de cambios y nuevas ideas. Recibe influencias e inspiraciones provenientes de otras corrientes de la actividad del hombre, ampliando sus límites y enriqueciéndose en su rol expresivo. Desde los años 20 hasta nuestros días nuevas libertades en el movimiento del cuerpo fueron los detonantes del cambio de las actitudes hacia él. En nuestra cultura, el auge de la actividad intelectual y del lenguaje verbal, ha desplazado al lenguaje corporal y, a toda su rica y variada gama de posibilidades. Hoy, sumergidos entre computadoras y tecnología de avanzada, hemos caído víctimas de la pasividad y el sedentarismo.

Para fundamentar la importancia de la danza en las actividades del ser humano, dejemos que hable otro especialista:

“Se podría decir que el baile es el comienzo del movimiento corporal organizado, esto es, el precursor de todos los aspectos expresivos corporales que hoy en día comparten el nombre de “técnicas corporales”. Así mismo, es la semilla de lo que conocemos como “ejercicio físico”. El baile es una manera de comunicación y expresión que no deja de evolucionar y de acompañarnos en nuestro caminar por la vida y en nuestro crecimiento. Bailar pone en relación aspectos que la educación tradicional ha separad a lo largo de la historia: La emoción y la razón, el placer y el esfuerzo, la percepción sensorial y el concepto, la palabra y la imagen.”³

³ Carbajal, 2008, Pág. 26.

III. 1. El movimiento

Es uno de los elementos básicos en la danza, existen los cotidianos, que son útiles y espontáneos o adquiridos para realizar un trabajo específico y los movimientos que se utilizan como medio de expresión dentro de un fraseo de danza, los que provienen muchas veces de movimientos cotidianos pero que han sido llevados a un plano comunicacional escénico.⁴

Rudolph von Laban, (1879 – 1958), fue uno de los primeros en estudiar y analizar el movimiento, crea el primer sistema de notación de danza, o escritura del movimiento, la *Labanotation*.

Laban en 1975, postula que los movimientos de la vida cotidiana se utilizan para la realización de tareas y necesidades prácticas de la existencia. Si nos trasladamos a la danza y al juego el fin práctico deja de tener primera importancia, dando paso al trasfondo del movimiento mismo. Al utilizarse para una tarea concreta es la mente la que dirige el movimiento, al contrario del movimiento en danza o en el juego en donde este estimula la actividad de la mente.

El movimiento ejerce un poder estimulante sobre las actividades mentales, se ha estudiado el impacto del movimiento en la mente descubriéndose que los movimientos corporales constan de elementos creadores de acciones que representan las cualidades particulares del esfuerzo interno, que es de donde nacen. Se puede comparar el lenguaje del movimiento con el lenguaje oral, que forma palabras con letras y frases con palabras; en danza se forma movimiento por elementos y fraseos con movimientos. Es por eso que este lenguaje corporal estimula la actividad mental de manera similar que el lenguaje hablado y a veces de manera más compleja.

En una técnica libre de danza se vivencia todo el movimiento, al combinarlos de manera espontánea surge una variedad casi sin límite de pasos y gestos que se ponen a disposición del bailarín como su lenguaje.

⁴ Panhofer, 2008.

Al aprender danza se adquiere la capacidad y agilidad necesarias para seguir los impulsos voluntarios o involuntarios de movimiento y lograr moverse con desenvoltura y seguridad. Laban también genera dos preguntas muy interesantes para nuestro tema: “¿De dónde proviene el impulso del movimiento? El impulso impartido a los nervios y músculos que mueven las articulaciones de los miembros se origina en esfuerzos internos. Al enseñar, el maestro debe estimular los impulsos del movimiento del estudiante. Debe también estudiar el orden sistemático de los diferentes tipos de acciones que resultan de las variadas cualidades del esfuerzo interno, así se hace posible su control⁵.”

La segunda pregunta es: “¿A dónde conduce el impulso del movimiento? Al espacio. Por lo tanto, es necesario tener un dominio del movimiento en el espacio circundante. Uno de los fines del entrenamiento es, por consiguiente, permitir a la persona que se mueve alcanzar cada punto de la esfera espacial que rodea su cuerpo.”⁶

Trabajó con tres formas diferentes de movimiento: Las formas tradicionales del ballet clásico, la danza moderna, y los movimientos funcionales en el trabajo. En este último, observó muchos aspectos diferentes, “analizó e investigó los patrones de movimiento desde las artes marciales hasta las personas con discapacidad física o mental (Bartenieff, 1980)”⁷. Para el campo de la terapia, sus estudios facilitan el entendimiento del movimiento de sus cambios y sus significados. Primero describió que partes del cuerpo se mueven, cuándo y dónde. Luego investigó los aspectos cualitativos del movimiento, definiendo como una persona se mueve, es ahí cuando desarrolla su propio sistema de escritura de danza. Desarrolla el concepto de *Effort* o cualidad del movimiento. Desde ahí Warren Lamb, su colega, añade la noción de *Shape*, creando el término *Effort - Shape*, que se utiliza para describir cambios en el movimiento, en relación a sus cualidades y adaptación física espacial.

⁵ Laban, 1975, Pág. 35

⁶ Laban, 1975, Pág. 35.

⁷ Fishman, 2005, Pág. 34.

Laban reconoce cuatro factores, estos son cuatro esfuerzos primarios: Flujo: conducido y libre, espacio: directo e indirecto, peso: liviano y pesado, tiempo: sostenido y súbito. De su combinación derivan las ocho acciones básicas del movimiento: Golpear, latigear, presionar, torcer, palpar, deslizar, sacudir y flotar.

Heidrun Panhofer (2008), describe el método de análisis del movimiento de Laban (LMA)⁸, como una técnica que sirve para describir, medir, y clasificar el movimiento humano, que representa patrones de movimiento inherentes de la persona y que la diferencian de las demás, que muestra dimensiones del comportamiento que están relacionadas con procesos neurofisiológicos y psicológicos. Laban (1975) describe los 16 Temas de Movimiento Básicos, que son relacionados con: la conciencia del cuerpo, la conciencia del peso y del tiempo, la conciencia del espacio, la conciencia del flujo del peso corporal en el espacio y el tiempo, la adaptación a compañeros, el uso instrumental de los miembros del cuerpo, la conciencia de las acciones aislada, los ritmos ocupacionales. Estos 8 primeros pertenecen a los Temas de Movimiento Elementales⁹.

Luego describe los Temas de Movimiento Avanzados¹⁰: que son relacionados con: con las formas del movimiento, las combinaciones de las ocho acciones básicas de esfuerzo, la orientación en el espacio, las figuras y los esfuerzos usando diferentes partes del cuerpo, la elevación desde el suelo, el despertar de la sensación de grupo, las formaciones grupales, las cualidades expresivas o modos de los movimientos.

En los años 60, Imgard Bartenieff (1980), quien estudió con Laban, une los contenidos de la LMA, al desarrollo de las terapias corporales. Ella desarrolla los conceptos que después formarán sus fundamentos a partir de su experiencia con Laban en la teoría del movimiento, y de la práctica de otras disciplinas relacionadas con el cuerpo.

Sus estudios contribuyeron al trabajo de la danza terapia al traer los estudios de Laban a este campo, que en esa época estaba recién emergiendo; en esta década

⁸ Panhoffer, 2008, Pág. 69.

⁹ Laban, 1975,

¹⁰ Op. Cit Laban

desarrolla uno de los programas de danza terapia más importante en el Hospital Estatal del Bronx. El movimiento, según Bartenieff, nace desde impulsos internos, que encierran procesos cognitivos que ocurren de manera simultánea en uno de estos impulsos para llegar a concretarse en acción de movimiento. Estos parten con la atención al espacio, el sentido del propio peso corporal y la intención que produce el impacto del peso como fuerza, sumado a la conciencia del tiempo.

Los fundamentos de Bartenieff estaban enfocados a encontrar la conexión entre la parte superior e inferior del cuerpo lo que llamó: conectividad, pretendía atender las carencias de coordinación entre la parte alta y baja del cuerpo, para lograr sustentar el movimiento desde la conexión al suelo y el uso de la respiración. Se dio cuenta que tanto bailarines entrenados como personas normales sobre utilizaban la parte alta del cuerpo, sin darle sustento desde la parte inferior. Desarrolló una serie de movimientos que utilizaban las diagonales para redescubrir el centro de peso y usar el soporte inferior para conectarse a tierra. Utiliza las diagonales y las posibilidades rotatorias del cuerpo para lograr la tridimensionalidad en el alcance del espacio en los movimientos de tronco y miembros.¹¹

III.1.a. El movimiento como dispositivo de intervención

No existe ser viviente capaz de detener totalmente sus movimientos orgánicos, el flujo de la sangre, la respiración por mínima que sea, genera un desplazamiento de la caja torácica, etc. El movimiento representa la vida, no podemos saber si existe vida o no en un ser que no presenta movimiento.

Nos movemos a través de acciones musculares, estas modifican la relación de acción y sentido entre el sujeto y su mundo de objetos el exterior. Maralia Reca (2005)

¹¹ Panhoffer, 2008.

afirma que: “Por complejas que sean estas acciones en el adulto, tienen una estructura rítmica espacial básica, común a las plantas, animales y niños: crecer hacia y alejarse de (*Growing and Sinking*), que es el movimiento básico de la ameba al desplegarse hacia una fuente de nutrición o cuando se retrae de ella. Nos movemos en el ritmo respiratorio y en los pulsos y ritmos de los sistemas orgánicos”¹².

El movimiento que no se detiene están en la respiración, el ritmo cardiaco, los sistemas de órganos y sus flujos, el tono muscular y sus contracciones y des contracciones, esto nos hace ver que el tiempo está en nosotros y no en el exterior. En la naturaleza existen ritmos que nosotros representamos en nuestro cuerpo, el cuerpo también es signo de la cultura.

“Desde la terapia del movimiento se evalúa la variación o la gama de patrones con que el individuo cuenta para interactuar en el mundo. Conocer a través de la senso - percepción consciente el rango de patrones de movimientos disponibles es un propósito en la Danza Movimiento Terapia.”¹³

III.2. Corporalidad y psicomotricidad

Dalila Molina de Costallat, en su libro “La Entidad Psicomotriz”¹⁴, habla de la conjunción cuerpo mente. Plantea que, el comportamiento humano es la resultante de múltiples procesos procedentes del área intelectual y afectiva, que conforman el psiquismo y que se expresan a través de la motricidad y el habla. El cuerpo y sus medios de expresión se convierten en el instrumento de relación del ser. La acción y el

¹²Reca, 2005.

¹³Fishman,2005, pág. 34.

¹⁴Molina de Costallat, 1984.

lenguaje, aparecen así como las evidencias que revelan la integridad del individuo. Ambas formas de expresión están promovidas por el querer hacer, pulsión volutiva, o el saber hacer, facultad cognitiva, que proceden de la esfera psíquica y que apoyadas en la capacidad de acción, poder hacer, condicionan las más variadas formas de comportamiento.

Esto compone lo que Dalila Molina de Costallat llama “La Entidad Psicomotriz”, de psiquis: inteligencia y afectividad (saber y querer) y motriz: acción o movimiento que permiten su expresión (poder). Para ella todo individuo es una entidad psicomotora que se manifiesta en una vida de relación con la integridad de todos sus procesos, bajo una forma personal unívoca que lo distingue de los otros seres y le otorga sus caracteres individuales. Su desarrollo armonioso se identifica con el desarrollo integrado del ser. En esta integración, los caracteres evolutivos de cada área se coordinan en estadios paralelos de crecimiento. Sólo así puede emerger la conducta bien estructurada, sin desfasajes en las articulaciones de sus componentes. Las áreas del comportamiento motor deben desarrollarse al mismo tiempo que se organizan los niveles crecientes del pensamiento y se integra la maduración afectiva que va a permitir la afirmación del “yo” y sus relaciones. El niño se desarrolla siguiendo leyes físicas de crecimiento, pero su mente y su alma también crecen a la par, de modo que a una determinada edad cronológica en la cual su maduración neuromotora lo capacita para una forma de acción determinada (aspecto orgánico), su nivel de pensamiento también alcanza un estadio acorde con el mismo (área intelectual); este proceso lleva a un nivel de desarrollo con características especiales para la edad, en una normalidad y maduración total. Se puede decir así que un niño es maduro o inmaduro para su edad cronológica teniendo en cuenta estas correlaciones. Ciertas manifestaciones de conducta se aceptan como normales para la edad, por ejemplo, a los dos años los berrinches ante la negación de un juguete. Desde el punto de vista de la integración psicomotora, esta forma de expresión relacional constituye una reacción tónico-afectiva normal para esa edad en que el diálogo tónico es íntimo y las reacciones físicas son la única vía de expresión y escape de la emoción; pero esa misma reacción a los 8 años se transforma en un rasgo de inmadurez ya que a esa edad el diálogo tónico debe

estar abierto y el desarrollo ha de haber provisto al niño de otros medios para su expresión adecuadas, el lenguaje, mímica etc. Cuando una de las áreas se presenta en desnivel surgen desfasajes de la conducta y aparecen los retrasos, inmadurez, desadaptación, etc., que caracterizan la conducta atípica.

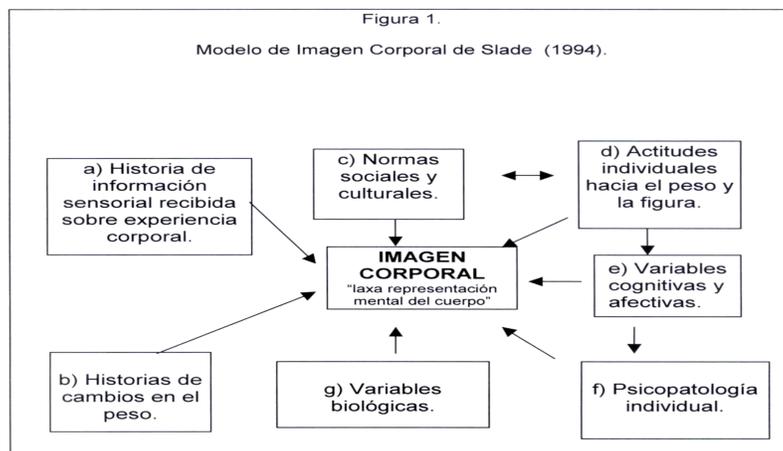
III.3. Imagen corporal

El niño se va apropiando del entorno a través del cuerpo, en la lactancia, conoce un mundo único sin división entre su cuerpo y el espacio, percibe el cuerpo de la madre como propio, no se percibe a sí mismo como un ser individualizado aún, esta visión del ser individual se va a dar recién después del primer año de vida. El cerebro del niño pequeño tiene una imagen espacial del cuerpo, es decir en comunión total con el espacio sin diferenciar el propio espacio del espacio de otros y del espacio total.

El individuo va generando su imagen corporal a través de las experiencias sensoriales, en cuanto a tamaño y formas, imagen perceptiva, creencias sobre su propio cuerpo, imagen cognitiva, y las experiencias del propio cuerpo o satisfacciones, imagen emocional. Esta información se transforma en imagen corporal, que posee las siguientes características: es multifacético y está ligado a cómo se percibe sensorialmente junto a la apreciación que tenemos de nosotros mismos. Desde el nacimiento hay influencias sociales que matizan la autopercepción del cuerpo, se va modificando según las influencias del entorno y las propias experiencias cuando se produce el conocimiento sensorial a través del cuerpo. Por lo anterior este es un concepto definido como dinámico. La forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo, es decir nuestra imagen corporal, influye directamente en como percibimos el mundo y en nuestro comportamiento, tanto la imagen corporal consciente como la pre consciente y la inconsciente ejercen esta influencia. El niño crece

observando el cuerpo del otro y a través de esa información crea su propia imagen corporal; primero reconoce al resto y después a sí mismo.

Slade, en 1994, crea un modelo de imagen corporal, para él es una *representación mental que se va modificando*, lo plantea de la siguiente forma: “La imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo”.¹⁵



16

Todas las sensaciones, internas y externas, se unen y completan la imagen corporal. Para algunos autores de la psicología y psicomotricidad, el esquema corporal se confecciona mediante las sensaciones, percepciones y emociones de las personas. Factores neurológicos, morfológicos y afectivos afectarán el cuerpo a través de las etapas del desarrollo, influyendo en la reacción del cuerpo y su organización, esto es el ajuste postural, que puede estar en un nivel de desequilibrio importante hasta provocar trastornos en la actividad del ser humano. Cuando esto se detecta, se puede actuar incluyendo la educación postural, para equilibrar las posturas, economizar energía, y armonizar el cuerpo para facilitar las actividades cotidianas del individuo. Si bien la postura de base está dada por el tono muscular, es posible reeducar el cuerpo

¹⁵ Baile y Ayensa, 2003, págs. 53-70

¹⁶ Cuadro 1. Op. Cit. Baile y Ayensa.

mediante la actividad física consciente y lograr el tono ideal para la estructura del individuo.

III.4. Visión del cuerpo en psicología

El primero en darle cierto lugar al cuerpo en la psicología fue Sigmund Freud, quien dio un paso importante al concebir al cuerpo humano, como a los demás cuerpos existentes en el universo, dotado de una energía unitaria que le sirve de sostén a su vida, utilizable en los procesos fisiológicos y psicológicos. "El yo es ante todo un yo corporal". (Freud S.1950, Pág.50) S. Ferenczi, seguidor de Freud, y quien propuso una terapia activa, llamó la atención de forma más abierta a la actividad muscular y a la expresión corporal.¹⁷

Después le siguió Wilhem Reich, quien se considera el padre de las diferentes líneas del trabajo corporal. Se inicia como psicoanalista pero luego centra su trabajo en el cuerpo y las maneras de abordarlo, planteaba que todo lo que se podía trabajar en psicoterapia a través de la palabra era posible de trabajar con el cuerpo. Trata al cuerpo como reservorio de emociones, placer, rabia, angustia y tristeza que abarcan al cuerpo en su totalidad. En su libro Análisis del carácter, Reich comenta lo siguiente: "Lo vivo funciona no solo antes y mas allá del lenguaje verbal; más aun, tiene sus propias formas específicas de expresión que no pueden ponerse en palabras. En cuanto aquel (el paciente terapéutico) deja de hablar, se pone claramente de manifiesto la expresión corporal de la emoción. El lenguaje verbal perturba el lenguaje de la expresión."¹⁸ Así sustenta Reich su teoría de que el trabajo corporal favorece la comunicación.

¹⁷ Febles, 2010.

¹⁸ Carbajal, 2008, Pág. 45

El psicólogo gestaltiano, Luis Carbajal¹⁹, plantea a propósito de esto que:

“El trabajo corporal busca principalmente la integración de la conciencia del cuerpo con la convivencia de este. Es un camino o proceso cuyo objetivo a largo plazo es aprender a expresarse y manifestarse, favoreciendo especialmente la comunicación. En este camino es fundamental entender que todo proceso implica encontrarse a uno mismo, poder aprender sus mecanismos y sus manejos en su día a día, viendo cuales son funcionales y cuales disfuncionales.”

Luego continuó Lowen, discípulo de Reich, quien estructura su trabajo y crea el Análisis bioenergético²⁰, no se hará referencia en esta investigación por ser un alínea distinta de trabajo corporal.

Le sigue en el trabajo corporal el de La Gestalt, que fue creada por Frederick Perls, quien trabajó con W. Reich y publicó en 1951 la “Gestalt Therapy”, desarrolla una perspectiva unificadora del ser humano, integrando lo afectivo, intelectual, social y espiritual promoviendo el contacto con el entorno y haciendo conscientes los procesos patológicos repetitivos. Su metodología combina técnicas verbales y corporales con actividades creativas.²¹

Daniel Calmels, en su libro “Del Sostén a la Trasgresión”, aclara la importancia del cuerpo en el desarrollo del ser humano desde su gestación, a partir de la necesidad de sostén en todos los estadios de su desarrollo. Describe que el ser humano necesita apoyarse en la tierra para desplazarse, sólo ese medio le otorga el sostén a sus movimientos, ni el agua ni el aire le otorga las mismas cualidades. Aún en el medio acuoso del útero materno, obtiene sostén físico por medio de las paredes de éste, siendo contenido por ellas y a la vez sostenido, al nacer, se provoca un cambio en esa relación, pero sigue siendo compensada por el cuerpo de la madre, un nuevo vínculo, el corporal, en un estado de indiscriminación del cuerpo propio y del otro. El sostén

¹⁹ Op cit.

²⁰ Carbajal, 2008, Pág. 63

²¹ Guimon, 1999, Pág. 240

proporcionado por el adulto, incide directamente en la creación del tono muscular del bebé, el eje tónico postural, el tronco, cumple la función de relación con el entorno en la medida que el niño es alzado desde ahí. Las extremidades cumplirán más tarde un rol de relación que Calmels denomina de: “acompañamiento”.²² Esto es similar a lo que Ajuriaguerra (1985)²³ llama diálogo tónico, refiriéndose al intercambio postural entre madre e hijo, donde existe una acomodación recíproca pero a la vez una intención en el acto de la madre. Si ocurre una falla en el sostén de la madre, el niño debe compensarlo con cambios en su tono muscular al realizar movimientos equilibratorios. Calmels cita a Francisco Tosquelles quien en 1973 explica: “la Postura y la actitud tónica de los músculos constituirán una vía de comunicación casi sin discontinuidad entre la madre y el niño”²⁴

Aunque Calmels habla directamente sobre la psicomotricidad, siendo esta su área, hemos citado su trabajo al considerarlo pertinente con la tarea del terapeuta corporal de hoy. Él plantea que la implicación corporal en el tratamiento debe ser una intervención de carácter profesional y con diversos objetivos. Enumera los siguientes objetivos de las intervenciones corporales en psicomotricidad: Motivar y desbloquear la expresividad y la comunicación, estimular el desarrollo de la creatividad favoreciendo el libre ejercicio de las coordinaciones generales y las praxias, acompañar los aprendizajes de desequilibrio, encausar la práctica de la agresividad (no agresión, sino el impulso a dominar un objeto de conocimiento, la agresión es destructiva)²⁵, contener corporalmente los estados de angustia y desorganización, estar disponible en una diversidad de formas, tanto actitudinalmente como la mirada, la escucha, etc. Para realizar estas actividades es necesario tener conocimiento del campo de la corporalidad, más allá de sus propios contenidos sino de la actitud frente al cuerpo del otro. Para el desarrollo de la experiencia corporal, es importante el rol maternal que más arriba describimos como sostén, pero avanzando en la crianza también el cuerpo sigue teniendo importancia en el aprendizaje y las relaciones corporales del ser

²² Calmels, 2009, Págs. 25-26

²³ Op. Cit. Pág. 37.

²⁴ Op. Cit. Pág. 39.

²⁵ Calmels, 2009, Pág. 83

humano con su entorno. Aquí Calmels plantea la importancia del juego; para él, éste favorece, en el caso del terapeuta, su desempeño, ya que va de la mano con el logro de sus objetivos. Este juego debe ser no estructurado, para que la experiencia corporal se vea enriquecida. El espacio donde el juego se da debe favorecer el movimiento y la gestualidad en toda su gama. El cuerpo del terapeuta y los objetos transicionales motivan el juego corporal.

De las funciones de crianza, Calmels saca los conceptos de sostén, acompañamiento y provocación, y los traslada al trabajo terapéutico del psicomotricista, pero no en una función de crianza por parte del terapeuta sino de cuidador desinteresado y modificador (del griego *Therapeutikos*, que cuida de algo o de alguien).²⁶

III.5. Trastornos de la psicomotricidad en enfermedades psiquiátricas

Pueden ser signos neurológicos, como resultado de actitudes conscientes o inconscientes del paciente, o por la interacción de ambos factores, tales como:

Trastornos de la postura: Podemos distinguir este tipo de trastornos en personalidades anormales que buscan atención y aprecio, también en personas ansiosas, en adolescentes con trastornos de la personalidad, y en pacientes esquizofrénicos sobre todo catatónicos y con demencias. Puede ser manierística o estereotipada.

Trastornos en los movimientos adaptativos: pueden ser expresivos o reactivos. Según José Guimón, los movimientos expresivos son los que afectan la cara, los brazos, las manos y la parte superior del tronco. Su amplitud varía según las emociones y cambia según la cultura y variaciones individuales. En las depresiones los pacientes se ven enlentecidos o estuporosos, pero en depresiones ansiosas

²⁶ Calmels, 2008, Pág. 92-93

pueden verse agitados. En la manía los movimientos expresivos se exageran. En la esquizofrenia y la catatonía especialmente los movimientos expresivos se ven a menudo trastornados. Los movimientos reactivos son respuestas adaptativas ante nuevos estímulos, son automáticas e inmediatas. Al perder esta capacidad de respuesta el paciente se ve rígido y sin reacciones de alerta como por ejemplo la capacidad de girar la cabeza al oír un ruido. Esto provoca una desadaptación al ambiente. En las fases inhibidas de la psicosis y la depresión estos movimientos están disminuidos. En cambio en la catatonía parecen estar bloqueados. En los cuadros de ansiedad grave son rápidos y excesivos.

Movimientos no adaptativos: Son movimientos sin finalidad, que antes tuvieron una utilidad, pero al volverse espontáneos pierden esta utilidad y se transforman en hábitos motores. Ej.: tocarse la nariz, taparse la boca o mover la cabeza. Se hacen más frecuentes en momentos de ansiedad o perplejidad. En cambio, Guimón describe los tics como “contracciones involuntarias y súbitas de pequeños grupos de músculos y habitualmente son reminiscencias de movimientos expresivos o de reflejos defensivos²⁷”. Pueden ser condicionados por conflictos psicológicos, pero también puede haber predisposición constitucional para generar este tipo de movimientos.²⁸

III.5.a. Trastorno psicótico

“Es un cuadro clínico que se caracteriza por la aparición, generalmente brusca de alucinación e ideas delirantes, alteraciones en las asociaciones o otros trastornos del curso formal del pensamiento. Puede haber aplanamiento afectivo perplejidad o confusión.”²⁹

²⁷ Guimón, 1999, pág, 40.

²⁸ Guimón, 1999, Pag. 40

²⁹ Andrés Heerlein L, 2000, Pág. 298.

Acerca de los aspectos sociales se definen los siguientes síntomas:

“Pueden seguir cambios conductuales como apatía, desmotivación por las actividades habituales, desconcentración, pérdida del interés por el cuidado personal y aislamiento social, los que no alcanzan a configurar episodios afectivos mayores. Más excepcionales son las conductas gravemente alteradas, como agresividad y agitación psicomotora. El cuadro suele presentarse en sujetos con un nivel de adaptación previo relativamente bueno y en relación a algún tipo de estrés psicosocial”.³⁰

Existen los siguientes tipos de trastornos psicóticos:

III.5.a.1. Trastorno psicótico breve: Presencia de uno a más de los siguientes síntomas, según la DSM-IV-TR³¹ utilizados en Chile para el diagnóstico de enfermedades mentales: Ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (disperso o incoherente), comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. Otro factor es la duración de un episodio, que debe ser de al menos 1 día, pero inferior a 1 mes, con retorno completo al nivel pre mórbido, o sea al nivel anterior de actividad. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado del ánimo con síntomas psicóticos ni a esquizofrenia ni al uso de sustancias. Puede ser con desencadenante grave, o psicosis reactiva breve, si los síntomas psicóticos aparecen poco después y en respuesta de uno o más acontecimientos gatillantes, sin desencadenantes graves, sin un acontecimiento estresante o de inicio en el post parto, si el inicio se produce en las primeras 4 semanas de post parto.

III.5.a.2. Trastorno psicótico compartido: Es cuando un sujeto desarrolla una idea delirante en el contexto de una relación estrecha con otra (s) persona (s) que ya tiene esta idea establecida. No se explica por la presencia de otro trastorno, como la esquizofrenia, o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, ni al uso de sustancias o una enfermedad médica.

III.5.a.3. Trastorno psicótico debido a una enfermedad médica: Alucinaciones o ideas delirantes acusadas a partir de la historia clínica o pruebas de laboratorio. La alteración es un efecto fisiológico directo de la enfermedad médica.

³⁰ Op. Cit. Pág. 298.

³¹Universidad Complutense de Madrid, 2002.

III.5.a.4 Trastorno psicótico inducido por sustancias: Alucinaciones o ideas delirantes que aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias. A veces el consumo de un medicamento está relacionado con la alteración.

III.5.a.5. Trastorno psicótico no especificado: Incluye toda la sistemología psicótica (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado), sobre la que no se dispone una información adecuada para establecer un diagnóstico específico. Ejemplos: Síntomas psicóticos que han durado menos de 1 mes, alucinaciones auditivas persistentes en ausencia de otras características.

III.5.b. La esquizofrenia

Dentro de los trastornos psicóticos se encuentra la Esquizofrenia, que se define como: “Enfermedad o conjunto de enfermedades que se presentan en sujetos jóvenes y que sigue un curso deteriorante”.³² Recién en los últimos años existen tratamientos eficaces, para reinsertar a los enfermos en la sociedad y no condenarlos a reclusiones en centros psiquiátricos. La neurociencia esta permitiendo conocer las bases biológicas de la enfermedad para encontrar nuevos tratamientos y aumentar la tolerancia a ellos, lo que cambia el pronóstico de los enfermos de esquizofrenia. Los síntomas fundamentales según Eugen Bleuler³³ son: Laxitud de las asociaciones, aplanamiento afectivo, autismo y ambivalencia, junto a síntomas accesorios como: delirio, alucinaciones, manifestaciones catatónicas, etc.

³² Heerlein, 2000, pág. 283, 284.

³³ Op. Cit. Pág. 283, 284.

III.5.b.1. Epidemiología

Tiene una prevalencia estimada en la población general de un 0,5% a 1,5%. Un estudio efectuado en Santiago de Chile, arrojó una prevalencia en 6 meses de 1,03%, las tasas se asemejan en todo el mundo, pero hay prevalencias elevadas en algunas áreas geográficas específicas. Pueden ser poblaciones genéticamente predisuestas o también puede ser debido a factores ambientales desencadenantes. Entre hombres y mujeres la frecuencia de la aparición de esquizofrenia es igual, pero con diferentes características de enfermedad, como por ejemplo el inicio, que en los varones es más precoz, entre los 15 y 25 años de edad, mas grave, y con mayor necesidad de hospitalización, en cambio en las mujeres se presenta entre los 25 y los 35 años. La esquizofrenia es más frecuente en las grandes sociedades, en zonas rurales es más benigno, esto demuestra que el estrés de las grandes ciudades puede ayudar a presentar la enfermedad a personas más vulnerables. En algunas sociedades los pacientes esquizofrénicos se acumulan en los estratos más bajos.

La esquizofrenia se asocia a un gran consumo de cigarrillos, también con otras drogas como marihuana, cocaína y alcohol, lo que empeora el pronóstico. El costo económico social de esta enfermedad es muy alto, debido a los años perdidos de vida útil de los enfermos en la sociedad, la ocupación de instalaciones hospitalarias, el costo de los medicamentos y tratamientos, etc.

III.6 Las enfermedades psiquiátricas en Chile

Las políticas sobre salud en Chile están cambiando constantemente en cuanto a acceso a tratamientos y costos de éstos, cosa importantísima si tenemos en cuenta que la esquizofrenia afecta en su mayoría a personas de estratos socioeconómicos bajos. Las acciones dirigidas a la salud mental parten en 1990 y al finalizar esta década el Ministerio implementa cambios en el campo de la acción sanitaria, presentando información epidemiológica acerca de la elevada prevalencia de trastornos mentales y de la acumulación de factores de riesgo en la población. Datos provenientes de estudios de rigurosidad técnica de los últimos 8 años, comparando los resultados con los de países que llevan ventaja en este aspecto de la salud. Existe un consenso entre los profesionales de esta área sobre las acciones a realizar en cuanto a promoción y prevención, tratamiento y rehabilitación. El Ministerio posee evidencias sobre el resultado de los tratamientos clínicos y de las intervenciones de salud pública, que permite persuadir a las autoridades sobre su necesidad y efectividad. Conoce y organiza a los usuarios y sus familias, para conocer sus necesidades y aspiraciones, y así comenzar a hacerse cargo de actividades de auto ayuda y atención de pacientes, en rehabilitación, hogares protegidos, talleres laborales y clubes sociales.

Datos importantes acerca de la esquizofrenia en Chile:

<p>Tiene una prevalencia de vida del 1,02 % en la población general, en Santiago, en los 6 meses previos al estudio, solo el 0,51% de las personas refiere síntomas.</p>	<p>Hoy existen recursos terapéuticos capaces de reintegrar a los pacientes en la sociedad.</p>	<p>Los tratamientos que combinan el uso de psicofármacos, con intervenciones psicosociales, tienen un 60% de éxito.</p>
<p>Los de mayor costo/efectividad son los programas basados en estrategias comunitarias.</p>	<p>Los equipos de tipo ambulatorios en la comunidad logran: mayor adherencia al tratamiento, menos internaciones hospitalarias, y menos muertes por suicidio.</p>	<p>La participación de las familias permite una mayor cobertura y seguimiento de los pacientes.</p>

Cuadro resumen realizado por las investigadoras.

El propósito es aportar al desarrollo humano del país tal como sigue y se basa en que:

“Se ha demostrado que es posible mejorar la calidad de vida de las personas portadoras de enfermedades mentales, ya que su deterioro no depende sólo de la enfermedad, sino también de las condiciones y comportamiento social de la familia y de la comunidad en que vive. Las acciones para la rehabilitación y reinserción social y laboral forman parte de la atención integral y requieren en forma especial el protagonismo de las familias, los pacientes y las organizaciones sociales, con el apoyo técnico y financiamiento de los programas de salud y de otros servicios sociales”.³⁴

III.7. Calidad de vida

Es un concepto difícil de definir, porque atiende a la percepción que cada individuo tiene de su propio bienestar. Es también una manera de medir el impacto que las enfermedades tienen en el nivel de vida de los pacientes, o calidad de vida relacionada con la salud (CDVRS). En el caso de las enfermedades psiquiátricas son muchos los factores que influyen en un desmedro de la calidad de vida de quienes las padecen, como los factores sociales, factores físicos, factores emocionales. Patrick y Erikson definen la CDVRS como: “Valor otorgado a la duración de la vida y su modificación por impedimentos, estado funcional, percepción y oportunidades sociales que son influenciadas por la enfermedad, daño, tratamiento o las políticas.”³⁵

O’Boyle presenta la siguiente definición: “Expresión de un modelo conceptual que intenta representar la perspectiva del paciente en términos cuantificables, la cual depende de su experiencia pasada, su estilo de vida presente, sus esperanzas y ambiciones para el futuro.”³⁶

³⁴ Op. Cit. Minsal.

³⁵ Urzúa, 2010.

³⁶ Op. Cit.

Ambas definiciones engloban las características que influyen en la CDVRS de pacientes con psicosis, es por eso que en nuestra investigación nos apoyamos en dichas variables para poder definir el impacto del trabajo terapéutico corporal en los pacientes que conforman la muestra de investigación, según aporta la siguiente cita: “El nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en estos tiene su estado de salud.”³⁷

III.8. Que es danza movimiento terapia (DMT)³⁸

Surge en la década de los 50, sus pioneras son bailarinas formadas en la corriente expresionista, que comienzan a trabajar ámbitos no convencionales para la enseñanza de la danza. Comienzan a trabajar con pacientes psiquiátricos, y reconocen un valor diferente en el movimiento y la danza como medios expresivos y de comunicación para el ser humano, mas aun para personas que no poseen una gran comunicación verbal. En los años 60 con la creación de la American Dance Therapy Association (ADTA) bajo el liderazgo de Marian Chace, la DMT se expande. En 1966 la ADTA define la Danza Terapia como “el uso psicoterapéutico del movimiento en un proceso que persigue la integración psicofísica del individuo” (ADTA, 1966; Levy, 1992, p-15)³⁹.

El entorno cultural y la preocupación por las interrelaciones cuerpo-mente de la época propiciaron la proliferación de danza terapeutas. Fue el trabajo del psiquiatra Wilhelm Reich el que impulso el uso de la energía corporal en el tratamiento de la enfermedad mental a través de nuevos abordajes (Lowen, 1990, 1991). Así mismo el

³⁷ Op Cit. 358-365.

³⁸ Fishman, 2005, pág 11.

³⁹ Fishman, 2005, pág. 11.

interés por las técnicas orientales como el yoga el tai – chi, la meditación, etc., ayudan a la comprensión de la relación cuerpo-mente y su influencia en la salud humana.

Diana Fishman hace una cita a Bartenief en su tesis doctoral, quien explica lo anterior de la siguiente forma: “Las pioneras norteamericanas en DMT, llegan a desarrollar esta actividad movidas por profundos cambios operados en sus propias vidas a través de la danza y por haber trabajado con infantes, ya sea como educadoras o en áreas de la salud. Casi todas ellas describen sus comienzos en el trabajo hospitalario como accidental” (Bartenieff, 1980).⁴⁰

Su trabajo tiene buena acogida en los equipos de profesionales de neuropsiquiatría, quienes integran la danza terapia como parte del tratamiento de pacientes severamente perturbados.

“Desde sus orígenes, la DMT se ve influenciada por las teorías psicológicas que le son contemporáneas y encuentra que desde el psicoanálisis el mismo Freud reconoció la conexión entre el cuerpo, las emociones y el pensamiento. En alusión a la comunicación no verbal, el psicoanalista vienés dijo: “El que tiene ojos para ver y oídos para oír puede convencerse de que ningún mortal puede mantener un secreto. Si los labios están silenciosos, charla con la punta de sus dedos; se traiciona por cada poro. Por lo tanto, la tarea de hacer consciente lo que oculta en el escondrijo más recóndito de la mente es un logro posible” (Freud, 1972).”⁴¹

Freud habla de la expresividad y la comunicatividad del cuerpo. De decodificar los mensajes implícitos en el cuerpo, en religar el afecto y la representación. “La DMT considera como supuestos básicos que el cuerpo y la mente están en constante interacción recíproca.”⁴²

Diana Fishman, en su tesis de doctorado del año 2005, afirma que, “Los cambios en la posibilidad de movimiento afectan el funcionamiento general de la persona. Movimiento, postura y gesto reflejan la personalidad y encierran una memoria

⁴⁰Fishman, 2005, pag 11.

⁴¹ Op Cit., pág.12.

⁴² Op. Cit., pág 12.

a la que es posible acceder y que se puede destrabar para promover la salud y el desarrollo. Tomar conciencia del movimiento propio produce un *insight* corporal, por el cual se accede adonde las palabras no llegan y se posibilita un nuevo enlace con ellas.”⁴³

Para ella, el análisis del movimiento desarrollado por Laban ayuda a construir la estructura conceptual de la DMT en su vocabulario y lenguaje para registrar la observación del movimiento. Entrega la experiencia integral funcional y expresiva del movimiento a través de dinámicas y formas.

Hoy en día existen dos corrientes o enfoques de la DMT, en cuanto a la metodología del terapeuta, una es la afirmación de que el arte en sí es algo terapéutico, la *expressive art therapy*, a otra es la DMT que utiliza el movimiento dentro de una sesión psicoterapéutica, en donde hay un proceso de significado importante destacando los *insight* verbales posteriores a la experiencia del movimiento. Ambas metodologías son totalmente validadas en el ámbito de la terapia, muchas veces la tendencia a una u otra depende más del origen de formación del o la danza terapeuta, ya sea de la danza propiamente tal, o de la psicoterapia.

Las primeras en aplicar conceptos de la danza a la terapia psiquiátrica fueron Marian Chace y Mary Whitehouse, otras pioneras fueron Blanche Evans, Lilian Espenak, Trudy Schoop, Ingmar Bartenieff, Francisca Boas y Alma Hatkins (Fishman, 2005). Juntas en el año 60 deciden llamar Danza Movimiento Terapia a su trabajo.

Los puntos en que estaban de acuerdo la mayoría de ellas dentro de muchas diferencias y que hoy forman parte de la metodología de la DMT son:⁴⁴ Articulación de las partes del cuerpo, movimientos rítmicos, exploraciones y juegos, movimientos, movimientos repetitivos, educación en los rudimentos del movimiento, introducción a pasos básicos de danza, uso de utilería, técnicas de respiración y relajación,

⁴³ Op Cit. Pág 12.

⁴⁴ Fishman, 2005, Pág. 21.

exploración de las fluctuaciones de la tensión, exploración de temáticas del movimiento contrastantes, técnicas de conciencia del cuerpo, exploraciones posturales, técnicas proyectivas, uso de la música como facilitadora del movimiento y como soporte. Además se incluye la asociación psicomotriz realizando actividades de improvisación, imaginación activa, interpretación de sueños, exploración de fantasías, representación de recuerdos infantiles, técnicas proyectivas, improvisaciones espontáneas a partir del uso de la música, exploración de la ambivalencia y conflictos emocionales a través del role *playing*, exploración de polaridades de movimiento, movimientos espontáneos y pautas coreográficas, exploración de coreografías sobre las emociones.

Los elementos de la danza incluidos son: acción rítmica y repetición, exageración y amplificación, improvisación, coreografiar o planear, actuación, dramatización, folklore, danza moderna y creativa, ballet, baile social, baile étnico, exploración de dinámicas del movimiento en el mismo, variaciones en la utilización del espacio, el peso y el tiempo.

De la interacción terapéutica surge: espejar y reflejar los sentimientos del paciente a través de un intercambio de danza y movimiento, reaccionar y responder a las necesidades del paciente y su comunicación no verbal a través del movimiento, comprometerse con diálogos de juego a través del movimiento, creando juegos fantasías e interacciones dramatizadas, usar la narración verbal para reflejar los sentimientos y pensamientos conscientes e inconscientes del paciente durante el proceso de DMT, observar, escuchar y empatizar, enseñar movimientos corporales y guiar al paciente a través de su inconsciente personal al inconsciente colectivo.

Utilizan la verbalización para: elicitación de pensamientos y sentimientos, facilitar el *insight*, exclamar sonidos y verbalizaciones cuando se mueven, reflejar y narrar el proceso psicomotor, identificar el cuerpo en quietud y en acción, nombrar las partes del cuerpo intervinientes y nombrar que acciones se están desarrollando, facilitar el movimiento, interpretar e integrar.

Las técnicas de DMT grupales son: intercambiar el rol de líder entre los miembros del grupo, cambiar constelaciones grupales en: a) diadas, tríos, agrupamientos pequeños, todo el grupo, b) Acción individual dentro del grupo, c) Círculo, d) Distintas formas de alinearse, e) Relación rítmica – grupal, f) Sostener relaciones grupales empáticas, g) Sostener la satisfacción de las necesidades de los distintos roles a través de la actuación controlada y del *role playing*

Plantean también la importancia de la utilización de la música y ritmo para: Organizar los sentimientos y pensamientos en acciones expresivas; sostener y alentar la autoexpresión; facilitar la improvisación; reflejar los humores y necesidades del paciente; facilitar a acción rítmica y la expresión; motivar , activar y generar respuestas emocionales ⁴⁵

En cuanto a la metodología de la DMT, Diana Fishman plantea que:

“Las danza terapeutas encuentran que cada sujeto manifiesta predilecciones respecto a las combinatorias de cualidades de movimiento con que se siente más cómodo. Estas, a su vez, encierran significados provenientes de experiencias previas que dejaron su impronta y modelaron el funcionamiento personal, dando lugar al carácter.”⁴⁶

La idea de la DMT, es explorar estos movimientos, y que cada individuo tome conciencia de ellos, en cuanto a las sensaciones inmediatas y las asociaciones posibles de encontrar en el inconsciente del mismo. Al mismo tiempo se busca ampliar los registros personales desarrollando movimientos nuevos a partir de la conjugación de la exploración y la observación del medio. Le otorga un valor fundamental a la conjunción mente-cuerpo, desde ahí, plantea, es que se generan los problemas cuando hay una dicotomía entre ambos, y que la posibilidad de un tratamiento tiene directa relación con la capacidad de reunir estos aspectos del ser humano, también reconoce que el ámbito social, grupal y comunitario tienen directa relación con la terapia y sus resultados. El punto central en esta terapia tiene que ver con las

⁴⁵ Fishman, pág. 22, 23.

⁴⁶ Op. Cit. Pág. 38.

emociones y la capacidad de expresarlas corporalmente o de manera verbal cognitiva. Para lograr el contacto entre paciente y terapeuta, la DMT habla de la empatía como eje fundamental y el entonamiento afectivo para lograr la comunicación intersubjetiva, potenciando a la comunicación verbal. Para explicar de mejor manera este aspecto, hemos tomado las siguientes citas de la tesis doctoral de Diana Fishmann:

“El uso del espejamiento ha sido central en la teoría y la técnica de la DMT. Marian Chase, pionera en el trabajo con pacientes psicóticos, implementa, describe y nombra su técnica de danza y movimiento expresivo como empatía kinestésica. Intenta responder, a través de la imitación, o captación de la esencia del movimiento de cada paciente, manifestando un signo de su comprensión de la experiencia que los pacientes narran, a través de sus movimientos, posturas y gestos, ofreciéndoles los suyos, entablando una cadena comunicativa. A su vez Mary Whitehouse, danza terapeuta de orientación jungiana, describe la resonancia como una especie de contratransferencia somática, que posibilita vibrar en una sintonía semejante a la del paciente, cuando se encuentra en la función de testigo de la experiencia de movimiento de un paciente”. Esto explica la empatía desde la visión de la DMT, en la siguiente cita realiza una descripción del espejamiento de la siguiente forma:

“La danza terapeuta “espeja” o refleja a través de su propia actividad muscular y verbal lo que percibe en el movimiento y en el cuerpo del paciente. Lo que a un observador externo podría parecerle una simple mímica es, en realidad, interpretar kinestésica y visualmente aquello que, el paciente está vivenciando o trata de comunicar.” Aún cuando espejar no es sinónimo de reflejar directamente, en el sentido terapéutico, ya que como explica hay siempre una interpretación del terapeuta.

En cuanto a la afectividad en la relación paciente – terapeuta, aclara: “El entonamiento afectivo o capacidad de compartir estados afectivos, implica un apareamiento o coincidencia afectiva de hecho, o bien la acogida o comprensión intuitiva o intelectual del afecto del otro implicado en la relación. Incluye una conducta de acompañamiento activo equivalente a “tratar de entonar en un coro”.⁴⁷ La diferencia

⁴⁷ Fishman, 2005, Págs. 57, 58, 60, 61.

entre entonamiento afectivo e imitación es que esta última sólo apunta a lo externo y no a lo interior.

A través del movimiento, que presenta tensiones que responden a la afectividad y trastornos internos, se puede definir qué tipo de afecciones guarda el paciente. En un extremo está la supresión e inhibición de los afectos que se transfiere al cuerpo como tensiones extremas y a veces crónicas, en el otro extremo está el desborde de las emociones en su máxima expresión, manifestándose como descontrol corporal y expresividad desmedida y sin sentido de la gestualidad corporal. A través de la educación motriz, del trabajo con el cuerpo en la búsqueda de nuevos movimientos que resulten destrabadores para esta sintomatología física se puede llegar al inconsciente y destrabar estas tensiones para liberar en gran parte al ser del encierro de su propia mente. Esto se logra buscando y experimentando la actividad muscular y respiratoria, se registran alternativas expresivas para la regulación de las emociones.⁴⁸

El aprendizaje en todo ámbito, para el ser humano significa una modificación del mismo. Cada nueva experiencia requiere necesariamente de una adaptación tanto emocional como física para lograr el aprendizaje. Por ejemplo cuando un bebé aprende a decir sus primeras sílabas, debe modificar su cavidad bucal en función de cómo debe poner los labios, la lengua etc. Para que el sonido aparezca lo más parecido a lo que está imitando. Es así como también para lograr la bipedestación requiere una modificación de su tono muscular para poder sostenerse sobre su propia estructura física. Lo mismo ocurre cuando reeducamos el cuerpo de alguien que nunca ha explorado mas allá que los límites propios, debe modificar su estructura con trabajo consciente e inconsciente para lograr las metas que se le están presentando, este aprendizaje logra modificar a su vez su estructura psíquica ya que abrirá posibilidades de expresar emociones que no tenían otro medio de salida hacia el exterior y que vivían encerradas, de manera inconsciente muchas veces en la psiquis del paciente.

La DMT pone atención en el mundo afectivo que subyace a toda experiencia corporal. El psicoanálisis busca conectar el afecto con la representación, como una

⁴⁸ Fishman, 2005.

forma de hacer consciente lo inconsciente, pero deja en el camino la reinserción del afecto, privilegiando la interpretación puramente cognitiva.

“La DMT surge del cuerpo y su movimiento y allí se encuentra con que cada acción esta embuída en una tonalidad emocional o mejor aún en múltiples tonalidades, de gamas, de *blends* emocionales, siempre presentes en sus distintas formas de emergencias, intensidades, ritmos, colores. Además considera que el afecto está presente en la base de la experiencia, de donde nacen los significados.”⁴⁹

En la siguiente cita Diana Fishman presenta una conexión clara entre la actividad mental y la corporal: “en síntesis, la perspectiva presente sostiene que la eficacia de la DMT se relaciona con su posibilidad de trabajar con la conciencia de las experiencias corporales, allí donde emergen o donde se recrean o repiten, coincidiendo con la emergencia de los patrones mentales.”⁵⁰

Además toma la siguiente cita de Winnicot para seguir explicando el proceso:

“El proceso terapéutico implica reconectar el afecto con la significación, allí donde se haya escindido, disociado desconectado. Focalizar la atención en el cuerpo y el movimiento, y trabajar con ellos, favorece la reconexión e integración del psique – soma. (Winnicot, 1979)”⁵¹

Muchas técnicas corporales subrayan el concepto de conciencia por el movimiento, Feldenkrais, Gerda Alexander, Bartenieff y otros, todas ellas proponen volver sobre lo obvio. (Feldenkrais, 1992)⁵². En Estados Unidos, Inglaterra, Israel, Alemania y Australia la DMT tiene un gran desarrollo, donde existen programas de grado, post grado, doctorado e investigación de los efectos con distintas poblaciones y patologías. En los 90 se extiende a Japón, Argentina, Italia, Corea y España. Donde se desarrollan programas de formación informales para psicólogos, psiquiatras,

⁴⁹ Op. Cit. Pág. 46.

⁵⁰ Op. Cit. Pág. 46.

⁵¹ Op. Cit. Pág. 46.

⁵² Op. Cit. Pág. 45

kinesiólogos, profesores de danza y educación física. También se constituyen asociaciones de danza terapeutas, que crean los estándares de la DMT. Al año 2005 la DMT se desarrollaba en 31 países.

En los 70 Maralia Recca, bailarina argentina, viaja a Estados Unidos a formarse con Espenak y Bartenieff. Es ella quien introduce en Argentina la DMT, integrando los estados psicológicos ocultos en la danza.⁵³ Sin embargo, el primer programa de entrenamiento de danza movimiento terapia de habla hispana, fue creado por Diana Fishman en el año 1996. Es un programa en donde se deben cumplir 700 horas de entrenamiento a través de seminarios y talleres, avalado por la American Dance Therapy Association. La Asociación de danza terapeutas en Argentina se crea en el año 2000.⁵⁴ En Chile, más de una década después, en mayo del 2012 se crea la asociación de danza terapeutas de Chile, con el objetivo de difundir la DMT en nuestro país y vincular a los profesionales de esta área, y a personas que quieran explorar el movimiento como medio terapéutico. Trabajan en base a la realidad nacional, cuidando y velando por el ejercicio ético de la actividad. Poseen un comité de intervención y estudio, que organiza reuniones para analizar casos clínicos, temas de interés y dudas sobre la DMT. Su finalidad es contribuir con espacios de difusión y exploración en la DMT en Chile, y generar instancias de reflexión y aprendizaje situadas en el contexto de la práctica.

⁵³ Op. Cit. Pág. 29

⁵⁴ Op. Cit. pág. 29.

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

El universo que se consideró para esta investigación, está compuesto por personas que sufren de psicosis en Chile, ya sea esquizofrenia o depresión bipolar, tanto hombres como mujeres sin rango etario específico, todos con tratamiento psiquiátrico en la actualidad, consistente en psicoterapia, terapias ocupacionales y medicamentos, con sesiones de terapia individual y grupal con psiquiatras a cargo o con terapeutas y psicólogas del centro terapéutico al cual asisten.

Algunos son pacientes psiquiátricos que están siendo medicados, en su mayoría drogas fuertes estabilizadoras, que manejan los síntomas de la enfermedad; síntomas que pueden ser del tipo alucinaciones, ideas delirantes, alucinaciones auditivas, pérdida del sentido de la realidad, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico, falta de integración en la sociedad por aislamiento provocado por el ensimismamiento al que los lleva esta enfermedad. Son personas que no se pueden integrar en un grupo ya que no reconocen los límites sociales como naturales, por lo tanto tienen muchos problemas para convivir en sociedad. Aunque se afirma, por datos recogidos del Ministerio de Salud, que con un buen tratamiento son capaces de insertarse en el medio y hasta en algunos casos menos severos, formar familia y tener un trabajo estable. Cabe reiterar que todos los sujetos de este universo estudiado tienen un trastorno de psicosis diagnosticada y están bajo tratamiento. Esta

enfermedad está asociada mayormente a estratos socioeconómicos bajos, y en sociedades con un mayor nivel de estrés.

La muestra de investigación fue tomada de la corporación terapéutica de Peñalolén CORDES. Dicha comunidad terapéutica es una corporación que favorece el acceso a la rehabilitación psicosocial a personas que padecen de psicosis, de escasos recursos y en situación de exclusión social. Reciben terapias ocupacionales y tratamiento psicológico. El perfil de los pacientes que allí se reciben, se acerca a hombres y mujeres desde los 16 años en situación de discapacidad por causa psíquica con trastorno mental severo, con abstinencia de drogas (no medicamentos) por al menos 6 meses. Su situación requiere de un tratamiento ambulatorio largo. El carácter del tratamiento es comunitario, consiste en asambleas comunitarias, acompañamiento terapéutico, seguimiento e intervenciones domiciliarias.

La muestra fue constituida a través de una invitación a los usuarios de CORDES a participar del taller, a la cual se integraron voluntariamente 7 pacientes, de manera totalmente libre, quienes conformaron la muestra de investigación, con la cual se llevó a cabo el taller. No se puso límite de edad ni de sexo, por lo que la edad oscilaba entre los 22 y los 70 años, y el grupo fue mixto. Algunos de los integrantes de esta muestra tomaron la decisión de formar parte del taller por iniciativa propia, dos de ellos fueron sugeridos por sus terapeutas a cargo, siempre como recomendación no como obligación, por lo que las investigadoras no tuvieron parte en la selección de los pacientes con que se trabajó. El grupo estaba formado por cuatro mujeres y tres hombres. Si bien muchos de estos pacientes también se ven ligados al consumo de tabaco, alcohol y drogas, en nuestra intervención no recibimos información directa de si alguno de los pacientes que participaron presentaba algún tipo de adicción de ese carácter al momento de realizar el taller, pero como norma para ingresar a esta comunidad terapéutica deben llevar al menos seis meses de abstinencia de alguna de estas sustancias. Si bien esta enfermedad está asociada mayormente a estratos socioeconómicos bajos, y en sociedades con un mayor nivel de estrés, en el caso puntual de nuestra muestra, existían pacientes de nivel socioeconómico, alto, medio y bajo.

A la muestra de investigación se aplicaron once sesiones de trabajo terapéutico corporal, según programa tentativo generado por las investigadoras y previamente presentado y aprobado por las terapeutas a cargo de CORDES. Durante el taller, se aplicó un instrumento de medición para ir registrando cambios y avances en los pacientes. Este instrumento consistió en una pauta de observación, constituida por varios indicadores que responden a los criterios que se requería evaluar y/o trabajar (anexo 1). Aplicada sesión a sesión a todos los pacientes, esta pauta tuvo variaciones durante el transcurso del taller, partiendo como pauta de diagnóstico, con los indicadores necesarios para evaluar previamente al trabajo, el estado corporal de los pacientes. Al ir avanzando en el trabajo, e incluyendo nuevas actividades a las sesiones, la pauta fue creciendo en indicadores, debido a que fue necesario medir nuevos aspectos durante el trabajo.

Todos los indicadores antes mencionados, utilizados en la pauta de observación, fueron medidos numéricamente en cada paciente y sesión a sesión con los siguientes rangos numéricos:

1. De 1 a 2 puntos: se observa levemente
2. De 3 a 4 puntos: se observa intermitentemente
3. De 5 a 6 puntos: se observa adquirida
4. De 7 a 8 puntos: logrado
5. De 9 a 10 puntos: logrado con consciencia y dominio

La primera tabla de observación, que se utilizó como medio de diagnóstico inicial, fue aplicada durante las tres primeras sesiones del taller, en las cuáles se desarrollaron actividades con ejercicios específicos que se consideraron idóneos para sondear como se encontraban corporalmente los pacientes, además de incluir algunos indicadores que tenían que ver con el ánimo y disposición iniciales. Con esto se pudo establecer un punto de partida de cada paciente con respecto a sus capacidades físicas reales al momento de iniciar la actividad. Este diagnóstico, para las investigadoras, fue una fotografía individual de cada paciente, que otorgó una idea clara de en qué aspectos estaban las mayores dificultades, tanto físicas, como cognitivas, en el caso de la

concentración, capacidad de mantener atención en una actividad, respuesta a estímulos externos, entre otros. Además arrojó datos importantes para la planificación de las sesiones siguientes, ya que se pudo evaluar que contenidos había que trabajar con mayor fuerza, además de, cuáles eran las necesidades de los pacientes tanto individualmente como de manera grupal, tanto kinéticas como emocionales y de contención, pensando en esta actividad también como parte de un desarrollo social, y de un aporte a su relación con su entorno cercano y lejano.

Para obtener un diagnóstico completo se debió utilizar tres de las once sesiones que duró la intervención, debido a que la asistencia no fue total las primeras dos sesiones propuestas como diagnóstico por las investigadoras, debiéndose agregar una tercera al llegar un integrante más al grupo.

Las siguientes sesiones fueron realizadas respondiendo al programa tentativo presentado, pero además se tomaron en cuenta las necesidades presentadas a través del diagnóstico, como también se tomó en cuenta los resultados de la sesión anterior a la sesión a planificar.

En Anexo n° 2 se encuentra el programa tentativo que se generó para el taller dictado en CORDES. Este programa se cumplió en cuanto a los elementos que se iban a poner a prueba, sin embargo las sesiones fueron sufriendo variaciones en cuanto al tipo de actividades seleccionadas para cada una, por los motivos anteriormente mencionados.

Al momento de realizar las sesiones, se trató de dar un ambiente cálido, y contenido, al llegar los pacientes a la sala, era necesario hacer una observación de cada uno, interpretando sus cuerpos y acciones, para hacer una especie de introducción que respondiera a las necesidades inmediatas de cada uno y del grupo, ya que no era posible comenzar si ellos no lograban conectarse primero con el momento y disponerse a realizar la actividad a la que iban. Para esto se utilizaron actividades de calentamiento con movimientos muy pequeños, para partir de menos a

más, y no agredir el estado en que llegaban a la sala, pues esto producirá una rotura en la relación posterior de los pacientes con las investigadoras.

Hacia la mitad del taller, se realizó una reunión de las investigadoras con las terapeutas de CORDES, en ésta, se conversó acerca de la recepción de los pacientes hacia el taller y as investigadoras, siendo tres puntos los más importantes, primero se dijo por parte de las terapeutas, como los pacientes estaban comentando positivamente acerca del taller y lo entusiasmados que se veían, el segundo punto fue que preferían que no se realizara el cierre verbal al final de cada sesión, que fue tomado por las investigadoras del plan de trabajo de la DMT, debido a que habían pacientes que luego de las sesiones quedaban con situaciones abiertas, como ellas lo mencionaron, lo que dejaba un espacio de tiempo, entre la sesión del taller y su reunión con su terapeuta, en que esta situación no era tratada. Se decidió no preguntar acerca de lo que les pasaba, sino sólo pedir un comentario sobre como el cuerpo se encontraba. Y lo tercero fue que aquí las investigadoras recibieron por primera vez, datos cercanos acerca de los pacientes, de su conducta y su manejo dentro de la comunidad terapéutica, además de lo difícil que era llegar a conformar un grupo como el que se estaba dando en este taller.

Al finalizar el taller, en las últimas dos sesiones, se volvió a aplicar la pauta de observación inicial, la misma utilizada para el diagnóstico, con esto era posible compararlas y evidenciar los cambios de los pacientes entre una y otra aplicación de pauta, teniendo entre estas un número concreto de sesiones asistidas por el paciente.

Luego de realizadas las once sesiones, y de recogida la información en cuanto a avances, logros, respuesta de los pacientes ante una u otra actividad, se seleccionaron las actividades que obtuvieron mayor respuesta positiva por los pacientes, y que dieron resultados esperados en ellos durante la intervención. Con estas actividades se formulo un programa que pueda ser utilizado en pacientes psicóticos de esta y otras comunidades terapéuticas o centros de tratamiento psiquiátrico, e impartido por profesionales de la danza que tengan la inquietud de trabajar en el área de la salud mental a través de este tipo de terapias.

Los instrumentos de recolección de datos fueron los siguientes: 1. Cuestionario de datos personales, con preguntas acerca de su situación familiar, nivel de estudios y conciencia de la actividad, permitió conocer al paciente antes de comenzar para entender luego a la persona. Se aplicó solamente al inicio y fue entregada por mano a los pacientes y llenada en forma personal por cada uno de ellos. La respuesta ante la petición de estos datos fue muy buena; solamente una paciente pidió a una de las investigadoras que la llenara por ella ya que no sabía leer ni escribir. 2. Pauta de Observación para diagnóstico y siguientes sesiones del taller, instrumento utilizado para establecer el punto de partida en cuanto al estado corporal de los pacientes, para luego ir midiendo los avances durante el transcurso del taller. Permitted un registro fiel de las capacidades y dificultades de los pacientes y de los logros de cada uno en distintos aspectos.

A continuación se presenta la planificación completa de las once sesiones realizadas para el taller que entregó la información a la presente investigación, con su fundamento. Cabe señalar que poseen acotaciones hechas después de realizada la sesión, que describen algunas situaciones importantes ocurridas al momento de realizarlas:

IV.1. PLANIFICACION DE CLASES DEL TALLER DE DANZA TERAPIA EN CORDES SU FUNDAMENTO TEORICO Y COMENTARIOS

SESIÓN N° 1

UNIDAD I: Diagnóstico

CONTENIDOS: Reconocimiento y disociación de las partes del cuerpo.
Coordinación y equilibrio. Postura. Locomoción y uso de soportes. Dinámicas del

esfuerzo. Creatividad y movimiento espontáneo, decisión de hacer una propuesta propia. Imagen corporal.

ACTIVIDAD 1

Presentación de las profesoras y de los pacientes.

Presentación de los objetivos del taller.

Planteamiento de las reglas dentro del taller.

FUNDAMENTACIÓN: Necesidad de establecer límites sanos con los otros y generar vínculo con la actividad.

ACTIVIDAD 2

Presentación con la lana:

Cada paciente se presenta hablando un poco de sí mismo, de esta manera se van pasando la lana uno a otro tejiendo un recorrido en el espacio. Luego se desteje la lana buscando un movimiento libre. Se produce un cambio en los puestos originales, luego busca lo mismo sin la lana la forma de cambiarse de puesto Dibujando con el cuerpo trayectorias comenzando un dialogo grupal.

FUNDAMENTACIÓN: Establecer conexión a través del contacto visual con los otros, derribar corazas, y encriptamiento.

ACTIVIDAD 3

Trabajo guiado de conciencia de la respiración y conexión respiración movimiento. Trabajo de movilidad de columna.

FUNDAMENTACIÓN: Vencer la rigidez muscular y articular provocado por la enfermedad. Trabajo de la imagen corporal trastocada por la enfermedad.

ACTIVIDAD 4

A: Trabajo exploratorio, movilizan la masa de aire sintiendo como con las manos presionan, levantan, empujan el aire, se incorporan los brazos, el torso, la cabeza, las piernas. Conciencia de las articulaciones y sus posibilidades. Conciencia de los espacios que se generan entre las partes del cuerpo al moverse.

FUNDAMENTACIÓN: La actividad apunta a conseguir variar los movimientos monolíticos de los enfermos, que siempre se desplazan en bloques, y poseen dificultad para manejar las energías, algunas veces utilizan demasiada energía en cada movimiento, otras muy poca.

B: Conexión con el otro, busca un dialogo entre la propuesta de ambos (algunas veces son seguidos otras escuchan y siguen al otro).

FUNDAMENTACIÓN: Minimizar las dificultades para establecer comunicación, que incluso en actividades simples de la vida cotidiana les es muy complejo, trabajo del lenguaje verbal y no verbal en escuchar al otro, plantear los límites en cuanto a respetar el tiempo del otro, no interrumpir, así como respetar su espacio íntimo y personal.

C: Se forman dúos y tríos, todos al final van en busca de un final.

D: Se elije un movimiento y se detienen por unos segundos, vuelven a neutro, vuelven al movimiento escogido.

FUNDAMENTACIÓN: Vencer el ensimismamiento. Ejercitar la memoria. Conseguir la sensación grata al moverse para lograr aproximarse a una vinculación entre el movimiento y la afectividad y emocionalidad.

ACTIVIDAD 5

Retoman la respiración en círculo, con brazos arriba al ir adelante y abajo al ir atrás. Se termina con un abrazo grupal.

FUNDAMENTACIÓN: Vuelta a la calma, cierre del ciclo, manejo de algo que se abre durante la sesión. Conocer a quien lo acompaña en esta actividad.

ACTIVIDAD 6

Cierre verbal.

FUNDAMENTACIÓN: Para la Danza Movimiento Terapia, esta actividad busca contener a los pacientes en sus sensaciones personales y grupales y entender que actividades habían logrado sus objetivos y cuáles no. Inicio de búsqueda del logro de cohesión grupal, y formación de grupo.

SESIÓN N ° 2

UNIDAD I: Diagnóstico.

CONTENIDOS: Reconocimiento y disociación de las partes del cuerpo. Coordinación y equilibrio. Postura. Locomoción y uso de soportes. Dinámicas del esfuerzo. Creatividad y movimiento espontáneo, decisión de hacer una propuesta propia. Imagen corporal.

ACTIVIDAD 1 Y 2

Se realizaron las mismas actividades 1 y 2 de la clase número 1.

ACTIVIDAD 3

Calentamiento en ronda, ejercicios de lubricación articular, dando énfasis al ritmo de ellos, pero sobre todo al mirarse, encontrarse, saludarse.

FUNDAMENTACIÓN: Encuentro con el cuerpo propio, pequeña aproximación a conocer la imagen corporal de cada paciente.

ACTIVIDAD 4

Decir el propio nombre y luego ponerle un movimiento, observar cómo suena y se mueve su nombre. Todos juntos al unísono repiten la acción. Lo realiza cada uno por separado en movimiento y voz, todos repiten esa figura de movimiento y voz

presentada por el compañero. Cada uno por separado realiza sólo movimiento, todos repiten el movimiento presentado por el compañero.

Se mueven libremente en el espacio con el movimiento encontrado, buscando diferentes velocidades para el mismo. Se recuerda los movimientos de los demás, incorporándolos al propio encontrado. Trasladándose en el espacio realizando la frase de movimientos, se van encontrando con un compañero, produciéndose un dialogo, escuchando y hablando a través del movimiento.

FUNDAMENTACIÓN: Lograr el auto conocimiento, percibir como se ven ellos a sí mismos y ante el resto de los asistentes, idea de imagen propia y autoestima. Lograr conectar a los pacientes con la empatía interpersonal y la empatía kinestésica al salir de su propio mundo y reconocer al otro, sacarlos un momento de su encriptamiento.

Encarnarse en el cuerpo propio, lograr ser persona en un cuerpo y tener la voluntad y libertad de actuar en un espacio y modificarlo con la herramienta básica del cuerpo reconocido y dinámico. Trabajo de memoria y empatía kinestésica. Aceptarse y entregarse al trabajo grupal, aceptar al otro y trabajar con él como cuerpo actuante en el espacio para entablar una relación básica de comunicación.

ACTIVIDAD 5

Cierre verbal.

ACTIVIDAD 6

Entrega de Cuestionario personal a los pacientes.

FUNDAMENTACIÓN: Conocer el contexto familiar y social de los pacientes, para trabajar de mejor manera con cada uno.

SESIÓN N° 3

UNIDAD II: Cuerpo vivido, cuerpo habitado.

CONTENIDOS: Cohesión grupal, trabajo en colaboración grupal. Niveles Alto medio bajo. Velocidad. Ritmo. Distancias social, personal, íntima. Creatividad. Empatía. Imagen corporal.

ACTIVIDAD 1

Calentamiento.

Reconocimiento de las partes del cuerpo, cada uno nombra una parte del cuerpo y todos comienzan a movilizar esa parte buscando todas sus posibilidades de movimiento, su máximo rango articular, su flexibilidad, etc. Reconocen a través del movimiento cada parte pasando de una a otra. Después dos personas nombran una parte cada una, ahora movilizan esas dos partes al unísono. Se agrega otra parte y así sucesivamente hasta movilizar gran parte del cuerpo, se completan partes que no se hayan nombrado para enriquecer la búsqueda, cuando está todo el cuerpo en movimiento entra la música, siguen moviéndose al ritmo de la música, las profesoras agregan niveles en algunas partes de la actividad, mencionándolos para que el movimiento varíe. Ahora se nombra una parte del cuerpo y un lugar del cuerpo en donde va a estar, ej, mano derecha en rodilla, intentan desplazarse por el espacio de esa forma, sin cambiar, cambian de lugar con un compañero y alguien menciona otra parte del cuerpo en otro lugar, vuelven a movilizarse así con tres o cuatro posiciones. Amplían el espacio al que se movilizan avanzando más allá del círculo.

FUNDAMENTACIÓN: Trabajo de reconstrucción de imagen corporal sana para fortalecer al autoestima. Conexión neuronal al realizar la integración del cuerpo total y segmentado. Salir del encriptamiento, ir ampliando el radio de movimiento permitido por ellos mismos, aplacar la característica de autismo.

ACTIVIDAD 2

Dejan la posición que tienen para caminar por el espacio normalmente. Buscamos un ritmo común a través de la respiración, entra una percusión que dará el pulso de la caminata de todos, van variando las direcciones que se utilizan atravesando el espacio de un lugar a otro, al detenerse el sonido de la percusión se detienen, al volver el sonido siguen avanzando, el pulso se ira acelerando o relentando, y las profesoras irán nombrando acciones que deberán hacer al ir avanzando, ej., avanzar por el piso, retroceder, avanzar saltando de un pie a otro, avanzar con zancadas largas, con pasos cortos, etc., siempre deteniéndose cuando la percusión lo haga, van encontrándose de a dos personas y comienzan a avanzar uno al lado del otro, acompañando el andar de ambos, luego de a tres, de a cuatro, así hasta generar un solo grupo que avanza junto, todo el grupo debe tomar la decisión de avanzar o de parar y la dirección que tomar.

FUNDAMENTACIÓN: Reconocimiento del ritmo vital corporal propio, conectarse con la vitalidad y energía, conocer el cuerpo vital, lograr la sensación de estar vivo de existir, vitalizar el cuerpo desde 0, conexión con el exterior y el otro de una manera tranquila y relajada sin miedos. Aplanamiento afectivo.

ACTIVIDAD 3

El grupo se va moviendo por el espacio y la persona que quede mas adelante frente al grupo será el guía, generará uno o varios movimientos relacionados con la primera actividad, movilizand o alguna o varias partes del cuerpo para generar los movimientos, el grupo debe copiar estos movimientos y al cambiar de frente cambia el guía, siempre quien queda adelantado es quien guiará los movimientos del grupo. Desde el grupo, además de decidir avanzar juntos, deben decidir cómo avanzar, ya sea por el suelo o guiados por un brazo, etc., y el grupo comienza a moverse como un todo, ya no cada uno individualmente sino como algo que funciona con la energía de cada uno.

FUNDAMENTACIÓN: Sensación de grupo y de que cada persona importa en este grupo. Sentirse parte importante de algo que funciona y que trabaja en equipo. Identificación con el otro tomar la iniciativa para realizar una actividad

SESIÓN N° 4

UNIDAD II: Cuerpo vivido, cuerpo habitado.

CONTENIDOS: Senso percepción. Kinesfera. Ejes: horizontal – sagital – vertical

ACTIVIDAD 1

Calentamiento guiado: bajar y subir por columna, siempre por dentro, cabeza cerca del tronco, para subir flectan rodillas, repiten 4 veces guiados luego lo hacen al

ritmo de cada uno, luego al flectar rodillas apoyan manos en piso y rodillas al piso para avanzar con las manos y llegar a posición estirada con pecho y cabeza en dirección arriba, cadera apoyada en el piso, vuelven a subir hasta la vertical de la misma manera anterior, repiten esto 3 veces, luego desde posición sentados con rodillas arriba y pies apoyados en el suelo, manos apoyadas atrás, estiran un brazo para alcanzar el brazo contrario y apoyarse en cuatro apoyos, rodillas y manos, hacen el giro completo sobre el coxis y vuelven a quedar sentados, repiten ésta rodada en círculo cambiándose a la colchoneta del compañero y damos dos vueltas completas llegando a sus lugares.

FUNDAMENTACIÓN: Poner en movimiento el sistema para la actividad, flexibilizar el cuerpo para dar mayor amplitud a los movimientos para dejar fuera los movimientos en bloque. Primeros Contactos con el suelo para manejar las energías. Ordenamiento espacial manejo del cuerpo y del tiempo energéticamente, esperar al otro reconociendo su velocidad y manejando la propia, de manera de no producir choques o quiebres en el flujo de movimiento de cada uno.

ACTIVIDAD 2

Estrellas en el suelo combinadas con posición fetal.

Guiados, se ponen de espaldas al piso con las seis puntas del cuerpo en dirección a seis puntos de la sala, se les explica cuáles son estos seis puntos. Se les pide que traten de sentir cada parte de su espalda en contacto con el suelo, la profesora indica que brazo debe extenderse por sobre la cabeza y direccionarse hacia el otro lado para cambiar de la posición de espaldas a la posición fetal, y les otorga ayuda para alinear la columna centralmente y las extremidades hacia las diagonales. Se intenta llegar a un ritmo en común al pasar de una posición a otra, pero los tiempos de cada uno son muy distintos, hay quienes permanecen más tiempo en estrella y otros en posición fetal, aunque la mayoría sigue bien las indicaciones de abrir y cerrar.

Se insta a que cada uno lo haga a su ritmo pero con una alineación mayor y siempre volviendo a las posiciones iniciales.

FUNDAMENTACIÓN: Necesidad de horizontalidad para sentir seguridad y a veces inseguridad. Laban direcciones espaciales Bartenieff (diagonales en el espacio). Dominio corporal y energético.

ACTIVIDAD 3

Tacto, entradas al piso, improvisación con diferentes apoyos.

Se sientan en una hilera de frente al profesor, se comienza un trabajo de tacto desde los dedos de las manos, pasando por la mano entera, ambas manos, luego el antebrazo, generando un poco de presión, luego el brazo entero distinguiendo las partes hasta llegar a hombros, cuello y cabeza, rostro, etc., pasamos por espalda bajando hasta las piernas y rodillas, se enfatiza en el sentir las partes del cuerpo y su reacción, si necesitan mayor presión, o más suavidad y roce, etc., desde ahí sin desconectar la sensación del cuerpo viajan al espacio con las manos hacia el suelo avanzando lejos del cuerpo para entrar a él conectando cada parte del cuerpo con el piso, prueban yendo y viniendo desde y hacia el cuerpo, entran al suelo y se sigue improvisando maneras de estar moviéndose en este nivel, utilizando todo el cuerpo como apoyo, luego debido a una cierta repetición de patrones, se vuelve al inicio, vuelven al tacto inicial de las manos, luego se agrega el subir y volver a bajar, hasta que deciden quedarse arriba continuando con los movimientos.

FUNDAMENTACIÓN: Búsqueda del propio esquema corporal, además de hilar fino en la disociación de las partes del cuerpo. Reconocer que tienen un cuerpo aludiendo a la falta de éste.

ACTIVIDAD 4

Respiraciones en círculo con movimiento.

Forman un círculo para comenzar a respirar de pie conscientemente del inspirar y el exhalar, vamos entrando al círculo con la inhalación y saliendo con la exhalación, luego agrego un movimiento simple al inhalar entrando al círculo, guiado, y otro al salir, luego se les pide que propongan un movimiento para inhalar y otro para exhalar, al principio nadie quería proponer, pero luego alguien propuso y el resto fue siguiendo, finalizamos achicando el círculo y respirando para subir los brazos y bajarlos hacia los hombros del compañero en abrazo grupal, mirándonos para despedir la clase.

FUNDAMENTACIÓN: Vitalizar el cuerpo vivir el cuerpo en movimiento, cuerpo vivido.

ACTIVIDAD 5

Cierre verbal.

SESIÓN N° 5

UNIDAD II: Cuerpo vivido, cuerpo habitado.

CONTENIDOS: Sensopercepción. Kinesfera. Ejes: horizontal – sagital – vertical. Límites propios y con el otro. Manejo de la energía.

ACTIVIDAD 1

Trabajo de suelo, calentamiento y trabajo de conciencia de sí, todo a través de la respiración unida a cada movimiento del cuerpo.

FUNDAMENTACIÓN: Seguir indagando en las sensaciones que el cuerpo conectado al suelo les provoca, relacionándolo con el sostén o apoyo maternal, la falta de sostén durante la primera infancia y lo que grabó en sus cuerpos la falta de maternidad recibida por sus sostenedoras y a la vez otorgada por ellas mismas si es el caso.

ACTIVIDAD 2

Estrella Posición Fetal pasando libremente de una posición a otra.

ACTIVIDAD 3

Tacto, partiendo desde el tocar los dedos de sus propias manos, pasan a explorar desde ahí el resto del cuerpo, desde los brazos tronco, cabeza, piernas, pies.

ACTIVIDAD 4

Juego, proximidad, juegan con cerca –lejos de quien estoy, caminando al pulso de la música las profesoras nombran a alguien y todos se detienen, en ese momento esa persona debe decir quien está más cerca de él y quién está más lejos, utilizándose él mismo como referencia, ej.: cerca de Juan, lejos de Nina.

FUNDAMENTACIÓN: Límites con el otro, reconocer que hay distintas distancias lo que supone también que puedo contactarme con otro sin necesidad de estar tan cerca al punto de invadir sus límites.

ACTIVIDAD 5

Moverse con los brazos abiertos (mayor distancia), sin tocar o golpear a otro, mantener un gran espacio y moverse siendo más amplio de lo que se es.

FUNDAMENTACIÓN: traspasar la sensación de la estrella en el suelo a la posición horizontal, abrir el cuerpo al espacio, parte de la kinesfera.

ACTIVIDAD 6

Trabajo de respiraciones, profundas, con brazos, con movimientos de torso, visualizar la inspiración y la expiración como acciones conscientes.

FUNDAMENTACIÓN: Armonizar las energías dentro del cuerpo, manejar las ansiedades con que llegan a la sesión, encontrar el punto de conexión entre la respiración y la sensación de bienestar. Intentar entrar en una energía común como grupo, para funcionar como tal durante la actividad.

ACTIVIDAD 7

Cierre verbal.

SESIÓN N° 6

UNIDAD III: Cuerpo presente en el espacio.

CONTENIDOS: Flexibilidad. Control muscular y fuerza. Coordinación estática y dinámica. Visión de cuerpo, esquema corporal.

ACTIVIDAD 1

Calentamiento. Bajada por columna subir por columna flectando rodillas, pasan a posición de cobra de yoga, y luego a mesa extendiendo la espalda, se les pidió soltar la espalda desde la posición de mesa (por deflación), pero esto no se hizo posible para ellos por la dificultad de mantener la espalda estirada para la mesa, muchos no lograban dejar de mantener la espalda cóncava, además se produjo algo de mareo al estar hacia abajo. Se cambia el trabajo ahora realizan mesa en pareja de frente uno al otro ayudándose con las manos tomadas.

FUNDAMENTACIÓN: Este trabajo pretendía lograr estirar un poco más y con ayuda del peso corporal, la parte dorsal cervical y lumbar, no se pudo lograr ese objetivo de manera individual, pero al trabajar en parejas, se pudo avanzar bastante, puede tener que ver con la sensación de sostén y apoyo que le brinda el estar con alguien que lo ayuda en ese momento, y que además se encuentra venciendo la misma dificultad, que ahí era su espalda pero que en el día a día es también su enfermedad y sus limitantes.

ACTIVIDAD 2

Caminatas por el espacio, llenando los espacios vacíos, se da esta indicación ya que tienden siempre a caminar en círculos, se incluye un elemento transicional, una pelota, se propone un juego que consiste en lanzar la pelota nombrando al compañero

al que se la lanzó, este último debe atraparla sin detenerse, luego nombra al siguiente y así sucesivamente. Varía el juego, ahora al nombrar a la persona y lanzar la pelota, el resto de los participantes debe detenerse, y la persona que atrapa la pelota debe decir quien está más cerca suyo y quien más lejos y luego sigue lanzándola a otro. Luego realizan la misma acción pero al recibir la pelota deben realizar un movimiento, todos se detienen también y realizan el mismo movimiento hecho por esta persona que tiene la pelota. Se decide no cortar la actividad para pasar a otra, ya que están participando activamente todos, así que se ubican en círculo y siguen lanzando la pelota para que otro la atrape y proponga un movimiento, el resto lo imita y se repite hasta que quien tiene la pelota nombra a otro y se la lanza, este es ahora quien propone el movimiento, ahora se saca la pelota del juego y continuamos solo con el nombre y el movimiento.

FUNDAMENTACIÓN: Relación grupal, trabajo de coordinación dinámica. Relación con un objeto transicional y pasar de lo concreto del objeto a lo concreto del movimiento y por ende del cuerpo. Consiguiendo visualizar al cuerpo como lo concreto en sus vidas.

ACTIVIDAD 3

Traslados por el suelo en línea recta:

1. Estrella y posición fetal en el lugar, ambos lados.
2. Estrella y posición fetal, pasan por posición de rodillas y se devuelven por el mismo lado a estrella.
3. Estrella y posición fetal, pasan por posición de rodillas y esta vez pasan al otro lado.
4. Pasada por sacro apoyando manos en el suelo atrás de la espalda con rodillas flectadas y pies apoyados en el suelo, luego cuatro apoyos con rodillas y manos

y vuelven a posición sentado sobre sacro con rodillas flectadas. Se movilizan los brazos por delante del cuerpo para pasar de una posición a otra como aspas. Se realiza lo mismo en ambos sentidos.

5. Rodar en posición fetal. No se logró por dificultades en los traspasos.
6. Completar frase con 3 y 4. No se hizo ya que el nivel de complejidad podía pasar de ser un desafío a transformarse en frustración.

FUNDAMENTACIÓN: Incremento de las dificultades, generar posibilidad de obtener logros personales a cada paciente. Siempre cuidando no transgredir los límites de cada uno.

ACTIVIDAD 4

Respiraciones en círculo en conjunto y abrazo grupal para terminar.

FUNDAMENTACIÓN: Conexión con el cuerpo luego de haber vivido la experiencia del movimiento, contención grupal, encuentro con el otro.

ACTIVIDAD 5

Cierre verbal. Esta vez solamente se pregunto si alguien quería comentar algo, no se extendió la conversación por recomendación de las terapeutas a cargo del centro.

SESIÓN N° 7

UNIDAD III: Cuerpo presente en el espacio.

CONTENIDOS: Control del movimiento a través de la respiración. Respeto mutuo. Tolerancia. Empatía a través de la mímica. Memoria psicomotriz. Participación individual dentro del grupo.

ACTIVIDAD 1

Calentamiento. Respiraciones guiadas con coordinación de brazos. Sentados en posición cómoda sobre colchonetas, realizan respiraciones, buscan un ritmo común para inhalar y exhalar relajando los brazos sobre las piernas. Luego los brazos se extienden hacia los lados al inhalar y se cierran al exhalar, se agrega subida de brazos y se completa con dos respiraciones, abro al inhalar subo al exhalar bajo al inhalar y cierro al exhalar.

Recuerdan pasadas por sacro cambiando de colchoneta una vez. Van rotando de lugar cambiándose con el compañero de al lado hasta volver a su lugar inicial.

FUNDAMENTACIÓN: Búsqueda de la conexión con la respiración, a través de hacer consciente la inhalación y exhalación al realizarlas de manera premeditada y no como un reflejo, además al integrar un movimiento simple aumenta el nivel de conciencia de la persona presente en la actividad.

ACTIVIDAD 2

Caminatas por el espacio, al escuchar la orden de detenerse realizan bajada por columna por dentro y subida por mesa, siguen caminando, se repite varias veces. Después se cambia la secuencia de columna por un solo movimiento propio, luego se agrega la palabra movimiento simultáneamente al realizar el movimiento, siempre al detenerse. Ahora se cambia la palabra movimiento por la frase “en movimiento” y se continúa con la misma indicación, ahora deben crear un movimiento físico o acción, que dure lo que dura la frase verbal. Se ubican en círculo y continúan verbalizando la frase “en movimiento” y realizando al unísono los movimientos creados. Se va sumando la repetición de la frase, es decir, se dice dos veces juntas, en movimiento – en movimiento, y los movimientos duran lo que duran las dos frases, se agrega una tercera vez, cuarta, quinta y sexta, para llegar a realizar 6 movimientos seguidos sin dejar de hablar. Pueden usar sólo los movimientos propios encontrados o tomar prestados movimientos de compañeros y utilizarlos.

FUNDAMENTACIÓN: Utilizar los avances observados en los pacientes, buscando que puedan utilizar todo el conocimiento de su propio cuerpo y posibilidades que han adquirido. Lograr mayores conexiones neuronales al conectar movimientos. Empatizar kinestésicamente con quienes los rodean. Sentir como propio todo el conocimiento no sólo el propio sino el grupal también.

ACTIVIDAD 3

Juego de payas. En el contexto del 18 de Septiembre.

Deben poner movimiento o mímica algunas payas que se les entregan. Cada uno escoge la suya, le agrega movimientos y la presenta. Primero solo la paya hablada, luego solo el movimiento, luego, en la tercera ronda lo hace diciendo la paya

simultáneamente con el movimiento. Después de repetirla dos veces, comienzan a caminar por el espacio y a la persona que la profesora nombra le toca realizar su paya con movimiento simultáneo al habla. Cuando todos han pasado, se vuelve a realizar con llamado pero estas veces todas responden realizando la misma paya de esa persona, en movimiento y con habla.

1. “Ayer pase por tu casa y me tiraste un balde de agua sucia, suerte que me agaché, no contabas con mi astucia.
2. En la empaná chilena el sabor es un tesoro, y como no lo va a ser si se cocina con oro.
3. Ayer pase por tu casa y me tiraste un cangrejo por suerte no me pego porque cayo arriba el techo.
4. Brindo dijo un huaso moderno con sombrero y celular, porque puedo decir payas en una realidad virtual
5. Brindo por la chicha y también por la empaná también brindo por esa niña que está ahí pará.”

FUNDAMENTACIÓN: Sentir que se es parte de esta sociedad, celebrando dentro de su contexto las fiestas que se presentaban en ese momento. Lograr manejar algo que les puede parecer muy habitual, como escuchar una paya en fiestas patrias y convertirlo en algo inhabitual, distinto, jugar con los conceptos transformándolos a partir de su lenguaje expresivo que va de a poco aflorando desde cada uno.

ACTIVIDAD 4

Se realizan las mismas pasadas por el suelo en línea recta que clase N° 6:

Se agrega pasada con una mano de apoyo y elevación de pies.

ACTIVIDAD 5

Respiraciones finales con movimiento libre. En círculo inhalan al entrar al círculo y exhala al salir de él, en el tiempo uno y dos lento. Se agrega movimiento al entrar y salir, siempre en uno y dos lento, luego se realiza libre para cerrar círculo y terminar en abrazo grupal.

FUNDAMENTACIÓN: Resaltar la sensación bienestar, al estar presente y estar acompañado además mientras se realiza una actividad positiva.

ACTIVIDAD 6

Cierre verbal.

SESIÓN N° 8

UNIDAD III: Cuerpo presente en el espacio.

CONTENIDOS: Fuerza, flexibilidad y equilibrio. Búsqueda de lenguaje a través del objeto transicional. Control de la energía.

ACTIVIDAD 1

Calentamiento. Trabajo de columna, espalda mesa, lateralidad probando realizar movimientos utilizando ambos lados del cuerpo, trabajo de swing de brazos.

Trabajo de soporte en cruz. Plié hacia adelante, ambos lados y hacia atrás.

FUNDAMENTACIÓN: Trabajo de fuerza y flexibilidad. Fortalecimiento muscular de soportes. Liberación de energía contenida en extremidades superiores.

ACTIVIDAD 2

Juego: con 1 globo en el espacio, todos deben ir empujándolo para evitar que se caiga, sin tomarlo con ambas manos.

Se agrega un segundo globo, y se va agregando otro más hasta llegar tener tantos globos en el espacio como pacientes.

Se les indica que deben evitar chocarse y que pueden utilizar el suelo, rodar, saltar, etc.

Se sacan los globos y deben continuar realizando movimientos desde la sensación corporal que les dejó el jugar con el globo, es decir, que movimiento utilizó para que el globo no se cayera, y los repite.

FUNDAMENTACIÓN: Se busca obtener sensaciones a partir de lo concreto de tocar y manipular algo y asumirlas en el cuerpo como nuevas posibilidades de movimiento, ampliando el lenguaje expresivo al liberar partes del cuerpo que no se han utilizado en demasiado tiempo. Se trabajó un poco más complejo con el elemento transicional.

ACTIVIDAD 3

Pasadas por el piso en línea recta:

1. Rodada por el sacro

2. Rodada de estrella a sentado
3. Rodada por posición de cobra de yoga y sacro
4. Rodada en cruz, primero sin avanzar, inicio mano contraria, abdomen y misma mano pasa por arriba para volver a girar.
5. Estrella posición fetal, giro por el suelo y giro por sacro.

FUNDAMENTACIÓN: consolidar las habilidades físicas logradas por los pacientes, refuerzo positivo de sus logros.

ACTIVIDAD 4

Cierre a través de respiraciones.

Cada uno busca en los movimientos encontrados durante la sesión dos movimientos que más le agraden, y los agrega a la respiración, se realiza en círculo para cerrar con abrazo grupal.

FUNDAMENTACIÓN: Conexión del aprendizaje corporal con la respiración natural. Cohesión grupal.

ACTIVIDAD 5

Cierre verbal.

SESIÓN N° 9⁵⁵

⁵⁵ Esta clase fue supervisada por la asesora en esta investigación, realizando correcciones y comentarios acerca del trabajo y la metodología utilizada.

UNIDAD IV: Cuerpo vital en el espacio compartido.

CONTENIDOS: Utilización de las diferentes partes del cuerpo. Memoria psicomotriz. Dirección. Niveles. Conexión neuronal. Tolerancia a la frustración. Empatía grupal.

ACTIVIDAD 1

Calentamiento. En círculo, se utiliza una pelota blanda, se debe manipular la pelota una vez al sostenerla, ejemplo rodear la cara con la pelota, y luego advertir al compañero que es su turno y lanzarla. En la segunda vuelta deben realizar dos movimientos con la pelota antes de lanzarla. La tercera vez deben incorporar un salto con el elemento.

FUNDAMENTACIÓN: Trabajo de conexión grupal y de utilización de las diferentes partes del cuerpo. Se realiza con la finalidad de integrar cada vez mas opciones físicas al realizar movimientos a la vez que se logra, a través del juego, una integración mayor y mejor de los pacientes.

ACTIVIDAD 2

Con el globo como objeto transicional. Esta vez se utiliza para direccionar los movimientos. Se debe llevar el globo en línea recta de un extremo de la sala al otro. Variando las partes del cuerpo con las que se direcciona el globo. Realizan lo mismo en nivel medio, caminando o corriendo, bajo, con posibilidad de utilizar rodadas aprendidas y alto incluyendo saltos. Luego se elimina el objeto para realizar los movimientos desde la sensación obtenida, de los recordados se eligen tres y forma cada uno una pequeña frase de movimiento. Es la primera vez que se les otorga

tiempo solos para lograr un objetivo pedido. Posteriormente con las frases de todos se realiza un estudio uniéndolas de la mejor forma que encuentren, para repetirla varias veces todos al unísono.

FUNDAMENTACIÓN: Este trabajo que deriva de la clase anterior, fue pensado como una forma de unir varios contenidos trabajados anteriormente en el taller, y darles un significado, al llegar a crear algo bello con herramientas de ellos mismos, no como algo impuesto o mostrado por un modelo a seguir, sino nacido desde el propio aprendizaje personal y grupal.

ACTIVIDAD 3

Se escoge con los pacientes una música que les acomode y se realiza varias veces la frase creada.

ACTIVIDAD 4

Cierre verbal.

Esta vez fue más extenso ya que se permitió hablar acerca de lo que se creó durante la sesión, no de emociones sino de sensaciones físicas.

SESIÓN N° 10

UNIDAD IV: Cuerpo vital en el espacio compartido.

CONTENIDOS: Utilización de las diferentes partes del cuerpo. Memoria psicomotriz. Dirección. Niveles. Conexión neuronal. Tolerancia a la frustración. Empatía grupal. Utilización del lenguaje no verbal.

ACTIVIDAD 1

Calentamiento. En el suelo extendidos y con los ojos abiertos, recorren moviendo cada parte de su cuerpo, partiendo por los dedos de los pies moviéndolos para sentir esa pequeña parte del cuerpo, luego el pie completo, la articulación, etc. Al llegar a la cabeza repite la misma acción en reversa pero esta vez tocando la parte del cuerpo que se mueve, con esta acción se van movilizando hasta llegar a la posición vertical.

FUNDAMENTACIÓN: Trabajo que además de lubricar las articulaciones y de enviar señales a los músculos preparando el cuerpo para el movimiento, logra tranquilizar al paciente si está con ansiedad o activarlo si está en estado de somnolencia.

ACTIVIDAD 2

Se ponen de pie en cualquier lugar del espacio y comienzan a escuchar la música y a mover lentamente las partes del cuerpo reconocidas en la actividad anterior, cuando necesiten se van desplazando por el espacio con estos movimientos

pasando tranquilamente de uno al otro. Una vez que agotan sus posibilidades comienzan a conectarse con alguien cercano en el espacio, entregando el movimiento como una palabra, entablando una conversación muda pero siempre manteniendo un diálogo con el otro. Pasan así de una persona a otra, entregando sus movimientos y recibiendo los movimientos del otro.

FUNDAMENTACIÓN: Se utiliza un recurso básico como es la movilización por partes del cuerpo, para lograr que cada paciente comprenda en su propio cuerpo todo lo que ha logrado en cuanto a movilidad articular, capacidad de variar en los movimientos y el rango muscular y de equilibrio que ahora pueden tener. Con este recurso pueden comunicarse sin necesidad de utilizar el lenguaje verbal, y entienden que un gesto de otro hacia él tiene siempre un significado, y así sus gestos también lo tienen.

ACTIVIDAD 3

Cierre verbal. De inmediato surgió la necesidad en algunos de ellos de referirse a la experiencia de la actividad realizada. En otros en cambio había un silencio reconfortante, ya que al hablar de ellos decían estar con una tranquilidad especial.

SESIÓN N° 11

UNIDAD: CIERRE DE TALLER

CONTENIDOS: Retroalimentación. Compartir. Cerrar el ciclo.

ACTIVIDAD 1

Sentados en círculo se les pide que vayan diciendo palabras que se les vengan a la mente al pensar en el taller. Estas palabras se escribieron, se les pidió que se ubicaran en el espacio y comenzaron a caminar, una de las profesoras fue diciendo en voz alta de manera aleatoria las palabras que surgieron, y se les pidió que realizaran un movimiento sin pensar al oír esa palabra.

FUNDAMENTACIÓN: Esta actividad surgió al buscar un cierre apropiado al taller, algo que pudiera dejar en ellos una sensación reconfortante, de haber logrado un objetivo o varios, y a su vez entender que había significado para ellos el taller presentado. Surgieron imágenes hermosas dignas de ser tomadas y representadas en una obra de danza ya que su contenido estaba lleno de verdad, de seres humanos que lograban salir de su caparazón por un momento para abrir su medio expresivo que es el cuerpo.

ACTIVIDAD 2

Se realiza una convivencia entre los pacientes asistentes al taller y las profesoras a cargo de éste, como una manera de cerrar el ciclo del taller realizado.

FUNDAMENTACIÓN: Es muy importante para éstos pacientes, presentarles de antemano las situaciones que vendrán, para no generar falsas expectativas, angustias u otras sensaciones de inseguridad. Es por esto que la última sesión era tan importante, ya que se debía dejar claro que el taller finalizaba ese día, y que no volverían a otra sesión de este tipo por ahora. La respuesta fue muy positiva, entregaron afectividad en sus palabras de despedida, y agradecimiento también por la oportunidad que se les presentó

CAPÍTULO V

ANÁLISIS DE DATOS

La información recabada a través de la investigación da cuenta de un diagnóstico inicial.

Durante las tres primeras clases se observó en todos los pacientes una desconexión con la respiración, de manera que se producían apneas de varios segundos al momento de realizar movimientos o esfuerzos, sin que la respiración mantuviera un ritmo constante. Esto responde a una de las características de la esquizofrenia, que se relaciona con la poca consciencia de cuerpo, carencia de imagen corporal, y también con la dificultad de lograr concentración en una actividad, más aún cuando la actividad es física, ya que hasta sus movimientos reflejos, como la respiración, la realizan de manera entrecortada, lo que se contrapone con la fluidez y la regularidad que se observa habitualmente en personas sanas.

Se observó que la inhalación y la exhalación eran de muy corta duración, ocupando la capacidad pulmonar de manera deficiente; la oxigenación no era la adecuada para una actividad normal, menos para realizar una actividad en movimiento continuo.

En cuanto a la postura, se observó en la mayoría de los casos, una postura rígida, encorvada, de plexo solar cerrado y hombros adelantados y elevados con acortamiento de los músculos de la parte posterior del cuello, que provocaba una mirada más baja. Se relaciona también con la rigidez corporal, la falta de tono muscular en algunas zonas del cuerpo, evidenciando otro rasgo de enfermedad; caracterizado por un estado de aparente perplejidad, y además reflejado visiblemente en su postura cerrada, con la espalda curvada hacia adentro, y con poca presencia del plexo solar abierto o del esternón arriba.

Al realizar movimientos guiados éstos movimientos se observaban rígidos en algunos pacientes, y en otros casos hipotónicos y descontrolados. Se pudo constatar

que la imagen de cuerpo estaba incompleta y al realizar en movimiento, no eran capaces de definir donde comenzaba una extremidad sino que percibían su cuerpo como un todo. El cuadro psicótico, por lo general, provoca una imagen de cuerpo en bloque, donde hay muy poca disociación de las partes del cuerpo, por lo que no era extraño encontrarse con la corporalidad antes descrita en los sujetos de la muestra, ya que todos padecían de una psicosis diagnosticada. Nuestro diagnóstico se convirtió en la constatación de las características que en teoría habíamos estudiado acerca de la enfermedad, y logró zanjar algunas interrogantes sobre la misma, tales como, si era posible que un cuerpo tan bloqueado como lo describen en los estudios consultados era capaz de re educarse a través del tiempo y con qué tipo de ejercicios y actividades era pertinente hacerlo. Es por esto que nuestro diagnóstico fue un pilar fundamental al momento de la planificación de las siguientes sesiones de trabajo.

Sólo en una paciente se observó lo contrario, una hipo - tonicidad exagerada. Esta paciente realizaba en todo momento movimientos desordenados y poco controlados, haciéndose más evidente en las extremidades, ya que sólo realizaba movimientos con los brazos del tipo espasmódicos, como sacudiéndose agua desde la articulación del hombro hacia sus manos. Este particular caso no está fuera de las características de la enfermedad, ya que se relaciona con la falta de equilibrio en el tono base muscular, que se logra, según Calmes⁵⁶, durante la primera infancia y en relación directa con el sostén de la madre o cuidadora. Esta paciente, presentaba rasgos de comportamiento relacionables a fuertes carencias afectivas quizás en su niñez, y que afloraban en conductas infantiles en el momento en que se realizaba el taller. Primero ésto fue deducido por las investigadoras al relacionar sus conductas con su corporalidad, según lo que se investigó sobre la enfermedad y también por verbalizaciones de la paciente, y luego confirmada por las terapeutas a cargo de ella.

Por otra parte también existe un problema básico en esta enfermedad que dice relación con los límites propios y con los límites en relación a los demás. Las investigadoras lo relacionaron directamente con el sentido de kinestesia, mencionado

⁵⁶ Calmels, 2009, Pag 38

en el marco referencial, ya que al no percibir los límites espaciales éstos se trasgreden, manteniendo el cuerpo inmóvil o traspasando esas fronteras e inclusive oscilando de un extremo a otro en el mismo paciente. En su mayoría no diferenciaban los espacios personales de los sociales, pero las personas de nuestra muestra estaban siendo siempre guiadas en el taller en ese aspecto, con el fin de integrarlos de manera definitiva en la sociedad. Es aquí en donde existía una bivalencia, de su naturalidad al acercarse de manera invasiva al otro, y de la conciencia que podían lograr sobre aquello, dándose cuenta de que este acercamiento excesivo era impropio por lo que procuraban mantener cierta distancia, lo que se tornaba demasiado extremo hacia la persona que estaba en frente o a su lado, como una lejanía auto impuesta. Tienen demasiado arraigado a sus personalidades este factor, que si bien se da en respuesta a uno de los rasgos más característico de su enfermedad, es muy poco aceptado en su espacio familiar y social, por lo que deben ser ellos quienes se alejen del mundo. Muchas veces esto los lleva a pasar periodos de retraimiento que pueden durar mucho tiempo. Esta es una respuesta al medio hostil que se les presenta a las personas que poseen estos rasgos esquizoides, pues el nivel de tolerancia ante personalidades extremas es muy bajo en nuestra sociedad.

Información importante para este análisis fue la kinesfera, que es un concepto de Irgard Bartenieff, que propone el movimiento del cuerpo en su rango máximo, y que en el caso de los pacientes psicóticos no se presenta naturalmente, sin embargo la persistencia de trabajo con ejercicios adecuados ellos podrían llegar a incorporarlo a su rutina. En conexión con lo anterior se observaba muy poco rango de movimiento articular, acompañado en la mayoría de los casos de un tono muscular demasiado elevado que rigidizaba y dificultaba aún más el logro de un rango natural. Aclaremos que el nivel de dificultad impuesto durante estas sesiones era al nivel del movimiento natural sin mayores exigencias físicas.

Se presenta además un eje corporal desplazado hacia atrás, lo que deja el peso del cuerpo sobre los talones, provocando mayores tensiones en la musculatura posterior e inestabilidad en la bipedestación, una actitud corporal que se presenta por la falta de control de la musculatura del cuerpo, pero que, frente a pacientes con

características de ensimismamiento y actitud pasiva, puede referir un estado de no poder proyectarse hacia el futuro, pero a veces tampoco se ve una actitud de querer salir de este estado. Se percibe en ellos desde fuera, una especie de miedo a ser como son, arraigado en sus personalidades desde años, como una conducta enseñada para parecer aceptables ante los ojos del resto del mundo, según se pudo encontrar en sus antecedentes, esto es provocado en el núcleo familiar. Como ejemplo podemos describir como a un niño pequeño se le enseña, de manera conductista, que una acción tiene una consecuencia, por tanto una acción indebida tiene una consecuencia desagradable para el niño, sea esto un castigo o una prohibición, de la televisión o del postre favorito. En el caso de los enfermos psicóticos, la familia intentará realizar este tipo de acciones para encuadrar a la persona enferma en una personalidad más aceptable, esto será posible sólo en la medida que la persona enferma hable menos, para que no demuestre su desconexión con la realidad, se mueva poco, para que su corporalidad no deje ver esta desconexión, interactúe menos con la gente, para que no incomode a las personas. Se pueden encontrar situaciones que parecen inciertas pero que ocurren en una familia con un integrante psicótico, como también se encuentran las familias en donde esta persona enferma debe seguir siendo enferma porque le aporta una extraña sensación de ser necesitado al resto de la familia, sólo se reconocen como familia por el hecho de cuidar de esta persona.

Siguiendo con el diagnóstico, se encontró en todos los casos muy poco rango de movimiento en la articulación coxo femoral, existía un alto bloqueo de esa zona, la articulación funcionaba en dirección adelante – atrás y no en forma lateral ni circular como debiera permitir dicha articulación. Por lo anterior también el control y uso de extremidades se observa deficiente, con muy poco uso de los soportes en los traslados. Solo aparecían de manera espontánea pasos cortos, para lograr mayores desplazamientos había que guiar de diferentes formas, por ejemplo, verbalizar que debían caminar, algo tan sencillo pero que si no se mencionaba no ocurría, luego pedirles que cambiaran de direcciones antes de llegar al límite de la sala, también explicar que no solo podían caminar en línea recta sino que también realizando curvas en el espacio. Todo esto era de explicado de manera verbal pero además apoyado de

manera corporal por las investigadoras, ya que se observaba mayor respuesta cuando estaban presentes las dos indicaciones, verbal y física, en la explicación del ejercicio. Cuando se llevaba un tiempo en esta relación de indicaciones, comenzábamos a observar mayor libertad y propuesta por parte de ellos, esto se producía siempre y cuando se hubiese roto el hielo, como las investigadoras comenzaron a llamar al primer momento de las actividades. Se pudo relacionar esta falta de locomociones espontáneas, con la psicología del paciente, ya que puede responder a la deficiencia en la concepción de cuerpo, lo que deja incierto al cuerpo en el espacio. Sólo su psiquis está habitando el lugar, y no su cuerpo físico, no lo perciben como algo concreto, por tanto no existe en el espacio, y el espacio se confunde a su vez con su propia existencia. Esto tiene que ver también, con su poca consciencia de realidad, presentando esta realidad como el espacio concreto en el que se habita, en donde el cuerpo habita y actúa. Para ellos muchas veces son sus voces las que habitan su mente, y no logran vivir en una realidad exterior.

Se puede pensar que esto estuviese relacionado con la quietud que provocan los largos periodos de reposo que poseen estos pacientes, en los que el cuerpo en estado de inacción total, pierde sus capacidades y comienza a endurecerse y rigidizarse volviéndose un estorbo para la mente que vaga. En éste aspecto, las investigadoras observaron en su grupo de muestra que todos tenían la intención de dejar de lado ésta inactividad, por diferentes motivos, pero había un interés en volver a conectarse con su cuerpo, como si los pudiera llevar a conectarse con el mundo y así con la realidad, con el mundo que no está dentro de sus cabezas.

Al observar los movimientos del torso, se presentaba inmovilidad de forma lateral o en torsiones, como por ejemplo tratar de girar el torso sobre la cintura para mirar hacia atrás, se liga también a la concepción monolítica del cuerpo que fuimos observando en ellos. Se obtenían solo movimientos que encorvaban la espalda ocultando la cabeza en el pecho, incluso costaba que la cabeza respondiera a esta curva de manera natural, ya que la cabeza permanecía paralela a la pared. No se observa en ningún caso de manera natural movimientos laterales ni de apertura del

pecho, y al guiarlos hacia esos movimientos se podía percibir a la vista y tacto una rigidez máxima, sus espaldas eran como rocas duras y pesadas.

La cabeza se observaba disociada del resto del cuerpo como si sólo estuviese sostenida sobre el tronco y no como parte de él, sin una conexión interna, dando la impresión de que hubiese un corte entre las vertebrales dorsales y cervicales. No había fluidez de energía a través de la columna. Una posible causa de este aspecto observado puede ser el hecho de que estos pacientes llegan a pasar largos periodos sin levantarse de la cama, lo que va rigidizando su columna y articulaciones en general.

Existían problemas de coordinación y de equilibrio, posibles de encontrar en los traslados de peso y en las combinaciones de coordinaciones entre el tren superior y el tren inferior. Esta conexión falla en la mayoría de las personas sanas, fue parte de trabajo realizado por Bartenieff mencionado en el marco referencial. No se lograba una conexión entre el tren superior e inferior en estos pacientes.

Al ir avanzando las sesiones, las locomociones y traslados que antes se acotaban solamente a caminar manteniendo un ritmo parejo como marcando una nota blanca en un pentagrama, fueron cambiando y evolucionando hacia la carrera y traslados con diferentes tipos de apoyos, pasando también por el suelo quedando claro para las investigadoras la importancia de enriquecer el lenguaje corporal. Aunque no sea de manera personal, es decir, aún cuando se necesitó guiar mínimamente a los pacientes; esto abrió un espacio en sus mentes para el movimiento, y su lenguaje exiguo fue cambiando y haciéndose cada vez más expresivo de su emocionalidad básica.

Al comenzar el taller, se presentaba en los pacientes muy poca gestualidad corporal. El hablar apoyándose con gestos de las manos por ejemplo, que se da naturalmente en las personas sanas, no se observaba. Los brazos permanecían siempre bajos y paralelos al tronco o cruzados a la altura del pecho como si los escondieran, para que por sí solos, no comunicaran, como si se les pudiera escapar algo que no está permitido con sus gestos. También otro efecto de la enfermedad

estudiada es el aplanamiento afectivo que se manifiesta en ellos, como mencionamos anteriormente con poca expresividad gestual pero también con la disminución de los movimientos espontáneos, expresión inmutable, ausencia de respuesta afectiva, latencia en la respuesta, poca sociabilización, donde también el afecto puede ser inapropiado en relación con la situación.

La concepción del cuerpo como bloque, al que ya hicimos alusión anteriormente, fue cambiando poco a poco a medida que avanzaban las sesiones y el trabajo se hacía un poco más consciente en los pacientes, llevándolos a variar su imagen corporal, a través de un aumento de su registro de movimientos. Como se menciona en el párrafo anterior logran reconocer que existía todo un mundo de posibilidades expresivas en su propio cuerpo. Esta expresividad, no se trabajó solo por ser un concepto relacionado al arte y a la danza, sino porque los mismos pacientes hacían alusión en sus comentarios de su necesidad de expresarse, cosa que al principio parecía impuesto o auto impuesto, pero que luego se percibió como una real necesidad en ellos. Se hace referencia a este tema en el marco metodológico, que menciona la reeducación del cuerpo, y como esto genera medios expresivos ricos, y que en esta investigación se dio a través de la danza.

En la búsqueda del gesto y de la realización de diferentes movimientos se encontró que existía una pobreza en la expresividad física, pero no una pobreza en sus mundos internos. Esto tiene que ver con el poco conocimiento de su propio cuerpo y del poco contacto con él como un medio expresivo, acostumbrados a comunicarse solo a través de la voz y no de la gestualidad o a no comunicarse muchas veces. Se descubrió en ellos una gran capacidad creativa, y la disposición a realizar pequeños trabajos creativos dentro de las sesiones. Esto se presentó ante la sorpresa de las investigadoras, ya que en un inicio del taller, los gestos que en personas sanas son más naturales, para ellos simplemente no existían, como por ejemplo asentir con la cabeza, o echarse para atrás al reírse. Esto se daba como una condición permanente también en sus actividades cotidianas, como se pudo observar al compartir estas en algunos momentos, como por ejemplo en su actividad de celebración del 18 de septiembre. Pero al encauzar sus pensamientos hacia una actividad creativa, surgían

cosas de manera espontánea y propositiva de parte de cada uno de ellos, en distintos grados, pero respondiendo claramente a la necesidad propia de cada uno de expresarse.

Al encontrar nuevas formas de movimiento en el cuerpo y destrabarlo realizando movimientos nuevos, se percibía en ellos un agrado al encontrarse con posibilidades nuevas en su corporalidad, aunque fuese en pequeños gestos. Esto se notaba en sus rostros que con sorpresa iban evidenciando la sensación de como sus músculos respondían a diferentes estímulos de diferentes maneras, tales como la música y la voz de quien guiaba la actividad. Este elemento, la música, jugaba un rol muy importante ya que a través del medio auditivo era mucho más fácil que dejaran fluir al cuerpo. Se notaba una especie de conexión con el medio musical y artístico, había en todos los pacientes una reacción positiva frente a cosas que les comprometiera emotivamente.

En cuanto al grupo que se formó, en un principio estaba cada uno extrapolado del otro en el espacio y ubicados cerca de los muros del salón, utilizando sólo el perímetro de este y nunca movilizándose en el centro del espacio o atravesándolo en una diagonal por pequeña que fuera. La actitud corporal era siempre cerrada, de protección frente a los otros. Había una sensación de desconfianza y a veces de vergüenza de enfrentarse a un grupo en una actividad física en donde debían exponerse ante otros, ellos mismos muchas veces lo expresaron verbalmente.

Las conversaciones entre ellos eran mínimas y con nosotras eran de saludo y despedida. Les costaba verbalizar lo que les pasaba con respecto al taller, a pesar de que esto fue cambiando a medida que pasaban las semanas y lograron abrir sus sensaciones con nosotras y en frente a los demás, siempre se hizo muy necesario romper el hielo con alguna actividad en el inicio. Por ejemplo, se realizó un juego en círculo, que consistía en que cada uno decía su propio nombre y lanzaba una madeja de lana, quien la recibía realiza la misma acción con el propio nombre, así cada uno iba lanzando su presencia a través de su nombre a sus compañeros, como un modo indirecto de presentarse.

A partir de la cuarta sesión, se fueron agregando nuevos indicadores, ya que el diagnóstico estaba completo y se había recabado información valiosa acerca de los pacientes, desde la cual se planificaron las siguientes sesiones. Aquí se toma la decisión de agregar desafíos a este trabajo, al grupo, por lo que sería necesario también observarlos, aquí aparecen indicadores más específicos al trabajo del cuerpo en el espacio, por ejemplo y a la conexión con el movimiento. La intención de las investigadoras fue enriquecer el lenguaje corporal de los pacientes, presentándoles complejidades mayores, fortaleciendo así su autoestima, frente a logros adquiridos que eran impensados por ellos y dándoles mayor autonomía en lo expresivo. Con esta pauta de evaluación, que contenía los indicadores⁵⁷ utilizados en el diagnóstico, sumados a los nuevos indicadores, se procedió a observar el comportamiento en movimiento, el uso del espacio y la organización de este último, la sensación de comodidad o incomodidad al ir al piso también fue incluida en esta parte del taller.

Al realizar actividades con utilización de suelo las investigadoras pudieron observar cuál era el nivel de las problemáticas que existían y que se evidenciaban al momento del contacto con el suelo. La mayor problemática en este aspecto, fue la pérdida de orientación espacial, la organización de las partes del cuerpo en los desplazamientos bajos era dificultosa. Quedaban totalmente paralizados al sentir su espalda contra el suelo, otros se movían presentando incomodidad. Se verbalizó en el cierre de sesión una de estas experiencias y los pacientes iban explicando que sensaciones tenían al estar en esa posición. A algunos les dio una sensación de protección, al sentir la espalda totalmente apoyada sobre una superficie, lo que explicaba porque siempre buscaban los muros de la sala para apoyarse; a otra paciente, le provocaba ganas de salir corriendo, les incomodaba profundamente estar mirando hacia arriba y no en posición vertical; otro paciente se conectó con su emoción desde esa posición y a una de las mujeres le dio sueño. Sólo un paciente se sintió extremadamente incómodo, al punto de no poder entregar totalmente el peso corporal al suelo, estaba rígido y con la expresión de la cara rígida. Probablemente esta acción

⁵⁷ Pauta disponible en anexos de esta investigación. Pág. 103.

simple y cotidiana tomaba otro significado en el contexto de la sesión, para las investigadoras está conectado con el sostén en la primera infancia, o la carencia de éste, ya que la mayoría relacionaba esta posición con la protección o desprotección.

A María⁵⁸ le costó mucho vincularse con la lateralidad, confundía constantemente lado derecho e izquierdo, al parecer porque no los tenía claros desde un principio, pero también porque se encontraba desconectada en varios momentos, lo que luego comenzó a darse de manera intermitente disminuyendo sus espacios de vacío.

María Y Nina comentan que les gusto trabajar en el suelo, que vivieron una experiencia nueva al estar en esta posición y que sentían protección al tener la espalda totalmente apoyada en una superficie.

Juan comenta: “Sentí mi espalda, fue agradable” “Sentí el cuerpo entero, el día a día es por parte” “Me sentí más vivo me dieron ganas de usar más el cuerpo, hacer deporte algo físico para estar sano, es importante para mi”

Ulises, levantando la mano pidiendo la palabra entusiasmado dice: “Sentí tranquilidad en la posición fetal” “Me sentí más vivo, entre en calor”, casi todo el tiempo todos los pacientes presentaban mucho frío, aun cuando se trabajo con estufa dentro de la sala.

Luego de escuchar estas frases ambas investigadoras coinciden en lo gratificante y emocionante que es escucharlos reportar que comienzan levemente a habitarse y sentirse como unidad esto da señales de cómo continuar el trabajo .No es posible dejar de mencionar que estos elementos son muy importantes para esta investigación, ya que con el trabajo de suelo se deja ver, como menciona Calmels, el sostén que no tuvieron en su infancia, que es producido primero en el útero materno y que pasa a ser luego sustituido por los brazos de la madre, de esa manera puede ser

⁵⁸ Los nombres de los pacientes de la muestra fueron cambiados para proteger la identidad de cada uno de ellos.

el piso visto como un reflejo de carencia, del no-sostén y no-apoyo corporal careciendo de respaldo en sus primeras experiencias físicas en la primera infancia. La crianza transcurre en un pasaje de la horizontalidad a la verticalidad, de la necesidad de máximos de apoyos y sostén, a la independencia del sostén y la reducción de los apoyos.

Como bien dijo Donald W. Winnicott “Nadie es capaz de sostener un bebé en brazos a menos que sepa identificarse con él”⁵⁹

Se produce un *insight* para las investigadoras, ya que ambas concuerdan al mirar a los pacientes terminada la cuarta sesión que muchas veces estas familias no quieren consciente o inconscientemente que sus familiares se recuperen ya que cumplen con una función (familias sistémicas, mencionadas también a propósito de los límites).

En cuanto al trabajo físico propiamente tal se observaba clase a clase un incremento en las habilidades y la capacidad del cuerpo en realizar pequeños gestos expresivos y grandes movimientos corporales, sin embargo se observaba mayor dificultad para realizar movimientos con mayores desplazamientos y amplitud en el espacio.

A partir de la quinta clase se aumentó el nivel de exigencia, se le pidió a cada uno mayor nivel de participación en las actividades. Se comenzó a realizar actividades que requerían mayor participación de cada uno haciendo hincapié que cada uno era importante para conseguir un logro grupal final. Se realizaron actividades lúdicas, juegos en donde tenían que interactuar entre ellos, todo esto a través del movimientos generales y de movimientos de creación individual de un que luego compartían con el resto del grupo. Esto daba paso a una empatía entre todo el grupo (incluyendo profesoras). En este punto las investigadoras notan que el grupo está conformado totalmente con intereses comunes, necesidades claras, nivel de participación, y respeto por las normas, respeto por el grupo y sus integrantes. Había en general, una

⁵⁹ Calmels, 2009, Pág. 28.

preocupación por llegar a la hora y por asistir a la sesión aún con los problemas que cada uno tenía para hacerlo.

También se trabajó en este aspecto la capacidad de seguir un pulso, conectando los movimientos con los sonidos, ya sea en una marcha o con improvisación de movimientos. Este trabajo nos dio muy buenos resultados ya que permitió lograr a un pulso en común lo que generó una sintonía del grupo cuando se estaban moviendo, logrando conectarse con los propios ritmos internos (ritmo cardíaco y ritmo respiratorio), dejando de lado el extrema pasividad de algunos y extremo aceleramiento de otros se lograba un armonía en el espacio que estábamos trabajando, permitía trabajar en calma dejando las ansiedades de lado.

En un principio se creyó que los objetivos planteados en el programa tentativo inicial serían muy desafiantes para este tipo de pacientes y podría presentarse frustración, pero contrariamente se pudo observar con sorpresa y agrado la disposición y el progreso de cada paciente, que llegaba a resultados esperados a partir de la primera observación, confirmándolo a su vez con las terapeutas a cargo y el auto-reporte verbal de cada paciente al finalizar el taller.

Se generaron logros grupales, tales como:

1. Durante el transcurso del taller se fue conformando el grupo, se fue dando la cohesión grupal, que no se creyó por parte de las investigadoras, asesora y terapeutas a cargo, se daría con esa prontitud. Así se fue definiendo quienes iban a ser constantes dentro del grupo, y quienes visiblemente no iban a serlo. Esto se denotaba en la participación en las actividades iniciales de cada sesión, y también, en las excusas que ellos mismos utilizaban para justificar ausencias o llegadas tarde a la sesión, lo que responde a la poca capacidad que posee este tipo de pacientes de ser constantes en una actividad, como también lo que el movimiento va generando en sus cuerpos y sus mentes, que logró entregar una motivación a cada uno para llegar todos los días al taller.

2. Se logran nuevos patrones de movimiento a través del uso de un objeto transicional, que media entre el juego de manipulación del objeto y sus inconscientes, generando movimientos espontáneos, no calculados, y relacionados con el espacio, sus compañeros e investigadoras dentro del mismo. Este uso del objeto transicional, logra incrementar el lenguaje corporal y la relación con el espacio de los pacientes, siendo, como se menciona antes, un medio para este logro.

3. La asistencia a clases fue en directa relación con los avances observados. Hubo ausencias en todos los pacientes, pero la mayoría asistió con regularidad al taller. Sólo dos casos faltaron a más del 50 % de las clases.

4. Se logró generar instancias de dialogo corporal grupal, es decir, en los espacios de tiempo dedicados a los movimientos libres, de improvisación, se generaban pequeñas conexiones entre los pacientes y con las investigadoras, se quebró la vergüenza y se enfrentaban cada uno a su compañero con una actitud tranquila, en movimiento, y mostrando lo que cada uno estaba logrando. Se potenciaba con estos ejercicios, el nivel de interacción entre ellos al finalizar la sesión, demostrando más apertura a conversar o interactuar socialmente con el otro fuera del espacio de la sesión, o al finalizar la misma.

Cuadro de Asistencia:⁶⁰

Paciente	Clases asistidas	Clases no asistidas
Andrés	8	3
Ulises	8	3

⁶⁰ Cuadro N°3 creado por las investigadoras.

Juan	6	5
Nina	8	3
María	6	5
Betty	4	7
Jimena	4	7

Observaciones según la regularidad de cada paciente:

Paciente Andrés: Asiste a 8 sesiones de 11, vemos en el avances significativos a partir de la 5ª sesión, se considera que su regularidad ayudó en este avance, que dice relación con romper la barrera de la vergüenza, sumado a logros en el ámbito físico, en postura, equilibrio, coordinación y concentración.

Paciente Ulises: Asiste a 8 de 11 sesiones, fue un poco más intermitente que el paciente anterior, es decir tuvo menos sesiones seguidas, pero igualmente logra varios objetivos, como abrir el cuerpo, desarrollo de locomociones en distintos niveles, conciencia de la respiración y conexión con el movimiento. Es de mayor edad, por lo que tiene mayor dificultad física, que el paciente mencionado anteriormente, por lo que sus logros físicos toman notoriedad para él y las investigadoras.

Paciente Juan: Asiste a 6 de 11 sesiones, tuvo un momento de larga ausencia, provocado, según se converso entre las investigadoras, por una apertura de su emocionalidad en una sesión, en donde llora expresando que el moverse le ha provocado este estado, dice no estar triste sino, sentir cosas que no pudo explicar.

Paciente María: asiste a 6 de 11 sesiones, su desconexión inicial era mayor que la del resto del grupo, ella con dificultad se mantenía conectada con la actividad del momento, pero se observaba un interés rea por participar del taller y por sentirse parte de un grupo, tenía problemas familiares que evitaban su regularidad. Sin embargo se

contagiaba del ambiente del taller y participaba activamente de las sesiones, proponiendo incluso movimientos propios.

Paciente Betty: asiste a 4, de 11 sesiones, una de las sesiones asistidas dice que se siente mal, por lo que se recuesta en el sillón y duerme. El resto de las sesiones trabaja a conciencia pero con dificultad, posee un rasgo de auto exigencia demasiado fuerte, lo que le impide reconocer donde está la dificultad para poder solucionarla, sino que insiste en intentarlo de la misma manera una y otra vez.

Paciente Nina: asiste a 8 de 11 sesiones, fue la más regular de las mujeres del taller, ella logró expresarse a través del movimiento de una manera lúdica, al verla moverse dejaba la impresión de ver a una niña jugando, se conectó con su libertad y su niñez.

Paciente Jimena: asiste a 4 de 11 sesiones, ella presentaba un cuadro de dolores en el cuerpo, que al principio se tomó con seriedad por parte de las investigadoras, pero que luego se descubrió que no era cierto, al decir ella que tenía un dolor en un brazo y luego utilizarlo sin problemas en un apoyo, esto se corroboró con las terapeutas a cargo de esta paciente. Luego de esto se le exigió de manera más intensa y con esto ella logró realizar cosas que jamás pensó podía hacer con su propio cuerpo.

Otra dificultad que se observó estuvo en rescatar el proceso verbal, hay que tener cuidado como investigadoras en no limitarlos más de la cuenta, no tratarlos como psicóticos de libro, conocer a la persona que está enfrente y no al estereotipo de paciente psicótico. Este fue uno de los desafíos a los que en este taller se vieron enfrentadas las investigadoras en su rol de terapeutas.

En la última clase Nina, dice que ellos son enfermos, refiriéndose a su condición frente al mundo, esto repercute en las investigadoras, a quienes les causa molestia el oír esa palabra para referirse a los integrantes del taller y más aún viniendo de ellos mismos, ya que, inconscientemente, pues era bien sabido para ellas que estaban frente a personas enfermas, no los trataron como enfermos, sino como personas con

ciertas limitaciones solamente pero personas con cuerpo y mente como cualquier otro. Esta fue la primera vez que alguno de ellos se refería a su enfermedad como tal, y denotaba su condición de enfermos. Aquí las investigadoras, se dieron cuenta, que trataban siempre de no ver a los pacientes como enfermos, o sólo verlos como personas con dificultades corporales y de comunicación.

Se puede pensar a raíz de lo anterior que se entabló una relación maternal en el sentido de la sensación de contención que se logró con ellos, se sentían cómodos y protegidos en el espacio que se les brindaba en el taller, se cuidaba mucho el que estuviesen las puertas cerradas y que el lugar estuviera además a una temperatura alta para ellos que siempre estaban con frío, todo para que sus sensaciones fueran positivas frente al taller y a las investigadoras. Por otra parte existía un estado de embarazo en una de las investigadoras, lo que potenciaba esta sensación maternal que se entabló, y que los pacientes empatizaran con este estado, al ver a la persona detrás de la profesora o guía.

Cuando ya se acercaba la finalización del proceso las investigadoras recurren a su asesora, Ps. Marianella Ruiz, con el fin de pedir una supervisión. Fue durante la sesión número nueve, a la cual ella asistió y observó. Comentó que le parecía adecuada la metodología aplicada, ya que se observaba un claro inicio, desarrollo y final, observándose un ritmo constante con un buen acompañamiento de la voz. Hizo hincapié en recordar la importancia de no perder de vista nunca las necesidades del paciente y cómo necesitan ellos moverse también. Habló de la importancia de acompañar con la palabra y la consigna pero nunca mostrar el movimiento final (modelo). Según su opinión el objeto transicional (globo) como la música utilizada en esa sesión fue de gran importancia para el logro de los objetivos planteados.

Por último recordó un aspecto conversado en un comienzo, la relevancia de que el contenido que empiece a aparecer sea hecho en un contexto protegido, cómo también la importancia de recordar la despedida para que ellos tengan tiempo para prepararse, que vean que, como cada cosa en la vida todo tiene su comienzo y su fin. Quedan en las investigadoras ganas de hacer un nivel II del taller para lograr mas

avances en ellos y aprovechar el potencial de sanación observado en el transcurso del taller y en estos pacientes particularmente.

El hecho de que algunos subieron su rendimiento hizo que los que iban más atrás también lograran un avance, el grupo fue avanzando y ayudó a los que iban más lento.

En cuanto al trabajo en dúo de las investigadoras frente a los pacientes, se puede decir, que existía un trazado de piso espontáneo en donde una de las dos actuaba como un radial periférico, y la otra actuaba dentro del grupo. La primera, desde fuera actuaba como contención espacial y afectiva de los pacientes, mientras que quien estaba dentro del grupo, realizaba el trabajo de empatía kinestésica, fortaleciendo la presencia de una autoestima positiva a través de la imitación, por ejemplo, de los movimientos naturales de los pacientes. Esto no fue planificado de antemano, ni siquiera se fue haciendo consciente al avanzar las sesiones, se dio naturalmente y en respuesta a las necesidades del grupo e individuales.

La relación de los pacientes con las investigadoras fue positiva en todo momento, en un inicio, y tal como se da en toda actividad nueva, había una distancia notoria, con una imagen de vulnerabilidad presente en los pacientes, como de asustados ante algo nuevo. Luego, al darse cuenta que la actividad no era impuesta, ni habían cánones que seguir, ni habilidades complejas que adquirir, se fue distendiendo la relación. Se llegó a un nivel de confianza muy grato, en donde el respeto por quienes dirigían la sesión y por sus pares, estaba notoriamente presente. Sólo en una oportunidad se presentó un conflicto entre dos pacientes, por una verbalización mal entendida, lo que generó tensión entre una de estas pacientes y una de las investigadoras. Esto no pasó a más, solamente esta paciente se acercó más a la otra investigadora, en una actitud que se puede comparar a la de un niño con sus dos padres, cuando uno lo castiga o reprende busca apoyo en el otro.

A medida que se avanzaba se pudo observar cómo se unían como grupo, creándose un vínculo, conformándose un espacio de protección y respeto por el cuerpo propio y el de sus compañeros e investigadoras. Estas últimas lo relacionan con

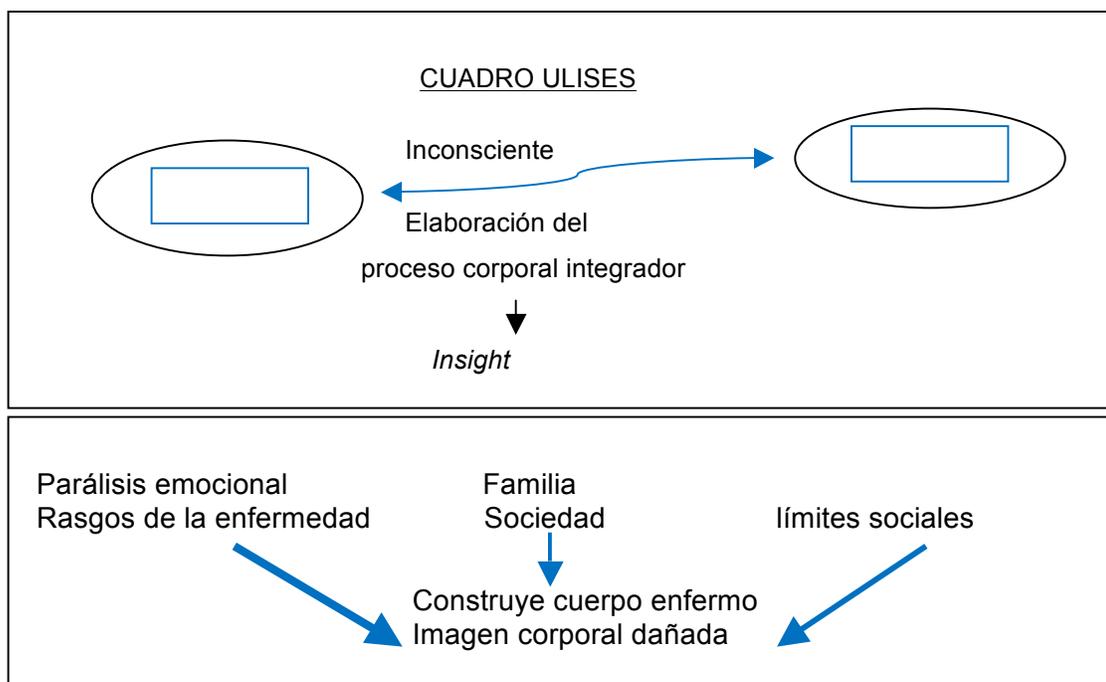
la importancia de mantener presente la empatía kinestésica como eje central del trabajo a realizar, sumado a la importancia de la palabra como elementos de compañía y contención sin mostrar el movimiento final. Apoyados siempre por la utilización de la música que ayudó a controlar o variar los estados de ánimos difíciles.

En la última sesión del taller, se revisó la concreción de las expectativas que los pacientes nos plantearon en la primera sesión, y vimos como y en qué medida estas se realizaron, así como también las cosas nuevas que aparecieron.

V.1. Actividad participativa de evaluación y auto evaluación

Las impresiones de los participantes del taller en cuanto a su paso por él fueron las siguientes:

Ulises: Buscaba ser creativo, lo dijo en la primera sesión, pero se dio cuenta que lo que realmente necesitaba era expresarse, eso lo dijo en la última clase como corolario de su proceso. Logró su objetivo.



Podemos observar que el movimiento fue fundamental para que se produjera el *insight* observado y verbalizado por Ulises. Fue ahí donde se conectó su capacidad expresiva y se expandió las respuestas motoras afectivas. Un factor a considerar también es el nivel sociocultural de los pacientes, en este caso era alto, con educación superior y desempeño laboral.

Juan: Planteó sus ganas de reconectarse con el cuerpo, y logró conectarse con el movimiento expresivo disfrutando del moverse y de la música. Planteó al finalizar una actividad con música, que sentía ganas de volver a bailar como antes lo hacía.

Andrés: Quería desarrollar su potencial como músico, disfrutando desde el interior desarrolla su talento artístico. Logró vencer su vergüenza en algún grado. Reunió su personalidad en cuerpo y sensaciones.

Nina: Busco moverse más, y logró girar y saltar en el aire disfrutando como nunca. Se conectó con su corporalidad y con su lado lúdico que no tenía espacio para manifestarse.

María: Buscaba moverse, lo que se interpretó finalmente como liberarse. Logro conectarse con el movimiento interno y no guardarlo solo para ella. Salió de su ensimismamiento y comunicó sus necesidades a través del cuerpo. Reconoció nuevamente sus habilidades sociales, aportando al grupo con su carisma. Vimos en ella como fue desarrollando la empatía kinestésica con nosotras y con sus compañeros.

Betty: Buscaba corazón, creemos que sus necesidades eran diferentes a las del grupo en general, ya que sus necesidades de reconocimiento y afecto eran desproporcionadas, sin embargo, logro conectarse con su corazón al moverse, aun cuando lo que surgía no siempre le gustaba, y muchas veces le causó problemas para aceptarlos y trabajarlos.

Jimena: Se auto limitaba, argumentando dolores. Al realizar algunos ejercicios, no todos los planteados, se fue dando cuenta de que no hay límites en el movimiento, en cuanto vencemos los límites de la mente, y ella entendió que hay infinitas posibilidades, muchas más de las que ella.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

La presente investigación ha arribado a las siguientes conclusiones:

- I. En el ámbito físico:
 1. El enfermo mental construye un cuerpo enfermo, pero no lo hace solo; su entorno también contribuye, tanto su familia como sus cercanos, al no aceptar sus comportamientos por temor a las consecuencias sociales o al desconocimiento de sus reales conflictos. Constantemente se está limitando su campo de acción, dándole un espacio circunscrito en límites extremos, impuestos por la sociedad y la familia, con esto se limita el cuerpo, el actuar, y la movilidad finalmente de este, limitando además su capacidad expresiva en todas sus formas.
 2. El tratamiento psiquiátrico debe considerar dentro de sus actividades una actividad de terapia corporal en base a la danza, ya que los beneficios de movilidad inmediata observados fueron notables en un lapso breve. Las intervenciones corporales contribuyen a que el cuerpo que no tenía espacio, que vivía reprimido y negado, comience a aparecer. El cuerpo debe estar tan presente como la palabra. Es el movimiento danzado el que realiza la tarea de traer a lo concreto, primero al cuerpo y desde el cuerpo a la mente del paciente con esquizofrenia, por medio del esfuerzo realizado, del trabajo creativo del paciente, del encuentro con la expresividad del cuerpo que lleva a estos pacientes a expresarse libremente, sin los frenos del lenguaje hablado, sino con la libertad de cada persona compartiendo un espacio de manera respetuosa pero libre a su vez.
 3. Se observó en el caso de las mujeres ideas preconcebidas acerca de su propio cuerpo, con límites auto impuestos derivados principalmente de dolores articulares y musculares que conforme avanzaba el taller desaparecían o sencillamente olvidaban. Se concluye entonces que el movimiento ayuda a

destrabar el cuerpo que ha estado dominado por las propias creencias de la persona acerca de este, el dominio de la mente sobre el cuerpo es real, pero también es real la influencia positiva del cuerpo sobre la mente. En el caso de los hombres no existía tal prejuicio, la mayor dificultad en ellos se evidenció en el alto grado de vergüenza que les producía moverse, el temor a ser observados y evaluados por sus pares e investigadoras, que desaparecía en la medida que iban apropiándose de sus movimientos y comenzaban a no necesitar sentido, sólo a fluir desde su psique-soma, en ese momento ya no estaba la vergüenza, sino el gozo. Es el mismo proceso que se describe con las mujeres, el cuerpo percibe y crea su verdad y la hace consciente en la mente. El movimiento es capaz de liberar la mente de sus límites; a través de la percepción sensorial, del trabajo físico concreto, del cumplimiento de metas, y de hacer real un cuerpo que para el enfermo mental sólo existe en su mente, y logra lo que él enfermo cree que puede lograr solamente.

II. En el ámbito social:

4. El Programa aplicado a pacientes psicóticos, generó cambios significativos en la conducta individual de éstos. Al entrar en un lenguaje corporal personal, el paciente libera su inconsciente, este último al salir en movimiento fluye hacia la consciencia, se materializa, produciéndose la conexión psique soma.
5. La intervención ayudo a generar un vínculo entre ellos, primero por su calidad de asistentes al taller y luego como compañeros. Disminuyó el aplanamiento afectivo y facilitó la empatía corporal reconociéndose tanto en las posibilidades como en las dificultades del otro.
6. El programa para pacientes psicóticos debe presentar desafíos permanentes y progresivos, evaluando las capacidades individuales de cada uno sin menospreciar ni omitir su potencial. Con esto se logra aumentar la autoestima del paciente, al aportar a modificar su imagen corporal cuando comienza a lograr cosas con su cuerpo que no pensó que podría hacer, traspasando las barreras mentales y limitaciones auto impuestas.

7. La terapia corporal, tiene un impacto positivo en la calidad de vida de pacientes psicóticos como actividad terapéutica complementaria a los tratamientos psiquiátricos convencionales, ya que entrega una realidad concreta al paciente al reconectarse con su cuerpo físico, al hacer tangibles las sensaciones que permanecen en sus mentes sin sostén. Esta realidad que se presenta a través del trabajo corporal, se convierte en el lugar en que habitan las ideas, emociones y sensaciones dando lugar y coherencia a la conformación del propio cuerpo, favoreciendo la re-conexión e integración del psique - soma. Su calidad de vida se ve mejorada también a dejar de lado tensiones excesivas dando mayor movilidad a su cuerpo, por ende, mayor sensación de confort.
 8. La intervención realizada ayudó de manera significativa en el aspecto social-relacional de los pacientes, aportando al fortalecimiento de vínculos con sus compañeros de taller, miembros de la comunidad terapéutica y familiares. Ayudo también a bajar el nivel de dependencia en sus labores diarias, facilitando la habilitación y la reinserción social, necesarias en este tipo de pacientes.
- III. En el ámbito metodológico:
9. El plan terapéutico corporal con pacientes psicóticos debe considerar el trabajo en dúos. El apoyo físico y emocional que entrega el compañero crea una protección no visible, generándose dinámicas de trabajo claras, en cuanto a quien actúa y quien observa; quién espeja y quien cuida. El trabajo en dúos facilita el proceso, aporta al buen desarrollo de la sesión y a verbalizar sensaciones tanto personales y subjetivas (transferencia y contratransferencia). Entrega a los pacientes la dualidad padre – madre, en donde las energías se equilibran entre lo suave y fuerte, lo más contenedor y desafiante que necesariamente deben estar conjugados en la sesión.
 10. Las terapeutas deben presentarse ante los pacientes con seguridad en sí mismas, demostrándoles que son capaces de trabajar con ellos, y no

subestimándolos tanto por su condición de enfermo, como por sus capacidades físicas, visiblemente opacadas por la misma enfermedad.

11. No se debe subestimar las capacidades de los pacientes, por muy difícil que se vea el logro de objetivos antes de comenzar. Los logros son muy importantes en un proceso sanador, y plantearse desafíos pequeños y medianos para verlos logrados provocan cambios en la visión del potencial propio. Esto entrega satisfacción a los pacientes al ver que su cuerpo poco a poco responde a sus mentes. Descubren que si se proponen romper una barrera física o mental es más probable que lo logren.
12. El tratamiento con psicóticos debe hacerse necesariamente con un programa, este debe comprender contenidos del trabajo corporal, siempre respondiendo a las necesidades personales y grupales de los pacientes. Las sesiones deben considerar variaciones, teniendo en cuenta factores como las actividades previas, dificultades, entre otras. Las terapeutas deben tener la capacidad de ser flexibles con sus propuestas iniciales.
13. La duración en la aplicación del programa está directamente relacionado con los logros; a mayor duración del taller, mayores son los logros a obtener. Se observó un avance regular paulatino a través de cada sesión, por lo que se concluye que si el taller tuviese una duración mayor y/o una segunda parte, se podría partir desde estos logros ya obtenidos e incrementarlos.

VI.1. Propuestas

Luego de cotejar los datos y de realizado el análisis de estos, se concluye que el Programa Tentativo de intervención propuesto al inicio de esta investigación, funciona en la mayoría de sus aspectos, considerando que durante el proceso de aplicación de dicho programa tentativo, éste se fue adaptando a las condiciones de la muestra y del centro terapéutico en donde se aplicó. De ahí surgen las siguientes propuestas en cuanto al manejo de este u otro programa similar:

1. La Danza, posee recursos provenientes tanto de su entrenamiento como de sus beneficios físico - emocionales, y de la danza educativa y creativa, que proporcionan bienestar a quien la practica. La imaginería utilizada en danza es un recurso que no aporta al trabajo con este tipo de pacientes, ya que no se debe subjetivar su propio cuerpo sino llevar al paciente a lo concreto. Esto podría agudizar y profundizar en sus alucinaciones, ideas delirantes y situaciones de paranoia propias de su enfermedad. Tampoco es pertinente imaginar elementos externos, todo debe ser físicamente perceptible. Se debe ir a lo concreto utilizando elementos reales.
2. El trabajo con los ojos cerrados no es recomendable para estos casos. Rompe el proceso de acompañamiento que es vital para mantenerlos en tiempo presente, que mantengan el vínculo con el espacio, con los compañeros y con quién guía. Ello les permitirá entablar relaciones con el mundo externo, sacándolos del autismo constante en que suelen vivir. Se debe mantener a los pacientes atentos al tiempo y lugar, (aquí y ahora), al compañero, al espacio real. Las frases largas y con contenidos abstractos serán más confusas para estos casos.
3. En el trabajo terapéutico corporal se deben establecer los objetivos de acuerdo a las necesidades de los pacientes, es decir, siempre tendrán un carácter

transitorio, pero apuntando al mejoramiento psíquico - físico del paciente. Por lo cual las actividades van emergiendo en función de esas necesidades.

BIBLIOGRAFÍA

- CALMELS, Daniel, (2009), "Del sostén a la trasgresión", Editorial Biblos, Bs. As.
- CARBAJAL Pérez, Luis, (2008), "Hablar con el cuerpo", Editorial Comanegra, Barcelona.
- GUIMON, José, (1999), "Los lugares del cuerpo", Ed. Paidós, Barcelona.
- HEERLEIN L., Andrés, (2000), Psiquiatría clínica, Ediciones de la sociedad de neurocirugía, Chile.
- LABAN, Rudolf von, (1975), "Danza educativa moderna", ed. Paidós.
- MOLINA de Costallat, Dalila, (1984), "La entidad psicomotriz", editorial Losada, Buenos Aires.
- PANHOFER, Heidrum, (2008), "El cuerpo en psicoterapia", editorial Gedisa, Barcelona.
- RECA, Maralia, (2005), "Que es danza movimiento terapia, e cuerpo en danza", ed. Lumen, Buenos Aires.
- FISHMAN, Diana, (2005), "La mejora de la capacidad empática en profesionales de la salud y la educación a través de talleres de danza movimiento", tesis doctoral. Disponible en: <http://ebookbrowse.com/tesis-doctorado-dra-diana-fischman-pdf-d79488487>.
- BAILE y AYENSA, José I. (2003), ¿qué es la imagen corporal?, Centro Asociado de la UNED de Tudela, Cuadernos del Marqués de San Adrián: revista de humanidades, ISSN 1579-4806, N°. 2, 2003 , págs. 53-70. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2010565>.

- FEBLES Elejalde, María. (2003), “El cuerpo como mediador de las funciones psíquicas superiores: hacia una terapia corporal”. Revista cubana de psicología, La Habana, vol.20, n.3. Disponible en http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43222003000300013&lng=pt&nrm=iso. Visitado 13 marzo 2013.
- LÓPEZ-IBOR Aliño, Juan J. (2002), (director de la edición española) DSM-IV-TR Breviario criterios diagnósticos, Universidad Complutense de Madrid, editorial Masson, Barcelona.
- URZÚA, M. Alfonso, (2010), Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Revista médica de Chile [revista en Internet]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017&lng=es.doi:10.4067/S0034-98872010000300017. Visitado 16 febrero 2011.
- MINISTERIO de Salud Chile, Salud mental, Plan nacional de salud mental y psiquiatría. [artículo en internet]. Citado 12 febrero 2013, 22:58. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b5e8460e04001011f01239d.pdf>.
- MINISTERIO de Salud Chile. Salud mental. Personas con trastornos psiquiátricos severos: Esquizofrenia. [artículo en internet]. Citado 12 febrero 2013. Disponible en <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e6341aec52aae2E04001011f017bae.pdf>.
- MARKESSINIS, A. (1995), www.books.google.com.

ANEXOS

1. Programa tentativo para intervención en CORDES :

PROYECTO

“Taller práctico de intervención en movimiento”

Proyecto de Tesis para Título de Profesor Especializado en Danza

Universidad de Chile

Dirigido a:	Comunidad Terapéutica Peñalolén
Facilitadoras:	Alumnas María Luisa Marín y Lilian Pizarro
Periodo a realizarse el taller:	Julio – Septiembre de 2011
Contacto:	9-877 72 45 luisa_ml@hotmail.com 8-296 61 35 lilian.pizarro@gmail.com

Santiago, 11 de julio de 2011

APLICACIÓN PRÁCTICA DE UN PROGRAMA TENTATIVO DE INTERVENCIÓN EN MOVIMIENTO

INTRODUCCIÓN:

Que es Danza Movimiento Terapia:

La *American Dance Therapy Association* (ADTA) define la actividad como:

“El empleo psicoterapéutico del movimiento en un proceso que posibilita la integración física, social, cognitiva y emocional del individuo”. Comienza en ámbitos psiquiátricos y en estudios, alrededor de 1940. Actualmente se aplica en 25 países en clínica, en práctica privada, en educación y salud, a través de la Danza Movimiento Terapia.

Principales beneficios que aporta la Danza Movimiento Terapia:

- Reducción de la ansiedad
- Disminución significativa de la depresión
- Cambios en la autoestima e imagen corporal
- Progresos en la relación con otros y en los intercambios sociales
- Capacidad de elevar los niveles de atención y beneficiar el proceso cognitivo

Principales beneficiarios:

Se puede utilizar con personas de todas las edades, razas y orígenes étnicos con dispositivos terapéuticos individuales, de pareja, familia y grupos.

FUNDAMENTACIÓN DEL TALLER:

El taller de aplicación de Danza Movimiento Terapia que a continuación presentamos, busca mejorar la calidad de vida de personas insertas en un centro de tratamiento psiquiátrico, ya sea este último con o sin medicación. Logrará favorecer la sociabilización de los pacientes a través del trabajo grupal, incrementará el

conocimiento individual de los pacientes para lograr expresar sus emociones y sensaciones, y así entender mejor el proceso que vive cada uno, el paciente podrá desarrollar la empatía a través de la cinestesia, tanto con el terapeuta corporal como con quienes asisten al taller, logrará identificar límites propios, los de su propia persona, y con los otros, es decir, límites sociales y personales, lo que llevará a una mejor relación con su entorno. Al trabajar conscientemente en una actividad por un periodo de tiempo prolongado generará mayor capacidad de esperar y manejar los tiempos en función del grupo y no solo en función del yo.

El trabajo corporal a través de la Danza que se realiza en el programa de Danza Movimiento Terapia genera pautas de conexión neuronal diferentes a las habituales, a través de hacer nuevas conexiones en el cuerpo que definen nuevos patrones de conducta, e irá ampliándose y variando la conducta del paciente.

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la calidad de vida de personas con enfermedades psiquiátricas a través de la Danza Movimiento Terapia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Realizar una actividad diferente a las habituales que proporcione mejoras en la salud del paciente.
- 2.- Favorecer el autoestima y el autoconocimiento a través de la mejora de la imagen corporal individual
- 3.- Facilitar las relaciones interpersonales y con el entorno al favorecer el establecimiento de límites propios y con el entorno
- 4.- Dar al cuerpo la fuerza y el grado de movimiento que necesita para su expresión emocional
- 5.- Respetar la individualidad de cada uno en cuanto a tiempos de aprendizaje reconociendo el ritmo propio y el de los demás.
- 6.- Vincularse con un lenguaje corporal propio al encontrar sus posibilidades expresivas y sentirse seguro en relación a su expresión corporal.

METODOLOGÍA:

Sesión de carácter práctica en donde el facilitador actúa como guía entregando las bases para el encuentro del paciente con su corporalidad expresiva.

En cada sesión se trabajará en la empatía cinestésica con el lenguaje de movimientos de cada paciente, para tratar de encontrar nuevos movimientos y comprender el origen de los que van apareciendo. En base a las necesidades de movimiento de cada paciente y del grupo.

Se realizarán actividades individuales para luego pasar, si es posible, a actividades en dúos o grupales, con una mayor complejidad en cuanto al espacio y las relaciones espaciales.

Se trabajará en métodos de búsqueda de los propios movimientos a través de exploración guiada. Luego se dará orden a este material en un trabajo de desarrollo.

Al finalizar se dará cierre a la sesión en una fase de verbalización de lo ocurrido durante esta.

PERIODO DE TRABAJO:

1 sesión semanal durante 2 meses y medio. (entre los meses de Julio y Septiembre de 2011)

1 hora por sesión. (45 min práctico, 15 min cierre verbal intercambio)

Utilización de materiales como:

Música

Elementos de apoyo, facilitadores de la actividad

ESTRUCTURA DE UNA SESION

- 1.- Calentamiento / introducción a los contenidos
- 2.- Exploración en base a los contenidos y a consignas dadas
- 3.-Desarrollo del material encontrado.
- 4.- Cierre verbal, comentarios.

EVALUACION:

A través de observación sesión a sesión.

Pauta de evaluación diagnóstica

Pauta de evaluación final del proceso

REQUERIMIENTOS:

Espacio (sala), despejado, con un tamaño que permita el desplazamiento.

Radio o equipo de música con CD y/o entrada auxiliar Mp3 Mp4.

2. Cuestionario inicial sobre entorno social – familiar – cultural aplicado a la muestra de investigación:

CUESTIONARIO

Nombre:

Este cuestionario forma parte de una investigación. Les pedimos, por favor, que respondan los ítems y preguntas que les presentamos a continuación. Trate de no dejar preguntas sin responder.

La participación de esta investigación es voluntaria y anónima, los datos revelados sólo se utilizarán para nuestro estudio.

Edad:

Sexo:

Mujer

Hombre

Estado Civil:

Soltero/a

Casado/a

Divorciado/a

Viudo/a

En pareja

Ocupación:

Nivel de educación alcanzado:

Primario

Secundario

Terciario no Universitario

Universitario

¿Estudia una carrera actualmente? SI NO

Si su respuesta fue afirmativa indique que carrera estudia

.....

¿Dónde realiza sus estudios?

.....

¿Vive Sólo? SI NO

Si su respuesta es negativa indique con cuántas personas vive

.....

Indique si ha tenido experiencia previa en lo siguiente:

Expresión corporal

Clases de baile

Estudio de danza

Técnicas corporales

Actividad Física

Por último:

¿Cuál es tu opinión frente al Movimiento y la Danza?

¿De qué manera crees que la Danza Terapia puede ser útil para ti en tu vida cotidiana?

3. Pautas de observación de diagnóstico:

PAUTA DE OBSERVACION DE SESION

SESION N°:	1
FECHA:	05-ago-11
CONTENIDOS:	DIAGNOSTICO

INDICADORES	ALUMNOS						
	Ulises	Betty	Juan	n/a	n/a	n/a	n/a
1 CONEXION CON LA RESPIRACION	4	2	4				
2 RANGO DE MOVIMIENTO ARTICULAR	3	4	3				
3 NIVEL DE RESPUESTA MUSCULAR	3	3	3				
4 TONO BASE	A	B	A				
5 POSTURA BASE	Cerrada con hombros hacia adentro	encorvada con cabeza hacia adelante	erguido tenso cabeza elevada				
6 ALINEACION CORPORAL EN ESTADO DE RE	n/o	n/o	n/o				
7 CONTROL DE EXTREMIDADES	2	2	2				
8 MOVILIDAD DEL TORSO (flexibilidad)	0	2	1				
9 CONEXIÓN DEL TORSO CON LA CABEZA	1	1	1				
10 USO DE LOS SOPORTES	2	1	1				
11 CAPACIDAD DE LOCOMOCION	2	3	2				
12 REALIZACIÓN DEL GESTO Y DEL MOVIMIEN	3	2	3				
13 NIVEL DE AGRADO AL REALIZAR MOVIMIEN	4	4	4				
14 NIVEL DE CONCENTRACIÓN EN EL TRABAJ	4	3	4				
15 CONEXIÓN MUSICAL Y AUDITIVA CON EL M	4	4	4				
16 COORDINACION Y EQUILIBRIO	3	1	3				
17 DISTINCION ESPACIO PERSONAL Y DEL OT	3	1	4				
18 Palabra sobre lo que quiere del taller	creatividad	corazón	moverse				
19							
OBSERVACIONES	1. el indicador 4 se evaluó según el tono Alto - Medio - Bajo con sus primeras letras.						
	2. el indicador 5 se realizo solo como observación inicial de la postura.						

PAUTA DE OBSERVACION DE SESION

SESION N°:	2
FECHA:	12-ago-11
CONTENIDOS:	DIAGNOSTICO

INDICADORES	ALUMNOS						
	n/o	n/o	n/o	Jimena	Andrés	María	Nina
1 CONEXION CON LA RESPIRACION				0	2	5	4
2 RANGO DE MOVIMIENTO ARTICULAR				2	3	4	3
3 NIVEL DE RESPUESTA MUSCULAR				2	3	3	2
4 TONO BASE				A	A	A	A
5 POSTURA BASE				rígida no cerrada	Buena	espalda curva cerrada	Buena
6 ALINEACION CORPORAL EN ESTADO DE RE				n/o	n/o	n/o	n/o
7 CONTROL DE EXTREMIDADES				1	2	2	2
8 MOVILIDAD DEL TORSO				0	1	1	1
9 CONEXIÓN DEL TORSO CON LA CABEZA				0	1	2	1
10 USO DE LOS SOPORTES				0	1	2	1
11 CAPACIDAD DE LOCOMOCION				1	2	3	3
12 REALIZACIÓN DEL GESTO Y DEL MOVIMIEN				2	1	3	2
13 NIVEL DE AGRADO AL REALIZAR MOVIMIEN				2	2	4	4
14 NIVEL DE CONCENTRACIÓN EN EL TRABAJ				3	4	3	3
15 CONEXIÓN MUSICAL Y AUDITIVA CON EL M				2	4	4	3
16 COORDINACION Y EQUILIBRIO				0	3	3	2
17 DISTINCION ESPACIO PERSONAL Y DEL OT				1	2	3	3
18							
19							
OBSERVACIONES	1. el indicador 4 se evaluó según el tono Alto - Medio - Bajo.						
	2. el indicador 5 se realizo solo como observación inicial de la postura.						

4. Pauta de Observación final de taller:

PAUTA DE OBSERVACION DE SESION

SESION Nº:	10	CONTENIDOS	Cuerpo espacio y energía conjugados					
FECHA:	30-sep-11	OBJETIVO :	evaluación fina de taller					
		ALUMNOS						
		Ulises	Andrés	Nina	Juan	n/a	n/a	n/a
INDICADORES								
1	CONEXIÓN DE LA RESPIRACION CON EL MOVIMIENTO	6	6	5	5			
2	RANGO DE MOVIMIENTO ARTICULAR	6	6	6	5			
3	NIVEL DE RESPUESTA MUSCULAR	7	7	7	7			
4	DISTINCION ESPACIO PERSONAL Y DEL OTRO	7	7	7	7			
5	SENSACION DE COMODIDAD AL ESTAR EN EL PISO	7	7	7	7			
6	ALINEACION CORPORAL EN ESTADO DE REPOSO	6	6	6	6			
7	CONTROL Y USO DE EXTREMIDADES	7	7	7	7			
8	MOVILIDAD DEL TORSO	5	5	5	5			
9	CONEXIÓN DEL TORSO CON LA CABEZA	6	6	6	6			
10	USO DE LOS SOPORTES	6	6	6	6			
11	ORGANIZACIÓN CORPORAL PARA IR AL SUELO	6	6	6	6			
12	REALIZACIÓN DEL GESTO Y DEL MOVIMIENTO	6	6	6	6			
13	NIVEL DE AGRADO AL REALIZAR MOVIMIENTOS	7	7	7	7			
14	NIVEL DE CONCENTRACIÓN EN EL TRABAJO CORP.	7	7	7	7			
15	CONEXIÓN MUSICAL Y AUDITIVA CON EL MOV.	7	7	7	7			
16	COORDINACION Y EQUILIBRIO	7	7	7	7			
17	AMPLITUD DEL MOVIMIENTO EN EL ESPACIO	6	6	7	6			
18	PROPUESTA INDIVIDUAL EN ACTIVIDADES	7	7	7	7			
19	PARTICIPACION EN ACTIVIDADES	7	7	7	7			
20	NIVEL DE INTEGRACIÓN DENTRO DEL GRUPO	7	7	7	7			
21	CAPACIDAD DE SEGUIR UN PULSO	6	6	6	6			
22	UTILIZACION DE LOS NIVELES	7	7	8	7			
23	EXPRESION DE UNA IDEA A TRAVES DEL MOVIMIENTO	8	7	8	7			
24	UTILIZACION DE LA LATERALIDAD	7	7	7	7			
25	CONTROL DE LA ENERGIA Y USO ADECUADO DE ELLA	7	8	7	7			
26	UTILIZACION DEL CENTRO DEL CUERPO	7	7	7	7			
27	VARIEDAD EN LA UTILIZACION DE LAS PARTES DEL CUERPO	8	8	8	8			
OBSERVACIONES		Asistieron a esta sesión 4 de 7 pacientes						

5. Programa final generado a partir de la investigación realizada:

PROGRAMA

TALLER: Trabajo terapéutico corporal basado en elementos de danza educativa y danza movimiento terapia, para pacientes psicóticos de un centro de terapia diurna.

DURACION: 3 meses

HORAS: 1 hora semanal, (45 min práctico, 15 min compartir la experiencia)

DESCRIPCION DEL TALLER: Taller de carácter práctico, de duración aproximada de tres meses en una etapa inicial, con posibilidad de realizarlo como taller semestral. Cada sesión semanal tiene una duración de una hora cronológica, durante las cuáles se realizan actividades seleccionadas para este tipo de pacientes en particular, teniendo en cuenta sus necesidades individuales y grupales. Trabajo que incorpora en las sesiones la búsqueda del equilibrio entre cuerpo y mente de una manera particularmente cuidadosa de las características de la enfermedad tratada.

FUNDAMENTACIÓN: El trabajo terapéutico corporal presentado a continuación tiene como finalidad mejorar la calidad vida de las personas que padecen trastornos psicóticos, ayudándolos de manera significativa en el aspecto corporal, social-relacional y funcional. Como actividad terapéutica complementaria a los tratamientos psiquiátricos convencionales entrega una realidad concreta al paciente al reconectarse con su cuerpo físico, esta realidad que se presenta a través del trabajo corporal, se convierte en el lugar en que habitan las ideas, emociones y sensaciones dando lugar y coherencia a la conformación del propio cuerpo, favoreciendo la re-conexión e integración del psique - soma. De esta forma su calidad de vida se ve mejorada. Al igual que la sensación de bienestar producida al dejar de lado tensiones excesivas en el cuerpo dándole mayor movilidad, y capacidad expresiva, lo que para las personas que padecen de psicosis y en particular de esquizofrenia queda muy lejos de su alcance.

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la calidad de vida de personas con enfermedades psiquiátricas a través de la Danza Terapia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.- Realizar una actividad diferente a las habituales que proporcione mejoras en la salud del paciente.

2.- Favorecer el autoestima y el autoconocimiento a través de la mejora de la imagen corporal individual

3.- Facilitar las relaciones interpersonales y con el entorno al favorecer el establecimiento de límites propios y con el entorno

4.- Dar al cuerpo la fuerza y el grado de movimiento que necesita para su expresión emocional

5.- Respetar la individualidad de cada uno en cuanto a tiempos de aprendizaje reconociendo el ritmo propio y el de los demás.

6.- Vincularse con un lenguaje corporal propio al encontrar sus posibilidades expresivas y sentirse seguro en relación a su expresión corporal.

METODOLOGÍA:

Sesión de carácter práctico, el facilitador actúa como guía entregando las bases para el encuentro del paciente con su corporalidad expresiva.

En cada sesión se trabajará a través de la empatía kinestésica con el lenguaje de movimientos de cada paciente, para tratar de encontrar nuevos movimientos y comprender el origen de los que van apareciendo. En base a las necesidades de movimiento de cada paciente y del grupo.

Se realizarán actividades individuales para luego pasar, si es posible, a actividades en dúos o grupales, con una mayor complejidad en cuanto al espacio y las relaciones espaciales.

Se trabajará en métodos de búsqueda de los propios movimientos a través de exploración guiada. Luego se dará orden a este material en un trabajo de desarrollo. Se agregará a cada sesión una actividad lúdica en movimiento para otorgar espacio a la alegría. No se utilizará el cierre verbal para este trabajo.

UNIDADES Y CONTENIDOS

UNIDAD I: Diagnóstica.

Contenidos: Reconocimiento y disociación de las partes del cuerpo. Coordinación y equilibrio. Postura. Locomoción y uso de soportes. Dinámicas del esfuerzo. Creatividad y movimiento espontáneo, decisión de hacer una propuesta propia. Imagen corporal.

UNIDAD II: Cuerpo vivido, cuerpo habitado.

Contenidos: Cohesión grupal, trabajo en colaboración grupal. Niveles Alto medio bajo. Velocidad. Ritmo. Distancias social, personal, íntima. Creatividad. Empatía. Imagen corporal. Senso percepción. Kinesfera. Ejes: horizontal – sagital – vertical. Límites propios y con el otro. Manejo de la energía.

UNIDAD III: Cuerpo presente en el espacio.

Contenidos: Flexibilidad. Control muscular y fuerza. Coordinación estática y dinámica. Visión del cuerpo, esquema corporal. Control del movimiento a través de la respiración. Respeto mutuo. Tolerancia. Empatía a través de la mímica. Memoria psicomotriz. Participación individual dentro de un grupo. Búsqueda del lenguaje a través del objeto transicional. Control de la energía. Equilibrio.

UNIDAD IV: Cuerpo vital en el espacio compartido.

Contenidos: Utilización de las diferentes partes del cuerpo. Memoria psicomotriz. Dirección. Niveles. Conexión neuronal. Tolerancia a la frustración. Empatía grupal. Utilización del lenguaje no verbal.

UNIDAD V: Cierre del taller.

Contenidos: Retroalimentación. Compartir. Cerrar el ciclo

UTILIZACIÓN DE IMPLEMENTOS

Música

Elementos de apoyo, facilitadores de la actividad

Objeto transicional

ESTRUCTURA DE UNA SESION

- 1.- Calentamiento / introducción a los contenidos
- 2.- Exploración en base a los contenidos y a consignas dadas
- 3.-Desarrollo del material encontrado.
- 4.- Comentarios.

EVALUACIÓN

Pauta de observación sesión a sesión.

Pauta de evaluación diagnóstica.

Pauta de evaluación final del proceso.

Auto reporte del paciente.

Evaluación final del terapeuta a cargo.