

¡CON-MUÉVETE Y MUEVE EL MUNDO!

Jornadas para la celebración del 15º aniversario
del máster en Danza Movimiento Terapia



Heidrun Panhofer, Maika Campo
y Rosa María Rodríguez (editoras)

UAB

Universitat Autònoma de Barcelona

Organización

Máster y postgrado en Danza Movimiento Terapia (DMT) de la UAB
Departamento de Psicología Clínica y de la Salud de la UAB

Dirección del máster y postgrado en DMT

Heidrun Panhofer y Jordi Obiols

Comité organizador de las Jornadas

Heidrun Panhofer

Colaboración

Asociación Española de Danza Movimiento Terapia (ADMTE)
Cultura en Viu – Aula de Dansa

Agradecimientos de las Jornadas

Al equipo pedagógico (María Elena García, Peter Zelaskowski, Annebijn Jansen, Maika Campo, María Laura Villarreal, Queralt Oriol y Carmen Martín) por sus ideas, compromiso y dedicación en este proyecto.

A los estudiantes de la 13ª y 14ª promoción por su cocreación en la coreografía, y a todos los alumnos de distintas promociones que han colaborado en cuestiones logísticas.

Al comité científico de las jornadas: Iris Bräuninger (Universidad Intercantonal de Educación Especial, Zúrich), María Elena García (Universidad Autónoma de Barcelona), Diana Fischman (Instituto Brecha y Universidad Nacional de las Artes, Argentina), Laia Jorba (Universidad Naropa, EE. UU.), Aurora Leal (Universidad Autónoma de Barcelona), Cristina López (Universidad de La Coruña), Miriam Palma (Universidad de Sevilla), Heidrun Panhofer (Universidad Autónoma de Barcelona), Susana Pérez (Universidad Ramon Llull, Barcelona), Vincenzo Puxeddu (Universidad París Descartes, París V), Nuria Ribas (Universidad Autónoma de Barcelona), Rosa María Rodríguez (Universidad Europea de Madrid), Sarah Rodríguez (Universidad Autónoma de Barcelona).

A todos los profesionales, participantes y colaboradores que han hecho posible estas Jornadas del 15º aniversario del máster en DMT de la UAB.

Fotografías

David Brihat

Traducciones

Patricia De Tord

Edición

Servei de Publicacions. Universitat Autònoma de Barcelona

ISBN: 978-84-490-7980-1

Índice

I. EL ENCUADRE... CON-MUÉVETE Y MUEVE EL MUNDO	5
Sobre las ventajas de llevar el pelo largo y los zapatos planos	6
HEIDRUN PANHOFER	
¡Con-muévete y mueve el mundo!	9
MAIKA CAMPO, HEIDRUN PANHOFER y ROSA MARÍA RODRÍGUEZ	
Gracia y coraje: la Danza Movimiento Terapia en el siglo XXI	12
CHRISTINE CALDWELL	
II. INTERVENCIONES EN DANZA MOVIMIENTO TERAPIA	24
Moverse juntos: el enfoque TBMA (<i>The BodyMind Approach</i> TM) para ayudar a las personas a autogestionar sus síntomas sin explicación médica	25
HELEN PAYNE	
El con-tacto en la Danza Movimiento Terapia	42
SÓNIA MALAQUIAS	
Danza Movimiento Terapia: teoría y práctica del enraizamiento (<i>grounding</i>) y la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama	58
ISABEL ÁLVAREZ y PATRICIA DE TORD	
III. LA DMT Y LA MIGRACIÓN	69
Danza Movimiento Terapia como hogar temporal para los refugiados. Perspectivas desde la teoría y la práctica	70
REBEKKA DIETERICH-HARTWELL y SABINE C. KOCH	
De la diversidad interna a las transiciones identitarias externas: competencias profesionales interculturales en la Danza Movimiento Terapia	82
LAIA JORBA	
Tras-plantar. Aportes de la Danza Movimiento Terapia al proceso de integración de poblaciones migrantes	95
SUSANA GARCÍA	

IV. LA DMT EN LA PREVENCIÓN.....	105
Presencia «en el» cuerpo – Presencia «en el» mundo	106
MARÍA ELENA GARCÍA	
Autocuidado para profesionales que trabajan con personas. «Acércate a tu cuerpo, muévelo, cuídalo». La Danza Movimiento Terapia en el ámbito de la prevención	118
LAURA MARTÍNEZ	
Mover las fronteras: la Danza Movimiento Terapia en la educación superior ..	133
ROSA MARÍA RODRÍGUEZ y MANUEL CARMONA	
Mi barriga se arrugó y mi corazón quedó pequeñito, anudado y cerrado: repensar el <i>no reconocimiento</i> a través del cuerpo, el trazo y la palabra	148
AURORA LEAL y HEIDRUN PANHOFER	



I. EL ENCUADRE...
CON-MUÉVETE
Y MUEVE EL MUNDO

Sobre las ventajas de llevar el pelo largo y los zapatos planos

HEIDRUN PANHOFER

Es cierto que cuando yo me formaba en el Laban Centre en Londres tenía la impresión de que la mayoría de los danza movimiento terapeutas (dmts) eran mujeres, llevaban el pelo largo y los zapatos planos, no comían carne y practicaban danza contemporánea o *contact*. Tal vez esta generalización se debía a mi mirada de principiante en el campo de la Danza Movimiento Terapia (DMT) con cierta tendencia a la idealización, pues yo misma encajaba perfectamente en todas estas categorías y me sentía en buena compañía, como dentro de la misma comunidad. Con los años, trabajando como dmt me di cuenta de que existían también colegas que llevaban tacones, devoraban carne o se teñían el pelo, y sus experiencias en movimiento variaban bastante: desde el ballet clásico hasta el tango, había personas que se sentían atraídas por los elementos sanadores del movimiento y la danza, y este panorama más amplio me parecía por un lado más extraño, pero por otro también más rico y abierto.

Sin embargo, me acuerdo de varias ocasiones durante las clases en nuestro máster, en que justo esta gran variedad de estudiantes me llamaba mucho la atención: sí que había muchas (¿demasiadas?) mujeres, pero solo mirándolas había tanta diversidad que esto me impresionaba: edades desde los 21 hasta los 60 pasados, cuerpos grandes, pequeños, redondos, entrenados o heridos, con tatuajes, pelo rapado, joyas de oro, anillos de nariz, ropa de marca, chándal, mallas, maillots y vestidos —un abanico muy amplio de quiénes o cómo son los estudiantes de DMT. Y cada vez parecía que su experiencia previa en movimiento era más variada: las amantes del *contact* y la danza contemporánea se veían acompañadas por personas de los diferentes estilos de danza árabe, de bailes sociales como la salsa, el *swing* o el *blues*, solo por mencionar algunos, del yoga, gaga, hip-hop y otros —el rango de diferentes vocabularios en movimiento se hacía cada vez más evidente.

A lo largo de estos quince años de vida del máster y posgrado en DMT, más de 455 alumnos se han matriculado en nuestro programa: 253 han realizado el máster y 202 el posgrado. Existe una gran heterogeneidad en cuanto a su procedencia académica y, aunque destaca un mayor número procedente de estudios de psicología y danza, el abanico de formaciones previas de nuestros estudiantes es muy amplio: en varios países no existen estudios universitarios de danza y por ello muchos op-

tan por otras líneas académicas y compaginan su formación de danza de manera paralela. Por ello, nos hemos encontrado también con antropólogos, arquitectos, ingenieros, químicos, traductores, maestros, educadores sociales y muchos otros que acuden a nuestro programa y componen esta gran variedad de diferentes culturas profesionales.

Respecto a la procedencia física, nuestros estudios han tenido siempre un carácter internacional, con alumnos de dentro y fuera de la UE. Dentro de España destaca un mayor número de alumnos provenientes de Cataluña, el País Vasco, Andalucía y Madrid, pero también de las islas Canarias y Valencia. En cuanto a la procedencia internacional, hemos acogido a alumnos de otros países europeos, como Portugal, Francia, Alemania, Suiza, Austria, Irlanda, Inglaterra, Italia, Grecia, Moldavia o Rusia, pero también nos han llegado estudiantes de Turquía, Taiwán, Israel o Palestina. Desde el principio de la formación, destacaba el número de alumnos provenientes de países como México y Chile, y últimamente también de Colombia, pero hemos podido acoger también a alumnos de otros países, como Argentina, Ecuador, Puerto Rico, Perú, Brasil, Uruguay, Venezuela y EE. UU. A esta mezcla geográfica se añaden los estudiantes que viajan para realizar la formación —personas que toman un medio de transporte desde Bilbao, Madrid, Lisboa, Atenas o Ginebra para pasar el fin de semana de la formación en Barcelona, o aquellas que dejan su tierra natal, sus familias y trabajo atrás para echar nuevas raíces en Cataluña durante el tiempo de la formación. Todo esto ocurre en nuestro complejo entorno bilingüe y cultural en Cataluña y en España, con un profesorado igualmente bastante variado en cuanto a procedencia geográfica y académica, y nos enfrenta con una fuente inagotable de información sobre nuestras diferencias culturales y sociales.

¿Cómo hablar de una única identidad como dmt si somos tan diferentes, tan variados, tan desiguales? La DMT en sí ya se define como una corriente multidisciplinar que trabaja con aportaciones de campos tan variados como la comunicación no verbal, la psicología del desarrollo humano, las neurociencias, las dinámicas de grupo y las teorías de diferentes orientaciones psicológicas. No somos psicoanalistas, pero trabajamos con muchas de sus teorías; no somos observadores certificados del movimiento, pero utilizamos estas herramientas en prácticamente cada sesión. No somos neurocientíficos, pero aquellos estudios de las últimas décadas nos dan un sostén teórico inevitable para muchas de nuestras intervenciones. ¿Pero quiénes somos los danza movimiento terapeutas?

Me parece que estas preguntas sobre nuestra identidad surgen también porque las aplicaciones de la DMT son muy variadas, dependiendo mucho de la población con la que trabajamos. Una sesión de DMT con una persona con demencia tal vez tiene lugar en sillas, hablando, escuchando música, cantando o moviendo solo

algunas partes del cuerpo. Sesiones de DMT con niños hiperactivos integran todo tipo de actividades físicas, el juego simbólico —¡muchas veces no hay ni baile ni danza!— y poca integración verbal. Cada vez que presento los posibles contenidos de las sesiones en los cursos introductorios, me encuentro con la dificultad de describir la gran variedad de ellos, dependiendo de los perfiles de movimiento que tenemos delante y del encuadre que nos marca. ¿Proceso libre o sesión guiada? ¿Materiales, música o silencio? ¿Trabajo grupal o individual? ¿Prevención o tratamiento largo?

Un estudio reciente (Panhofer, Zelaskowski y Bräuninger, 2016) investiga la comunicación a través de diferentes culturas, tal como la abordamos en el grupo grande de estudiantes en nuestra formación. El trabajo mira las diferentes temáticas interculturales que emergen, utilizando una metodología fenomenográfica para dar voz y analizar los escritos libres de los estudiantes, después de una sesión de un grupo grande verbal. Curiosamente, los resultados muestran que un grupo tan diverso como lo encontramos en nuestra formación tiende a desarrollar subculturas y evita desafiar las diferencias interculturales presentes. A su vez, se forman subgrupos alrededor de otras temáticas relevantes en el encuadre académico. Por lo tanto, ¿es demasiado amenazador tratar nuestras propias diferencias, enfrentar nuestras diferentes raíces, intereses y aplicaciones? O, añado con un tono algo provocador, ¿lo podremos hacer una vez superada la formación y con el certificado en el bolsillo?

Tal vez sería más fácil si todos lleváramos el pelo largo y los zapatos planos, si fuéramos vegetarianos y practicáramos la danza contemporánea, no lo sé. Sin embargo, espero que estas jornadas nos brinden a todos algunas respuestas al respecto, como una gran comunidad, una única familia o un conjunto fragmentado. Respuestas diversas, me temo, argumentos variados, y tal vez más preguntas. Ojalá sea la ocasión para atrevernos a reflexionar en movimiento sobre estas temáticas tan vitales y movilizadoras.

¡Feliz cumpleaños, querido máster en DMT!

Referencias bibliográficas

- Panhofer, H., Bräuninger, I. y Zelaskowski, P. (2016). Dance movement therapy training: the challenges of interculturality and cross-cultural communication within a diverse student group-analytic large group. En D. Dokter y M. Hills de Zárate (eds.). *Intercultural Arts Therapies Research. Issues and methodologies*. Londres: Routledge.

¡Con-muévete y mueve el mundo!

MAIKA CAMPO, HEIDRUN PANHOFFER y ROSA MARÍA RODRÍGUEZ

El máster en Danza Movimiento Terapia (DMT) de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) está de cumpleaños y, para celebrar este decimoquinto aniversario, como no podía ser de otro modo, nos hemos puesto en movimiento. Nos movilizamos, nos emocionamos y tratamos de entonar con un mundo que avanza a una velocidad de vértigo. El dibujo de estos tiempos nos muestra oleadas inmensas de refugiados, ataques terroristas inéditos, elecciones sorprendentes que chocan con antiguas certezas y una enorme confusión entre quienes sí parecen tener un espacio propio pero se sienten permanentemente amenazados.

En medio de esta vorágine, alumnos y docentes de medio mundo encuentran razones suficientes para encontrarse cada mes en Barcelona alimentando una formación empeñada en cambiar la forma de mirarse a uno mismo, de mirar al otro e incluso de mirar el mundo. Y nuestra comunidad sigue creciendo, haciendo posible celebrar este decimoquinto aniversario, en una ocasión increíble para reencontrarnos, movernos juntos, conmovernos, reflexionar y compartir experiencias, de esas que pueden aportar un granito de arena a esa balanza por momentos tan descompensada hacia «el otro lado».

¿Y por qué no dejar una huella escrita de la esencia de eso que nos va a mover en Barcelona durante tres días? Dicho y hecho: este libro impreso será la huella física de una coreografía abierta que nos permitirá, a lo largo de tres días, disfrutar de diferentes espacios de movimiento y reflexión.

Empezamos estableciendo el encuadre... conmuévete y mueve el mundo. Christine Caldwell, quien ha dirigido durante mucho tiempo la formación de DMT en Boulder (Colorado), nos desafía proponiendo una reflexión sobre la profesión desde una perspectiva crítica y comprometida. Habla de las necesidades de un mundo que precisa tanto de nuestra gracia como de nuestro coraje; este último, en ocasiones, capaz de convertirse en arenilla molesta en los zapatos de aquellos que tratan de mover el mundo en otra dirección. Busca en nuestras raíces como danza movimiento terapeutas (dmt) y propone estrategias que deberían guiarnos en nuestro trabajo, centradas siempre en intervenir dentro del actual panorama geopolítico.

Continuamos con intervenciones en DMT y Helen Payne, pionera y visionaria de la DMT en Gran Bretaña, introduce un trabajo en marcha en su país, en el que los síntomas inexplicables desde el punto de vista médico encuentran alivio a tra-

vés de la DMT. Sonia Malaquías, alumna de la cuarta promoción del máster en DMT de la UAB y dmt en Portugal, profundiza en uno de los aspectos de la intervención y presenta el contacto, más que como una herramienta para la DMT, como algo intrínseco a la relación terapéutica y fuente de información muy valiosa en nuestra labor. Dos alumnas de la sexta promoción, Isabel Álvarez y Patricia de Tord, nos hablan del *grounding* (enraizamiento) y hacen un análisis detallado del modo de utilizarlo y de los consecuentes beneficios con grupos de mujeres que han sufrido cáncer de mama.

La siguiente parada en este camino es la DMT y la migración, donde Rebekka Dietrich-Hartwell, dmt que actualmente realiza su doctorado en la universidad Drexel de Filadelfia, y Sabine Koch, docente e investigadora, nos presentan la DMT como un hogar temporal, capaz de servir de puente para los refugiados que llegan a un país extranjero, y afirman que, si es posible construir un espacio de seguridad y encontrar un significado, será posible forjar una identidad. Laia Jorba, docente en la Universidad de Naropa (Colorado), nos habla con más detalle sobre la cuestión identitaria, incluyendo su propia experiencia encarnada y reflexionando en torno a un trabajo que cada vez supone mayor interacción en la diversidad. En esta sociedad cambiante, nos invita a autoexplorar eso que se mueve en relación con el encuentro con un otro diferente, que además se convierte en reflejo para la construcción de nuestra propia identidad. Nos invita a movernos entre lo conocido y los límites. Susana García, alumna de la sexta promoción del máster en DMT en la UAB, ha evidenciado la idoneidad de ofrecer un espacio de DMT a emigrantes y nos presenta aquí su experiencia como dmt en Glasgow. Expone los beneficios que un trabajo psicoterapéutico, centrado en el cuerpo y grupal, aporta a un colectivo diverso, capaz de encontrar en el movimiento un lenguaje común, poderoso e inclusivo.

Para finalizar, esta publicación cierra el círculo con la DMT y la prevención, donde M. Elena García, docente de este máster, empieza reflexionando en torno al movimiento auténtico como experiencia de conexión con el otro, que fomenta la aceptación, pero también como acción que puede contribuir a la creación de un mundo abierto a la diferencia y mucho más compasivo. Laura Martínez, formada en DMT por la quinta promoción del máster, nos presenta una experiencia de cuidado de cuidadores a través de la DMT, que se nos revela como una opción muy válida en lo que al cuidado de equipos profesionales se refiere. Toda una oportunidad para trabajar en la promoción de un desempeño profesional saludable y, como consecuencia, una oportunidad para mejorar la calidad de la asistencia a los colectivos en situación de vulnerabilidad con los que esos trabajadores interaccionan. Manuel Carmona y Rosa María Rodríguez, docentes en la Universidad Europea de Madrid, y esta última, además, alumna de la segunda promoción del máster y colaboradora del mismo en la actualidad, centran sus esfuerzos en el colectivo docente

dentro del ámbito universitario y proponen reconectar con un cuerpo a veces olvidado. Todo ello en busca de una nueva educación donde las fronteras mente-cuerpo puedan difuminarse. Y, finalmente, Aurora Leal, docente del máster en DMT en la UAB y Heidrun Panhofer, directora de este máster, nos invitan a reflexionar sobre la idea del no reconocimiento a través de una experiencia donde las distintas formas de expresión, que encuentran en el cuerpo el nexo de unión, permiten abarcar a la persona en toda su complejidad.

Y ahora sí, tras este breve resumen, os invitamos a sumergiros en todas y cada una de las propuestas de los autores, dispuestos a conmoveerse y a empezar a mover el mundo.

Gracia y coraje:¹ la Danza Movimiento Terapia en el siglo XXI

CHRISTINE CALDWELL

Introducción

Me gustaría hablar hoy sobre los términos *grace* (gracia) y *grit* (coraje) y sobre la relación de la Danza Movimiento Terapia (DMT) con estos dos conceptos en el siglo XXI.

En inglés, la palabra *grace* y la palabra *grit* tienen cada una dos significados. *Grace* (gracia) tiene una primera definición más religiosa, que significa que Dios nos concede un favor o bien que existe una profunda conexión con «todo lo que hay». La segunda definición de *grace*, con la que todos estamos familiarizados, tanto en inglés como en español, tiene que ver con una elegancia o eficacia de movimiento. Un bailarín o una bailarina se mueven con gracia cuando se deslizan suavemente y con elegancia por el escenario, y un jugador o jugadora de fútbol mueven la pelota con gracia alrededor de sus pies cuando corren por el terreno de juego. Una persona en silla de ruedas se mueve con gracia cuando integra el movimiento de las ruedas de la silla con los movimientos de la parte superior de su cuerpo. Es fascinante que esta palabra tenga estos dos significados específicos y que *grace* (gracia) esté estrechamente vinculada al movimiento. ¿Cómo podría relacionarse la gracia espiritual con la gracia física?

Grit en inglés significa, por un lado, gravilla o arenilla y, por el otro, coraje o fuerza de carácter. Decimos que una persona tiene agallas cuando se defiende ante alguien o algo que lo intimida o cuando, por ejemplo, trabaja con brío para reconstruir su casa tras un terremoto. Una vez más, vemos que en inglés esta misma palabra tiene dos significados distintos. ¿Existe una relación entre algo que es áspero y corrosivo y algo potente que puede surgir cuando nos enfrentamos a un problema?

Sin duda, vivimos tiempos difíciles, tiempos en los que los privilegiados cada vez malgastan más los recursos, que en cambio son escasos para las personas marginadas. Tiempos en los que los desastres ambientales amenazan nuestro futuro.

1 Los términos 'gracia' y 'coraje' (*grace* y *grit*) son los que también empleó Ken Willber como título de su famoso libro sobre la muerte de su primera esposa en los años noventa. Aunque este discurso no tiene nada que ver con el tema de la muerte, sino que habla de estos dos términos en un sentido más amplio y social, es indudable que la muerte es un ejemplo de una situación que puede suscitar estos estados de una manera muy conmovedora.

Tiempos en los que los sistemas autocráticos se han normalizado más y buscan oprimir y excluir cada vez a más personas. En medio de todas estas dificultades, ¿cómo podemos nosotros, como sanadores, como danza movimiento terapeutas (dmt), como artistas, servir a los que nos los piden, con gracia y con coraje, sin excluir ninguna de las acepciones de estos términos? Esta es la pregunta que nos formulamos hoy.

Nuestras raíces históricas

La inclusión de las psicoterapias de abajo arriba, centradas en el cuerpo, como por ejemplo la DMT, ha representado un avance crucial para la psicoterapia moderna occidental porque integran el funcionamiento físico, mental y emocional. Tengo la suficiente edad como para recordar los tiempos en que, si yo le decía a la gente que cuerpo y mente estaban perfectamente integrados, me tildaban de hippy. Aunque en realidad sí que era una hippy cuando me estaba formando en DMT en el sur de California a principios y mediados de los años setenta, una época en que yo era más corrosiva que elegante y con gracia. Lo que entonces era radical ahora es un hecho comúnmente aceptado, respaldado por la investigación, la neurociencia y el sentido común. Como psicoterapeuta que ha estado en este campo durante cuarenta años, estoy aquí para decirles lo que quizás ya sepan, y es que nuestro trabajo es muy necesario y muy esencial en el siglo XXI. Esto se debe a que la DMT percibe a los seres humanos de un modo más holístico, pero también porque puede posicionarse para abordar los problemas sociales. La comprensión de la sociedad sobre quiénes son las personas, en tanto que cuerpos que tienen derechos y se merecen un respeto, puede ser un concepto frágil. Porque lo que la injusticia, la pobreza, la degradación ambiental y los regímenes autoritarios hacen es desnaturalizar a las personas. Las tratan como productos de consumo y como instrumentos. Nuestro reto ahora puede ser comprender con mayor profundidad dónde nos encontramos en los diversos panoramas sociopolíticos, en el umbral de una gran posibilidad y un gran peligro. Tal vez tengamos que reposicionarnos para responder a estos desafíos con gracia y determinación, vinculándonos con paradigmas que valoren la sostenibilidad, la comunidad, la autoridad compartida y un tratamiento justo para todos.

Terapia centrada en el cuerpo en el siglo XXI

Regresemos ahora a nuestros dos términos, *grace* (gracia) y *grit* (coraje, agallas), mientras trabajamos para avanzar en nuestro campo y perfeccionarlo. Podemos

seguir honrando las formas de DMT que se desarrollaron en diferentes épocas y en diferentes condiciones, pero también podemos emplear nuestro enérgico valor para examinar los puntos débiles, en especial en áreas donde quizás reproducimos normas que refuerzan nuestras inclinaciones hacia los jóvenes, los blancos, los que están en forma, los ricos y los heterosexuales. Una realidad histórica importante es que la DMT tuvo como pioneras a mujeres blancas, heterosexuales, sanas y de clase media. En estas circunstancias relativamente monoculturales, no es difícil asumir que cuerpos como el mío y que se mueven como el mío son normales, y desviarse de esa normalidad es como yo defino la enfermedad. Si examinamos nuestro sentido del movimiento normativo y no normativo (en especial cómo se manifiesta en la observación y evaluación del movimiento) y examinamos de qué maneras quizás estemos perpetuando estéticas corporales que simplemente reflejan nuestros propios cuerpos, podremos atender mejor a pacientes que pueden ser muy diferentes de nosotros. Esto puede parecer un poco osado, pero puede servir para desempeñar nuestro trabajo de un modo más elegante, con más gracia.

Las teorías y prácticas de arriba abajo y de abajo arriba pueden coexistir y apoyarse mutuamente en DMT. Para que este enfoque inclusivo sea relevante, podemos dedicarnos a examinar exhaustivamente a las personas con las que trabajamos, que a menudo son las personas pobres, desfavorecidas, apátridas, que han sufrido abusos, y enfocar nuestro trabajo en sus derechos, sus necesidades y sus cuerpos. Desde una perspectiva teórica, esto puede implicar regresar a la biología del cuerpo y diseñar nuestro trabajo sobre cómo funciona el propio cuerpo. Desde una perspectiva clínica, esto puede implicar integrar prácticas de otros ámbitos, unos ámbitos que estén especializados en reducir las características jerárquicas de la relación terapéutica clásica e incluyan las necesidades y los intereses de muchas culturas diferentes.

Me gustaría proponer cuatro estrategias básicas que podemos seguir para volver a ubicar las terapias centradas en el cuerpo y basadas en las artes creativas en el panorama geopolítico. Estas estrategias se inspiran en el propio cuerpo, en sus estructuras y funciones, como un modo de situar nuestros mapas en el lugar donde están nuestras creencias. Estos reposicionamientos nos ayudan a renovar, diseñar e implementar formas de DMT contextuales, integradas e impulsadas por valores. Con el término *contextual* queremos decir que los problemas de los pacientes no se encuentran ubicados únicamente dentro de sí mismos, sino también en su sistema sociocultural y sociopolítico. Cuando decimos que estos reposicionamientos están *integrados*, queremos decir que el modo en que trabajamos en espacios clínicos confirma que los problemas del paciente no solo están condicionados por los sucesos pasados, sino que también están condicionados por las culturas y circunstancias en las que el paciente está inmerso ahora mismo. Cada vez más, hemos de tra-

bajar con personas que viven en sociedades enfermas o rotas. Y cuando decimos que está *impulsado por valores*, queremos decir que nuestro trabajo puede impulsar y fomentar un propósito y unos valores, valores como la justicia, el empoderamiento y la corporeización. Esto significa que el diagnóstico y el tratamiento no se refieren únicamente a los trastornos físicos, sino que también hacen referencia a las prácticas culturales, a las presiones sociales y ambientales y a la posible presencia de fuerzas opresoras.

Llamaré a nuestra primera estrategia, de una forma general, «toma de conciencia». Basándonos en nuestro conocimiento de cómo funcionan los sistemas nervioso e inmunológico del cuerpo, podemos basar nuestra DMT en la necesidad del cuerpo de acceder a información de alta calidad sobre nuestros mundos exterior e interior. Para regularnos, activamos las células del sistema inmunitario, así como las neuronas sensoriales que nos proporcionan una información precisa sobre lo que está sucediendo ahora mismo, tanto desde un punto de vista externo como interno. Solo con información sensorial de alta calidad podremos reconocer la respuesta a movimientos elegantes, con gracia. Viniendo de un país que actualmente se está paralizando con argumentos sobre noticias reales y falsas, esta cuestión de estar despierto y atento a lo que es real adquiere ahora mismo un mayor sentido de ironía y apremio, porque no tener acceso a buena información no tan solo perturba nuestros cuerpos, sino que también erosiona la democracia y engendra autoritarismo. A medida que aumenta el autoritarismo, sus primeras víctimas son un internet accesible, periodistas, estudiantes y profesores de universidad, nuestras principales fuentes de información social.

La erosión de la democracia también puede ser una metáfora útil en nuestro cuerpo. Todos nuestros sistemas del cuerpo —digestivo, respiratorio, nervioso y endocrino— se pueden considerar como socios iguales, todos tienen el mismo valor y participan en el funcionamiento del conjunto. Cuando no valoramos ni prestamos atención a nuestros sentidos, nuestra democracia corporal se erosiona y se desarrolla un tipo de autoritarismo del cuerpo donde la información somática se margina y los procesos cognitivos detentan el poder. Tanto si es a causa de fuerzas intrapsíquicas como si se debe a fuerzas sociales, la enfermedad se puede ver como una exclusión sistemática de la información somática procedente del procesamiento de nuestra experiencia. Cuando hacemos caso omiso al dolor de cabeza, cuando desconfiamos de los placeres naturales, cuando creemos que nuestras reacciones instintivas, bastante viscerales, son irrelevantes, cuando prestamos más atención al aspecto de nuestro cuerpo que a cómo se siente, cuando nos medicamos en vez de escuchar las sensaciones dolorosas, creamos un vacío informativo que a menudo está lleno de juicios, explicaciones y un control autoritario cognitivo sobre nuestras experiencias corporales, un autoritarismo que a menudo procede

de mensajes que hemos interiorizado sobre la cultura del consumidor, de los abusadores, de fanáticos con buenas intenciones o de extremistas radicales. Permanecer atentos a nuestros cuerpos, manteniendo y cuidando nuestra experiencia corporal de una manera descriptiva y sin prejuicios, puede ser un acto tanto político como psicológico.

En DMT, esto se puede traducir en el tiempo que nos tomamos durante una sesión, en el hecho de solicitar al paciente que se concentre en la experiencia sensorial y mantenga su atención en ella sin juzgarla, sin intentar controlarla ni trabajarla para plasmarla en una explicación verbal. Es el comienzo de lo que yo llamo *narrativas del cuerpo*: el cuerpo habla su propio lenguaje, el de las señales sensoriales. Confiar en esas señales y permitir que influyan en cómo el cuerpo desea moverse en respuesta a ellas ayuda a generar un tipo de autoridad corporal, un ‘como yo lo experimento conmigo mismo me guía directamente’ y esta autoridad corporal, esta valorización de nuestras experiencias corporeizadas nos ayuda a resistir ante mensajes autoritarios, tanto si vienen de nuestros padres, como si proceden de predicadores o de políticos. Hay que tener agallas² para permanecer atentos a nuestras experiencias sensoriales, y, aun así, puede que esta ardua experiencia genere un cuerpo con más gracia.

He empezado a emplear la expresión ‘atención plena del cuerpo’,³ respecto al tema de esta conciencia especializada, un término opuesto a la expresión ‘atención plena de la mente’ (*mindfulness*).⁴ Si bien la actual popularidad del término *mindfulness*, así como las prácticas contemplativas asociadas al mismo, han sido una gran aportación para que comprendamos lo que significa estar despiertos, atentos y tolerantes, la idea de que la atención plena de la mente reside en la mente es errónea y perpetúa simplemente la noción de que la mente está separada del cuerpo, es superior a él y se hace cargo de él. Al comprobar que la respiración, los sentidos y el movimiento son una información tan válida y útil como el pensamiento, nosotros defendemos que una forma diferente de curar sea el epicentro de nuestras culturas. Quizás podamos investigar lo que la expresión ‘atención plena del cuerpo’ significa en diferentes contextos culturales e integrar estas perspectivas en nuestro trabajo.

La autoridad corporal y la atención plena del cuerpo empiezan cuando dirigimos nuestra atención hacia nuestro interior y lo escuchamos en profundidad. Sin embargo, nuestros sentidos también están dirigidos hacia el mundo exterior, dado que recopilar información de alta calidad sobre el mundo exterior nos permite estar relacionados, mantenernos seguros y contribuir al bienestar de los demás. Pres-

2 N. del T.: *Grit* en inglés

3 N. del T.: En inglés *bodyfulness*

4 N. del T.: He preferido mantener también el término en inglés porque es más conocido.

tar atención al mundo externo de un modo saludable puede ser crucial también para nuestro bienestar. Quizás una de nuestras tareas en el siglo XXI sea trabajar con nuestros pacientes sobre cómo observan y perciben los cuerpos de los demás. Les podemos ayudar cuando critican o ensalzan los cuerpos de otros como forma de exponer estereotipos y tendencias interiorizadas. Para ello, primero debemos involucrarnos en esta autorreflexión somática con nosotros mismos. De nuevo, trabajar con agallas y fortaleza puede generar más gracia.

Nuestra segunda estrategia para el siglo XXI se puede denominar «asociaciones» y está diseñada de acuerdo con la organización del cerebro. En la estrategia de toma de conciencia, las sensaciones entran y fluyen por el organismo y se dirigen al cerebro. A continuación, el cerebro procesa estos datos, los asocia a recuerdos de sucesos sensoriales previos y, finalmente, envía los datos procesados a diferentes redes del cerebro, áreas que trabajan conjuntamente, en una asociación momentánea para organizar una respuesta conductual.

Como todos sabemos, Freud fue el pionero en la intervención de la 'libre asociación', donde el paciente empieza a hablar y deja que sus pensamientos y sus palabras vayan en cualquier dirección, con la idea de que las defensas cognitivas se relajen y las asociaciones inconscientes a pensamientos conscientes emerjan y queden expuestas a revelaciones. Esta brillante técnica aprovecha la necesidad del cerebro de utilizar procesos asociativos. Sin embargo, Freud fue un producto de la cultura patriarcal y jerárquica, por lo que relegó las revelaciones que surgían en manos del terapeuta, que proporcionaba la 'correcta' interpretación del material inconsciente del paciente. Esta postura del terapeuta como experto puede verse a veces en el uso de la observación y evaluación del movimiento por parte de la DMT, donde el analista plantea interpretaciones del movimiento del paciente; interpretaciones que acaban codificándose, creyéndose y poniéndose en práctica, todo ello sin que el paciente participe en el proceso.

En DMT, una de nuestras especialidades es la asociación física libre, que permite que el cuerpo se mueva para lograr una relajación similar de las defensas, en particular, de las somáticas. Cuando nos movemos con nuestra experiencia vivida en el momento presente, lo que es fundamental no es lo que significan las asociaciones, sino cómo pueden ayudarnos a asumir la responsabilidad de las experiencias vividas que se han reprimido o bien suprimido. Se podría decir, creo yo, que accedemos a las narrativas del cuerpo que se han marginado. Estas narrativas corporales han sido suprimidas por racionalizaciones cognitivas de arriba abajo o por patrones de tensión de arriba abajo e interrupciones de movimiento en el cuerpo. En este sentido, la enfermedad podría considerarse como el lugar de las voces privilegiadas y marginadas de nuestros cuerpos, unas voces que pueden estar enfrentadas entre sí. Privilegiamos determinadas sensaciones y determinados movimien-

tos, e ignoramos o rechazamos otros. La terapia puede definirse como el acto de llevar nuestras voces marginadas, nuestros movimientos secundarios al primer plano, donde pueden compartir recuerdos y sabiduría.

Cuando el cuerpo que se mueve es el generador de asociaciones, se puede trabajar directamente con la memoria del cuerpo. Nuestros cuerpos contienen nuestras memorias en forma de patrones de tensión, tendencias de acciones y hábitos de comunicación no verbal. Cuando trabaja con la asociación física libre, el dmt puede escuchar las voces de las partes marginadas de su experiencia: el dolor de cabeza persistente, el puño que mantenemos cerrado discretamente, los ojos que apretamos sin darnos cuenta, y permitir que se integren delicadamente en nuestra conducta de movimiento. Tienen voz. Tienen voto. No tienen que recurrir a las palabras para ser escuchadas.

Aquí es donde surge nuestro siguiente nivel de autoridad corporal. Mi terapeuta es una autoridad en el ámbito del cuerpo y de la psicoterapia en general, pero yo soy una autoridad en *mi* cuerpo y en *mi* experiencia vivida. Como paciente, asumo la responsabilidad del significado o significados de mis movimientos expresivos. Mi terapeuta tiene influencia sobre mí, pero no tiene control sobre cómo doy sentido a mi experiencia, igual que el gobierno tiene influencia sobre mí, pero no debe controlar qué sentido le doy a quién soy. Esto genera una resistencia frente a los abusos de poder y ofrece un modelo para las relaciones saludables. Cuando se desarrolla una autoridad compartida entre terapeuta y paciente, esto empodera a ambos y garantiza el uso de múltiples fuentes de poder para generar comprensión, salud y bienestar. Esto puede conducir a una relación con más gracia y a un aumento de la inteligencia social.

Las personas nos movemos de manera que expresamos no tan solo nuestra personalidad y salud relativa, sino también nuestra cultura, raza, identidad de género, orientación sexual, clase, capacidad y dinámica de poder con los demás. Los dmt que utilizan herramientas de observación y evaluación de movimiento que incluyen esta perspectiva autorreflexionarán (y recibirán la reflexión de otros) de una forma constante y atenta sobre sus propias tendencias potenciales en estas áreas. Asimismo, es necesario desarrollar métodos de observación y evaluación en DMT que validen e incluyan las experiencias interiores y vividas de un paciente, junto con herramientas de observación y evaluación del movimiento más externas.

Nuestra tercera estrategia es la «apreciación», que tiene que ver con estados positivos. Una de las formas en que tal vez la psicoterapia moderna occidental tenga que actualizarse tiene que ver con el excesivo énfasis en trabajar con el dolor, el sufrimiento y las emociones negativas, y con el supuesto de que aliviar este sufrimiento es la única forma de curarse. El principio que actualiza esta suposición se puede diseñar de acuerdo con nuestro sistema endocrino, en el que utilizamos hor-

monas, péptidos y neurotransmisores para influir y guiar nuestros estados de ánimo y emociones. Cuando analizamos nuestro sistema endocrino, vemos rápidamente que no solo utiliza hormonas del estrés, sino también hormonas que generan estados positivos. Desde el punto de vista de los neurotransmisores, por ejemplo, muchas enfermedades, como la depresión y otros trastornos del ánimo, están correlacionadas con un déficit de dopamina, serotonina u oxitocina, neurotransmisores asociados a diferentes tipos de estados positivos. Desde el punto de vista de un sistema endocrino, la terapia debe formularse la siguiente pregunta: ¿cómo puedo aumentar y mantener mis estados positivos? Puede que aliviar el sufrimiento no sea suficiente. Es crucial, pero probablemente sea insuficiente. Lo que puede resultar de vital importancia es ayudar a los pacientes a desarrollar y apoyar experiencias más positivas, en particular los placeres naturales del movimiento. De nuevo, la DMT ofrece ya bastantes recursos en este ámbito y el mundo de la terapia se beneficiaría, probablemente, si fuéramos más claros sobre esta importante cualidad humana.

Para aumentar las propiedades beneficiosas de las experiencias placenteras, podemos recurrir al recurso más abundante de la naturaleza: el juego. Jugar es tan importante que lo apreciamos en todas las especies sociales, tanto en los jóvenes como en los más adultos. En los seres humanos, una carencia de este recurso puede interferir con el desarrollo normal, igual o más que el abuso o la negligencia. En los adultos, la falta de juego tiene una fuerte correlación con el aumento de la depresión y una mala salud física y social. La DMT juega aquí con una gran ventaja, puesto que moverse y bailar conjuntamente puede verse como una forma de juego y de arte. Para nuestros pacientes, los estados positivos (contra los que se defienden) pueden ser tan amenazantes como los negativos. Las personas no saben cómo contribuir a los placeres naturales, tales como jugar con amigos, saborear una taza de té o café, o bien recibir un cálido abrazo de un miembro de la familia, y corren más el riesgo de convertirse en adictos a los placeres no naturales, como las drogas o el alcohol. Como dmt, podemos ayudar conscientemente a nuestros pacientes a recuperar el placer natural a través de experiencias de movimiento que ayuden al sistema endocrino a ser igualmente capaz de regular tanto los estados positivos como los negativos. Regresando a nuestra palabra *grace* (gracia), puede ser que el placer del movimiento esté relacionado con la gracia que tiene. La gracia integrada en el cuerpo o corporeizada se puede entonces expandir desde una estética relativamente pequeña a cualquier movimiento que saque provecho del placer natural; lo importante es que el paciente lo experimente.

Nuestra cuarta y última estrategia se llama «acción», y la acción en este sentido está relacionada con el activismo. Acción y activismo están relacionados con nuestro sistema muscular. En seguida amplió este tema. En primer lugar, podemos

afirmar con osadía que no se puede lograr una curación sostenible si no se aplica a la vida diaria y a la transformación creativa de la sociedad. No basta con tener momentos interesantes o potentes en las sesiones. Pasar a la acción nos ayuda a aplicar los procesos de movimiento integrados en nuestros actos y nuestras relaciones diarias, practicándolos primero con nuestro terapeuta y al mismo tiempo manteniendo nuestra atención en las situaciones de la vida diaria. Puede resultar de vital importancia no tan solo averiguar cómo se mueve el paciente durante la sesión, sino también cómo se mueve en casa y en el trabajo. Para responder a esta pregunta, en tanto que terapeutas, necesitamos ayudar a nuestros pacientes a trasladar el tiempo y el lugar sagrados de una sesión a su vida cotidiana. De este modo, mantenemos nuestra salud y bienestar a largo plazo, y también modelamos y ampliamos la salud a nuestras comunidades y a los sistemas que crean. En este sentido, se puede considerar que las acciones conscientes y precisas durante una sesión también pueden verse como un apoyo al activismo sostenible y contributivo, y el activismo social puede verse como un compañero de juego natural y necesario para la creatividad y la salud individual.

Un movimiento con gracia que aparece en una sesión puede resultar un problema cuando se lleva a casa en una relación estresante o cuando se diseñan planes para abordar enfermedades sociales. Si invertimos tiempo trabajando conscientemente en nuestros movimientos y en cómo se pueden utilizar en casa o en la calle, respetaremos el mundo del paciente y contrarrestaremos la compartimentalización y el desamparo aprendido, gracias a los cuales prosperan los sistemas opresivos. En otras palabras, no se trata tan solo de que nuestros pacientes se sientan mejor, sino también de empoderar sus vidas y las vidas de sus comunidades.

Si examinamos de nuevo el sistema muscular, podemos ver que el movimiento se realiza de dos formas: contrayendo un músculo y ejerciendo un esfuerzo contra la gravedad, y luego soltando el esfuerzo y relajando el músculo hacia la gravedad. Las cosas se consiguen cuando realizamos un esfuerzo y cuando dejamos de esforzarnos, con gracia, alternando el ritmo, de una forma muy parecida a la alternancia entre hablar y escuchar. Del mismo modo que necesitamos estar activos, la acción y el activismo pueden realizarse con gracia cuando se alternan con el reposo y la receptividad. La acción y el activismo, para ser sostenibles y eficaces, pueden utilizar este principio del cuerpo, y la DMT se encuentra en una posición privilegiada para ayudar a la sociedad a desarrollar esta gracia.

¿Qué significa esto para nosotros como danza movimiento terapeutas?

Para ser dmt en el siglo XXI se necesita gracia y fortaleza. Aprovecharemos estos últimos minutos para resumir las complejidades de saber cómo y cuándo tener fortaleza y agallas, para aprender a expandir nuestro propio sentido de gracia interno y aumentarlo en nuestra sociedad. Es tan solo el comienzo. Debemos adaptarlo lo mejor que sepamos.

- Todos nosotros podemos ser pioneros de la DMT porque esta disciplina puede seguir reinventándose a sí misma, de acuerdo con los avances en conocimientos y retos sociales emergentes.
- La enfermedad tiene que dejar de verse como un único suceso aislado. Existe en todos los niveles de la organización social y todos estos niveles deben estar incluidos en nuestro trabajo como dmt.
- Cuando se produce una enfermedad en nuestros sistemas sociales, nuestra responsabilidad es vernos integrados en estos sistemas y desempeñar la tarea de examinar las formas en las que tal vez estamos perpetuando esta enfermedad utilizando el poder e influyendo en la relación terapéutica, así como nuestros puntos de vista sobre el paciente, que pueden estar distorsionados por nuestras creencias y opiniones no contrastadas.
- Podemos trabajar para ayudar a desarrollar una mayor autoridad corporal en nuestros pacientes y crear la autoridad compartida en la relación terapéutica, independientemente del nivel de funcionamiento o estado social del paciente. Esto podría incluir una observación y evaluación de movimiento compartida, así como la valoración de los detalles de las experiencias sensoriales en proceso del paciente.
- Como activistas, podemos abogar por una mayor inclusión e integración de los conocimientos y autoridades del cuerpo en nuestro ámbito, en nuestra cultura y en nuestra sociedad. De esta forma, compensaremos la marginalización del propio cuerpo en la sociedad y la supresión continua de los derechos del cuerpo, de su dignidad y del empoderamiento en muchas culturas.
- Podemos reflexionar sobre nuestras identidades, en especial sobre las identidades que muchas sociedades tienden a valorar, como por ejemplo nuestro nivel de educación, nuestra nacionalidad, nuestro idioma, nuestro sexo, nuestra clase y nuestra orientación sexual, y preguntarnos de qué modo estas identidades influyen en nuestro trabajo.
- Tener autoridad sobre nuestros cuerpos genera un empoderamiento de arriba que puede ofrecer resistencia y hacer retroceder a los regímenes

antidemocráticos y autoritarios. Nuestro trabajo como dmt puede y debería tener efectos sociales y políticos.

- Como dmt, podemos asumir la sagrada misión de ayudarnos a nosotros mismos, a nuestros pacientes y a las sociedades en las que vivimos a estar más despiertos, más atentos y con mayor conciencia del cuerpo. Esto empieza por trabajar con la sensación y el movimiento como el primer sistema de lenguaje y el más fundamental del cuerpo.
- Podemos preguntarnos a nosotros mismos, en medio de los sucesos terapéuticos, ¿a qué se asocia este suceso?, ¿de qué modo los síntomas del paciente están relacionados no solo con su pasado sino también con su estatus como refugiado o como persona transexual, por ejemplo? De este modo, podemos diseñar intervenciones que vayan dirigidas al nivel donde surge la enfermedad, el nivel individual, el nivel familiar, la comunidad o nivel regional, lo que puede conducir a diferentes resultados terapéuticos.
- ¿De qué modo los estados positivos, en particular los asociados a la sensación y al movimiento, pueden utilizarse cada vez más como recurso en la terapia? Incluso en medio de un profundo dolor y un terrible trauma, ¿cómo pueden fomentarse los momentos de alegría como recurso para la vida diaria?
- Podemos comprender y apoyar la DMT en el siglo XXI para que sea un método curativo en todos los niveles de la organización social y nos empoderemos en todos estos niveles, de acuerdo con nuestra propia autoridad corporal.
- Como dmt, podemos tener las agallas o el coraje que nos permiten estar irritados ante sistemas sociales tóxicos o injustos y «pulirlos» de forma corporeizada y creativa.
- Como dmt, podemos movernos con gracia en nuestro trabajo y en nuestro mundo, sabiendo que nuestra contribución puede ser enorme, ahora y en el futuro.

Conclusión

Como extranjera, soy consciente, aunque a distancia, de los numerosos problemas políticos y sociales a los que os enfrentáis aquí, diariamente. Lo que me viene a la mente es vuestra lucha por decidir lo cerca o lo separados que los catalanes queréis estar del gobierno de España. Además, Cataluña y España, al igual que el resto de Europa, tienen que lidiar con la llegada masiva de refugiados políticos y económicos procedentes de diferentes tierras y culturas. Todo esto ocurre dentro del contexto de recuperación que España está llevando a cabo de una forma constante y valiente ante los problemas económicos. En Estados Unidos, nos enfrentamos ac-

tualmente a un gobierno encabezado por un presidente corrupto y con claros síntomas de narcisismo y paranoia. Por otra parte, los expertos en climatología están advirtiéndolo de que es demasiado tarde para frenar el cambio climático y que tan solo es cuestión de saber lo devastadoras que serán las consecuencias. Nos estamos adentrando claramente en el siglo XXI con muchas tareas por hacer. La única manera de realizar este trabajo es con la fortaleza y la gracia que sentimos en nuestros cuerpos, mientras nos movemos y mientras creamos con nuestras acciones. Como dmt defendemos todo lo que es esperanzador. Nuestra capacidad de movimiento como terapeutas nos conferirá las agallas y la fortaleza que necesitamos para irritar a nuestros sistemas opresores y elaborar respuestas creativas. Nuestra adaptabilidad nos conferirá la gracia corporeizada que necesitamos para contribuir de una forma contemplativa y eficaz a un mundo más justo, más pacífico y más verde.

¡Gracias!



II. INTERVENCIONES EN DANZA MOVIMIENTO TERAPIA

Moverse juntos: el enfoque TBMA⁵ (*The BodyMind Approach*TM) para ayudar a las personas a autogestionar sus síntomas sin explicación médica

HELEN PAYNE

Introducción

Reconocer la experiencia corporeizada como una necesidad para la curación emocional y para la conexión interpersonal sigue siendo algo muy nuevo para muchos en el ámbito de la psicoterapia, aunque es muy conocido en el ámbito de la Danza Movimiento Terapia (DMT).⁶ Se puede identificar en las investigaciones realizadas en neurociencia, sociología, antropología y ciencia cognitiva; la corporeización y la simulación corporeizada (Gallese, 2011) son temas controvertidos en la filosofía de la mente (Clark, 1998) y en la neurociencia cognitiva (Gallagher, 2015a; 2015b; Gallese, 2014). Los avances significativos en estas áreas de investigación muestran la necesidad de moverse juntos en un ámbito científico que está en constante transformación para volver a conceptualizar nuestro conocimiento de los mecanismos y los procesos contenidos en la DMT. La transformación personal que promueve la experiencia corporeizada es aplicable también a personas con síntomas corporales aparentemente sin explicación, ningún diagnóstico o tratamiento. Este artículo ofrece al lector un ejemplo de cómo este punto de vista de un mundo en constante cambio se puede aplicar en la práctica. Ofrece una definición de los síntomas sin explicación médica, su incidencia y los costes para el servicio sanitario en el Reino Unido. Se examinarán la mentalidad del paciente, su perfil y su experiencia, tal como se ha reflejado en el diseño del programa de enfoque cuerpo mente, denominado *The BodyMind Approach*[™] (TBMA),⁷ en for-

5 N. del T.: The Body Mind Approach. Programa de enfoque en el cuerpo y la mente desarrollado por la autora.

6 N. del T.: en inglés, *dance movement psychotherapy* (DMP), nombre de la disciplina en el Reino Unido. En España se conoce como Danza Movimiento Terapia (DMT, *dance movement therapy*).

7 N. del T.: este programa creado por la autora se puede aplicar en todo el mundo y va dirigido a diferentes poblaciones que sufren síntomas sin explicación médica en la asistencia médica primaria. En la actualidad, solo se ha aplicado en Inglaterra, en Hertfordshire.

ma de intervención grupal. El programa TBMA, que procede de la DMT, promueve el aprendizaje para la autogestión de los síntomas. En este artículo también se ofrecen consejos para unas mejores prácticas y resultados clínicos de cambio fiable.

Síntomas sin explicación médica

Los síntomas sin explicación médica se conocían antes como trastornos psicósomáticos o síntomas físicos sin explicación médica, y más recientemente se conocen como trastornos somatomorfos en el DSM-5⁸ publicado en 2013. Los síntomas sin explicación médica son síntomas físicos y persistentes que no parecen tener una causa orgánica, ni responden al tratamiento. Se pueden definir como un problema clínico y social e incluyen una amplia gama de manifestaciones, que difícilmente se definen como síntomas basados en una tipología conocida (Edwards et al., 2010).

Únicamente entre el 10 y el 15 % de los catorce síntomas físicos habituales detectados en la atención médica primaria son causados por una enfermedad de origen orgánico (es decir, el 75 % son síntomas sin explicación médica) (Morris, 2007). Estos síntomas incluyen el 40 % de consultas médicas externas y entre un 5 y un 10 % de consultas internas en el hospital, con escasos ejemplos de beneficios.

Las consultas de medicina general con los pacientes que sufren síntomas sin explicación médica oscilan entre el 25 y el 50 % (Barsky y Borus, 1995). Diez de los problemas más comunes representan el 40 % de todas las visitas, pero los médicos generales o de cabecera únicamente pueden identificar una causa biológica del problema en el 26 % de las visitas (es decir, el 14 % de los diez síntomas más comunes no tienen explicación médica) (Nimnuan, 2001). Por lo tanto, sabemos que estos síntomas son muy habituales y representan entre una y cinco nuevas consultas en la asistencia médica primaria (Bridges y Goldberg, 1985).

Perfil de los pacientes con síntomas sin explicación médica

Las investigaciones realizadas demuestran que hay muchos mecanismos o precursores subyacentes implicados en los síntomas sin explicación médica, como, por

8 N. del T.: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM), editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA), y que contiene la clasificación y descripción de los trastornos mentales.

ejemplo, un concepto de salud demasiado exclusivo, neuroticismo, experiencia previa de dolor/síntomas, hipersensibilidad a las sensaciones físicas, encuentros doctor-paciente negativos, confirmación por parte de la familia/amigos/médicos de que se trata de una enfermedad orgánica o bien estrés crónico.

La depresión está presente en el 70 % de las personas con síntomas sin explicación médica (Malhi, 2013). Habitualmente son personas que han recibido menos años de educación académica (Creed y Barsky, 2004). El descuido o la negligencia de los padres y las enfermedades durante la infancia (en el caso de las mujeres) son habituales (Craig, Cox y Klein, 2002) y en esta población hay un 50 % más de consultas, un 50 % más de costes sanitarios y un 33 % más de hospitalizaciones.

Las personas con síntomas sin explicación médica tienden a sufrir más bajas por enfermedad y tienen más probabilidades de tener desempleo en comparación con las personas sin estos síntomas. Se pueden comparar con los síntomas con explicación médica en cuanto al deterioro de las funciones físicas, pero con una peor calidad de vida y una peor salud general y mental. Además, tienden a sufrir una peor regulación de los afectos y necesitan ayuda emocional. En algunos casos existe disfunción familiar en el pasado o presente, o un historial de traumas, negligencias o abusos, o apegos inseguros (Waldinger, Schulz, Barsky y Ahern, 2006; Adshhead y Guthrie, 2015). Puede haber alexitimia (dificultad para identificar o describir sentimientos y para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales) y, con frecuencia, un locus de control externo. Por último, con frecuencia esta población se lamentará de sufrir múltiples síntomas físicos.

Los principales servicios sanitarios carecen en general de un tratamiento integrado para responder a las necesidades psicológicas y físicas comórbidas de las personas con síntomas sin explicación médica (Joint Commissioning Panel for Mental Health, 2016). Los médicos de cabecera pueden mostrarse reacios a comunicar al paciente que no se puede encontrar nada o que no hay tratamiento, aparte de las medicaciones para aliviar el dolor o las clínicas para el dolor, en caso de que el paciente tenga dolor. A fin y al cabo, los médicos generales están formados para poder diagnosticar y ofrecer tratamiento para los síntomas corporales como primer recurso. Posiblemente, a causa de su formación en salud física, principalmente, y de la corta duración de la consulta o de la frecuencia de las visitas, los médicos de cabecera podrían no sentirse capaces de ofrecer apoyo emocional a sus pacientes. Por consiguiente, los remiten a los servicios psicológicos para seguir una terapia cognitiva conductual (*cognitive behaviour therapy*, CBT), que en el Reino Unido se denominan IAPT (*improving access to psychological services*),⁹ co-

9 N. del T.: Iniciativa del Servicio Nacional de la Salud (NHS) del Reino Unido para ofrecer más psicoterapia a la población. Se puede traducir como «mejora del acceso a los servicios psicológicos».

nocidos también como servicios de bienestar, como la única alternativa que les queda.

Para algunos pacientes, este servicio puede resultar apropiado y aceptable, ya que incluso pueden obtener algún beneficio. No obstante, para la mayoría de los pacientes con síntomas sin explicación médica esto no es así, debido posiblemente a su mentalidad y a la convicción de que se trata de una causa física, al estigma de la salud mental y porque consideran que la derivación a los servicios CBT es un rechazo de sus síntomas corporales (Edwards et al., 2010). El servicio IAPT ha empezado a incluir a todos los pacientes con síntomas sin explicación médica, aunque la prioridad del paciente, el malestar que le producen los síntomas, apenas se trata; en cambio, se centran más en reducir la ansiedad y la depresión coexistentes, normalmente a través de CBT; el principal interés de IAPT es ofrecer un servicio de salud psicológica y mental. A pesar de que el servicio recibe solicitudes para ofrecer tratamiento para los síntomas sin explicación médica genéricos, solo está probada la eficacia del ejercicio progresivo y la terapia CBT para la fatiga crónica acompañada de ansiedad/depresión (Castell et al., 2011). Los pacientes con síntomas sin explicación médica en los estudios de CBT, tras aceptar ser derivados al tratamiento de salud mental, tan solo formaban una parte de todos los pacientes con este tipo de síntomas (Kroenke y Swindle, 2000). Una guía de prácticas clínicas publicada por el Departamento de Salud del Reino Unido (DH, julio de 2014), como parte de la iniciativa IAPT, concluyó que los «equipos de salud mental de la comunidad y los servicios de salud mental de atención primaria no han conseguido implicarse con los pacientes que sufren síntomas sin explicación médica debido a que estos no suelen percibir que su trastorno está relacionado con problemas de salud mental, e intentar que participen en programas de salud mental suele resultar ineficaz».

A pesar de la falta de explicaciones médicas de su síntoma (es decir, no responde a ninguna patología conocida), el paciente sigue sufriendo físicamente dicho síntoma. Por lo tanto, lo que le espera, lógicamente, es un tratamiento físico, y esto requiere que tanto el paciente como el médico de cabecera busquen exhaustivamente una etiología orgánica. Tras el fracaso de este tratamiento físico, al médico de cabecera solo le queda una opción: remitir al paciente a IAPT para que solucionen la depresión o la ansiedad complementarias, lo que no resuelve el síntoma. Para el paciente, esta derivación es irrelevante, intimidatoria y estigmatizadora.

Es probable que el paciente argumente que su ansiedad/depresión se debe a las molestias ocasionadas por el síntoma y no es la causa de las mismas. Para el paciente es como si los médicos le dijeran que «todo está en su cabeza» y, sencillamente, esto no es lo que experimenta. Sabemos, por las investigaciones realizadas

en cognición social corporeizada (Gallagher, 2005; Gallese, 2007; Klin et al., 2003; Niedenthal, 2007), que nada está únicamente en la cabeza y que la cabeza forma parte del cuerpo. En contraposición al pensamiento dualista, el énfasis del enfoque TBMA (*The BodyMind Approach*) se centra en que la cognición está conformada por el cuerpo y su interacción sensitivomotora con el mundo social y material circundante. Los ámbitos de la psicología cognitiva (Lakoff y Johnson, 1999; Varela, Thompson y Rosch, 2017), la sociología (Ignatow, 2007), la antropología (Csordas, 1993) y la neurociencia (Damasio, 2000; Porges, 2011) reconocen la experiencia corporeizada como necesaria para la curación emocional y la conexión interpersonal.

Por lo tanto, parece razonable, habida cuenta de la cantidad de precursores posibles de los síntomas sin explicación médica, adoptar un enfoque corporeizado para ayudar a las personas a autogestionar sus síntomas. El enfoque que se sugiere empieza en el lugar donde se encuentra el paciente, es decir, con la experiencia del dolor ocasionado por el síntoma en su cuerpo-mente, y se estructura como una intervención aceptable para el paciente. Es un enfoque diferente para implicar a los diversos pacientes que tienen una mentalidad no psicológica y también funciona para los pacientes que establecen conexiones entre cuerpo y mente.

El enfoque cuerpo-mente: una intervención grupal basada en la comunidad para la atención primaria de salud

El enfoque cuerpo-mente o TBMA (*The BodyMind Approach*), que los médicos llaman «clínica de síntomas» o «clínica de síntomas sin explicación médica», y que los pacientes llaman «grupos de aprendizaje» o «grupos de síntomas», y más recientemente «grupos de bienestar», es un programa que se aplica en el ámbito del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido. Este es un servicio con fondos públicos, pagado por el contribuyente, que se suministra de forma gratuita. El programa TBMA se ofrece en forma de talleres grupales estructurados en cursos en un entorno no clínico para aprender a autogestionarse los síntomas día a día, es decir, situando a los pacientes en el centro como agentes activos de cambio. El TBMA no promete una curación o un tratamiento. Pero los síntomas sí que desaparecen, los niveles de actividad y el bienestar de las personas mejoran y se reducen las molestias ocasionadas por los síntomas, la ansiedad y la depresión tras la intervención (ver más adelante los resultados clínicos).

Los cursos se basan en un estudio de investigación original sobre TBMA (Payne y Stott, 2010), que toma en consideración la conversión y disociación presentes

en los síntomas sin explicación médica (Lin y Payne, 2014). Los datos basados en las prácticas (N = 16) (Payne, 2015; Payne y Brooks, 2016) y los contratos del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (N = 48) se han añadido a la recopilación de resultados. Más de setenta personas han completado el programa con resultados que reflejan el estudio original.

Hay doce personas por grupo, más de doce talleres, durante dos horas por semana, en un entorno no clínico.

Los criterios de inclusión/exclusión basados en las investigaciones son los siguientes:

Criterios de inclusión: tener más de dieciocho años; síntomas sin explicación médica persistentes durante seis meses como mínimo; nivel de inglés fluido como un anglosajón. *Criterios de exclusión:* problemas actuales de salud física relevantes; un trauma reciente no tratado o un proceso de duelo complicado (últimos seis meses); diagnóstico principal de enfermedad psiquiátrica grave (por ejemplo, psicosis, episodio depresivo, ansiedad, trastorno de la conducta alimentaria); problemas de aprendizaje; abuso de sustancias.

Se realiza una selección (evaluación) la semana antes y después de los cursos con una supervisión posterior al curso a los seis meses. Las evaluaciones las lleva a cabo un psicólogo clínico por teléfono. La selección de pacientes se realiza a través de médicos de cabecera, farmacéuticos, centros de ocupación, organizaciones de acceso a la vivienda, fisioterapeutas, terapeutas, orientadores y por voluntad propia. La primera fase consiste en una reunión individual con el facilitador, una evaluación, la entrevista inicial para la admisión y los doce talleres seguidos por una reunión final individual con el facilitador. Los seis meses posteriores forman la segunda fase, que incluye varios contactos que no se realizan cara a cara, es decir, se realizan por escrito y por correo electrónico, seguidos por otra evaluación de seguimiento posterior al cabo de seis meses.

Los danza movimiento terapeutas (dmt) cualificados y con experiencia reciben una formación como facilitadores de grupo durante más de cuatro días, en dos módulos, con una evaluación y una licencia posterior para la práctica si el resultado es positivo. Aprenden que TBMA funciona con el cuerpo vivido: una perspectiva determinada por la fenomenología, basada en la experiencia, que no es lineal y es imprevisible. TBMA deriva de una integración de las disciplinas de movimiento auténtico/autoconciencia del cuerpo, disciplinas artísticas, conciencia plena del cuerpo y la mente (*bodymindfulness*), trabajo grupal y aprendizaje vivencial. El síntoma físico actúa como puerta de acceso a la mente, es decir, «jugar con el síntoma para que el síntoma no te la juegue a ti». TBMA tiene como objetivo promover el bienestar y la resiliencia ofreciendo oportunidades de aprendizaje para la autorregulación que conducen a la recuperación.

Los principios de TBMA son los siguientes: es biosocial, tiene como objetivo fomentar una percepción diferente de los síntomas y una valorización del cuerpo subjetivo. Refleja una adaptación relativamente positiva a pesar de los fenómenos sintomatológicos significativos como factores de estrés, y puede impulsar factores de protección que amortiguan los efectos negativos del estrés y los síntomas corporales. La seguridad se establece a través de las normas y de la cohesión del grupo, y se respetan y aceptan los síntomas de la persona; esto es muy importante, ya que las personas con síntomas sin explicación médica son muy sensibles y susceptibles a comentarios del tipo «todo está en la cabeza». Se les ha identificado demasiado con los síntomas como parte de quienes son (Sanders, Winter y Payne, 2017). El objetivo es ir hacia el síntoma y expandir la conciencia más allá: «Tengo mi síntoma, pero no soy mi síntoma», y fomentar la desmedicalización del cuerpo. Las prácticas están diseñadas para el enfoque cuerpo-mente a través del movimiento y de disciplinas artísticas como, por ejemplo, imágenes o historias para expresar su angustia; los facilitadores ofrecen soporte al grupo para que sea testimonio de esa angustia.

Aprendizaje para la autogestión

Se han utilizado habitualmente intervenciones educativas como estrategias para mejorar los resultados médicos de los pacientes con un bajo nivel de educación en materia de salud (Schaefer, 2008). Las intervenciones en enfermedades crónicas que afectan de forma positiva al bienestar del paciente incluyen esfuerzos sistemáticos por aumentar los conocimientos, las aptitudes y la confianza de los pacientes por gestionar su enfermedad (Korff et al., 1997). Sin embargo, la educación tradicional de los pacientes, que hacía hincapié en la adquisición de conocimientos y en una enseñanza didáctica en el aula, no ha resultado satisfactoria (Clement, Clark y Gong, 2000). Un estudio de revisión de la Colaboración Cochrane¹⁰ concluyó que las intervenciones orientadas al paciente de tipo educativo o de apoyo eran satisfactorias (Renders et al., 2001), y se demostró la seguridad y las aptitudes del paciente para gestionar su enfermedad (Norris, Engelgau y Narayan, 2001). La investigación concluye que los pacientes desempeñan una función vital para gestionar su enfermedad, para desarrollar objetivos destinados a la autogestión, identificar los obstáculos y diseñar planes de acción para lograr estos objetivos. Se recomiendan

10 N. del T.: la Colaboración Cochrane es una organización sin ánimo de lucro que reúne a un grupo de investigadores de ciencias de la salud, con más de 11.500 voluntarios en más de noventa países, y que aplica un proceso de revisión riguroso y sistemático de las intervenciones en salud.

sistemas de recordatorio de apoyo para reforzar el plan (Woolf, et al., 1999). Las intervenciones en grupo que hacen hincapié en la contribución de los compañeros, en el empoderamiento de los pacientes y en la adquisición de capacidades para la autogestión son eficaces en casos de hipertensión (Chu-Hong et al., 2015), diabetes, asma y otras enfermedades crónicas (Gibson, 2001), por lo que parece razonable asumir que también lo son para pacientes con síntomas sin explicación médica. Estos pacientes necesitan asimismo aprender a gestionar los complejos problemas psicosociales que surgen de los síntomas sin explicación médica. Por consiguiente, la autogestión puede ser una de las principales formas de cerrar la brecha existente entre las necesidades del paciente y la capacidad del servicio sanitario (Barlow et al., 2002). Además, las estrategias de autogestión fomentan la autorregulación (Barlow, 2001), que es vital para la resiliencia.

TBMA ofrece, por tanto, un modelo de aprendizaje con los pacientes en el centro, fundamentado en la autorregulación y la interacción grupal con raíces pedagógicas en el aprendizaje y la enseñanza de adultos, el aprendizaje a largo plazo, el aprendizaje autogestionado y la compartición de conocimientos como base principal. La persona que aprende participa activamente en identificar sus objetivos y resolver los problemas para acceder a ellos mediante prácticas de aprendizaje vivenciales seguidas de un plan de acción individualizado para el grupo posterior de autogestión.

Al final de los talleres grupales, se brinda la oportunidad a las personas de reflejarlo en el grupo, con el facilitador y en su diario de reflexiones sobre el aprendizaje. El camino que ha de seguir cada persona es individual. Las opiniones, creencias, experiencias de vida y estilo de vida en relación con las percepciones de los síntomas se evalúan conjuntamente. A partir de aquí, el aprendizaje transformacional puede ocurrir. El enfoque reside en resolver el problema en el contexto del mundo del paciente, real y vivido en su cuerpo.

Se genera en el grupo un proceso de colaboración, de confianza mutua creando significados y recursos compartidos, información y experiencias compartidas. Las personas aprenden a ser claramente comunicativas y a incorporar valores más positivos. Se proporcionan prácticas para hacer en casa con el fin de ayudar a las personas a descubrir que las estrategias les pueden funcionar y se pueden reproducir en diferentes situaciones. Esta experiencia de aprendizaje les ayudará cuando el grupo haya finalizado, y la fase posterior de seis meses les ayudará a mantenerse enfocados en su plan de acción para la autogestión a largo plazo.

Resultados clínicos del cambio fiable previo y posterior al curso¹¹

Herramientas de evaluación

Se trata de herramientas de medición estandarizadas, como por ejemplo MYMOP2 (*Measure Your Own Medical Outcome Profile*); PHQ9 (*Patient Health Questionnaire*), el formulario más habitual para medir la depresión en la atención primaria; GAD7 (*General Anxiety Disorder*), la escala de trastorno de ansiedad generalizada; y GAF (*Global Assessment of Functioning*), la herramienta de funcionamiento de evaluación general. Los comentarios de los pacientes se realizan mediante un formulario de experiencias del participante, que se distribuye durante la semana posterior a la finalización del curso. El porcentaje de finalización de este formulario es del 97%. Todas las mediciones se han calculado utilizando el índice de cambio fiable. En las siguientes tablas se resumen los resultados.

	Mejoría fiable	Deterioro fiable	Ningún cambio fiable
PHQ9 Depresión	35 % (11/31)	3 % (1/31)	61 % (19/31)
GAF Funcionamiento general	35 % (11/31)	0 % (0/31)	65 % (20/31)
MYMOP2 Perfil global	55 % (17/31)	0 % (0/31)	45 % (14/31)
GAD7 Ansiedad	42 % (13/31)	3 % (1/31)	55 % (17/31)
MYMOP2 Estrés síntomas	63 % (39/62)	8 % (5/62)	29 % (18/62)
MYMOP2 Bienestar general	55 % (17/31)	19 % (6/31)	26 % (8/31)
MYMOP2 Actividad	58 % (18/31)	23 % (7/31)	19 % (6/31)
PHQ9 o GAD7 combinados	65 % (20/31)	3 % (1/31)	32 % (10/31)

Tabla 1. Muestra del cambio fiable previo y posterior al curso

En la tabla 1 se puede ver que para PhQ9 se ha logrado un 35 % (11/31) de mejoría fiable. Para el GAD7 se ha logrado un 42 % (13/31) de mejoría fiable. Algunas personas muestran mejoría en la depresión, algunas en la ansiedad y algunas en ambos casos. Es imposible añadir puntuaciones simplemente para llegar a un porcentaje de mejoría, ya que esto supondría un doble cómputo. Por lo tanto, la mejoría de PHQ9 y GAD7 en cualesquiera de las mediciones o bien combinadas da como resultado un 62 % (20/31) de personas que muestran una mejoría fiable en una u otra medición.

¹¹ Estos resultados fueron publicados anteriormente en el artículo de H. Payne y S. Brooks (2017), «Moving on: The BodyMind Approach™ for medically unexplained symptoms», *Journal of Public Mental Health*, 16, 2, 1-9, DOI 10.1108/JPMH-10-2016-0052

Muchos pacientes recibían medicación para la depresión o la ansiedad y, por consiguiente, no muestran cambios significativos en PhQ9. La mayoría de los pacientes con síntomas sin explicación médica en la atención primaria están en las categorías de depresión y ansiedad de leve a moderada. Por lo tanto, puede que PhQ9 y GAD7 no sean las mediciones más apropiadas. La depresión o la ansiedad no son el problema actual ni lo que parece preocupar más a las personas con síntomas sin explicación médica. Su preocupación es/son su(s) síntoma(s).

Medición	Diagnóstico	Índice de cambio fiable
PhQ-9	Depresión	≥ 6
GAD-7	Trastorno de ansiedad generalizada	≥ 4

Tabla 2. Muestra de la fiabilidad de PhQ-9 y GAD-7

En la tabla 2 se muestra la fiabilidad de las puntuaciones límite para una mejora clínica significativa (cambio fiable) en las mediciones de depresión y ansiedad. Las puntuaciones más bajas indican mejoría.

Resultados de la fase de seguimiento

El análisis del seguimiento de seis meses empleando las mismas herramientas de medición se comparó con los resultados obtenidos transcurridos tres meses. Muestra que las mejorías no solo se mantuvieron en los tres meses posteriores al grupo (igual que en el estudio original), sino que se mantuvieron/mejoraron todavía más a los seis meses en cuanto a funcionamiento, bienestar, ansiedad, depresión y malestar ocasionado por los síntomas. En comparación con el análisis previo al grupo, este análisis muestra una mejoría o un mantenimiento de los niveles de actividad (el 50 % de las personas se volvió más activo y el 50 % permaneció igual en comparación con el análisis previo al grupo), la mejoría en el bienestar se mantuvo en el 50 % de las personas después del grupo en comparación con antes del grupo, y se logró una mejoría en el funcionamiento social, ocupacional y global en el 75 % de las personas en comparación con antes del grupo.

Experiencia del participante

Se distribuyó un formulario de experiencias del participante a todos los participantes después del curso.

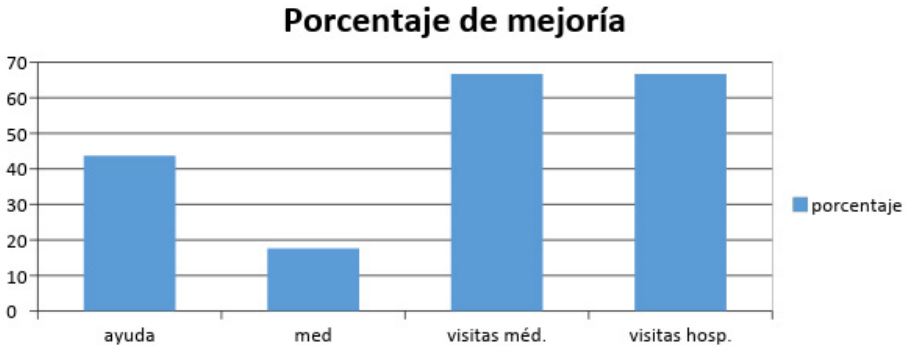


Gráfico 1. Ejemplo de porcentaje de mejoría en ayuda social, medicación y visitas al médico y al hospital

Además de los datos demográficos, se recopilieron datos sobre ayuda social, medicación, visitas al médico y al hospital antes y después de la intervención. El gráfico correspondiente a cada uno de ellos se muestra en porcentajes de mejoría e indica una reducción de visitas al médico y al hospital (ahorrando recursos del Servicio Nacional de Salud) y una mejoría en la ayuda social. La reducción de medicación es limitada, lo cual es comprensible, dado que la mayoría de antidepresivos se han de reducir lentamente durante un tiempo prolongado.

	Antes del curso	Después del curso
Responden bien a los síntomas en general	4% (1/24)	52% (12/23)
Responden bien en el trabajo	14% (3/22)	50% (11/22)

Tabla 3. Muestra del efecto de los síntomas de los participantes sobre su capacidad para trabajar

La tabla 3 muestra el informe de los propios participantes sobre su capacidad para enfrentarse bien a los síntomas en general y cuando están en el trabajo, percibido antes de la intervención y después. Se puede ver que hay una mejoría significativa de la capacidad para responder bien en general y en el trabajo después del curso, en comparación con lo ocurrido antes del curso.

La tabla 4 muestra el porcentaje de participantes que expresan su satisfacción con:

Servicio global	75% (18/24)
Supervisión por teléfono	75% (18/24)
Recinto	83% (19/23)
Aptitudes de escucha del facilitador	100% (23/23)
Facilitación global	88% (21/24)
Administración del curso	71% (17/24)
Tiempo de espera para la entrevista preliminar	79% (19/24)
Tipo de tratamiento	74% (17/23)
Experiencia global	75% (18/24)

Con relación a la tabla 4, el contacto inicial, el proceso de supervisión telefónica de evaluación, la experiencia/contenido del grupo, el facilitador y el servicio global fueron valorados de «satisfactorios» a «muy satisfactorios» (es decir, unas puntuaciones de 4 y 5 en una escala del 0 al 5).

Otros puntos destacables:

- El 88 % (21/24) recibió una lista de recursos al salir de la reunión.
- El 70 % (16/23) sintió que había recibido suficiente ayuda para seguir avanzando.
- El 79 % (19/24) volvería a utilizar el servicio sin dudarlo.
- El 97 % (20/21) recomendaría el servicio a amigos y familiares sin dudarlo.

Conclusión

Los síntomas de MYMOP2 arrojan una cifra del 63 % (39/62) de personas que afirman haber reducido su dolor o malestar. Reducir el dolor del síntoma probablemente producirá mejorías en la ansiedad y en la depresión. Esto, a su vez, puede reducir todavía más el dolor ocasionado por el síntoma y hacer entrar al paciente en un proceso reiterado y, por consiguiente, en un círculo virtuoso de mejoría general y de sensación de bienestar.

Esta conclusión se ve respaldada todavía más por los datos de la medición de MYMOP2 Perfil global, que muestran que el 55 % (17/31) de las personas ha logrado una mejoría. Asimismo, el 55 % de las personas ha logrado una mejoría en el bienestar general utilizando la herramienta MYMOP2 Bienestar general. Los niveles de MYMOP2 Actividad muestran que un 58 % (18/31) de las personas afirma haber aumentado su actividad.

Dicho de otra forma, la mayoría de los pacientes afirman haber logrado mejo-

rías importantes en la percepción de su enfermedad, lo que les ayuda a autogestionar sus trastornos y, por consiguiente, a enfrentarse mejor a ellos día a día. Para reforzar más esta afirmación, consultar los datos cuantitativos y cualitativos del formulario de experiencias del participante.

En el caso de la herramienta de medición de la evaluación general del funcionamiento o GAF (*Global Assessment of Functioning*), se requiere un «aumento del 20 % en las puntuaciones del tratamiento previo para que tenga relevancia clínica» (Dugas y Robichaud, 2007, p. 182) (cambio fiable). En este caso, el 35 % (11/31) de los pacientes evidenció que tenía el 20 % necesario para afirmar que había logrado una mejoría clínicamente relevante posterior a la intervención.

Las personas parecen haber demostrado su capacidad de resiliencia posterior a la intervención de TBMA y la autogestión se ha convertido en algo habitual. Las sensaciones de bienestar parecen haberse mantenido y han proporcionado mayores recursos internos para utilizarlos cuando se experimentan los síntomas. Se han fomentado sentimientos de empoderamiento para controlar los síntomas con el tiempo, lo que ha llevado a una curación autogestionada y a una dependencia reducida del Servicio Nacional de Salud, lo que ahorra recursos y aumenta la capacidad del médico de familia.

Referencias bibliográficas

- Adshead, G. y Guthrie, E. (2015). The role of attachment in MUS and long-term illness. *British Journal of Psychological Advances*, 21, 167-174. DOI: 10.1192/apt.bp.114.013045
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. y Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counselling*, 48, 177-87.
- Barlow, J. H. (2001). How to use education as an intervention in osteoarthritis. En M. Doherty y M. Dougados (eds.). *Osteoarthritis Balliere's best practice research clinical rheumatology* (pp. 545-58). Londres: Harcourt.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. y Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counselling*, 48, 177-87.
- Barsky, A. J. y Borus, J. F. (1995). Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA*, 274, 24: 1931-34.
- Birmingham, S., Cohen, A., Hague, J. y Parsonage, M. (2010). Cost of somatisation among the working-age population in England 2008-09. *Mental Health Family Medicine*, 7, 71-84.

- Bridges, K. W. y Goldberg, D. P. (1985). Somatic Presentation of DSM-III Psychiatric Disorders in Primary Care. *Psychosomatic Research*, 29, 563-9.
- Castell, B. D., Kazantzis, N., Moss-Morris, R. E. (2011). Cognitive behavioral therapy and graded exercise for chronic fatigue syndrome: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(4), 311-324. DOI:10.1111/j.1468-2850.2011.01262.x
- Chu-Hong, L., Song-Tao, T., Yi-Xiong, L., Mian-Qiu, Z., Wei-Quan, L., Sen-Hua, D. y Pei-Xi, W. (2015). Community-based interventions in hypertensive patients: a comparison of three health education strategies. *BMC Public Health*, 15, 33. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1401-6>.
- Clark, A. (1998). *Being there: Putting brain, body, and world together again*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Clement, S., Clark, N. M. y Gong, M. (2000). Management of Chronic Disease by Practitioners and Patients: Are We Teaching the Wrong Things? *British Medical Journal*, 320, núm. 7234, 572-75.
- Cozolino, L. J. (2002). *The neuroscience of psychotherapy: building and rebuilding the human brain*. Nueva York: WW Norton & Company.
- Craig, T. K., Cox, A.D. y Klein, K. (2002). Intergenerational transmission of somatization behaviour: study of chronic somatizers & their children. *Psychological Medicine*, 32, 805-16.
- Creed, F. y Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder & hypochondriasis. *Psychosomatic Res*, 56: 391-408.
- Csordas, T. (1993). Somatic modes of attention. *Cultural Anthropology*, 8(2): 135-56.
- Damasio, A. (2000). Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions, *Nature Neuroscience*, 3, 1049-56.
- Department of Health (2014). Medically unexplained symptoms/functional symptoms positive practice guide. Improving Access to Psychological Therapies. Recuperado de <http://www.iapt.nhs.uk/silo/files/medically-unexplained-symptoms-positive-practice-guide-2014.pdf> (04/09/2017)
- Dugas, M. T. y Robichaud, M. (2007). *Cognitive behavioural treatment for general anxiety disorder: From science to practice*. Londres: Routledge.
- Edwards, T. M.; Stern, A.; Clarke, D. D.; Ibvijaro, G. y Kasney, L. M. (2010). Treatment of patients with MUS in primary care: review of literature. *Mental Health Family Medicine*, 7(4): 209-21.
- Gallagher, S. (2005). *How the Body Shapes the Mind*. Oxford: Oxford University Press.
- (2015a). Reuse and body-formatted representations in simulation theory. *Cognitive Systems Research*, 34-35, 35-43.
- (2015b). The new hybrids: Continuing debates on social perception. *Consciousness and Cognition*, 36, 452-65.

- Gallese, V. (2007). Before and below 'theory of mind': embodied simulation and the neural correlates of social cognition. *Philos. Trans. Royal Society London. Biological Science*, 362, 659-69.
- (2011). Embodied simulation theory: Imagination and narrative: A commentary on Siri Hustvedt. *Neuropsychanalysis*, 13(2), 196-200.
- (2014). Bodily selves in relation: Embodied simulation as second-person perspective on intersubjectivity. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 369(1644), 20130177.
- Gallese, V. y Sinigaglia, C. (2011a). How the body in action shapes the self. *J Consciousness Studies*, 18(7-8), 117-43.
- (2011b). What is so special about embodied simulation? *Trends in Cognitive Neuroscience*, 15(11), 512-19.
- Gibson, P. G. (2001). Self-Management Education and Regular Practitioner Review for Adults with Asthma (Cochrane Review), *The Cochrane Library, Issue, 2* (Oxford: Cochrane Database Systematic Review).
- Hemert, A. M. van, Hengeveld, M. W., Bolk, J. H. y Rooijmans, H. G. M. (1993). Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic. *Psychological Medicine*, 23(1), 167-73. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700038952>
- Ignatow, G. (2007). Theories of embodied knowledge: New directions for cultural and cognitive sociology. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 37(2), 115-35.
- Joint Commissioning Panel for Mental Health (2016). Guidance for commissioners of services for people with medically unexplained symptoms.
- Katon, W. J. y Walker, E. A. (1998). MUS in primary care. *Journal Clinical Psychiatry*, 59, Supplement, 20, 15-21.
- Klin, A., Jones, W., Schultz, R. y Volkmar, F. (2003). The enactive mind, or from actions to cognition: lessons from autism. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 358, 345-60.
- Kroenke, K. y Swindle, R. (2000). Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 205-15.
- Lin, Y. y Payne, H. (2014). The BodyMind Approach™, MUS and Personal Construct Psychology. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 9(3).
- Lipsett, D. R. (1996). Primary care of the somatizing patient: A collaborative model. *Hospital Practice*, 31, 77-88.
- Mahan I., Lawson-Smith, C., Coall, D. A., Watt, G. van der. y Janca, A. (2013). Somatoform in patients with chronic pain. *Australas Psychiatry*, 21, 6.
- Malhi, G. S., Couston, C. M. y Fizek, K. (2013). Unlocking the diagnosis of depression in primary care: Which key symptoms are GPs using to determine diagnosis

- and severity? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(6), 542-7. DOI: 10.1177/0004867413513342.
- Mezirow, J. (1997). Transformative learning: Theory to practice. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 74, 5-12.
- Meyer, D., Leventhal, H. y Gutmann, M. (1985). Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychology*, 4(2): 115-35.
- Morriss, R., Dowrick, C., Salmon, P., Peters, S., Dunn, G., Rogers, A., Lewis, B., Charles-Jones, H., Hogg, J., Clifford, R., Rigby, C. y Gask L. (2007). Cluster RCT of training practices in reattribution for MUS. *Brit J of Psych*, 191, 536-42.
- Nimnuan, C., Hotopf, M. y Wessely, S. (2001). MUS: an epidemiological study in seven specialties. *Psychosomatic Research*, 51, 361-67.
- Niedenthal, P. M. (2007). Embodying emotion. *Science*, 316, 1002-5.
- Norris, S. L., Engelgau, M. M. y Narayan, K. M. (2001). Effectiveness of Self-Management Training in Type 2 Diabetes: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials, *Diabetes Care*, 24(3), 561-87.
- Payne, H. (2015) The Body speaks its mind: The BodyMind Approach® for patients with Medically Unexplained Symptoms. *Arts in Psychotherapy*, 42, 19-27.
- (2017). The Psycho-neurology of Embodiment with Examples from Authentic Movement and Laban Movement Analysis. *American J of Dance Therapy*. DOI 10.1007/s10465-017-9256-2The.
- Payne, H. y Stott, D. (2010). Change in the Moving BodyMind: Quantitative results from a pilot study on the BodyMind Approach (BMA) as groupwork for patients with medically unexplained symptoms (MUS). *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(4), 295-307.
- Payne, H. y Brooks, S. (2016) Clinical outcomes and cost benefits from The BodyMind Approach™ for Patients with Medically Unexplained Symptoms in an English Primary Care setting: Practice-Based Evidence. *Arts in Psychotherapy*, 47, 55-65.
- (2017). Moving on: The BodyMind Approach™ for medically unexplained symptoms. *Public Mental Health Journal*, 16(2), 63-71.
- Porges, S. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. Nueva York: Norton.
- Renders, C. M., Valk, G. D., Griffin, S., Wagner, E. H., Eijk, J. T. y Assendelft, W. J. (2001). Interventions to Improve the Management of Diabetes Mellitus in Primary Care, Outpatient, and Community Settings (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 2 (Oxford: Cochrane Database Systematic Review).
- Sanders, T., Winter, D., Payne, H. (2017). Personal constructs of mind-body identity in people who experience medically unexplained symptoms. En preparación.
- Schaefer, C. T. (2008). Integrated review of health literacy interventions. *Orthopaedic Nursing*, 27, 302-16.

- Shaw, R., Bosworth, H. B. (2012) Baseline medication adherence and blood pressure in a 24 month longitudinal hypertension study. *J Clinical Nursing*, 21, 1401-6.
- Varela, F., Thompson, E. y Rosch, E. (2017). *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S. J. y Wagner, E. H. (1997). Collaborative Management of Chronic Illness, *Annals of Internal Medicine*, 127(12), 1097-1102.
- Wolf, S. H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M. y Grimshaw, J. (1999). Clinical Guidelines: Potential Benefits, Limitations, and Harms of Clinical Guidelines. *British Medical Journal*, 318(7182): 527-30.

El con-tacto en la Danza Movimiento Terapia

SÓNIA MALAQUIAS

Aunque indudablemente es un tema controvertido, el hecho claro de que está ocurriendo hace que el contacto sea un tema importante y necesario del discurso (Toronto, 2001, p. 37).

Introducción

El toque y el contacto físico entre las personas ocurren en la vida del ser humano y desempeñan un importante papel en su desarrollo y en la comunicación. El hecho de tocar a alguien comporta un significado muchas veces simbólico y de ritual social, que nos ayuda a estar y vivir en comunidad, y que depende de las diferencias culturales de cada sociedad.

El contacto es también muy potente a la hora de expresar emociones y sentimientos hacia el otro y el significado depende de la relación establecida y de la historia personal de cada uno. La introducción del contacto en el movimiento puede provocar emociones muy fuertes que nos conmueven mientras nos movemos juntos. Es como una entrada en el mundo del otro, que, con su permiso, nos apoya en el cambio terapéutico y en el conocimiento de uno mismo.

Históricamente, el toque se ha asociado a las prácticas de curación y de rituales sagrados, y fue una técnica utilizada en la terapia hasta la llegada del psicoanálisis, que abogó por su abstinencia y contribuyó a que se instalase el tabú. Después de un silencio en torno a esta temática, a finales de los años setenta, el tema del toque en la psicoterapia se reavivó e incluyó una nueva vertiente de la problemática: la visión ética.

En la Danza Movimiento Terapia (DMT), el toque y el contacto físico se usan como parte del proceso terapéutico en un mayor porcentaje de casos que en la psicoterapia tradicional verbal (Willis, 1987). Sin embargo, este tema tan controvertido en el campo de la psicoterapia (Smith, Clance e Imes, 1998) no ha sido objeto de desarrollo teórico,¹² ético o empírico en nuestra disciplina, y en la literatura se en-

¹² El silencio teórico respecto al tocar en la DMT puede provenir de: la familiaridad respecto al tocar que conlleva el uso del cuerpo y de la danza en el encuadre terapéutico; la proximidad conceptual de la DMT a

cuentran referencias esparcidas en descripciones de casos, narrativas aisladas y referencias *ad-hoc*.

Las similitudes entre movimiento y contacto hacen que la DMT esté en un lugar privilegiado para contribuir al debate acerca del uso del contacto en el campo de la psicoterapia. Las palabras que Stanton-Jones usa respecto al movimiento coinciden con las que numerosos autores usan respecto al contacto:

No hay duda de que el movimiento es una herramienta poderosa, que puede ser tan potencialmente dañina como positiva. Las estructuras contenedoras del formato de liderazgo compartido, el uso de imágenes y la relación terapéutica entre los clientes y el danza movimiento terapeuta son los que aseguran que el movimiento se utiliza de una manera apropiada en relación con los objetivos terapéuticos (1992, p. 89).¹³

Recientemente, hubo una proliferación de estudios y pesquisas respecto al uso del contacto en la DMT; también las nuevas preocupaciones en la formación de los terapeutas parecen señalar que el debate está vivo en nuestra disciplina (Federman, 2010; Payne, 2010; Popa y Best, 2010; Shaw, 2009; Baum, 2007).

En este capítulo reflexionamos sobre la utilización del con-tacto en la DMT desde un punto de vista práctico, agrupando las referencias encontradas en un modelo de cuatro categorías: el tacto, el autotocamiento, el contacto indirecto y el contacto físico. El guion en *con-tacto* es un intento de utilización de una palabra que pudiera englobar las cuatro dimensiones. Describimos también las funciones que el con-tacto puede tener, y presentamos algunas sugerencias clínicas y éticas.

Intento de definición de con-tacto / toque

El tacto es «la madre de los sentidos» y el sistema táctil nos da el sentido de la realidad (Montagu, 1986), lo que corrobora la información recogida por los otros sentidos (Hunter y Struve, 1998). En los estudios sobre la vinculación humana, la importancia del contacto físico entre madre y bebé para la creación de un vínculo seguro es primordial (Panhofers, 2005; Stern, 1992) y la DMT se inspira en estas teorías del desarrollo humano.

Cuando el toque se usa en conjunción con el lenguaje verbal, es capaz de cambiar el sentido de la comunicación y aumentar la capacidad del oyente de acordar-

las psicoterapias corporales; las normas culturales de nuestra sociedad occidental; el tabú creado por el psicoanálisis; ser mirado solamente como una forma más de comunicación no verbal.

¹³ Las traducciones al castellano de los originales en inglés son de la autora.

se del comentario particular o de la situación (Hunter y Struve, 1998). El contacto tiene también la capacidad de expresar emociones: la rabia, el miedo, la felicidad, la tristeza y el asco están correctamente codificados a través del toque, así como las emociones prosociales, incluyendo el amor, la gratitud y la compasión (Hertenstein et al., 2009; Hertenstein y Keltner, 2006).

El sistema táctil es muy complejo: el toque puede variar en su acción¹⁴ (los movimientos específicos que uno utiliza para tocar), intensidad (grado de presión), velocidad, temperatura, ubicación en el cuerpo y duración. También el dolor y la propiocepción forman parte de este sistema (Stevens y Green, 1996).

El movimiento provoca el estiramiento de la piel, lo que estimula los mismos receptores que responden a la presión y a la temperatura asociadas a la estimulación táctil. El involucramiento de la propiocepción puede dotar al movimiento de la cualidad del «toque interior» (Turp, 2000). Desde esta definición, podemos percibir por qué el tacto se considera muchas veces el «sentido del movimiento» (Popa y Best, 2010, p. 35), con yuxtaposiciones inseparables con las sensaciones cinestésicas, piedra angular del trabajo en la DMT; el con-tacto y el movimiento están íntimamente interconectados (Matherly, 2013).

Para reflexionar acerca del con-tacto en DMT, traemos el concepto de *touch* de Hunter y Struve (1998), para quienes el toque puede conceptualizarse como si existiera en un continuo que se inicia con las metáforas lingüísticas del toque, pasa por el autotocamiento y por el contacto a través de un intermediario y llega hasta la experiencia del contacto físico real. En nuestra reflexión, sustituimos el «lenguaje metafórico» por la estimulación sensorial táctil, dado que la DMT, al trabajar con el cuerpo y sus distintos canales sensoriales, la usa a menudo en las sesiones. También el contacto físico implica siempre dos sensaciones: el tocar y el ser tocado; cuando toco, tengo la sensación táctil de haber tocado algo o a alguien, más allá del impacto que mi toque tuvo en el otro; cuando me toco, tengo ambas sensaciones (Warnecke, 2011). Englobamos también el trabajo con la kinesfera personal, en el «contacto a través de un intermediario» en el modelo de los autores.

Así, tenemos: 1) el tacto, utilización de la estimulación sensorial táctil; 2) el autotocamiento; 3) el contacto indirecto, sin tocar, con la entrada en la kinesfera personal del otro y la utilización de materiales y 4) el contacto físico, un contacto directo con los compañeros del grupo terapéutico o entre terapeuta y cliente.

14 Véanse las acciones utilizadas por los participantes en una investigación acerca del toque: expresar, acariciar, frotar, empujar, estirar, pulsar, dar palmaditas, dar golpecitos, sacudir, pellizcar, temblar, dar un codazo, pegar, masajear, hacer cosquillas, dar una bofetada, levantar, abrazar, entrelazar los dedos, balancear y sacudir (Hertenstein et al., 2009, p. 568).

El con-tacto en la literatura de la DMT

En la literatura encontramos ejemplos de terapeutas que incluyen el con-tacto como una especificidad de la DMT (Matherly, 2013; Capello, 2008; Fischman, 2008; Loman y Sossin, 2009; Tortora, 2008; Goodill, 2005; Payne, 2005; Willis, 1987), pero sin desarrollar el tema ni explicar cómo se usa. Véanse los siguientes ejemplos (la cursiva es nuestra):

Los danza movimiento terapeutas subrayan la correspondencia y las conexiones entre los modos de expresión verbales y no verbales. Sin embargo, la evaluación y la terapia pueden dirigirse hacia el terreno de lo no verbal del movimiento, *del contacto*, del ritmo y de las interacciones espaciales (Goodill, 2005, p. 16).

La DMT se basa en el concepto de que el *contacto corporal* es saludable, no dañino, y el *tocar*, por lo tanto, no se evita (Willis, 1987, p. 43).

El trabajo basado en las teorías de la DMT puede incidir en la imagen corporal de los pacientes, favorecer el trabajo de lo simbólico e, incluso, *llegar al contacto físico* terapéutico en patologías donde tradicionalmente no se recomendaba (Monseguer, 2008, p. 353).

La conciencia de que algo pasa en la utilización del contacto es evidente, pero no está desarrollada. Payne (2005, p. 158) acepta el contacto como parte integral de la práctica de la DMT y afirma, sin explicarlo, que «las sesiones que incluyen el contacto físico se tienen que diseñar con cuidado».

En la literatura consultada solo encontramos a una autora (Stanton-Jones, 1992) que considera que el uso del contacto debe ser activamente disuadido en DMT. Sin embargo, los argumentos que describe se basan, por un lado, en el tabú del toque de la teoría psicoanalítica, y por otro, en una visión del contacto como pudiendo estar interrelacionado con las cuestiones del poder y de la sexualidad en la relación terapéutica. Estas visiones hoy día ya están superadas por algunos autores, incluso por algunas corrientes psicoanalíticas actuales (Malaquias, 2010).

Contrariamente, Sakiyama y Koch (2003) abogan por la utilización del con-tacto en las sesiones de DMT y lo justifican con razones culturales respecto al contacto en Japón. En el código ético japonés de nuestra disciplina se asume el toque como inherente a la DMT por sus características metodológicas, y se refiere que el dmt debe ser consciente de la importancia del contacto y prestar atención a lo que el paciente siente respecto al él, de forma que pueda ayudarlo a sentirse cómodo y a mantener sus límites para no sentirse invadido (Sakiyama y Koch, 2003).

Intentemos, a continuación, revisar las referencias sobre el con-tacto en la literatura de la DMT como estrategias terapéuticas, agrupándolas en las cuatro categorías del modelo aquí presentado.

Estrategias de utilización del con-tacto en DMT

La cuestión del toque es tan importante y omnipresente que la pregunta no debe ser si los terapeutas deben tocar o no a sus clientes, sino cómo se utiliza y procesa el contacto en la terapia (Kertay y Reviere, 1993, p. 39).

El con-tacto puede presentarse espontáneamente en las sesiones de DMT, por voluntad propia del paciente o de los miembros del grupo, o puede proveer de consignas sugeridas por el terapeuta.

Schmais (1985) nos da un muy buen ejemplo del con-tacto como un continuo al hablar del toque rítmico como una herramienta que promueve la cohesión de los grupos, donde los participantes van desde el autotocamiento hasta el toque íntimo con los compañeros pasando por un toque sutil y superficial:

La proximidad física —moverse uno al lado del otro, compartir un ritmo común y una actividad común— prepara a las personas para el contacto directo a través del toque. Para los adultos, si se pierde la confianza, debe recuperarse antes de aceptar el contacto. El terapeuta motiva primero a los pacientes a tocar sus propios cuerpos: darse palmadas, frotarse y masajearse a sí mismos. De esta manera, adquieren conciencia de sí mismos y experimentan el «sentirse a sí mismos», la sensación de tocarse y ser tocados simultáneamente. [...] Posteriormente, pueden comenzar a tocarse en encuentros breves, rítmicos y periféricos, como toques ligeros en los hombros o tocar la mano de un vecino. A medida que se involucran más entre sí, el contacto es menos periférico; más sostenido e incluye el contacto visual. Los pacientes raras veces perciben este tipo de contacto como amenazador o sexualmente provocativo, porque, como parte de la danza, está estructurado en el espacio, es rítmico y altamente visible (Schmais, 1985, p. 30-31).

También Lemieux (2001), en su modelo *contact movement therapy*, utiliza el con-tacto en algunas etapas importantes de su modelo,¹⁵ y parece mirar el toque en este continuo. Veamos ahora las cuatro categorías del modelo.

15 Las etapas son: a) hacer contacto, b) construir confianza, c) crear un dueto, d) trabajar con el toque, e) dar y recibir apoyo, f) correr riesgos, g) trabajar el movimiento espontáneo y h) cerrar. Una de ellas es específicamente relativa al toque y las otras lo usan a menudo (Lemieux, 2001).

1) El tacto

El tacto se usa para explorar el entorno, para hacer presión, para empujar, para sentir el suelo, etc. También se usa como complemento sensorial cuando el movimiento se hace con los ojos cerrados. Asimismo, el uso de materiales específicos, que se tuercen y aprietan, permite sentir diferentes texturas mientras nos relacionamos con los materiales de distintas formas a través del tacto (Meekums, 2002).

Sharon Chaiklin, cuando habla de las especificidades de la DMT, refiere:

La DMT, por su parte, pone el énfasis en el cuerpo y su postura, en la forma en que esta influye en la percepción de uno mismo y de los otros; también en las tensiones del cuerpo [...]; en la conciencia de la respiración [...] y en la *utilización sensorial del tacto* (2008, p. 36).

Payne (2005, p. 140) apunta el «refuerzo de la conciencia corporal mediante la estimulación táctil» como una práctica de trabajo con adolescentes en DMT. También Tortora (2008, p. 180), en su trabajo con niños, habla de la utilización del tacto y considera que el cuerpo es el principal instrumento terapéutico.

El tacto no es solamente sentir con las manos: donde haya piel y terminaciones nerviosas podremos considerar que se produce la estimulación táctil. Ampliando así nuestro entendimiento del tacto, incluimos en esta categoría algunos de los ejercicios de enraizamiento (Meekums, 2002): imaginar que se camina sobre varias superficies adquiriendo conciencia de cómo el pie toca en el suelo; quedarse de pie moviendo un pie cada vez, cambiando la superficie que está en contacto con el suelo; presionar el suelo con los dos pies antes de saltar, etc. Así mismo, también el trabajo en el suelo estimula las sensaciones físicas del tacto.

2) Autotocamiento

La acción de tocar el propio cuerpo se usa a menudo en las sesiones de DMT, especialmente en la fase de calentamiento para la activación del cuerpo, o durante el proceso propiamente dicho para apoyar el autoconocimiento y la conciencia, trabajando los límites y el aquí y ahora (Popa y Best, 2010; Capello, 2008; Payne, 2005; Meekums, 2002). El autotocamiento y la forma de hacerlo es también una de las características idiosincrásicas del paciente que se observa en DMT, y es una categoría considerada en muchas hojas de observación y notación del movimiento (Panhofer, 2007).

La acción propiamente dicha puede hacerse con más o menos sutileza o fuerza, con las puntas de los dedos o toda la mano, con el contacto de distintas partes del cuerpo; puede ser acariciarse, dar palmaditas, frotar, masajear, friccionar... (Meekums, 2002).

Recientemente, Seoane (2016) ha desarrollado un método para promover la autorregulación que utiliza el autotocamiento basado en los tipos de toque que un cuidador proporciona a un niño, y que puede ser sugerido por el terapeuta en sesiones de DMT para evitar el contacto directo.

3) Contacto indirecto

El con-tacto no requiere necesariamente un contacto físico real, puesto que muchas veces nos sentimos «tocados» por algo que compartimos con otros, o nos sentimos invadidos por una determinada persona, solo porque ella se ha acercado demasiado (*Touch by proxy*, Hunter y Struve, 1998, p. 165).

Entrada en el espacio/kinesfera personal del otro

El espacio personal alrededor de nuestros cuerpos puede considerarse una extensión de nuestra identidad propia en la medida en que, cuando ese hipotético espacio es ocupado por otros no invitados, podemos sentirnos personalmente invadidos (Meekums, 2002, p. 68).

Cada persona tiene un espacio personal propio o kinesfera, y entrar en ese espacio puede significar «tocar» a la persona. El espacio personal (Hall, 1969)¹⁶ es un área alrededor del cuerpo que consideramos nuestra y que no se aprende verbalmente, sino por emersión en una determinada cultura y en un determinado sistema familiar.

En la kinesfera personal se consideran las categorías de grande, mediana y pequeña (Meekums, 2002) y todos tendemos a movernos usando los tres tipos de kinesfera según la situación. Sin embargo, algunas personas no tienen esta flexibilidad y pueden beneficiarse de un trabajo que les permita aumentar la consciencia de su propia kinesfera, como el trabajo en pareja. También la técnica de la imitación (*mirroring*), muy potente para establecer la relación y un pilar del trabajo en la DMT (Fischman, 2005; Levy, 1988), se suele trabajar en la kinesfera personal.

Los materiales

Los materiales pueden unir a las personas, de tal forma que el movimiento de una tiene impacto en el movimiento de la otra; en este sentido, ellas están conectadas físicamente, se están tocando. Los materiales son sugeridos por el terapeuta o seleccionados por los pacientes entre un conjunto disponible en la sesión, tienen un gran poder simbólico y se pueden usar proyectivamente. Telas elásticas, paracaí-

¹⁶ Citado por Capello, 2008, p. 108, y por Hunter y Struve, 1998, p. 167.

das, hilos y cuerdas son materiales típicos de la DMT y pueden usarse como puente entre dos o más personas (Meekums, 2002).

Cuando los materiales conectan a dos o más personas suelen dar una sensación de seguridad al grupo (Payne, 2005). En este caso, los objetivos de su uso son similares a lo que ocurre en el contacto directo. Sin embargo, tienen la ventaja de permitir un con-tacto sin toque físico directo, lo que puede ser útil para pacientes con problemáticas asociadas.

4) Contacto directo

El contacto físico entre dos o más personas, espontáneo o sugerido por el terapeuta, puede ocurrir entre terapeuta y paciente o en los grupos terapéuticos. Cuando los miembros de un grupo deciden tocarse, el terapeuta deja fluir los movimientos pero salvaguardando a cada individuo. Así, debe intervenir en caso de que vea que alguien se siente amenazado o invadido si los pacientes no tienen la posibilidad de hacerlo por sí mismos. Los comportamientos de violencia explícita hacia uno mismo o hacia los demás son siempre violaciones del encuadre terapéutico y no se permiten.

La eficacia de las intervenciones en DMT basadas en las técnicas de la danza, en especial las que implican el contacto físico, ha sido ya comprobada (Bräuninger, 2014). Sin pretender ser exhaustivos, daremos algunos ejemplos de ejercicios y técnicas que pueden englobar el uso del contacto directo o su trabajo con el apoyo de los materiales (Capello, 2008; Payne, 2005; Meekums, 2002; Lemieux, 2001; Sherborn, 2001; Penfield, 1992):

- Rituales de danza en círculo
- Dibujo de partes del cuerpo o de todo el cuerpo
- Trabajo en parejas, como la danza de las manos (dos personas se mueven en conjunto, tocándose en las manos, compartiendo el liderazgo); el contrapeso (dos personas se dan las manos y encuentran un punto de equilibrio donde el peso es compartido y juegan después con cambios en ese peso); dar y recibir el peso (abandono de todo el peso en el cuerpo de otra persona)
- Ejercicios de equilibrio y acrobacias
- Técnicas de la danza, como el *contact-improvisación*
- Contacto provocativo en el juego, como empujar o arrastrar, o dar un golpe rápido en determinadas partes del cuerpo
- Sintonizar con el paciente poniendo una mano en su cuerpo e igualando su ritmo y tensión
- Rituales de despedida al final de la sesión, que pueden ayudar a cerrar y alientan a la participación futura

Funciones del con-tacto en la psicoterapia y en la DMT

Las posibles funciones del con-tacto en psicoterapia y en DMT¹⁷ presentadas pueden encontrar expresión en las cuatro dimensiones descritas: la estimulación táctil, el autotocamiento, el contacto indirecto y el contacto directo. Hablamos de las funciones de:

1. Contención: providenciar una base segura proporcionando confianza, apoyo y seguridad (el *holding* winnicottiano); calmar al paciente y sostenerlo físicamente; restringir físicamente al paciente por riesgo de daño propio o a los demás.
2. Sintonización con el paciente: comunicar empatía y reforzar el sentimiento de pertenencia al grupo; incluye gestos de felicitación o celebración.
3. Cuidado: providenciar un cuidado nutritivo ofreciendo afecto o apoyo y expresando un cuidado maternal simbólico; puede servir como una experiencia reparadora o para disminuir la resistencia.
4. Relación: providenciar un contacto real y reforzar la presencia física y psíquica del yo y del otro; afirmar las fronteras del yo; poner a prueba el concepto de sí mismo a través de la relación con los demás; ayudar a alcanzar los objetivos terapéuticos de un grupo (cohesión, interacción con los demás, sentimiento de seguridad, etc.); providenciar el contacto físico estimulando la relación (por ejemplo, cuando se coge y se acuna a un niño con discapacidades profundas).
5. Relación terapéutica: reforzar la alianza terapéutica y solidificar la relación cambiando el nivel de intimidad; resolver bloqueos terapéuticos; apoyar al paciente para su completa participación en el proceso terapéutico (incluye asumir los riesgos inherentes al intento de cambiar o limitar el impacto negativo de temas muy cargados emocionalmente y ayudar al paciente a afrontarlos).
6. Comunicación: enfatizar un punto o servir de indicador de la comunicación verbal, reorientar el discurso del paciente, dar la palabra o pedir silencio; llegar al paciente cuando la comunicación verbal no es posible o cuando las funciones cognitivas están deterioradas; ayudar a un paciente con dificultades para comunicarse; incluye los gestos sociales y rituales para saludar.

¹⁷ La reseña expuesta representa nuestra categorización y proviene de un análisis de lo descrito por autores de las psicoterapias verbales y corporales, y de la DMT, que hicimos en otro trabajo (Malaquias, 2010). Para otros ejemplos de categorización del contacto, véase la de Westland (2011) o las *Motivations for the use of touch* de Matherly (2013).

7. Evocación: evocar las memorias corporales, los estados emocionales pasados o los traumas (tales como el duelo o la rabia) para ayudar al trabajo terapéutico con esas experiencias; ayudar a pacientes con dificultades para experimentar o reconocer emociones; facilitar la descarga emocional o somática; explorar sentimientos agresivos de forma controlada (p. ej.: pulsear).
8. *Embodiment*: aumentar la conciencia corporal amplificando la atención a las sensaciones corporales; facilitar la percepción de la unión mente-cuerpo; aumentar la conciencia de las tensiones, los bloqueos, la respiración; hacer la unión entre la conciencia fisiológica y las emociones; hacer consciente la reacción personal al toque; providenciar la estimulación táctil y vestibular a través del balanceo o acunando.
9. Realista: traer al aquí y ahora, comunicar un sentido de realidad fortaleciendo o reponiendo el contacto con lo real; puede usarse cuando el paciente es incapaz de comunicarse verbalmente, en estados de ansiedad y desesperación, o para vigorizar a un paciente bloqueado; anclar la conciencia en el cuerpo en pacientes que se alejan de lo real.
10. Creativa: estimular la imaginación y la expresión emocional; liberarse de la necesidad de control absoluto; asumir riesgos.
11. Lúdica: parte integrante del juego; infantilizar una situación o problemática; con-tacto provocativo apelando al juego.
12. Apoyo a tareas, ejercicios o movimientos: permitir los movimientos asistidos en personas con discapacidades físicas severas; servir como modelo o ayudar en la capacitación a través de la experiencia.

En el futuro, nos parecerá interesante investigar cómo se utilizan las funciones del con-tacto descritas en la práctica de la DMT, validando o no esta lista. Percibir cómo el terapeuta y el paciente vivencian el con-tacto puede también ayudar a encuadrarlo en nuestra disciplina. Este análisis tendría siempre que basarse en la experiencia subjetiva y contextualizada de la relación terapéutica, dado el carácter idiosincrásico del con-tacto.

Aportaciones éticas¹⁸ y sugerencias clínicas

La DMT posee herramientas inherentes al trabajo con el cuerpo y el movimiento que le permiten integrar el uso del con-tacto de forma eficaz y heurística en el

¹⁸ En este artículo englobamos el contacto entre miembros de un grupo terapéutico y entre paciente y terapeuta, pero no podemos olvidar que este último tipo de contacto conlleva siempre cuestiones éticas, que

proceso terapéutico. Las teorías del *embodiment* toman el cuerpo como el terreno existencial de la percepción y de la acción y rechazan el dualismo cartesiano mente-cuerpo (y sujeto-objeto). Recientes investigaciones concluyen que las cogniciones, actitudes y emociones tienen sus fundaciones en el cuerpo (Koch, 2006).

La empatía kinestésica se considera una de las mayores contribuciones de la DMT al campo de la psicoterapia (Fischman, 2008; Levy, 1988) y representa la capacidad de vivenciar y establecer relaciones empáticas desde el propio cuerpo del terapeuta, que intenta adaptar su postura, su respiración, su tensión muscular y sus cualidades del movimiento a las del paciente (Panhofer, 2005). Creemos que esta capacidad de empatía kinestésica, tan desarrollada en los danza movimiento terapeutas (Federman, 2010), nos permite recoger información fundamental sobre la vivencia del con-tacto por parte del paciente y aportar luz sobre la decisión de utilizarlo o no, con cada paciente en particular o en una situación o momento terapéutico específico (Matherly, 2013; Hervey, 2007; Koch, 2006).

En la formación del terapeuta, el movimiento se usa para su autoconocimiento, para que pueda emplear su propio cuerpo como una herramienta terapéutica y desarrollar la capacidad de conciencia y empatía kinestésicas. Se garantiza, así, lo preconizado para el uso ético del con-tacto: «No recomiendo el uso del toque como técnica terapéutica a menos que el analista esté dispuesto a participar en una formación en análisis corporal que promueva la conciencia somática interna de su cuerpo» (Greene, 2001, p. 582). También Lundy y McGuffin (2005) comprueban que la formación en DMT puede aumentar la eficacia y la sensibilidad en la aplicación de la técnica restrictiva *therapeutic holding*, que implica el contacto físico.

La decisión de utilizar el con-tacto en DMT es una decisión ética que cada terapeuta debe hacer respecto a su práctica, pero también forma parte del día a día del proceso terapéutico y ocurre en el desarrollo de la relación, del proceso, en el momento mismo en que tenga sentido en la comunicación entre terapeuta y paciente (Hervey, 2007). Así, el con-tacto no es una técnica específica en DMT: sucede (o no) como parte de la danza de dos cuerpos que se relacionan.

Para que el con-tacto pueda utilizarse en beneficio del paciente y de forma ética, conviene debatir algunas indicaciones prácticas, ya que no están claras en los códigos éticos de la DMT (Matherly, 2013; Warnecke, 2011; Westland, 2011; Malaquias, 2010). Son ejemplos de estas sugerencias:

abordaremos aquí muy brevemente. Para una profundización del contacto en una perspectiva ética, véase Malaquias, 2010.

- El terapeuta debe analizar cuál es su actitud propia y grado de confort hacia el contacto y decidir si quiere utilizarlo o no en su repertorio como terapeuta. Si no resulta comfortable es mejor asumir que no.
- Si el terapeuta decide usar el contacto, debe esclarecer este tema cuando se establece el contrato terapéutico; debe explicar el tipo de trabajo que se propone, incluir la posibilidad de que el contacto ocurra y preguntar al paciente sobre ello.
- Antes de empezar a usar el contacto debe haberse establecido una fuerte alianza terapéutica.
- Tener en cuenta las características de la relación y del cliente; el toque es beneficioso para algunos y desaconsejado para otros.
- Introducir el tacto y el autotocamiento antes del contacto físico directo.
- Tomar decisiones en el momento: elegir con conciencia si quiere o no tocar a ese paciente en particular y en cada momento de la sesión; reflexionar posteriormente sobre el impacto del contacto.
- Hablar sobre el tema, en caso de que sea necesario, explorando la percepción del paciente y su significado subjetivo.
- Observar siempre cuál es el efecto del toque en el paciente y en la relación terapéutica utilizando el *embodiment*, la empatía kinestésica y la contra-transferencia somática como fuentes de información y conocimiento relacional y comunicacional.
- Analizar la transferencia y la contratransferencia y hacer uso de la supervisión.

Conclusiones

Hemos visto cómo la DMT usa el con-tacto en sus estrategias prácticas y cómo posee herramientas inherentes al trabajo con el cuerpo y el movimiento que le permiten integrar su uso de forma eficaz y heurística para el proceso terapéutico; además, el encuadre de la relación terapéutica en nuestra disciplina, especialmente la integración del cuerpo del terapeuta, garantiza una utilización ética del con-tacto en DMT.

Creemos que, como cualquier otra intervención terapéutica, el con-tacto no puede prescribirse y debe ser integrado e incorporado en la relación y el encuadre de la terapia guiado por razones teóricas, éticas y culturales, por la conciencia del terapeuta, por su conocimiento del paciente, por la relación terapéutica y, asimismo, por el proceso terapéutico.

Aprovechando las palabras de Turp (2000, p. 65): «Hay dos cuestiones diferentes que cabe considerar: la cuestión del contacto físico informal, por ejemplo, dar la

mano a un paciente cuando entra en la sala, y la cuestión del contacto físico estructurado, como en un masaje o ejercicio de bioenergética».

Creemos que en la DMT se da una tercera forma de con-tacto, que no es impuesta como técnica por un terapeuta que tiene el control y el poder, sino que es parte integrante de la danza comunicativa cocreada entre el terapeuta y el paciente en la relación terapéutica.

Por último, la DMT se basa en las teorías del desarrollo humano y de la vinculación para pensar el organismo humano y asimismo la relación terapéutica. No es extraño para los danza movimiento terapeutas la visión de Stern (1992) sobre la comunicación multimodal entre madre y bebé, la sintonización afectiva o la muy potente técnica de «hacer de espejo», que bebemos del modelo del autor. También la noción de vinculación es importante para estos terapeutas. En estas teorías, el con-tacto asume un rol primordial, ya que esta modalidad sensorial es la más utilizada en los primeros tiempos de vida. Sin embargo, aún no hemos adoptado el con-tacto como parte integrante en nuestro modelo terapéutico. ¿Habrà lugar, en el futuro, a una traslación para la DMT de esta evidencia de la importancia del con-tacto?

Referencias bibliográficas

- Baum, R. (2007). Looking backward, dancing forward: A student's encounter with the practice of dance movement therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 34(3), 249-55.
- Bräuning, I. (2014). Specific dance movement therapy interventions – Which are successful? An intervention and correlation study. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 445-57.
- Capello, P. (2008). BASCICS: un modelo intra/interactivo de DMT con pacientes psiquiátricos adultos. En H. Wengrower y S. Chaiklin (eds.). *La vida es danza* (pp. 101-28). Barcelona: Gedisa.
- Chaiklin, S. (2008). Hemos danzado desde que pusimos nuestros pies sobre la tierra. En H. Wengrower y S. Chaiklin (eds.). *La vida es danza* (pp. 27-37). Barcelona: Gedisa.
- Federman, D. J. (2010). The co-joint change in kinaesthetic ability and openness to experience in the professional development of DMT trainees. *The Arts in Psychotherapy*, 37(1), 27-34.
- Fischman, D. (2005). ¿Por qué el movimiento y la danza en psicoterapia? *Primeras Jornadas Luso-Ibéricas de Danza Movimiento Terapia* (pp. 1-9). Barcelona.
- (2008). Relación terapéutica y empatía kinestésica. En H. Wengrower y S. Chaiklin (eds.). *La vida es danza* (pp. 81-96). Barcelona: Gedisa.

- Goodill, S. (2005). *An introduction to medical dance/movement therapy: health care in motion*. Londres: Jessica Kingsley.
- Greene, A. U. (2001). Conscious mind: Conscious body. *Journal of Analytic Psychology*, 46, 565-90.
- Hertenstein, M. J. (2002) y Keltner, D. (2009). The Communication of emotion via Touch. *Emotion*, 9(4), 566-73.
- Hertenstein, M. J., Keltner, D., App, B., Buleit, B. A. y Jaskolka, A. R. (2006). Touch communicates distinct emotions. *Emotion*, 6(3), 528-33.
- Hervey, L. W. (2007). Embodied Ethical Decision Making. *American Journal of Dance Therapy*, 29(2), 91-108.
- Hunter, M. y Struve, J. (1998). *The Ethical Use of Touch in Psychotherapy*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Kertay, L. y Reviere, S. L. (1993). The use of touch in psychotherapy: Theoretical and ethical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(1), 32-40.
- Koch, S. (2006). Interdisciplinary embodiment approaches. Implications for creative arts therapies. En S. Koch e I. Bräuninger (eds.). *Advances in Dance/Movement Therapy. Theoretical Perspectives and Empirical Findings* (pp. 17-28). Berlín: Logos.
- Lemieux, A. (2001). Contact Movement Therapy for Clients with Eating Disorders. En R. McComb y J. R. Clopton (eds.). *Eating Disorders in Women and Children*. Boca Raton: CRC Press.
- Levy, F. J. (1988). *Dance/Movement Therapy: a Healing Art*. Reston: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.
- Loman, S. y Sossin, M. (2010). Introducción al Perfil de Movimiento de Kestenberg y la DMT. En H. Wengrower y S. Chaiklin (eds.). *La vida es danza* (pp. 259-88). Barcelona: Gedisa.
- Lundy, H. y McGuffin, P. (2005). Using dance/movement therapy to augment the effectiveness of therapeutic holding with children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18(3), 135-45.
- Malaquias, S. (2010). El toque en la Danza Movimiento Terapia: perspectivas teórica, ética y empírica. Universidad Autónoma de Barcelona. Tesina del máster de Danza Movimiento Terapia. Recuperado de <http://www.recercat.cat//handle/2072/260418>
- Matherly, N. (2013). Navigating the Dance of Touch: An Exploration into the Use of Touch in Dance /Movement Therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 36, 77-91.
- Meekums, B. (2002). *Dance movement therapy: a creative psychotherapeutic approach*. Londres: Sage.

- Monsegur, T. (2008). Testimonios de profesionales en los centros donde se ha introducido la DMT. En H. Wengrower y S. Chaiklin (eds.). *La vida es danza* (pp. 335-54). Barcelona: Gedisa.
- Montagu, A. (1986). *Touching: The Human Significance of the Skin*. (3ª ed.). Nueva York: Harper Paperbacks.
- Panhofer, H. (2005). «Come back, come back!»: Apegos rotos y sus implicaciones clínicas en Danza Movimiento Terapia. En H. Panhofer (ed.). *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 99-130). Barcelona: Gedisa.
- (2007). *Observación y análisis del movimiento*. Presentación en Power Point. Material didáctico distribuido para el máster en DMT. Autónoma Interactiva, UAB.
- Payne, H. (2010). Personal development groups in post graduate dance movement psychotherapy training: A study examining their contribution to practice. *The Arts in Psychotherapy*, 37(3), 202-10.
- (2005). Encerrados y excluidos: Danza Movimiento Terapia con niños y adolescentes. En H. Panhofer (ed.). *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 131-182). Barcelona: Gedisa.
- Penfield, K. (1992). Individual movement psychotherapy: dance movement therapy in private practice. En H. Payne (ed.). *Dance movement therapy: theory and practice* (pp. 163-81). Londres: Routledge.
- Popa, M. R. y Best, P. A. (2010). Making sense of touch in dance movement therapy: A trainee's perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 5(1), 31-44.
- Sakiyama, Y. y Koch, N. (2003). Touch in Dance Therapy in Japan. *American Journal of Dance Therapy*, 25(2), 79-95.
- Schmais, C. (1985). Healing processes in group dance therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 8, 17-36.
- Schmais, C. y White, E. (1986). Introduction to dance therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 9(1), 23-30.
- Seoane, K. J. (2016). Parenting the Self with Self-Applied Touch: A Dance/Movement Therapy Approach to Self-Regulation. *American Journal of Dance Therapy*, 38(1), 21-40.
- Shaw, J. (2009). Narratives. *American Journal of Dance Therapy*, 31(1), 71-82.
- Sherborne, V. (2001). *Developmental Movement for Children: Mainstream, Special Needs and Pre-School*. Londres: Worth Publishing.
- Smith, E. W. L., Clance, P. R. e Imes, S. (1998). *Touch in Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*. Nueva York: Guilford Press.
- Stanton-Jones, K. (1992). *An Introduction to Dance Movement Therapy in Psychiatry*. Londres: Routledge.

- Stern, D. (1992). *O mundo interpessoal do bebê – Uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stevens, J. y Green, B. (1996). History of Research on Touch. *In Pain and Touch* (pp. 1-23). Amsterdam: Elsevier.
- Toronto, E. L. (2001). The human touch: An exploration of the role and meaning of physical touch in psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 18(1), 37-54.
- Tortora, S. (2008). La DMT en el tratamiento de niños pequeños. Diferentes puntos de vista. En H. Wengrower y S. Chaiklin (eds.). *La vida es danza* (pp. 169-94). Barcelona: Gedisa.
- Turp, M. (2000). Touch, enjoyment and health: in adult life. *European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*, 3(1), 61-76.
- Warnecke, T. (2011). Stirring the depths: transference, countertransference and touch. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 6(3), 233-43.
- Westland, G. (2011). Physical touch in psychotherapy: Why are we not touching more? *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 6(1), 17-29.
- Willis, C. (1987). Legal and ethical issues of touch in dance/movement therapy, *American Journal of Dance Therapy*, 10, 41-53.

Danza Movimiento Terapia: teoría y práctica del enraizamiento (*grounding*) y la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama

ISABEL ÁLVAREZ y PATRICIA DE TORD

Presentación

Tanto el diagnóstico del cáncer de mama como sus tratamientos suponen una importante fuente de estrés. Según un estudio reciente (Rabadán, Chamarro y Álvarez, 2017), la fatiga, el dolor, el estrés, la ansiedad y la depresión son los síntomas más prevalentes en esta población. En especial, se ha identificado una elevada prevalencia de fatiga durante la quimioterapia (49%), al finalizarla (47%) y durante el año posterior a la misma (31%). Además, teniendo en cuenta que el pecho simboliza la feminidad, la belleza y la maternidad, la pérdida de uno o ambos de estos órganos tras la mastectomía supone un ataque a la imagen corporal de la mujer y comporta muchas reacciones negativas (Lagos Prates, Freitas-Junior, Ferreira Oliveira Prates, De Faria Veloso y De Moura Barros, 2017). Entre los problemas psicológicos más importantes están la vergüenza, la culpabilidad, la desesperación, la negación y el sentimiento de falta de atracción, la falta de deseo sexual y problemas de relación o cambios de roles en la pareja, además del estrés y la depresión antes mencionados (Rezaei, Elyasi, Janbabai, Moosazadeh y Hamzehgardeshi, 2016).

Por lo tanto, el daño en la autoestima y la imagen corporal, los miedos y las preocupaciones referidos al futuro no son solo causa de ansiedad y depresión (AECC 2002) sino que también pueden derivar en una sensación de alienación del cuerpo, sobre todo en la fase de los tratamientos (Álvarez, 2014). Debido a la alta medicalización, la mujer ya no siente su cuerpo como el suyo (Vlogaert y Aguirre, 2013).

Por otro lado, las secuelas físicas (fatiga, problemas de dolor, de movilidad en el brazo afectado, linfedema,¹⁹ aumento de peso, caída del pelo) influyen también en

¹⁹ Se refiere a la hinchazón del brazo del lado en el que se ha sufrido la intervención quirúrgica de mama y axila debido a la acumulación de líquido intersticial como consecuencia de la extirpación de los ganglios linfáticos de la axila (AECC, 2014).

la percepción de la propia imagen y pueden provocar inestabilidad psíquica (Álvarez, 2014). Los efectos secundarios de los tratamientos pueden ser temporales, permanecer en el tiempo o bien convertirse en una situación crónica de salud (Ferro y Prades, 2013). Esta realidad, que muestra que la enfermedad de cáncer de mama es un proceso largo y con muchos altibajos, junto con las sesiones realizadas con esta población en el año 2014 (Álvarez), nos ha llevado a identificar algunas características generales que también coinciden con el estudio de caso de Blázquez, Nierga y Javierre (2011):

- Sensación de inseguridad, fragilidad y falta de confianza en su cuerpo, en sí mismas y en la vida en general.
- Prevalencia de peso ligero en términos de Laban, que se asocia a una falta del sentido del *self* y a una baja autoestima (Stanton-Jones, 1992).
- Necesidad de compartir sus vivencias y sentirse apoyadas y acompañadas entre ellas y por el terapeuta.

Consideramos que los apoyos físicos que aporta el concepto de enraizamiento (*grounding*) en DMT son propicios para aplicar a esta población, entendiendo por apoyos físicos no solo el contacto con el suelo o la pared del espacio, sino también el apoyo físico y relacional, y el arraigo en el momento y el lugar en el que se encuentran.

La DMT alberga también muchos recursos para trabajar una imagen corporal que ha sufrido un trauma físico y psíquico, como es el caso de estas mujeres. Dentro de las técnicas que ofrece el trabajo de la imagen corporal pondremos atención en el cuerpo sensible, en la relajación y la respiración para escucharse a sí mismas y conectar con sus emociones.

Enraizamiento (*grounding*) en Danza Movimiento Terapia y mujeres con cáncer de mama

«El árbol más fuerte y frondoso vive de lo que tiene debajo» (proverbio chino).

Actualmente, el concepto de enraizamiento (*grounding*) en DMT recupera las ideas desarrolladas por Lowen²⁰ (1993, 2009) de conexión o relación con la tierra (suelo), equilibrio y estabilidad física, y los apoyos: el enraizamiento no solo significa estar sostenido y soportado por la tierra/el suelo, sino que el contacto físico, el

²⁰ Alexander Lowen (1910-2008), psicoterapeuta corporal estadounidense y fundador del análisis bioenergético, desarrolló el concepto de enraizamiento (*grounding*).

sostén del terapeuta y de los demás que participan en las sesiones actúan también como suelo (Perlman, 2016). Pero además, de un modo general, el enraizamiento hace referencia a la posibilidad de percibir nuestro cuerpo, tomar conciencia del mismo y vivir aquí (lugar en el donde nos encontramos) y ahora (contexto económico-social, incluyendo aspectos físicos y psicológicos) (Meekums, 2005; Panhofer, 2006). Como dice Hackney, una persona enraizada es alguien que está en contacto con el centro de gravedad de su cuerpo y en relación con la tierra; en el sentido más amplio, hace referencia a alguien que está presente consigo mismo, *en casa*, en su propio cuerpo/mente (2002). Esta definición se puede perfectamente aplicar a todo el mundo y también a esta población. Es decir, para estar enraizadas o arraigadas, estas personas deben tener una buena relación y conexión con la tierra que las sustenta y las apoya, pero sobre todo deben estar bien con ellas mismas, es decir, deben conectar con su ser interior, con las percepciones, las sensaciones y la conciencia del cuerpo o «físicaidad» (Clauer, 2011) y también con los demás, con su realidad externa. El concepto más abstracto del aquí y del ahora se puede trabajar mediante diferentes ejercicios que fomenten las sensaciones corporales, incluidas diferentes técnicas de respiración (Meekums, 2005).

Para las mujeres con cáncer de mama, un ejemplo ilustrativo para trabajar la verticalidad, el eje central y el enraizamiento en la quietud consiste en colocarse de pie, con los pies bien apoyados y el peso distribuido por igual en el suelo, y los ojos cerrados, sintiendo el suelo y la estabilidad: inspiramos y espiramos por la nariz, sintiendo al inspirar la energía que entra por el interior del cuerpo, desde los pies y las piernas pasando por el centro de gravedad o *hara* japonés, hasta la coronilla; al espirar, soltamos y enviamos de nuevo la energía hacia la tierra pasando por la *hara* y por todo el cuerpo. Se puede, además, explorar el equilibrio/desequilibrio levantando ligeramente una pierna para experimentar los estados de estabilidad/desequilibrio (física y emocional) (Pallaro 1996).

Definición de imagen corporal

Schilder²¹ (1886-1940) define la imagen corporal como «aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que este se nos aparece» (1987, p. 15). Desde entonces, el concepto de imagen corporal ha evolucionado y ha pasado por muchas definiciones en el ámbito de la filosofía y la psicología.

21 Psiquiatra y psicoanalista norteamericano cuyo libro *Imagen y apariencia del cuerpo humano* es el primer referente para DMT en cuestiones de neuropsiquiatría en relación con el cuerpo.

Ahora, la imagen corporal no se limita solamente a una imagen mental que nos podamos formar de nuestro cuerpo, sino que también se basa en una experiencia subjetiva que se perfila a través de las percepciones que cada uno recibe de o a través de su propio cuerpo, el cuerpo de los demás y el medio en el que se mueve. En estas percepciones desempeñan un papel activo, aunque no siempre consciente, las creencias y actitudes, muchas veces condicionadas por normas culturales, quiénes debemos de ser, nuestras emociones, experiencias pasadas y vivencias con otras personas. Es decir, en la formación de la imagen corporal no solo está implicada la manera en que vemos nuestro cuerpo, sino también cómo lo vivimos, sentimos y percibimos.

Construcción de la imagen corporal en DMT

Para Chace (1993), pionera de la DMT, la imagen corporal es dinámica, se construye a través del movimiento y es una creación social. Considera que la imagen corporal se desarrolla a través de experiencias individuales con los demás. También Dosamantes (1992) y Pallaro (1996) destacan el aspecto social y de interacción como factor determinante para promover cambios. Dosamantes afirma, además, que el contexto social y la interacción con nuestro entorno tienen una gran influencia en la percepción de nuestros cuerpos y de nuestra manera de movernos.

Pylvänäinen (2003), en su estudio sobre la imagen corporal, recopila las ideas tanto de las pioneras de la DMT como de las generaciones posteriores y elabora su modelo tripartito. Diferenciar estos tres aspectos de la imagen corporal nos ayuda a clarificar el significado psicológico del cuerpo y sus expresiones no verbales, lo que constituye una herramienta de gran utilidad para trabajar el concepto en la DMT. Estos tres aspectos están interrelacionados y son igualmente importantes:

- Cualidades propias de la imagen: el cuerpo, sensaciones corporales, aspecto físico, la percepción de uno mismo, las creencias y actitudes acerca de uno mismo.
- *Self* corporal: sensaciones internas, donde tienen un papel importante la (inter)acción y la emoción, el ser social y el ser interpersonal, el yo interior y la afectividad; la imagen corporal se construye interactuando.
- Memoria corporal: el cuerpo como contenedor de experiencias, punto de referencia para evaluar sensaciones actuales; guarda el repertorio de respuestas en movimiento.

Según Pylvänäinen (2003), la memoria corporal y el *self* corporal están estrechamente ligados: el *self* corporal actúa en el presente y cada momento vivido es almacenado en la memoria corporal, que, a su vez, conforma el trasfondo para evaluar el momento presente. Una buena forma de trabajar la imagen corporal de la mujer es, por ejemplo, pedirle que realice un dibujo de sí misma adjuntando una palabra y realizar una dinámica con las cartas de dibujos simbólicos Dixit. Ambas dinámicas se pueden finalizar verbalmente o bien en movimiento para reintegrar los momentos traumáticos vividos en una narrativa coherente.

Para clarificar el trabajo de DMT con esta población hemos agrupado los aspectos que unen el enraizamiento con la imagen corporal en dos bloques de igual importancia y claramente interrelacionados: la percepción y conciencia del *self* corporal y emocional (yo interior) y la percepción y conciencia del *self* relacional.

Conciencia del *self* corporal y emocional (yo interior)

Según Pallaro (1996), para llegar a experimentar tu yo interior es absolutamente necesario empezar desde el cuerpo y sus experiencias. El trabajo de enraizamiento facilita este proceso: tomar conciencia del cuerpo en contacto con el suelo, explorar los límites del mismo para definir el sentido personal del *self* y usar la respiración para que las personas perciban su cuerpo aquí y ahora. Y, como hemos visto, a través del movimiento en todos sus sentidos accedemos a las emociones y se forma y transforma el *self* corporal.

Los siguientes ejemplos de dinámicas pueden ilustrar estas ideas:

- Ejercicio de explorar los límites del cuerpo: de pie, nos vamos dando pequeños golpecitos por todo el cuerpo; otra forma puede ser el de darnos (auto) masajes estrujando con firmeza la piel y sus capas inferiores. Esta dinámica se puede ampliar con ejercicios de percusión corporal en que cada persona juegue con sus propios ritmos internos, incluso haciéndolo de manera grupal como en un «círculo de Chace».
- Conciencia corporal a dos con respiración: una persona se estira cómodamente en el suelo, boca arriba, con los pies apoyados contra la pared y los ojos cerrados. Otra persona, también con los ojos cerrados y sentada cómodamente en el suelo, le sujeta la cabeza con delicadeza por debajo del cráneo con ambas manos. La persona que está echada siente el apoyo de la pared, del suelo y de las manos de su compañera y va inspirando y espirando de una forma lenta y consciente, sintiendo la energía desde los pies hasta la cabeza.

La compañera va sintiendo la respiración, la energía y el movimiento de la que está echada. Van respirando juntas en sintonía.

- Relajación / escaneo corporal + respiración: escaneo guiado de las diferentes partes del cuerpo enfocado en la respiración consciente (Maley, 2002). Al poner conciencia en la respiración, trabajamos los movimientos internos y pueden surgir imágenes y sensaciones del yo interior. Tanto la relajación dirigida como los ejercicios de respiración conscientes ayudan a integrar el cuerpo y la autoimagen, de tal manera que el *self* corporal se convierte en el contenedor del *self* emocional (Álvarez, 2014). Además, una respiración regular y profunda es clave para trabajar emociones como la ansiedad, la angustia, el miedo, la tristeza e incluso la alegría (Clauer, 2016). La relajación, una de las dinámicas más valoradas por las participantes en el estudio de Álvarez (2014), ayuda a desbloquear tensiones en el cuerpo y la mente y mitiga la ansiedad.

El factor del esfuerzo de peso de Laban (2011), relacionado con la aserción y la intención, también está directamente relacionado con el *self* corporal y la conciencia corporal (De Tord y Bräuninger, 2015). Por estos motivos, resulta de sumo interés trabajar este esfuerzo con las mujeres con cáncer de mama, ya que es el peso liviano con el que más se identifican (Álvarez, 2014). En este sentido, un buen ejercicio consiste en explorar las polaridades del elemento o factor de esfuerzo de peso de Laban (2011) trabajando las diferencias que se perciben entre el peso ligero o liviano y el peso firme, y combinarlo, por ejemplo, con el elemento de tiempo súbito relacionado con la decisión (Stanton-Jones, 1992).

El peso también se puede trabajar mediante los apoyos. Para ello, podemos usar elementos fijos, como el suelo o la pared, u objetos sueltos, como una pelota grande de fisioterapia. Pasar el peso, sentir el apoyo del compañero ayuda a sentir los límites de tu propio cuerpo, favorece también la comunicación y sirve para encontrar el sostén de las emociones que puedan surgir. Otra dinámica que utiliza los apoyos es la de formar un círculo cerrado en el que todas las participantes están de pie hombro con hombro. Con los ojos cerrados, dejándose llevar por el vaivén, sienten el apoyo de todo el grupo.

Conciencia del *self* relacional (*social self*)

Escuchar el propio cuerpo, conectar con él y trabajar los apoyos físicos y emocionales puede hacerse también en grupo, es decir, se puede explorar la propia identidad o bien la fusión con los demás mediante la conciencia o el reconocimiento de senti-

mientos y estados de ánimo o mentales con dinámicas o movimientos de interacción en grupo (Pallaro, 1996). Estas experiencias llevan a una mayor capacidad de aceptación del *self* corporal y del *self* social y trabajan al mismo tiempo los aspectos de conciencia corporal y emocional.

Los siguientes ejemplos muestran diversas dinámicas terapéuticas que exploran los apoyos y la confianza en el ámbito relacional para esta población:

- Se forma un círculo con varias mujeres de pie (cuatro o cinco). Una de ellas se coloca en el centro del círculo con los pies bien apoyados en el suelo, las piernas relajadas y los ojos cerrados, y se deja balancear de un lado al otro, suavemente, por el grupo que la contiene y la sostiene. Esta dinámica no solo fomenta la escucha, los apoyos y el equilibrio propios, sino que también incide en los aspectos de confianza (relacionales): dar/recibir, sostener/apoyar a alguien y dejarse apoyar/sostener.
- Otra dinámica que también trabaja la confianza en uno mismo, las resistencias, la escucha corporal y el acompañamiento es la del lazarillo, en la que una persona pone la mano en el hombro de otra, que cierra los ojos, y se van moviendo las dos juntas por la sala. La idea es acompañarla con delicadeza y practicar la sintonía en movimiento y la escucha. Luego se intercambian los papeles.

Movimiento grupal

Chace (1993) ideó diferentes técnicas para trabajar el poder del movimiento con los otros, la conciencia de uno mismo y la conciencia del otro, la empatía, la iniciativa y la confianza, de las cuales solo mencionaremos dos: el conocido paso del liderazgo en movimiento o círculo de Chace, que permite trabajar la cohesión y fomentar la iniciativa brindando a cada uno de los miembros del grupo la oportunidad de dirigir el movimiento de una forma activa y espontánea, sin menospreciar, ni obligar, ni favorecer a nadie, y la técnica de reflexión empática (*mirroring*) (Sandel, Chaiklin y Lohn, 1993).

La técnica del *mirroring*, ideada por Chace (1993), se practica por parejas y consiste en que una persona imite los movimientos espontáneos de otra captando en el propio cuerpo el tono emocional y sensorial de sus acciones. Fomenta no solo la empatía en los niveles emocional, sensorial y relacional, sino que también amplía el repertorio de movimientos. Permite ver y sintonizar con el «otro» y sus movimientos, y también darse cuenta de los propios movimientos, de la propia identidad. Esta dinámica se puede ampliar incorporando varios movimientos sencillos de po-

laridades de tipo abierto/cerrado, pequeño/grande, alto/bajo, pesado/ligero, encojer/expandir y otros, para asociarlos con las emociones correspondientes y viceversa. También se pueden practicar las propias respuestas corporales emocionales subjetivas, tales como miedo/coraje, tristeza/alegría, fuerza/debilidad, seguridad/inseguridad, etc., utilizando además la libre expresión vocal y facial para desbloquear el cuerpo y liberar emociones, activar el movimiento y, luego, compartir verbalmente todas estas experiencias subjetivas con los demás (Pallaro, 1996).

Ritmo grupal en sincronía con percusión

«El ritmo sencillo y repetitivo en grupo crea sincronía, armonía y cohesión» (Stanton-Jones, 1992)

Los ritmos de África occidental, en grupo, que utilizan la voz y la percusión y realizan movimientos repetitivos sencillos, son idóneos también para activar la relación con el suelo, el movimiento, propiciar la alegría y fomentar la relación grupal. Son ritmos en los que se emplea mucho la pelvis y las piernas relajándolas y doblándolas hacia el suelo, hacia la tierra, con los pies en paralelo presionando el suelo y activando la parte superior del cuerpo, mientras el tronco queda libre para moverse a su antojo y la base queda anclada a la tierra.

Una dinámica que se puede utilizar con las mujeres con cáncer de mama es moverse por toda la sala de una forma libre y lúdica, usando también la voz si se desea y siguiendo el ritmo de la música o de la percusión africanas. La percusión y el movimiento del cuerpo golpeando con los pies o las manos todos al mismo tiempo hace además que el grupo se convierta en una «sola voz» mediante movimientos repetitivos simples (Margariti, et al., 2012). La dinámica puede finalizar con un círculo de Chace, en el que la persona que lidera se sitúa en el centro, como en las danzas primitivas africanas.

Conclusión

En este artículo hemos abordado de forma introductoria la teoría y también la aplicación de algunos aspectos (corporales, emocionales y relacionales) del enraizamiento (*grounding*) y la imagen corporal en DMT. Conceptos, a nuestro entender, muy amplios y complejos, pero útiles para las mujeres con cáncer de mama, que los pueden aplicar de manera individual y en sesiones grupales.

Teniendo en cuenta el largo proceso que implica esta enfermedad y considerando también los tratamientos medicalizados del cuerpo, hemos deseado hacer

hincapié en estos aspectos de la persona, que están interrelacionados como un todo holístico.

En primer lugar, creemos que la terapia tiene que estar dirigida a buscar una respuesta al impacto físico, emocional y social que suponen el diagnóstico y los tratamientos. Por ello, es importante acompañar primero a estas mujeres en la escucha y facilitarles la conexión con su cuerpo/mente. Encontramos que tanto el enraizamiento como la imagen corporal ofrecen muchas técnicas para abordar los problemas específicos de esta población, como son el desajuste corporal y emocional, la ansiedad e inseguridad por el miedo al futuro, y la falta del sentido de *self* y enraizamiento, entre otros.

En segundo lugar, es importante que la DMT ofrezca un espacio positivo donde las mujeres puedan escucharse a sí mismas y entre sí, ser más amigas de sus cuerpos y emociones, y vivir aquí y ahora. Vemos la intervención de la DMT con estas mujeres como una oportunidad para que se transformen, encuentren su propia voz y se sientan ellas mismas capaces de enfrentarse al trauma de la enfermedad, procesarlo y superar las inseguridades, la baja autoestima y los episodios de estrés y ansiedad.

Creemos que la única forma de lograrlo es a través del trabajo de autoconciencia y creatividad para la transformación de nuestra realidad interna y externa. Facilitar estos recursos a estas mujeres, en sesiones de DMT, les permite integrarlos en sus vidas y recuperar o encontrar su propia identidad.

Referencias bibliográficas

- AECC (Asociación Española Contra el Cáncer). *Cáncer de mama*. Recuperado en junio de 2014 de <http://www.aecc.es>.
- *Cáncer de mama, una guía práctica*. AECC.
- Álvarez, I. (2014). *La imagen corporal en Danza Movimiento Terapia*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona. Tesina no publicada.
- Chace, M. (1993). Selected writings by Marian Chace. En S. L. Sandel, S. Chaiklin y A. Lohn (eds.). *Foundations of dance/movement therapy. The life and work of Marian Chace*. Columbia: The Marian Chace Memorial Foundation of The American Dance Therapy Association.
- Blázquez, A., Nierga, J. y Javierre, C. (2011). Terapia a través de la danza y el movimiento en mujeres con cáncer de mama: el impacto psicofísico del proceso empático. *Psicooncología*, 8(1), 31-43.
- Clauer, J. (2011). Neurobiology and psychological development of grounding and embodiment. Applications in the treatment of clients with early disorders.

- Bioenergetic Analysis. *The Clinical Journal of the Institute for Bioenergetic Analysis*, 21, 17-56.
- Clauer, V.-H. (2016). Body resonance and the voice. *The Clinical Journal of the Institute for Bioenergetic Analysis*, 26, 137-57.
- Dosamantes, I. (1992). Body-image: Repository for cultural idealizations and denigrations of the Self. *The Arts in Psychotherapy*, 19(4), 257-67.
- Ferro, T. y Prades, J. (2013). *Necesidades de información en el cáncer de mama y de atención en la supervivencia*. Barcelona: Federación Española de Cáncer de Mama.
- Hackney, P. (2002). *Making connections – Total body integration through Bartenieff fundamentals*. Nueva York: Routledge.
- Laban, R. (2011). *The mastery of movement*. (4ª ed.). Alton, Hampshire: Dance Books Ltd.
- Lagos Prates, A. C., Freitas-Junior, R., Ferreira Oliveira Prates, M., Faria Veloso, M. de y Moura Barros, N. de (2017). Influence of Body Image in Women Undergoing Treatment for Breast Cancer. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia: Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*, Marzo. DOI: 10.1055/s-0037-160145.
- Lowen, A. (1993). *La espiritualidad del cuerpo. Bioenergética, un camino para alcanzar la armonía y el estado de gracia*. Barcelona: Paidós.
- (2009). *La depresión y el cuerpo*. Barcelona: Alianza.
- Maley, M. J. (2002). *Bioenergetic fundamentals: A Self-exploration manual*. Nueva York: International Institute for Bioenergetic Analysis.
- Margariti, A., Ktonas, P., Hondraki, P., Daskalopoulou, E., Kyriakopoulos, G., Economou, N.-T., Tsekou, H., Paparrigopoulos, T., Barbous, V. y Vaslamatzis, G. (2012). An application of the primitive form of dance therapy in psychiatric population. *The Arts in Psychotherapy*, 39(2), 95-101. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.01.001>
- Meekums, B. (2005). *Dance movement therapy. A creative psychotherapeutic approach*. Londres: Sage.
- Pallaro, P. (1996). Self and body-Self: Dance/movement therapy and the development of object relations. *The Arts in Psychotherapy*, 23(2), 113-9.
- Panhofer, H. (2006). *Cuando las palabras no son suficientes – La Danza Movimiento Terapia (DMT) con niños con trastornos emocionales y de comportamiento*. Azuqueca de Henares: Fundación Internacional O'Belén.
- Perlman, G. (2016). On falling, holding, and grounding. *The Clinical Journal of the Institute for Bioenergetic Analysis*, 26, 41-73.
- Rabadán, J., Chamarro, A. y Álvarez, M. (2017). Terapias artísticas creativas en la mejora del malestar psicológico en mujeres con cáncer de mama. Revisión sis-

- temática. *Revista de Psicooncología. Revistas Científicas Complutenses*, 14(2-3), 187-202. DOI 10.5209/PSIC.57079
- Rezaei, M., Eliyasi, F., Janbabai, G., Moosazadeh, M. y Hamzehgardeshi, Z. (2016). Factors Influencing Body Image in Women with Breast Cancer: A Comprehensive Literature Review. *Iran Red Crescent Medical Journal*, 18(10): e39465. DOI:10.5812/ircmj.39465
- Pylvänäinen, P. (2003). Body image: A tripartite model for use in dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 25, 39-55.
- Sandel S., Chaiklin S. y Lohn A. (1993). *Foundations of dance/movement therapy. The life and work of Marian Chace*. Columbia: The Marian Chace Memorial Foundation of The American Dance Therapy Association.
- Schilder, P. (1987). *Imagen y apariencia del cuerpo humano: Estudios sobre las energías constructivas de la psique*. México: Paidós.
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). *Las cifras del cáncer en España 2017*. Recuperado en septiembre de 2017 de <http://www.seom.org/es/prensa/el-cancer-en-espanyacom/105941-las-cifras-del-cancer-en-espana-2017?showall=1>
- Stanton-Jones, K. (1992). *An Introduction to dance movement therapy in psychiatry*. Londres: Tavistock/Routledge.
- Tord, P. de y Bräuninger, I. (2015). Grounding: Theoretical Application and Practice in dance movement therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 43(1), 16-22. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.aip.2015.02.001>
- Vlogaert, I. y Aguirre, P. de (2013). *Liefde in tijden van kanker (Documental)*. Bélgica. Recuperado en 2014 de: http://www.canvas.be/video_overzicht/248842
www.canvas.be/programmas/docview%3A-liefde-in-tijden-van-kanker

A woman in profile, facing left, wearing a plain white mask that covers her entire face. She has dark hair pulled back and is wearing a dark-colored, off-the-shoulder top. The background is dark and out of focus, showing the silhouettes of other people, suggesting a crowded or public setting. A teal-colored horizontal bar is positioned at the bottom right of the image, containing white text.

III. LA DMT Y LA MIGRACIÓN

Danza Movimiento Terapia como hogar temporal para los refugiados. Perspectivas desde la teoría y la práctica

REBEKKA DIETERICH-HARTWELL y SABINE C. KOCH

Introducción

De todas las transiciones experimentadas durante la vida (graduación escolar, empezar un trabajo nuevo, casarse, perder a un abuelo/una abuela, tener un hijo/una hija), irse lejos de casa entraña muchos retos y significados particulares. Un nuevo entorno con nuevos sonidos, colores, olores y sensaciones viscerales requiere un tiempo de adaptación. A medida que el tiempo pasa, los recuerdos perduran. El canto melancólico de un pájaro local, el trayecto familiar que nos conduce a casa de un amigo, los olores que desprende un plato casero, el abrazo cálido de un ser querido del pasado, todos estos recuerdos sensuales pueden producir nostalgia o añoranza del hogar, una añoranza de un lugar y un tiempo pasado. Esta añoranza es especialmente difícil cuando lo que se percibe como hogar deja de ser accesible. Para los refugiados que no pueden regresar a su lugar de origen por la guerra u otras adversidades, hay un factor complicado añadido: el hogar puede que ya no esté únicamente asociado a la añoranza sino también al miedo o a otras emociones negativas. Aunque el nuevo entorno nos ofrezca seguridad y, posiblemente, mejores oportunidades, no nos es familiar y es diferente, lo cual deja a la persona con sentimientos de ambigüedad e incertidumbre.

Hogar y añoranza del hogar para refugiados

En cualquier caso, ¿qué es el hogar? Según Mallett (2004), el hogar puede resumirse en un concepto multidimensional de acuerdo con las definiciones de diferentes disciplinas, como por ejemplo la sociología, la psicología, la geografía, la arquitectura y la filosofía. El hogar puede ser una vivienda, un país o un lugar de nacimiento, pero no es necesariamente un lugar fijo o una forma de ser (Ahmed, 1999). Puede ser varios lugares, familias, otras relaciones, un sentimiento o una práctica (Mallett, 2004). La sensación de estar en casa puede ser a veces ilusoria, ya que hay una

tendencia humana a buscar el hogar ideal, una búsqueda sentimental de un tiempo y un espacio perdidos (Mallett, 2004; Tucker, 1994). Cada persona tiene una definición única de lo que significa el hogar y cómo lo siente, pero con frecuencia este fenómeno es el único que se percibe cuando se está lejos de casa (Koch, 1999), ya que los viajes establecen el umbral y las fronteras de lo que constituye el hogar (Dovey, 1985; Mallett, 2004). Desde un punto de vista metafórico, el hogar también puede tener varios significados, desde sentirse relajados y cómodos con algo («como si estuvieras en casa») hasta el significado de algo que va a la raíz del asunto, que te llega al alma²² (Papadopoulos, 2002).

La añoranza del hogar, la morriña o la nostalgia es un estado que describió por primera vez un estudiante suizo llamado Johannes Hofer (Koch, 1999). Aunque se ha conocido durante siglos, en especial en la literatura americana, se ha prestado poca atención a este fenómeno (Tilburg y Vingerhoets, 2005). Sin embargo, según Frigessi Castelnuovo y Riso (1986), enfrentarse a una sociedad extranjera con diferentes costumbres, normas, valores, comportamientos, ritmos y relaciones con el tiempo y el espacio constituye, en realidad, un ataque a la propia identidad cultural y es motivo de nostalgia para muchos inmigrantes. Otros factores determinantes son el grado hasta el cual una persona ha accedido voluntariamente al exilio, el tipo de partida o despedida (p. ej., repentina y sin preparación o posibilidad de decir adiós) y la ausencia o presencia de contactos y trabajo en el nuevo entorno (Koch, 1999). Si bien la añoranza o la morriña es algo normal, puede convertirse en patológica cuando una persona no es capaz de lidiar de forma adecuada con los sentimientos que van surgiendo (Tilburg et al., 2005). Depresión, pérdida de control, pensamientos obsesivos sobre el hogar y apatía son algunos de los síntomas emocionales, cognitivos y conductuales observados (Baier y Welch, 1992; Koch, 1999). Físicamente, las personas pueden sufrir problemas gástricos e intestinales, trastornos del sueño, pérdida de apetito, dolor de cabeza, fiebre y dolores y malestar (Koch, 1999; Tilburg, Vingerhoets y Heck, 1996). Las personas que se añoran o que tienen morriña muestran muy poco interés por el nuevo entorno, lo cual hace que adaptarse y asentarse sea prácticamente imposible (Papadopoulos, 2002). Para algunas personas, el único remedio es regresar a casa, donde la recuperación puede ser rápida e importante (Tilburg et al., 2005).

Según Taylor (2013), los refugiados están «en la forma más cruda definida por la pérdida del hogar» (p. 130). Tanto si la morriña es patológica como si no son capaces de lidiar con las emociones, todos los refugiados comparten un «profundo anhelo nostálgico de recuperarse de una pérdida muy específica» (Papadopoulos,

22 N. del T. En inglés, la expresión es *struck home*, cuya traducción al español no contiene la palabra *casa* u *hogar*.

2002, p. 15). Lo que sí es específico de la difícil situación del refugiado es la naturaleza compleja y extendida, aunque fundamental y básica, de su pérdida, que desemboca en una desorientación nostálgica y un vacío incomprensible (Papadopoulos, 2002). Esto se puede conceptualizar como un estado de limbo, un espacio liminal²³ en el que la persona ya no está en casa pero aún no se siente como en casa en el nuevo entorno. La liminalidad se puede experimentar con malestar e incertidumbre, si bien este «espacio intermedio» conlleva un importante potencial de transformación y cambio (Harris, 2009).

Estética, terapias artísticas creativas y refugiados

Según Gadamer (2003), el arte induce a una forma de ser elevada o trascendental. Asimismo, el arte y los símbolos nos transportan a través del tiempo, lo que nos permite volver atrás y llevar las experiencias del pasado al aquí y al ahora, como contenedor de recuerdos e historias. El arte está, por lo tanto, en el presente, pero también crea puentes con el pasado y con otras formas de conocimiento y de ser. Gracias al lenguaje simbólico que proporcionan a través de sus diversas formas artísticas, las terapias artísticas creativas, como la musicoterapia, la arteterapia, la dramaterapia y la Danza Movimiento Terapia (DMT), se pueden utilizar para «ayudar a mantener una identidad cultural, en especial en situaciones en las que se pierde parte de esa identidad o bien entra en conflicto con la cultura dominante» (Dokter, 1998, p. 16). Además, los refugiados pueden exteriorizar secretos traumáticos a través de representaciones artísticas antes de acceder a ellos verbalmente, y tras integrar y experimentar la fuerza y la positividad (Koch y Weidinger von der Recke, 2009).

A lo largo de toda la literatura, hay sugerencias implícitas de que el arte, la música y la danza o el movimiento en la terapia pueden ofrecer un lugar seguro o un hogar temporal que facilita la recuperación y la integración. El acto físico del proceso artístico, que incluye movimientos con las manos y el cuerpo, libera recuerdos y ofrece momentos de poder recuperado y experiencia estética (Wertheim-Cahen, 1998). Cuando las personas muestran sus antiguas casas, hogares, seres queridos e historias a través de soportes visuales, sus identidades se pueden fortalecer (Wertheim-Cahen, 1998) y pueden experimentar una sensación de sentirse momentáneamente como en casa, de estabilidad y recuerdos (Fitzpatrick, 2002).

Mientras juegan, cantan y escuchan canciones y música de sus culturas de origen, los refugiados pueden volver a acceder a un estado emocional específico que

²³ Del latín *limen*, umbral. Se puede describir como un estado «intermedio» que se manifiesta en rituales y ritos.

les ayuda a conectarse con sus recursos internos para crecer, mantener su personalidad cultural e individual (Shapiro, 2005) y, aun así, estar más presentes en el nuevo entorno (Zharinova-Sanderson, 2004). De esta manera, crean un hogar temporal que parece seguro y fomenta la integración (Hoheisel, 2016).

Danza Movimiento Terapia con refugiados

La DMT se basa en la premisa de que cuerpo, mente y espíritu están interconectados y de que el cuerpo es el reflejo de procesos inconscientes (Bloom, 2006). La corporeización, un concepto relacionado con la DMT que integra las perspectivas físicas, fenomenológicas, cinestésicas y basadas en el movimiento de un individuo, comporta tres niveles: el *self* corporeizado (unión de mente y cuerpo), el *self* enactivo (sistema vivo en un entorno) y el *self* ampliado (*self* corporeizado que accede al entorno cultural) (Koch y Fuchs, 2011). Según Koch y Fuchs (2011), el cuerpo «es la base unificadora de la perspectiva constante en primera persona que llevamos con nosotros» (p. 278). El concepto del *self* a su vez está estrechamente vinculado al hogar (Meeks, 2012). El cuerpo físico también se ha llamado hogar, una morada para siempre, (Olsen, 1998) y de carácter permanente (Winnicott, 1965). Meeks (2012) sugiere que trabajar con la metáfora del *cuerpo como hogar* en el contexto de la DMT podría facilitar el sentido de seguridad, control y bienestar de una persona, y fomentar un apego saludable, autenticidad y una mejor imagen corporal. En especial, en el caso de las personas sin hogar y desplazadas, la exploración del *cuerpo como hogar* puede ayudar a crear un «santuario móvil en el cuerpo o ayudarles a sentir las cualidades beneficiosas de un hogar en el interior» (Meeks, 2012, p. 80).

Danza Movimiento Terapia como contenedor y puente

La expresión *hogar temporal* tiene dos connotaciones. Como hogar, representa un paraíso seguro, un lugar para ser uno mismo, un contenedor que contiene y mantiene. Por otra parte, el aspecto temporal habla de la experiencia de cambio, transformación y establecimiento de puentes entre lo antiguo y lo nuevo. Badakhshan (2017) ha descrito este fenómeno del modo siguiente:

La expresión artística como forma de comunicación no verbal facilita un sentido de comunidad no verbal. Mientras que los orígenes culturales se pueden revivir de una forma auténtica a través del proceso artístico, la nueva cultura se experimenta y se

aborda. Este estado propicia una conexión entre ambas culturas y deja espacio para un espacio intercultural (p. 3).

Basándonos en ejemplos extraídos de la revisión bibliográfica, proponemos que la DMT puede facilitar la integración gradual de los refugiados sirviendo inicialmente de contenedor y, en segundo lugar, de puente hacia la nueva cultura.

La figura 1 refleja visualmente las características de la DMT: el contenedor y el puente.

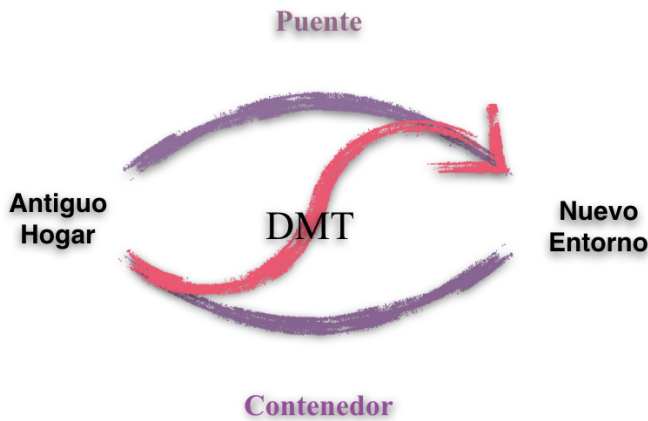


Figura 1. DMT como contenedor y puente

Ejemplos clínicos y de investigación

Estado de limbo

Callaghan (1998), que lideró grupos de DMT con hombres refugiados procedentes de países africanos y asiáticos en el Reino Unido, observó que solían sentir que sus cuerpos no formaban parte de sí mismos. Asimismo, Heriniaina (2013) describió una pérdida de referencia y un «amalgama de identidades» (p. 92), un sentido del *self* con las piezas unidas de forma arbitraria en sus pacientes refugiados.

Danza Movimiento Terapia como contenedor

A través del movimiento y la danza, este estado de limbo se puede «acompañar» y se le puede otorgar una definición. Callaghan (1998) mostró que, en la fase inicial de su grupo de refugiados, se había creado una forma que ayudaba a establecer una

estructura y a reducir la incertidumbre. La familiaridad y la seguridad son importantes, especialmente al principio, cuando las personas «tantean el terreno» de una nueva experiencia. Establecer la seguridad, regular la hiperactivación y prestar atención a la interocepción son aspectos clave en la DMT fundamentada en traumas (Dieterich-Hartwell, 2017) y, por lo tanto, son aspectos importantes que deben considerarse cuando se trabaja con refugiados. Furlager (2017) afirma que

en función de la cultura, la DMT puede ser una manera de que los refugiados hagan lo que ya saben hacer [...] en muchos países africanos forma parte de la tradición cantar y bailar juntos en círculo y, de este modo, los refugiados pueden compartir su identidad cultural especial [...] pueden acceder a un lenguaje que les es familiar.

Los refugiados del grupo de Callaghan (1998), por ejemplo, extendieron una gran tela como si estuvieran en una mesa en Oriente Medio y se sentaron alrededor de ella para recordar comidas y celebraciones en sus países de origen.

Danza Movimiento Terapia como puente

A medida que aprenden a conectar con sus cuerpos, los refugiados recuperan un sentido del poder y del control que abre espacios para la transformación y el cambio. Por consiguiente, con el tiempo, se pueden ir introduciendo de una forma paulatina y natural aspectos del nuevo entorno. Callaghan (1998) ha hablado de «puerta giratoria», un tiempo de transición, cuando observó que sus clientes se iban abriendo paso por el grupo. Esta fase es un tiempo importante para experimentar y practicar la expresión personal. Es necesario que el terapeuta desempeñe el rol de testigo y «ofrezca un espejo para que las personas se miren a sí mismas, para facilitar el proceso de cambio y crear el entorno necesario para que las personas exploren ellas mismas» (Subramanyam, 1998, p. 188). Se brinda la oportunidad a los pacientes de que encuentren su propia danza e integren lentamente los distintos aspectos de su mundo: lo antiguo, lo nuevo, lo interno y lo externo. Harris (2007), en su trabajo con refugiados de Sudán del sur, asumió el rol de facilitador ofreciendo danza y percusión tradicionales comunitarias dinka basadas en sus propios rituales culturales. Se dio cuenta de que, con el tiempo, su resiliencia colectiva se había incrementado, así como su capacidad de aculturarse e integrarse en el país de acogida. Las mujeres empezaron a tocar el tambor (tradicionalmente solo lo hacen los hombres) y diferentes gamas de expresión individual se hicieron más habituales con un sutil cambio de roles (Harris, 2007).

Añoranza del hogar: resultados seleccionados

Los datos empíricos sobre la añoranza y la nostalgia del hogar se muestran en Koch (1999), en un estudio de métodos combinados que utilizó entrevistas semiestructuradas con 20 refugiados de diferentes países en condiciones precarias en Heidelberg, Alemania. La muestra incluía 15 hombres, 5 mujeres, con una edad media de 23 años ($SD = 4,1$; rango: 17–30), en Alemania, durante 0-5 años, procedentes de Irán, Irak, Afganistán y Eritrea. Koch (1999) preguntó, entre otras cosas, sobre: *a*) los acontecimientos de la vida de la persona (¿qué ha experimentado en su país de origen y en la fuga?); y *b*) el mayor factor estresante en sus vidas en el país de acogida (¿cuál es su mayor sufrimiento aquí en Alemania?). Las preguntas eran semiestructuradas, con elementos extraídos del cuestionario de sucesos vitales de Holmes y Rahe (1967) y con la opción adicional de añadir otros acontecimientos importantes en sus vidas (casi la mitad de dichos eventos o acontecimientos los añadieron los propios refugiados). Los resultados se muestran en las tablas 1 y 2.

Sucesos vitales antes de llegar a Alemania	Núm. de personas afectadas
Tortura	3 personas
Hambre	5 personas
Peligro de muerte propia	7 personas
Pérdida de trabajo	9 personas
Encarcelamiento	10 personas
Muerte de parientes cercanos	10 personas
Retroceso social	11 personas
Discriminación	13 personas
Guerra	13 personas
Muerte de amigos	14 personas
Clandestinidad e ilegalidad	15 personas
Persecución de amigos y familiares	16 personas
Separación de familia y amigos	17 personas

Nota: había varias respuestas posibles; datos de entrevistas semiestructuradas de 20 refugiados en situación precaria de Koch (1999).

Tabla 1. Sucesos vitales en el país de origen y en la fuga (N = 20).

Factores estresantes en Alemania	Núm. de personas afectadas
Soledad	2 personas
Dificultades con el idioma	3 personas
Hostilidad hacia los extranjeros	4 personas
Baja calidad de vida	4 personas
Pérdida de libertad para ir adonde uno quiera	8 personas
Experiencias de persecución y fuga	8 personas
Falta de trabajo	9 personas
Sin pasaporte	10 personas
Estado precario (en proceso de asilo)	10 personas
Dependencia de asistencia social	12 personas
Estado residencial precario	12 personas
Añoranza	16 personas

Nota: había varias respuestas posibles; datos de entrevistas semiestructuradas de 20 refugiados en situación precaria de Koch (1999).

Tabla 2. Factores estresantes más graves en Alemania (N = 20).

La añoranza del hogar fue el factor estresante más frecuentemente nombrado en esta muestra de refugiados en Alemania. Si bien no hemos evaluado el grado de calidad patológica de añoranza en este estudio, quedó patente que la carga psicológica derivada de este fenómeno era grave. En el caso de un refugiado, el problema era tan profundo que desarrolló un trastorno de conversión: no podía caminar y necesitaba tratamiento psiquiátrico. Él lo atribuyó a la nostalgia del hogar y pensaba que el único remedio era regresar a casa (Koch, 1999).

Obstáculos para el proceso de una transición satisfactoria

La transición de una cultura a otra no siempre se realiza de forma satisfactoria.

Patrones de fracaso: el proceso de transición de contenedor a puente también se puede convertir en un círculo vicioso, tal como se describe en un estudio de caso individual en la tesis de Widdascheck (2016). Una transición no satisfactoria puede, entre otros aspectos, adoptar las formas de *a)* una *constante en el estado de limbo* (Callaghan, 1998; Dokter, 1998); *b)* una *vuelta atrás*: retroceso y posible extremización de los valores de la cultura de origen, a menudo con una fuerte experimentación de las pérdidas y el desarrollo de una actitud permanente o añoranza creciente (relacionada a menudo con un estilo de apego inseguro; Mickelson, Kessler y Shaver, 1997); o *c)* una *vuelta hacia delante*: abandono total de la antigua cultura con el peli-

gro de pérdida de las raíces y del arraigo en la propia cultura; a menudo, también, pérdida de redes sociales. Dentro de los tres posibles patrones descritos, se pueden producir estados de salud deteriorados (Koch y Weidinger-Von der Recke, 2009).

Aspectos de género: las mujeres a menudo se adaptan con mayor rapidez a una nueva cultura. Sin embargo, debido a los diferentes valores de sus países de nacimiento, se ven «detenidas» o «ralentizadas» en su proceso de aculturación por sus familias. Para muchos refugiados, esto crea una nueva forma de conflicto entre géneros y nuevos desafíos para una transición satisfactoria del valor de género y de adaptación del rol social (Binder y Tošic, 2005). Según estos autores, las mujeres refugiadas procedentes de estructuras sociales patriarcales son especialmente vulnerables y se «vuelven pasivas en un doble sentido, como refugiadas y como mujeres» (p. 622).

Aspectos (sub)culturales: el grado hasta el cual las personas son abiertas culturalmente o religiosas también puede tener efectos sobre el éxito de las transiciones culturales. Por ejemplo, Iverson, Sweaass y Morken (2014) descubrieron que los refugiados asiáticos eran más propensos a desear aprender la lengua del país anfitrión que sus compañeros africanos. En un reciente estudio sobre la salud psicológica de los inmigrantes judíos rusos en Austria, se descubrió que la actitud de aculturación influyó sobre el predominio de la depresión en esta población inmigrante, y que los más abiertos a la cultura del país de acogida fueron los que sufrían menos depresión (Trilesnik, Koch y Stompe, 2017).

Conclusiones

La DMT parece tener la posibilidad de acceder a las personas independientemente de su origen cultural. Suponemos que esta característica se debe en parte a la experiencia estética enactiva (con factores activos como, por ejemplo, experimentar la belleza, creación, generatividad, expresión auténtica, ser movido) (Koch, 2017) y puede ser especialmente útil para ayudar a los refugiados en su proceso de aculturación. Para aquellos que luchan en un estado de limbo y sienten que lo antiguo ya no es accesible, aunque lo nuevo parece estar muy lejos, la DMT puede ofrecer un hogar temporal. En manos de un terapeuta capacitado, este lugar de expresión en movimiento puede representar no tan solo un contenedor seguro (espacio seguro) que impulse la autenticidad y la familiaridad (un trayecto en el que los pacientes pueden integrar diferentes piezas de su identidad a través de la expresión personal y la creación estética), sino también construir un puente hacia el nuevo entorno (espacio transicional enactivo), de manera que, cada vez más, el país anfitrión o de acogida se pueda convertir en un país de origen.

Referencias bibliográficas

- Ahmed, S. (1999). Home and Away: Narratives of Migration and Estrangement. *International Journal of Cultural Studies*, 2(3), 329-47.
- Badakhshan, P. (2017). Unterstützungsangebote für Migranten mit Fluchterfahrungen Eine Bedarfserhebung für Ein Musiktherapeutisches Konzeptdesign. Heidelberg: SRH. Tesis de licenciatura.
- Baier, M. y Welch, M. (1992). An analysis of the concept of homesickness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(1), 54-60.
- Bloom, K. (2006). *The embodied self*. Londres: Karnac.
- Callaghan, K. (1998). In limbo: Movement psychotherapy with refugees and asylum seekers. En D. Dokter (ed.). *Arts therapists, refugees and migrants: Reaching across borders*. (pp. 25-40). Londres: Jessica Kingsley.
- Dieterich-Hartwell, R. (2017). Dance/movement therapy in the treatment of post traumatic stress: A reference model. *The Arts in Psychotherapy*, 54, 38-46.
- Dovey, K. (1985). Homes and Homelessness. En I. Altman y C. Werner (eds.). *Home environments*. Nueva York: Plenum Press.
- Fitzpatrick, F. (2002). A search for home: The role of art therapy in understanding the experiences of Bosnian refugees in Western Australia. *Art Therapy*, 19(4), 151-8.
- Frigessi Castelnuevo, D. y Risso, M. (1986). *Emigration und nostalgia*. Fráncfort: Cooperative.
- Furlager, A. (2017). Ponencia personal.
- Gadamer, H. G. (2003). *Truth and method*. (2ª ed.). Nueva York: The Continuum International Publishing Group.
- Harris, D. A. (2007). Dance/movement therapy approaches to fostering resilience and recovery among African adolescent torture survivors. *Torture*, 17(2), 134-55.
- Harris, D. A. (2009). The paradox of expressing speechless terror: Ritual liminality in the creative arts therapies' treatment of posttraumatic distress. *The Arts in Psychotherapy*, 36(2), 94-104.
- Heriniaina, N., Schröder, M. y Joksimovic, L. (2013). Kunsttherapie mit Flüchtlingen. *Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*, 8(3), 163-9.
- Hoheisel, S. (2016). *Möglichkeiten von Musiktherapie in der psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland. Eine qualitative Befragung*. Heidelberg: SRH. Tesis de licenciatura.
- Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-8.
- Iversen, V. C., Sveaass, N. y Morken, G. (2014). The role of trauma and psychological distress on motivation for foreign language acquisition among refugees. *International Journal of Cultural Mental Health*, 7, 59-67.

- Koch, S. C. (2017). Arts and Health: Active Factors and a theory framework of embodied aesthetics. *The Arts in Psychotherapy*, 54, 85-91.
- (1999). *Die psychosoziale Situation Asylsuchender in Heidelberg zur Zeit der Deutsch-Deutschen Wende*. Stuttgart: Ibidem.
- Koch, S. C. y Fuchs, T. (2011). Embodied arts therapies. *The Arts in Psychotherapy*, 38(4), 276-80.
- Koch, S. C. y Weidinger-Von der Recke, B. (2009). Traumatised refugees: An integrated dance and verbal therapy approach. *The Arts in Psychotherapy*, 36(5), 289-96.
- Mallett, S. (2004). Understanding home: a critical review of the literature. *The sociological review*, 52(1), 62-89.
- Meeks, L. (2012). *Understanding the Personal Meaning of the Metaphor "Body as Home" for Application in Dance/Movement Therapy*. Filadelfia: Drexel University, College of Nursing and Health Professions, Creative Arts Therapies Department. Tesis doctoral.
- Mickelson, K. D., Kessler, R. C. y Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1092-106.
- Olsen, A. (1998). *Bodystories: A guide to experiential anatomy*. Lebanon, Nuevo Hampshire: University Press of New England.
- Papadopoulos, R. (ed.). (2002). *Therapeutic care for refugees: No place like home*. Londres: Karnac.
- Shapiro, N. (2005). Sounds in the world: Multicultural influences in music therapy in clinical practice and training. *Music Therapy Perspectives*, 23(1), 29-35.
- Subramanyam, A. (1998). Dance movement therapy with south Asian woman in Britain. En D. Dokter (ed.). *Arts therapists, refugees and migrants reaching across borders*. Londres: Jessica Kingsley.
- Taylor, H. (2013). Refugees, the State and the Concept of Home. *Refugee Survey Quarterly*, 32(2), 130-52.
- Tilburg, M. A. van, Vingerhoets, A. J. y Heck, G. L. van (1996). Homesickness: A review of the literature. *Psychological Medicine*, 26(5), 899-912.
- Tilburg, M. A. van y Vingerhoets, A. J. (2005). *Psychological Aspects of Geographical Moves*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Trilesnik, B., Koch, S. C. y Stompe, T. (2017). Psychische Gesundheit von Migranten. Ihre Abhängigkeit von Akkulturation und Religiosität bei jüdischen Immigranten aus der ehemaligen Sowjetunion in Österreich. *Neuropsychiatrie*. En revisión.
- Tucker, A. (1994). In Search of Home. *Journal of Applied Philosophy*, 11(2), 181-7.
- Wertheim-Cahen, T. (1998). Art therapy with asylum seekers: humanitarian relief. En D. Dokter (ed.). *Arts therapists, refugees and migrants: reaching across borders*. Londres: Jessica Kingsley.

Widdascheck, C. (2016). Asylsuchende–Migration–Phänomenologie. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, 25, 211-20.

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. Londres: Hogarth Press.

Zharinova-Sanderson, O. (2004). Promoting integration and socio-cultural change: Community music therapy with traumatised refugees in Berlin. *Community Music Therapy*, 358-87.

De la diversidad interna a las transiciones identitarias externas: competencias profesionales interculturales en la Danza Movimiento Terapia

LAIA JORBA

Introducción

Dos de los procesos que están cambiando más radicalmente nuestro panorama mundial son la creciente diversidad social y la globalización, procesos que, entre otras cosas, cuestionan concepciones identitarias clásicas. Estas dos dinámicas conllevan, por un lado, el creciente contacto físico y simbólico entre culturas diversas, y por otro, una mayor interdependencia en todos los campos (tecnológico, económico, político, mediático, social y cultural).²⁴ El resultado es un mundo de identidades híbridas (Hall y Nilep, 2015) en el que la fluida renegociación de identidades se está convirtiendo en la norma social.

Los terapeutas, desde mi punto de vista, no somos una pieza aislada de este engranaje. En primer lugar, los pacientes que llegan a nuestras puertas se presentan con identidades cada vez más complejas. En segundo lugar, nosotros mismos estamos expuestos a esas diversidades cruzadas y las experimentamos, al mismo tiempo que nuestra identidad profesional se va enriqueciendo de perspectivas más sistémicas y disciplinas tales como la antropología, la sociología, la política, etc.

Aquí me alinee con Doherty, quien defiende al terapeuta como agente social, no necesariamente desde el activismo político, aunque en muchos casos una cosa lleva a la otra, sino como un «terapeuta ciudadano» (Doherty, 1995).²⁵ Desde este

²⁴ Desde los años noventa, la sociología ha venido sugiriendo diferentes conceptos desde un paradigma construccionista para explicar estos fenómenos postmodernos, tales como subjetividad performativa (Butler, 1990), destradicionalización (Giddens, 1991), modernidad líquida (Bauman, 2000), sociedad red (Castells, 1996) y deculturalización (Dokter, 1998a, b).

²⁵ Doherty critica las «falsas dicotomías» de la psicología (por ejemplo, entre público-privado, proveedor-consumidor, terapia individual vs. intervenciones comunitarias, etc.). El autor enfatiza la necesidad ética y la responsabilidad moral de tomar una perspectiva más holística y global para poder responder clínica y eficazmente a los profundos problemas sociales y morales de nuestro tiempo» (Doherty, 1995, p. 3). Según el autor, el «terapeuta ciudadano» no se limita a adquirir un conjunto de habilidades técnicas

punto de vista, el terapeuta se ve implicado en procesos externos que llegan a nuestra consulta a través de la diversidad de los pacientes o de la diversidad existente en el propio terapeuta, que debe concebir la realidad del paciente en su contexto sociopolítico.

En consecuencia, las competencias interculturales del terapeuta toman mayor relevancia y empiezan a emerger como una pieza fundamental y fundacional de los programas de desarrollo profesional. Las herramientas tradicionales para abordar la diversidad (tales como la necesidad de comprender otras comunidades y adaptar intervenciones clínicas) se vuelven insuficientes. En lugar de poner el énfasis en los conocimientos interculturales, es cada vez más necesario desarrollar habilidades vinculadas a procesos para poder responder con fluidez y dialógicamente a los nuevos retos.

Los costes de obviar estos elementos son altos, mientras que los potenciales beneficios de atender de manera directa y proactiva la diversidad identitaria son muchos: si bien la coexistencia de identidades múltiples y cambiantes puede conllevar confusión, la mera existencia de diversidad social nos permite definirnos mejor, ya sea por contraste, por similitud o por hibridación. En suma, el contexto moderno crea simultáneamente vulnerabilidades y potenciales de fortaleza.

Soy una catalana, de padre catalán y madre vasca, que vive en Colorado, Estados Unidos de América (EE. UU.). Allí trabajo como terapeuta somática con víctimas de traumas nacionales e internacionales, al mismo tiempo que doy clases de psicología somática y DMT en la Universidad de Naropa. Mi propia experiencia de emigrante en EE. UU. me ha forzado a explorar estos interrogantes identitarios no solo en mis múltiples viajes entre ambos países, sino también con otros pacientes y estudiantes que comparten procesos migratorios simultáneamente similares y divergentes. Como europea de piel clara, se me percibe en EE. UU. como «blanca», ya que el eje racial es una de las principales dimensiones de construcción política y atribución de recursos sociales. Sin embargo, no soy americana; mi acento, mi manera de moverme y de ver el mundo me delatan como «otro», no nuestro, una invitada permanente, con una relación de ambigüedad hacia los símbolos políticos y sociales americanos. Mi limbo específico combina privilegios y marginaciones únicas: tengo una identidad híbrida, en la que no me puedo reconocer ya plenamente ni en un país ni en otro.

El taller propuesto en estas jornadas ofrece un espacio para la exploración de las intersecciones de identidades, el cuestionamiento de nuestras asunciones en procesos de contratransferencia y el desarrollo de competencias interculturales

específicas, sino que percibe el trabajo terapéutico desde otro ángulo, lo que requiere una transformación de identidad profesional.

desde la DMT. Este es un trabajo en continua evolución, por lo que no se ofrece un modelo acabado.²⁶ Las principales herramientas que se van a explorar han sido tomadas y adaptadas de otros profesionales del campo, a saber: la atención somática de la experiencia de Csordas (1993), la adaptación de Antinori y Moore del Ejercicio Controlado de Aproximación de Pessa (1997), el Modelo de Competencias Transculturales de Boas (2006) y la Alternancia de Código Somática de Warren (2018).

Competencias profesionales interculturales somáticas

Como se ha indicado en la introducción, las competencias interculturales están convirtiéndose en fundamentales en todos los programas de desarrollo profesional (no solo en el terapéutico). Sin estas habilidades, nuestra capacidad para facilitar la articulación de las diferencias se ve limitada, reducimos el campo de la población a la que podemos servir, disminuimos nuestra eficacia terapéutica, corremos el riesgo de alienarnos de una identidad profesional cambiante, y podemos, finalmente, rechazar inconscientemente la diferencia en nuestros pacientes o esquivar a los pacientes que son diferentes (Antinori y Moore, 1997; Gaertner y Dovidio, 1981). Y, si nos encontramos en presencia de la diferencia, sin llegar a ser conscientes de lo que está en juego a escala identitaria, podemos caer fácilmente en lo que Churchill (1995) llama *contratransferencia cultural*, es decir, caer presos del impacto de estereotipos y prejuicios, muchas veces bienintencionados, que pueden afectar negativamente al resultado de la terapia.

No se trata ya simplemente de defender la riqueza de la diversidad como un apriorismo humanístico, sino de concebir la exposición a la diferencia como ineludible e imparable, con la convicción de que hay que afrontar este reto para poder transformar las potenciales vulnerabilidades en fortalezas. Los efectos negativos de la discriminación y la percepción de la diferencia son claros en literatura de la psicología individual y colectiva (véase, por ejemplo, Pascoe y Smart Richman, 2009), así como también los impactos nocivos para aquellos individuos que tienen múltiples identidades «internas» (más o menos invisibles para los demás), como ansiedad y depresión, disminución de la flexibilidad cognitiva y emocional, hipervigilancia, etc. Para estos últimos, y del lado de las fortalezas, la literatura destaca una mayor flexibilidad cognitiva/emocional, mayor creatividad, mayor capacidad de adaptación transcultural, incremento de la eficacia intercultural y funciona-

²⁶ Para una presentación completa de modelos de habilidades interculturales, véase, por ejemplo, Sue, Arredondo y McDavis (1992) en el campo general terapéutico, y Boas (2006) para una mirada desde la DMT.

miento social, mayor sensación de libertad y apertura a otros y menores actitudes etnocéntricas (Dokter, 1998a, b; Navarrete-Vivero y Rae-Jenkins, 1999).²⁷

Una de las principales características, para un trabajo intercultural exitoso, es la habilidad y voluntad de los terapeutas de reflexionar sobre sus propias prácticas y asunciones (juicios y prejuicios) —personales, profesionales, sociales e interrelacionales (Dokter, 1998a, b; Coseo, 1997; Atkinson, Morten y Sue, 1993), así como conocer y reconocer la propia diversidad interna (Janer, 2013). Este trabajo de toma de consciencia nos permite: *a*) identificar la diversidad y complejidad en nosotros mismos; *b*) establecer principios de empatía con los pacientes a partir de la *experiencia* propia (evitando errores cognitivos de excesiva asunción de similitudes o diferencias); *c*) posibilitar esa misma exploración identitaria en los pacientes que servimos; *d*) adoptar una actitud «descentrada», desde la que podamos tomar una mayor consciencia de dinámicas de contratransferencia; y *e*) reducir la posibilidad de reproducir dinámicas opresivas/represivas con los pacientes, afrontando críticamente las jerarquías sociales y culturales desde nuestra consulta. En definitiva, debemos conocer y reconocer nuestras propias raíces, explorar la diferencia entre identidades asignadas y adquiridas, preguntarnos hasta qué punto esas identidades son homogéneas o heterogéneas, más o menos asimiladas e integradas en nosotros mismos, y cómo varían dependiendo del contexto en el que nos encontramos.

Este conocimiento no debe ser solo cognitivo, sino también y principalmente somático. Toda comunicación no verbal se aprende de manera experiencial, a través de la exploración sensoriomotriz del ambiente, la imitación de movimientos/gestos de otros y la construcción de procesos cognitivos de categorización, abstracción y generalización de interpretaciones de esos movimientos. El desarrollo de estas categorías cognitivas es contingente, localizado y altamente personalizado y, una vez forman parte de la identidad del individuo, son experimentadas como automáticas y percibidas como naturales. Esta asociación inconsciente entre percepción somática, movimiento y pensamiento es la base subliminal de nuestros juicios y prejuicios (Moore y Yamamoto, 2012) o *habitus psicofísico* (Chang, 2009), así como de nuestros errores de decodificación del movimiento o de la comunicación no verbal (Caldwell, 2013; Davis y Marcus, 2006; Hanna, 1990). Estas interpretaciones no solo están marcadas por el contexto inmediato familiar del individuo, sino también por el entorno cultural, social y político. En palabras de Dosamantes-Beaudry (1997, 1999), los individuos construimos nuestras identidades como reflejo-yuxtaposición de la identidad cultural del grupo en el que estamos inmersos. Desde el

²⁷ Para una descripción más completa de los costes y beneficios de las identidades múltiples, véase Binning, et al. (2009); Downie, et al. (2004); Shih, et al. (2010); Suzuki-Crumly y Hyers (2004); Vivero y Jenkins (1999).

punto de vista de la autora, la identidad cultural corporeizada se define por «la manera en que los miembros de una cultura en particular usan sus sentidos, gestos, movimientos, se organizan espacialmente, crean distancias interpersonales y crean ritmos sincrónicos» (Dosamantes-Beaudry, 1999: 227).

Por otra parte, la comunicación no verbal es también portadora de otros mensajes sociales que producen y reproducen dinámicas y jerarquías de poder. Siguiendo a otros autores, es iluminador adoptar y adaptar el concepto de acción performativa de Butler (Butler, 1990; Desmond, 1997). Johnson (2009, 2011) y Gard (2003), por ejemplo, destacan la importancia de los mensajes no verbales en la sujeción de grupos marginados a través de constantes recordatorios gestuales insidiosos y repetitivos, que a menudo pasan desapercibidos y se convierten en convenciones/automatismos internalizados²⁸. En este sentido, la corporeización y el repertorio de movimiento disponible para cada individuo, grupo social y categoría identitaria se constituyen social y dialógicamente en el lenguaje no verbal y dan como resultado «cuerpos dóciles» (Gard, 2003; Stinson, 1998).

En resumen, atender a los movimientos que vemos en otros, sin tener en cuenta todas estas dimensiones y sin conocer nuestros sesgos y prejuicios, facilita la imposición de agendas terapéuticas opresivas en lugar de liberalizadoras. La principal tarea clínica es fomentar la curiosidad, el autoconocimiento y la deconstrucción de la narrativa del movimiento en sus varias dimensiones (proyecciones, dinámicas de transferencia-contratransferencia, adaptaciones del individuo al terapeuta, expresiones simbólicas de contenido preconscientes, etc.).

El bagaje y el potencial de la Danza Movimiento Terapia

En la tradición de la Danza Movimiento Terapia (DMT), se ha venido insistiendo en las últimas décadas en la necesidad de desarrollar competencias interculturales (Dosamantes-Beaudry, 1997; Boas, 2006; Hanna, 1990; Pallaro, 1997), especialmente como respuesta al sesgo profesional que define los antecedentes y nacimiento de esta disciplina. Boas (2006), por ejemplo, usando las dimensiones culturales de Hofstede (2001)²⁹, describe el paradigma epistemológico de la DMT como horizontal, con alta tolerancia a la incertidumbre, individualista y suave o «femenino», lo que

28 Algunas de estas normas, por ejemplo, definen quién puede hablar/interrumpir primero, tocar primero, disponer de cinesferas mayores, tener mayor flexibilidad y disponibilidad de repertorios de movimiento, moverse con mayor o menor familiaridad o formalidad, etc. (Jonshon 2009, 2015).

29 Las cinco categorías básicas identificadas por el autor son: *a*) distancia al poder u horizontal-vertical; *b*) individualismo-colectivismo; *c*) masculinidad-feminidad; *d*) evasión de la incertidumbre; *e*) orientación a largo plazo (Hofstede, 2001).

puede limitar nuestras hipótesis clínicas. Caldwell (2013), por otro lado, nos recuerda el pasado psicoanalítico y psiquiátrico de la DMT en el marco de una cultura urbana, blanca, de clase media, con niveles formativos altos, típicamente femenina, heterosexual y de orientación individual; la autora señala que el trabajo inicial de la DMT en hospitales psiquiátricos explica el esfuerzo por encontrar diagnósticos clínicos y análisis de movimiento que se asemejen a prácticas médicas. Este posicionamiento sitúa automáticamente al terapeuta en una posición de «autoridad de conocimiento», dificulta la humildad cultural y lleva a menudo a etiquetar movimientos y expresiones no verbales de «otros» como disfuncionales por el solo hecho de no amoldarse a normas culturales.

En un intento de evitar prácticas estereotipadas y etnocéntricas (Pallaro, 1997), es importante tomar el cuerpo no solo como un medio de expresión, sino también como el locus de prácticas sociales (Csordas, 1993), y la terapia como un espacio fenomenológico en que la observación, el asesoramiento, la definición de los objetivos de terapia y las mismas intervenciones se construyen con el paciente.

La DMT tiene, sin embargo, muchas ventajas respecto a aproximaciones terapéuticas verbales. En primer lugar, la danza es una práctica universal, que se encuentra en espacios artísticos y celebratorios de múltiples culturas, lo que abre y puede ofrecer un abanico de repertorios y posibilidades de adaptarse a innumerables comunidades etnoculturales. En segundo lugar, la DMT se interesa especialmente en dimensiones del comportamiento no verbal que constituyen, como hemos apuntado anteriormente, la base de los prejuicios no conscientes; solo hace falta dar un paso más y contextualizar este estudio en ámbitos culturales y sociales. La ventaja de poner el foco en comportamientos no verbales y hacerlos conscientes permite parar automatismos desde la misma raíz y desarrollar respuestas creativas, innovadoras y disruptivas. En tercer lugar, y ligado al punto anterior, la DMT, dada su capacidad reguladora de estados fisiológicos, puede ayudar a minimizar reacciones defensivas y sobreprotectoras para responder a la diversidad con actitudes más abiertas y receptivas. En cuarto y último lugar, la capacidad de trabajar con metáforas y movimiento sitúa a la DMT en una posición privilegiada para facilitar procesos de transiciones, viajes y movimientos de fronteras que de otro modo tienden a caracterizarse por la confusión, la ambigüedad y la pérdida (Dokter, 1998b).

Los objetivos de la DMT al explorar la identidad a escala somática son varios, pero entre otros podemos definir los siguientes: *a*) mayor integración de la/s identidad/es individualmente; *b*) facilitación de transiciones migratorias (completar ritos de paso); *c*) exploración de repertorios de movimientos que reflejen una actitud consciente y proactiva del ser; *d*) facilitación de la comprensión mutua e integración de comunidades diversas; *e*) regulación y desarrollo de recursos somáticos

para ayudar a manejar los síntomas derivados del estrés identitario, muchas veces similar al estrés postraumático; f) incremento de la tolerancia y resiliencia en situaciones de ambigüedad o de limbo, es decir, desarrollo de factores protectores y adaptativos en situaciones de adversidad.

Movimientos, transiciones identitarias y alternancia de códigos

El grado de fragmentación y contacto intercultural varía en función de la población con la que el terapeuta trabaje (refugiados internos, extranjeros, inmigrantes voluntarios o forzados, identidades que divergen de la norma social, raíces raciales y étnicas múltiples, etc.). Cada una de estas poblaciones tiene singularidades de salud mental y presentación de síntomas única y posicionamientos sociales de marginación-privilegio. Además, también varía el grado de aculturación-integración de este colectivo. Me interesa, en este punto, centrarme principalmente en el factor de la confusión de identidades y cómo facilitar procesos conscientes de articulación desde la DMT.

Si el cuerpo es el hogar de la identidad, si lo tomamos como locus de expresión y de prácticas sociales, el diálogo entre cuerpo, el espacio que este ocupa y los cuerpos de otros son herramientas a disposición de la DMT para la intervención terapéutica. Acarón (2016) y Low (2003) utilizan el concepto de *espacio corporeizado* para definir este locus de intersección, multiplicidad y oscilaciones constantes entre lo físico, lo psicológico, lo emocional, lo social y lo político. En estos espacios, y centrándonos en el diálogo físico, se han empezado a utilizar otros conceptos, tales como alternancia de códigos, hibridación y biculturalismo somático.³⁰

El concepto de alternancia de código (*code-switching*) apareció primero en el campo lingüístico (Heller, 1988) para referirse al empleo alternativo de dos o más lenguas o dialectos en un discurso entre personas conocedoras de más de un idioma. Poco después se aplicó a la psicología, específicamente en los modelos de identidad racial múltiple (Berry, 2003; Nguyen, et al., 1999; Ward, et al., 1998), para describir los cambios de actitud y comportamiento de personas que han internalizado dos culturas distintas (Hong, et al., 2000). La alternancia de códigos investiga cómo las diferentes culturas se alternan para guiar el comportamiento y las formas de pensamiento. Este concepto ha empezado ya a aplicarse a la psicología somática

30 Otros procesos asociados e interesantes desde el punto de vista de los repertorios somáticos, pero en los que no vamos a entrar aquí, son la transmisión y apropiación de movimientos, procesos en los que cambia tanto el significado como la función social que cumplen esos movimientos: por ejemplo, la adopción de estilos de jazz en la población blanca de EE. UU., la adopción del hip-hop por parte de las clases medias y los jóvenes, etc. (Desmond, 1997).

(Warren, 2018) y a la DMT (Hanna, 1990; Desmond, 1997) para definir el multiculturalismo corporal y la experiencia/capacidad de alternar entre dos o más códigos de movimiento. Esta habilidad es necesaria para todo grupo marginado, como la comunidad afroamericana en EE. UU., que debe conocer tanto los códigos somáticos de la comunidad blanca o dominante hegemónica (a saber, la verticalidad del cuerpo, el poco movimiento de caderas, un mayor espacio cinestésico, etc.), como los códigos propios, que se utilizan en espacios familiares y seguros (Desmond, 1997).

Si bien la alternancia de códigos o el bilingüismo somático presupone categorías concretas y discretas de identidad, la noción de hibridación evoca procesos más fluidos, dinámicos y continuos (Zentella 1997; Hall y Niley, 2015). Este concepto describe el proceso por el cual la exposición directa e indirecta a múltiples culturas y subculturas lleva a la combinación y a la fusión, así como a la creación de nuevas formas, prácticas y estilos de movimiento (Herman y Kempen, 1998; Ramírez, 1994). El producto «final» de esa hibridación depende en gran medida de la congruencia/oposición de las distintas identidades con las que uno tiene que lidiar (Benet-Martínez, et al., 2002), de la etapa de desarrollo en la que el individuo se encuentra cuando es expuesto a situaciones de diversidad máxima (por ejemplo, emigrar de niño no es lo mismo que emigrar cuando uno ya es adulto), de los motivos por los que uno se encuentra expuesto a esa diversidad (no es lo mismo una migración forzada que una migración voluntaria), etc.

Finalmente, es importante introducir el concepto de «carencia de hogar cultural» o «sinhogarismo cultural» (Navarrete-Vivero y Rae-Jenkins, 1999), concepto que se aplica a aquellos individuos que tienen herencias raciales, étnicas y culturales diversas, lo que les impide pertenecer plenamente a una u otra cultura. Por ejemplo, las personas multirraciales o adoptadas son percibidas tanto en la sociedad de acogida como en la original como «otros» o «distintos», sin llegar a pertenecer plenamente a ninguna comunidad. En contraposición, este concepto no podría aplicarse a las poblaciones de inmigrantes, como yo en EE. UU., o refugiados, quienes tenemos un hogar cultural claro, un grupo de referencia y colectivo de pertenencia identitaria, aunque estamos expuestos a la diferencia y la marginación en otros aspectos en la sociedad de acogida.

Exploración de identidades a través del movimiento

El objetivo de este taller es ofrecer una exploración inicial de la corporeización somática de la identidad, es decir, estudiar cómo tener los pies simultáneamente o alternativamente en dos identidades distintas, negociando qué identidad se sitúa en primer o segundo plano en función de los contextos, cómo hallar espacios de

«frontera» en los que no estemos obligados a identificarnos con ninguna identidad en particular o en qué momentos podemos tener un centro identitario sólido, que podamos experimentar somáticamente, independientemente de los contextos culturales donde nos encontremos (Root, 2018).

Los ejercicios propuestos en el taller son una combinación y adaptación de los siguientes trabajos:

- Csordas (1993): corporeización cultural y modos somáticos de atención. Principalmente, la necesidad de poner atención al cuerpo como receptáculo y filtro de la información sobre el mundo y las personas que nos rodean. Esta «consciencia somática» nos permite interactuar con nuestro entorno cultural con mayores posibilidades de elección.
- Antinori y Moore (1997): ejercicio de aproximaciones controladas. Este ejercicio fue desarrollado originalmente por Pessoa y Clarke y adaptado a contextos interculturales por Antinori y Moore. El objetivo es estudiar las distintas reacciones somáticas cuando nos encontramos en contextos positivos, negativos y neutros.
- Boas (2006): competencias transculturales a partir de mapas identitarios. Los mapas identitarios son herramientas gráficas que permiten considerar y reflexionar sobre los muchos factores que dan forma a quienes somos individual y colectivamente. En este taller solo exploraremos una de las competencias que Boas define en su modelo, principalmente el conocimiento/expresión somática de nuestra(s) propia(s) cultura(s).
- Warren (2018): alternancia somática de códigos. La autora pone especial atención a los modos de transición entre códigos culturales distintos y propone un modelo de bucle continuo en el que se negocian físicamente la preponderancia de un código somático de movimiento sobre otro, en un diálogo constante con el contexto.

Tomando estos pilares, la intención es explorar no solo la danza/movimiento entre códigos culturales, sino también qué grado de integración e hibridación permite una identidad del ser más coherente. Cuanto mayor es la divergencia de valores entre dos identidades culturales, más difícil, pero también más necesaria, es la integración en un metamarco que pueda dar respuesta a dilemas éticos en los que se encuentre el individuo.

En primer lugar, los participantes en el taller trabajarán para crear un mapa identitario que incluya algunas categorías identitarias significativas (género, orientación sexual, raza, etnia, nacionalidad, clase socioeconómica, apariencia física e imagen corporal, religión, habilidades físicas y mentales, edad, nivel educativo, etc.).

En segundo lugar, el participante explorará algunas de esas identidades en el nivel somático. Si bien existen múltiples formas de estudiar la identidad, nos centraremos en tres aspectos que son relevantes para la psicoterapia somática y la DMT al hablar de diferencias culturales y cuerpo (Bartenieff y Lewis, 1980). Las dimensiones somáticas que se subrayan más comúnmente son:

- El movimiento físico o cinestésico (conectividad corporal, cualidades de esfuerzo y forma del movimiento)
- La conciencia espacial o kinesfera
- La dimensión táctil (o el contacto físico con uno mismo y con otros)

En tercer lugar, pondremos estas experiencias somáticas en movimiento para explorar las interacciones con otros, así como las transiciones entre contextos afines y de contraste. Esto nos permitirá conocer más íntimamente cómo resolvemos estos dilemas interiormente, así como nuestros sesgos y prejuicios o asunciones somático-cognitivas.

Finalmente, pondremos todo en común para dialogar sobre la aplicación y el impacto de los descubrimientos del taller en la práctica clínica de la DMT.

Referencias bibliográficas

- Acarón, T. (2016). Shape-in(g) Space: Body, Boundaries, and Violence, *Space and Culture*, 19(2), 139-49.
- Antinori, D. y Moore, P. (1997). The Controlled Approach Exercise in Cultural Diversity Training with Clinicians. *The Arts in Psychotherapy*, 24(2), 173-82.
- Atkinson, D., Morten, G. y Sue. D. W. (1993). *Counseling American Minorities: A Cross-Cultural Perspective*. (4ª ed.). Dubuque, Iowa: Wm. C. Brown Communications.
- Bartenieff, I. y Lewis, D. (1980). *Body Movement: Coping with the Environment*. Nueva York: Gordon and Breach Science Publishers, Inc.
- Bauman, Z. (2000). *Liquid Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Benet-Martínez, V., Leu, J., Lee, F. y Morris, M. W. (2002). Negotiating Biculturalism. Cultural Frame Switching in Biculturals With Oppositional Versus Compatible Cultural Identities. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33(5), 492-516.
- Berry, J. W. (2003). Conceptual approaches to acculturation. En K. M. Chun, P. B. Organista y G. Marin (eds.). *Acculturation: Advances in theory, measurement and applied research* (pp. 17-36). Washington, DC: American Psychological Association.

- Binning, K. R., Unzueta, M. M., Huo, Y. J. y Molina, L. E. (2009). The interpretation of multiracial status and its relation to social engagement and psychological well-being. *Journal of Social Issues*, 65(1), 35-49.
- Boas, S. (2006). The body of culture: Transcultural competence in dance movement therapy. En H. Payne (ed.). *Dance movement therapy: Theory, research, and practice*. (2ª ed.). Londres: Routledge.
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble*. Londres: Routledge.
- Caldwell, C. (2013). Diversity Issues in Movement Observation and Assessment. *American Journal of Dance Therapy*, 35, 183-200.
- Castells, M. (1996). *The Information Age: Economy, Society, and Culture*. Vol. 1. *The Rise of the Network Society*. Oxford: Blackwell.
- Chang, M. (2009). Cultural consciousness and the global context of dance/movement therapy. En S. Chaiklin y H. Wengrower (eds.). *The art and science of dance/movement therapy: Life is dance* (pp. 299-316). Nueva York: Routledge.
- Churchill, M. (1995). Cultural countertransference. *Treatment Today*, 7(1), 42-43.
- Csordas, T. J. (1993). Somatic modes of attention. *Cultural Anthropology*, 8(2), 135-56.
- Coseo, A. (1997). Developing Cultural Awareness for Creative Arts Therapists. *The Arts in Psychotherapy*, 24(2), 145-57.
- Davis, M. y Marcus, K. (2006). Misleading cues, misplaced confidence: An analysis of deception detection patterns. *American Journal of Dance Therapy*, 28(2), 107-26.
- Desmond, J. (1997). Embodying Difference: Issues in Dance and Cultural Studies. En J. Desmond (ed.). *Meaning in Motion* (pp. 29-54). Durham: Duke University Press.
- Doherty, W. J. (1995). *Soul searching: Why psychotherapy must promote moral responsibility*. Nueva York: Basic Books.
- Dokter, D. (1998a). Introduction. En D. Dokter (ed.). *Arts Therapists, Refugees and Migrants. Reaching Across Borders* (pp. 11-23). Londres: Jessica Kingsley.
- (1998b). Being a Migrant, working with Migrants: Issues of Identity and Embodiment. En D. Dokter (ed.). *Arts Therapists, Refugees and Migrants. Reaching Across Borders* (pp. 145-54). Londres: Jessica Kingsley.
- Dosamantes-Beaudry, I. (1997). Embodying a Cultural Identity. *The Arts in Psychotherapy*, 26(4), 225-31.
- (1999). Divergent Cultural Self Construals: Implications for the Practice of Dance/Movement Therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 24(2), 129-35.
- Downie, M., Koestner, R., ElGeledi, S. y Cree, K. (2004). The impact of cultural internalization and integration on well-being among tricultural individuals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(3), 305-14.

- Gaertner, S. y Dovidio, J. (1981). Racism among the well intentioned. Bias without awareness. En A. G. Miller's (ed.). *The social psychology of good and evil*. (2ª ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Gard, M. (2003). Being Someone Else: Using dance in Anti-Oppressive Teaching. *Education Review*, 55(2), 211-23.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-identity*. Cambridge: Polity Press.
- Hall, K. (2014). Hypersubjectivity: language, anxiety, and indexical dissonance in globalization. *Journal of Asian Pacific Communication*, 24(2), 259-70.
- Hall, K. y Nilep, C. (2015). Code-Switching, Identity, and Globalization. En D. Tannen, H. E. Hamilton y D. Schiffrin (eds.). *The Handbook of Discourse Analysis* (pp. 597-619). DOI: 10.1002/9781118584194.ch28
- Hanna, J. L. (1990). Anthropological perspectives for dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 12(2), 115-26.
- Heller, M. (1988). *Codeswitching: Anthropological and Sociolinguistic Perspectives*. Berlín: Mouton de Gruyter.
- Herman, J. M. y Kempen, H. J. (1998). Moving Cultures: The perilous problems of cultural dichotomies in a globalizing society. *American Psychologist*, 53, 1111-20.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations*. (2ª ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Janer, M. (2013). Diversidad y competencias profesionales interculturales. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 54, 39-48.
- Johnson, R. (2009). Oppression embodied: Exploring the intersections of somatic psychology, trauma, and oppression. *United States Association of Body Psychotherapy Journal*, 8(1), 19-31.
- (2011). *The Silent Wound. Discourse and the Non-Verbal Re/Production of Oppression*. Trabajo no publicado.
- Johnson, R. (2015). Grasping and transforming the embodied experience of oppression. *International Body Psychotherapy Journal*, 14(1), 80-95.
- Low, S. M. (2003). Embodied Space(s): Anthropological Theories of Body, Space, and Culture. *Space and Culture*, 6(1), 9-18.
- Moore, C. L. y Yamamoto, K. (2012). *Beyond words: Movement observation and analysis* (2ª ed.). Nueva York: Routledge.
- Navarrete-Vivero, V. y Rae-Jenkins, S. (1999). Existential Hazards of the Multicultural Individual: Defining and Understanding "Cultural Homelessness". *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 5(1), 6-26.
- Nguyen, H. H., Messe, L. A. y Stollak, G. E. (1999). Toward a more complex understanding of acculturation and adjustment. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 30, 5-31.

- Pallaro, P. (1997). Culture, self and body-self: Dance/movement therapy with Asian Americans. *Arts in Psychotherapy, 24*(3), 227-41.
- Pascoe, E. A. y Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 135*(4), 531-54.
- Ramírez, M. (1994). *Psychotherapy and Counseling with Minorities*. Needham Heights, Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Shih, M., Sánchez, D. T. y Ho, G. C. (2010). Costs and benefits of switching among multiple social identities. En R. J. Crisp (ed.). *The psychology of social and cultural diversity* (pp. 62-83). Oxford: Blackwell.
- Stinson, S. W. (1998). Seeking a feminist pedagogy for children's dance. En S. B. Shapiro (ed.). *Dance, Power and Difference: Critical and Feminist Perspectives on Dance Education*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Sue, D. W., Arredondo, P. y McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competences and standards: A call to the profession. *Journal of Counseling & Development, 70*, 477-86.
- Suzuki-Crumly, J. y Hyers, L. L. (2004). The relationship among ethnic identity, psychological well-being, and intergroup competence: An investigation of two biracial groups. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 10*(2), 137-50.
- Vivero, V. N. y Jenkins, S. R. (1999). Existential hazards of the multicultural individual: Defining and understanding "cultural homelessness". *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 5*(1), 6-26.
- Ward, C., Okura, Y., Kennedy, A. y Kojima, T. (1998). The U-curve on trial: A longitudinal study of psychological and socio-cultural adjustment during cross-cultural transition. *International Journal of Intercultural Relations, 22*, 277-91.
- Warren, M. (2018). Moving Between Identities: Embodied Code-Switching. En C. Caldwell y L. Bennett Leighton (eds.). *Oppression and the Body: Roots, Resistance, and Resolutions*. Berkeley, California: North Atlantic Books.
- Zentella, A. C. (1997). *Growing up Bilingual*. Oxford: Blackwell.

Tras-plantar. Aportes de la Danza Movimiento Terapia al proceso de integración de poblaciones migrantes

SUSANA GARCÍA

Introducción: cómo empezó este artículo

Cuando la gente me preguntaba «¿extrañas tu país?», mi respuesta era contundente: «No». No, porque decidí que no quería la eterna sensación de estar extrañando, porque no quería la nostalgia instalada en mi vida; porque no quería la idealización del pasado empañando las vivencias presentes.

Mi mente y mis pensamientos decidieron no extrañar, pero el cuerpo encuentra siempre sus resquicios, sus caminos sutiles, las grietas por las cuales hacernos notar aquello que pretendemos enterrar.

Pasé muchos meses intentando no extrañar; así que fui perdiendo arraigo, mis piernas perdieron tono muscular aunque caminaba mucho cada día. No tenía una percepción clara de mi cuerpo. Mis sentimientos se fueron congelando, fui perdiendo espontaneidad y mi capacidad de divertirme disminuyó. Olvidé que cuando cerramos la llave de una emoción las cerramos todas, no tenemos la capacidad de solo bloquear algunas y dejar otras.

Mi salvación, como muchas otras veces en mi vida, fue bailar. Gracias a la amorosa insistencia de mis nuevas amigas, organicé grupos de movimiento espontáneo. Una vez más, la danza me sacó de un lugar oscuro y me permitió de forma suave volver a sentir las piernas, la fuerza, ser consciente de mis pérdidas, de lo que extrañaba, del dolor de estar lejos, del miedo a lo nuevo, de la añoranza; pero también, y gracias a la danza, pude irme fortaleciendo, darme cuenta de mis capacidades escondidas, de mis conocimientos, de mi sabiduría. Fue a través de moverme con otras que logré recordar mis habilidades como danza movimiento terapeuta, como psicoterapeuta y como profesional. Fue gracias al movimiento y a la danza que logré recordar y empezar a ver lo que les pasa a otras personas que migran, volteé la mirada a mis compañeras de la clase de inglés, empecé a preguntarme si les pasarían cosas similares y me planteé que la Danza Movimiento Terapia (DMT) podría ser un camino para otras personas, como lo ha sido para mí tantas veces.

Las raíces: identidad, cultura y vida cotidiana

La identidad de los individuos se construye en relación con otras personas. Es a través del encuentro, de los códigos compartidos, del entendimiento en común que construimos quiénes somos. Es gracias a la mirada externa (y a través de ella) que podemos conformar una idea de nuestro ser.

Sabemos quiénes somos porque nos desarrollamos en un lugar específico con gente de la cual aprendemos ritos, normas, tabúes, valores y un idioma. Creemos dentro de un complejo sistema de permisos y de prohibiciones que nos otorgan un lugar en nuestra comunidad (Berger y Luckmann, 1995); todo ello en su conjunto es lo que le da sentido a nuestra forma de ver el mundo y también es lo que construye nuestra identidad.

La construcción de la identidad es un proceso dinámico a través del cual las personas incorporan una serie de conceptos y símbolos que permiten conformar una idea de lo que es el mundo. Dicho proceso no es idéntico para todas las personas; cada individuo filtra de forma única el bagaje de conocimientos que su grupo le ofrece. Es también un proceso dinámico que va incorporando las experiencias que vamos teniendo a lo largo de nuestra vida (García, 2002).

El concepto de identidad ha sido de gran interés para disciplinas como la sociología, la antropología, la historia, la psicología o las artes (Dokter, 1998; Heller, 1985; Berger y Luckmann, 1995; Mouffe, 1996; García, 2002).

Al crecer en sociedad y, por lo tanto, dentro de un grupo específico, desarrollamos una idea de quiénes somos y también de lo que la sociedad espera de cada persona.

Para Heller (1985), la vida cotidiana es el espacio del pequeño mundo, es el lugar donde se dan las relaciones interpersonales de todo tipo y es lo que permite la reproducción de la sociedad en su forma más básica, es decir, lo que posibilita que las personas continúen relacionándose y a su vez reproduciéndose (García, 2002).

Berger y Luckman (1995), por su parte, sostienen que la vida cotidiana es la asimilación de una realidad determinada, que se presenta ya establecida y estructurada y que cada persona la interioriza de manera ordenada porque nos es dada como hecha. Un ejemplo claro de cómo incorporamos la idea del mundo que nos rodea es el lenguaje: aprendemos poco a poco cada palabra y su significado y luego vamos armando estructuras más complejas. Todo esto lo aprendemos sin cuestionarnos, lo damos por hecho, como algo dado. Aunque cada individuo incorpora la cultura e identidad de su grupo de forma distinta, existen códigos compartidos y entendidos por todas las personas del grupo (Berger y Luckmann, 1995).

Para Berger y Luckman, la vida cotidiana se divide en dos: la rutina y lo problemático. Como rutina se entiende las cosas que se perciben como naturales, comprensibles, que se pueden nombrar y tienen un lugar asignado en el conjunto de

conocimientos compartidos socialmente. Por otro lado, lo problemático son todos los aspectos que desconocemos, representan dificultades y con frecuencia son difíciles de nombrar en primera instancia. Todo lo nuevo se presenta como problema y deja de serlo en cuanto se incorpora a los aspectos ya conocidos, es decir, cuando se vuelven vida cotidiana (Berger y Luckmann, 1995).

El siglo XX ha sido un punto de inflexión respecto a la comunicación de las personas y su capacidad de desplazamiento. Ello ha impactado fuertemente en la identidad, en la vida cotidiana y, en general, en la cultura de cada país o región; vivimos cada vez más en sociedades multiculturales (Dokter, 1998). Para Dokter, la cultura no es algo estático sino que es una recreación que todo el tiempo está cambiando con la participación de cada generación, en donde intervienen acuerdos, resistencias y reorganizaciones en constante movimiento (Dokter, 1998).

Desenterrar la raíz: la migración y sus efectos

Las guerras, la pobreza y los conflictos políticos son algunas de las causas más importantes que hacen que millones de personas en el mundo decidan cambiar de país, muchas veces en situaciones de mucho peligro y vulnerabilidad para quienes deciden hacer dichos movimientos (Dokter, 1998; Díaz y González, 2011; Vilar y Eibenschutz, 2007).

En la última década Europa ha experimentado fuertes oleadas migratorias procedentes de diferentes países de África y Asia. En América el fenómeno migratorio se da desde los países del sur hacia los países del norte, como Estados Unidos y Canadá. En ambos casos las condiciones de los viajes retan fuertemente la salud y seguridad de las personas migrantes (Vilar y Eibenschutz, 2007).

Viajar a otro país, particularmente si se habla otro idioma, afecta a la vida cotidiana y a la identidad, y solo dejará de representar un problema en la medida en que las personas integren el nuevo conjunto de significados (Berger y Luckmann, 1995; Achotegui, 2009; García, 2002).

Al migrar, los códigos con los que se entendía y daba sentido al entorno y a la existencia se quedan atrás. La identidad se trastoca porque los códigos compartidos a través de los cuales era posible la comunicación, las miradas que afirmaban y daban sentido y estructura a la existencia ya no están; por lo tanto, migrar conlleva una crisis de identidad (Callaghan, 1998).

Dichas crisis son más o menos profundas dependiendo de diversos factores, tanto personales como del medio y las circunstancias en las cuales se migra (Díaz y González, 2011; Achotegui, 2009). A mayor desarrollo de competencias psicosociales (autoestima, comunicación asertiva, establecimiento de límites, capacidad de

establecer relaciones sanas, empatía, manejo adecuado de tensiones y estrés, entre otras), mayor es la capacidad de enfrentar una crisis. A mayores condiciones de apoyo al emigrar (estatus legal, posibilidad de empleo, grupo de acogida que apoya, sociedad incluyente, espacios de integración, apoyo lingüístico), menor será el impacto de la llegada al espacio desconocido (Achotegui, 2009).

La crisis irá pasando en la medida en que se aprendan e incorporen los nuevos valores e ideas. «La nueva identidad se va afianzando conforme la persona va ganando asimismo autonomía y estabilidad en la nueva sociedad y en donde ya no son tan próximos o importantes los referentes familiares» (Díaz y González, 2011, p. 7). La migración en sí misma no es sinónimo de enfermedad o vulnerabilidad, pero es un factor de riesgo para la salud por la relación que tiene con la prevalencia del estrés, la depresión, la ansiedad, la irritabilidad, la baja concentración o el aislamiento (Dokter, 1998; Callaghan, 1998). Algunos investigadores del fenómeno migratorio afirman que la falta de protección a los derechos y la salud de las personas migrantes es un problema de salud pública emergente (Vilar y Eibenschutz, 2007).

Existen factores protectores y factores estresantes; entre los protectores se pueden considerar la ayuda, la solidaridad y el apoyo que encuentran las personas migrantes, y entre los estresores, la soledad, el duelo, la lucha por la supervivencia y el miedo. «Para resistir condiciones de soledad se requiere fortaleza psicológica y física, especialmente porque a ellas suele sumarse un contexto hostil: la persecución policial, la explotación laboral o el peligro físico que a menudo supone el viaje» (Vilar y Eibenschutz, 2007, p. 24).

Tras-plantar: la DMT como posibilidad de intervención

Dejar atrás el país de pertenencia acarrea cambios en muchos niveles distintos, conscientes e inconscientes (Dokter, 1998). La identidad se ve trastocada; por lo tanto, el autoconcepto se tambalea. La definición de *yo*, *mío*, *nosotros* y de *tú*, *tuyo* u *otros* se relativiza; la alteridad se trastoca. Los referentes que daban sentido a la propia existencia y con los cuales antes se entendía el mundo son otros en el nuevo lugar. Se modifica lo que cada persona esperaba de sí misma a partir de lo que su sociedad le reflejaba en su vida cotidiana; lo que la nueva sociedad espera de esos individuos es al inicio indescifrable. La manera de moverse, actuar y relacionarse deja de ser segura, confiable y se vuelve problemática (Berger y Luckmann, 1995).

El impacto en la salud integral de las personas puede ser muy severo si no se cuenta con soportes integrales y cualificados en los países de acogida. En este sentido, se vuelve cada vez más apremiante la formación de profesionales en diversas áreas, como la psicología, la sociología, la educación, las artes o las psicoterapias,

que puedan entender en toda su profundidad el fenómeno migratorio y puedan coadyuvar al desarrollo de planes de atención integrales (Achoteghi, 2009).

La DMT puede ayudar en el proceso de integración y en la mejora de la calidad de vida y salud de las personas migrantes; como parte de las terapias creativas, ofrece ventajas en tanto que su posibilidad de expresión de estados internos y como psicoterapia que utiliza el cuerpo y su movimiento posibilitan la expresión directa, a través del movimiento, de aquellos estados o experiencias difíciles de nombrar (Panhofer, 2005; Wengrower y Chaiklin, 2008).

La DMT es «una especialidad en psicoterapia que utiliza el movimiento como un proceso para promover la integración emocional, cognitiva y física del individuo» (Panhofer, 2005, p. 50). La DMT utiliza el movimiento del cuerpo como vehículo de comunicación entre el paciente y el terapeuta, crea un lenguaje que permite compartir estados internos y favorece la creación de empatía. La DMT permite incrementar el autoconocimiento y ayuda a mejorar la salud (Panhofer, 2005; Wengrower y Chaiklin, 2008). A través de diferentes ejercicios, estrategias y enfoques, como el movimiento espontáneo, la danza libre, ejercicios de respiración o estiramientos, imitación del movimiento, movimiento compartido y entonación en movimiento, entre otros, las personas pueden aumentar el conocimiento de sí mismas y llevar a la consciencia aspectos de su vida que no eran claros; esto ayuda a tomar mejores decisiones que repercutirán en el incremento de la calidad de vida. Por otro lado, el movimiento en sí mismo promueve una sensación inmediata de bienestar al generar sustancias como endorfinas, dopamina y oxitocina (García, 2014).

La DMT ayuda a incrementar la confianza entre los integrantes de un grupo, promueve el autoconocimiento, incrementa la sensación de bienestar, facilita la integración de cuerpo y mente, ayuda a la expresión de aspectos emocionales bloqueados (como aquellos producto de traumas), reduce el estrés, incrementa la espontaneidad, la flexibilidad y la creatividad y promueve la relajación, la concentración y la calma (García, 2012).

Todos estos beneficios pueden aplicarse a la población en general; pero si se piensa en personas cuyo principal problema se concentra en la pérdida de raíces y, por lo tanto, de foco, balance, identidad personal y referencias comunitarias, el encuadre que se construye en la relación terapéutica de la DMT, sobre todo en sesiones de grupo, puede ofrecer a las personas migrantes un espacio seguro donde ir explorando un ir y venir en la búsqueda de nuevos referentes y nuevos sentidos. Las sesiones grupales brindan cohesión, promueven la confianza y ayudan en la reducción de prejuicios. Cuando se llega a un lugar nuevo en que el aislamiento es uno de los principales problemas, contar con un espacio confiable de referencia es fundamental. Si se considera que la identidad, igual que la cultura y la vida cotidiana, es un proceso dinámico que está en constante cambio a partir de las vivencias de las

personas, la DMT es una potente herramienta para la integración de la novedad. El movimiento consciente nos ofrece la oportunidad de ir encontrando sentido a aquellas experiencias que nos es difícil asimilar y nombrar.

Tras-plantar en el frío: mi experiencia de trabajo con migrantes en Glasgow en 2017

Entre los meses de marzo y diciembre de 2017 realicé sesiones de movimiento, que llamé «movimiento espontáneo», en la ciudad la Glasgow, Escocia. Se conformaron dos grupos. Al grupo 1 asistieron catorce personas que participaron de forma alternada en ocho sesiones, con un promedio de asistencia de cinco personas por sesión, mayoritariamente mujeres (solo en una ocasión asistió un hombre). Las edades oscilaron entre los treinta y los cincuenta años. Inicialmente el grupo fue creado para personas hispanohablantes, pero al final asistieron cuatro mujeres escocesas (dos de ellas hablaban español y otras dos no). La procedencia fue variada: Venezuela, Ecuador, Perú, Argentina, Uruguay, España, México, Colombia y Escocia. Las sesiones tenían una duración de dos horas.

En el grupo 2 se impartieron seis sesiones a las que asistieron en total seis personas (dos hombres y cuatro mujeres) y cuyo promedio de asistencia por sesión fue de dos personas. Algunas personas solo pudieron asistir a una sesión, pero tres personas pudieron estar al menos en tres sesiones. La procedencia de países fue también variada: Polonia, España, Irán, Sri Lanka y Escocia. Las edades oscilaron entre los treinta y los cuarenta años. Las sesiones tuvieron una duración de una hora y quince minutos.

En ambos grupos se siguió el mismo esquema de sesión:

Actividad	Tiempo	Objetivo
Meditación	10 – 20 minutos	Favorecer la relajación, incrementar la atención en las sensaciones corporales presentes, promover una dinámica de confianza entre el grupo
Calentamiento	15 – 30 minutos	Incrementar la consciencia en sensaciones corporales sutiles y preparar el cuerpo para el movimiento
Movimiento: suave, más intenso y fuerte (usualmente con música electrónica, percusiones, ritmos afrolatinos; baile libre, en pareja o tríadas)	15 – 30 minutos	Incrementar la consciencia corporal a través de sensaciones con mayor intensidad y en movimiento, promover la cohesión entre el grupo, favorecer la confianza, reducir la existencia de barreras psicológicas centrándose en el aumento de energía y el cansancio
Movimiento y toma de consciencia (imitación, límites, contacto con sensaciones sutiles, identificación de movimientos espontáneos)	10 – 20 minutos	Favorecer el autoconocimiento, ampliar el patrón de movimiento, incrementar la consciencia corporal, promover la exploración de sensaciones espontáneas saliendo del espacio de confort
Procesamiento (en movimiento o con dibujos y verbal)	10 – 20 minutos	Procesar la experiencia y llevar a la consciencia las vivencias obtenidas

Aunque fue difícil consolidar un grupo que asistiera al menos a seis sesiones seguidas y con el cual poder evaluar los beneficios de tener sesiones de movimiento, todas las personas al final reportaron haberse sentido muy bien. Algunas participantes (sobre todo del grupo 1) lograron descubrir aspectos de sí mismas que les fueron útiles en algún aspecto de su vida. Al final de cada sesión muchas coincidían en la importancia de contar con un espacio donde el idioma no era un impedimento, no solo porque las sesiones eran en su idioma natal (para algunas de ellas), sino también porque podían expresarse a través de sus movimientos y su cuerpo.

Al final del año se les envió una pequeña encuesta anónima a través de la plataforma de SurveyMonkey³¹ para pedirles que respondieran algunas preguntas abiertas sobre su experiencia en las sesiones de movimiento. Respondieron en total siete personas.

Al preguntarles sobre los principales obstáculos a los que se enfrentaron al llegar a vivir a Glasgow, cinco personas respondieron que el idioma y dos personas nombraron la soledad o estar lejos de la familia.

Se les preguntó si cambiar de país modificó la forma en que solían relacionarse; en total, cuatro personas hicieron referencia a aspectos que se podrían vincular con pérdidas respecto al país de origen: no poder expresarse libremente, dificultades para entender los sentimientos de las demás personas, sentirse más insegura, habilidades sociales percibidas como inútiles y volverse más tímida. Tres personas resaltaron aspectos positivos relacionados con la migración; una de ellas habló de sentirse más libre de ser ella misma, otra mencionó que el mundo cambia y es posible ser más empática y volverse más tolerante, otra respondió que al inicio es duro conocer gente, pero que es posible abrirse caminos y fortalecer relaciones.

Se les preguntó también por el impacto que tuvo en su salud el hecho de migrar y entre las respuestas destacan: sensación de abandono, soledad, aislamiento, tensión nerviosa, ansiedad, incremento de peso, artritis. Se mencionan como pérdidas el cambio de alimentación y de hábitos más saludables, la falta de sol y menos horas de luz. Otra pregunta fue si consideran la DMT una actividad útil en sus vidas y las siete personas respondieron que sí. La argumentación a la respuesta incluye aspectos como la autoestima y el autoconocimiento, la salud y las relaciones sociales. En los aspectos relacionados con la autoestima, mencionan que asistir a las sesiones de DMT les sirvió para sentirse más seguras de sí mismas, conectar más con sus sentimientos, tener más confianza en su cuerpo o salir de pensamientos invasi-

31 www.surveymonkey.co.uk

vos. Respecto a la salud, se menciona menor tensión nerviosa, la ventaja de realizar ejercicio físico más o menos intenso y la ventaja de hacer una actividad física y al mismo tiempo mental o emocional. En cuanto a las relaciones sociales, destaca que la DMT proporciona integración con gente de otros países sin la barrera del idioma, promueve un comportamiento más espontáneo y ayuda a vencer la barrera de la vergüenza y a la socialización en general.

Al preguntarles si consideraban que la DMT puede ser útil para migrantes, las siete personas respondieron que sí. Entre las razones está la posibilidad de expresar estados internos sin necesidad de palabras, ayuda en la integración y a ser más valientes, es una forma de tener relaciones más íntimas y de sentirse libre en compañía de otras personas, ayuda a reconectar con quienes somos y permite liberar estrés y vencer la vergüenza, porque el grupo se puede convertir en una familia.

Finalmente, se les preguntó cuántos años habían vivido en Escocia o el Reino Unido. Cuatro personas habían vivido entre uno y dos años, mientras que otras personas refirieron entre trece y quince años.

Conclusiones

Las personas nos conformamos como tales a partir de los valores, las ideas, los conceptos, ritos, símbolos y significados que nos son dados por la sociedad en que nacemos (Heller, 1985; Berger y Luckmann, 1995; Mouffe, 1996). Cambiar de país implica remover nuestras raíces, imaginarios y valores, y esto afecta a nuestra identidad, la forma en que entendemos el mundo y la forma en que creemos que somos percibidos por el mundo.

Dependiendo de las condiciones en que migramos y de las herramientas psicosociales con las que contamos, el cambio puede afectar más o menos a nuestra salud (Achotegui, 2009; Vilar y Eibenschutz, 2007). La migración, como cualquier otra situación fuera de la vida cotidiana que se nos presenta como problemática, deja de serlo en la medida en que vamos incorporando las nuevas ideas, códigos o formas (Berger y Luckmann, 1995), es decir, en la medida en que nos integramos en la nueva comunidad e incorporamos lo nuevo a nuestro interior. La DMT favorece la integración de cuerpo y mente (Panhofer, 2005; Wengrower y Chaiklin, 2008) y ayuda a asimilar los aspectos (conscientes e inconscientes) que suelen alterarse cuando se cambia de país. En el año 2017 se realizaron intervenciones de movimiento espontáneo en Glasgow con inmigrantes de diferentes países de América Latina, Europa y Asia, en los cuales participaron un total de veinte personas. Al final de cada sesión se hizo una ronda para preguntar cómo se sentían, qué habían aprendido o

para qué les había servido la sesión. Todas las opiniones fueron positivas y destacaron la sensación de bienestar, más energía e integración, clarificación de ideas, menos estrés, optimismo y sensación de pertenencia.

Migrar es un proceso de crisis por la novedad que implica. Puede ser una crisis que sirva para crecer y ampliar las fronteras individuales o bien puede estancar a las personas y generar profundas depresiones, crisis de ansiedad y aislamiento (Dokter, 1998). Para evitar que emigrar se convierta en un problema es necesario diseñar planes de atención integrales (Achotegui, 2009) y la DMT puede tener un papel muy importante como psicoterapia y estrategia de trabajo comunitario o psicoeducativo. Según mi experiencia, es mejor consolidar grupos cerrados donde la gente pueda construir una sintonía y un sentido de pertenencia; sin embargo, con población inmigrante recién llegada, resulta importante un espacio en el que sientan que pueden entrar y salir sin presión, sin que la permanencia o el lenguaje se vuelva un factor adicional de estrés.

Referencias bibliográficas

- Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Zerbitzuan. Revista de Servicios Sociales*, 46, 164-71.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1995). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Callaghan, K. (1998). In Limbo. Movement Psychotherapy with Refugees and Asylum Seekers. En D. Dokter (ed.). *Arts therapists, refugees and migrants reaching across borders*. Londres: Jessica Kingsley.
- Díaz, F. y González, J. (2011). Identidad y migración: la formación de nuevas identidades transculturales. En H. Capello, M. Recio y P. Valdés (eds.). *La identidad nacional: sus fuentes plurales de construcción* (pp. 137-164). Ciudad Victoria: Universidad Autónoma de Tamaulipas.
- Dokter, D. (1998). Being a migrant, working with migrants: issues of identity and embodiment. En D. Dokter (ed.). *Arts therapists, refugees and migrants reaching across borders*. Londres: Jessica Kingsley.
- García, S. (2014). Promoción del autocuidado desde el cuerpo. La importancia del cuerpo en el autocuidado en equipos de profesionales. México: Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia, AC.
- (2012). *De regreso al cuerpo: Propuesta psicoeducativa con bioenergética y danza movimiento terapia para mejorar la salud de mujeres víctimas de violencia sexual*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

- (2002). *La construcción de la identidad de género en el estudiantado de la Universidad Autónoma Chapingo*. México: Universidad Autónoma Chapingo.
- Heller, A. (1985). *Historia y vida cotidiana: aportación a la sociología socialista*. México: Grijalbo.
- Mouffe, C. (1996). Por una política de la identidad nómada. *Debate Feminista*, 14, 3-13.
- Panhofer, H. (2005). *El cuerpo en psicoterapia: teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Vilar, E. y Eibenschutz, C. (2007). Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. *Gerencia y Salud*, 6, 11-32.
- Wengrower, H. y Chaiklin, S. (2008). *El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.



IV. LA DMT EN LA PREVENCIÓN

Presencia «en el» cuerpo – Presencia «en el» mundo

MARÍA ELENA GARCÍA

«Si tú eres en mí,
entonces sabes que estoy lleno de esperanzas, de miedos y dudas,
que soy fuerte y a la vez vulnerable. Sabes que deseo profundamente
ser visto, acogido.
Si yo soy en ti,
entonces yo sé de tu esperanza, de tus temores, de tu fuerza y de tu
vulnerabilidad. Sé que deseas ser amado así como eres.»

Janet Adler

Introducción

Si bien es difícil afirmar con precisión científica que la situación sea más grave que en otras épocas, se siente, a través de lo que dicen los medios de comunicación, y en las conversaciones entre amigos, que la percepción generalizada es hoy la de un mundo agitado por intensos y acelerados procesos de transformación. Por lo tanto, es lógico que, como danza movimiento terapeutas (dmt), nos interroguemos sobre el papel que nuestra disciplina deberá o podrá tener en el panorama social actual. Lo que significa reflexionar sobre cuáles podrán ser sus enfoques, encuadre y recursos más adecuados, considerar cuáles podrán ser los aportes positivos de la disciplina a este mundo que se mueve, pero también estar dispuestos a modificar la forma de trabajo, sin que eso signifique perder la esencia del mismo.

Este artículo nace motivado por el imperativo título de este congreso «Conmuévete y mueve el mundo». Parte de una intuición que me acompaña desde hace bastante tiempo, y es que, en todo el amplio campo de la Danza Movimiento Terapia (DMT), el movimiento auténtico,³² por sus características, es una de las prácti-

32 Si bien el movimiento auténtico y la DMT nacen de fuentes distintas, actualmente el primero está tan integrado en la formación y la práctica terapéutica de los dmt que consideramos oportuno incluirlo en el amplio universo de la segunda.

cas que tiene más recursos para despertar la disposición humana a conmovirse ante el mundo. Sin ella, es imposible encontrar modos de «movernos» que puedan constituir una contribución significativa para el equilibrio y el bienestar social. Pensamos también que sus principios, no necesariamente la práctica estructurada en sus formas más ortodoxas, pueden servir de base para formas de prevención y de evolución colectiva, especialmente si se ofrecen en edad temprana.

Mis consideraciones, en cuanto surgidas de una intuición, aunque tal vez sería más adecuado hablar de una certeza subjetiva, no estarán basadas en la evidencia científica, sino que serán sostenidas por mi experiencia como practicante, como conductora de grupos de movimiento auténtico y como terapeuta que incluye esta disciplina en el propio encuadre.

El foco de este trabajo gira en torno a la dimensión de atención plena (*mindfulness*)³³ del movimiento auténtico, es decir, su potencialidad para favorecer un tipo de presencia,³⁴ a nosotros mismos y a los otros, que facilite las relaciones humanas. Para contextualizar este enfoque, partiremos de un somero análisis de la imagen que el mundo occidental tiene de sus propias dificultades, sostenida indudablemente por ciertos datos, y de las consecuencias que la misma tiene sobre las personas. A continuación, consideraremos la actual difusión de distintas prácticas de atención plena, vista como una natural respuesta a la necesidad de desarrollar, globalmente, un grado más elevado de consciencia que facilite la regulación emocional, la comprensión y el bienestar. Nos confrontaremos luego con la esencia del movimiento auténtico, una práctica de atención plena caracterizada por un específico modo de ser encarnada (*embodied*)³⁵ y por ser relacional.

La conclusión ofrecerá simplemente algunas ideas sobre cómo utilizar los principios y enseñanzas del movimiento auténtico para adaptar la práctica a contextos diversos, como la educación, la prevención en general y diferentes encuadres, con la esperanza de contribuir a formas más serenas de relación que puedan hacer realidad, aunque sea parcialmente, el paradigma de la sociedad abierta e intercultural.

33 Según Kabat-Zinn (2003, p. 145): «Consiste en el proceso de observar expresamente cuerpo y mente, de permitir que nuestras experiencias se vayan desplegando de momento en momento y de aceptarlas como son».

34 Utilizamos el término *presencia* para indicar una disposición a orientar nuestra atención al momento presente, al «ahora» de nuestra experiencia.

35 La expresión *encarnada*, una traducción del término inglés *embodied*, se usa aquí para definir toda práctica que busque la recuperación de la unidad cuerpo/mente a través del movimiento espontáneo y la atención al cuerpo sentido. «En la perspectiva *embodied*, tanto la cognición como los afectos están enraizados en el presente y el pasado del cuerpo», «La cognición (incluyendo percepción, memoria y lenguaje) está enraizada en el cuerpo y puede ser descrita en términos de sus funciones» (Koch, 2006, p. 192). Traducción de la autora.

Visiones del mundo

Existe un cierto consenso, en el campo sociológico, psicológico y también en la DMT (Adler, 1999; Bauman, 2014), sobre la sensación de aislamiento e incertidumbre que se vive en la sociedad occidental contemporánea, reforzada por la pérdida de puntos de referencia como la comunidad o el estado, que han sido para los hombres de otras épocas fuente de seguridad y de sentido de pertenencia. «Demasiados de nosotros no se sienten realmente parte de nada, a excepción tal vez de la red de compromisos que creamos en nuestras agendas» (Adler 1999, p. 191).³⁶

Para Bauman (2014), el miedo es «el demonio más siniestro entre todos los que anidan en la sociedad abierta de nuestro tiempo». Si bien los mismos autores que denuncian este clima sostienen que esta sociedad es en realidad más segura que en otras épocas, existen causas que justifican este temor: terrorismo, cambio climático, crisis financieras, flujos migratorios, precariedad en los afectos, conflictos regionales, etc. La difusión planetaria de la información hace que esas causas de riesgo sean percibidas todas al mismo tiempo; se las siente coexistentes, como si estuviesen presentes en todo momento. Según Augé (2014), esta yuxtaposición de los distintos peligros los «amplifica y los simplifica al mismo tiempo, lo que da lugar a un único miedo global, generalizado e indistinto», que se traduce en una vivencia de impotencia y fatalismo (Augé, 2014; Oliverio Ferraris, 2013).

Un exceso de individualismo y una cierta desorganización del sustrato de normas y significados necesarios para dar sentido a la propia vida tienen como corolario un aumento de la falta de confianza en los otros (Oliverio Ferraris, 2013), que se convierte en «una obsesión por el otro, confundiendo todas las categorías de alteridad, y en el temor del futuro» (Augé, 2013). En el ámbito individual, la otra cara del individualismo se manifiesta en el miedo a equivocarse, a ser juzgados, a no gustar, a no ser amados o estimados, a ser discriminados o excluidos. La exagerada atención a la *performance*, al reconocimiento y a la visibilidad es fuente de estrés; y cuando el malestar psíquico se agudiza, vemos crecer los casos de depresión, que según datos de la OMS han aumentado en un 18 % entre el 2005 y el 2018. La depresión, que afecta a todos los planos de la vida, puede, en el peor de los casos, concluir con el suicidio, que, siempre según la OMS, es actualmente la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años.

El malestar individual repercute colectivamente y da cuerpo a movimientos sociales que reaccionan proyectando los propios miedos y la propia inseguridad sobre todo aquel que pueda ser considerado extranjero; los inmigrantes resultan,

³⁶ Esta y todas las citas de textos no españoles son traducción de la autora.

así, vistos como portadores de toda clase de oscuras amenazas. Paradójicamente, esta demonización y polarización entre «yo» y «el otro» es un recurso para reforzar una identidad frágil (De Pistoia, 2007). Asistimos, así, a campañas electorales basadas en la promesa de cerrar las fronteras o deportar a los inmigrantes a su propia casa, y vemos la proliferación de muros que separan, actualmente alrededor de 68 o 70 distribuidos en todos los continentes, mientras en las ciudades crecen los barrios protegidos donde se refugian las clases pudientes.

La consciencia necesaria

Junto con la impotencia es fácil sentir culpa cuando nos ponemos en contacto con el sufrimiento de la tierra y sus criaturas sin poder encontrar soluciones para ello. Todos estamos en cierta manera exiliados, hemos olvidado «la esencial interconexión entre el individuo y todos los seres» (Adler, 1999, p. 191). Olvido que se ha ido dando paralelamente con el exilio del cuerpo, que puede ser visto como consecuencia y, en cierto sentido, también causa de los malestares del mundo. Olvidando nuestra conexión con el cuerpo somos incapaces de vernos como un microcosmos de la totalidad. Es necesario recuperar el conocimiento encarnado de nuestra pertenencia a la comunidad humana y a la tierra. Pensamos que esto será posible solo con un crecimiento de la consciencia, que, como las emociones y los sentimientos,³⁷ tiene estrecha relación con el cuerpo.

La consciencia nace cuando el cerebro adquiere el poder de contar una historia sin palabras que se desarrolla dentro de los confines del cuerpo, la historia... de los estados del organismo viviente (Damasio 2000, p. 47).

Sin embargo, es sabido que podemos usar la mente³⁸ para impedir la percepción de determinados sentimientos, ya sea por la acción de los mecanismos de defensa o simplemente por la cantidad de atención que el ambiente nos demanda. Si bien, como sostiene el mismo Damasio (2000), una cierta ceguera hacia los estados internos del cuerpo puede haber sido útil para facilitar la complejidad del desarrollo cultural y tecnológico, la misma tiene sin embargo un precio. Gradualmente ha

37 Utilizamos aquí la palabra *sentimiento* como representación mental de una emoción o de las variaciones en el estado del organismo (Damasio, 2000).

38 Entendemos la mente a la manera de Siegel, como «un proceso que regula el flujo de energía y de informaciones». Para el autor, la mente es, por un lado, encarnada, implica un flujo de energía e informaciones que ocurre en el cuerpo, incluyendo el cerebro» y por otro, relacional, porque involucra «el flujo de energía e informaciones que tiene lugar entre las personas» (2009, p. 13).

consolidado nuestro alejamiento del cuerpo y ha provocado en cierto modo una deshumanización, ya que tiende a impedirnos captar el origen de lo que sentimos como la esencia de nuestro propio ser. El precio es, a nuestro juicio, demasiado elevado por sus consecuencias en términos de salud mental, de conflicto social e incluso también de salud física.

Es necesario, por lo tanto, un nuevo salto en el desarrollo de la consciencia que reactive la capacidad colectiva de «sentir» que «bajo todas nuestras imágenes del mundo está la imagen de nuestro propio cuerpo pulsante de vida» (Damasio, 2000, p. 46). Dicho en otras palabras, significa desarrollar la capacidad de estar presentes en nuestra experiencia utilizando nuestro potencial de atención para alcanzar un estado de escucha, de autoobservación, que permita llevar a la consciencia aquello que es implícito, y que permita a la misma consciencia llegar a ser testigo de sí misma.

Casi todas las culturas, y las distintas tradiciones espirituales, han desarrollado prácticas que ayudan a cultivar la consciencia del momento que se está viviendo. Dentro de estas podemos incluir distintas formas de meditación y de oración, pero también disciplinas que incluyen el cuerpo. En su modalidad secular, la atención plena, tomando elementos de dichas tradiciones, se está afirmando en Occidente y manifiesta su influencia en distintos campos. Científicos, practicantes de la espiritualidad budista, psicólogos y filósofos dialogan desplegando un territorio común en el que se sobreponen los descubrimientos de los unos y la sabiduría vivencial de los otros.

Sentir y ser sentidos

La atención plena es un estado de la consciencia que implica orientar la atención momento por momento a la propia experiencia (Brown y Ryan, 2003). Distintos tipos de prácticas utilizan distintos caminos para lograr este objetivo. Sin embargo, según Shapiro, Carlson, Astin y Freedman (2009), es posible distinguir algunos aspectos comunes:

- La intención que conduce a la práctica, que puede variar desde el simple deseo de reducir el estrés hasta el anhelo de vivir la compasión hacia todos los seres.
- La atención; abierta a lo que pueda emerger, suspendiendo juicios e interpretaciones
- La disposición a usar la propia atención con una cualidad afectiva, compasiva, acogedora e interesada.

Si bien las distintas formas meditativas o de atención plena son en general prácticas individuales, aun cuando se realicen en grupo, tal vez por la necesidad de responder al frecuente aislamiento y al sentimiento de soledad de nuestra sociedad, están emergiendo formas de práctica relacionales (Beardall y Surrey, 2013; Kramer, 2016) estructuradas especialmente para ser practicadas en el encuentro con el otro.

Movimiento auténtico y atención plena

Lo que caracteriza la práctica del movimiento auténtico es precisamente una relación, la relación entre una persona que se mueve (*mover*)³⁹ y otra que es su testigo. La primera entra en la experiencia cerrando los ojos, con la intención de mantenerse presente a los impulsos que van emergiendo y tomando forma a través del movimiento. A la vez, orienta la atención a su vivencia interior, a las imágenes,⁴⁰ sentimientos, pensamientos, recuerdos o palabras que puedan surgir. La segunda, el testigo, en quietud y con los ojos abiertos, contempla tanto la acción del *mover* como su propia experiencia interior. En ambos casos, como en toda práctica de atención plena, se busca mantener una actitud de curiosidad, apertura y aceptación, sin interpretación y sin juicio. A través de esta íntima experiencia relacional puede crecer la consciencia, tanto del *mover* como del testigo externo.

El especial cuidado puesto en desarrollar una relación receptiva, respetuosa y acogedora entre el *mover* y el testigo es la vía a través de la cual el movimiento auténtico favorece, en los que lo practican, el descubrimiento y el crecimiento del propio potencial de compasión hacia todos los seres. De este modo, el movimiento auténtico se conecta directamente con las antiguas tradiciones que nutren las actuales prácticas de atención plena.

Principios generales de la forma. Mary Whitehouse sentó las bases de lo que luego se convertiría en una disciplina articulada. A un conocimiento profundo del movimiento, fruto de su formación en danza, en Europa con Mary Wigman y en Estados Unidos con Martha Graham, unía sus estudios junguianos. Estos últimos le dieron «las bases para utilizar una perspectiva simbólica al explorar las imágenes internas del *mover* y el testigo» (Adler, 1999, p. 116). Para Wigman, abrimos pacientemente a los impulsos internos, aceptándolos y dejándolos emerger tal como lle-

39 Por comodidad y por respeto a la tradición del movimiento auténtico, llamaremos *mover* a la persona que se mueve.

40 Entendemos por imagen «una configuración mental en una cualquiera de las modalidades sensoriales posibles, por ejemplo, una imagen táctil o la imagen de un estado de bienestar» (Damasio, 2000, p. 22).

gan, encontrar el propio modo de movernos, favorece el despliegue de nuevas capacidades y hace que nuevos comportamientos resulten posibles y se pongan al servicio del proceso de individuación.

Cuando el movimiento era simple e inevitable, sin que pudiese ser modificado, sin que importara si era limitado o parcial, entonces se convertía en lo que yo llamo «auténtico», podía ser reconocido como genuino, perteneciente a esa persona dada. Auténtico es la única palabra que me hacía pensar en esa verdad implícita, una verdad no aprendida, pero presente para ser vista en ciertos momentos (Whitehouse, 1999, p. 81).

Dos discípulas de Mary Whitehouse, Joan Chodorow y Janet Adler, con quienes he tenido el privilegio de estudiar, contribuyeron a difundir y desplegar las potentes intuiciones de la pionera. La primera, profundizando su importancia y su valor como imaginación activa en la relación terapéutica. La segunda, definiendo una práctica formalizada a la que comenzó a llamar «movimiento auténtico», cuya esencia, como se ha dicho, es la relación entre el *mover* y el testigo externo. Para ambos, «el trabajo del movimiento auténtico consiste en desarrollar un testigo interior, que es un modo de entender el desarrollo de la consciencia» (Adler, 2006, p. 14).

La disciplina impartida por Janet Adler se despliega tanto en parejas como en grupo. La evolución del testigo interior en la persona que se mueve y del testigo externo se da también de manera gradual, una precede a la otra, ya que en primer lugar es necesario dar lugar a la búsqueda y el despliegue de la consciencia del *mover*. Es esta una tarea intrapersonal que debe ser sostenida por la presencia de un testigo experto que ofrezca una mirada semejante a la que una madre receptiva puede ofrecer a su hijo.

La persona que se mueve: gracias al encuentro con un testigo externo acogedor y compasivo, el *mover* afronta el crecimiento de su consciencia y aprende a «distinguir entre sumergirse en el propio movimiento o estar en una relación de diálogo con el mismo» y, «en ciertos momentos de gracia, llega a conocer un estado de unidad en el que no existe separación entre el *self* en movimiento y el testigo interior» (Adler 2006, p. 22).

El testigo: a medida que en el *mover* se amplifica la consciencia encarnada, integrando la experiencia vivida en el cuerpo también con la palabra, se abre paso en él el deseo de ser testigo a su vez del movimiento de los otros. Así, el paso siguiente consiste en aprender a utilizar la propia e instintiva resonancia al movimiento del *mover* para ofrecer, a su vez, las palabras que hablan de esa experiencia. Estimulado por el deseo de aceptar al *mover* tal como es, el testigo practica el arte de ver, de ver con claridad, y mientras interioriza al *mover* observa también los juicios, las interpretaciones y las proyecciones que la relación pueda haberle estimulado. Con el

progreso de la práctica, el testigo experto cede su rol a los nuevos *testigos* y los roles (entre *mover* y testigo externo) se alternan.

El círculo: a través de distintos pasajes, que no detallaremos aquí, se llega naturalmente a la práctica en grupo:

A medida que cada uno comienza a sentirse acompañado por la presencia de los otros, toma forma un sentimiento creciente de libertad. Cada uno de los testigos aprende de los otros y de la manera en que los distintos *movers* describen las experiencias.

[...] el testigo interior de cada uno se ejercita para incluir la presencia externa de varias personalidades, lo que requiere una mayor consciencia de los estratos interiores de experiencias interconectadas y coexistentes (Adler, 2006, p. 100).

En el momento grupal, la práctica de movimiento auténtico se desarrolla en círculo, círculo que evoca la disposición típica de los momentos comunitarios en casi todas las tradiciones culturales. Los participantes alternan los roles de *mover* y testigo y deciden conscientemente el momento en el cual pasar de uno al otro.

Cuando llegan a la práctica en grupo, los participantes ya han profundizado la propia consciencia encarnada a través de la práctica en parejas, tríos o pequeños grupos y son capaces, aun estando en un grupo grande, de hacer lo que sienten que deben hacer. Cuando los miembros actúan de esta manera es frecuente que el grupo, como conjunto, encuentre momentos de sincronía. Son momentos de intensa unión que, sin embargo, no atacan la individualidad, al contrario, pueden estimular un profundo sentimiento de pertenencia manteniendo una condición en la cual la individuación, el cumplimiento del propio «sí mismo», tal como lo entendía Jung, sea precisamente lo que permite tomar responsablemente el propio lugar en la comunidad (Adler, 1994).

La consciencia encarnada, sentida a través del cuerpo de cada uno de los participantes, se abre a la consciencia colectiva. La percepción de la energía vital compartida es la vía para sentir la pertenencia a lo que Janet Adler llama el cuerpo colectivo, como dijimos al comienzo, «la conexión sentida corporalmente entre las personas, profundamente vinculada con la fuente de nuestra humanidad» (Adler, 1994, p. 193).

Relacional y encarnado

La somera descripción que hemos hecho no puede dar cuenta de las múltiples facetas ni de la profundidad de la disciplina y la práctica del movimiento auténtico. Para una mejor comprensión, remitimos a los libros de Janet Adler y Joan Chodo-

row, a las fundamentales recopilaciones realizadas por Patrizia Pallaro y al artículo de Zoe Avstreich indicados en la bibliografía. Sin embargo, creo que los elementos considerados justifican su inclusión dentro de las prácticas de atención, en particular de aquellas consideradas relacionales.

La importancia de la consciencia desarrollada a través de la atención plena también es sostenida desde la perspectiva de la ciencia. Basándose en sus «estudios sobre el entonamiento interpersonal y sobre la función de autorregulación de la atención focalizada», Siegel la considera «una forma de entonamiento intrapersonal» (2009, p. 2) que crea las condiciones para el entonamiento intersubjetivo. Esto se acentúa en el movimiento auténtico por su propia esencia relacional, en la cual, logrado un cierto nivel de escucha y receptividad recíprocas, libre en la intención de juicios e interpretaciones, el diálogo, el encuentro mismo resulta un momento de elevación de la consciencia.

Es evidente que, en la atención plena relacional, aquello que con facilidad emerge a la contemplación de la consciencia son los elementos de estrés, miedo, pérdida, amor, odio y otros sentimientos que tienen que ver con la vida de relación. Es decir, motivos de sufrimiento interpersonal, de los que están impregnadas las tensiones sociales de las que hemos hablado al principio. Todas las formas de práctica con atención plena buscan la desidentificación de tales sentimientos para lograr una consciencia limpia. El practicante aprende a ser un observador de la propia mente, lo que incluye automáticamente el cuerpo sentido, pero también se abre a la experiencia directa del cuerpo. La particularidad del movimiento auténtico es que esa observación no se hace en la inmovilidad o en posiciones definidas, al contrario:

el justo modo se define a través del movimiento en sí mismo, no en una forma corporal preestablecida, sino a través de la forma que despierta o es despertada por la psique, por el espíritu o el *self* (Adler, 1999, p. 148).

Movimiento auténtico; una práctica que confía en la apertura a la experiencia directa del cuerpo como fuente de sabiduría, como canal para la voz del «maestro interior» (Avstreich, 2014, § 2).

Son, a mi juicio, estas dos características, ser relacional y serlo de manera encarnada, lo que hace del movimiento auténtico una práctica de *mindfulness* que puede dar respuesta a los problemas de esta sociedad que hemos señalado al principio: el sentimiento de aislamiento, de miedo, de no pertenencia y el exilio del cuerpo. El siguiente fragmento, escrito por una de mis alumnas, muestra que esta es una certeza para aquellos que han conocido el movimiento auténtico:

Esto sucede porque se realiza una forma de entonamiento con la colectividad y se abren, en lo que a mí se refiere, los canales de la confianza. En mi experiencia, la construcción de la confianza, y por lo tanto una disolución de los miedos, es uno de los resultados principales de la práctica. (Texto entregado por la alumna a la autora después de un seminario.)

En lo personal, la práctica de movimiento auténtico ha tenido sobre mí un efecto de sanación de la herida provocada por la emigración forzada, de Argentina a Italia, que viví a finales de la década de los setenta. La persecución política y el terrorismo de estado empujaron a muchos de mi generación a abandonar el país. Es frecuente que el emigrante, y esto está muy presente en nuestros días, viva una dolorosa contradicción entre la cultura que lo recibe y la suya de origen. Fue la práctica del movimiento auténtico, en los grupos guiados por Janet Adler en Italia y Grecia entre 1992 y 2000, y en mi grupo de pares en Roma, también por largos años, lo que diluyó en mí esa penosa vivencia, que fue sustituida por un creciente sentimiento de pertenencia al «cuerpo colectivo» (Adler, 1996, p. 190), por la certeza de formar parte de la totalidad del conjunto humano. Una experiencia vital, enraizada en mi cuerpo, que creó un espacio dinámico en el que las identidades individuales y culturales podían integrarse y enriquecerse recíprocamente.

A pesar de que nos hemos concentrado en su aspecto de práctica de atención plena, sin afrontar explícitamente su dimensión espiritual, no haríamos justicia al movimiento auténtico si no reconociéramos, antes de terminar, que el sentimiento de pertenencia colectivo nos conduce a ello. «Creo que los dos, el espíritu y nuestro prójimo, son inseparables». «Recordar que “yo soy”, “porque nosotros somos” puede favorecer la libertad del miedo y la duda. Tal libertad alienta la esperanza y la fuerza» (Adler, 2003, p. 94.)

Conclusión

Podría objetarse que la práctica del movimiento auténtico es para pocos, solo para aquellos que tienen una estructura del ego sólida, personas capaces de concentración, curiosidad y disciplina. Entonces, ¿cómo podremos mover el mundo?

Tenemos una primera respuesta si pensamos que la presencia que ofrece al mundo cada una de las personas formadas en el movimiento auténtico puede tener un efecto multiplicador.

Como segunda respuesta, vuelvo a la hipótesis de la cual he partido. Creo firmemente que es posible partir de los principios del movimiento auténtico para promover actividades abiertas a muchos, cuyo efecto pueda extenderse en la socie-

dad. Algunos ejemplos posibles son: formar a los educadores para que puedan realmente ver a sus alumnos y ofrecerles la adecuada presencia acogedora y compasiva; enseñar a niños y jóvenes a verse, a reconocerse recíprocamente y a comunicar las propias experiencias cuidadosa y respetuosamente al compartir experiencias creativas de movimiento; imaginar posibles aplicaciones en relaciones interculturales.

Guiar experiencias de este tipo puede ser un modo en el que las personas formadas en movimiento auténtico puedan, sostenidas por el espíritu de la práctica, mover el mundo.

Referencias bibliográficas

- Adler, J. (1999). The collective body. En P. Pallaro (ed.). *Authentic Movement. Essays by Mary Starks Whitehouse, Janet Adler and Joan Chodorow*. Londres: Jessica Kingsley.
- (1999). Who is the Witness. A Description of Authentic Movement. En P. Pallaro (ed.) *Authentic Movement. Essays by Mary Starks Whitehouse, Janet Adler and Joan Chodorow*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- (1999). An interview with Janet Adler. En P. Pallaro (ed.) *Authentic Movement. Essays by Mary Starks Whitehouse, Janet Adler and Joan Chodorow*. Londres: Jessica Kingsley.
- (2002). *Offering from the conscious body: the discipline of Authentic Movement*. Rochester, Vermont: Inner Traditions.
- (2006). *Il corpo cosciente*. Roma: Astrolabio.
- Augé, M. (2013). *Le nuove paure*. Turín: Bollati Boringhieri.
- (2014). La matassa delle paure. En Z. Bauman (ed.). *Il Demone della paura*. Roma: Laterza.
- Avstreich, Z. (2014). *Authentic Movement and Mindfulness*. En L. Rappaport (ed.). *Mindfulness and ArtsTherapies. Theory and Practice*. Londres: Jessica Kingsley.
- Bauman, Z. (2014). *Il Demone della paura*. Roma: Laterza.
- Beardall, N. y Surrey J. (2014). Relational Mindfulness and Relational Movement in Training Dance/Movement Therapists. En L. Rappaport (ed.). *Mindfulness and Arts Therapies. Theory and Practice*. Londres: Jessica Kingsley.
- Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-48.
- Damasio, A. R. (2000). *Emozione e Coscienza*. Milán: Adelphi.
- (2003). *Looking for Spinoza*. Orlando: Harcourt.

- Del Pistoia D. del (2007). *Globalizzazione, neorazzismo e scontriculturali*. Roma: Armando.
- García, M. E. (2007). *Il ritmo dei processi mentali e la presenza psicocorporea del terapeuta* in *Musica tra neuroscienze arte e terapia*. Turín: Musica Practica.
- (2003). *Setting altrove. Atti del V Convegno Nazionale di Musicoterapia*. Rímìni: Confiam.
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.
- Koch, S. (2006). Embodiment and Creative Arts Therapy: From phenomenology to cognitive science. En S. Scoble (ed.). *European Arts Therapies. Grounding the vision to advance theory and practice*. Plymouth: University Plymouth Press.
- Kramer, G. (2016). *Mindfulness relazionale*. Turín: Bollati Boringhieri.
- Oliverio Ferraris, A. (2013). *Psicologia della paura*. Turín: Bollati Boringhieri.
- Pallaro, P. (ed.) (1999). *Authentic Movement. Essays by Mary Starks Whitehouse, Janet Adler and Joan Chodorow*. Londres: Jessica Kingsley.
- Siegel, D. (2009). *Mindfulness e cervello*. Milán: Raffaello Cortina.
- (1999). *La mente relazionale*. Milán: Raffaello Cortina.
- Whitehouse, M. (1999). C. G. Jung and Dance Therapy. En P. Pallaro (ed.). *Authentic Movement. Essays by Mary Starks Whitehouse, Janet Adler and Joan Chodorow*. Londres: Jessica Kingsley. Recuperado de <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/campaign-essentials/es/>

Autocuidado para profesionales que trabajan con personas. «Acércate a tu cuerpo, muévelo, cuídalo». La Danza Movimiento Terapia en el ámbito de la prevención

LAURA MARTÍNEZ

Introducción

A lo largo de mi experiencia laboral, en el ámbito de la relación de ayuda y asistencia, he ido observando cómo las competencias y la motivación de los equipos profesionales se ven mermadas con el paso del tiempo, por la alta exigencia y la complejidad que entraña el trabajo con personas en la relación de ayuda/asistencia/acompañamiento. La falta de espacios de elaboración de estas vivencias y la ausencia de foco en el autocuidado de las personas trabajadoras representa una problemática cada vez más extendida.

El trabajo con personas conlleva una gran implicación y pone en juego todo lo que somos. El tipo de relación, las decisiones y las conductas que llevamos a cabo con las personas con las que trabajamos se ven afectadas también por nuestros estados: emocionales, corporales, cognitivos, perceptivos...

El lema: «cuidarse para cuidar» ha ido tomando cada vez más importancia en la medida en que me he ido adentrando en el trabajo con personas. La autoobservación, la toma de conciencia, el contacto con nuestras sensaciones se presentan como herramientas esenciales para abrir la escucha hacia los demás y ofrecer respuestas entonadas (Stern, 1985) con la problemática del otro.

Zambullida en estas reflexiones y vivencias profesionales, me encontré con la Danza Movimiento Terapia (DMT) hace unos años. Conmovida por el hallazgo, descubro cada día su potencial para hacernos sentir más presentes y encarnar (dotar de un cuerpo) nuestras relaciones y encuentros despertando la verdadera escucha de nuestro interior y de los otros. Asunto vital en las relaciones de ayuda, cuidado o asistencia.

En este contexto profesional actual, tan cambiante y exigente, la DMT enriquece su identidad desempeñando un papel clave en el ámbito de la prevención. Desa-

rollar una cultura del cuidado del cuerpo, tomar contacto con nuestras necesidades forma parte del reto que asumimos cuando trabajamos con personas, cuando nos dejamos conmover y descubrimos nuevas vías de comunicación y expresión. Nuestra profesión tiene una gran cantidad de cosas que ofrecer; es el momento de participar del sistema ofreciendo soluciones creativas (Dulicai, 2014): nuevas maneras de estar, comprender, generar conocimiento, concienciar y sensibilizar a través del movimiento. En definitiva, poder «compartir» una nueva forma de estar en el mundo.

Personas que trabajan con personas

Existen profesionales que orientan su labor al cuidado, acompañamiento, asistencia o ayuda a las personas en muy distintos contextos. Por el momento no existe una denominación oficial común para todas ellas. Hay quien las define como profesiones de la relación de ayuda, otros las incluyen bajo el gran paraguas del cuidado o la asistencia. Esta falta de denominación común nos ofrece cierta información sobre su situación en nuestro país y la poca atención que se presta a todo este grupo de profesiones. La asistencia y el cuidado, tradicionalmente áreas reservadas a la mujer, son campos profesionales que permanecen en la sombra, desvalorizados y con negativas consecuencias para sus trabajadores y para nuestra sociedad (Torns, 2014).

El desempeño de esta tarea, respondiendo a las necesidades de personas muy diversas y sus contextos, habitualmente plantea altas demandas; no solo en cuanto a conocimientos y habilidades de dicho puesto de trabajo, sino también en la búsqueda de diferentes estrategias y maneras de afrontar las situaciones que se pueden presentar en relación con los compañeros, las demandas y las necesidades de las personas a las que se atiende (Ibiza, 2011).

El modelo médico ha tendido a analizar a las personas que atendemos olvidándonos de nuestra propia autoobservación (Arija, 1999). Esta tendencia va cambiando poco a poco y en las últimas décadas han ido creciendo los programas orientados a la mejora de diversas áreas: cuidado del personal, estrategias de afrontamiento de estrés/ansiedad, fomento de la cohesión grupal o adquisición de habilidades para trabajar en equipo. La profesionalización de esta área para dotarla de la verdadera importancia que tiene para el sostenimiento del estado de bienestar es una tarea pendiente en nuestra sociedad.

En este sentido, la DMT se presenta como una eficaz herramienta que nos permite desarrollar una serie de recursos en torno al autocuidado para la prevención de enfermedades físicas y psíquicas, para aumentar la predisposición, la eficiencia

y el rendimiento laboral, así como para facilitar la gestión de nuestras relaciones, especialmente si se trabaja con personas.

La Danza Movimiento Terapia y su impacto positivo en la salud

Desde sus orígenes alrededor de los años cuarenta, la DMT ha estado muy ligada al concepto de salud. Algunas de sus pioneras, como Marian Chace, llevaron a cabo diferentes intervenciones en torno a la danza y la improvisación en poblaciones psiquiátricas. A lo largo del tiempo, se identificaron efectos positivos en la salud de las personas, lo que en muchos casos se traducía en mejoras en la calidad de vida de los pacientes que vivían en hospitales psiquiátricos o acudían a terapias rehabilitadoras (Panhofer y Rodríguez, 2005). Su trabajo tiene buena acogida en los equipos de profesionales neuropsiquiátricos, quienes integran la DMT como parte del tratamiento de estos pacientes (Fischman, 2005).

Desde entonces han pasado casi ochenta años, a lo largo de los cuales nuestra disciplina ha ido generando numerosos estudios que indican de qué manera las intervenciones en DMT pueden mejorar nuestra calidad de vida: sus efectos específicos en la salud, con qué tipo de problemáticas, qué es lo realmente específico de la DMT y si son resultados generalizables o replicables.

Con el objetivo de explorar el papel de la DMT en el campo de la prevención, resumiremos a continuación las investigaciones más relevantes poniendo el foco sobre cómo se relaciona esta disciplina con la mejora de la salud de las personas y, por ende, cómo se traduce en un aumento de su calidad de vida.

Braüninger (2006, 2012a, 2012b) realiza numerosos estudios en este ámbito. Sus resultados reflejan cómo después de tratamientos de corta o larga duración en DMT las personas incrementan su calidad de vida, así como sus capacidades para manejar las situaciones de estrés.

Existen más estudios que muestran mejoras en la salud después de una intervención en DMT con diferentes poblaciones y problemáticas: en pacientes con cáncer (Blázquez, Nierga y Javierre, 2011; Mannheim y Weis, 2006; Lacour, 2006), con la enfermedad de Parkinson (Hackney y Earhart, 2009, en Hernando 2016), con fibromialgia (Bojner, 2006; Rodríguez, 2005) y con depresión (Koch, Morlinghaus y Fuchs, 2007; Pylänäinen, Muotka y Lappalainen 2015) y en personas afectadas por demencia (Hill, 2008).

Existen también evidencias de mejora y aumento de conciencia corporal en poblaciones sin patologías. El estudio realizado por un grupo de docentes de la Universidad Europea de Madrid (Rodríguez, Caja, Gracia, Velasco y Terrón, 2013) demuestra que la utilización de la inteligencia emocional y la comunicación, cen-

trándose en la conciencia corporal, es un válido recurso para la docencia. Estas profesoras desarrollaron un «programa de movimiento» centrado en habilidades interpersonales e intrapersonales y en la posterior integración de las mismas a través de técnicas procedentes de la DMT y de la educación somática del movimiento (Body-Mind Centering, 2001) bajo la óptica del «aprendizaje enactivo», término acuñado por Varela (1991) que postula la necesidad de integrar conocimiento y experiencia para generar, así, un tipo de conocimiento a través del movimiento.

Este grupo de investigadoras observó que para los participantes (docentes), a quienes ofreció nuevos recursos aplicables en el aula y en la gestión de sus grupos, resultó relevante la toma de conciencia de la información no verbal y de las relaciones con los compañeros.

En relación con el tratamiento del trauma y el manejo del estrés, existe una gran evidencia de que las palabras no son suficientes. Las intervenciones que provienen del *embodiment*, así como aquellas que realizan tratamientos más integrados entre diferentes formas de expresión, están valoradas muy positivamente en la actualidad (Koch y Fischman, 2011; López, 2011; Wengrower, 2015; Winters, 2008).

Existen experiencias que utilizan la DMT para favorecer el autocuidado y la salud con personal que atiende a víctimas de violencia (Waceols, 2012). También, como las intervenciones desde los principios de la psicoterapia corporal integrativa y la DMT, pueden ayudar a las víctimas de violencia sexual a reconectar con su cuerpo al permitir el autoconocimiento y aumentar la consciencia corporal, lo que abre otras vías para la elaboración del trauma (García, 2014a).

La misma autora citada anteriormente, García (2014b), desarrolla todo un manual, «Promoción del autocuidado desde el cuerpo», para equipos profesionales que desarrollan su labor en pro de los derechos humanos. La propuesta de intervención utiliza técnicas de la DMT, entre otras (bioenergética), y desarrolla una serie de intervenciones orientadas a la promoción y prevención de la salud de los equipos.

El estudio de Goodill (2006) versa sobre una intervención en DMT con personas con enfermedades médicas basada en cinco factores focales: vitalidad, relaciones, superación, autoeficacia, imagen corporal de la enfermedad y humor. Resaltamos este estudio por la variedad de áreas que aborda.

Los resultados apuntan lo siguiente: en las autoevaluaciones, un 49% refieren menos depresión y ansiedad, menos preocupación, más placer o más esperanza (humor); el 50% de las mujeres registran un incremento de la conciencia y la estimación de su fuerza o conocimiento (autoeficacia), y el 75% registran un aumento en la valoración de su cuerpo, más aceptación del cuerpo «como es», o sentimien-

tos positivos respecto al cuerpo (imagen corporal). En el postratamiento, el 63 % de los participantes informó haber recibido apoyo social y, tres semanas después, en la encuesta de seguimiento, obtuvieron un 5 en la escala Likert; el 69 % de los participantes valoraron con extremadamente (5) o moderadamente (4) útil el apoyo y el hecho de compartir (relaciones y superación).

Para Goodill (2006), este sistema de análisis basado en cinco puntos es tan solo un marco de referencia a partir del cual continuar las investigaciones teniendo en cuenta las estrechas relaciones entre cada una de las áreas del estudio. Todas ellas, evidencias de cómo un tratamiento enfocado a la mejora de la conciencia corporal impacta positivamente en áreas esenciales de la persona, como las anteriormente citadas.

Por otro lado, si ponemos el foco sobre qué intervenciones específicas en DMT resultan beneficiosas, encontramos otro estudio de Bräuningner (2014). Los resultados obtenidos prueban la relación entre una mejora de la calidad de vida, el manejo y la reducción del estrés y la orientación psicodinámica de la DMT, la metodología de Chace, la combinación de estilos de liderazgo dirigidos o no dirigidos y los rituales de cierre.

Es necesario continuar los esfuerzos en investigación para acomodar las herramientas específicas en DMT y que responden a las necesidades de cada una de las poblaciones. Sabemos que en los últimos años han crecido las publicaciones de profesionales de la DMT que actualmente trabajan en el ámbito de la salud. Es importante difundir estas evidencias sobre cómo la DMT se presenta como una eficaz herramienta con un impacto positivo en nuestra calidad de vida, que nos permite desarrollar una serie de recursos en torno al autocuidado para prevenir enfermedades físicas y psíquicas y aumentar la predisposición, la eficiencia y el rendimiento laboral, así como en la gestión de nuestras relaciones, especialmente si se trabaja con personas.

La Danza Movimiento Terapia y la prevención

Tradicionalmente, el modelo médico en salud mental ha influido en la práctica de la DMT, tanto en el ámbito clínico como en el privado (Wengrower, 2015) y comunitario. El aumento de profesionales de la DMT con competencias multidisciplinarias y su aplicación en nuevos campos, como la promoción de la salud, nos hace trasladar el enfoque tradicional en el déficit o la patología hacia la salud. Un movimiento hacia el ámbito de «lo que sí existe», los recursos propios, centrándose en los factores de protección y riesgo antes del inicio de los trastornos (Wengrower, 2015).

La DMT nos devuelve la idea de cuerpo como agente de conocimiento (Fischman, 2005) y propone un espacio para que el cuerpo se experimente a sí mismo. Ofrece herramientas para otorgar sentido e integrar las dimensiones que nos componen.

Tenemos, por tanto, evidencias del impacto que las intervenciones en DMT tienen sobre la salud y, por ende, en la calidad de vida: por ello, es importante que comience a formar parte de los planes de prevención para evitar, así, el desencadenamiento de enfermedades de muy distinto tipo y, sobre todo, para apostar por el bienestar y el cuidado de las personas. Es necesario que busquemos maneras de elaborar toda esta información y utilizarla a la hora de trabajar en relación con las personas.

La DMT, así, se redefine como una herramienta de promoción y cuidado de la salud (Hernando, 2016). Constituye un aporte que enriquece nuestra identidad profesional y valora nuestra función en la comunidad y en los individuos que la componen. Las personas somos fuentes de conocimiento y sensación en nosotras mismas, tenemos poderosas herramientas para empatizar con los demás y esa característica humana tiene que estar presente en los equipos de trabajo, deber servir de estructura y estrategia en el trato con los otros.

La DMT ofrece la oportunidad de estar presentes en un cuerpo que sabe y que conoce (Martínez, 2011). Todas las personas contamos con un cuerpo que sabe y conoce. Todas las personas, por tanto, sabemos. El cuerpo es democrático, ofrece igualdad de oportunidades a todas las personas, es generador de conocimiento y sentido (Fischman, 2014). Es, por ello, un punto imprescindible cuando hablamos de la salud de las personas.

Una experiencia de cuidado en movimiento

A hilo de estas reflexiones, presentamos una experiencia de intervención en el ámbito del cuidado. Ofrece una primera aproximación sobre la forma en que una intervención psicoeducativa, basada en la DMT, impacta en un equipo de trabajadores de intervención social (centro de asistencia a personas sin hogar) público, de gestión privada, a cargo de una institución llamada ASISPA. Es un centro de acogida para personas sin hogar, situado en un barrio de Madrid y apartado de núcleo urbano del distrito.

La intervención en DMT está dirigida a todos los trabajadores de este servicio, un grupo muy heterogéneo: trabajadores sociales, educadores sociales, psicólogos, operarios (mantenimiento), personal de la administración, coordinadores, directivos. La participación era voluntaria.

Es importante señalar que la propuesta de «Autocuidado a través del movimiento» no tuvo coste alguno para esta institución, ya que formaba parte del período de prácticas de un curso que realizaba en esos momentos. No sabemos si se hubiera podido llevar a cabo si hubiera tenido algún coste; de ahí, también, el escaso número de sesiones.

La demanda partió de una de las psicólogas del centro, que recibió la propuesta y contactó conmigo. Ella misma detectó la necesidad de los equipos de tener un espacio de elaboración de sus vivencias laborales, de ofrecer un tiempo para el autocuidado y, también, para favorecer las relaciones con el resto de personas con las que trabajan conjuntamente en el día a día del centro.

Metodología

Se desarrolló a lo largo de cuatro sesiones de dos horas cada una, tituladas: «Taller de autocuidado en movimiento: acércate a tu cuerpo, muévelo, cuídalo». Todos los trabajadores de este servicio fueron invitados a participar; fueron un total de veinte. Las sesiones se desarrollaron con carácter semanal en horario de 14 a 16 h y, además de la facilitadora, estuvo presente una persona externa observadora en tres de las cuatro sesiones.

La propuesta psicoeducativa basada en la DMT se enfoca desde el prisma de la metodología de la indagación apreciativa (Subirana y Cooperrider, 2013), a partir de la cual se acompaña al grupo, capaz de descubrir sus propios recursos, enfocándolo en sus potencialidades y no tanto en sus carencias. Se pone empeño en tratar de ajustar al máximo las propuestas de movimiento al grupo para que sean útiles y significativas, se puedan transferir entre los participantes y permitan incrementar su uso en su vida cotidiana y laboral. Se ofrece una novedosa forma de aprender integrando el movimiento y sus significados, despertando sus memorias corporales y facilitando la apertura psicológica y corporal, lo que favorece aprendizajes más profundos y encarnados.

El diseño, la planificación, la intervención y la evaluación posterior se llevaron a cabo alrededor de tres competencias: la consciencia corporal, la identificación de necesidades propias en torno al autocuidado y la promoción de hábitos saludables. En la tabla I destacamos los objetivos específicos de cada área, sus fases en cada una de las sesiones y las técnicas que se utilizaron.

Fase	Competencia	Técnicas utilizadas
Fase I	Consciencia corporal espacial <ul style="list-style-type: none"> • Adquirirán herramientas para favorecer la escucha corporal. • Identificarán qué partes de su cuerpo necesitan más atención. • Estarán motivados para utilizar y mover su cuerpo en el espacio. • Conocerán y experimentarán cómo es su «espacio personal», la cinesfera. 	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de contacto con nuestro cuerpo, uso del espacio, experimentación con los esfuerzos de Laban, acceso a la memoria corporal a través del dibujo después del movimiento. • Introducción del concepto de kinesfera a través del movimiento con telas en el espacio.
Fase II	Promoción de hábitos saludables <ul style="list-style-type: none"> • Identificarán situaciones que les produzcan bienestar. • Conocerán técnicas de respiración, relajación y movimiento espontáneo. • Valorarán los momentos de descanso. • Estarán motivados para reflexionar sobre el cuidado en su vida cotidiana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de respiración, desbloqueo, visualizaciones iniciales sobre temas de su labor profesional. • Relajación, momentos para recuperar el descanso, explorar la quietud y el movimiento y su efecto en el pensamiento. • Reflexiones sobre su trayectoria laboral a través de la expresión gráfica.
Fase III	Identificar necesidades propias en relación con el cuidado <ul style="list-style-type: none"> • Serán capaces de reflexionar de manera crítica sobre situaciones de la vida cotidiana • Diferenciarán entre factores de riesgo y factores protectores. • Podrán identificar indicadores personales de malestar y bienestar. 	<ul style="list-style-type: none"> • La escucha de nuestro cuerpo (hacia mí, hacia los demás) a través de la respiración y la observación, herramientas que facilitan la escucha (juegos de imitación y entonamiento). • Identificación de señales corporales propias. • Elaboración de la información en un grupo grande.

Tabla 1

Resultados

De las veinte de personas inscritas en el taller, fueron catorce las que rellenaron los cuestionarios de evaluación realizados por los participantes durante la última sesión.

Las preguntas se distribuyen en cuatro bloques: I. Metodología; II. Consciencia corporal; III. Identificación de necesidades en relación con el autocuidado; IV. Promoción de hábitos saludables. Cada uno de los bloques consta de cuatro preguntas (*a, b, c, d*), lo que hace un total de dieciséis preguntas. Las respuestas tienen una escala de valoración del 1 al 5, en que 1 es la puntuación mínima (nada de acuerdo) y 5 es la puntuación máxima (muy de acuerdo).

Bloque I. Metodología

- 1.a. ¿Te ha servido este tipo de metodología (vivencial) en tu proceso de aprendizaje?
- 1.b. ¿Te han permitido las actividades propuestas realizar algún tipo de aprendizaje?
- 1.c. ¿Crees que introducir el cuerpo y el movimiento ha favorecido tu comprensión de los temas tratados?

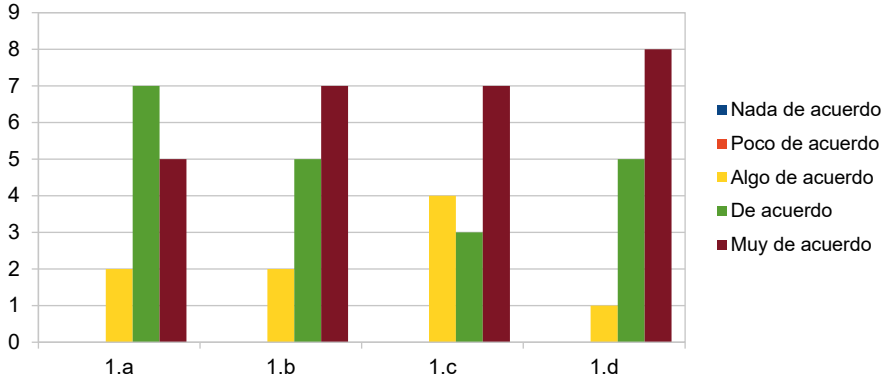


Gráfico I. Respuestas al bloque I. Metodología

Bloque II. Consciencia corporal

- 2.a. ¿Has encontrado momentos para escuchar tu cuerpo?
- 2.b. ¿Tienes más presentes las señales de tu cuerpo en la vida cotidiana?
- 2.c. ¿Tienes más presentes las señales de tu cuerpo en tu trabajo?
- 2.d. ¿Crees que tu cuerpo merece más atención?

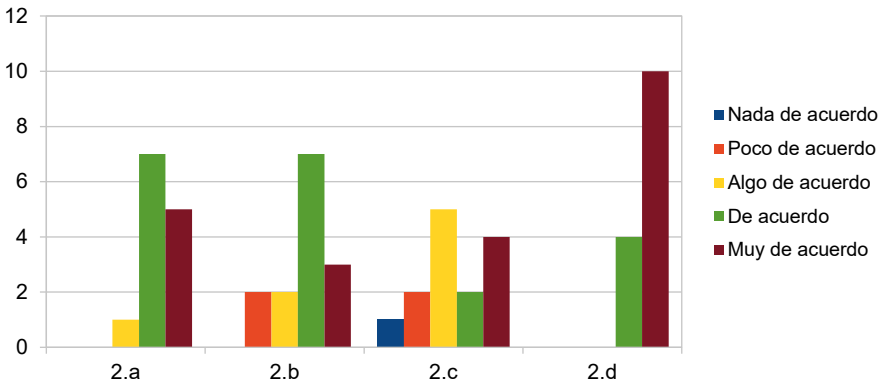


Gráfico II. Respuestas al bloque II. Consciencia corporal

Bloque III. Identificación de necesidades en relación con el autocuidado

- 3.a. ¿Crees que se han ofrecido herramientas para poder identificar necesidades en torno al autocuidado?
- 3.b. ¿Crees que identificar tus necesidades te favorece en tu trabajo?
- 3.c. ¿Puedes identificar indicadores personales de malestar y bienestar?
- 3.d. ¿Te ha resultado fácil identificar tus necesidades durante el taller?

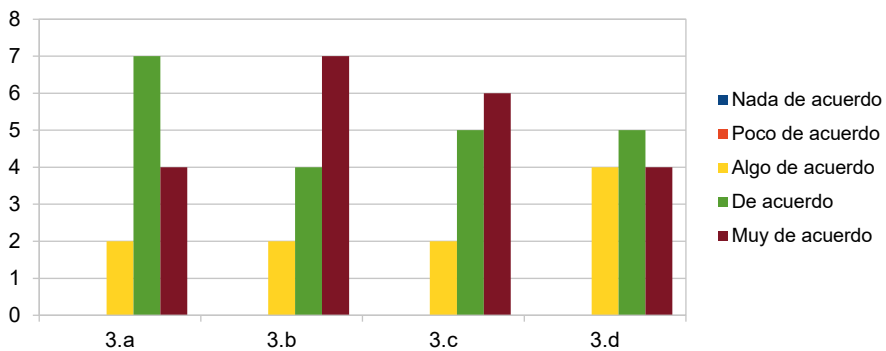


Gráfico III. Respuestas a las preguntas del bloque III: Identificación de necesidades en relación con el autocuidado

Bloque IV. Promoción de hábitos saludables

- 4.a. ¿Has identificado situaciones que favorezcan tu bienestar?
- 4.b. ¿Te han resultado útiles las técnicas de relajación y respiración?
- 4.c. ¿Es importante el autocuidado para el buen desempeño de tu trabajo?
- 4.d. ¿Crees que podrás poner en práctica en la vida cotidiana hábitos de autocuidado?

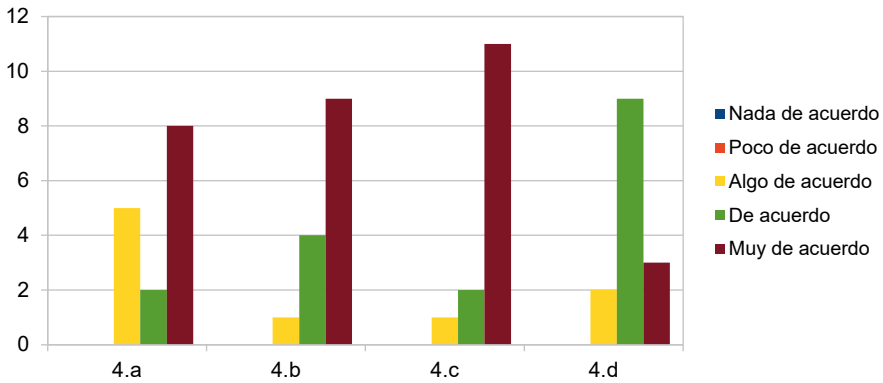


Gráfico IV. Preguntas del bloque IV. Promoción de hábitos saludables

Discusión de resultados

En lo referente al cuestionario realizado, en general los datos son satisfactorios. Respecto a la metodología (gráfico I), parece que el carácter eminentemente vivencial del taller ha favorecido el aprendizaje y la conexión de los contenidos con la vida cotidiana. A la pregunta 1.a «¿Te ha servido este tipo de metodología (vivencial) en tu proceso de aprendizaje?», 10 personas responden 5 y 4 personas 4.

En lo referente a las competencias (gráfico II), podemos decir que en el trabajo alrededor de la escucha del cuerpo en el ámbito laboral hay cierta variabilidad. En la pregunta 2.c «¿Tienes más presentes las señales de tu cuerpo en tu trabajo?», la mitad de las personas puntúan 3 o 5, 2 personas puntúan 2 a esta pregunta y una persona 1. Nos muestra que tener presentes las señales del cuerpo en el ámbito laboral puede requerir cierto entrenamiento y conciencia.

En lo que sí coinciden es en la necesidad de escucha que el cuerpo se merece, ya que 10 personas que responden dan la puntuación máxima, un 5, y 4 personas un 4. En el bloque III de identificación de necesidades (gráfico III), 7 personas responden 5 a la pregunta 3.b «¿Crees que identificar tus necesidades te favorece en tu trabajo?». Sobre si ha resultado fácil identificarlas, las respuestas presentan más variabilidad entre las puntuaciones y la mayoría oscilan entre los valores de 3, 4 y 5.

En el último aspecto evaluado, en torno a la promoción de hábitos saludables (gráfico IV), los participantes coinciden en su mayoría en la importancia del autocuidado para el buen desempeño de su actividad laboral, así como en la utilidad de las técnicas de respiración y relajación propuestas. Resultan relevantes las respuestas a la pregunta 4.c «¿Es importante el autocuidado para el buen desempeño de tu trabajo?»; 11 personas de 14 responden 5, puntuación máxima en la escala.

Conclusiones

Teniendo en cuenta las limitaciones de la intervención, como su corta duración, podemos apuntar que el autocuidado se reconoce como importante en el ámbito laboral en este grupo de profesionales y abordarlo es una demanda explícita de los mismos. La necesidad de escuchar al propio cuerpo aparece como una afirmación secundada por la mayoría, que también cree que identificar las necesidades propias favorece su actividad laboral.

Las intervenciones, dirigidas a favorecer la toma de contacto con el cuerpo, como la DMT, facilitan la identificación de necesidades y fomentan la escucha interna y la autoobservación, aliadas con la prevención de problemáticas relacionadas con el desgaste profesional. No hemos podido rastrear cómo estas herramientas afectan a las relaciones que se establecen en los lugares de trabajo y tampoco si esto impacta positivamente en la calidad de los cuidados, la asistencia y el acompañamiento.

Las dinámicas, el movimiento y las técnicas propuestas han facilitado una primera toma de contacto con lo que significa habitar un cuerpo. Por eso, este taller de «Autocuidado a través del movimiento», realizado de manera regular en las entidades/instituciones, podría ofrecer a los trabajadores nuevas oportunidades de plantear su desempeño profesional de una manera más saludable, e impactar positivamente en los lugares de trabajo, con lo que mejorarían, por tanto, las condiciones para resolver las necesidades de las personas a las que atienden.

Líneas futuras

Ofrecer programas de prevención a través de la DMT sostenibles a largo plazo sería una herramienta importante para la promoción de la salud de los equipos de profesionales que trabajan con personas. Las instituciones públicas tienen la responsabilidad de acoger estos programas y evaluarlos para poderlos implementar con el fin de que, poco a poco, formen parte de nuestra cultura organizacional.

La crisis, la desigualdad y la feminización de la pobreza afectan directamente a estos profesionales y a sus condiciones laborales. La DMT puede acoger a estas poblaciones en riesgo y otorgarles nuevas herramientas para hacer frente a los retos que nos propone una sociedad cada vez más desigual. Como profesionales, debemos afrontar el reto que se nos presenta como mejor sabemos hacer: a partir de la escucha profunda y enraizada en los cuerpos. Ofrecer espacios de escucha y conexión con el cuerpo, encarnar las vivencias facilitando su expresión y elaboración, moverse juntos, aumentar la conciencia corporal, realizar una mirada interna con

cierta frecuencia con el acompañamiento de un profesional, todo son intervenciones necesarias en los contextos laborales en que se trabaja con personas, tradicionalmente poco valorados y cuidados. Los profesionales en DMT pueden desarrollar estos programas preventivos para que impacten positivamente en los trabajadores y garanticen la salud física y emocional de los equipos.

Enaltecer el cuidado y la escucha del cuerpo, en esta sociedad nuestra de «cuerpos sin cuerpo» (Cornago, 2008), es una tarea compleja pero más necesaria que nunca. La actualidad nos compromete directamente como profesionales y la DMT puede desarrollar las herramientas necesarias en las personas para poder «mover el mundo» hacia el cuidado y la escucha de lo que somos y lo que nos rodea.

Referencias bibliográficas

- Arija, B. (1999). Apuntes para una reflexión teórico-práctica de la relación de ayuda. *Cuadernos de Trabajo Social*, 12, 141-58. Recuperado de http://www.vinculots.com/articulos/apuntes_relacion.pdf
- Bojner, E. (2006). Evaluating DMT in fibromyalgia patients. Consequences of verbal, visual and hormonal analyses. En I. Bräuninger y S. C. Koch (eds.). *Advances in Dance/Movement Therapy: Theoretical Perspectives and Empirical Findings* (pp. 73-86). Berlín: Logos.
- Blázquez, A., Nierga, J. y Javierre, C. (2011). Terapia a través de la danza y el movimiento en mujeres con cáncer de mama: el impacto psicofísico del proceso empático. *Psicooncología*, 8(1), 31-43. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.3
- Bräuninger, I. (2006). Dance movement therapy group process. Content analysis of short term treatment programs. En I. Bräuninger y S. C. Koch (eds.). *Advances in Dance/Movement Therapy: Theoretical Perspectives and Empirical Findings* (pp. 87-102). Berlín: Logos.
- (2012 a). Dance movement therapy group intervention in stress treatment. Randomized controlled trial (RCT). *The Arts in Psychotherapy*, 39(5), 443-50.
- (2012 b). The efficacy of dance movement therapy group on improvement of quality of life: A randomized controlled trial. *The Arts in Psychotherapy*, 39, 96-303. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.03.008>
- (2014). Specific dance movement therapy interventions. Which are successful? An intervention and correlation study. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 444-57. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/journal/01974556/41>
- Cornago, O. (2008). Cuerpos, política y sociedad: una cuestión de ética. Recuperado de https://artescenicas.uclm.es/archivos_subidos/textos/215/cuerpos_politica_sociedad.pdf

- Dulicai, D. (2014). Logros y desafíos: Universitat Autònoma de Barcelona. En H. Panhofer y A. Ratés (eds.). *Encontrar – Compartir – Aprender. Máster en Danza Movimiento Terapia. Jornadas del 10º aniversario*. Bellaterra: Servei de Publicacions de la UAB.
- García, S. (2014a). De regreso al cuerpo: importancia del trabajo psicoterapéutico desde el cuerpo en el tratamiento de las mujeres víctimas de violencia sexual. En H. Panhofer y A. Ratés (eds.). *Encontrar – Compartir – Aprender. Máster en Danza Movimiento Terapia. Jornadas del 10º aniversario*. Bellaterra: Servei de Publicacions de la UAB.
- (2014b). *Promoción del autocuidado desde el cuerpo*. Equidad de Género.
- Goodill, S. (2006). Dance/movement therapy for people living with medical illness. En I. Bräuninger y S. C. Koch (eds.). *Advances in Dance/Movement Therapy: Theoretical Perspectives and Empirical Findings* (pp. 52-60). Berlín: Logos.
- Fischman, D. (2005). *La mejora de la capacidad empática en profesionales de la salud y la educación a través de talleres de Danza Movimiento Terapia*. Palermo: Universidad de Palermo. Tesis doctoral.
- (2014). Movimiento sentido, sentidos del movimiento. Metapatrones transcontextuales. En H. Panhofer y A. Ratés (eds.). *Encontrar – Compartir – Aprender. Máster en Danza Movimiento Terapia. Jornadas del 10º aniversario*. Bellaterra: Servei de Publicacions de la UAB.
- Hernando, S. (2016). *Conectar el cuerpo en el trabajo: aportaciones de la DMT al síndrome de quemarse por el trabajo*. Bellaterra: Universidad Autònoma de Barcelona. Tesina del máster de Danza Movimiento Terapia.
- Hill, H. (2008). Danzando con la esperanza. La DMT con personas afectadas por demencia. En S. Chaiklin y H. Wengrower (eds.). *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 197-212). Barcelona: Gedisa.
- Ibiza, L. (2011). *La DMT con trabajadores que atienden a personas con discapacidad física y/o psíquica*. Bellaterra: Universidad Autònoma de Barcelona. Tesina del máster de Danza Movimiento Terapia.
- Koch, S. C. y Fischman, D. (2011). Embodied enactive dance therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 33, 7-72. DOI: 10.1007/s10465-011-9108
- Koch, S. C., Morlinghaus, K. y Fuchs, T. (2007). The joy dance: Specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression. *The Arts in Psychotherapy*, 34(4), 340-9.
- López, G. (2011). Why verbal psychotherapy is not enough to treat post traumatic stress disorder: A biosystemic approach to stress debriefing. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy: An International Journal for Theory, Research and Practice*, 6, 129-43.

- Mannheim, E. G. y Weis, J. (2006). Dance Movement Therapy with cancer patients. Evaluations of pro and outcome parameters. En I. Bräuninger y S. C. Koch (eds.), *Advances in Dance/Movement Therapy: Theoretical Perspectives and Empirical Findings* (pp. 52-60). Berlín: Logos.
- Martínez, L. (2011). *El cuerpo que habito*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona. Tesina del máster de Danza Movimiento Terapia.
- Panhofer, H. y Rodríguez, S. (2005). La Danza Movimiento Terapia: una nueva profesión que se introduce en España. En H. Panhofer (ed.), *El cuerpo en psicoterapia. La teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Rodríguez, S. (2005). Danza Movimiento Terapia y fibromialgia: cuerpos que hablan del dolor. En H. Panhofer (ed.), *El cuerpo en psicoterapia. La teoría y práctica de la Danza Movimiento* (pp. 189-215). Barcelona: Gedisa.
- Rodríguez, R. M., Caja, M. M., Gracia, P., Velasco, P. y Terrón, M. J. (2013). Inteligencia emocional y comunicación: la conciencia corporal como recurso. *Revista de Docencia Universitaria*, 11(1), 213-24.
- Stern, D. (1985). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós.
- Subirana, M. y Cooperrider, D. (2013). *La indagación apreciativa*. Barcelona: Kairós.
- Tobón, O. (2003). *El autocuidado. Una habilidad para vivir*. Recuperado de http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf
- Torns, T. (2014). *Nuevas profesiones para la organización social del cuidado cotidiano – PROFESOC*. Memoria final de investigación. Equipo investigador: V. Borràs, S. Moreno y C. Recio. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Varela, F. J.; Thompson, E. y Rosch, E. (1991) *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. Cambridge: MIT Press.
- Waceols Rodríguez, D. (2012). *Experiencias y aportes de la Danza Movimiento Terapia en el trabajo con equipos de profesionales que intervienen en violencia*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona. Tesina del máster de Danza Movimiento Terapia.
- Wengrower, H. (2015) Widening our lens: The implications of resilience for the professional identity and practice of dance movement therapists. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 10(3), 153-68. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/loi/tbmd20>
- Winters, A. F. (2008). Emotion, Embodiment, and Mirror Neurons in Dance/Movement Therapy: A Connection Across Disciplines. *American Journal of Dance Therapy*, 30(2), 84-105.

Mover las fronteras: la Danza Movimiento Terapia en la educación superior

ROSA MARÍA RODRÍGUEZ y MANUEL CARMONA

Fronterizos

La palabra frontera se remonta al siglo XII y etimológicamente significa línea que señala los límites de los estados, pero también se emplea como espacio intermedio que sirve de paso entre dos estados colindantes. Los autores de este texto se sienten, así, que caminan entre dos o más estados, en este caso entre formas de hacer muy distintas en las instituciones de educación superior, desde las aceptadas por bien conocidas, que todos empleamos todos los días, hasta las que permanecen sin explorar.

Pero, además, hay otra acepción para la palabra frontera, y es la de fachada, en la que siempre hay puertas. Frente a la idea de puertas expuestas a los intrusos y que hay que defender, a nosotros nos gusta pensar en puertas que permiten el intercambio entre distintas posiciones, ideas, conocimientos, titulaciones. Puertas sin puerta, puertas en las que comienza el proceso de acogida a partir del cual todo lo demás, el estimulante proceso de enseñanza-aprendizaje, tiene lugar.

Nuestra trayectoria sostiene este lugar de «espacio intermedio», de «apertura», de «búsqueda», de «movimiento», de «acogida», de «re-conocimiento». Somos una docente e investigadora doctora en Ciencias Físicas, que fue en su momento también bailarina profesional y que vive empeñada en introducir la Danza Movimiento Terapia (DMT), el cuerpo y sus manifestaciones no verbales en entornos educativos creando espacios de aprendizaje y desarrollo más saludables; y un investigador reconocido en el ámbito de los alimentos, licenciado en Ciencias Químicas y doctor en Ciencia e Ingeniería Agraria, que no cree en la jerarquía docente-alumno y que explora nuevos modos de sembrar en los estudiantes el virtuoso y difícil camino de la búsqueda de la sabiduría. Ambos queremos compartir un viaje en el que se desgranar las distintas etapas por las que hemos pasado hasta el momento actual, y la situación en relación con la investigación en la educación superior y la introducción de recursos corporales, en particular de DMT, desde los primeros talleres formativos para profesores hasta la creación de proyectos de investigación de mayor complejidad, en los cuales se involucra a profesionales de áreas de conocimiento muy diversas.

Nuestro planeta, el de la educación superior

El 19 de junio de 1999, 29 estados miembros de la Comunidad Europea suscribieron la denominada Declaración de Bolonia. En ella se establecen las bases para la construcción de un espacio europeo de educación superior (EEES), entre cuyos objetivos se encuentran la adopción de un sistema fácilmente legible y comparable de titulaciones en Europa, a través de un sistema de créditos (ECTS), y la promoción de la cooperación europea para el desarrollo de criterios y metodologías comparables. La entrada en funcionamiento del EEES ha supuesto un cambio muy grande en el paradigma educativo universitario al incorporar en el diseño de los nuevos títulos, además de contenidos técnicos, el desarrollo de competencias transversales que permitan mejorar la inclusión en el ámbito laboral de los futuros diplomados y facilitar su movilidad a través de Europa (Terrón et al., 2012). Además, el informe Delors (1996, p. 9) de la Comunidad Europea postula que la educación debe basarse en cuatro pilares fundamentales: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a ser; y afirma: «La educación constituye un instrumento indispensable para que la humanidad pueda progresar hacia los ideales de paz, libertad y justicia social». Tradicionalmente, la universidad se ha centrado en los dos primeros pilares, pero ha dejado un tanto de lado los dos segundos, que tocan lo que la persona es en su esencia y cómo desde ahí construye las relaciones con los demás.

En lo que respecta a las personas que se forman en la universidad, la sociedad en la que estamos inmersos precisa de profesionales capaces de trabajar en entornos multiculturales en los cuales capacidades como el pensamiento crítico, la capacidad de escucha y diálogo y el respeto a la diversidad son clave para generar sociedades más libres y felices (Rodríguez et al., 2012). Pero estas capacidades no se pueden construir si no es desde la propia esencia del individuo, lo que le constituye como tal, es decir, desde un autoconocimiento que le permita comprender sus motivaciones, necesidades y modos de ser y estar; conocer sus respuestas ante distintos impulsos y tomar conciencia de sus fortalezas y debilidades. En definitiva, un autoconocimiento que le posibilite construirse y reconstruirse continuamente. La adquisición de herramientas técnicas y de recursos competenciales no puede ser completa si la formación no contempla esta dimensión de la persona orientándose de dentro hacia fuera (Buxarrais y Burguet, 2016).

En lo referente a los formadores encargados de proveer esa formación a los futuros diplomados, también se les plantean grandes desafíos. No solo deben tratar de transmitir el conocimiento de un modo adecuado, sino también resolver dificultades con alumnos de procedencia y características muy diversas, superar evaluaciones externas periódicas sobre el propio desempeño docente, responsabilizarse de tareas de gestión añadidas, etc. Actividades que acaban dando lugar a un colec-

tivo docente con altos niveles de estrés y ansiedad, pensamientos recurrentes de preocupación y enfermedades de tipo psicossomático o no diagnosticadas (Van Droogenbroeck et al., 2014; Collie et al., 2012).

Y es aquí donde las propuestas, que tienen en consideración el cuerpo y sus manifestaciones no verbales, aparecen como posibilitadoras del crecimiento y el bienestar personal de unos y otros. De los alumnos, que se enfrentan a un futuro competitivo e incierto; pero también de los profesores, que deben estar preparados para ofrecer un tipo de «conocimiento» que no les fue ofrecido a ellos en su etapa universitaria. La incorporación de procesos de aprendizaje experienciales, basados en el conocimiento enactivo y que ponen el foco en el concepto de *embodiment* (Varela, Thompson y Rosch, 1991; Fernros et al., 2008; Wengrower, 2008), contribuye a generar este autoconocimiento. Incrementar la conciencia corporal permite a la persona tomar conciencia de sus fortalezas y debilidades, de su nivel de bienestar y de los mecanismos de interacción que mantiene con otras personas (Rodríguez et al., 2013; Alexander et al., 2015). La DMT aparece entonces como un enfoque que, más allá de su evidente aplicación clínica (Braüninger, 2012), posibilita un espacio para trabajar preventivamente dotando a la persona de recursos que faciliten su adaptación al entorno y su mejora competencial, abre un espacio para la mejora de la salud (Karkou et al., 2017; Koch, S., 2014) y ofrece herramientas para la detección de posibles necesidades de intervención terapéutica específica.

Se trata, en resumen, de enriquecer el enfoque cognitivo-racional en los procesos de enseñanza-aprendizaje del ámbito universitario, con la generación de conocimiento desde y a partir del propio cuerpo y sus patrones de movimiento, algo que es esencial en la DMT (Payne, 1992).

Nuestro itinerario

Nuestro itinerario ha cambiado de dirección a lo largo de los últimos años. Cuando el viaje termina, resulta relativamente fácil encontrar un hilo conductor que permite relatar el mismo, de forma coherente y accesible para el interlocutor. Pero ese intento, realizado a mitad de camino, también ayuda a mirar al futuro. «Nuestro itinerario» es un término que utilizamos para, por una parte, describir la experiencia pasada y, por otro lado, reflejar también el modo de hacer con el que nos identificamos, aquel en el que enseñamos y aprendemos al mismo tiempo. El binomio enseñanza-aprendizaje desborda la jerarquía profesor-alumno (Bainbridge, 2014) y, en muchas ocasiones, si somos lo suficientemente humildes para reconocerlo, para dejar que suceda, gira para enriquecer al facilitador que aprende sin esperarlo. A mitad de camino, podemos decir ahora que ese cambio de brújula, de perspecti-

va, del alumno al profesor y a la inversa de forma continuada, ha dirigido nuestro itinerario. Somos conscientes ahora, al mirar al pasado y tomar perspectiva de ello, de que hemos tratado de prestar atención a unos y a otros, en ocasiones de forma alternativa, en ocasiones de forma simultánea. Pues habitar el planeta de la educación superior, e intentar enriquecerlo, significa sin duda mejorar el lugar de encuentro entre el profesor y el alumno (Zabalza, 2011; Hagenauer y Volet, 2014).

La mochila

Y también empiezan a encajar no solo los esfuerzos sino también las herramientas, cada vez más empleando sin pudor la terminología adecuada (DMT). La propia American Dance Therapy Association indica la idoneidad de ampliar el campo de aplicación de la DMT más allá de la psicoterapia clínica a contextos sociales, por ejemplo, como herramienta de prevención de violencia (Kierr, S., ADTA, 2016). Experiencias previas señalan la idoneidad que la introducción de terapias creativas, en particular de DMT, puede tener en el ámbito educativo, ya que genera espacios que pueden a su vez producir cambios profundos en la persona (Karkou, 2010; Dosamantes-Alperson, 1980). ¿Por qué no llevarla también al ámbito de la educación superior? Es una herramienta realmente útil si somos capaces de situarla en la base de la construcción de los jóvenes universitarios, si somos capaces de acercar la DMT al modelo competencial educativo.

Hemos abordado este desafío integrando el modelo intra/interactivo de DMT de Capello (2008) para pacientes psiquiátricos, junto con el paradigma de Goleman (1995) sobre el concepto de inteligencia emocional nacido de Salovey y Meyer (1990). La particularidad del lenguaje en DMT hizo necesarias desde el principio su adecuación y adaptación al mundo educativo para que este enfoque pudiera ser aceptado poco a poco en el ámbito universitario. El «sistema intraactivo» de Capello (2008, p. 101) se refiere a conceptos relacionados con el individuo y la percepción que tiene de su cuerpo y de su *self*, que se trabajan desde la autoconciencia kinestésica y espacial. Este sistema abarca lo que denominamos el «mundo interno» (Rodríguez et al., 2012, p. 147), en clara conexión con las competencias de autococonocimiento, automotivación, autocontrol, responsabilidad, autonomía, creatividad y liderazgo, tal como se estaban incorporando en los nuevos planes de estudios (Terrón et al., 2012). El «sistema interactivo» (Capello, 2008, p. 101), que nosotros denominamos «mundo externo» por su proyección hacia el entorno (Rodríguez et al., 2012, p. 147), abarca los conceptos relacionados con la capacidad del individuo de relacionarse con el mundo como ser social. Permite, por lo tanto, trabajar competencias como la toma de decisiones, las habilidades sociales y de comunicación,

la empatía y el trabajo en equipo. Aunque ambos sistemas están relacionados y vinculados entre sí, a partir de los aspectos internos del individuo se puede pasar a los externos, a los que le sitúan en relación con los demás en un contexto social.

	COMPETENCIA	PROPUESTAS DE TRABAJO EN UN CONTEXTO DE DMT
MUNDO INTERNO	Autoconocimiento	Respiración y su aplicación al movimiento y la conciencia corporal; segmentos y límites corporales, experiencias de contacto físico, los sentidos y la percepción corporales, estudio de patrones neurológicos básicos del movimiento, trabajo creativo en torno a la imagen corporal.
	Automotivación	Exploración en movimiento de los componentes de la motivación; dinámicas de acondicionamiento/calentamiento y concentración somática, patrones de ritmo, improvisación y composición individual y grupal.
	Autocontrol	Regulación de estados tónicos.
	Autonomía	Identificación de las propias posibilidades motrices.
	Responsabilidad	Exploración de los propios apoyos y modos de ofrecer soporte a otros. Hacer propuestas.
	Creatividad	Explorar nuevos patrones de movimiento y relacionales a través del juego y los materiales. Creación de secuencias de movimiento basadas en historias del constructo personal o grupal.
	Iniciativa	Propuestas de movimientos con distintas cualidades; trabajo con polaridades.
	Liderazgo	Propuestas de movimiento para el grupo; toma de conciencia de patrones estereotipados; asertividad gestual.
MUNDO EXTERNO	Toma de decisiones	Utilización de ritmos para expresar emociones, para crear la propia secuencia de movimiento seleccionando determinados patrones.
	Habilidades comunicativas	Diálogos no verbales sobre uno mismo; juegos grupales; trabajo por parejas; aprendizaje de movimientos característicos de cada uno de los integrantes del grupo.
	Trabajo en equipo	Construir una historia o una figura trabajando conjuntamente; crear una danza completa utilizando una imagen, sonido, texto...
	Empatía	Observación y análisis de patrones corporales del grupo. Imitación y profundización en concepto de empatía cinestésica.

Tabla 1. Relación entre competencias académicas y propuestas de trabajo en un contexto de DMT vinculadas con el mundo interno y el mundo externo de la persona.

El mapa

Lo mismo sucede con el abordaje empleado. Ambos procedemos de un ámbito de investigación donde lo cuantitativo es lo único considerado como valioso y entrar en el ámbito de la metodología cualitativa significaba asomarse a un mundo desconocido, era atravesar una frontera más. En la actualidad, hemos conseguido difundir el umbral entre cualitativo y cuantitativo, ya no discutimos si es más o me-

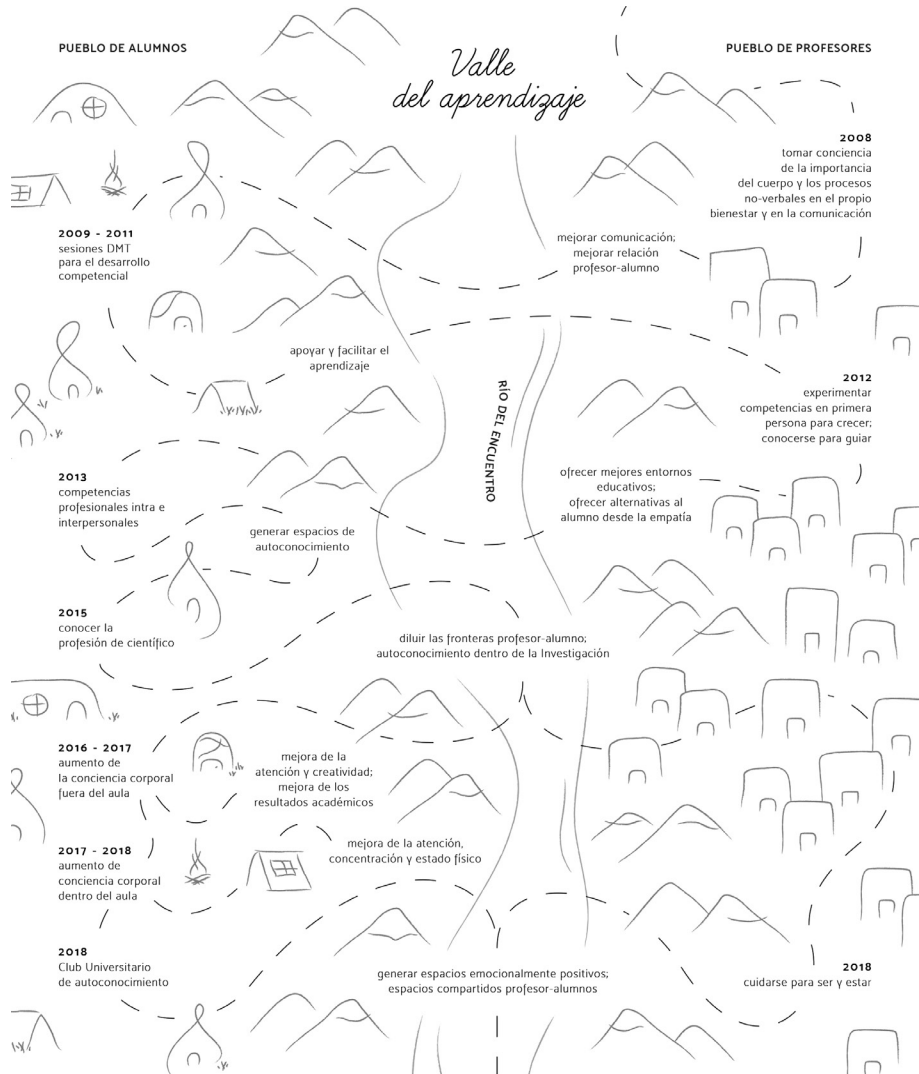


Figura 1. Representación de la evolución realizada y los objetivos trabajados en cada etapa del camino en el contexto profesor-alumno.

nos científico, más o menos fácil de defender o publicar; sencillamente empleamos las herramientas que nos son de utilidad para responder a las preguntas que nos formulamos. Y, desde ese paradigma intraactivo / interactivo (interno/externo), hemos ido desarrollando distintos programas a lo largo de un mapa de recorrido que presentamos a continuación. Hemos convertido a los profesores en alumnos cuando hemos diseñado programas que les permitiesen entender cuáles eran sus propias competencias, con el objetivo de que luego pudiesen hacerlo entender a los alumnos. Y, posteriormente, conocerse mejor, identificar sus propios patrones relacionales para mejorar su comunicación con el estudiante e incorporar herramientas de autocuidado y desarrollo personal. En el caso de los alumnos, hemos analizado cuáles son sus necesidades e intereses competenciales, hemos introducido sesiones de DMT para mejorar su nivel de autoconocimiento, así como espacios breves de trabajo corporal en el aula que ayudan a poner el foco en el cuerpo y mejoran su atención y capacidad de concentración, y hemos desarrollado talleres temáticos de trabajo corporal para trabajar competencias transversales.

Los pueblos del camino

El profesorado

En el año 2008 pusimos en marcha talleres formativos para ayudar a los compañeros de profesión a manejar el alto grado de exigencia que habitualmente soportamos, talleres que se impartieron en la Universidad Europea de Madrid y en otras universidades de España con distintos formatos y duración (entre tres y ocho horas). Desde la convicción de que el cuerpo tenía respuestas que la mente parecía no tener, las propuestas debieron necesariamente adaptar su lenguaje a aquel que pudiera ser comprendido y aceptado por el colectivo docente; así, se hablaba de «Mejora de la comunicación no-verbal en la práctica docente», pero en esencia el contenido del curso bien hubiera podido llamarse «Herramientas para la toma de conciencia» o «Recursos de autocuidado en la práctica docente». Se pretendía aportar a los docentes mayor conocimiento en relación con su cuerpo y herramientas sencillas para gestionar el estrés y la comunicación con los estudiantes. La diferencia fundamental con otros cursos ofertados en la propia universidad era que la formación era eminentemente experiencial; no se trataba de una enumeración de «recetas», que por otra parte no existen, sino de ayudar al profesorado a escuchar de un modo más consciente y atento las señales que su cuerpo enviaba. Los cursos tuvieron gran aceptación y, poco a poco, empezaron a tener los títulos que se merecían: «Desarrollo de competencias docentes e inteligencia emocional a través del movimiento, el trabajo corporal y la comunicación no verbal» (2012) o «Desarrollo

personal a través de trabajo corporal» (2013), en los que se explicitaba claramente el canal a través del cual se iba a trabajar: el cuerpo y sus expresiones motrices.

Al mismo tiempo, los talleres dejaron de ser únicamente formativos y pasaron a ser objeto de investigación. El proyecto de «Desarrollo personal en inteligencia emocional de los docentes universitarios mediante un programa de trabajo corporal y comunicación no verbal» consiguió financiación en la convocatoria de proyectos de investigación internos de la Universidad Europea en 2012. Participaron 25 profesores de distintas áreas de conocimiento y con distinto grado de antigüedad y experiencia docente. Las preguntas de la investigación eran las siguientes: ¿podemos conocer en profundidad las necesidades formativas competenciales del profesorado?, ¿cuáles son las principales carencias existentes?, ¿el trabajo corporal puede ayudarnos a mejorar el nivel competencial de nuestros profesores?, ¿cómo? La propuesta era innovadora en el centro universitario y, en cierto modo, rompedora; hubo que hacer un esfuerzo importante de pedagogía para explicar el proyecto. El estudio se realizó desde una perspectiva cualitativa, atendiendo a la definición de metodología cualitativa de Sandín (2003, p. 123): «actividad sistemática orientada a la comprensión en profundidad de fenómenos educativos y sociales, a la transformación de prácticas y escenarios socioeducativos, a la toma de decisiones y también hacia el descubrimiento y desarrollo de un cuerpo organizado de conocimientos».

Durante doce sesiones, dirigidas por una especialista en DMT, y según la estructura de Marian Chace, se recogieron datos a través de diarios reflexivos de los participantes y grabaciones de reuniones de grupo. Las evidencias recogidas mostraron la idoneidad de seguir en esta línea de trabajo. A pesar de sus reticencias iniciales, los docentes ampliaban su conciencia y su vocabulario en relación con aspectos corporales; manifestaban haber mejorado su grado de autoconocimiento y extrapolaban lo experimentado al contexto del aula. Frases como: «el de hoy es el día que más he aprendido sobre mí mismo»; «nos hacemos más conscientes de nosotros mismos, de nuestro cuerpo»; «si ando como si fuese a entrar en una batalla, necesariamente transmitiré inquietud o incluso lejanía a los demás (incluyendo a mis alumnos, claro)», reforzaban la convicción de que merecía la pena introducir espacios de trabajo grupales en el ámbito universitario que permitieran un trabajo personal profundo. De manera generalizada, los profesores reconocían haber cambiado en el proceso, lo que apoyó cada vez más la consideración de que las sesiones no eran solo sesiones formativas, sino terapéuticas, y fue al mismo tiempo resituando el propio encuadre de trabajo y requiriendo de un mayor trabajo de contención y sostén de los grupos. Surgieron, así, espacios que permitían trabajar aspectos de la propia personalidad que podían dificultar una adaptación saludable al entorno. Estos espacios ya se vienen trabajando en el ámbito del denominado psi-

coanálisis de las instituciones, con experiencias enriquecedoras también en entornos educativos complejos (Coccoz et al., 2014).

El análisis de los datos y la reflexión conjunta del equipo investigador permitió recoger acciones de mejora a acometer y reajustar el plan de acción inicial. Los resultados fueron relevantes y se presentaron en un par de congresos internacionales de educación, y, más adelante, el programa afinado se publicó en una revista especializada (Terrón et al., 2013).

Los alumnos

Durante el curso 2009-2010 se puso en marcha el proyecto de investigación-acción «Diseño de un programa de intervención educativa para el desarrollo de competencias genéricas, basado en la expresión y movimiento corporales y en las habilidades de comunicación no verbal» con metodología investigación-acción. Los objetivos pretendían: *a)* seleccionar aquellas competencias genéricas susceptibles de ser trabajadas con herramientas de educación en movimiento somático; *b)* diseñar, elaborar y validar herramientas de evaluación competencial a partir de la información del propio cuerpo en movimiento; *c)* elaborar, implantar y validar un programa de acción educativa en el contexto universitario.

El grupo investigador estaba formado, por un lado, por un equipo interdisciplinar que aglutinaba a profesionales de la educación con experiencia en desarrollo y evaluación de competencias, y por otro, a especialistas en DMT y pedagogía aplicada a la danza. La experiencia se puso en marcha con un grupo de veinte alumnos de ingeniería y arquitectura el primer año, y con uno de dieciocho alumnos de distintas titulaciones el segundo año, de los que el 80 % no tenían experiencia previa ni en trabajo corporal ni en danza.

El programa tuvo una duración de doce semanas con una sesión semanal de noventa minutos de duración. El análisis cualitativo de las reflexiones de los participantes en sus diarios personales y en las grabaciones de audio recogidas en la reunión de grupo aportó luz sobre aquellas competencias que realmente parecían haberse desarrollado en el proceso, en particular: la automotivación, la autoestima, la iniciativa, la creatividad y las habilidades sociales. Los alumnos participantes valoraron muy positivamente la experiencia («sin duda, esta actividad es la que más me ha hecho crecer en toda la carrera», decía un alumno) y manifestaron haber mejorado su grado de autoconocimiento de un modo innovador y creativo. La metodología y parte de los resultados se publicaron en una revista especializada (Rodríguez y Castilla, 2013).

En el curso 2013 se lanzaron otros dos proyectos de investigación: «Inteligencia emocional en alumnos tutelados: un plan-piloto a través del trabajo corporal y la comunicación no verbal» y «Competencias profesionales en jóvenes emprende-

dores y educación somática del movimiento», que nos permitieron seguir profundizando en la estructura más viable de intervención y en las herramientas corporales más adecuadas para el desarrollo de las competencias planteadas en cada caso. Los resultados (Rodríguez et al., 2013) mostraban, en opinión de los participantes, un aumento en el grado de autoconocimiento y en su capacidad y recursos para afrontar y enfrentar las dificultades del día a día.

En el año 2015, después de cuatro cursos enseñando la asignatura Fundamentos de Investigación a alumnos de posgrados técnicos, creamos el proyecto Rewake Lab, del que se pueden consultar sus motivaciones y procedimientos en Youtube (Rewake Lab, 2015). Un proyecto para acercarse a la ciencia, para conocer la profesión de científico, identificando una idea interesante y diseñando y planeando un proyecto de investigación tal y como lo hacen los científicos. Pero, desde el primer momento, promoviendo que los jóvenes se cuestionen quiénes son y para qué hacen las cosas y despertando la chispa del autoconocimiento que les permita dirigir acertadamente sus primeros pasos laborales.

Por último, en los dos últimos años (2016-2018), en distintas materias formativas: Física para estudiantes de Ingeniería y Arquitectura, Psicología del Ciclo Vital y en las materias competenciales que son obligatorias en todos los títulos de grado (Eficacia Personal y Profesional), se dedican al inicio de la sesión 5-10 minutos de trabajo corporal (ejercicios de respiración, toma de conciencia del peso y el propio eje, movilización articular, etc.), que poco a poco están haciendo a los estudiantes conscientes de la importancia de atender al propio cuerpo, y cómo estas pequeñas propuestas les permiten aumentar la concentración y la capacidad de atención en el aula.

Cruce de caminos

Empezamos a trabajar juntos en marzo de 2016 y lo hemos hecho en varios frentes: 1) fortalecer a los profesores, mejorar su autocuidado, pero introduciendo herramientas cuantitativas que permitan demostrar el impacto de las sesiones de DMT en su salud; 2) probar nuevas herramientas para proyectos futuros, tanto tests psicométricos como medidas fisiológicas; 3) preparar un proyecto de gran envergadura para introducir la DMT en alumnos de segundo curso de grados de ciencias de la salud. Hemos abordado una línea de acción para cada uno de estos enfoques:

- 1) Estamos ejecutando un proyecto de investigación interno, financiado por la UEM, para demostrar la mejora en el nivel de estrés y bienestar subjetivo de sesenta profesores de distintas áreas de conocimiento, a través de sesiones de DMT.

- 2) Con fondos propios, pusimos en marcha el proyecto Itínere, con alumnos principalmente de ingeniería y psicología, tratando de demostrar que el aumento de la conciencia corporal mejora su capacidad de atención y concentración para la resolución de problemas, aumenta su creatividad y mejora su empatía (ver Itínere 2017).
- 3) Hemos creado un proyecto a tres años en el que se encuentran involucrados quince investigadores de dos universidades diferentes y trescientos alumnos de titulaciones de ciencias de la salud, tales como: enfermería, medicina, odontología o fisioterapia, para, a través de sesiones de DMT semanales de noventa minutos durante seis meses, alcanzar los siguientes objetivos: disminuir los niveles de ansiedad y estrés, aumentar sus niveles de autoconocimiento, autoconciencia, bienestar y capacidad de empatía, incrementar los niveles de atención y la capacidad de resolución de problemas, y aumentar el rendimiento académico y la satisfacción del alumnado con su proceso de aprendizaje. Estamos buscando financiación para llevarlo a cabo.

El próximo destino

La primera gran escala del viaje, sin duda, sería poder disponer de los fondos necesarios para implementar el proyecto de *embodiment* en alumnos en ciencias de la salud. Somos conscientes de que no es nada fácil introducir este abordaje en el sistema de educación superior, menos aún en el español. Y, quizás por eso, no nos hemos puesto límites. Con motivo de la última asamblea anual de la Asociación Europea de DMT, se establecieron algunos contactos para valorar la posibilidad de escalar este proyecto en el ámbito europeo.

Mientras tanto, vamos a intentar poner en marcha un pequeño módulo de formación de posgrado en investigación en DMT. Un modelo híbrido, con solo tres sesiones presenciales y un gran apoyo digital, que permita participar a potenciales investigadores de cualquier parte del mundo. En paralelo, y a demanda de los alumnos de ingeniería y psicología que el año pasado participaron en el proyecto Itínere, mencionado más arriba, estamos creando un club universitario de autoconocimiento. Una especie de laboratorio donde seguir probando métodos y herramientas.

Conclusiones

El mundo se está moviendo a gran velocidad y, cada vez más, parece que tendremos que hacer frente a nuevos y sorprendentes retos. En todos ellos, de un modo recurrente aparece como necesario, bajo nuestro punto de vista, volver la mirada a la persona, a lo más íntimo, a lo que nos hace ser capaces de conovernos con el otro que sufre o que necesita de nuestra ayuda. Desde el colectivo de profesionales de DMT a veces sentimos una cierta incomprensión de otras áreas de conocimiento, sobre algo que es nuclear para nosotros: la importancia de la corporalidad y el movimiento para hacernos «más personas». Pero, al mismo tiempo, adolecemos de lo mismo que criticamos. Se hace necesario abrir la mirada, acoger al otro que está en otro lugar, que tiene otro lenguaje y otro modo de entender los procesos, y trabajar de modo conjunto. En nuestra experiencia, es posible este acercamiento entre distintas profesiones y áreas de conocimiento; para ello, es necesario en ocasiones adecuar el lenguaje, esforzarse por comprender el punto de vista del otro y «bailar su danza». Que no es otra cosa que mover las fronteras, difuminarlas. Acercarse a la puerta, descolgarla de los goznes y guardarla en el trastero, para quedarse bajo el marco a ver qué sucede. No es de modo aislado cómo podemos avanzar y construir conocimiento; es moviendo fronteras, interrelacionándonos con colegas de otras profesiones e intereses. Esa es la manera en la que podremos explicar qué somos como profesión y, al mismo tiempo, definir con mayor claridad nuestra propia identidad.

La trayectoria seguida introduciendo el cuerpo y el movimiento en el ámbito educativo superior no está siendo fácil, pero cuando conseguimos llegar al profesor, al alumno, al recién graduado, a la verdadera identidad de cada uno, y lo hacemos desde el cuerpo, es muy gratificante. Los resultados obtenidos en el camino son prometedores y nos animan a seguir introduciendo nuevas herramientas y adecuando los métodos a las preguntas (y no al revés). Tal y como señalaban Karkou y Sanderson (2010), se hace necesario seguir investigando en el marco y los fundamentos que sustentan la introducción de la DMT en el ámbito educativo, para que esta pueda ser aceptada con mayor apertura.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a Letícia Heger Viegas su colaboración en el diseño del mapa. Asimismo, el Dr. Carmona quiere agradecer al Ministerio de Economía, Industria y Competitividad del Gobierno de España el contrato RYC-2014-16307 del Programa Ramón y Cajal, del que disfruta actualmente.

Referencias bibliográficas

- Alexander, C., Sheeler, R., Rasmussen, N. y Hayden, L. (2015). Teaching an Experiential Mind-Body Method to Medical Students to Increase Interpersonal Skills: A Pilot Study. *Academic Psychiatry*, 39(3), 316-9.
- Bainbridge, B. (2014). *Sensing, feeling and Action. The experiential anatomy of Body-Mind Centering*. Nueva York: North Atlantic Books.
- Buxarrais, M. R. y Burguet, M. (2016). *Aprender a ser*. Barcelona: Grao.
- Bräuning, I. (2012). The efficacy of dance movement therapy group on improvement of quality of life: A randomized controlled trial. *The Arts in Psychotherapy*, 39(4), 296-302.
- Capello, P. (2008). BASCICS: un modelo intra/interactivo de DMT con pacientes psiquiátricos adultos. En H. Wengrower y S. Shaiklin (eds.). *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 39-57). Barcelona: Gedisa.
- Coccoz, V. et al. (2014). *La práctica lacaniana en instituciones I. Otra manera de trabajar con niños y jóvenes*. Madrid: Grama.
- Collie, R. J., Shapka, J. D. y Perry, N. E. (2012). School climate and social-emotional learning: Predicting teacher stress, job satisfaction, and teaching efficacy. *Journal of Educational Psychology*, 104(4), 1189.
- Delors, J. (1996). *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI*. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- Dosamantes-Alperson, E. y Merrill, N. (1980). Growth effects of experiential movement psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 17(1), 63-68.
- Droogenbroeck, F. van, Spruyt, B. y Vanroelen, C. (2014). Burnout among senior teachers: Investigating the role of workload and interpersonal relationships at work. *Teaching and Teacher Education*, 43, 99-109.
- Fernros, L., Furhoff, A. y Wändell, P. E. (2008). Improving quality of life using compound mind-body therapies: evaluation of a course intervention with body movement and breath therapy, guided imagery, chakra experiencing and mindfulness. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 17(3), 367-76.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Nueva York: Random House.
- Hagenauer, G. y Volet, S. E. (2014). Teacher-student relationship at university: an important yet under-researched field. *Oxford Review of Education*, 40(3), 370-88.
- Itínere. Proyecto Interno de la Universidad Europea de Madrid (2017). Recuperado de <http://plum-b.com/itinere/>
- Karkou, V. y Sanderson, P. (2010). Dance Movement Therapy in UK Education. *Research in Dance Education*, 1, 69-86.

- (2010). *Arts Therapies in Schools: Research and Practice*. Londres: Jessica Kingsley.
- Karkou, V., Oliver, S. y Lycouris, S. (2017). *The Oxford Handbook of Dance and Well-being*. Nueva York: Oxford University Press.
- Kierr, S. (2016). Thoughts on How Dance/Movement Therapy Can Prevent Violence. Recuperado de: <https://adta.org/2016/01/18/thoughts-on-how-dancemovement-therapy-can-prevent-violence/>
- Koch, S., Kunz, T., Lykou, S. y Cruz, R. (2014). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 46-64.
- Payne, H. (1992). *Dance Movement Therapy. Theory, Research and Practice*. Nueva York: Routledge.
- Rodríguez, R. M., Castaño, E. y Terrón, M. J. (2012). *Educación en valores en el ámbito universitario*. Madrid: Narcea.
- Rewake Lab. Proyecto (2015). ¿Por qué Rewake Lab? Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=zi859TlbfDE>. ¿Cómo Rewake Lab? Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=qnLnXDPEiYo>.
- Rodríguez, R. M., Terrón, M. J. y Gracia, P. (2012). Recursos creativos corporales y uso de la comunicación no-verbal para el desarrollo y evaluación de competencias genéricas en alumnos de grado. *Revista de Docencia Universitaria*, 8(1), 142-57.
- Rodríguez, R. M., Caja, M., Gracia, P. y Terrón, M. J. (2013). Inteligencia emocional y comunicación: la conciencia corporal como recurso. *Revista de Docencia Universitaria*, 11(1), 213-41.
- Rodríguez, R. M., Terrón, M. J. y Gracia, P. (2012). Recursos creativos corporales y uso de la comunicación no-verbal para el desarrollo y evaluación de competencias genéricas en alumnos de grado. *Revista de Docencia Universitaria*, 8(1), 139-54.
- Rodríguez, R. M. y Castilla, G. (2013). Can we use creativity to improve generic skills in our higher education students? A proposal based on non-verbal communication and creative movement. *Journal for Learning through the Arts*, 9(1), 1-16.
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Sandín, M. P. (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw and Hill.
- Terrón López, M. J., Rodríguez Jiménez, R. M., Velasco Quintana, P. J., Caja López, M. M. y Gracia Parra, P. (2013). Non-Verbal Teacher Training Program: Emotional Intelligence, Body Awareness and Communication. *Literacy Information and Computer Education Journal (LICEJ)*, 4(3).

- Terrón López, M. J., Velasco Quintana, P. y García García, M. J. (2012). *Guía para el diseño de recursos docentes que fomenten el desarrollo y evaluación de las competencias transversales en educación*. Málaga: Fundación Vértice.
- Varela, F. J., Thompson, E. y Rosch, E. (1991). *The embodied mind. Cognitive Science and human experience*. Cambridge: MIT Press.
- Wengrower, H. (2008). El proceso creativo y la actividad artística por medio de la danza y el movimiento. En H. Wengrower y S. Shaiklin (eds.). *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 39-57). Barcelona: Gedisa.
- Zabalza, M. A. y Zabalza, M. A. (2011). *Profesores y profesión docente. Entre el «ser» y el «estar»*. Madrid: Narcea.

Mi barriga se arrugó y mi corazón quedó pequeñito, anudado y cerrado: repensar el *no reconocimiento* a través del cuerpo, el trazo y la palabra

AURORA LEAL y HEIDRUN PANHOFER

Introducción

Las complejas situaciones sociales que vienen ocurriendo en el mundo, en nuestro mundo, van cambiando nuestra percepción del mismo y todo aquello que pensamos y sentimos. También va cambiando nuestra forma de exteriorizar todo ello. Somos muchas y muy diversas las personas; muchas y muy diversas las formas de comunicarnos. La corporalidad, el movimiento, no solo este, sino también el habla, la escritura, los trazos dibujados, pintados, entre otras muchas formas, constituyen una fuente de conocimiento propio, de conocimiento de los otros. De ahí que en el presente trabajo tratemos de abordar la corporalidad y el movimiento en relación con otras formas de expresión.

Pensar sobre nuestras relaciones

Hay temas, ideas y concepciones que tienen que ver con nuestras relaciones, con la forma en que vemos nuestro interior; ideas o concepciones que creemos que, por experiencia o cultura, sabemos muy bien lo que quieren decir, conocemos su significado. Sin embargo, una vez que tratamos de reflexionar sobre ellas a partir de la experiencia social y cultural que nos envuelve, surgen de inmediato nuestras experiencias personales, sentimientos y emociones, que pueden hacernos reconsiderar y rehacer esos significados que inicialmente habíamos organizado.

De acuerdo con la temática de las jornadas, elegimos trabajar con la idea del *no reconocimiento*: no sentirse reconocido/a o/y no reconocer al otro puede dar lugar a situaciones de conflicto. En la formación del máster en Danza Movimiento Terapia (DMT) conviven más de veinte nacionalidades diferentes procedentes de Europa, América, Asia y África, dentro de nuestro entorno complejo bilingüístico y cultural en Cataluña y en España (Panhofer et al., 2016). Una fuente inagotable de

información sobre diferencias culturales y sociales. El no reconocimiento acompaña también las guerras: la última década ha visto incontables casos de persecución por razones de etnia, religión, nacionalidad, pertenencia a un grupo social u opiniones políticas. Conflictos que sabemos que van unidos de modo inherente al ser humano. En efecto, son raras las épocas y los lugares en que no ha habido guerras o persecuciones; solo que de algunos nos llega más información que de otros. Es por ello que decidimos dedicar más tiempo a trabajar la idea de no reconocimiento, su redefinición o resignificación, a través de diferentes modalidades.

El reconocimiento —propio y del otro— es uno de los aspectos que consideramos clave en las relaciones personales y sociales. Benjamin (1988) sitúa la noción de reconocimiento en el centro de las relaciones: el diálogo entre autorreconocimiento y reconocimiento del otro constituye dos polos de un delicado equilibrio, una tensión (ibíd). La respuesta del otro es lo que hace significativos nuestros sentimientos, intenciones, acciones. El reconocimiento posibilita que uno/a se reconozca a sí mismo, a sí misma. Pero este reconocimiento solo puede venir de la persona a quién nosotros reconocemos como sujeto. La incapacidad de establecer un intercambio de reconocimientos puede derivar en dinámicas de sumisión y de dominación. Lo contrario, el no reconocimiento, implica a su vez un sentimiento de ser ignorado por el otro, una cierta ausencia de uno mismo (Honneth, 1992). Esto es lo que proponemos: considerar la idea de reconocimiento a partir de nuestra cultura psicológica y social, y reflexionar sobre ello con el propio cuerpo, su lenguaje y otros lenguajes.

Repensar en movimiento

Se solía considerar que nuestras ideas culturales radican sobre todo en la mente o en la cabeza. Recordemos las populares frases acerca de «pensar con la cabeza, sentir con el corazón», que, según la antigua escisión cartesiana, privilegian la mente ante el cuerpo (Meekums, 2006) e infravaloran un cuerpo denigrándolo con respecto al intelecto. Sin embargo, las recientes aportaciones del *embodiment* (Damasio, 1994, 1999; Koch, 2006; Gallagher, 2005; Varela, Thompson y Rosch, 1991) sugieren que la naturaleza de la mente humana está determinada por la forma del cuerpo humano y proponen, así, la idea de una cognición y una mente encarnada (*embodied mind*).

Zamora (2008) subraya que no se piensa en o con la cabeza, sino que se piensa y se imagina en y con todo el cuerpo, de manera que se integra, así, desde una edad muy temprana un aprendizaje corporal vital.

Aprender físicamente significa olvidar lo que hemos aprendido de manera explícita y dejarlo caer en un saber implícito, inconsciente (Fuchs, 2004, p. 3).⁴¹

Aprendemos con y a través de otros cuerpos cómo manejarnos en el mundo. Un concepto llamado intersubjetividad primaria mencionado por Trevarthen (1977), o el saber implícito relacional del cual habla el grupo de estudios de Boston (Lyons-Ruth et al., 1998), nos explican que no se trata de una asimilación pasiva de la realidad, sino de un proceso activo durante el cual grabamos las experiencias vividas con y a través de otros. Este aprendizaje corporal temprano construye la base de nuestra comprensión del mundo y de nuestra realidad.

Desde el mundo de la danza, Parviainen (2003, p. 163) o Sheets-Johnstone (2007, p. 1) se refieren a «pensar en movimiento»:

No es necesario pensar —Oh, aquí hay una piedra en mi camino, tengo que levantar mi pierna, extenderla, dar un paso, esforzarme (Sheets-Johnstone, 2007, p. 4).⁴²

El mismo cuerpo parece pensar por sí mismo y acoplarse —más allá de un cuerpo autómatas— a su entorno. Gallagher (2005) confirma que, en la mayoría de las situaciones, un adulto mantiene posturas y se mueve sin controlar de manera consciente o cognitiva la actividad motora. Parecido al concepto de «pensar en movimiento», utiliza el término «prenoético», que significa «antes de que lo sepamos» (Gallagher, 2005, p. 2), para describir aquellos aspectos de nuestra conciencia que normalmente no entran en un contenido fenoménico de la experiencia de una manera explícita, y, por lo tanto, muchas veces no son accesibles a la conciencia reflexiva. Investigando la influencia del cuerpo sobre la autoconciencia, la percepción, el lenguaje y la cognición social, Gallagher mantiene que el cuerpo forma la mente de una manera fundamental y contribuye a una sabiduría que no es accesible por la conciencia introspectiva y que se mantiene «detrás del escenario» (Gallagher, 2005, p. 141).

Por esta razón se propuso una metodología que integrara cuerpo y mente para la reelaboración de conceptos como el *no reconocimiento*, lo que permitía un diálogo entre nuestras representaciones y simbolizaciones a través de la palabra, la expresión gráfica y el movimiento. Este proceso constituye un medio de exploración y de conocimiento que permite concienciar las propias ideas, pensamientos y sentimientos, y calibrar las posibilidades psicológicas, educativas y terapéuticas. Se busca poner de relieve que el *cómo* nos expresamos configura y reconfigura nuestra vivencia y nos permite una aproximación multidimensional al no reconocimiento.

41 Traducción del original en inglés por Heidrun Panhofer.

42 Ídem.

Metodología

El objetivo de este trabajo es conocer, en primer lugar, diferentes formas de entender y de sentir qué es el *no reconocimiento*. Consideramos que sabemos lo que significa, pero no siempre sabemos cómo hemos ido elaborando —o cómo vamos elaborando— su significado. En segundo lugar, nos proponemos poner de relieve cómo se va construyendo y reconstruyendo esta idea, su significado, en este caso al tratar de expresarlo —de pensarlo— mediante el propio cuerpo, un dibujo y una reflexión escrita.

Para ello se invitó a un grupo de participantes, estudiantes del máster en DMT, a expresar su idea personal sobre el no reconocimiento. Se les proponía hacerlo mediante dos formas: el movimiento corporal y la expresión gráfica. Asimismo, se les pedía que, además de realizar una corta grabación en vídeo, escribieran las reflexiones, los pensamientos y los sentimientos que dichas expresiones les habían suscitado a lo largo del proceso de realización. A continuación, presentaremos algunos comentarios, en especial a partir de uno de los trabajos realizados.

Susana:⁴³ corazón pequeñito, anudado y cerrado

Sin reflexión previa, Susana se dedica a escuchar su cuerpo, a estar en el «momento presente» y prestar atención a su experiencia física, para conectar con cualquier imagen somática que pueda surgir (Panhofer et al., 2011). Así describe el comienzo de su reflexión en movimiento:

En primera instancia, puse oídos a la idea del «no reconocimiento». Una vez escuchada, sin análisis concreto [...] se empezó a sentir desde el cuerpo. En calma y con predisposición absoluta, aquello empezó a vibrar, a entrar, a buscar un lugar y a entretenerse por cualquier esquina de mi cuerpo. Resonando cada vez más, como un eco, murmurando sutilmente y cogiendo fuerza poco a poco.

Al observar su movimiento a través del vídeo, se ve cómo los hombros de Susana se encogen y su cabeza empieza poco a poco a colgar hacia abajo —un *leitmotiv* compartido entre casi todas las participantes que reflexionan sobre el no reconocimiento a través del movimiento.

⁴³ Para mantener su anonimato se ha cambiado el nombre de la estudiante.

¡Qué carga!, pensé, ¡qué pequeña me siento!... Y ¡qué triste! Mi barriga se arrugó hacia el fondo, y mi corazón, pequeñito, anudado y cerrado por paredes nuevas. Dejaba resonar esas palabras en mi interior y era curioso lo mal que me sentía y lo rápido que me consumían.

La idea de *no reconocimiento* hace surgir en todas las participantes malestar, incertidumbre, culpa o rabia, y en este caso la autora lo conecta con tristeza e impotencia. En la secuencia de movimiento se observa cómo los brazos de Susana cuelgan sin fuerza, su cabeza y su mirada tiran hacia abajo y parece que pierde el equilibrio y va a caer.

A partir de ese punto, lo que venía después, muslos, rodillas, piernas y pies, en vez de sujetar... se tambaleaban. Sí, algo así sentí, de a poco que resonaba el eco. Como si no tuviera muy claro, el cuerpo, si echarse para atrás o tumbarse hacia adelante. Como si se tratara de un columpio.

Pérdidas de equilibrio y caídas se repiten en muchas de las secuencias de movimiento, así como movimientos de autotocamiento, tapándose la cara, escondiéndose y retorciéndose. Susana recoge sus manos delante de su pecho y las une en la garganta, tocando esta parte de su cuerpo una y otra vez como si fuera un objeto.

Mi cuerpo después de varias escuchas y sentidas, estaba cada vez más angustiado, curvado, gris y silenciado. Hasta pude llegar a observar cómo se contagiaba mi cadera... toda esa carga de ahí arriba le venía nueva, así que no sabía cómo ni dónde descansar. Forzada estaba también, y con un nudo nuevo y fuerte se agarraba a la columna.

Estos largos momentos de impotencia y malestar se repiten en casi todas las participantes. A veces se alteran con estallidos de fortaleza —intentos de deshacerse con movimientos súbitos y firmes, impulsos de codos hacia fuera y golpes con las manos y puños. Susana, sin embargo, ralentiza:

Y ya no veía nada, ni siquiera el brillo de mi corazón... Y era tanta la curva que sentía perforada por mi tronco, tan triste mi tonalidad y mi luz, tan poca la ilusión y la apertura... que salí. Así de golpe, de un salto, abrí los ojos como platos y brinqué, salté algunas veces más, vibré y volví en la medida en la que pude a mí, poco a poco, sí.

En su reflexión escrita después del movimiento la autora explica:

Esa metamorfosis por causa social, y el hecho de prácticamente no tener vista, ni sentidos, ni boca, porque desaparecen, desaparece cualquier puerta al mundo, se desvanece así, sin ansias de ofrecer y compartir.

Susana añade luego los dibujos de dos personajes esquemáticos, robóticos, que comunican de manera muy clara los efectos corporales que la idea del *no reconocimiento* le suscita.



Figura 1. Primer dibujo de Susana

Habla de desorientación y debilidad, y de una desconexión personal ante el no reconocimiento exterior.

Todo se va encogiendo, de la cabeza a los pies, de manera sutil, y el corazón empieza a sentirlo y la nuca también, el cuello. La conexión con la mente y el cuerpo, la posibilidad de avanzar en el mundo se resiente. [...] La confianza, en la barriga, pierde lugar en el cuerpo [...] como si gritara, se quemara por dentro. [...] Desconectado del entorno y desubicado, sin mirada alguna.



Figura 2. Segundo dibujo de Susana

Referente a los dibujos de los dos personajes esquemáticos, robóticos, sigue expresando:

Tuve la necesidad de utilizar el gris y el negro. El gris para bañar mi piel, mi cuerpo, y después el negro para enfatizar ese vacío interno y de desconexión con ese exterior que no valora o no reconoce.

[...] desfragmentación. El dibujo en sí tiene apariencia de ovni común para evidenciar esa metamorfosis por causa social, y prácticamente no tiene vista, ni sentidos, ni boca, porque desaparecen, desaparece cualquier puerta al mundo, se desvanece así, sin ansias de ofrecer y compartir.

Como puede observarse, ambos bocetos muestran un ser que se va encogiendo, como si gritara. Finalmente, a partir de trazos y colores que indican desconexión, desubicación, la autora expresa los aspectos cada vez más negativos de la no valoración, del no reconocimiento. De un boceto gráfico al otro hay una profundización en la desorientación, la debilidad del personaje.

Podemos decir que la reflexión a través de diferentes modalidades y, con ello, a través de los diferentes hemisferios cerebrales, le ha dado la posibilidad de acceder a información importante de naturaleza consciente e inconsciente.

Repensar a través de diferentes modalidades

La utilización de imágenes visuales ayuda no solo a explicar o exponer pensamientos, sino también a formarlos (Zamora, 2008; Barañano et al., 2016). Los esquemas

gráficos que se van configurando sobre el papel pueden interactuar, relacionarse, oponerse y crear la posibilidad de generar nuevas ideas y significados.

El hecho de dibujar implica un proceso en el que se va dando significado a unas formas que se sitúan sobre el papel. Se considera lo que es necesario destacar, exteriorizar, expresar y enfatizar desde una perspectiva que puede ser conceptual, convencional pero también personal, según lo que se piensa y se siente (Leal, 2006; 2010).

El diálogo entre la representación o la imagen mental y una simbolización planificada previamente o bien surgida sin haberla previsto puede favorecer —o quizá inhibir— la expresión de ciertas representaciones (Leal, 2017).

En cuanto a las expresiones gráficas que ha llevado a cabo el grupo de estudiantes participantes en esta reflexión acerca del *no reconocimiento*, podemos observar que todas ellas muestran más de una simbolización, más de un dibujo, ya sea figurativo o abstracto. Ello da lugar a que cada autora vaya elaborando sucesivas reflexiones que conducen a una reordenación de ideas y sentimientos, hacia la búsqueda de un equilibrio en el reconocimiento propio y el de las demás personas.

Se recurre tanto a expresiones gráficas de tipo figurativo (una mujer encogida simbolizando tristeza; los personajes robóticos expuestos) como a expresiones no figurativas, que constituyen una ejecución gráfica de trazos, formas y colores escogidos según diversos significados emotivos. Se produce un diálogo o interacción entre la actividad grafo-motriz y las sensaciones internas que van surgiendo, y que se traducen en diferentes colores y formas.

Todo ello indica la importancia del proceso de elaboración, de construcción, de búsqueda y hallazgo de nuevos significados anteriormente no previstos.

Arnheim (1969) apela a que necesita esos rasgos, borrones, etc. que delatan las intenciones y las emociones del expositor. Los necesita no solo para exponer sus pensamientos, sino también para poder formarlos. El estudio de Lyubomirsky et al. (2006) sobre la exteriorización de emociones negativas muestra claramente que narrar o escribir eventos negativos ayuda a procesarlos de manera productiva. Aunque solo habían experimentado con la narración y la escritura y no con el dibujo o el movimiento, confirman que exteriorizar las emociones negativas tiene un efecto curativo, mientras que el acto de solo pensarlas conlleva consecuencias que pueden ser dolorosas.

De manera similar, la metodología de Panhofer et al. (2011) propone pasar por un proceso de escritura, movimiento y de nuevo escritura, para procesar momentos significativos. Después de haber llevado a cabo esta metodología con un grupo de danza movimiento terapéutas, se ve claramente que el proceso de movimiento cambia el tipo de escritura: los escritos iniciales largos y emocionalmente distantes sobre los pacientes se transforman, después del movimiento, en escritos mucho

más breves, poéticos, llenos de metáforas e imágenes que se relacionan con el paciente desde un lugar más empático y próximo. Es por ello que dicha técnica se propone para profundizar en los procesos de supervisión clínica (Panhofer, 2011; Panhofer y Payne, 2011; Panhofer et al., 2011; Panhofer et al., 2012).

De manera similar, la metodología propuesta plantea aproximarse a una idea tan compleja como es el no reconocimiento a través de varias modalidades (Leal, 2017). Ante la imposibilidad de explicar con palabras una o varias ideas —o sus relaciones—, se abre la posibilidad de «pensar en movimiento» y así recurrir a esquemas e imágenes visuales. Se parte de la idea de que la naturaleza humana y su cultura están ancladas en el cuerpo: los mismos sistemas neuronales utilizados en la percepción o en la moción desempeñan un papel central en la conceptualización y mentalización, lo que indica que el movimiento en sí es una parte directa de nuestros procesos de razonamiento (Lakoff y Johnson, 1999).

Discusión

Las elaboraciones de las participantes acerca de la idea de *no reconocimiento* nos permiten en primer lugar observar distintas —o semejantes— formas de entender, de sentir, el *no reconocimiento*. Sin embargo, el hecho de pensar/sentir expresándose —en este caso mediante el cuerpo y el dibujo— conlleva un proceso que muestra la complejidad de significados que implica esa misma idea. De ahí la importancia de observar y analizar no solo la existencia de distintos significados elaborados por las diferentes participantes, sino también —y en especial— el cómo se van elaborando a través de las distintas formas de reflexión que comporta el movimiento corporal, la expresión gráfica, la relación entre ambas y la organización escrita de todo ello.

La importancia que Damasio (2001, 2010) otorga a la dimensión emocional como elemento estructurador de la mente nos permite observar cómo se entiende la forma en que pensamos, el papel de la mente, el cuerpo, lo que hacemos con el cuerpo —o lo que nos hace el cuerpo— al pensar.

La realidad no se nos muestra como algo objetivo exterior a nosotros, sino como una representación personal que cubre nuestras necesidades. Hemos de hablar de realidad intersubjetiva e intercorporal (Merleau-Ponty, 1968), ya que aprendemos con y a través de otros y otros cuerpos un saber implícito relacional (Lyons-Ruth et al., 1998).

La percepción y la experiencia de la realidad generan un sinnúmero de imágenes que, según Damasio (2001), podrían ser más o menos compartidas por grupos sociales parecidos. El significado, sin embargo, puede pertenecer a la subjetividad

del individuo. Pero si ello, además, se halla reforzado por las emociones personales, entonces todo puede tener un carácter subjetivo y poner de relieve aspectos personales que pueden no ser compartidos por otros individuos. Damasio (2010) pone de relieve cómo la capacidad mental se atribuye a los sentimientos, que a su vez nacen de las emociones.

Un sentimiento es la percepción de un determinado estado del cuerpo, junto con la percepción de un determinado modo de pensar y de pensamientos sobre determinados temas. La metodología propuesta investiga las relaciones entre pensar y hacer, expresar, actuar.

Conclusiones

El resultado de este trabajo y las ideas que ha comportado, además de considerar una definición y redefinición de la idea de no reconocimiento, nos permiten calibrar las posibilidades psicológicas, educativas y terapéuticas que conlleva este tipo de actividades para concienciar y conocer las propias ideas, pensamientos y sentimientos, y otorgar a las diferentes formas de expresión una dimensión que va más allá de un medio de comunicación. Poner de relieve que el *cómo* nos expresamos configura y reconfigura el *qué*, en el sentido de que nos permite una aproximación multidimensional del sujeto.

Toda forma de expresión conlleva en sí misma el movimiento, la expresión corporal. Así, lejos de tratar las formas de expresión de manera diferenciada, separada, consideramos la necesidad de poner de relieve la articulación y la potenciación de unas formas de expresión con otras.

La conciencia de la subjetividad de las relaciones que establecemos y las consecuencias de todo ello en la vida personal y social constituyen un aspecto caudal para la convivencia social dentro de esa diversidad que deseamos, equilibrada y constructiva, de un mundo distinto, mejor. Nuestra profesión abarca distintos ámbitos: prevención y trabajo clínico, terapéutico, educativo, artístico..., ámbitos todos ellos que podemos tratar en íntima relación, huyendo de separaciones que no nos permiten contemplar las personas en toda su complejidad.

Referencias bibliográficas

- Arnheim, R. (1969) *La pensée visuelle*. París: Flammarion.
 Barañano, K., Plasencia, C., Rodríguez, A., Giménez, R. y Lloret, C. (2016). *El dibujo como forma de conocimiento*. Valencia: Sendemà.

- Benjamin, J. (1988). *Los lazos del amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Barcelona: Paidós.
- Damasio, A. (2001). *La sensación de lo que ocurre. Cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*. Madrid: Debate.
- (2010). *Y el cerebro creó al hombre*. Barcelona: Destino.
- (1994). *Descartes' Error: Emotion, Reason and Human Brain*. Londres: Harper Collins.
- Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. London: Harcourt Inc.
- Fuchs, T. (2004). *The memory of the body*. Manuscrito inédito. Recuperado el 5 de febrero de 2018 de <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/ppp2004/manuskript/fuchs.pdf>
- Gallagher, S. (2005). *How the Body Shapes the Mind*. Nueva York: Oxford. University Press.
- Honneth, A. (1992). *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Crítica.
- Koch, S. C. (2006). Interdisciplinary embodiment approaches. Implications for creative arts therapies. En S. C. Koch e I. Bräuninger (eds.). *Advances in dance/movement therapy. Theoretical perspectives and empirical findings*. Berlín: Logos.
- Lakoff, G. y Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh: The embodied mind and its challenge to western thought*. Nueva York: Basic Books.
- Lakoff G. y Johnson M. (1980). *Metáforas de la vida cotidiana*. Barcelona: Cátedra.
- Leal A. (2006). Simbolización gráfica, medio de expresión e instrumento del pensamiento. *Infancia y Aprendizaje*, 29(2), 203-18.
- (2010). Dibujos infantiles, realidades distintas: un estudio sobre simbolización gráfica y modelos organizadores. *Revista de Psicología da UNIESP*, 9(1), 135.
- (2017). Dibujando el respeto en la pareja. *Quaderns de Psicologia*, 19(2), 125-36.
- Lyubomirsky, S., Sousa, L. y Dickerhoof, R. (2006). The Costs and Benefits of Writing, Talking, and Thinking About Life's Triumphs and Defeats. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(4), 692-708.
- Lyons-Ruth, K., Harrison, A. M., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., Stern, D. N. y Tronick, E. Z. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282-9.
- Meekums, B. (2006). Embodiment in dance movement therapy training and practice. En H. Payne (ed.). *Dance movement therapy theory practice research*. Londres: Routledge.
- Merleau-Ponty, M. (1968). *The visible and the invisible. Followed by working notes*. Evanston: Northwestern University Press.

- Panhofer, H. (2011). Languaged and non-languaged ways of knowing in counselling and psychotherapy. *British Journal of Guidance and Counselling*, 39(5), 455-70.
- Panhofer, H. y Payne, H. (2011). Languaging the embodied experience. Body, Movement and Dance in Psychotherapy. *An International Journal for Theory, Research and Practice*, 1-18.
- Panhofer, H., Payne, H., Meekums, B. y Parke, T. (2011). The space between body and mind: Two models for group supervision. *10th ECARTE European Consortium for Arts Therapies Education*. Recuperado de <http://www.ecarte.info/>
- (2012). The embodied word. En S. Koch, T. Fuchs y C. Müller (eds.). *Body Memory, Metaphor and Movement*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- (2011). Dancing, moving and writing in clinical supervision? Employing embodied practices in psychotherapy supervision. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 9-16.
- Panhofer, H., Bräuningner, I. y Zelaskowski, P. (2016). Dance movement therapy training: the challenges of interculturality and cross-cultural communication within a diverse student group-analytic large group. En D. Dokter y M. Hills de Zárate (eds.). *Intercultural Arts Therapies Research. Issues and Methodologies*. Londres: Routledge.
- Parviainen, J. (2003). Dance techne: Kinetic bodily logos and thinking in movement, *Nordisk Estetisk Tidskrift*, 27, 8.
- Sheets-Johnstone, M. (2007). *Dance, Movement, and Bodies: Forays into the Non-linguistic and the Challenge of Languaging Experience: Evening II*. Recuperado el 5 de febrero de 2018 de <http://www.youtube.com/watch?v=-pTxptDPQzI> pdf
- Trevarthen, C. (1977). Descriptive Analyses of Infant Communicative Behaviour. En H. R. Schaffer (ed.). *Studies in Mother-Infant Interaction*. Londres: Academic Press.
- Varela, F. J., Thompson, E. y Rosch, E. (1991). The embodied mind. *Cognitive Science and Human Experience*. Cambridge: MIT Press.
- Zamora Águila, F. (2008). *Filosofía de la imagen. Lenguaje, imagen y representación*. México: Universidad Nacional Autónoma.