

153
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

"LA DANZA COMO TERAPIA PARA MEJORAR EL AUTOCONCEPTO DE PERSONAS CON PSICOSIS FUNCIONAL"

MARTHA LUCIA ROGEL ALBA

DIRECTORA: ROSARIO MUÑOZ CEVADA



MEXICO. D. F.

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

277885



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

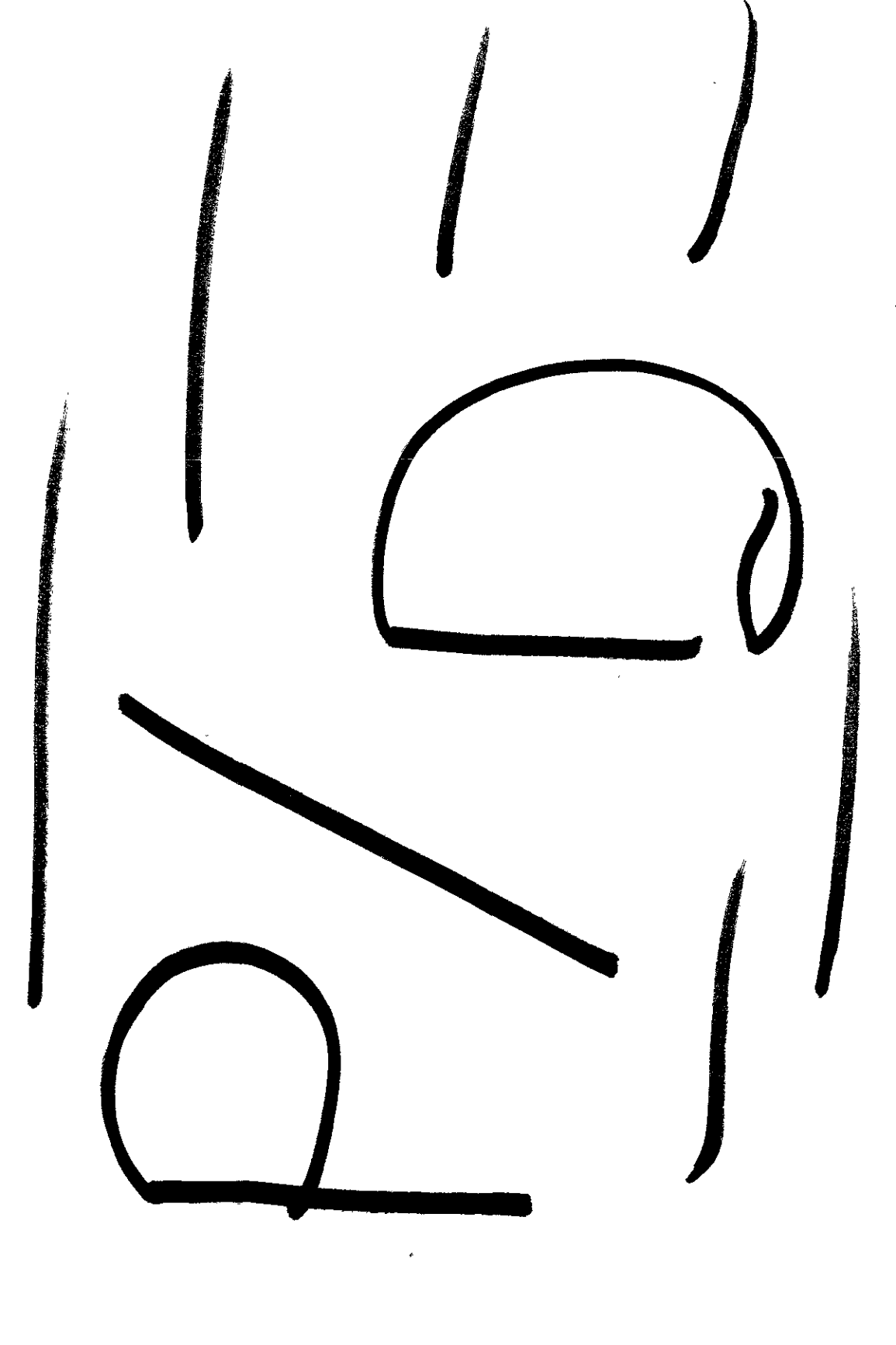
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**"LA DANZA COMO TERAPIA PARA MEJORAR EL
AUTOCONCEPTO DE PERSONAS CON
PSICOSIS FUNCIONAL"**

MARTHA LUCÍA ROGEL ALBA

**DIRECTORA:
ROSARIO MUÑOZ CEVADA**

MÉXICO 1999

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**



**FACULTAD DE PSICOLOGIA
SECRETARIA ESCOLAR**

Doy gracias a mis padres René y Socorro, a mi abuelita Rosario, a mis hermanos: René, Angélica, Francisco, Claudia y Alejandra; y a mis suegros Estela y Jesús por su cariñoso apoyo.

Agradezco muy especialmente a mi pareja José de Jesús por su amorosa presencia y al bebé que esperamos porque ya desde ahora me motiva a ser mejor.

Agradezco también a todos los mexicanos y mexicanas que con su esfuerzo cotidiano hacen posible la existencia de esta Universidad en la que encontré a mucha gente valiosa, entre los maestros, trabajadores y compañeros, personas que además de cumplir responsablemente con su labor cotidiana, sin importar su jerarquía, ofrecen a los demás una sonrisa, un oído abierto, una palabra amable; para todos ellos mi admiración y agradecimiento, sin su presencia las Instituciones se convierten en lugares fríos y tristes.

Gracias a mi amigo Luis Fernando Servín, a pesar de los pleitos, sin su trabajo no hubiera sido posible la elaboración de esta tesis.

Por último agradezco al personal del Hospital Psiquiátrico del IMSS en San Fernando que apoyó la realización de este proyecto y sobre todo, muchas gracias a las personas que voluntariamente asistieron a las sesiones de danzaterapia y lograron ser constantes a lo largo de todo el curso, conocerles y trabajar junto con ellos fue una agradable experiencia.

HAY HOMBRES QUE LUCHAN UN DÍA Y SON BUENOS,
HAY HOMBRES QUE LUCHAN UNA SEMANA Y SON MUY BUENOS,
HAY QUIENES LUCHAN UN AÑO Y SON MEJORES,
PERO HAY HOMBRES QUE LUCHAN TODA LA VIDA,
ESOS SON LOS IMPRESCINDIBLES.

BERTOL BRECH

QUIEN NO CONOCE NADA, NO AMA NADA.
QUIEN NO PUEDE HACER NADA, NO COMPRENDE NADA.
QUIEN NADA COMPRENDE, NADA VALE.
PERO QUIEN COMPRENDE TAMBIÉN AMA, OBSERVA, VE...
CUANTO MAYOR ES EL CONOCIMIENTO INHERENTE A.
UNA COSA, MÁS GRANDE ES EL AMOR...
QUIEN CREE QUE TODAS LAS FRUTAS MADURAN AL MISMO
TIEMPO QUE LAS FRUTILLAS NADA SABE ACERCA DE LAS UVAS.

PARACELSO

INTRODUCCIÓN

El interés por la danza-terapia surge en mí como resultado de la confluencia de varios factores: mi temprana inclinación por el baile y el movimiento como vías espontáneas y naturales para liberar tensión y sublimar los sentimientos; la sensibilidad acrecentada por las clases de danza clásica y contemporánea; la necesidad de encontrar alternativas a las escuelas terapéuticas tradicionales; la creencia de que cuerpo y mente son indisolubles.

A este interés espontáneo por la experiencia dancística se suman algunas observaciones de carácter social como las siguientes: en una sociedad donde se vive crisis económica y crisis de valores humanos, con sobrepoblación, contaminación y deshumanización, es lógico que la salud mental y física de los individuos se vean afectadas. Según datos del INEGI en 1990, veintiuno de cada mil habitantes padecían algún tipo de enfermedad mental y en 1995 la cifra se duplicó a 42 individuos de cada 1000, todo ello en el ámbito nacional.

El informe de la Oficina Regional de la OMS, citado en la parte metodológica de esta investigación, en cuanto a que los servicios proporcionados por las Instituciones Psiquiátricas no son suficientes, y por desgracia en su mayoría no ofrecen tampoco la calidad mínima necesaria en el tratamiento y prevención de los padecimientos mentales a nivel de América Latina. En el mismo informe se señala la necesidad de impulsar programas de intervención creativos y científicamente probados, a lo cual yo añadiría la importancia previa y fundamental de destinar mayor presupuesto del Estado para esta área de la salud pública.

Se considera entonces de mucho valor el incursionar en un terreno virgen en nuestro País como lo es la aplicación de la danzaterapia a personas con padecimientos mentales severos y crónicos.

Afortunadamente esta investigación no parte de cero, sino que se apoya en investigaciones realizadas en Inglaterra obtenidas de la traducción de artículos y del libro de Hellen Payne, así como en las experiencias cubanas que en lo personal me enorgullecen y admiro por tratarse de un país latino con presiones económicas y políticas que se comparan y superan las nuestras.

En particular este trabajo se basa en la experiencia cubana de Piscoballet, en donde se utiliza la teoría humanista existencial; algunos conceptos de la educación para el movimiento de Laban en el programa de actividades de las sesiones; y, por último, en las experiencias inglesas de Terapia del Movimiento Dancístico aplicada a pacientes psiquiátricos, mismas que aplican las Teorías existencial y psicoanalítica a la Danzaterapia.

Adiciono a este marco teórico una segunda parte donde se abordan aspectos relativos a características particulares de la Danzaterapia, así como el resumen de algunas investigaciones anteriores.

Para completar el marco teórico de esta investigación, presento una revisión del término autoconcepto y su definición, la enfermedad mental en general y la psicosis en particular.

CAPÍTULO I

DANZATERAPIA

1.1 EL SURGIMIENTO DE LA DANZA COMO TERAPIA

Ya Platón recomendó que se buscara la salud del cuerpo y de la mente en la música y la gimnasia. Esas dos soberanas ocupaciones - el movimiento físico (elemento primordial de la danza) y el cultivo de la música- al correr de los siglos se han convertido en supremos instrumentos terapéuticos al servicio de la medicina y psiquiatría modernas.

Aunque el efecto de estas dos elementales manifestaciones artísticas sobre nuestra salud física y mental se conocía desde hace muchos siglos, y la literatura abunda en alusiones a curaciones milagrosas debido a la música, una tenue neblina de superstición y fantasía ha velado la realidad oculta detrás de esas leyendas. En nuestra vida cotidiana todos nos damos cuenta del efecto beneficioso que produce tanto la música como la actividad física sobre nuestro apetito, sueño, estado de ánimo, y disposición general. Hoy día, muchas industrias y empresas comerciales en todas partes del mundo se aprovechan de estos elementos favorables difundiendo música tranquila y suave a través de altavoces colocados en las oficinas y demás áreas de trabajo, sin embargo hasta tiempos muy recientes, las enormes posibilidades de la música y la danza, como elementos terapéuticos en psiquiatría, habían permanecido ocultas como un diamante enterrado bajo dorada broza de mitos y leyendas. (Martí, 1978)

Los efectos terapéuticos de la música y de la danza se remontan a los tiempos prehistóricos cuando el hombre primitivo invocaba mágicos encantamientos y ejecutaba danzas rituales para ahuyentar los espíritus del mal que se escondían en el cuerpo del enfermo. Los médicos-sacerdotes del antiguo Egipto, quienes conceptuaban la música como "catarsis del alma", inscribieron sus preciosos cantos en los famosos papiros médicos. Del Oriente se difundió la influencia de Confucio, gran amante de la música, quien la consideró como uno de los factores imprescindibles para crear una vida armoniosa. (Martí 1978).

En 1942 Marian Chace, una maestra de danza que pregonaba la individualidad y la improvisación empezó a trabajar en el hospital de Santa Isabel en la ciudad de Washington como miembro del equipo de tratamiento. Ella había logrado que su propio grupo de estudiantes de danza (jóvenes y adultos) tuviera conciencia tanto de su incremento físico como mental y emocional, cosa que despertó el interés de algunos psicoterapeutas del área. Cuando el equipo psiquiátrico del

hospital Santa Isabel la invitó a explorar nuevos caminos en la terapia de grupo para responder a las necesidades del creciente número de veteranos que regresaban de la guerra, los inicios de la danza como terapia en E.U. se vieron establecidos. En la costa oeste, Trudi Schoop y Mary Whitehouse, estaban desarrollando métodos parecidos y sin embargo, muy individuales en el uso de la danza como terapia (Kazahn 1978).

El descubrimiento de los tranquilizantes durante los años cincuenta y el cambio de actitud hacia los pacientes institucionalizados les permitió a los terapeutas de la danza trabajar con pacientes que anteriormente habían estado aislados física y emocionalmente. El potencial del movimiento humano de los sesenta, y la siempre creciente investigación en la comunicación sin palabras, sirvieron como fertilizantes para el crecimiento continuo de la modalidad de la danza como terapia.

Los siguientes datos son una prueba de cómo se ha expandido dicha profesión. En 1966, setenta y tres miembros fundaron la Asociación Norteamericana de la Danza como Terapia. Actualmente, los miembros son más de mil y se hallan localizados en cuarenta y un estados en doce naciones. Sin embargo, la relación con algunas de las terapias más antiguas es variada y a veces complicada. Para algunos, la terapia de la danza es considerada como un "nuevo" medio auxiliar no comprobado. Para otros, no cabe duda de que es un método de tratamiento primario de mucho valor.

La Asociación Americana de Terapia de la Danza la define como: "el uso psicoterapéutico del movimiento como un proceso que mejora la integración emocional y física del individuo". Las personas que pueden sacar un beneficio de esta terapia son aquellas que sufren de problemas físicos y/o de percepción, problemas de comportamiento, de aprendizaje y aquellos que necesitan rehabilitación por causa de desequilibrio emocional, incapacidad física, daño neurológico o inadaptación social. Esta terapia no va dirigida a una edad específica y puede impartirse en grupo o individualmente.

La danza como terapia puede aplicarse a grupos distintos y en circunstancias varias. De su origen en las instituciones mentales (o en las ceremonias rituales de curación más antiguas) a pasado a ser aplicado en centros ambulatorios de cuidado, centros de integración familiar, correccionales, centros de ayuda a drogadictos, clínicas con pacientes externos, escuelas especiales y campamentos para niños excepcionales, programas especiales de educación, clínicas, centros para ancianos y programas de salud mental tanto comunales como residenciales. Los pacientes o clientes van desde los más jóvenes a los más viejos, del "neurótico común" hasta el psicótico concentrado o el severamente debilitado. El procedimiento refleja todas las influencias

psiquiátricas y psicoanalíticas que van desde Jung hasta Freud, pasando por la meditación y los sistemas estructurados de análisis. Aparte de su trabajo en las agencias y centros, los terapeutas de la danza se han hecho practicantes particulares, contribuyentes e investigadores (Kazahn, 1978).

El entrenamiento para llegar a ser un terapeuta de la danza, comienza con la danza de todo tipo y en todos los aspectos, y de preferencia, tres o más años de trabajo profesional en este campo. El camino a seguir se divide, entonces, de acuerdo con los niveles de conocimiento, edad y experiencia. De acuerdo con el boletín informativo de la asociación norteamericana de la danza como terapia, existen nueve programas de graduación profesional (Kazahn, 1978).

En Europa se ha tenido un desarrollo similar en este campo, sin embargo en Latinoamérica, a pesar de su riqueza y tradición dancística y a pesar de los antecedentes prehispánicos de curación mediante la danza que aún se practica en algunas etnias, no se cuenta con investigación formal para comprobar la eficacia de la danza como terapia en el terreno de la psiquiatría moderna, salvo el honroso caso del Psicoballet en Cuba, donde las autoridades han financiado investigaciones y proyectos en este campo.

1.2 DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA DANZATERAPIA

Retomo el siguiente párrafo de Feldenkrais porque a mi parecer ilustra perfectamente el efecto psicoterapéutico e integrador de la danza: ...En aquellos momentos en que el conocimiento logra ser uno con el sentimiento, los sentidos, el movimiento y el pensamiento, el carruaje avanza a gran velocidad por el camino que le corresponde. El hombre puede efectuar descubrimientos, inventar, crear, innovar y "saber". Comprende que su pequeño mundo y el gran mundo que lo rodea no son sino uno y el mismo y, en esa unión ya no se siente solo. (Feldenkrais, 1985)

Kedzie Penfield citada en Payne (1991) nos señala que la danzaterapia se vale de la expresión del Movimiento Corporal y la danza como vehículos por los cuales el individuo puede relacionarse con su proceso de integración personal y de crecimiento.

Esto se fundamenta en el principio de que hay una relación entre moción y emoción, y que mediante la exploración de una mayor variedad de vocabulario de movimiento las personas experimentan la posibilidad de llegar a ser más seguras y balanceadas, incrementando su espontaneidad y adaptabilidad. Mediante el movimiento y la danza el mundo interno de las personas llega a ser tangible, en una relación de danza en grupo los simbolismos individuales toman sentido.

El danzoterapeuta crea un ambiente acogedor en el cual los sentimientos pueden ser expresados con seguridad, concientizados y comunicados.

Las personas con disturbios emocionales severos a menudo tienen la sensación de aislamiento, difícil de describir con palabras. El movimiento corporal es un punto concreto de partida para hacer contacto con ellos mismos y con los demás. (Steiner, citada por Payne, 1991).

La música es un medio importante que impacta a los hombres en zonas recónditas de nuestra psique. Las reacciones al ritmo son casi involuntarias y contagiosas, una manifestación de sentimientos o catarsis. Se usa en ciertos grupos étnicos como forma de higiene mental que previene el estallido de emociones no descargadas. El movimiento rítmico refuerza el sentido de sí mismo enfatizando nuestro contacto con la tierra y reafirmando la conexión con nosotros mismos y el mundo por medio de la gravedad (Steiner citada en Payne 1991).

1.2.1 EL MOVIMIENTO

Dropsy señala que las tres dimensiones del movimiento son: espacio, tiempo, y energía. Señala también las cualidades del movimiento derivadas del empleo armonioso de la energía. A continuación las describo, porque coinciden con los objetivos a alcanzar mediante la ejecución de los ejercicios de danza (clásica y contemporánea) que se utilizaron en danzaterapia en esta investigación.

A) Economía en el esfuerzo. Un movimiento preciso puede tener el máximo de eficacia con el mínimo desgaste de fuerza. Esto acarrea la posibilidad de conservar siempre algunas reservas.

B) El ritmo. Un movimiento preciso deriva siempre de una alternancia rítmica de tensiones y distensiones, esto es, de esfuerzo y descanso, coordinando también la respiración.

C) La unidad de todo el cuerpo en su participación en cada movimiento; brazos, piernas y cabeza se coordinan y se unen alrededor del centro de donde parten los impulsos (el vientre).

D) Una impresión subjetiva de soltura. Aquel cuyo cuerpo ha hallado su equilibrio tónico, percibe sus esfuerzos como una aplicación global de su fuerza y no como una crispación dolorosa aquí o allá. La falta de sensación localizada de crispación, puede hacer que surja en cada acción un placer de obrar siempre renovado.

E) Postura correcta. Alineación adecuada del esqueleto que permite una estática económica que utiliza de la mejor manera la fuerza de gravedad y las curvaturas vertebrales, aumenta la libertad respiratoria y centraliza la fuerza en el vientre.

Además el movimiento con otras personas crea un sentimiento de acercamiento, esta comunicación llena de sincronía puede ser el primer paso para construir un puente entre dos mundos distintos, el del paciente y el del terapeuta. El movimiento grupal ha sido empleado desde tiempos remotos para tratar la soledad o la ira, que contienen ansiedades y crear así un canal de comunicación. Los movimientos mínimos, como sentarse, dejarse caer, etc., generan atención grupal, ayudando a encontrar un balance físico e interno. (Steiner, citada en Payne, 1991).

El programa de trabajo de esta tesis se inspiró en los 4 elementos del movimiento humano de Laban, aunque se le hicieron algunas modificaciones es importante mencionarlo.

Rudolph Laban es el creador de un sistema de conceptos generales que da lugar a la "Educación del movimiento" en la década de los 40's. Los exponentes de esta filosofía son los responsables de la transformación de los conceptos en métodos. En el programa de educación del movimiento, los contenidos por costumbre se categorizan en cuatro amplios elementos del movimiento humano. Cada uno implica la concientización potencial a través de la experiencia del movimiento.

Los 4 elementos son: (a) conciencia del cuerpo, (b) conciencia de la obra, (c) conciencia del espacio, (d) conciencia de las interrelaciones. Estas respectivamente responden a las preguntas: ¿qué puede hacer mi cuerpo? ¿Cómo se puede mover mi cuerpo? ¿En dónde?, ¿A quién o qué puedo mover con mi cuerpo? Las experiencias de aprendizaje se derivan de este cuadro y son presentadas en la forma de temas de movimiento. Un tema es una idea o concepto que unifica la lección proveyendo un mejor punto focal. Laban originó el uso teórico de los temas de movimiento (Rakusin, 1990).

Trabajar con movimiento implica ciertas características que le hacen diferente a la psicoterapia verbal. El movimiento es otra dimensión; se puede alcanzar el aprendizaje en un sentido en que las palabras no lo pueden hacer. Se trata de un trabajo diferente con cualidades distintas también.

Hay siete características principales del movimiento que a continuación se describen.

(A) Clarificación. El acto de hablar con alguien de un problema puede clarificarlo y también la situación. El movimiento clarifica en una forma muy distinta dando información diferente. Tomando por ejemplo el enojo: uno puede explorarlo en el movimiento y ver que el enojo hace a las personas muy rígidas e incluso llega a inmovilizarlas, a otras personas las hace violentas y flácidas y reducen a otro a usar sus manos de una forma muy desarticulada. Así que el movimiento le da un carácter muy individual al enojo, el cual clarifica la dinámica de la

emoción para ese individuo.

(B) Acceso directo al inconsciente. El movimiento proporciona acceso directo al inconsciente. Nosotros expresamos inconscientemente a través del movimiento, las palabras operan diferente, ellas encierran un proceso intelectual, el cual no posee el movimiento. Las palabras pueden describir un sueño, un movimiento, una imagen, o una relación pero son removidas del proceso inconsciente en sí mismo.

(C) Memoria Kinestésica. Una característica del movimiento en general y del cuerpo en particular es que tienen lo que se llama 'memoria kinestésica'. Por ejemplo, podemos reconocer gestos de nosotros mismos que adquirimos de nuestros padres. La musculatura de una persona que ha sido golpeada repetidamente cuando niño nos recordará este abuso, aún cuando esto esté oculto a la conciencia. Se puede acceder a estos recuerdos mediante el movimiento.

(D) Simultaneidad. Trabajando verbalmente, una palabra u oración debe ser usada para cada idea. Una palabra puede, pero usualmente no es así, encapsular varias ideas; sin embargo un movimiento o postura puede encapsular tres o cuatro. Por ejemplo, el caso de una cliente que en un movimiento englobaba tres ideas complejas. La primera de las ideas vino a través de un movimiento de empujar en el espacio, la palabra que vino a su mente fue 'enojo'. Al mismo tiempo pensó 'protectivo' y 'meditativo'.

(E) Transmutación. Un movimiento puede cambiar súbitamente. De una estampa de furia se puede pasar al opuesto de goce, lo cual implica estados emocionales opuestos. Pisotear con furia y saltar de gusto involucra el mismo movimiento; incluso un movimiento como abrazar, puede reflejar una actitud autoprotectora y enseguida una postura confortable, aun cuando se realicen con el mismo nivel de energía la emoción implicada es opuesta.

(F) Catarsis. La catarsis implica la liberación de tensión de cualquier tipo, trátase de furia o miedo o goce o amor. La danzaterapia tiene la atribución de realizarla porque el movimiento se refiere al ser físico y la catarsis es la descarga física de energía emocional. No debe tomarse a esta como la meta máxima de la terapia, es solo un paso en la integración total.

(G) Integración. La séptima y última característica es la única forma en que el movimiento integre un proceso. Mediante el movimiento y aún sin palabras algunos pacientes realizan profundos rituales donde integran algunas pérdidas sufridas durante el proceso. Se puede vivir un duelo en el movimiento y la imaginación.

1.3 DANZATERAPIA, EXISTENCIALISMO Y PSICOANÁLISIS.

Gayle Liebowitz en su artículo titulado "Terapia del movimiento dancístico individual aplicada a un paciente dentro de un ambiente psiquiátrico" incluido en la recopilación de Payne (1991), nos proporciona una introducción a la Terapia Psicoanalítica y a la Terapia Existencial enfocadas directamente a la Danzaterapia que resultó de mucha utilidad en esta investigación para generar ejercicios y actividades del programa de trabajo. Antes de la realización de la parte experimental consideramos que podríamos llegar incluso a la interpretación verbal del movimiento. Sin embargo, una característica importante del grupo fue la poca iniciativa y espontaneidad, actuaban con mucha rigidez.

1.3.1 DANZATERAPIA Y EXISTENCIALISMO

Nos dice Leibowitz que al existencialismo no sólo le concierne la existencia objetiva, sino también la subjetiva, pero no únicamente lo que es abstractamente cierto, sino también lo que es 'existencialmente real para la persona viva' (May 58:13). May señala que no sólo debemos estudiar la experiencia del individuo, sino al individuo que está realizando la experiencia, o, como lo expresa Tillich, 'con el acento en el carácter personal interno de la experiencia inmediata' (Tillich 1944:44). Los psicoterapeutas existenciales tratan de elucidar la realidad existencial del paciente mediante el proceso del SIENDO CON, mejor que a través del proceso de análisis intelectual. El cuerpo tiene un lugar central en la existencia humana y la Terapia de Movimiento Dancístico se dirige a explorar la existencia del paciente a través del movimiento del cuerpo. En TMD ocurre un aprendizaje entre las cualidades del movimiento, postura, gestos, ritmo y expresiones del movimiento del paciente y del terapeuta. El filósofo Merleau-Ponty (1962:186) declara: 'Es a través de mi cuerpo que yo entiendo a otras personas y es a través de mi cuerpo que percibo las cosas. A través del movimiento con el paciente, empapándose en los patrones de su movimiento el terapeuta puede experimentar qué se siente ser como el paciente y haciéndolo así puede alcanzar un conocimiento empático instantáneo. Dentro de este conocimiento entre el terapeuta y el paciente, el cuerpo habla no solo en la inmediatez del momento, sino también del pasado. La memoria corporal frecuentemente influencia el movimiento presente.

En la aproximación holística existencial se intenta ver a la persona como una unidad, con todas sus facetas. La terapia trata entonces de facilitar la comunicación y expresión realista, honesta y abierta de los sentimientos; así como darle un nuevo sentido a una

interacción social con mayor satisfacción y seguridad, reduciendo la ansiedad y la distorsión de la realidad, incrementando la percepción del mundo y la autoestima, así como movilizandó la iniciativa individual, la creatividad y la productividad. Desde la perspectiva de la danzaterapia esto puede significar: intentar un nuevo movimiento, posiblemente opuesto al que se ha venido realizando, o el mismo, pero más grande o más pequeño. Si se crea un clima de seguridad dentro de la sesión los participantes pueden atreverse a experimentar. La imitación es una buena herramienta. (Leibowitz citada en Payne 1991).

El concepto de empatía o 'ser con', es también muy importante para establecer el primer contacto y crear confianza básica. 'Ser con' personas perturbadas puede ser una experiencia demandante y cambiante. Hay que estar alerta a cualquier sentimiento que pueda despertar dicha experiencia. El estado ideal de la relación paciente-terapeuta, es uno de soledad-compañía. Esto no es estático sino que está recreándose continuamente en la comunicación verbal y no verbal en un balance de estabilidad y cambio, con un ritmo de acercamiento y distancia. Necesitamos estar en contacto, literal y metafóricamente; pero, es importante, necesitamos espacio. (Hobson 1979:238).

1.3.2 LA TEORÍA PSICOANALÍTICA APLICADA A LA DANZA

El psicoanálisis contribuye a nuestro conocimiento del pasado corporal. Freud teorizaba en sus primeros escritos, "el ego fue primero y principalmente un ego corporal". (Freud 1923:26). El ego, el propio sentido del ser, el eslabón consciente con el mundo externo, comienza con un mundo psicológico y la estimulación externa del ambiente incluye lo visual, olfativo, auditivo y táctil. Estas experiencias físicas llegan a ser el principio rudimentario del ego.

El ser infantil no ha demarcado sus límites, es una extensión del cuerpo de la madre, el interior y el exterior son intercambiables. El desarrollo infantil comienza con la discriminación entre su cuerpo y el cuerpo de la madre y eventualmente, si todo va bien, se logra un sentido de separación e individuación. (Malher 1968). La literatura psicoanalítica sugiere que a los individuos psicóticos se les ha obstruido su crecimiento psicológico por deficiencias ambientales o posiblemente constitucionales y entonces no son capaces de tener un sentimiento de seguridad en sí mismos (Fairbairn 1941; Klein 1946; Bowlby 1957; Winnicott 1960; Balint 1968; Malher 1968). Winnicott (1960,1962) enfatiza la importancia de una maternidad suficientemente buena, la cual consiste en que la madre conozca las necesidades físicas y emocionales de su hijo. A través de la internalización de esta maternidad suficientemente buena el niño comienza a construir una

continuidad de ser, moviéndose desde un estado de ego desintegrado, hacia su integración. Cuando esta continuidad del ser es interrumpida por un cuidado inadecuado o inconsistente, esto impulsa a una 'ansiedad inconcebible'. Winnicott establece que cada interrupción constituye aniquilación y son evidentemente asociados con la pena de los psicóticos y su intensidad.

La Danzaterapia trata en sí misma con las relaciones del cuerpo, tiene la habilidad de relacionarse con la memoria corporal para trabajar con estas experiencias corporales primitivas. Los psicoterapeutas psicoanalíticos y los terapeutas de movimiento Dosamantes-Alperson escriben: "Desde que nuestras relaciones más tempranas son primeramente llevadas a cabo a través de formas motrices e imaginarias, lo que nosotros podemos recolectar de esto, tal vez sólo sea accesible a nosotros en la forma de sensaciones corporales, movimientos e imágenes". (Dosamantes-Alperson 1987:6).

¿Cómo esta memoria se almacena en el cuerpo? Wilhelm Reich señala que las emociones fueron reprimidas en el cuerpo en la forma de tensión muscular, o una coraza de carácter (Reich 1945). Él creía que mediante el masaje de los músculos y la liberación de tensión, el terapeuta podía también liberar los sentimientos que fueron congelados en el cuerpo. Este congelamiento es frecuentemente notorio en las posturas rígidas y limitadas del cuerpo de los individuos psicóticos, misma que indica una defensa contra sus sentimientos. En los individuos psicóticos hay en general una amplia restricción del repertorio de movimientos, una falta de movimientos espontáneos relacionados con otros en un nivel de movimiento, incluyendo una baja o alta capacidad para armonizar, miedo de contacto físico, o disgregación de los límites corporales.

La descripción del perfil de movimientos de los individuos psicóticos ha aparecido para reflejar una continuidad del ser que ha sido interrumpida e inconsistente y nos permite suponer que los individuos psicóticos tienen una visión de su propio cuerpo como poco desarrollado e inseguro. La propia percepción del cuerpo incluye: imágenes, sentimientos y fantasías que constituyen la imagen corporal. Paul Schilder (1950), psicoanalista que ha realizado extensa investigación sobre el concepto de imagen corporal, cree que la imagen corporal de alguien se relaciona con el sentido de sí mismo. Por tanto, una imagen del cuerpo realista se relaciona con un sentimiento de sí mismo realista. Schilder postula que una imagen corporal distorsionada es el reflejo de estados psicológicos distorsionados, que "el sufrimiento mental encuentra su camino dentro de la somatización (expresión somática)". (Schilder 1950). Fue el primero en notar que el movimiento suelta la imagen corporal y conduce desde un cambio en ésta, hasta un cambio en la actitud psíquica.

En la Danzaterapia se toman en cuenta los procesos transferencial y contratransferencial a un nivel corporal, y de esta manera se interpretan en una comunicación en el ámbito de movimiento. En una etapa posterior se puede llegar a la interpretación verbal con la ayuda del paciente.

Es importante que el terapeuta distinga el espacio de la sesión de danzaterapia, de otros espacios. En el grupo los movimientos y comportamientos regresivos son tolerados, eventualmente se exageran, se juega con ellos y se exploran. Es un espacio donde sentirse contenido y aceptado. Las barreras pueden aflojarse, la reparación puede ocurrir y el cambio puede tener lugar.

Las metas principales de la danzaterapia con pacientes psiquiátricos consisten, asumiendo el poder de reparación y contención del grupo, en lograr el conocimiento y la integración corporal, favorecer una imagen realista del cuerpo y también enriquecer el vocabulario de movimiento y el control de impulsos. Es una oportunidad de usar la energía para generar movimiento y conocer los sentimientos subyacentes.

En Danzaterapia la integración toma lugar dentro del cuerpo, a través del trabajo con él y en relación con otro cuerpo (paciente y terapeuta). Cuando trabajamos con personas psicóticas, nosotros fortalecemos la conciencia corporal mediante, por ejemplo, rotar y apretar las diferentes zonas, marcando sus límites, levantando y golpeando las piernas, brazos y torso, motivando conexiones que faltan entre una zona y otra. La conexión con otros empieza, por ejemplo, impulsándose entre sí, empujándose, aplaudiendo, dando vueltitos y balanceos, etc. Utensilios como pelotas, aros, telas estirables, espejos y almohadas, son usados para encontrarse con el ambiente y hacer un impacto en el mundo.

En cuanto al desarrollo, se trabaja a un nivel muy temprano, una etapa pre-verbal, pre-edípica, cuando los infantes aún no se separan de sus madres y están todavía descubriendo sus cuerpos y aprendiendo acerca de sí mismos a través de la exploración. Recrear la movilidad de esta fase no es suficiente pero toma su lugar con la presencia de otra persona... el terapeuta. No solamente hay una relación existencial real, sino también, desde el conocimiento psicoanalítico, una relación transferencial.

Transferencia según la define Sandler, es:

-Una ilusión específica, la cual se desarrolla en el contacto con otra persona y en la cual se desconoce al sujeto real, quien representa en algunas de sus características una repetición tocante a figuras importantes en el pasado de las personas. (Sandler, 1973:49)

En la Danzaterapia se toman en cuenta el proceso transferencial y contratransferencial a un nivel corporal, y de esta manera se interpretan en una comunicación en el ámbito de

movimiento. En una etapa posterior se puede llegar a la interpretación verbal con la ayuda del paciente.

Freud originalmente estableció que personas con "neurosis narcisista" (psicóticos), no tienen la capacidad de desarrollar transferencia. Sin embargo, analistas posteriores argumentaron que, más que manifestar una neurosis de transferencia, los individuos psicóticos emplean una "psicosis de transferencia" (Rosenfeld 1971, 1987), o como Margaret Little llamó a esto, una "transferencia diluida". Mediante este término, ella quiere decir que los individuos psicóticos responden a los terapeutas, no como si ellos fueran el padre o la madre, sino como "son el padre o la madre". Los individuos psicóticos perciben al terapeuta, no como una persona separada, sino como una parte de sí mismos, similar a los niños que están fusionados en una relación simbiótica con la madre. En Danzaterapia la "transferencia diluida" llega a ser la transferencia corporal diluida, un repertorio de movimiento que el paciente exhibe en presencia del terapeuta, el cual es idéntico a patrones de movimiento que han sido exhibidos ante figuras significativas en el pasado. El movimiento del danzoterapeuta responde al paciente reflejando estas producciones no resueltas con personas de su pasado, esto es lo que se llama contra-transferencia corporal. El terapeuta debe estar al pendiente de todas sus respuestas corporales y la razón de las mismas, si esto no es posible las sesiones de asesoría le serán de gran utilidad.

Margaret Little afirma que "la ilusión comienza a ceder desde que el cuerpo comienza a moverse en respuesta a un urgente y deseado contacto". El movimiento que surge del paciente debe ser concientizado también verbalmente, o aun concretamente, a través de contacto. "Estos movimientos son la afirmación de sí mismo y el punto de partida para el desarrollo de relaciones" (1986:98). Estos estados son la reminiscencia de la relación temprana madre-hijo en la que la madre funcionaba como espejo y retroalimentación para el hijo (Brazelton 1974).

Dadas las deficiencias en la simbolización de los pacientes psicóticos, tienden a pensar concretamente y de este modo el movimiento es percibido literalmente - como un movimiento muscular agradable, como una rendición de la actividad actual, o como una "ecuación simbólica de su personal idiosincrasia". (Segal 1955). Por ejemplo, el girar de una mano puede ser visto como un movimiento muscular agradable, o la imitación de lanzar un cuete, o la mano tal vez sea experimentada como poseedora de la fuerza de un cuete. En contraste, la comprensión metafórica de este movimiento: tal vez sea una expresión de sentimientos agresivos los cuales son tímidos o peligrosamente explosivos. La interpretación verbal basada en esta formulación posterior tal vez asuste o frustre al paciente. En cambio el danzoterapeuta tiene varios caminos; a) relajando el movimiento, el

terapeuta acepta los sentimientos del paciente, b) expandiendo el movimiento el terapeuta atrae la atención hacia las potencialidades del paciente; c) disminuyendo el movimiento el terapeuta ofrece la posibilidad de contener los sentimientos expresados; d) enfatizando el movimiento el terapeuta expresa un aspecto que tal vez sea particularmente importante; y e) mediante contrastar el movimiento el terapeuta propone caminos alternativos de ser que tal vez sean más adaptativos.

En una etapa posterior del trabajo con personas psicóticas, ésta etapa de interpretación no verbal, necesitará hacerse verbal y este es el punto en que las palabras son necesarias. Debemos recordar que las palabras forman parte de los cuidados de la madre para su hijo. Las palabras forman sonidos, los cuales poseen ritmo y cadencia y pueden aliviar o mitigar. En muchas terapias la expresión verbal está en sincronía con el movimiento de sus cuerpos, después ellos comunicarán la cualidad de sus sentimientos. Rosenfeld (1987) habla acerca de que las palabras tienen una función de apoyo dentro de la terapia. Él insiste en que mediante el uso de las palabras, el terapeuta acepta que los pacientes siguen siendo adultos y no los infantiliza. Las palabras son un eslabón entre el proceso de pensamiento primario y el proceso secundario, y usándolas al mismo tiempo que el movimiento el terapeuta facilita la evolución hacia la simbolización dentro del contexto de la relación de movimiento.

La mayor parte del proceso de interpretación en terapia, incluye la elucidación de los mecanismos de defensa del paciente. Spitz (1985) propone que la esquizofrenia es una defensa contra la expresión de impulsos agresivos, los cuales son movilizados en respuesta a un ambiente frustrante, pero son suprimidos por miedo al rechazo o la venganza.

En un esfuerzo por eliminar los sentimientos malos, el paciente puede proyectarlos dentro del terapeuta, no sólo para librarse de ellos, sino para que, tal vez, sean contenidos por él (Klein 1946). El paciente puede entonces atacar las partes malas de él mismo, a través del terapeuta (Klein 1946). Una de las metas de la terapia es regresar estos sentimientos malos a su dueño, a saber, el paciente. En los intentos del terapeuta por hacer esto, el paciente puede experimentar al terapeuta como persecutorio, él cree que es ahora el terapeuta quien lo quiere hacer sentir mal. La abundancia de sentimientos que pueden surgir es tan intensa que el individuo puede temer ser aplastado.

En la danza-terapia el paciente puede volverse resistente al movimiento. El terapeuta debe seguir de cerca la dirección del paciente, la extensión y rango del movimiento, de manera que, los pacientes no lleguen a temer sus propios impulsos de movimiento. Esto es especialmente importante porque muchos pacientes psicóticos tienen pobre control de impulsos y no pueden autoregularse, por tanto,

el peligro de un acting-out es una realidad. Aunque es importante que se tolere cierto monto de acting out, lo que no debe tolerarse es la violencia física o un comportamiento sexual demasiado desinhibido. Debe haber un ambiente seguro donde los sujetos no tengan miedo de perder el control y sin embargo, puedan expresarse. El terapeuta debe estar al pendiente para cambiar alguna cualidad o dirección del movimiento que pueda resultar peligrosa, también se pueden usar límites espaciales o restringir físicamente el cuerpo del paciente (contenerlo).

La decisión de tocar a los pacientes o no, dentro de la danza-terapia depende del significado que el paciente le atribuya a dicho contacto, para muchos pacientes psicóticos implica una gratificación infantil temprana, para otros implica una fusión fantaseada con el terapeuta, o bien, intrusión o seducción. Entonces el contacto debe llevarse a cabo con discreción y estar atentos a si ayuda o afecta negativamente el proceso.

1.4 RESUMEN DE INVESTIGACIONES ANTERIORES

1.4.1 SURGIMIENTO DE LA DANZA COMO TERAPIA EN CUBA EL PSICOBALLET UNA EXPERIENCIA CUBANA

El 21 de febrero de 1973 se comenzó un experimento mediante una coordinación realizada entre el hospital infantil docente "Angel Arturo Aballí" y el Ballet Nacional de Cuba. Dicho experimento consistió en la utilización del ballet en la mejoría o curación de la gran cantidad de niños afectados por diversas alteraciones de conducta, posteriormente se amplía y se cubren otros aspectos además del curativo, como son: el rehabilitativo y el preventivo, se incorporan niños con otras deficiencias, tales como: retraso mental, asma y epilepsia. Adicionalmente, el aprendizaje de la técnica hace a los niños más hábiles y elegantes en sus movimientos, al mismo tiempo que los conocimientos sobre piezas musicales, argumentos de ballets, personajes, plases, etc. aumentan su acervo cultural, por lo que forma parte de la educación integral.

Es un método psicoterapéutico para el tratamiento de los trastornos de conducta en niños y adolescentes a los cuales se les imparte psicoterapia a través de la técnica del ballet y que se complementa con la orientación a sus padres.

El psicoballet surge como una necesidad que se planteó con un grupo de pequeños pacientes en los cuales había una pobre evolución a pesar del tratamiento ludoterapéutico con ellos mantenido. Se pensó entonces en el ballet como una posible vía para suavizar los movimientos bruscos y el extremo negativismo de un grupo de niñas con tendencia masculina.

La esencia de esta psicoterapia es la dinámica de grupo, la manifestación de los sentimientos gregarios. Este método terapéutico tiene base colectivista, el niño canaliza sus tensiones en forma útil y en estrecha interrelación grupal por medio de un trabajo que le resulta agradable y divertido. Como premisa fundamental en el tratamiento se establece la aceptación del niño tal como es, siguiendo la técnica de Rogers, cada persona es un individuo que posee su propio valor, por lo tanto debe ser respetado como tal.

Se utiliza la independencia responsable propuesta por C. H. Patterson como definición externa de salud mental. Propone Patterson la auto-valoración como una expresión de este concepto, la cual se traduce en autodeterminación como término más amplio y general. Esta parece ser la cualidad esencial de la salud mental, y su ausencia la cualidad distintiva del trastorno mental. El respeto o aceptación incondicional de una persona son bases para el desarrollo de su autoestima, esta meta incluye la responsabilidad e independencia de la persona; en el caso del niño o adolescente, queda establecida la compatibilidad de esta técnica con el método.

En realidad el psicoballet es la integración de un sistema formado por múltiples elementos (cultura física, música, dramatización, pantomima, danza y juego) que al actuar armónicamente producen efectos óptimos, superiores a la suma de resultados que se producirán por la actuación aislada de cada elemento, por lo que puede considerarse como un enriquecimiento de las técnicas de psicoterapia infantil.

El método, constituye además un excelente factor de higiene mental, no sólo en el tratamiento de las alteraciones emocionales, sino en su profilaxis, utilizada para la educación integral del hombre nuevo al que aspira en este caso la sociedad como miembro del campo socialista (Fariñas).

1.4.2 LA DANZA COMO RECURSO EN LA REHABILITACIÓN DEL ENFERMO MENTAL CRÓNICO.

Se hizo una investigación para conocer los beneficios de la utilización de la danza como método de rehabilitación en pacientes mentales crónicos. Se utilizó a 8 pacientes (4 hombres y 4 mujeres) todos esquizofrénicos paranoides que por primera vez asistieron al departamento de Terapia Ocupacional del Hospital Psiquiátrico de La Habana.

INTRODUCCIÓN

La fuente fundamental de toda danza se concreta en que ésta

utiliza el principio de toda etapa emocional que tiende a expresarse por medio del movimiento y los movimientos así creados espontáneamente, aunque no son representativos, reflejan de modo preciso en cada caso el carácter del estado emocional y particular que debido al inherente contagio del movimiento corporal hace que el espectador sienta por simpatía en su propia musculatura los esfuerzos y movimientos que ve en el otro. Comunicación de experiencias emocionales, percepciones y estados emotivos que no pueden comunicarse ni expresarse por términos razonables o reducirse a simple declaración de hecho.

Nuestro objetivo consistió en:

-Mostrar que la danza como método rehabilitatorio del paciente crónico, contribuye a aumentar la capacidad de comunicación y socialización, así como a mejorar la atención y coordinación psicomotora de los pacientes.

PROCEDIMIENTO

A los pacientes del primer nivel que asistían por primera vez al departamento de Terapia Ocupacional Psiquiátrica, se les hizo una entrevista previa y con posterioridad fueron enviados a la sección de Musicoterapia para integrar el grupo de danza

Primera etapa. Consta de entrevista a los enfermos mentales por la aceptación de la danza.

Segunda etapa. Conversatorio, explicándoles la actividad que ellos van a realizar y a la vez evaluar su relación con el grupo, terapeuta y actividad.

Tercera etapa. Aplicación de tests para obtener la coordinación psicomotriz por medio de la prueba de ritmo.

Cuarta etapa. Compuesta por actividades recreativas y culturales en coordinación con la sección de Musicoterapia.

Quinta etapa. conversatorio del director psicomusical con los enfermos sobre el trabajo que se va a realizar.

Sexta etapa. Durante un período de tres meses de tratamiento se realizaría el montaje de la función final por los ocho enfermos, seleccionados y evaluados en dicha investigación.

Séptima etapa. Los ensayos se efectuarían a medida de las posibilidades de la sección de Musicoterapia.

Ocatava etapa. Representación de la danza por los enfermos.

Lamentablemente por causas ajenas a la voluntad de nuestro equipo, solamente se pudieron realizar cinco ensayos con una duración de dos horas cada uno, que nos permitieron mediante la técnica de la observación, obtener la cantidad de información pertinente para su procesamiento estadístico; no obstante y a pesar de que el número de ensayos no fue suficiente, podemos señalar que durante los mismos se observó en general que los pacientes se sentían motivados por la actividad, lo que se evidenció en sus relaciones con el terapeuta y entre ellos mismos, los resultados en cuanto a la disciplina, la coordinación psicomotriz, etc. son alentadores, por lo que aprovechamos esta oportunidad para sugerir la incorporación de este recurso a la rehabilitación del enfermo mental crónico, (González V. 1986)

CAPÍTULO II AUTOCONCEPTO

2.1 ORIGEN Y DEFINICIÓN DEL TÉRMINO "AUTOCONCEPTO"

El estudio del autoconcepto ha sido tratado a lo largo de la historia por diferentes enfoques, asumiendo diferentes formas y nombres según la corriente psicológica o el teórico que lo estudie, de manera que no es difícil confundirse escuchando como sinónimos los términos de "sí mismo", "self", "autorrealización", "autoestima".

Por ser el término autoestima el que más frecuentemente se traslapa con el de autoconcepto y crea mayores controversias se tratará de un modo especial en este capítulo.

El autoconcepto no es un constructo reciente, su elaboración por la psicología surge del análisis operacional de la antigua cuestión filosófica: ¿quién soy yo? Con Platón se inicia el estudio del self entendido como alma. Aristóteles, por su parte, en el siglo III a. C., es el primero que hace una descripción sistemática de la naturaleza del yo. Pero va a ser S. Agustín el que describa el primer atisbo de introspección de un self personal. Durante la Edad Media la cuestión del conocimiento del self permaneció en manos de los pocos pensadores que subsistieron en el vacío cultural de la época.

Más tarde, con el renacer cultural de Europa del siglo XVII, el concepto de self se reflejaría en el pensamiento de Descartes, Hobbes y Locke (De Oñate, 1989).

William James es el principal antecedente en el estudio del autoconcepto dentro de la psicología, menciona en su obra "Principios de Psicología" la definición del sí mismo como: "la suma total de cuanto un hombre puede llamar suyo: su cuerpo, sus rasgos, su vocación, sus ocupaciones y muchas otras cosas". Para él el sí mismo es un fenómeno enteramente consciente, en donde las evaluaciones que hace una persona sobre sí, dependen de sus aspiraciones. Considera al sí mismo según tres aspectos:

- 1- Sus elementos constituyentes: el sí mismo material, social, espiritual y el yo puro.
- 2- Los sentimientos del sí mismo
- 3- Las acciones destinadas a la búsqueda y la preservación del sí mismo.

Coopersmith (1965), define al autoconcepto como una abstracción que el individuo desarrolla en relación con atributos, capacidades, objetos y actividades que posee o persigue. Esta abstracción está representada por el símbolo Yo, que es la idea que

una persona tiene de sí misma. El autoconcepto surge en función de la observación de la propia conducta y de las reacciones de otros hacia el comportamiento, es decir, se desarrolla en la interacción social. El autoconcepto es un constructo complejo, formado de diferentes experiencias, que se manifiesta en objetos externos e internos y está basado en diferentes niveles y tipos de competencia para lidiar con el medio. Es entonces, multidimensional, siendo que las distintas dimensiones reflejan la diversidad de experiencias, atributos y capacidades. Una de éstas dimensiones se refiere a la actitud evaluativa que el individuo mantiene hacia sí mismo, es decir la autoestima.

Erikson (en de Oñate, 1989), define al autoconcepto como "todo aquello que la persona sabe acerca de su propio "yo", distinguiéndose en este proceso elementos componentes tales como el "mí" y el "self".

Una de las definiciones más completas es la de Purkey, quien toma elementos de diferentes autores y es la que tomé como definición conceptual de la variable dependiente en esta investigación, es la siguiente: "El yo es una realidad organizada, se caracteriza por el orden y la armonía. El Yo tiene numerosas creencias acerca de sí mismo que forman un sistema perfectamente jerarquizado. Cada creencia tiene dentro del sistema su propio valor, positivo o negativo. El éxito o el fracaso se generalizan dentro del sistema, de forma que el fracaso en una habilidad importante para el Yo reduce la consideración de las otras capacidades aparentemente no relacionadas, y el éxito en una característica importante eleva la valoración de otras características personales. El Yo es una realidad única, no hay dos personas que sostengan idéntico conjunto de creencias. Además del ser organizado, el yo es una realidad dinámica, el mantenimiento del Yo tal como se percibe a sí mismo, constituye el motivo central y la clave dinámica de la conducta humana. El Yo se convierte en el punto central de referencia de la realidad total que afecta a la persona, además es una realidad aprendida, ya que se adquiere y se modifica a través de los intercambios y relaciones interpersonales (De Oñate, 1987).

Morris Rosenberg (1979), define al autoconcepto como "la totalidad de pensamientos y sentimientos que el individuo tiene sobre sí mismo como objeto".

2.1.1 EL AUTOCONCEPTO EN LA TEORIA DE ROGERS

Doy especial importancia a la teoría Rogeriana porque fue utilizada ampliamente a lo largo del curso de danzaterapia, fue el marco teórico que sustentó la relación terapéutica y las actividades.

Carl Rogers (1978), define al autoconcepto como "una

configuración organizada de percepciones acerca de sí mismo, que son parcialmente conscientes o inconscientes; está compuesto por percepciones de las propias características y habilidades, los preceptos y conceptos de sí mismo en relación con los otros y el ambiente. También se relaciona con los valores, experiencias y metas que se persiguen. Toda persona tiene un concepto de sí misma como única y diferente de cualquier otra. Señala que la realidad de cada persona dependerá de la forma en como percibe un objeto o situación y sus reacciones estarán determinadas por esas percepciones, en vez de estar definidas por una realidad objetiva.

En consecuencia para poder comprender la conducta, será necesario recurrir a la realidad subjetiva del sujeto. Su afirmación de que "La posición más ventajosa para comprender la conducta es desde el marco de referencia interno del individuo", ha sido el punto de unión para una gran cantidad de psicólogos, y el empleo de "autoinformes fenoménicos", en forma de escalas de autoconcepto, ha sido una línea de investigación en extremo poderosa dentro de la psicología contemporánea.

En su obra "Terapia Centrada en el Cliente", escrita en 1951, Rogers explica su teoría y la refiere como fenomenológica, basada en el concepto de sí mismo como construcción explicativa. Otro de los constructos importantes es el de organismo, el cual se refiere a cualquier experiencia que suceda internamente en el organismo, la cual está en potencia abierta a la conciencia en un determinado momento. A estas experiencias en el organismo que pueden ser conscientes o no Rogers las denomina campo fenoménico o experiencial. Este campo fenoménico constituye el marco de referencia individual y sólo es conocido por la persona. El campo fenoménico se compone de experiencias conscientes (simbolizadas) e inconscientes (no-simbolizadas). La conciencia real y el conocimiento del campo total es limitado. El organismo reacciona ante el campo tal como lo experimenta y lo percibe.

Una parte del campo fenoménico poco a poco se va diferenciando y se convierte en el sí mismo o autoconcepto. Rogers emplea el término de sí mismo (self) como la conciencia de ser o de funcionar. La estructura del sí mismo es una configuración organizada de percepciones que son admisibles en la conciencia. Está integrada por elementos tales como las percepciones de las propias características y capacidades; los preceptos y conceptos del sí mismo en relación con los demás y con el ambiente; las cualidades valiosas que se perciben asociadas con experiencias y objetos; y las metas e ideales que se perciben con valencias positivas o negativas.

Cuando las experiencias simbolizadas que constituyen el sí mismo reflejan fielmente las experiencias del organismo, entonces se dice que la persona está bien ajustada, ha alcanzado madurez y

funciona por completo. Esta persona acepta la gama total de la experiencia orgánica sin temores ni ansiedades y es capaz de pensar de un modo realista. La incongruencia le hace sentirse al individuo amenazado y ansioso, por lo que se comporta defensivamente y su pensamiento se constriñe y se vuelve rígido.

Rogers retoma un supuesto teórico de Anghai y Maslow, ellos opinan que el organismo tiene una tendencia o impulso básico a actualizarse, mantener y desarrollar al organismo experienciante. Rogers agrega un nuevo aspecto al concepto de desarrollo cuando advierte que la tendencia a progresar sólo puede operar en los casos en que las posibilidades han sido percibidas con claridad y simbolizadas adecuadamente. Nadie es capaz de realizarse si no es capaz de discriminar entre las formas de conducta progresivas y regresivas; no hay voz interior alguna que indique el camino del progreso ni necesidad orgánica que empuje hacia adelante. Para Rogers sería un error suponer que el organismo evoluciona suavemente hacia la autorrealización y el crecimiento. Quizá sería más correcto decir que el organismo progresa a través de la lucha y el dolor hacia la valoración y el desarrollo.

En la teoría de Rogers la conducta es básicamente el refuerzo intencional del organismo por satisfacer sus necesidades tal como las experimenta, en el campo tal como las percibe. Las necesidades se producen como tensiones fisiológicas las cuales se intenta reducir o satisfacer. Cuando el organismo lucha por satisfacer sus necesidades en el mundo tal como lo experimenta, la modalidad que asume la lucha debe ser compatible con el concepto de sí mismo.

Cuando el individuo percibe y acepta en un sistema compatible e integrado todas sus experiencias sensoriales y viscerales, necesariamente comprende más a los demás y los acepta como personas diferenciadas.

2.1.2 EL AUTOCONCEPTO SEGÚN WILLIAM H. FITTS

El Dr. Fitts en 1965, realizó una de las investigaciones más completas sobre el autoconcepto. Su principal aportación fue el desarrollo y estandarización de la escala Tennessee de Autoconcepto. Para Fitts el autoconcepto es "la imagen que el individuo tiene de sí mismo", la cual influye en su conducta y está directamente relacionada con su personalidad y con su salud mental. El autoconcepto se basa en la identidad de la persona pero alcanza su desarrollo gracias a dos fenómenos propios del ser humano: la autoconciencia que es el acto por el cual la persona viene a ser un objeto de conocimiento para sí misma, y la autoaceptación, que implica tener fe en la propia capacidad para enfrentarse a la vida, asumir la responsabilidad de la propia conducta, aceptar la crítica o

los elogios de manera objetiva, no negar o distorsionar los sentimientos, los motivos, las habilidades y las limitaciones, sino aceptarlas, considerándose uno mismo una persona de valor como cualquier otra.

Así, por ejemplo, las personas que se ven a sí mismas como indeseables o "malas" tienden a actuar de acuerdo con esta idea, aquellas que tienen un concepto irreal de sí mismas, tienden a enfocar la vida y a otras personas de forma irreal; aquellas que tienen conceptos desviados tienden a comportarse de forma desviada.

Fitts dividió el autoconcepto en dos dimensiones: la interna y la externa.

1.- La dimensión interna está compuesta por:

a) Identidad del Yo.

Describiendo ésta como la necesidad que el individuo tiene de contestar a la pregunta "¿Quién soy yo?", o como la necesidad de establecer su identidad. Esto se obtiene a través de las etiquetas que otros le asignan, las cuales el individuo va introyectando y van formando parte de su identidad. Cada una de estas etiquetas de identidad influirán en la percepción de su mundo fenomenológico, en la forma de responder e interactuar y en las observaciones que él elabora de sí mismo.

b) Conducta del yo.

Las consecuencias que la conducta puede tener influyen en si ésta continuará o desaparecerá, también determina si nuevas conductas son abstraídas, simbolizadas e incorporadas a su identidad. Establece que es intrínsecamente recompensante el hacer cosas que uno puede hacer.

c) Satisfacción del Yo.

La satisfacción del Yo funciona como un observador, idealista, comparador y sobre todo evaluador; existe la tendencia del hombre de asignar valores a muchas de sus percepciones y en la forma de evaluarlas. Esta tendencia evaluativa del Yo es un componente principal de autopercepción y provee los elementos para la autoestima.

2.- Dimensión externa:

a) Yo físico.

El Yo físico está integrado por los atributos y funciones físicas, por la sexualidad, por el estado de salud y la apariencia física. El individuo no sólo desarrolla percepciones corporales o de su físico que se modifican gradualmente y se extienden a lo largo de su desarrollo, hasta llegar a coincidir con la estructura corporal real, sino también adoptan hacia sí mismos las actitudes de otras personas hacia su cuerpo y sus partes. Tal vez desarrolle un concepto corporal satisfactorio o llegue a considerar su cuerpo y sus partes como

desagradables, sucias, vergonzosas o asquerosas, a través de lo cual refleja la interacción que ha establecido con las figuras paternas y más tarde, con otras personas significativas.

El concepto que el individuo se forma de su propio cuerpo constituirá una estructura nuclear en su personalidad posterior, y en gran parte, determinará su capacidad de adaptarse con éxito al estrés de enfermedades, traumatismos y cambios físicos.

b) Yo ético moral.

Es un indicador de que alguna actividad del individuo ha quebrantado o está quebrantando un importante aspecto de la imagen y evaluación que tiene de sí mismo, pudiendo causar ansiedad y sentimientos de culpa, aunque no exista la amenaza de un castigo exterior inmediato. Es decir, cuando la conciencia está "tranquila", existe un equilibrio psíquico moral. Pero una conciencia "intranquila" atormenta y afirma que se ha violado de un modo u otro el estilo de vida del individuo. Este mediará la situación mediante una racionalización o se arrepentirá y tratará lo que percibe como "malo".

c) Yo personal.

Se refiere a los logros del individuo en las diferentes áreas en las que se desarrolla, lo que le permite obtener mayor seguridad y confianza en sí mismo. Si éstas no son satisfactorias, o si son negativas y no responden a los intereses de la persona, suelen reflejarse en un bajo autoconcepto.

d) Yo familiar

Se refiere a la percepción que el individuo tiene de sí mismo con relación a la naturaleza y efectividad de sus relaciones con los miembros de su grupo primario (familiares y amigos cercanos) y su sentido de adecuación como un miembro de familia.

e) Yo social

Se refiere a la actitud del individuo derivada de sus relaciones familiares hacia otras personas y hacia sí mismo, las cuales ejercerán influencias favorables o desfavorables sobre las relaciones sociales del individuo, lo que a su vez afectará su ubicación y desempeño dentro de un grupo social.

Fitts establece que cada uno de estos factores tanto de la dimensión interna como de la dimensión externa, intercalan en forma dinámica de tal forma que si uno de ellos se encuentra alterado los otros serán afectados en forma directa o indirecta.

De todo lo anterior, el autor concluye diciendo que la gente con un autoconcepto distorsionado, tiene más dificultades en la vida y que la psicoterapia trata que la gente desarrolle una autoconsciencia más realista de ellos mismos, propiciando con ello una aceptación más realista de sus personas, es decir, una aceptación tal y como ellos son.

También supone que se puede lograr una mejor

autoconsciencia si un grupo vital o un pequeño grupo desarrolla una interacción libre, abierta y no destructiva, ya que esto contribuirá a una autopercepción más realista de los individuos.

2.2 DIFERENCIACIÓN ENTRE AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA

Según diversos autores la autoestima es la dimensión evaluativa del autoconcepto, mientras que este último incluye descripciones de el sí mismo, la autoestima se refiere a los juicios evaluativos acerca de tales descripciones.

Existe coincidencia en cuanto a que la autoestima es la actitud hacia si mismo y la consideran muy importante para las relaciones y la adaptación del individuo. Coopersmith (1976), la define como "La evaluación que el individuo hace y mantiene por costumbre sobre si mismo, expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, importante, exitoso y valioso. La autoestima es el juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo mantiene acerca de sí mismo". También señala su influencia en la satisfacción personal y funcionamiento afectivo del sujeto y la considera "significativamente relacionada al estilo básico del individuo para adaptarse a las demandas ambientales".

Este mismo autor considera tres componentes del sí mismo:

- 1) Un componente cognoscitivo constituido por el autoconcepto
- 2) Un componente afectivo que sería la autoestima
- 3) Un componente conativo, que se refiere a la conducta dirigida hacia uno mismo.

La diferencia entre autoconcepto y autoestima es que el primero es un concepto más descriptivo y el segundo es evaluativo, sin embargo no es fácil separarlos pues son interdependientes.

En la presente investigación se considerará a la autoestima como un componente del autoconcepto y a partir de ello se abundará sobre dicho concepto.

2.2.1 LA AUTOESTIMA COMO NECESIDAD

Jones (1973), señala que las teorías de autoestima asumen que el individuo tiene una necesidad de aumentar, mantener, proteger o confirmar sus sentimientos de valor y satisfacción personal. Dicho estado de necesidad varía de acuerdo con el grado de satisfacción o frustración personal que el individuo experimente en una situación o

período particular.

Adler (1959) por ejemplo, plantea que el propósito del neurótico es acrecentar la estima de sí, sin embargo sus exigencias son en un grado más alto que en la persona normal. Esto tiene su origen en las experiencias del niño de sentirse humillado. Dichos sentimientos son de inferioridad lo que produce una gran inseguridad, en el intento de vencer esta última, el niño presenta una actitud agresiva para tratar de acrecentar su propia estima; los fenómenos neuróticos son medios que luchan por la superioridad y de esta manera aumentan la autoestima.

Horney (1945) a su vez considera que el neurótico al sentirse inseguro, inferior, ansioso, crea para solucionar estos problemas una imagen idealizada de sí mismo que le produzca sentimientos de significancia y superioridad sobre los otros. Sin embargo dicha imagen al ser inalcanzable le ocasiona mayor tensión, vulnerabilidad y descontento consigo mismo.

Dado que la realidad enfrenta continuamente a las personas con alternativas que las obligan constantemente a tomar decisiones con respecto a sus interacciones con el medio, la necesidad de autoestima es la necesidad de saber que las elecciones que se efectúan son adecuadas con la realidad, el propio bienestar y la propia vida. Se trata de la necesidad que se siente de saber que se es competente para vivir, que se es libre de probar aunque esto no garantice el éxito. Pues la convicción no es el no equivocarse sino el elegir. Y en la medida que se toma conciencia del poder de elección para las acciones que se realizan, se adquiere el sentido de ser personas, de ser adecuados con la manera característica de actuar, de ser aptos (Rogers 1975).

2.2.2 LA DETERMINACION EXTERNA DE LA AUTOESTIMA

Por su parte Newcomb (1950) -cita Macías (1987).- propone que los roles y el sí mismo se encuentran vinculados estrechamente, de manera que la asunción de roles deriva de que el sujeto aprenda a percibirse a sí mismo en relación con los demás. Dicho aprendizaje se basa en los marcos de referencia compartidos con el grupo. Los grupos sociales a los que pertenece el individuo son importantes en la formación de sí mismo y por tanto de su autoestima. Dichos grupos sociales son principalmente: la familia, la escuela, los amigos, que forman parte y están determinados por la estructura social y su modo de producción.

En relación con este aspecto, Braunstein (1987) dice: "el sujeto no llega a serlo por una experiencia singular ni por su desarrollo autónomo, ni por la maduración neurológica, ni por el despliegue de una libertad esencial, sino que está constituido como tal a partir de

requerimientos emitidos por la estructura social y ejecutados por las instituciones, por los aparatos ideológicos del estado, siendo fundamentales en el modo capitalista de producción, la familia, la educación, la religión y los medios de difusión de masas".

De igual forma, Rogers (1975) plantea que la estima positiva está relacionada al proceso de socialización. Es decir que a partir de las interacciones de un individuo con otros, interioriza ciertos valores en la estructura de sí mismo. La estima positiva incondicional (sentirse amado por los otros, aunque algunos aspectos no sean aceptados) conduce a la autoestima incondicional. Es decir para que la persona se sienta valiosa se requiere haber sido amado por los demás.

Existen diferencias culturales en cuanto a la autoestima se refiere, ejemplo de ello es que en las culturas occidentales la estima de sí mismo y el amor a sí mismo individual ocupan un lugar central, mientras que en otras culturas el individuo identifica la estima de sí mismo como la estima del grupo

2.2.3 LA AUTOESTIMA COMO MOTIVACIÓN

Por su parte Sullivan (1974) propone que el término más general para agrupar los estados derivados del hecho de ser valorados importantes, respetados y considerados con estima, es el sentimiento de seguridad personal. A su vez plantea que la persona trata de esforzarse -siviendo entonces como impulso o motivo- por mantener la seguridad y evitar la inseguridad, aspecto éste último que provocaría ansiedad en el sujeto.

La autoestima es por tanto también considerada como un impulso o motivo que guía la conducta. Al respecto, Rosenberg (1979) concibe el autoconcepto no sólo como una estructura cognitiva sino también como un sistema motivacional. De manera que la autoestima es un motivo central del autoconcepto.

Para Maslow (citado por Rodriguez 1988) la autoestima es la base y el centro del desarrollo humano, es el respeto a uno mismo, es el conocimiento, la concientización práctica de todo el potencial de cada individuo. "Sólo se podrá respetar a los demás cuando se respeta uno a sí mismo, sólo podremos "dar" cuando nos hemos dado a nosotros mismos, sólo podremos amar cuando nos amemos a nosotros mismos". Para Maslow la alta autoestima es un prerrequisito para confiar en el propio organismo, lo suficiente como para que este sea el foco de su autoevaluación y la guía de su vida y para que esto se dé, es indispensable tener consciencia y conocimiento de sí mismo, en tanto el individuo comprenda sus necesidades básicas y de crecimiento. La satisfacción de necesidades básicas incluye tanto las necesidades fisiológicas, de seguridad, pertenencia y reconocimiento. En este orden, una vez satisfecha su hambre, busca el siguiente nivel,

dejando el primero de ser una meta para convertirse en un medio de energía y salud que le permite subir al siguiente. Así se va conformando su naturaleza, llenándose para poder pasar del "recibir" al "dar". Y sólo una persona que se ama y respeta, que tiene una adecuada autoestima, es capaz de realizar todo su potencial.

2.2.4 CONDICIONES DE ADECUADA AUTOESTIMA

Coopersmith (1967), señala las siguientes condiciones para que los niños logren una adecuada autoestima, que obviamente redundará en el desempeño futuro como adulto.

1) Que el niño experimente una total aceptación de los pensamientos, valores y sentimientos de su existencia.

2) Que el niño opere en un contexto de límites bien definidos y firmes, justos, razonables y negociables, así como la confianza en que él es capaz de alcanzar y lograr sus metas.

3) Que el niño sienta respeto por su dignidad como ser humano, de forma que los padres sientan respeto por sus deseos, estén dispuestos a negociar las reglas familiares dentro de límites cuidadosamente delineados, con menos necesidad de recurrir a una disciplina punitiva, sino mayor énfasis en recompensas y reafirmación del comportamiento positivo.

4) La autoestima de los padres, pues la manera en que se trata a los demás refleja la manera en que uno a sí mismo se trata. Así tenemos que también la sobreprotección puede coartar la autoestima en un niño. Si son vedados los riesgos y la exploración esencial para todo desarrollo, el niño intuye que es inadecuado para los desafíos normales de la vida, y se siente incapacitado para la supervivencia independiente.

El modelo interpersonal de Sullivan (1953) y Kohut (1971) (citados en Rugel 1992) sugieren que el entorno del niño a temprana edad es crucial para enaltecer su autoestima, y es originalmente derivada de la experiencia interna de amor y aprobación, resultando en la experiencia dual del sí mismo como "buen yo" y del otro como la "buena madre", y que las fallas en el cumplimiento de las necesidades de grandeza y exhibición del niño son parte de su temprana egocentricidad, y que deben ser cumplidas por los padres, capaces de observar empáticamente la megalomanía del niño para que éste sea capaz de renunciar a la temprana megalomanía y desarrollar una normal autoestima.

Fallas en observar empáticamente resultan en la experiencia dual del sí mismo como "desagradable" (el niño) y del otro como "rechazante" (los padres), que resulta en la experiencia dual del self devaluado como un "mal yo" y percepciones de una "mala madre". Tales fallas resultan en una resistente incapacidad egocéntrica de

experimentar a otros objetivamente, aparte de sus funciones de dar un soporte al sí mismo.

La primordial tarea de la niñez temprana - de la que depende el desarrollo normal- consiste en el descubrimiento de los límites, de dónde termina el sí mismo y comienza el mundo exterior (la figura materna). La individuación que adquiere el niño con aquellas habilidades motrices básicas y cognitivas que junto a un incipiente sentido de identidad física y personal, representan el objetivo principal del proceso de maduración que es la autonomía, es decir la capacidad para el control interior, la autorregulación y la propia responsabilidad esta a merced de la posesión de una identidad propia, que permite a los seres humanos ser únicos y estar en intimidad con la realidad, como la percepción real y objetiva del sí mismo. La autonomía consiste en hacerse responsable de las ideas que se aceptan y de los valores en que se basan en las acciones (Fromm E., 1974)

Las personas como seres humanos y sociales necesitan cierta estima por parte de los que les rodean, pero relacionar la propia autoevaluación con la buena opinión de otras personas, o relacionar la propia autoestima con el aspecto físico significa no poder librarse de la vigencia y juicios de valor impuestos por otros, y en la medida que la persona se aleje de satisfacer estos "valores", ya sea porque el otro, cuya estima la persona anhele, tenga diferentes expectativas, o porque al avanzar los años la persona ve las marcas inevitables de la edad sobre sí; entonces en la misma medida se vería erosionado el respeto que los individuos sienten hacia sí mismos. La genuina autoestima no es competitiva ni comparativa, ésta involucra la capacidad de elección, es decir, se tendrá la opción de modificar los medios que están al alcance para sobrevivir y alcanzar bienestar, y de esta elección las personas son las únicas responsables por lo que se dice que la libertad es volitiva, y es la que determina la necesidad de autoestima y los tipos de elección que hace determinan la clase de autoestima que se posee. (Branden 1983).

Dado que la realidad enfrenta continuamente a las personas con alternativas que las obligan constantemente a tomar decisiones con respecto a sus interacciones con el medio, la necesidad de autoestima es la necesidad de saber que las elecciones que se efectúan son adecuadas con la realidad, el propio bienestar y la propia vida. Se trata de la necesidad que se siente de saber que se es competente para vivir, que se es libre de probar aunque esto no garantice el éxito. Pues la convicción no es el no equivocarse sino el elegir. Y en la medida que se toma conciencia del poder de elección para las acciones que se realizan, se adquiere el sentido de ser personas, de ser adecuados con la manera característica de actuar, de ser aptos (Rogers 1975).

Todo ser humano necesita el respeto a sí mismo, necesita experimentar su valor como persona tanto como la seguridad en sí mismo. Cada persona debe actuar, debe valorarse como beneficiario de sus propias acciones. La autoestima se afianza internamente y no en los éxitos y fracasos externos (Branden 1983)

Coopersmith (1967) después de revisar a James, Mead, Adler, Horney, Sullivan, Fromm, Rogers y Rosenberg, resume en cuatro puntos los factores que contribuyen al desarrollo de la autoestima:

1) La cantidad de respeto, aceptación y consideración que se recibe de las personas significativas en la vida. El sujeto se valora como es valorado. En este sentido, las respuestas de otros son las que dan significado a nuestros actos y nos definen a nosotros mismos. Señala que lo que nosotros experimentamos como "self" es un producto reflexivo de la interacción social.

2) La historia de éxitos y la posición que se mantiene en el mundo. Los éxitos generalmente traen reconocimiento y por lo tanto, están relacionados con la posición en la comunidad, lo que afecta necesariamente a la autoestima.

3) La experiencia es modificada de acuerdo con los valores y aspiraciones, afectando de manera diferente la autoestima de cada cual.

4) La manera en que se responde a la devaluación, ya que se posee cierta capacidad individual para responder a eventos con implicaciones y consecuencia negativas, tales como las fallas que se cometen y la reprobación de los otros.

Por otro lado Bar-on (1985) resume de distintos autores los factores internos y externos que regulan el aumento o disminución de la autoestima, éstos son:

1. - La armonía o discrepancia entre el self real y el self ideal.
2. - La introyección de objetos estimados y valorados que permitan la representación integrada del self en comparación con las representaciones de objetos hostiles y deteriorados que impiden la representación de un self estable.
3. - La carga positiva o negativa de catexización libidinal del self.
4. - El super-yo que emite juicios valorativos del sujeto.
5. - La capacidad o incapacidad del yo de satisfacer y equilibrar las expectativas y presiones de superyo, del ello y de la realidad externa.
6. - El estado físico en relación con la salud, la edad y la apariencia.
7. - La presencia o pérdida de fuentes de amor externas e internas.
8. - Éxito o fracaso en el cumplimiento de la vida familiar, social, laboral e intelectual.
9. - Las expectativas en comparación de la realización o frustración de sentimientos, deseos, ideales y valores.
10. - La confirmación o pérdida de pertenencias personales;

CAPÍTULO III

ENFERMEDAD MENTAL Y PSICOSIS

3.1 CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD

Como marco de referencia al concepto de "Psicosis" considero importante la revisión de los términos más generales de salud y enfermedad.

SALUD

Existen diferentes enfoques acerca de la definición de Salud. En épocas anteriores la Salud fue conceptualizada como un equivalente de bienestar en todas las áreas. Posteriormente se enfocó dentro de la teoría de la multicausalidad de la enfermedad, y en la actualidad se considera que el hombre tiene salud cuando logra resolver sus problemas fisiológicos, psicológicos y sociales, de acuerdo con sus necesidades y expectativas reales. (Gomezjara, 1981; Videla 1991).

El enfoque ecológico la define como un equilibrio dinámico con el ambiente para el desenvolvimiento pleno de las capacidades biológicas, psicológicas y sociales del hombre con su ambiente. (Higashida, 1990).

La Organización Mundial de la Salud la define como: "Un completo estado de bienestar Físico, Mental y Social; y no simplemente como la ausencia de afecciones o enfermedades".

Diversos autores hacen hincapié al considerar que la Salud no se reduce a situaciones de equilibrio biológico del organismo ni a acontecimientos que ocurren exclusivamente en el espacio privado de la vida personal, sino a un estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida, y está logrando su autorrealización. Es decir, se le considera como un estado de armonía y no como la mera ausencia d enfermedad, siendo un factor importante el nivel de vida y la calidad del ambiente en el que vivimos.

En este sentido la salud se considera como: "el desarrollo del potencial humano en sus diferentes áreas de funcionamiento, hasta el nivel óptimo".

Por último cito a Fromm: "... La salud mental, en el sentido humanista, se caracteriza por la capacidad de amar y para crear, por la liberación de los vínculos incestuosos con la familia y la naturaleza,... (Fromm, 1974)

CONCEPTO DE ENFERMEDAD

Al hablar de enfermedad ha de considerarse que al igual que sucede con la concepción de salud, se les ha dado diferentes significados a lo largo del tiempo, mismos que han variado de acuerdo a la evolución histórica de la humanidad y a la cultura de cada país. (Videla, 1991)

San Martín (1984), menciona que la Salud y la Enfermedad son dos extremos en la variación biológica, es decir, es la resultante del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones del ambiente.

Desde el punto de vista fisiológico es una desarmonía funcional del hombre con su ambiente, que se expresa por alteraciones fisiológicas y por cambios en las relaciones con otros seres. (Vega, 1987).

Higashida (1990) la define como un estado que perturba el funcionamiento físico o mental de una persona y por tanto afecta su bienestar. El término bienestar equivale al concepto de adaptación dinámica, ya que al estar adaptados al medio físico, biológico y social, el hombre se encuentra en lucha por mantener un equilibrio; mismo que pierde con la enfermedad, la cual se manifiesta cuando el hombre no tiene un rendimiento óptimo consigo mismo en relación con el grupo social. De esta forma el cambio de orientación conceptual sobre la enfermedad constituyó una revolución que marcó el tránsito de la medicina como ciencia biológica a constituirse en ciencia social.

3.2 LA ENFERMEDAD MENTAL

3.2.1. RELATIVIDAD ETNOHISTÓRICA Y SOCIAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Considero importante comenzar este apartado con una breve reflexión tomada de Ackemecht (1968) sobre la relatividad etnohistórica y social de la enfermedad mental, para sustentar la pertinencia del uso de terapias alternativas en los llamados enfermos mentales, ya que no se ha dicho la última palabra acerca de las mismas, la ciencia moderna no ha alcanzado a explicar el origen de las psicosis funcionales y se sostiene su causalidad multifactorial predominando el uso de tratamientos farmacológicos y prolongado internamiento de dichas personas.

Este autor señala que para los primitivos el concepto de enfermedad no está diversificado como entre nosotros, sino que es unitario, toda enfermedad es simplemente enfermedad cualesquiera que sean sus síntomas. Casi todas ellas se atribuyen al ataque de fuerzas sobrenaturales, malos espíritus, dioses, hechicería o brujería. La

posesión por un mal espíritu era la explicación más frecuente especialmente para enfermedades mentales. La terapéutica de los primitivos es de extraordinario interés, ya que en efecto conocen drogas eficaces y ciertos medios físicos de curación como el masaje y algunas intervenciones quirúrgicas pero siempre incluidos en el marco de la terapéutica mágico-religiosa con invocación de espíritus, fórmulas mágicas, rezos, cantos y danzas. La eficacia de estos procedimientos, pues a menudo la tienen, sólo nos resulta explicable por los elementos psicoterapéuticos que incluyen. Un estudio algo cuidadoso de estas conductas, muestra que en tales ritos terapéuticos se emplean con extraordinaria amplitud la sugestión y la confesión, muchas veces en forma no demasiado diferente a como se utilizan hoy día.

Ackerknecht continúa señalando que muchos de los síntomas que en la cultura occidental consideramos como patología psicótica, tales como la mentira patológica, en otras culturas son considerados normales: por ejemplo son normales entre los Dobu las ideas persecutorias, entre los kwakiutl las de grandeza y entre los mohave o takala las alucinaciones; el éxtasis lo es entre los siberianos y entre los zulú. La homosexualidad es considerada normal por muchas tribus. Al contrario, con frecuencia los individuos que a nosotros nos parecerían normales, en esas sociedades podrían aparecer como anormales, por ejemplo, los de carácter manso y desprendido entre los Dobu. "Resulta pues que lo psíquicamente normal, depende en alto grado de la concepción imperante en determinada sociedad, lo mismo ocurre, por otra parte, con lo delictivo, y que el juicio de esa sociedad acerca de si alguien es un enfermo mental, no depende fundamentalmente de síntomas que aparezcan en forma similar en todas partes, sino de si el sujeto cumple con un mínimo de integración y de actitud funcional dentro de su sociedad..."

La relatividad de los síntomas puede observarse no sólo en el orden etnológico, sino también en el orden histórico. Hay muchos tipos de comportamiento de la edad media y de comienzos de la edad moderna, como por ejemplo, el éxtasis religioso, la persecución de hechiceros o el ascetismo puritano, que podrían ser considerados en nuestra época como patológicos y entonces no lo eran. Poca duda cabe que lo considerado normal en siglo XX, hubiese sido anormal en siglos anteriores.

Esta relatividad de los síntomas se extiende también en nuestra sociedad a las diversas clases y condiciones: un pobre campesino que crea en el mal de ojo, en modo alguno debe considerarse forzosamente como mentalmente anómalo mientras que sería justificada esta presunción en el caso de un profesor universitario. Modos de conducta que consideramos normales en artistas o en

De lo anterior se desprende la pertinencia de la utilización de la

teoría existencial humanista donde se pondera el trato de igual a igual, de un ser humano a otro, dejando de lado etiquetas y prejuicios, y enfatizando también la consideración y el respeto hacia uno mismo y hacia los demás.

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Mi interés en este tema se ve reforzado porque según la Organización Panamericana de la Salud (Oficina Regional para las Américas de la OMS) en un informe de prensa de 1997, en América Latina "88 millones de adultos tendrán trastornos emocionales para fin de siglo". El análisis revela, además, que la orientación de los servicios disponibles para atender esas necesidades es frecuentemente inadecuada, que el número de los mismos resulta insuficiente y de calidad deficitaria y señala que las necesidades crecientes de atención en salud mental en la región, tanto actuales como en el futuro próximo requieren programas de intervención creativos y científicamente probados.

Otro dato interesante obtenido de la base de datos del INEGI, señala lo siguiente: los trastornos mentales en México, han aumentado de 21 casos de 1000 habitantes en 1990, a 42 casos de 1000 habitantes en 1995, el número se duplicó en 5 años. Además hay que tomar en cuenta que dichos datos se obtienen a su vez de otras instituciones de salud mental, sin tomar en cuenta a la gente enferma que no se hospitaliza y los abundantes casos de neurosis en las ciudades que ni siquiera son tratados.

La presente investigación responde a la necesidad de realizar investigaciones novedosas en el campo de la terapia con pacientes psicóticos. En México existe un rezago con respecto a la investigación que se realiza en otros países en diversas áreas, la terapia mediante la danza es una de ellas, ya que no se ha realizado ninguna investigación al respecto con pacientes psicóticos.

Abordamos el autoconcepto y no otro aspecto de la personalidad porque los pacientes que han sido etiquetados con algún término referente a patología psicótica y que actualmente han superado la fase activa de la enfermedad requieren un apoyo terapéutico para consolidar un concepto de sí mismos más positivo y realista y poder reintegrarse a su entorno social de manera independiente y satisfactoria, desligándose lo más posible de la institución que hasta ahora les ha brindado apoyo, y en la que sin embargo se pueden encontrar diversas problemáticas, tales como: un trato despectivo y desinteresado por parte de la mayoría de los médicos y demás personal; falta de capacitación adecuada para el personal, falta de trabajo alternativo que acompañe el tratamiento con fármacos; falta de presupuesto.

El problema de investigación: ¿Es posible mejorar el autoconcepto de las personas psicóticas mediante la danzaterapia?

engloba otras cuestiones tales como: ¿Cuáles son los aspectos del autoconcepto que cambian mediante el trabajo físico? ¿Qué aspectos del autoconcepto se ven afectados por el trabajo creativo en grupo apoyado por una actitud terapéutica basado en la teoría existencial?

4.2 HIPÓTESIS

H0 El autoconcepto de personas psicóticas no mejora después de la aplicación de danzaterapia

H1 El autoconcepto de personas psicóticas mejora después de la aplicación de danzaterapia

H0 El yo familiar no mejora después de la aplicación de danzaterapia en personas con psicosis

H1 El yo familiar mejora después de la aplicación de danzaterapia en personas con psicosis

H0 La conciencia del propio cuerpo no mejora después de la aplicación de danzaterapia en personas con psicosis

H1 La conciencia del propio cuerpo mejora después de la aplicación de danzaterapia en personas con psicosis

H0 La autocrítica no mejora después de la aplicación de danzaterapia en personas con psicosis

H1 La autocrítica mejora después de la aplicación de danzaterapia en personas con psicosis

4.3 VARIABLES

VI Danzaterapia

VD Autoconcepto de pacientes con psicosis

4.4 DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

Danzaterapia: Terapia que se vale de la expresión e interpretación del Movimiento Corporal y de la Danza como vehículos mediante los cuales el individuo pueda relacionarse con su proceso de integración personal y de crecimiento.

Autoconcepto. El Yo tiene numerosas creencias acerca de sí

mismo que forman un sistema perfectamente jerarquizado "el autoconcepto").

4.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

V.1. DANZATERAPIA. La secuencia de ejercicios y actividades planteadas en el programa de trabajo (anexo 1) de esta investigación y que se sustentan en el marco teórico de la misma.

V.D. AUTOCONCEPTO. Coeficiente obtenido mediante la aplicación del inventario de autoconcepto Tennessee.

4.6 SUJETOS

Se trata de 6 sujetos adultos de ambos sexos (5 mujeres y 1 hombre) con un promedio de edad de 50 años a quienes se les ha diagnosticado psicosis funcional y/o esquizofrenia y que han superado la fase activa de la enfermedad tras diversos internamientos. Acuden al hospital de día del I.M.S.S., ubicado en la calle de San Fernando en la delegación Tlalpan.

4.7 ESCENARIO

El curso de danza terapia se llevó a cabo en una casa de cultura del IMSS ubicada cerca de la clínica psiquiátrica, en el salón de danza. Dicho salón tiene una extensión de 10 metros por 6, cuenta con piso de duela, una pared con espejo, iluminación y ventilación adecuadas.

4.8 MUESTREO

Dado que la población del hospital de día es reducida, se realizó un muestreo no aleatorio, una selección a priori de los sujetos procurando homogeneizar las características del grupo.

4.9 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

Se trata de una investigación experimental exploratoria, que utiliza el diseño pre-test, post-test con un grupo experimental.

4.10 INSTRUMENTOS

Escala Tennessee de Autoconcepto (Tennessee Self Concept Scale) está compuesta por 100 reactivos (Anexo 1) que se utilizan para describir la imagen que uno tiene de sí-mismo: hay para cada uno de los reactivos, cinco opciones de respuesta que van de: completamente falso a totalmente verdadero.

Los reactivos describen el concepto de sí mismo en cinco aspectos, a saber:

Columna A: Yo físico (Physical self). Reactivos del 1 al 18, en referencia al concepto que se tiene del propio cuerpo, su apariencia, estado de salud y habilidades.

Columna B: Yo moral (Moral ethical self). Reactivos del 19 al 36. La idea que se tiene de sí mismo en cuanto a ser y actuar moralmente bien o mal, y la actitud religiosa asumida.

Columna C: Yo personal (Personal self). Reactivos del 37 al 54, respecto al sentimiento de adecuación y del propio valor como persona y su aceptación.

Columna D: Yo familiar (Family self). Reactivos del 55 al 72, se refieren a la percepción que se tiene de ser aceptado y valorado por la propia familia y allegados más próximos, así como la adecuación de uno mismo para con ellos.

Columna E: Yo social (Social self). Reactivos del 73 al 90, en referencia al concepto que se tiene de la forma en que se relaciona uno mismo con las personas en general.

Por otra parte los 100 reactivos también constituyen tres hileras que describen el concepto de sí mismo desde tres perspectivas complementarias:

Hilera 1: Identidad, describe el concepto que el individuo tiene de lo que es su autopercepción.

Hilera 2: Autosatisfacción, describe lo que el individuo siente del sí mismo percibido, su autoestima, autosatisfacción y autoaceptación.

Hilera 3: Conducta, describe la percepción que un individuo tiene de la manera como se comporta, la forma en que funciona.

Además hay diez reactivos que son afirmaciones ligeramente derogativas y que el común de la gente acepta como ciertas respecto de sí mismas. Estos reactivos conforman la columna de autocrítica a efecto de detectar la actitud defensiva del sujeto y la posibilidad de distorsión propositiva al elegir las opciones de respuestas.

Aplicación: Las instrucciones concretas que deben cumplirse para contestar la prueba aparecen al inicio del folleto. Su aplicación puede ser en forma individual, colectiva o autoadministrada. Puede utilizarse en general con sujetos desde los doce años de edad, con niveles de escolaridad mínimos de sexto año de primaria. Puede aplicarse a sujetos con diversos rangos de ajuste psicológico. En cualquier caso se utiliza el mismo tipo de hoja de respuestas, las cuales están organizadas de manera que el sujeto responda en forma alternada a los reactivos, lo cual debe quedar claro al sujeto. En general se estima que veinte minutos es el tiempo promedio para contestar la prueba.

Calificación. La prueba se califica según se trate de una orientación psicológica o para la clínica. Las secciones de la hoja de calificación y de perfil se utilizan de acuerdo a ello. Tratándose de orientación psicológica generalmente se califican: autocrítica, puntajes positivos por columnas, hileras y totales, así como variabilidad por columnas, hileras y totales.

4.11 PROCEDIMIENTO Y ANALISIS ESTADISTICO

Se aplicará la prueba Tennessee de Autoconcepto a los 6 sujetos de la muestra.. Se llevó a efecto el curso de danzaterapia por espacio de 6 meses en sesiones de 1 h. 30 min. dos veces a la semana, y al finalizar se aplicó el instrumento a todos los sujetos de la muestra para hacer el análisis estadístico de los resultados mediante la prueba T de Student para muestras pequeñas.

CAPITULO V RESULTADOS

Antes de comenzar el curso de danzaterapia todos los sujetos mostraron puntajes muy por debajo de la norma en todas las sub-escalas, al final del curso todas las sub-escalas del inventario de autoconcepto Tennessee mostraron una elevación. Dicha elevación fue distinta en cada subescala, de manera que en algunas resultó ser altamente significativa, en otras regular, y en otras pobremente significativa, de manera que los sujetos alcanzaron puntuaciones muy cercanas a la norma en algunas sub-escalas. (Ver gráficas 1 y 2)

- Las diferencias entre media inicial y media final más significativas , con una probabilidad estadística de error menor a .02 ($p < .02$), se encontraron en los puntajes de la columna "D" (yo familiar), en las sub-escalas de autocrítica y en el total de autoconcepto.
- La Hilera 2 (autosatisfacción), la Hilera 3 (conducta) y la columna "A" (yo físico), resultaron significativos con una $p < .05$
- La columna "E" (yo social) fue significativa con una $p < .10$
- Por último La Hilera 1 (lo que yo soy), la columna "B" (yo éticomoral), y la columna "C" (yo personal), resultaron significativos con una $p < .20$.

El puntaje de Yo familiar refleja que en los pacientes mejoraron sus sentimientos de adecuación, metas y valor en relación a su círculo de allegados, trátase de su círculo familiar o del propio grupo de Danzaterapia.

La elevación en el puntaje de autocrítica indica que los pacientes lograron bajar su defensividad y criticarse a sí mismos de manera más realista aceptando algunas de sus características negativas.

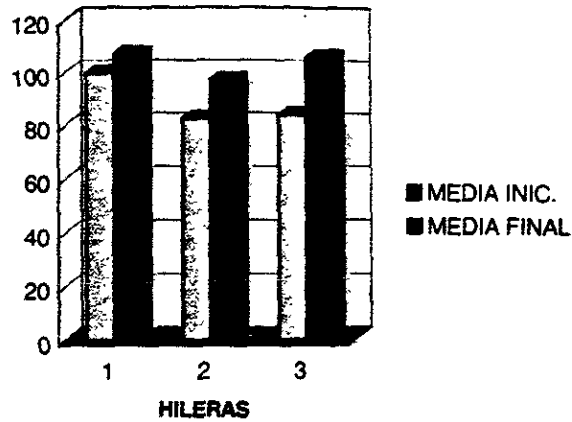
La elevación en el puntaje total de autoconcepto indica que en general las personas mejoraron el concepto global sobre si mismos, se valoran más, se sienten más seguros de su autoimagen y actúan más de acuerdo con ésta imagen.

Los resultados de las hileras 2 (autosatisfacción), hilera 3 (conducta) y de la columna "A" (yo físico) indican una mejora en: la manera como el individuo se percibe a sí mismo, su autoaceptación; la percepción en cuanto a su propia conducta (lo que yo hago); la visión sobre el propio cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad.

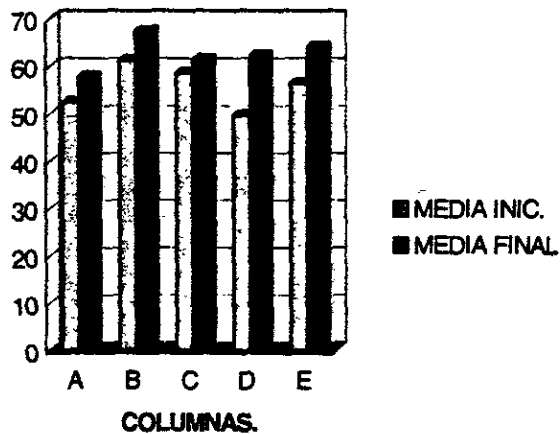
(Tabla 1)
RESULTADOS CUANTITATIVOS DE LA PRUEBA TENNESSEE

HILERAS Y COLUMNAS	MEDIA INICIAL	MEDIA FINAL	PRUEBA T	PROBABILIDAD CON 6 gl
1 IDENTIDAD DEL YO	99.85	107.14	1.44	.20
2 CONDUCTA DEL YO	82.71	97.14	2.83	.05
3 SATISFACCIÓN DEL YO	84	106	2.69	.05
A. YO FÍSICO	52.42	57.85	2.66	.05
B. YO ÉTICO MORAL	61.28	67.42	1.72	.20
C. YO PERSONAL	58.71	61.42	1.51	.20
D. YO FAMILIAR	49.71	62.28	3.69	.02
E. YO SOCIAL	56.42	64.14	2.35	.10
AUTOCRÍTICA	26.42	31.28	3.64	.02
TOTAL AUTOCONCEPTO	278.57	313.14	2.98	.02

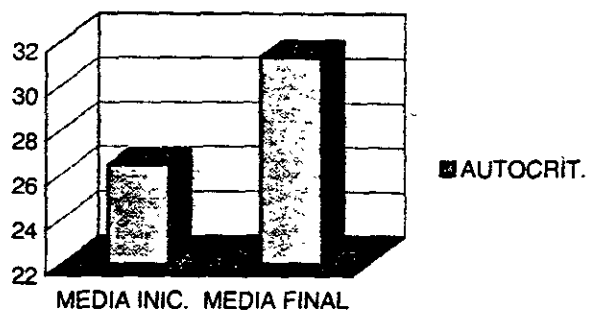
COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS INICIALES Y FINALES DE CADA HILERA



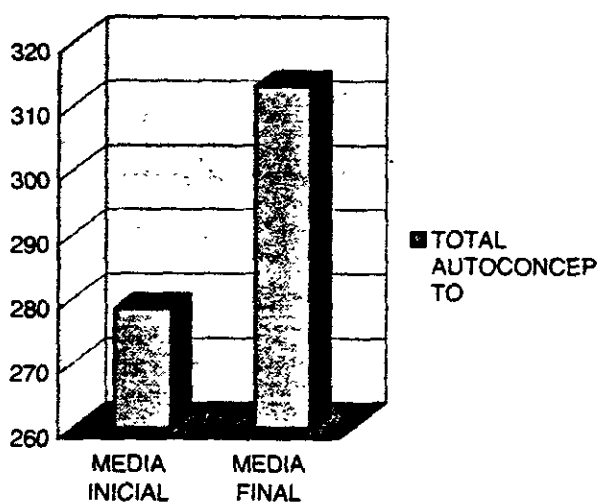
COMPARACIÓN DE LA MEDIA INICIAL Y FINAL DE LAS COLUMNAS



COMPARACIÓN DE LA MEDIA INICIAL Y FINAL DE LA SUBESCALA AUTOCRÍTICA.



TOTAL AUTOCONCEPTO



CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y DISCUSION

Los resultados nos permiten concluir principalmente que la autoestima total de pacientes psicóticos se eleva gracias a la utilización de la danza como terapia, por lo tanto se rechazan las hipótesis nulas H_0 , y se aceptan las hipótesis alternas H_1 :

- "El autoconcepto de personas con psicosis mejora con la aplicación de danzaterapia"
- "El yo familiar mejora después de la aplicación de danzaterapia en personas con psicosis"
- "La conciencia del propio cuerpo mejora después de la aplicación de danzaterapia en personas con psicosis"
- "La autocrítica mejora después de la aplicación de danzaterapia en personas con psicosis"

Los ejercicios de concientización corporal generaron una imagen del cuerpo más apegada a la realidad y más aceptada por el individuo, lo cual se refleja en la elevación de la subescala "A" (yo físico). Enumero a continuación algunos de estos ejercicios: desplazamiento en diferentes niveles y formas, ejercicios de estiramiento, ejercicios de contracción y relajación armonizando la respiración, concientización corporal directa, corrección postural. Sus objetivos específicos se pueden revisar en el ANEXO 1.

Los diferentes ejercicios de concientización espacial detallados en el ANEXO 1 cumplieron con su objetivo de reconocer las características del espacio circundante, adquirir mayor confianza en sí mismo y en los compañeros, lo cual se refleja en la elevación de la sub-escala "D" (yo familiar) que se refiere a la percepción que el individuo tiene de sí mismo en relación a la naturaleza y efectividad de sus relaciones con los miembros de su grupo primario (familiares y/o amigos cercanos) y su sentido de adecuación como un miembro de dicho grupo.

Los ejercicios de concientización del movimiento como baile en espejo, baile grupal, creación de secuencias de movimiento y variación de la velocidad y la amplitud de las mismas; cumplieron su objetivo de conocer a los demás a través de la experimentación de sus movimientos y conocerse más a sí mismos al verse reflejado por los otros, así como enriquecer el vocabulario de movimientos y

la espontaneidad. En la elevación de las hileras 2 y 3 "Conducta del yo" y "Satisfacción del yo", así como en las sub-escalas "D" (Yo familiar) y "A" (Yo físico) se reconoce el cumplimiento de dichos objetivos.

Expresión Corporal. El ensayo y presentación de una pieza de danza prehispánica que simbolizaba la generación de la vida y la relación de la naturaleza humana con los elementos (agua, tierra, fuego y aire), enmarcada teóricamente por algunos comentarios en las sesiones sobre la filosofía nahuatl, cumplió sus objetivos: expresar sentimientos y pensamientos mediante la danza; que la interacción social adquiriese un nuevo sentido con mayor satisfacción y seguridad; reducir la ansiedad y la distorsión de la realidad incrementando la percepción del mundo; aumentar la autoestima al movilizar la creatividad y la productividad. Dicha presentación fue la culminación del curso de danzaterapia y considero que la elevación más o menos significativa de cada una de las subescalas y del Total de autoconcepto reflejan su efectividad.

Todos los elementos que conforman la Danzaterapia: concientización corporal, concientización del movimiento y del espacio, expresión corporal, trabajo grupal; al igual que el enfoque existencial humanista que enmarcó las sesiones y que recalca el trato de persona a persona (de igual a igual) en la relación terapéutica con todo lo que esto implica: amabilidad, atención constante, respeto mutuo, así como el reconocimiento constante del esfuerzo y de los logros de cada participante; propiciaron el fortalecimiento del autoconcepto, sobre todo en cuanto a las relaciones de los sujetos entre sí, logrando al final del curso un trabajo conjunto y voluntario: la presentación de danza.

El trabajo de concientización del cuerpo, del movimiento y del espacio genera una mayor y mejor conciencia del yo que se refleja en una autocrítica más apegada a la realidad y mejora las relaciones intragrupales.

En el planteamiento y justificación del problema hablé sobre la necesidad de impulsar terapias alternativas en el tratamiento de personas con padecimientos mentales severos dada la situación de aumento de dicha población y de mala calidad en la atención, al concluir esta investigación considero que la terapia mediante la danza constituye efectivamente una alternativa.

La Asociación Americana de Terapia de la Danza la define como: "el uso psicoterapéutico del movimiento como un proceso que mejora la integración emocional y física del individuo. Esto se fundamenta en el principio de que hay una relación entre acción y emoción, y que mediante la exploración de una mayor variedad de

vocabulario de movimiento las personas experimentan la posibilidad de llegar a ser más seguras y balanceadas, incrementando su espontaneidad y adaptabilidad.

Las metas principales de la danzaterapia con pacientes psiquiátricos consisten, asumiendo el poder de reparación y contención del grupo, en lograr el conocimiento y la integración corporal, favorecer una imagen realista del cuerpo y también enriquecer el vocabulario de movimiento y el control de impulsos. Es una oportunidad de usar la energía para generar movimiento y conocer los sentimientos subyacentes.

Steiner, en la compilación de Payne (1991) señala: "...en Danzaterapia la integración toma lugar dentro del cuerpo, a través del trabajo con él y en relación con otro cuerpo (paciente y terapeuta). Cuando trabajamos con personas psicóticas nosotros fortalecemos la conciencia corporal mediante, por ejemplo, rotar y apretar las diferentes zonas marcando sus límites, levantando y golpeteando las piernas, brazos y torso, motivando conexiones que faltan entre una zona y otra. En efecto esto se experimenta claramente en la forma de corrección postural. Mediante el movimiento y la danza el mundo interno de las personas llega a ser tangible, en una relación de danza en grupo los simbolismos individuales toman sentido. Las personas con disturbios emocionales severos a menudo tienen la sensación de aislamiento difícil de describir con palabras y el movimiento corporal es un punto concreto de partida para hacer contacto con ellos mismos y con los demás...".

La experiencia vivida durante el curso nos permitió comprobar lo anterior. No llegamos al punto de poder interpretar verbalmente el movimiento pero sí experimenté como terapeuta una gama muy amplia de sentimientos al imitar los movimientos de los otros, en el ejercicio de baile en círculo y baile en espejo esto era muy evidente, se estableció una comunicación corporal, no solo entre terapeuta y participante, sino también de los participantes entre sí.

Además, continuó reafirmando lo señalado en Payne (1991), "... el movimiento con otras personas crea un sentimiento de acercamiento, esta comunicación llena de sincronía puede ser el primer paso para construir un puente entre dos mundos distintos, el del paciente y el del terapeuta. El movimiento grupal ha sido empleado desde tiempos remotos para tratar la soledad o la ira... " En la realización y presentación de danza vivenciamos la capacidad de ser armonioso, en grupo, de construir la armonía juntos mediante el lenguaje de la danza, la capacidad de crear algo con otros tuvo más sentido aún pues ese algo simbolizaba la armonía cósmica, el movimiento continuo de la naturaleza y del ser humano como parte de ella. Los elementos: tierra, fuego, agua y aire fueron los símbolos más importantes que se manejaron.

ESTA TEST NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

El filósofo Merleau-Ponty (1962:186) declara: "...es a través de mi cuerpo que yo entiendo a otras personas y es a través de mi cuerpo que percibo las cosas"... A través del movimiento con el paciente, empapándose en los patrones de su movimiento el terapeuta puede experimentar qué se siente ser como el paciente y haciéndolo así puede alcanzar un conocimiento empático instantáneo. Dentro de este conocimiento entre el terapeuta y el paciente el cuerpo habla no solo en la inmediatez del momento, sino también del pasado. La memoria corporal frecuentemente influencia el movimiento presente.

La Danzaterapia trata en sí misma con las relaciones del cuerpo, tiene la habilidad de relacionarse con la memoria corporal para trabajar con estas experiencias corporales primitivas. ¿Cómo esta memoria se almacena en el cuerpo? Wilhelm Reich señala que las emociones fueron reprimidas en el cuerpo en la forma de tensión muscular, o una coraza de carácter (Reich 1945).

En Payne (1991) se señala que, en cuanto al desarrollo, se trabaja a un nivel muy temprano, una etapa pre-verbal, pre-edípica, cuando los infantes aún no se separan de sus madres y están todavía descubriendo sus cuerpos y aprendiendo acerca de sí mismos a través de la exploración. Recrear la movilidad de esta fase no es suficiente pero toma su lugar con la presencia de otra persona... el terapeuta. No solamente hay una relación existencial real, sino también, desde el conocimiento psicoanalítico, una relación transferencial.

En el ejercicio de concientización del espacio en donde los participantes por parejas y alternadamente guían y son guiados por el otro a través del espacio, se trabajan sentimientos muy importantes, como el cuidar y ser cuidado, de tal forma que pudo tener lugar la reparación a nivel simbólico. Lo señalado en el párrafo anterior en cuanto al trabajo a nivel de la etapa preverbal toma un mayor sentido en este ejercicio ya que según Freud las personas con psicosis sufrieron una experiencia traumática en una etapa muy temprana de su desarrollo psico-afectivo, en la etapa oral, cuando se es totalmente dependiente y se está a merced de los estímulos externos y de los impulsos internos, se dice que estas personas probablemente experimentan las consecuencias de una presencia materna negativa, demasiado frustrante o ausente, además Payne nos habla de la capacidad integradora del movimiento corporal como una característica inherente al mismo "... es la forma en que el movimiento integra un proceso. Mediante el movimiento y aún sin palabras algunos pacientes realizan profundos rituales donde integran algunas pérdidas. Se puede vivir un duelo en el movimiento y la imaginación"...

La definición de autoconcepto de Purkey nos aporta elementos para afirmar que la mejoría notoria de algunos aspectos, del yo como el yo familiar, el total de autocrítica, conducta y satisfacción del yo y el yo físico pudieron generalizarse a todo el

sistema y es por ello que hubo aumento en todas las sub-escalas aunque fuese menos significativo en algunas. Señala Purkey: ... "El yo es una realidad organizada, se caracteriza por el orden y la armonía. El Yo tiene numerosas creencias acerca de sí mismo que forman un sistema perfectamente jerarquizado. Cada creencia tiene dentro del sistema su propio valor, positivo o negativo. El éxito o el fracaso se generalizan dentro del sistema, de forma que el fracaso en una habilidad importante para el Yo reduce la consideración de las otras capacidades aparentemente no relacionadas, y el éxito en una característica importante eleva la valoración de otras características personales..."(De Oñate, 1987).

Dada la baja autoestima de las personas con psicosis y la importancia de su reincorporación a su núcleo familiar y social, que va planteaba en la justificación de esta investigación, encontramos que con el curso de danza-terapia logramos un autoconcepto más apegado a lo normal en todos los participantes que fueron constantes, lo cual, según Rogers, permite que estas personas acepten la gama total de la experiencia orgánica sin temores ni ansiedades y les capacita para pensar de un modo realista. "...La incongruencia hace sentir al individuo amenazado y ansioso, por lo que se comporta defensivamente y su pensamiento se constriñe y se vuelve rígido. Cuando el individuo percibe y acepta en una sistema compatible e integrado todas sus experiencias sensoriales y viscerales, necesariamente comprende más a los demás y los acepta como personas diferenciadas... (Rogers, 1975).

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

- Aunque en la parte metodológica incluí solamente a 6 personas en la muestra, las sesiones de danzaterapia se llevaron a cabo con un promedio de 15 sujetos por sesión. Sin embargo la mayoría no fueron constantes y la Institución me condicionó a aceptar el mayor número posible de personas en las sesiones.
- Personal del hospital y de la casa de cultura constantemente pedían estar dentro de las sesiones y no se me permitió colocar papel en las ventanas, lo cual resultó una limitante importante para el logro de un ambiente privado y seguro que facilitara la expresión mediante el movimiento.
- Todos los participantes pertenecían al grupo de Hospital de día, no estaban internos y por lo tanto su participación dependía de su voluntad y de la posibilidad que tuvieran para trasladarse.
- La mayoría de los sujetos tenían una larga historia de

internamientos y varios años de tratamiento farmacológico. Su comportamiento e incluso su cuerpo reflejan los estragos de dicha historia, se han tornado rígidos y han reducido su espontaneidad al mínimo.

- Para posteriores estudios sugiero un grupo no mayor de 5 personas que de preferencia estén internos por primera vez o que no hayan tenido largos periodos de internamiento. Sugiero además mantener reuniones con los psiquiatras o psicólogos encargados de su tratamiento. Todo lo anterior con el fin de profundizar más en la problemática particular de los participantes y lograr con ello mejores resultados en el mismo periodo de tiempo.

APORTACIONES

La aportación principal de esta investigación, además de los beneficios que los participantes pudieron obtener, reside en el hecho de constituir una herramienta para futuras investigaciones y haber abierto el camino, no sin dificultad, en esta área específica del conocimiento a nivel nacional.

REFERENCIAS

- Adler, A. (1959) **The Antecedents of Self-esteem**. USA, W.H. Freeman and Co.
- Ackerknecht, E. (1968) **Breve historia de la Psiquiatría**. Buenos Aires: Universitario de Buenos Aires.
- Balint, M. (1968) **The Basic Fault**. New York and London: Tavistock/Routledge, 1989.
- Bar-on, L. (1985) El uso de la autoridad en función de la autoestima de los padres. **Tesis maestría**, Universidad de las Américas.
- Bar-on, L. (1981) Autoestima, autoridad parental y conflicto familiar. **Tesis de licenciatura**. México, Facultad de Psicología, UNAM.
- Branden, N. (1983) **El respeto a uno mismo**. España, Kairos.
- Braunstein, N. (1987) **Psiquiatría y teoría del sujeto**. México, Siglo XXI.
- Bowlby, J. (1957) 'An ethological approach to research in child development' in J. Bowlby (1979) **The Making and Breaking of Affective Bonds**. London: Tavistock.
- Brazelton, T.B. Koslowski, B., and Main, M. (1974) 'The origins of reciprocity: the early infant on its Caregiver'. New York: Wiley.
- Coopersmith, S. (1967) **The antecedents of self-esteem**. San Francisco, Freeman
- Chodorow, J. (1986) The body as symbol, dance movement in analysis, in N. Schwartz-Salant and M. Stein (eds) **The Body in Analysis**, Wilmette, IL, Chiron.
- De Oñate, M. (1989) **El autoconcepto, formación medidas e implicaciones**. Madrid: Narcea.
- Dosamantes-Alperson, E. (1987) The Function of kinaesthetic and kinetic imagery in the retrieval and assessment of internalized and transferential relationships of patients, in **Selected Presentations of the 22nd Annual Conference American Dance Therapy Association, Monograph No. 4**.
- Fairbairn, W.R. D. (1941) A revised psychopathology of the psychoses

and psychoneuroses, in W. R. D. Fairbairn (1952) **Psycho-Analytic Studies of the Personality**. London, Henley and Boston: Routledge & Kegan Paul.

Fariñas, G. (1993) **Psicoballet, Una experiencia cubana**. Documento del Archivo Vertical, Biblioteca del Centro Nacional de las artes.

Feldenkrais, M. (1985) **Autoconciencia por el movimiento**. Barcelona: Paidós.

Freud, S. (1923) **'The Ego and the Id'**, S.E. 19: 3-68.

Fromm, E. (1974) **El miedo a la libertad**. Buenos Aires, Paidós.

Gomezjara, M. (1981) **Salud Comunitaria teoria y técnicas**. México: Nueva Psicología.

Gonzalez, V. (1986) La Danza como recurso en la rehabilitación del enfermo mental crónico. **Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana Cuba. XXVII (4)** 583-590.

Higashida, H. (1990) **Ciencias de la Salud**. México; McGraw-Hill.

Hobson, R. F. (1979) **'The Messianic community'**, in R. D. Hinshelwood and N. Manning (eds) **Therapeutic Communities**, London: Routledge & Kegan Paul.

Horney, Karen (1945) **Our inner conflicts**. New York, Norton 1945.

Jones (1973) **Self and interpersonal evaluations: esteem theories vs. consistency theories**. *Psychological Bulletin*, 79 (3) 1973.

Kazahn Z.K. (1975) **La Danza como terapia**, Archivo Vertical, Biblioteca del Centro Nacional de las Artes.

Klein, M. (1946) **'Notes on some schioid mechanisms'**, in *Envy and Gratitude*, New York. Bell Publishing Company, 1975.

Little, M. (1986) **Toward Basic Unity**, London: Free Association Books and Maresfield Library

Macías A., M.(1987)La autoestima, rol sexual y nivel socioeconómico en las aspiraciones de la mujer. **Tesis de licenciatura**. México, Facultad de Psicología, UNAM.

Mahler, M. S. (1968) **On Human Symbiosis and the Vicissitudes of**

Individuation, New York, International Universities Press.

Martí Ibañez, F.(1978) *Musa Psíquica Música, Danza y Medicina*. - 55 -
MDen Español, Junio, 8-10.

May, R. (1958) '**The origins and significance of the existential movement in psychology**', in R. May, E. Angel, and H. Ellenberger (eds) *Existence*, New York, Basic Books, pp. 3-36.

Merleau P., M. (1962) **Phenomenology of Perception**, London: Routledge & Kegan Paul.

Payne, H. (1991) **Dance Movement Therapy: Theory and Practice**. Inglaterra: Routledge.

Rakusin, A. (1990) A Dance Movement Therapy model incorporating movement education concepts for emotionally disturbed children. **Journal arts in Psychotherapy**; Vol. 17 (1) 55-67.

Reich, W. W. (1945) **Character Analysis**, New York: Simon & Schuster, Turnstone Books.

Rodríguez, Estrada Mauro (1988) **Autoestima: Clave del éxito personal**. México, D.F., Manual Moderno.

Rogers, C. (1975) **Psicoterapia Centrada en el Cliente**. Buenos Aires, Paidós.

Rosenberg (1979) **Conceiving the self**, New York, Basic Books Publishers.

Rosenfeld, H. (1971) '**Contributions to the psychopathology of psychotic states: the importance of projective identification in the ego structure and the object relations of the psychotic patient**', in E. B. Spillius (ed.) (1988) *Melanie Klein Today*, Vol. Y, London and New York Routledge, pp. 117-37.

-(1987) **Impasse and interpretation**. London and New York: Routledge, 1988.

Rugel, P.R. (1992) **Self-esteem maintenance in "accepting- open" and "devaluing closed" marital systems**. *The American Journal Therapy Family* 20, 36-50.

San Martín, H. (1984) **Salud y Enfermedad**. México: Prensa Médica.

Sandler, J., Dare, C., and Holder, A (1973) **The Patient and the Analyst**, London: Karnac Books, Maresfield Library, 1966.

Schilder, P. (1950) **The Image and Appearance of the Human Body**, New York: International Universities Press.

Segal, H. (1955) '**Notes on symbol formation**', in E. B. Spillius (ed.) (1988) *Melanie Klein Today*, Vol. 1, London and New York, Routledge, pp. 160-77.

Spotnitz, H. (1985) **Modern Psychoanalysis of the Schizophrenic Patient**, second edition, New York: Human Sciences Press.

Sullivan, H.S. (1974) **Estudios clínicos en psiquiatría**. Buenos Aires Argentina, Psique.

Tillich, P. (1944) 'Existential philosophy', *Journal of the History of ideas*, 5 (1), 44.

Vega, F. (1987). **Bases Esenciales de la Salud Pública**. México: Prensa Médica Mexicana.

Videla, M. (1991) **Prevención: Intervención psicológica en salud comunitaria**. Buenos Aires: Colección Texto y Contexto.

Winnicott, D. W. (1960) '**Theory of the parent-infant relationship**', in (1979) *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

-(1962) '**Ego integration in child development**', in (1979) *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Whitehouse, M. (1977) '**The transference and dance therapy**', *American Journal of Dance Therapy* 1(1).

CURSO DE DANZATERAPIA PROGRAMA

El siguiente programa está diseñado para ser abarcado en 48 sesiones de 1 h. 30 min. El marco teórico que lo sustenta ha sido ampliado, ya que hemos tenido que adaptarnos al comportamiento y las necesidades particulares del grupo.

Lo que a continuación presentamos es una esquematización de las áreas que abordaremos a partir del análisis del movimiento de Laban), con sus respectivos ejercicios prácticos y objetivos. Cabe señalar que muchos de estos ejercicios tienen relación con otras áreas, pero se les ha colocado en donde presentan mayor ingerencia.

OBJETIVO GENERAL:

Que los participantes mejoren su autoestima a partir de la terapia mediante la danza.

CONCIENTIZACION CORPORAL

OBJETIVOS PARTICULARES:

Que los participantes logren...

Fortalecer una imagen realista del cuerpo

Reconocer e integrar su esquema corporal

Concientizar el funcionamiento de sus órganos internos y externos

Ejercitar el control de su tono muscular

Concientizar el uso y flujo de la energía corporal armonizando la respiración con el tono muscular

DESCRIPCION DEL EJERCICIO

Ejercicios aeróbicos de calentamiento a partir de las piernas mediante el desplazamiento en diferentes niveles del espacio, variando la velocidad y la posición del cuerpo (en puntas, talones, agachados, con las cuatro extremidades, en cuclillas, alternando los pies, brincando con los dos pies, subiendo rodillas alternadamente, simulando animales),

Realización grupal en círculo de los ejercicios anteriores

Ejercicios de desplazamiento alternados en grupos de 4, incluyendo una variante de ritmo.

Ejercicios de desplazamiento alternados incluyendo la variante de ritmo y coordinación de cabeza y brazos

Ejercicios de desplazamiento simulando animales,

Corrección postural. El o la terapeuta tocan el cuerpo de los participantes para corregir su postura

Ejercicio del huevo. Los participantes contraen su cuerpo, variando las cuentas, hasta adoptar una posición circular, después se van relajando (todo el cuerpo), progresivamente hasta quedar totalmente extendidos, también se puede hacer una cuenta de 8 tiempos para contraer y soltar el cuerpo de golpe.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Mejorar el rendimiento físico y propiciar el calentamiento muscular

Ejercitar la coordinación y el ritmo.

Al realizarlos grupalmente al inicio de la sesión se establece una primera comunicación corporal con los otros. Realizándolos en pequeños grupos por turnos el individuo se siente percibido y debe realizar un esfuerzo de coordinación con las personas de su grupo. Se realiza una actividad grupal organizada.

Mejorar la coordinación psicomotriz.

Constituye una comunicación corporal amable y respetuosa del terapeuta hacia el paciente con el objetivo de que note el cambio de una postura inadecuada a una postura adecuada

Experimentar la contracción y relajación en todo el cuerpo y conectarla con la respiración (uso de energía), para lograr un control del tono muscular. Liberar tensión.

Concientización corporal directa. Crear la imagen de la zona con la que se va a trabajar: cabeza, tronco o extremidades. Después moverla con los ojos cerrados, tocarla y darle golpecitos para escuchar su sonido y finalmente explorar sus posibilidades de movimiento con los ojos abiertos.

El mismo ejercicio con todo el cuerpo, todos juntos, frente al espejo

Establecer contacto mediante una pelota de esponja de las diferentes partes del cuerpo.

Realización de ejercicios anaeróbicos: sentadillas, abdominales, lagartijas.

Realización de ejercicios de estiramiento de cada zona del cuerpo.

Ejercicios de estiramiento en parejas. Un participante sobre sus cuatro extremidades boca abajo, el otro se tiente boca arriba quedando espaldas con espaldas, el de arriba se relaja, se alternan posiciones. Con piernas abiertas, sentados en el suelo frente a frente, se entrelazan los antebrazos y se realizan estiramientos alternadamente.

Desplazamiento de carritilla y de cangrejo en parejas

Relajación: Acostados con música suave se relata un viaje imaginario y/o se van mencionando cada una de las partes del cuerpo para ejercer tensión y relajación sobre las mismas.

Relajación. Acostados, únicamente escuchando y sintiendo la respiración

Relajación. Acostados, sintiendo la respiración, se levantan a una mínima velocidad los brazos, las piernas y la cabeza

Estos ejercicios, como su nombre lo indica tienen el objetivo de aumentar la conciencia del individuo sobre su propio cuerpo, adecuar su imagen corporal a la realidad y aceptarla. Vivenciar el esquema corporal. Al realizarlo con todo el cuerpo frente al espejo puede resultar una actividad de esparcimiento

El objetivo de los ejercicios anaeróbicos es fortalecer y sentir dichas zonas.

Los ejercicios de estiramiento pretenden aumentar la flexibilidad y adquirir el control del tono muscular. El dolor que provocan aumenta la concientización corporal. Su realización en parejas sirve para establecer un contacto corporal con otro y sentir los propios límites y los límites del otro. Se debe recalcar el carácter amistoso, respetuoso y amable de dicho contacto.

Los desplazamientos de carritilla y de cangrejo sirven para establecer un contacto, como ejercicio aeróbico y anaeróbico, fortalecer la conciencia del cuerpo en posiciones inusuales

Los diferentes tipos de relajación sirven para experimentar un tono muscular suave y permitir que los sujetos bajen sus niveles de ansiedad. Cuando se ejercita la contracción y relajación de cada zona, así como subir y bajar las extremidades, se propicia la concientización corporal, a través de el control del tono muscular. Al mencionar el funcionamiento de los órganos internos el participante toma conciencia de ello..

CONCIENTIZACION ESPACIAL.

OBJETIVOS PARTICULARES

Que los participantes logren...

Experimentar sus posibilidades de movimiento en los distintos niveles del espacio

Reconocer las características del espacio circundante y adquirir confianza en sí mismo y en los demás.

DESCRIPCIÓN DE LOS EJERCICIOS

Juegos de reconocimiento del espacio.. En parejas, uno con los ojos abiertos y el otro con los ojos cerrados, este último es guiado por el primero para reconocer mediante el tacto y el oído todo el salón de danza, al principio puede ser tomados de la mano y después sueltos; se alternan parejas. El mismo ejercicio, con la variante de que los sujetos con los ojos cerrados cambien de posición al desplazarse. Todo el tiempo los participantes deben mantenerse en silencio. Otra variante incluye el reconocimiento por el tacto de las personas con quienes se topan en el camino.

Reconocimiento del espacio con los ojos cerrados todos los participantes a excepción del terapeuta.

Solo un participante con los ojos cerrados trata de atrapar a alguno de los otros, todos se encuentran dentro de un círculo. La gallinita ciega.

El torbellino. Acostados en el suelo se comienza un movimiento circular con todo el cuerpo, muy lentamente, se va aumentando la velocidad al pasar a un segundo nivel de altura hasta llegar al nivel más alto, de pie y con los brazos estirados a la mayor velocidad posible. A partir de allí se realiza el ejercicio invirtiendo el orden. Se puede realizar con los ojos cerrados dentro de un aro.

El grupo desplaza a los compañeros con cobijas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

El objetivo principal es que los participantes tomen conciencia del espacio y sus características, mediante el oído y el tacto, así como de la posición y movimiento de su cuerpo en el mismo. Hay objetivos adicionales como el contacto directo o accidental con los otros participantes que permite la concientización corporal de la existencia del otro. Cuando hay un guía se fomenta la confianza entre los participantes.

Reconocimiento del espacio, de las propias sensaciones del cuerpo y de los otros.

El objetivo principal, además de los anteriores, es fomentar la cohesión grupal a través de una actividad de esparcimiento.

Sentir el cuerpo en distintos niveles del espacio y a distintas velocidades. Manipular las dimensiones de espacio y tiempo a nivel corporal.

Experimentar la sensación de atravesar el espacio sin esfuerzo. Fomentar la confianza en los demás.

CONCIENTIZACION DEL MOVIMIENTO

OBJETIVOS PARTICULARES:

Que los participantes logren...

Experimentar las posibilidades de movimiento de cada parte del cuerpo y del cuerpo como unidad.
Conocer a los demás a través de la experimentación de sus movimiento
Conocerse más a sí mismos al verse reflejado por el otro o los otros
Enriquecer su vocabulario de movimientos

DESCRIPCION DEL EJERCICIO

Acostados con los ojos cerrados se pide a los participantes que muevan los brazos con fluidez. Enseguida se les pide que solo los muevan al escuchar una palmada. Lo mismo se realiza con las piernas. Después se les pide que se sienten y se realiza lo mismo con cuello y cabeza. Por último se ponen de pie y se realiza el ejercicio con todo el cuerpo. Se introduce la variante de velocidad y se repite con los ojos abiertos.

Experimentar un solo movimiento o secuencia con diferentes amplitudes.

Experimentar un movimiento o secuencia en diferente tiempo (ritmo)

Baile en espejo. Bailar por parejas, uno es el espejo del otro de manera alternada.

Baile grupal en círculo. Un participante pasan al centro de manera espontanea y el resto imita su baile

En espejo un participante crea un movimiento, su paraja lo imita y a partir de éste crea otro, sucesivamente

Cada participante crea una secuencia de movimientos cortados y luego una secuencia de movimientos continuos. En una variante se utiliza la imitación en espejo, por lo menos uno de los terapeutas participa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Ejercitar el movimiento fragmentado y fluido por zonas y de manera global. Integrar el esquema corporal y tener una imagen corporal más realista.

Concientizar la relación del movimiento con el espacio.

Concientizar la relación del movimiento con el tiempo

Concientización de la propia imagen corporal y el movimiento a través del otro. Ponerse en contacto con el otro y que se adquiera un conocimiento mutuo a través del lenguaje corporal.

Son los mismos objetivos pero a nivel grupal.

Además de lo anterior, el objetivo es la creación de un lenguaje que permita la comunicación a nivel corporal, el terapeuta aprovecha para establecer una comunicación terapéutica.

EXPRESION CORPORAL

OBJETIVOS PARTICULARES

Que los participantes logren...

Explorar y practicar las posibilidades de expresión de sentimientos y pensamientos a través del movimiento y la danza.

Dar un nuevo sentido a la interacción social, con mayor satisfacción y seguridad,

Reducir la ansiedad y la distorsión de la realidad, incrementando la percepción del mundo.

Incrementen su autoestima movilizandolo la iniciativa, la creatividad y la productividad.

DESCRIPCION DE LOS EJERCICIOS

Recreación de elementos de la naturaleza (animales,aire, agua, plantas, sol, luna, tierra,fuego) grupalmente. Puede ser que ellos mismos sugieran los elementos a representar, en equipos, o bien, todo el grupo representando un solo elemento o realizando una trama.

Creación de personajes de diferentes edades y características. por ejemplo niños, ancianos, policías, bufones, creación de una historia, por ejemplo una historia medieval con música.

Desplazamiento grupal, como piedritas que arrastra la corriente de un río.

Recrear estados de ánimo mediante la gesticulación facial y/o el lenguaje del cuerpo. La forma de trabajo puede ser grupal frente al espejo.

Recreación de sensaciones. Se plantean situaciones imaginarias como por ejemplo: flotar en una nube, el piso está hirviendo, estamos dentro de una caja, son un grupo de personas que vienen de un combate. Realización grupal, y luego en pequeños grupos frente a los demás.

Presentación. Se propone la presentación del trabajo del grupo ante un auditorio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Generar sensaciones corporales distintas a partir de la imaginación y ponerse en contacto con los elementos naturales. Cuando se realiza grupalmente, el sujeto tiene contacto con su imagen frente al espejo y puede ver a los demás, de manera que se comunica corporalmente consigo mismo y con los otros. Al realizarlo por equipos hay una comunicación más directa con algunos compañeros (aunque el ejercicio se realiza sin hablar), puede ser que quien realice mejor el ejercicio demuestre al grupo su trabajo. El trabajo simultaneo de los equipos con música constituye en sí una coreografía, un trabajo grupal creativo y gratificante porque señala la capacidad de organización, de acción y construcción en el medio circundante y con los otros, además de ser muy divertido.

En todos estos ejercicios están presentes los objetivos anteriores.

La posible presentación del trabajo ante un auditorio pretende el reconocimiento por parte de los familiares o médicos de la capacidad de creación y de expresión de los participantes, de manera que motivaran su desarrollo personal.

Ejercicios de desplazamiento simulando animales, en grupos de 4 por turnos. El grupúsculo define qué animal van a imitar.

Realización del desplazamiento simulando animales, en grupos de 4 simultáneamente.

Simulando animales establecer una secuencia de movimiento en los grupos a manera de historia.

El mismo ejercicio con música a una velocidad mínima.

Al realizar la imitación de animales en pequeños grupos establecen un contacto directo con sus compañeros de equipo y practican su tolerancia y capacidad de organización. Se ejercita la expresión corporal y se realizan movimientos fuera de lo común donde el cuerpo puede sentirse de una manera distinta que genere un reconocimiento de su capacidad de movimiento y expresión.

Al efectuar la imitación de los animales simultáneamente el objetivo es, además de los anteriores, la creación en grupo de una situación divertida. Al darle una secuencia lógica la creación es una pequeña historia a la cual se le pueden hacer arreglos y convertirla en una danza, experimentando con las dimensiones y posibilidades del movimiento.

ANEXO 2

REPORTE DE ACTIVIDADES DE LAS SESIONES DE DANZATERAPIA DEL 1o. DE MARZO AL 30 DE JULIO DE 1997.

Del 1o. al 15 de marzo se realizó la aplicación inicial de las dos pruebas psicológicas (Tennessee y Machover)

La segunda semana del mes de marzo se realizaron dos sesiones de demostración para el grupo de hospital de día. El esquema de trabajo fue el siguiente:

COMENTARIOS INICIALES SOBRE LOS OBJETIVOS DEL CURSO

CALENTAMIENTO

Cada sesión se incluyen en el calentamiento ejercicios aeróbicos, anaeróbicos y de estiramiento, así como ejercicios de ritmo (diagonales). Se incluye también el recocimiento y movimiento de los músculos faciales.

EJERCICIOS DEMOSTRATIVOS DE SALSA

BAILE EN GRUPO

1a. SESION

COMENTARIOS INICIALES SOBRE LOS OBJETIVOS

CALENTAMIENTO

RELAJACIÓN

2a SESION

CALENTAMIENTO

EJERCICIO DE CONTRACCIÓN Y RELAJACIÓN DEL ABDOMEN

COMENTARIOS FINALES

RELAJACION.

NO FUE POSIBLE REALIZAR LOS EJERCICIOS DE BAILE PORQUE SE PERDIÓ EL CABLE DE LA GRABADORA DEL CENTRO SOCIAL Y NO SE NOS PUDO FACILITAR OTRO EQUIPO. SUCEDIO LO MISMO EN LA SEGUNDA SESIÓN.

EN AMBAS SESIONES EL TONO EMOCIONAL FUE MUY TENSO POR PARTE DE TODOS LOS PARTICIPANTES, INCLUYENDO LOS TERAPEUTAS. ESTA TENSIÓN INICIAL ES NORMAL EN TODA EXPERIENCIA GRUPAL, SOLAMENTE QUE SE AGRAVÓ POR CUESTIONES FUERA DE NUESTRO CONTROL QUE YA MENCIONAMOS.

LOS PARTICIPANTES REALIZARON MUY BIEN EL CALENTAMIENTO, AUNQUE EL EJERCICIO DE CONTRACCION Y RELAJACIÓN DE ABDOMEN LO REALIZARON SIN MOSTRAR

NINGÚN ENTUSIASMO. NO MANIFESTARON SU

INCONFORMIDAD VERBALMENTE .

3a. SESIÓN

CALENTAMIENTO

**EJERCICIO DE BAILE (REGUE)
EN GRUPO, EN CÍRCULO**

RELAJACIÓN

**HUBO MUY BUEN NIVEL DE PARTICIPACION Y LOS
COMENTARIOS FUERON POSIIVOS.**

4a. SESIÓN

CALENTAMIENTO

**EJERCICIO DE VARIACIÓN DEL RITMO Y DE AMPLITUD DEL
MOVIMIENTO (MOVIMIENTOS ESCOGIDOS POR LOS
PARTICIPANTES)**

**SE MANTUVO UN BUEN NIVEL EN LA PARTICIPACIÓN Y LOS
COMENTARIOS Y LOS COMENTARIOS LOS REALIZABAN LAS
MISMAS PERSONAS, EN SENTIDO POSITIVO.**

5a. SESIÓN

CALENTAMIENTO

**SE PIDIERON 5 MOVIMIENTO EN PAREJAS CON MÚSICA DE
BALLET QUE LLEVÓ UNA DE LAS PARTICIPANTES.**

**NO SOLO FUE BUENO EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN, SINO QUE
EL ESTADO DE ÁNIMO GENERADO POR ESTE EJERCICIO FUE
MAGNIFICO. LA PERSONA QUE LLEVÓ EL CASSETTE HASTA
ESTA SESIÓN HABÍA MANTENIDO UNA ACTITUD HERMÉTICA Y
SU ROSTRO ERA INEXPRESIVO, EN ESE MOMENTO SONRIÓ.**

6a. SESIÓN

CALENTAMIENTO

EJERCICIO DE AMPLIACIÓN Y SECUENCIACIÓN DE MOVIMIENTOS

ACTIVIDAD DE PINTURA. EN PAPEL MANILA QUE SE COLOCÓ EN LAS VENTANAS PARA LOGRAR UN CLIMA DE MAYOR SEGURIDAD Y PRIVACIDAD QUE PERMITA LA LIBRE EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES A TRAVÉS DEL MOVIMIENTO.

EL NIVEL DE PARTICIPACION FUE ESTABLE PERO EL CLIMA EMOTIVO NO FUE TAN AGRADABLE COMO EN LA SESIÓN ANTERIOR.

7a. SESIÓN

CALENTAMIENTO

EJERCICIO DEL ARQUERO

BAILE EN CÍRCULO

RELAJACIÓN

FUE UNA SESIÓN INTENSA EN LA QUE SE ABORDÓ EL TEMA DE LA AGRESIVIDAD.

8a. SESIÓN

CALENTAMIENTO

EJERCICIO DE BAILE EN ESPEJO POR PAREJAS CON DIFERENTES PIEZAS MUSICALES.

RELAJACIÓN

HUBO UN BUEN NIVEL EMOTIVO Y DE PARTICIPACIÓN

9a SESIÓN

CALENTAMIENTO

BAILE EN PAREJA

BAILE EN CÍRCULO

TOCAR OBJETOS CON LOS OJOS CERRADOS

MARCAR CADA QUIEN UN RÍTMO DISTINTO CON LOS OJOS CERRADOS Y LOS DEMÁS LO REPITEN

EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN FUE ESTABLE Y YA NO SE PEDIAN COMENTARIOS DIRECTAMENTE.

DURANTE EL EJERCICIO DE PERCEPCION, LA ACTIVIDAD VERBAL EXCESIVA Y ACTITUD IMPOSITIVA DE ALGUNOS PARTICIPANTES AUNADO AL HERMETISMO DE OTROS, EVIDENCIARON Poca COHECIÓN GRUPAL .

10a SESIÓN

CALENTAMIENTO

BAILE EN PAREJAS

**RECONOCIMIENTO DEL ESPACIO CON LOS OJOS CERRADOS
RELAJACIÓN**

CUANDO SE PIDIÓ A LOS PARTICIPANTES RECONOCER EL ESPACIO CON LOS OJOS CERRADOS, LA MAYORÍA PERMANECIERON SENTADOS EN SU LUGAR Y NO SE MOVIERON, LO CUAL EVIDENCIÓ FALTA DE CONFIANZA Y EN SÍ MISMOS, EN EL GRUPO, Y EN LOS TERAPEUTAS.

**VALORACION DE LA 1a. A LA 10a. SESIONES.
DEL 17 DE MARZO AL 28 DE ABRIL.**

EN EL PROGRAMA INICIAL SE PRETENDÍA QUE LOS PARTICIPANTES HICIERAN COMENTARIOS AL PRINCIPIO Y AL FINAL DE CADA SESIÓN PERO NOS DIMOS CUENTA QUE LA MAYORIA DE LAS PERSONAS PERMANECÍAN CALLADAS Y OTRAS, SIEMPRE LAS MISMAS, COMENTABAN DE MANERA ESTEREOTIPADA QUE LA SESIÓN LES HABÍA PARECIDO MUY BIEN Y QUE SE SENTIAN BIEN. (COMO PARA AGRADARNOS Y CONGRACIARSE CON LAS FIGURAS DE AUTORIDAD QUE REPRESENTAMOS AL INTERIOR DEL GRUPO). LUEGO ENTONCES, DECIDIMOS NO PEDIR MÁS COMENTARIOS DE MANERA DIRECTA, RESPETANDO EL SILENCIO Y RECONOCIENDO DE ESTA MANERA SU DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL DE PERMANECER CALLADOS SI LO PREFIEREN. SIN EMBARGO, ALGUNOS PARTICIPANTES NOS COMENTABAN DE MANERA PERSONAL Y ESPONTANEA QUE SE SENTÍAN MEJOR GRACIAS A LOS EJERCICIOS QUE REALIZAMOS DURANTE LAS SESIONES Y QUE LES GUSTABA ASISITIR.

EL CLIMA EMOCIONAL DE UNA SESIÓN A OTRA ERA MUY VARIABLE . TRES POSIBLES CAUSAS DE ESTA VARIACIÓN SON LAS SIGUIENTES: A) POCOS PARTICIPANTES TIENEN UNA ASISTENCIA MUY CONSTANTE; B) SE PRESENTAN PERSONAS NUEVAS FRECUENTEMENTE; C) HUBO PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN EN LA FORMA DE LOS TERAPEUTAS QUE POSIBLEMENTE SE REFLEJARON EN EL GRUPO. ESTE ÚLTIMO PROBLEMA SE SOLUCIONÓ AL PONERNOS DE ACUERDO CON RESPECTO A RESPETAR EL ESTÍLO DIFERENTE, PERO COMPLEMENTARIO, DE AMBOS COMO CONDUCTORES DE GRUPO. EL PRIMER PROBLEMA SALE DE NUESTRO CONTROL Y EN CUANTO AL SEGUNDO YA SE ADVIRTIÓ A LOS DOCTORES QUE EL CUPO DEL GRUPO QUEDÓ CERRADO.

FUE IMPORTANTE AJUSTAR EL DISEÑO A LAS CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO Y POR ELLO NO SE MANEJARÁ GRUPO CONTROL Y ÚNICAMENTE SERÁ PRE-TEST POST-TEST .

SESIÓN 11

**CALENTAMIENTO
BAILE EN PAREJAS
EJERCICIO DE CONCIENTIZACION CORPORAL**

SE MANTUVO EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN. ALGUNAS PARTICIPANTES FORZABAN A OTROS A PASAR AL CENTRO A BAILAR Y TRATAMOS DE QUE YA NO LO HICIERAN PIDIENDOLE AL GPO. SU PARTICIPACIÓN ESPONTANEA.

SESIÓN 12

**CALENTAMIENTO
EJERCICIO DEL HUEVO
IMITAR 5 MOVIMIENTOS DE UN ANIMAL
DANZA EN GRUPO
RELAJACIÓN**

LA PRESENCIA DE DOS PERSONAS NUEVAS MOTIVO MUCHO EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN Y LA ACTIVIDAD RESULTO GRATIFICANTE.

SESIÓN 13

**CALENTAMIENTO
EJERCICIO DEL HUEVO LIGADO CON LA IMITACIÓN DE UN ANIMAL
BAILE EN GRUPO CON MÚSICA PREHISPÁNICA.**

EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN FUE ESTABLE PERO HUBO MUY POCAS INICIATIVAS EN COMPARACIÓN CON LA SESIÓN ANTERIOR EN ESTE EJERCICIO. SIN EMBARGO EN LA DANZA FUERON MUY CREATIVOS..

SESIÓN 14

**CALENTAMIENTO
BAILE EN CÍRCULO
EXPRESIÓN CORPORAL (DEMOSTRACIÓN)
RELAJACIÓN**

PROPUSIMOS LA INICIACION DE UN TRABAJO COREOGRAFICO Y COMENZAMOS A REALIZARLO.

**VALORACIÓN DE LA SESIÓN 11 A LA 15.
7 AL 26 DE MAYO DE 1997.**

SE LOGRÓ QUE EN EL EJERCICIO DE BAILE EN CÍRCULO NO HUBIERA PARTICIPACIONES FORZADAS, DANDO A TODOS LA OPORTUNIDAD DE REACCIONAR ESPONTÁNEAMENTE. ILA MEJOR MANERA DE MOTIVAR LA PARTICIPACIÓN ES LA DEMOSTRACIÓN. SIEMPRE HAY MUY BUEN NIVEL EN EL GRUPO DURANTE EL CALENTAMIENTO, Y AUNQUE EL ABANCE ES LENTO, SE NOTA UN MEJOR DESEMPEÑO EN LA REALIZACIÓN DE LOS EJERCICIOS POR PARTE DE LOS PARTICIPANTES QUE SON MÁS CONSTANTES EN SU ASISTENCIA.

LA PROGRESIÓN DEL TRABAJO SE VIO AFECTADA POR UN CURSO AL QUE TUVO QUE ASISTIR EL MAESTRO FERNANDO, ASI COMO OTROS PROBLEMAS PERSONALES QUE IMPIDIERON UNA COMUNICACIÓN MÁS CONTINUA ENTRE LOS DOS TERAPEUTAS.

SESIÓN 16

**CALENTAMIENTO
EJERCICIO DE ARTICULACIONES
EJERCICIO DE PERCEPCIÓN EN PAREJAS
RELAJACION.**

HUBO UN EXCELENTE NIVEL DE PARTICIPACIÓN Y HUBO UN TOQUE DE ALEGRIA EN LA SESIÓN . el EJERCICIO DE PERCEPCIÓN EN PAREJAS CONTRIBUYÓ EN LA COHESIÓN GRUPAL.

SESIÓN 17

**CALENTAMIENTO
EJERCICIO DE ARTICULACIONES
EJERCICIO DE PERCEPCIÓN EN PAREJAS
EJERCICIO DE BAILE EN GRUPO**

SE MANTUVO UN BUEN NIVEL

SESIÓN 18

**CALENTAMIENTO
EJERCICIO DEL TORBELLINO
EJERCICIO DE MOVIMIENTO CONTINUO
BAILE CON MÚSICA MEDIEVAL**

EL AMBIENTE HA CONTINUADO SIENDO MUY POSITIVO Y MOTIVANTE.

SESIÓN 19

**CALENTAMIENTO
EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO Y CONTROL DEL DOLOR
EJERCICIO DE EXPRESIÓN ORAL**

FUE UNA SESIÓN DIFERENTE PORQUE NO HUBO DESPLAZAMIENTO. FUE CORTA PORQUE LLEGARON TARDE. EN EL EJERCICIO DE EXP. ORAL SE LES PIDE QUE DIGAN ALGO QUE LES GUSTARÍA QUE LES DIJERAN Y MUYCHOS SE QUEDARON CALLADOS.

SESION 20

**CALENTAMIENTO
EJERCICIOS DE COORDINACIÓN
EJERCICIOS DE PERCEPCIÓN RECONOCIENDO A LOS
COMPAÑEROS.**

**BUEN NIVEL DE PARTICIPACIÓN
LLEGARON TARDE NUEVAMENTE PORQUE LA AMBULANCIA NO LLGABA POR ELLOS**

SESIÓN 21

**CALENTAMIENTO
CONCIENTIZACIÓN CORPORAL DIRECTA (BRAZOS YPIERNAS)
BAILE EN CÍRCULO**

ACUDIERON PUNTUALMENTE Y HUBO UN BUEN NIVEL DE PARTICIPACIÓN, PERO EL EJERCICIO DE BAILE YA NO RESULTA TAN PARTICIPATIVO.

**VALORACIÓN DE LA SESIÓN 16 A LA SESIÓN 21
DEL 2 AL 18 DE JUNIO.**

EN LA SESIÓN DEL DÍA 16 HUBO MUY BUENOS RESULTADOS, YA QUE LA PARTICIPACIÓN Y EL TONO EMOCIONAL MEJORARON NOTABLEMENTE. ÉSTO SE DEBIO SEGURAMENTE A UNA MAYOR COMPENETRACIÓN DE TODOS LOS INTEGRANTES DEL GRUPO, INCLUYENDO UNA MEJOR COORDINACIÓN ENTRE LOS TERAPEUTAS. TAMBIÉN LOS EJERCICIOS DE PERCEPCIÓN Y CONTACTO CON LOS OJOS CERRADOS HAN CONTRIBUIDO A MEJORAR LA CONFIANZA Y EL CONTACTO ENTRE LOS PARTICIPANTES. EL TRATO RESPETUOSO DE LAS POSIBILIDADES DE CADA INDIVIDUO, LAS PALABRAS MOTIVANTES, LA CONTENCIÓN GRUPAL CUANDO ESTÁN SUMAMENTE INDISPUESTOS O SIMPLEMENTE NO DESEAN REALIZAR ALGÚN EJERCICIO. HAN SIDO FACTORES DETERMINANTES PARA LOGRAR UN MEJOR NIVEL EN CUANTO A LAS RELACIONES PERSONALES AL INTERIOR DEL GRUPO. EL DOCTOR QUIROZ MANIFIESTA QUE LA GENTE SIENTE GUSTO POR ASISTIR A LAS SESIONES.

LOS OBJETIVOS, DESDE EL PUNTO DE VISTA EXISTENCIAL Y DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOANÁLITICO EN CUANTO A LAS VIRTUDES DEL GRUPO, HAN SIDO ALCANZADOS SATISFACTORIAMENTE. EL RESTO DEL CURSO NOS ENFOCAREMOS AL LOGRO DE OBJETIVOS DE AUTOCONOCIMIENTO MÁS PERSONALES, A PARTIR DEL AUTOCONOCIMIENTO DEL LENGUAJE CORPORAL Y EL DE LOS OTROS, ASÍ COMO LA FACILITACIÓN DE LA EXPRESIÓN MEDIANTE EL CUERPO.

ES NECESARIO EXPONER NUEVAMENTE EN LAS PRÓXIMAS SESIONES, EL PROGRAMA Y LOS OBJETIVOS A ALCANZAR, YA QUE EL MARCO TEÓRICO HA SIDO AMPLIADO. SE ENRIQUECERÁN LAS SESIONES CON NUEVOS EJERCICIOS EN UN ÓRDEN CRECIENTE DE DIFICULTAD Y TRATANDO DE IR DE UN NIVEL DIRECTIVO Y DEMOSTRATIVO HACIA UN NIVEL NO DIRECTIVO Y QUE REQUIERA DE LA CREATIVIDAD Y ESPONTANEIDAD DE LOS PARTICIPANTES.

PLANEACIÓN
SESIÓN 22

- *HABLAR CON EL GRUPO SOBRE LOS OBJETIVOS PARTICULARES
- *CALENTAMIENTO. Incluir ejercicios de estiramiento en pareja
- *JUEGO DE LA GALLINA CIEGA
- *EJERCICIO DE PERCEPCIÓN DEL ESPACIO, en parejas, sin tomarse de la mano.
- *EJERCICIO DE PERCEPCIÓN ESPACIAL, todos con los ojos cerrados.
- *CONCIENTIZACIÓN CORPORAL DIRECTA COMPLETA

SESIÓN 23

- *CALENTAMIENTO
- *LECTURA DE UN POEMA
- *EJERCICIOS DE DESPLAZAMIENTO, Incluir ejercicio de carretillas en parejas y de cangrejos.
- *EJERCICIO DE DESPLAZAMIENTO IMITANDO ANIMALES EN EQUIPO
- *EJERCICIO DE EXPRESIÓN CORPORAL SUBSIGUIENTE
- *CONCIENTIZACIÓN CORPORAL DIRECTA COMPLETA

SESION 24 A 34

- *CALENTAMIENTO
- *ENSAYO DE DANZA
- *PREHISPÁNICA
- *RELAJACION

SESIÓN 35

- *PRESENTACION DE LA DANZA
EN EL CENTRO MEDICO

SESIÓN 36

EVALUACION FINAL

INDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO I DANZATERAPIA.....	6
CAPÍTULO II AUTOCONCEPTO.....	22
CAPÍTULO III ENFERMEDAD MENTAL Y PSICOSIS.....	34
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA.....	38
CAPÍTULO V RESULTADOS.....	43
CAPÍTULO VI CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	47
REFERENCIAS.....	53
ANEXO 1 PROGRMA	
ANEXO 2 REPORTE DE ACTIVIDADES	