
This is the **published version** of the article:

Malaquias, Sónia; Panhofer, Heidrun. El toque en la danza movimiento terapia : perspectivas teórica, ética y empírica. 2016. 93 p.

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/148403>

under the terms of the  license

El Toque en la Danza Movimiento Terapia

Perspectivas Teórica, Ética y Empírica

Sónia Malaquias

Master en Danza Movimiento Terapia

Tutora: Dra. Heidrun Panhofer

Lisboa, 15 de julio de 2010

UAB

Universitat Autònoma
de Barcelona

ÍNDICE

RESUMEN	4
I. PRESENTACIÓN	5
1. Introducción	5
2. Objetivos y Metodología	7
3. Motivación Personal	8
II. TACTO, TOQUE Y CONTACTO FÍSICO	11
1. Intentando definir el objeto de estudio	11
2. La piel	14
3. El toque en el desarrollo humano	15
4. El toque en la comunicación humana	16
III. EL TOQUE EN PSICOTERAPIA	18
1. El tabú del toque en la psicoterapia	19
1.1. Una (muy) breve historia del toque en el psicoanálisis	19
1.2. Toque y sexualidad	22
1.3. Toque y factores socio-culturales	24
2. El toque en las psicoterapias	25
2.1. Psicoterapias verbales	26
2.2. Psicoterapias corporales	27
2.3. Tipos de toque en la psicoterapia	28
2.4. Argumentos contra el uso del toque en psicoterapia	30
2.5. Una perspectiva contemporánea	32
3. Los pacientes y el uso del toque en psicoterapia	33
3.1. La percepción de los clientes	33
3.2. Pacientes con quienes es adecuado usar el toque	35
3.3. Clientes con los cuales no es adecuado usar el toque	36
4. Ética del toque en psicoterapia	37
4.1. ¿Qué es la ética?	37
4.2. Los códigos éticos y las guías de conducta (guidelines)	38
4.2.1. Psicoterapias Verbales	39
4.2.2. Psicoterapias corporales	40

IV. EL TOQUE EN LA DANZA MOVIMIENTO TERAPIA	43
1. ¿Qué es la Danza Movimiento Terapia (DMT)?	44
1.1. Comparación con las psicoterapias verbales	47
1.2. Comparación con las psicoterapias corporales	48
2. Especificidades de la DMT como psicoterapia	50
2.1. Embodiment – Encorporalización o encarnación	51
2.2. Espejar y Sintonización afectiva (<i>Affect attunement</i>)	51
2.3. Consciencia y Empatía kinestésica	52
2.4. Contratransferencia somática	53
2.5. Presencia terapéutica	54
3. El Toque en la Literatura de la DMT	55
3.1. “ <i>Contact Movement Therapy</i> ” – Un ejemplo del contacto físico en DMT	59
4. Estrategias de utilización del toque en DMT	60
4.1. Utilización sensorial del tacto	61
4.2. Auto-tocarse	62
4.3. El contacto indirecto	63
4.3.1. Entrada en el espacio/kinesfera personal del otro	63
4.3.2. El uso de materiales	64
4.4. El toque directo	64
5. Ética del uso del toque en DMT	67
5.1. El toque en los códigos éticos en DMT	67
5.2. Guías de conducta ética	68
5.2.1. Comparación con las Psicoterapias Verbales	68
5.2.2. Comparación con las Psicoterapias Corporales	72
V. DISCUSIÓN	74
1. Funciones del toque en la psicoterapia y en la DMT	74
2. Tipos de clientes y el toque en DMT	77
2.1. Clientes con quienes es adecuado usar el toque	77
2.2. Clientes con los cuales no es adecuado usar el toque	79
3. Ética del toque en DMT: el Embodiment y la Hermenéutica	80
VI. CONCLUSIONES	82
VII. BIBLIOGRAFÍA	87

RESUMEN

En esta tesina haremos una reflexión sobre el uso del toque en Danza Movimiento Terapia (DMT), según las perspectivas teórica, ética y empírica.

Definiremos los conceptos y ligaciones existentes entre tacto, toque y contacto físico.

Observaremos cuál es la visión sobre el toque en la psicoterapia: el apareamiento del tabú y las dos visiones distintas de las psicoterapias verbales y de las corporales. Analizaremos asimismo la ética del toque, los códigos éticos y las directrices en los dos tipos de psicoterapia.

Compararemos estas disciplinas con la DMT, de modo a concluir sobre la teoría y la ética del toque en esta forma de psicoterapia. Añadiremos también la información sobre la utilización del toque en DMT desde un punto de vista práctico, agrupando las referencias esparcidas en un modelo de estrategias de utilización del toque.

Discutiremos el uso del toque en la DMT, describiendo las funciones que este puede tener, y presentando algunas sugerencias clínicas y éticas.

Es conclusión de esta tesina que el terapeuta en DM, por su formación y por las asunciones teórico-prácticas de esta disciplina, tiene disponible un conjunto de estrategias y herramientas que le permiten usar el toque de forma heurística y ética en psicoterapia.

Palabras Clave:

Toque y Contacto físico, Danza Movimiento Terapia, Ética, Psicoterapia

I PRESENTACIÓN

La tesina que presentamos es eminentemente teórica, aunque tiene también preocupaciones éticas y empíricas. Este carácter y los propios objetivos del trabajo nos llevaron a estructurarla de forma un poco distinta, por lo que decidimos incluir en esta presentación una introducción general, la descripción de los objetivos y de la metodología, así como la motivación personal.

1. Introducción

Although undoubtedly a controversial topic, the plain fact that it is occurring makes touch an important and necessary subject of discourse.

Toronto, 2001, p. 37

El toque y el contacto físico entre las personas ocurren durante toda la vida del ser humano, y son una parte importante para su desarrollo y para la comunicación. Históricamente, el toque ha estado asociado a las prácticas de curación y de rituales sagrados, y fue una técnica utilizada hasta el advenimiento del psicoanálisis, que abogó su abstinencia y contribuyó a que se instalase el tabú.

Después de un silencio en torno a esta temática, a los finales de los años 70, el tema del toque en la psicoterapia verbal fue reavivado, dado que el toque ocurría en la diada terapéutica, pero el marco ético-teórico sobre el tema no se había desarrollado desde Freud. Este debate incluyó una nueva vertiente de la problemática: la visión ética.

En la Danza Movimiento Terapia (DMT), el tema del toque tampoco ha sido objeto de desarrollo teórico o ético. Sin embargo, suele ocurrir a menudo en la díada terapéutica, encontrándose referencias a su uso en descripciones de casos, narrativas aisladas, y referencias *ad-hoc*. Una cuestión central se coloca: ¿Esta disciplina ha heredado el tabú del toque de la psicoterapia verbal, o, al revés, lo considera tan natural en la comunicación entre dos personas, que no ve necesidad de hablar sobre él, como parece ocurrir en la psicoterapia corporal?

Así, en este trabajo tenemos como principal objetivo reflexionar sobre el uso del toque en la DMT, según las perspectivas teórica, ética y empírica. Creemos que, como psicoterapia que es, la DMT no puede huir a este debate y necesita crear un cuerpo de conocimientos cohesivo que le permita justificar su práctica respecto al toque.¹

Para lograr este objetivo, definiremos nuestro objeto de estudio y analizaremos el toque desde punto de vista del desarrollo y de la comunicación humana. Describiremos después el estado de la cuestión en el campo más amplio de la psicoterapia, donde haremos una breve reseña histórica sobre la aparición del tabú del toque en el psicoanálisis, dado la gran influencia posterior que tuvo en las prácticas psicoterapéuticas. Como el toque es un punto de discordia, analizaremos los discursos producidos en la psicoterapia verbal y en la psicoterapia corporal respecto al toque, tanto teóricos, como éticos, dadas las visiones distintas que defienden.

En el cuarto apartado, exclusivamente dedicado a la DMT, definiremos esta psicoterapia y la compararemos con las psicoterapias verbales y corporales, para deducir el uso del toque en DMT. Una vez más, esta discusión incluirá la perspectiva ética. Aún en este apartado, recogeremos ejemplos y referencias sobre toque en la literatura específica de la DMT, organizándolos según un modelo de cuatro categorías para las estrategias de su utilización.

En la discusión serán presentadas las conclusiones respecto al toque en la DMT, siendo descritas las funciones que el toque puede tener, eventuales líneas de actuación clínicas, y el abordaje ético. Finalizaremos el texto con algunas reflexiones sobre el toque en la DMT.

1 En este trabajo utilizaremos las palabras ‘paciente’ y ‘cliente’ indiscriminadamente.

2. Objetivos y Metodología

El principal objetivo de esta tesina es reflexionar sobre el uso del toque en la DMT, según las perspectivas teórica, ética y empírica.

Como objetivos específicos podremos apuntar:

1. Clarificar y aumentar la consciencia del uso del toque en la DMT, promoviendo el debate sobre el tema.
2. Resumir la problemática teórica y ética del uso del toque en la psicoterapia, para permitir la construcción de un discurso más elaborado en la DMT respecto a un tema controvertido.
3. Comparar lo aprendido en el campo más amplio de la psicoterapia con la DMT y debatir las traslaciones y adaptaciones posibles.
4. Debatir líneas de actuación y estrategias para el uso del toque en sesiones de DMT.
5. Producir un discurso profundizado sobre la ética del uso del toque en DMT.

Nuestro trabajo es así eminentemente teórico, ya que pretende hacer una síntesis de los saberes acumulados sobre el uso del toque en psicoterapia, y, simultáneamente, dar un nuevo enfoque al tema, ahora aplicándolo a la DMT. Dado el tema escogido, tendremos que abordarlo desde el punto de vista ético, especialmente desde la ética aplicada, es decir, desde la aplicación de principios éticos a una realidad concreta, por lo que aquí nos moveremos en un campo más empírico. Otras preocupaciones empíricas de esta tesina son la aportación de información 'nueva' a la DMT, ya que el tema del toque es poco reconocido en esta disciplina. De la misma manera, el resumen que presentaremos sobre las estrategias de utilización del toque es también una aportación empírico-metodológica de las herramientas a disposición del terapeuta en DMT.

La metodología que seguiremos en este trabajo será de comparación del uso del toque en un campo ya conocido, la psicoterapia en general (en la doble cara de las psicoterapias verbales y corporales), para poder deducir para la DMT, un campo específico del primero. Como se percibirá a lo largo del texto, y dadas las especificidades de la DMT como psicoterapia, creemos que esta disciplina comparte principios, métodos y técnicas con la psicoterapia verbal y con la psicoterapia corporal, por lo que tuvimos de incluir ambas en este análisis.

En simultáneo, agregaremos en un discurso organizado las referencias al toque, hasta ahora esparcidas en la literatura de la DMT. Lo mismo se hará para la perspectiva ética: analizaremos los códigos éticos (cuando los haya) o las directrices vehiculadas en la literatura consultada, en el campo de la psicoterapia (verbal y corporal), para poder concluir sobre la ética del toque en DMT.

Nos parece que el debate acerca del toque puede ser relevante para el campo de la DMT:

- en el sentido teórico, por permitir un discurso más elaborado respecto a un tema controvertido en psicoterapia;
- en el sentido ético, a través de una clarificación y aumento de la consciencia sobre su utilización, lo que va a permitir a los profesionales una apertura al debate y una mayor sensibilización hacia su propia práctica;
- en el sentido empírico, la reseña sobre las estrategias de la utilización del toque en DMT podrá enriquecer la práctica y las herramientas disponibles para futuros terapeutas.

3. Motivación Personal

El tema del toque y del contacto físico nos surge por nuestra formación reciente en DMT, en la doble vertiente de alumna y de terapeuta en prácticas. Sin embargo, escribir una tesina es siempre una actividad de aprendizaje y de auto-conocimiento, y creemos hoy que nuestra motivación inicial se relacionaba también con nuestra condición de mujer, de portuguesa, y de psicóloga...

La primera razón de nuestra motivación personal se relaciona con la participación en el master de DMT, en la experiencia como alumna, especialmente en las clases prácticas, y en las vivencias en las prácticas clínicas, con las ancianas en el primer año, y con 4 niños en una escuela pública, en el segundo.

Como alumna², hemos podido vivenciar momentos intensos de toque con los compañeros de nuestro grupo vivencial, momentos placenteros de contacto, momentos cómicos de juego puro, momentos dolorosos de sufrimiento y llanto, donde el toque y el contacto

2 Véase también la descripción de Popa & Best (2010) de las vivencias como alumna de DMT respecto al toque.

físico han aparecido como un sostén primordial, providenciando una sensación muy fuerte de 'estar junto a alguien' y acompañada. También hemos vivido momentos donde el toque ha sido experimentado como una invasión, con una compañera en nuestro grupo vivencial, y en otra situación distinta, con compañeros de otros grupos. El poder del toque, positivo y negativo, ha sido así vivido en nuestro cuerpo, y se interpretó de formas distintas según las relaciones, las personas y los grupos implicados.

En las prácticas clínicas hemos constatado también la utilización del toque y del contacto físico en las sesiones, y cómo esta utilización ha variado de sesión a sesión, así como de relación a relación.

Con las ancianas, en nuestro primer año, proporcionar el contacto físico entre ellas nos pareció una buena idea, dado el aislamiento que experimenta quien vive en una residencia para personas mayores... Lo planteamos incluso como un objetivo terapéutico, intuitivamente, sin consciencia ni conocimientos suficientes, lo creímos. Pero después de este trabajo también podemos entender mejor esta opción intuitiva...

Asimismo, el toque ha tenido una enorme importancia en el segundo año, donde trabajamos con niños. La variedad de la utilización del toque ha sido muy grande. Si con el niño de 3 años, este contacto era muy evidente y usado para varios juegos y ejercicios, con el chico de 10 años el contacto físico era escaso y casi inexistente. El primer niño promovía muchas veces una aproximación física, que era aceptada por nosotras, mientras el segundo no lo hacía tan a menudo. Al mismo tiempo, nosotras mismas nos sentíamos más capaces de utilizar el contacto físico con un niño de 3 años, que con uno de 10. Muchas veces el primero "pedía" una contención física muy explícita, un establecimiento de límites muy claros; afortunadamente el segundo nunca lo hizo, porque no podríamos contenerlo físicamente, dado su tamaño y su fuerza...

Pero tal vez sean los otros dos casos los que más nos despertaron la atención hacia esta temática: una niña de 5 años, víctima de abuso sexual, y un niño de 7, que tenía dificultad en aceptar el contacto físico cariñoso con adultos. Con la niña, cuestionamos hoy nuestra actuación inicial y nos preguntamos a menudo si no deberíamos haber frenado su fuerte iniciativa para un contacto físico demasiado explícito, si de alguna forma no deberíamos haber intentado que nos tocáramos menos, en el contacto inicial... Con el niño de 7 años, la aceptación del contacto físico por parte de un adulto era un objetivo explícito de la

terapia, y asumió muchas formas a lo largo del proceso – desde ejercicios de equilibrio con nuestros cuerpos (acrobacias), pasando por simulación de lucha *wrestling*, hasta el *role-play*, sin toque directo, utilizando un oso de peluche.

Por la forma como vivimos nuestra formación, concordamos con Popa & Best (2010), cuando refieren que han asumido el contacto físico como inherente a la DMT...

Sin embargo, nuestra formación inicial en psicología, donde hemos vivenciado el tema del toque como tabú, nos hacía sonar un timbre interior de que algo no estaba claro... Y empezamos a investigar el tema y nos acordamos de cómo entendíamos el rol de terapeuta como un rol de gran responsabilidad, ética y clínica, donde las temáticas del poder, de los límites y fronteras, asumen un papel primordial, lo que también nos motivó a profundizar la temática del toque.

Muchas preguntas empezaron a surgir en nuestra mente-cuerpo: ¿cómo definir el uso del toque cuando llamamos el cuerpo y el movimiento a las sesiones de psicoterapia? Si es fácil evitar el toque entre dos personas que están sentadas, conversando, ¿cómo interactúan dos cuerpos cuando se mueven y se mueven en conjunto? Si en un *setting* de terapia de grupo, el terapeuta puede asumir un papel más observador y evitar así el contacto físico con sus pacientes, ¿cómo hacerlo en una terapia con un solo paciente? Aún en este contexto, ¿cómo huir al toque si el paciente es un niño, más habituado al uso del cuerpo y del contacto físico para comunicar? ¿Que debe o no debe hacer el terapeuta si el contacto físico es iniciado por el paciente? Todas estas cuestiones nos motivaron al estudio del toque en DMT.

Analizando la cuestión con más profundidad, encontramos hoy dos motivaciones que estaban más escondidas en la selección de este tema: nuestra condición de mujer y de mujer portuguesa. Sabemos hoy que las terapeutas mujeres tocan más que los terapeutas hombres (Milakovich, 1998), por lo que podemos percibir mejor nuestra actuación como terapeuta en prácticas. Y sabemos también que la cultura tiene mucha influencia en la visión del toque en las varias sociedades. Intuíamos que nuestra ascendencia latina debería tener influencia en la vivencia del toque; no sabíamos que nuestra ‘portugalidad’ también: “Moitoza (1982) noted that for clients with a Portuguese background, touch is an important method of communication” (citado por Hunter & Struve, 1998a, p. 168). ¿Que más descubriremos sobre nosotras mismas, mientras profundizamos nuestro conocimiento sobre el toque en DMT?...

II

TACTO, TOQUE Y CONTACTO FÍSICO

El toque (tocar y ser tocado) es un aspecto central del desarrollo saludable y de la comunicación humana, y numerosas investigaciones han validado la importancia del toque para el bienestar físico y emocional (Hertenstein, 2002; Turp, 2000; Montagu, 1986). En este apartado intentaremos definir nuestro objeto de estudio, analizando el tacto/toque como uno de nuestros sentidos, y su importancia para el desarrollo y la comunicación humana.

1. Intentando definir el objeto de estudio

La palabra ‘toque’ es semánticamente rica, dados los muchos conceptos a ella asociados. En el lenguaje cotidiano hay muchas referencias metafóricas y literales al toque.³ Del diccionario en línea de la Real Academia Española, tenemos las definiciones:

Toque: Acción de tocar algo, tentándolo, palpándolo, o llegando inmediatamente a ello. Tañido de una campana o sonido de un instrumento, con que se anuncia algo. Esencia, punto más importante o porqué de una cosa. Golpe que se da a alguien. Toque de atención: llamamiento, indicación, advertencia que se hace a alguien.

Tacto: Sentido corporal con el que se perciben sensaciones de contacto, presión y temperatura; acción de tocar o palpar; manera de impresionar un objeto el sentido táctil. Prudencia para proceder en un asunto delicado.

3 Ha sido difícil definir el toque, ya que nuestra lengua es la portuguesa, la mayoría de la literatura consultada es en lengua inglesa, y esta tesina está escrita en castellano... Hay variaciones y sutilezas que se pierden en esta mezcla de lenguas. Creemos que el significado del toque en inglés es aún más diverso, además porque no hay dos palabras como en las lenguas latinas (‘tact’ es usado para delicadeza y ‘tacto’ como un de nuestros sentidos es traducido como ‘sense of touch’, *Dicionário de Português-Inglês* (1985). Porto: Porto Editora).

Para una definición más rigurosa del toque, escuchemos a los investigadores en fisiología Stevens & Green (1996, p. 1):

By *touch* we refer here primarily to sensations aroused through stimulation of receptors in the skin—pressure, warmth, cold, and various blends of these attributes. It must be pointed out that in the broad sense touch includes more than just these sensations. Two other notable aspects are pain and sensations aroused by stimulation of receptors deeper within the body, such as in the lining of various internal organs (organic sensibility) and in the muscles and joints (proprioception).

Desde esta definición podemos percibir por qué el tacto se considera muchas veces el ‘sentido del movimiento’ (“touch as the moving sense”, Popa & Best, 2010, p. 35), con yuxtaposiciones inseparables con las sensaciones kinestésicas, piedra angular del trabajo en la DMT.

El sistema táctil es increíblemente complejo: el toque puede variar en su acción⁴ (los movimientos específicos que uno utiliza para tocar), intensidad (grado de presión que uno emplea), la velocidad del toque, si el toque es o no abrupto (la aceleración o desaceleración que uno utiliza), la temperatura, la ubicación en el cuerpo, y la duración.

Para Brown (1984, citado por Hunter & Struve, 1998), el toque puede ser pasivo (si soy el receptor del toque) o activo (si soy el iniciador del toque), lo que le confiere funciones distintas. Las funciones del toque pasivo incluyen: estimular el organismo para que esté alerta para responder prontamente; facilitar el control de *inputs* excesivos; experimentar el dolor; comunicar una respuesta emocional; avisar al organismo para que se proteja. Las funciones del toque activo incluyen: facilitar la comunicación con los demás; distraer, calmar o modificar la respuesta del otro; alertar al otro; facilitar la exploración; y aumentar o solidificar la comunicación. Un tercer tipo de toque es el auto-tocarse, que tiene también importantes funciones como favorecer el auto-control, facilitar la exploración y promover la auto-estimulación (ibid).

La complejidad del tacto/toque puede ser observada desde punto de vista del objeto o del sujeto. Veamos la definición de los neurobiólogos Burton & Sinclair (1996, p. 161):

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

Touch is unique among sensory systems because through it we experience varied stimulation of body regions and... we identify external objects. The sense of touch is both objective and subjective... (*What did I touch?*)... Thus, a real-world, physical thing exists under outstretched fingertips. The percept is a table not fingers. The sensations evoked from touching also form the subjective or internal aspects of touch. (*Where and how was I touched?*)... This duality is apparent from the simple procedure of running fingers from one hand across any other body part or over an object and alternatively attending to the touched or touching.

En un intento de simplificación, en este trabajo tomaremos el **tacto** como el sentido corporal con el que se perciben sensaciones de contacto, presión y temperatura, y que envuelven la acción de tocar o palpar, implicando así el contacto físico con un objeto/sujeto exterior a nosotros mismos.

La inclusión del tacto, de la estimulación táctil, en nuestra reflexión sobre el toque en la DMT tiene dos razones principales: 1) el toque implica siempre dos sensaciones físicas – el tocar y el ser tocado; cuando toco, tengo la sensación táctil de haber tocado algo, más allá del impacto que mi toque tuvo en el otro; cuando me toco, tengo las dos sensaciones; 2) la DMT, al trabajar con el cuerpo, usa varios canales sensoriales, y el tacto se usa a menudo en las sesiones, como veremos.

Para definir el **toque** en este trabajo, hemos sido inspiradas por el concepto del toque descrito por Hunter & Struve (1998, p. 159-176)⁵, para quienes “el toque puede ser conceptualizado como existiendo en un continuo que se inicia con las metáforas lingüísticas del toque hasta la experiencia del contacto físico real” (p. 159).⁶ Sin embargo, en nuestro modelo, hemos substituido el lenguaje metafórico sobre el toque por la estimulación sensorial táctil, dado que el modelo de los autores proviene de la psicoterapia verbal; el nuestro, de la DMT, en la que el cuerpo asume un rol primordial.

Además de lograr definir nuestro objeto, podremos percibir la complejidad de los conceptos que pretendemos trabajar. El toque es idiosincrásico y el significado que le es atribuido depende de muchas variables. Así que no es extraño que su definición cambie, cuando lo

5 En su modelo, los autores describen como puntos en este continuo: lenguaje como toque; auto-tocarse; toque a través de un intermediario; toque físico.

6 Traducido del inglés por Sónia Malaquias: “...touch can be conceptualized as existing on a continuum that begins with the language of touch metaphors and continues until actual physical contact is experienced.”

miramos bajo el punto de vista del tacto, del desarrollo humano, de la comunicación interpersonal, de la psicoterapia verbal, de la psicoterapia corporal, hasta la Danza Movimiento Terapia. Si el toque es parte de nuestra comunicación, entonces, variando los interlocutores y el entorno, el significado del concepto cambiará también.

2. La piel

En su extenso libro sobre el tacto/toque y el significado humano de la piel, el antropólogo y humanista anglosajón Asley Montagu (1986), habla del tacto como “la madre de los sentidos” (p.3), refiriendo que el sistema táctil es el primer sistema sensorial que se desarrolla en el embrión, antes de tener ojos u oídos; en la octava semana de gestación el feto ya es capaz de responder al toque. Desde una perspectiva evolucionista, la piel y el sistema nervioso provienen de la misma capa de tejido embrionario, el ectodermo. Este linaje compartido permite una ligación primordial entre la piel y el sistema nervioso (Hunter & Struve, 1998).

La piel es el órgano sensorial más grande del cuerpo humano. Montagu (1986) apunta 20 funciones de la piel, que demuestran su versatilidad, su alta tolerancia a los cambios ambientales, sus capacidades termo-reguladoras y su singular eficacia como barrera contra los asaltos del entorno.

Para el psicoanalista francés Anzieu (1978), la primera diferenciación del Yo se instala sobre las sensaciones de la piel: ella es la frontera entre nosotros y el mundo exterior, y recibe señales que llegan de nuestro entorno y los envía al sistema nervioso para que sean descifrados, así como recoge señales de nuestro mundo interior. La piel tiene así una doble función de ‘barrera’ y de envoltorio (Anzieu, 1978, p.126). En esta perspectiva, el sistema táctil nos da el sentido de la realidad (Montagu, 1986), y nos permite corroborar la información recogida por los otros sentidos (Hunter & Struve, 1998).

En el contacto físico con la piel, se pueden medir respuestas fisiológicas distintas, a través de cambios en tres fenómenos: en la temperatura, en la transpiración y en la tensión muscular. Estas respuestas fisiológicas son esencialmente involuntarias en su naturaleza y, por eso, no sujetas al control consciente (Hunter & Struve, 1998).

3. El toque en el desarrollo humano

Las investigaciones sobre el desarrollo del bebé humano indican que las experiencias precoces de estimulación táctil tienen un rol significativo en el desarrollo del niño. El tacto es el primer sentido en desarrollarse, incluso antes del nacimiento, y el último en desaparecer, durante el proceso de la muerte (Montagu, 1986).

Al nacer, el bebé humano exhibe numerosos reflejos que indican una creciente sensibilidad al toque. Además, necesita el contacto físico con su progenitor, y numerosos investigadores creen que esta necesidad es innata, pudiendo encontrarse denominados en la literatura los conceptos de ‘instinto para el contacto íntimo’ (Bowlby, 1969, citado por Phelan, 2009; por Durana, 1998; por Hunter & Struve, 1998) o de la ‘pulsión de vinculación’ (Anzieu, 1978, citado por Guedeney & Guedeney, 2004). En sus investigaciones sobre niños institucionalizados, Spitz (1957, citado por Phelan, 2009 y por Guedeney & Guedeney, 2004) describe las consecuencias negativas de la privación del toque, que van desde la depresión hasta la muerte (Hunter & Struve, 1998).

En los estudios sobre la vinculación humana, la importancia del contacto físico entre madre y bebé para la creación de un vínculo seguro es primordial (Panhofer, 2005; Guedeney & Guedeney, 2004; Stern, 1992). Por ejemplo, se ha descubierto que el confort del contacto, al contrario de la alimentación, conlleva a la ligación afectiva entre el crío y su cuidador, lo que tiene un impacto consecuente en el estilo relacional de la persona durante el curso de su vida (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1969; Harlow, 1958, citados por Phelan, 2008; por Guedeney & Guedeney, 2004; por Montagu, 1986). El psicoanalista y psiquiatra infantil Stern, lo explica de forma muy sucinta: “The ultimate magic of attachment is touch. And this magic enters through the skin” (1990, p. 199, citado por Toronto, 2002, p. 73).

En el desarrollo del bebé propuesto por Stern (1992), el cuidador, generalmente la madre, responde instintivamente y de forma preverbal a las fases de desarrollo de su bebé, a través de movimientos íntimos (cogiendo el bebé, acariciándolo, acunándolo, abrazándolo), que han sido llamadas “comunicación táctil” (Desmond Morris, 1971, citado por Mohacsy, 1995, p. 33).

Para Montagu (1978) el desarrollo neurológico del niño no sólo es influenciado por la estimulación táctil, sino que depende del tipo de estimulación cutánea que recibe, lo que conlleva a cambios apropiados en el cerebro y en todo el cuerpo.

El toque tiene también un impacto considerable en toda la vida de la persona y, para la mayoría, el toque desencadena una multitud de asociaciones físicas y emocionales. El cuerpo físico se transforma en un contenedor de las memorias fisiológicas donde las asociaciones anteriores son depositadas. A través de la acumulación de experiencias vivenciales, tenemos la capacidad de aprender a disociar o distorsionar la percepción de los estímulos sensoriales que están siendo procesados. Es lo que pasa con los atletas de alta competición o con las personas que han sufrido abusos físicos (por ejemplo, sexuales o tortura), que disocian los aspectos físicos y emocionales de su experiencia (Hunter & Struve, 1998).

En la vejez, también el toque tiene un gran impacto. McCorkle (1974, citado por Hunter & Struve, 1998) realzó el potencial del toque en mejorar la comunicación con las personas mayores cuando es conjugado con expresiones de afecto, aunque estas estén confusas o desorientadas.

4. El toque en la comunicación humana

Todos los eventos que regulan los sentimientos de apego, proximidad física y seguridad son experiencias mutuamente creadas. Anidarse o amoldarse a un cuerpo cálido, con contornos, y ser abrazado; mirar en los ojos del otro y ser mirado por él; abrazar a alguien y ser abrazado – esas formas de auto-experiencia con otra persona son una de las nuestras experiencias más sociales, en el sentido directo de que no pueden jamás ocurrir a menos que sean iniciadas o mantenidas por la acción o presencia de una otra persona.

Daniel Stern, 1992, p. 91

En su modelo conceptual de la comunicación táctil, Hertenstein (2002) refiere algunas conclusiones fundamentales para entender el toque en las relaciones, y consecuentemente en la psicoterapia y en la DMT. El significado del toque depende de sus cualidades, pero es el contexto de la relación entre los dos interlocutores lo que influye profundamente en sus funciones comunicativas. El contexto actúa como un 'filtro' para los mecanismos según los cuales el toque obtiene significado, que son tres: la percepción directa, el aprendizaje, y los procesos cognitivos. Estos mecanismos, conjuntamente con el contexto y el tipo de

estimulación táctil, determinan los efectos comunicativos variables del toque. A su vez, este sistema se retroalimenta y el toque va a cambiar dependiendo del efecto que produce en los interlocutores.

Dada la idiosincrasia del toque, el mensaje enviado puede no coincidir con el mensaje recibido, pudiendo conllevar reacciones negativas así como positivas (Knapp & Hall, 1997, citados por Christ, 2002).

Cuando el toque es usado en conjugación con el lenguaje verbal, es capaz de cambiar el sentido de la comunicación. Regularmente, el contacto táctil que acompaña el intercambio verbal aumenta la capacidad del oyente de acordarse del comentario particular que ha sido enfatizado o de la situación en la que un determinado evento ha ocurrido (Hunter & Struve, 1998).

A pesar de la importancia del tacto en varios ámbitos claves de la vida social, su función en la comunicación de emociones ha recibido poca atención comparada con investigaciones respecto a expresiones faciales y vocales de la emoción (Hertenstein, Holmes, McCullough & Keltner, 2009).

Sin embargo, investigaciones recientes (Hertenstein et al., 2009; Hertenstein & Keltner, 2006) han comprobado que el toque tiene la capacidad de expresar emociones, más allá de su capacidad para intensificar emociones y hacer percibir su componente hedónico. Los resultados demuestran que las emociones ya estudiadas – rabia, miedo, felicidad, tristeza, y asco – fueron correctamente descodificadas a través del toque. Las emociones pro-sociales, incluyendo amor, gratitud, y compasión, obtuvieron el mismo resultado.

En el estudio de 2009, Hertenstein et al. añadieron dos emociones nuevas a la capacidad de expresión emocional, que nunca habían sido descodificadas en las expresiones faciales o en la voz: la felicidad y la tristeza. El toque parece incluso ser tanto o más diferenciador que las expresiones faciales y la voz. Otra evidencia fueron las diferencias sistemáticas encontradas en la cualidad del toque para cada tipo de emoción. Por ejemplo, la rabia fue asociada con empujar y sacudir; la tristeza con hocar y abrazar; el amor con abrazar y acariciar; y la compasión con abrazar y frotar.

Después de esta breve descripción del toque, lo abordaremos en el campo de la psicoterapia y, posteriormente, de la DMT.

III

EL TOQUE EN PSICOTERAPIA

El uso del toque como un poder curativo es muy antiguo en la historia de la humanidad, y forma parte de muchos rituales religiosos y de las prácticas curativas en varias culturas (Phelan, 2009; Bonitz, 2008; Durana, 1998; Hunter & Struve, 1998; Forer, 1969). El contacto físico tiene también una importancia vital en nuestro bienestar físico y psíquico, y en el desarrollo humano (Kertay & Reviere, 1998, 1993), por lo que se podría esperar que fuera aceptado como técnica en la psicoterapia. Sin embargo, en la tradición occidental de la psicoterapia verbal el uso del toque ha sido muy controvertido y no hay consenso acerca de esta temática (Zur, 2007; Tune, 2005, Durana, 1998; Smith, 1998).

Para entender cómo se llegó a esta coyuntura, describiremos en la sección 1 de este apartado, la aparición del tabú del uso del toque en la psicoterapia, hablando de su origen en la historia del psicoanálisis, reflexionando sobre la relación entre el toque y la sexualidad, y finalizando con consideraciones de carácter cultural. Así, podremos percibir cómo el toque ha cambiado desde una intervención clínica hasta la abstinencia y la preocupación ética, para incluir también el relativismo cultural.

En la sección 2 resumiremos brevemente el uso del toque en las psicoterapias verbales y en las psicoterapias corporales, ya que tienen un enfoque muy distinto; describiremos los objetivos que el toque puede tener en el proceso terapéutico, a través de una tabla resumen con las consideraciones de los autores consultados. Inversamente, resumiremos los argumentos utilizados contra el uso del toque en la psicoterapia. Hablaremos también de los más recientes paradigmas que sirven de norte en el trabajo psicoterapéutico, asimismo refiriendo los descubrimientos de las neurociencias respecto a la relación mente-cuerpo.

En la sección 3 incluiremos la perspectiva de los clientes respecto a esta intervención, ya que son los principales beneficiados en ella. Después de describir su percepción respecto al toque, describiremos lo preconizado sobre los tipos de clientes con quienes es adecuado usar el toque o no.

En la práctica actual de la psicoterapia, las consideraciones éticas son primordiales, y el tema del toque se considera un problema ético puesto que se relaciona con el establecimiento de los límites en la relación terapéutica. En la última sección de este apartado, y después de definir brevemente lo que es la ética, hablaremos de los códigos éticos y de las guías de conducta respecto al tema, para las psicoterapias verbales y para las corporales.

1. El tabú del toque en la psicoterapia

La psicoterapia, como un arte de curación, ha heredado la tradición del toque de las raíces mágico-religiosas y de las prácticas ancestrales de los chamanes, como otras profesiones del cuidado de la salud (Smith, 1998).

En la psiquiatría de los siglos XVIII y XIX, los tratamientos eran mayoritariamente físicos y el toque se utilizaba como una parte importante para tratar las enfermedades mentales. Desde el “alineamiento magnético” de Mesmer (1734-1815) hasta el “masaje pélvico” del siglo XIX para tratar la histeria, estas eran técnicas que implicaban el toque del cuerpo de los pacientes por parte de los terapeutas (Bonitz, 2008).

Sin embargo, este uso del toque en las prácticas de curación, especialmente en el desarrollo de la psicoterapia, va a sentir un profundo impacto con el advenimiento del psicoanálisis y por el cambio de actitud hacia el toque por parte de su creador, Sigmund Freud.

1.1. Una (muy) breve historia del toque en el psicoanálisis

Freud usaba el toque con sus primeros clientes, haciendo masaje, sujetando la cabeza de los pacientes, y también les permitía que le tocaran a él (Breuer & Freud, 1955/1895, citados por Phelan, 2009 y Forer, 1969; Bonitz, 2008; Tune, 1998; Durana, 1998; Hunter & Struve, 1998). “Freud used to massage to the neck and head to facilitate emotional expression and

age regression” (Kertay & Reviere, 1993, p.33). Según Smith⁷ (1998), para Freud el Yo es “first and foremost body-ego” (p.5), y la experiencia del Yo se desarrolla como la experiencia del cuerpo; la falta de ciertas sensaciones corporales va a limitar el desarrollo del Yo.

Sin embargo, Freud cambiará de opinión en relación al uso del toque en el decurso de la propia evolución de su teoría psicoanalítica y también a causa de factores socio-culturales de su época. Este movimiento se considera el inicio de la controversia actual en relación al toque en la psicoterapia.⁸

En su época, Freud hizo un gran esfuerzo para que el psicoanálisis ganase respetabilidad científica (Phelan, 2009; Bonitz, 2008; Smith, 1998), apartándola de las técnicas más físicas de sus precedentes. El contexto social y la demanda del positivismo científico hicieron que Freud abandonara algunas de sus técnicas consideradas más ocultas, e hiciese lo posible para evitar malentendidos con respecto a la naturaleza de su tratamiento, apartando el psicoanálisis del misticismo, de la religión y del curanderismo (Mintz, 1969).

También el contexto cultural de la Viena victoriana donde Freud vivía tuvo su impacto (Phelan, 2009): después de su ensayo “The Etiology of Hysteria” de 1896, donde localizaba el origen de la histeria en traumas sexuales infantiles, Freud sufrió duras críticas por parte de contemporáneos suyos más púdicos, que lo acusaban de ‘pervertido sexual’ (Bonitz, 2008; Fosshage, 2000).

Consideramos que la evolución teórica y práctica de su obra también lo llevaron a cambiar su opinión respecto al uso del toque. Más allá de la catarsis y la asociación libre, Freud descubrió que el paciente proyecta sentimientos y emociones en la figura del terapeuta, y el análisis de la transferencia empezó a ocupar un lugar central en su método terapéutico. En el encuadre teórico y práctico del psicoanálisis, y para que la transferencia pueda ocurrir sin interferencias, el terapeuta debe permanecer tan neutral cuanto le sea posible, no añadir nada de sí mismo (Jones, 1955, citado por Forer, 1969), debe ser como una ‘pizarra en blanco’ donde son proyectados los sentimientos tranferenciales (Freud, 1912, 1915, 1919, citado por Bonitz, 2008; Fosshage, 2000; Smith, 1998). El toque y el contacto físico, por su gran impacto en las relaciones humanas, fueron así desaconsejados en la relación terapéutica.

7 Edward Smith, profesor de psicología en Georgia, editó en 1998 uno de los más importantes libros sobre el toque en psicoterapia.

8 Todos los autores consultados son unánimes en considerar el impacto del cambio de actitud de Freud en la creación del tabú del toque en la psicoterapia.

Otra razón teórica para la abstinencia del toque en el psicoanálisis ha sido el hecho de que puede ser un medio de gratificar los deseos sexuales infantiles, de acuerdo con el principio del placer. Así que, rehusar el toque, o no gratificar, fuerza los deseos sexuales infantiles hacia una consciencia articulada que, en última instancia, facilita su renuncia (Fosshage, 2000). Esta es una forma importante de frustrar al paciente en relación a sus deseos infantiles y, solamente a través de la frustración, el paciente puede motivarse para el cambio y entender sus luchas inconscientes (Bonitz, 2008; Tune, 2005; Fosshage, 2000). La frustración también va a empujar los contenidos inconscientes hacia el pensamiento del cliente, y sus fantasías y sentimientos van a ser proyectados en el analista, pudiendo entonces ser analizados.

Sin embargo, hay terapeutas contemporáneos de Freud que no están de acuerdo con esta visión del terapeuta, y en esa época podemos encontrar autores que abogaban ya el uso del toque (Balint (1952, 1968, con los pacientes en profunda regresión) y Winnicott (1958, 1965, con los pacientes psicóticos), citados por Bonitz, 2008 y por Fosshage, 2000). Además, no sólo en relación al uso del toque, sino también respecto a otras técnicas y estrategias terapéuticas, esta época va a culminar en rupturas de la comunidad psicoanalista, definidoras de las orientaciones teóricas y terapéuticas posteriores. Por ejemplo, Sandor Ferenczi, un psicoanalista contemporáneo de Freud, hacía uso del toque en sus prácticas y lo veía como una respuesta empática para con el paciente (1953, citado por Fosshage, 2000 y por Phelan, 2009). Tampoco concordaba con un analista neutral y abstinentes, como protagonizaba Freud, ya que defendía que en esta forma el terapeuta corría el riesgo de repetir el trauma original del paciente (Strozier et al., 2003).

También Wilhelm Reich (1896-1957), alumno de Freud y Ferenczi, desarrolló un método clínico que usaba el toque en la terapia, rechazando la tradicional distinción mente-cuerpo (Phelan, 2009; Bonitz, 2008; Zur, 2007; Tune, 2005). Para él, la tarea del terapeuta es ocuparse de la resistencia y de las defensas del paciente, expresadas en su postura corporal (“armadura”). La eliminación de esta armadura defensiva se alcanza a través de varias técnicas: ejercicios respiratorios, movimientos expresivos de los miembros, y presión directa de ciertos músculos del cuerpo (Bonitz, 2008, pp.395).

Por sus opiniones, tanto Ferenczi como Reich fueron expulsados de la Asociación Internacional Psicoanalítica (Fosshage, 2000; Hunter & Struve, 1998), y el tema del toque empezó a dejar de hablarse, creándose el tabú. Estas rupturas posibilitaron la creación de las terapias

corporales, en las que Reich fue referido muchas veces como su antecesor (Zur, 2007), habiendo trabajado para eliminar las barreras y restricciones del toque que habían sido impuestas por la influencia dominante del psicoanálisis inicial.

1.2. Toque y sexualidad

Más allá de las razones teóricas y del impacto nefasto (o no) del toque en el proceso terapéutico, el tema del toque en psicoterapia es probablemente la más controvertida y comentada forma de límite en esta disciplina, debido a la asociación cultural del toque a la sexualidad (Zur, 2007). Esta posible asociación ha sido muchas veces presentada explícitamente como la razón para la abstinencia del toque ya que este, supuestamente, conlleva al contacto sexual entre terapeuta y paciente.

Tras el tabú instalado en torno al tema, sólo a finales de los años sesenta, inicios de los años setenta, se empezó nuevamente a hablar del toque en la psicoterapia. Seguramente la revolución sexual de los años sesenta tuvo influencia en la apertura de este debate, tan controvertido y de cariz sexual. Antes de esta época solamente se debatían los argumentos teóricos del uso o prohibición del toque, y el tema continuaba siendo tabú entre los profesionales. Fue necesario esperar hasta finales de la década de setenta para que las investigaciones empíricas proliferasen.

En 1977, Holroyd & Brodsky, dos investigadoras de la Universidad de California y de Alabama, respectivamente, hicieron una de las investigaciones más importantes sobre el tema. En este estudio, se comparaban los resultados con una investigación hecha por Kardener, Fuller & Mensh, en 1973 (citado por las autoras), sobre el contacto erótico y no erótico entre médicos y sus pacientes. Los resultados fueron semejantes y las principales conclusiones del estudio revelaron que más terapeutas hombres que mujeres reportaban haber tenido contacto sexual con sus pacientes (5,5% vs. 0,6%), así como contacto erótico (10,9% vs. 1,9%). La mayoría de estas díadas eran terapeuta hombre-paciente mujer. No había diferencia entre el contacto sexual y erótico entre los terapeutas de las cinco orientaciones teóricas analizadas. Al revés, cuando analizamos el contacto no erótico, hubo diferencias respecto a la orientación teórica del terapeuta. Las autoras tampoco encontraron evidencia de que tocar a los pacientes *per se* vuelva más probable el contacto sexual (Tune, 2005).

Las mismas autoras siguieron investigando sobre el toque en psicoterapia y, en 1980, pusieron nuevamente a descubierto que el uso diferencial del contacto físico (el terapeuta toca a pacientes del sexo opuesto pero nunca a pacientes del mismo sexo) estaba asociado al contacto sexual. Este tipo de terapeuta está así más en riesgo de violar el límite sexual en psicoterapia. Este estudio sugiere que el contacto sexual entre terapeuta-cliente depende más de las actitudes de los terapeutas relativamente al toque que del hecho mismo de tocar (Holroyd & Brodsky, 1980).

En esta época, existieron más incidencias de contacto sexual entre terapeuta y cliente que en la actualidad (Bonitz, 2008), lo que empezó a ser criticado por la exploración evidente de la situación de vulnerabilidad del paciente por parte del terapeuta, siendo hoy considerado una clara violación de los límites de la relación terapéutica, por lo que está reglamentado en todos los códigos éticos de las profesiones de ayuda (Hunter & Struve, 1998, pp.259-261).

Incluso con las conclusiones de Holroyd & Brodsky de 1977 y 1980, en la literatura empezó a aparecer implícito el gran miedo de que el toque no erótico pueda conllevar al contacto sexual y a la explotación sexual. En los años ochenta y noventa, la visión radical del toque como un camino peligroso sin retorno, que una vez empezado ya no se puede frenar (como un *slippery slope* – Brockman, 2008; Zur, 2007; Durana, 1998), como un todo o nada (Kertay & Reviere, 1993), creó un clima de prohibición implícita hacia cualquier tipo de toque en psicoterapia, reforzando el tabú iniciado por Freud.

Parte del problema en esta visión parece ser la ausencia de distinción entre sentimientos sexuales y actividad sexual. Sin embargo, varios estudios (Pope et al., 2001, 1993, 1987, citados por Bonitz, 2008 y por Zur, 2007) indican que por lo menos en alguna ocasión los terapeutas tienen sentimientos de atracción sexual hacia sus pacientes, pero solamente una minoría tiene contacto sexual con ellos.

Otra dificultad surge cuando intentamos diferenciar el toque erótico del toque no erótico (Durana, 1998; Taylor, 1996), no solamente por la visión arriba descrita del toque como un *slippery slope*, sino también por la visión de que todo toque es intrínsecamente sexual. El origen de esta concepción del toque puede atribuirse al tabú cultural (ver adelante), así como a una fuerte influencia de la doctrina motivacional freudiana, de las pulsiones sexuales (Bonitz, 2008).

Por lo expuesto, el campo de la psicoterapia (verbal) se ha asustado con el debate del toque como una intervención clínica, y, al revés, ha pasado a discutirlo como una preocupación ética y legal⁹ (Zur, 2007; Taylor, 1996). Desde los años ochenta, algunos autores empezaron a justificar y a alertar a los terapeutas sobre el riesgo de tocar a sus pacientes debido al riesgo de los procesos judiciales contra la mala práctica profesional. En la literatura es lo que se llama gestión del riesgo (*risk-management perspective*) en relación al toque en psicoterapia. En las palabras radicales de Older (1977, citado por Strozier et al., 2003, p.51): “Touch a paranoid and risk losing a tooth, touch a seductress and risk losing your license. Touch a violent patient with a short fuse and risk losing everything.”

1.3. Toque y factores socio-culturales

Mientras muchas de las ramificaciones fisiológicas del toque son universales, su significado interpersonal solamente puede entenderse en el contexto sociocultural ya que la permisión o no para tocar varía muchísimo de sociedad a sociedad.

El Cristianismo y la filosofía cartesiana de Descartes son dos ejemplos de corrientes de pensamiento que han moldado nuestra sociedad occidental y, con su distinción cuerpo-mente, han dado su contribución para separar las intervenciones que respectan al cuerpo de las que se relacionan con la mente y el alma (Damásio, 1995; 2003). Incluso Smith (1998) apunta la dicotomía mente-cuerpo como una fuente de prejuicio contra el toque en psicoterapia, que, a nuestro entender, también contribuyó para separar históricamente los dos tipos de psicoterapia, verbal y corporal.

La medicina occidental es un ejemplo perfecto de la dicotomía cuerpo-mente, donde el diagnóstico intenta situar la enfermedad en el cuerpo o en la mente (¿el problema es físico o mental?), lo que tiene consecuencias claras para el tratamiento: si es físico, entonces el soma necesita ser tratado, a través de medios físicos – vamos al médico (*physician*, en inglés); si es mental, entonces la psique tiene que ser tratada – vamos al psicoterapeuta (*psycho-therapist*, en inglés) (Smith, 1998; Durana, 1998).

⁹ Es de notar que mucha de la literatura existente en relación al toque en psicoterapia proviene de América del Norte, una sociedad particularmente sospechosa y donde los procesos judiciales tienen mucho peso, por lo menos cuando es comparada con nuestra sociedad sur europea y latina.

Ya Anzieu (1978) había descrito que las civilizaciones occidentales industrializadas privilegiaban el sexo y la violencia, de entre los contenidos inconscientes, y despreciaban la expresión corporal, las sensaciones táctiles y los contactos.

En la sociedad occidental, los investigadores han organizado las actitudes culturales respecto al toque en un continuo de su sensibilidad cultural táctil: las personas de origen germánico son las menos táctiles, americanos e ingleses un poco más, los escandinavos ocupan una posición media, y los latinos y mediterráneos están en el otro extremo de alta tactibilidad; los asiáticos están en diversos puntos del continuo, dependiendo del país (Jourard, 1971, Mehrabian, 1971, citados por Zur, 2007; Phelan, 2009).

De todas formas, en nuestra cultura occidental vista como un todo, el toque entre adultos se se usa para señalar intenciones sexuales o como un indicador de la dinámica del poder en una sociedad patriarcal (Phelan, 2009). El toque depende de las relaciones de poder, y el poder diferencial también existe en la relación terapéutica, ya que el cliente es más vulnerable. Socialmente, lo implícitamente aceptado es que la persona de estatuto superior puede tocar las de un estatuto inferior, pero lo contrario no es permitido. Es así en las relaciones de trabajo (jefe-subordinados), en las relaciones médico-paciente, y, en particular, en las relaciones terapeuta-paciente. En la díada terapeuta hombre-paciente mujer, el toque refuerza la dinámica social vigente, es decir, el estatuto social inferior de las mujeres, lo que puede ser nefasto para todo el proceso terapéutico (Smith et al., 1998; Alyn, 1988; Cohen, 1987, citado por Zur, 2007).

2. El toque en las psicoterapias

Después de presentar el contexto socio-histórico estamos en condiciones de analizar brevemente el uso del toque en las psicoterapias verbales y en las psicoterapias corporales. Hemos optado por esta división, ya que es muy distinta la visión del toque en los dos tipos de psicoterapia como se puede concluir de lo que ha sido escrito anteriormente: si hay una abstinencia generalizada en las psicoterapias verbales, el toque se espera y se usa en las psicoterapias corporales, aunque no siempre, ni con todos los clientes. Así es importante distinguir el uso del toque en el contexto de una psicoterapia que tiene como teoría central la integración cuerpo-mente, de un enfoque que no usaba tradicionalmente el toque (Tune, 2005).

2.1. Psicoterapias verbales

... the subject of touch in analytic treatment is viewed not only as a sensitive and controversial topic, but indeed, has long been considered forbidden. As a result, it has remained an “untouched” area in the history of psychoanalysis.

Ruderman, Shane & Shane, 2000, p. 185

La gran mayoría de las psicoterapias verbales en nuestra sociedad occidental ha heredado el tabú del toque directamente del psicoanálisis (Bonitz, 2008). Este hecho ha influido en los discursos sobre el toque, donde la prohibición y la cautela son las dominantes, especialmente en las terapias de orientación analítica o dinámica. En la perspectiva psicoanalítica tradicional, como hemos visto, el toque no es recomendado, con algunas excepciones puntuales (Stenzel & Rupert, 2004).

La herencia del tabú del toque no ha impedido a los terapeutas emplearlo, y muchos de ellos lo usan de vez en cuando, con algunos clientes, de diferentes maneras y por diferentes razones: “It may be that the touch taboo is not deterring many therapists from using touch, but is strong enough to keep them from admitting it to one another.” (Wilson, 1982, p. 24, citado por Tune, 2005, p.74).

En terapeutas con una orientación distinta del psicoanálisis, como la humanista, el uso del toque como un adjunto de la psicoterapia verbal es más frecuente y aceptado como una intervención terapéutica (Rauch, 2005). Estos terapeutas ponen un gran énfasis en la espontaneidad y la autenticidad de la relación terapéutica, y validan la expresión libre de los sentimientos del terapeuta. El encuentro persona a persona es el principal impulso para el crecimiento. Estas ideas ya eran abogadas por Rogers (1979) lo que ha abierto la oportunidad para experimentar el uso del toque en la psicoterapia de cariz humanista (Tune, 2005). En esta línea de pensamiento, el toque no erótico es visto como un medio de comunicación y de expresión afectiva (Bonitz, 2008, Hunter & Struve, 1998; Stenzel & Rupert, 1994).

En una de las corrientes humanistas, la Gestalt, que enfatiza la integración del cuerpo y de sus sensaciones, el uso del toque es visto como un medio de establecer contacto entre el terapeuta y el cliente (Bonitz, 2008; Phelan, 2009) y tiene un rol importante en la

facilitación de la catarsis emocional. Muchas formas de toque directo y/o sutil son generalmente usados por el terapeuta gestáltico para ayudar a sus clientes a tomar consciencia de sus sentimientos del momento, o para descargar la energía bloqueada de algunos 'asuntos no cerrados' de su pasado, y completar el ciclo (Tune, 2005, p. 72).

En las psicoterapias cognitivas y comportamentales casi no se encuentran directivas respecto al uso del toque, sugiriendo que este se evita generalmente en detrimento de otras intervenciones (Stenzel & Rupert, 1994).

2.2. Psicoterapias corporales

Las psicoterapias corporales son un campo distinto de la psicoterapia, que comparten una teoría distinta del funcionamiento de la unidad cuerpo-mente, siendo esta unidad primordial en la terapia. Muchas de las corrientes psicoterapéuticas contemporáneas que usan el cuerpo han evolucionado de las llamadas terapias corporales, añadiéndoles la importancia de la relación terapéutica en su método (Young, sin data).

Una gran mayoría de los terapeutas corporales usa a menudo el toque (Young, 2007), pero este no es imprescindible. La premisa básica de estas terapias no es tanto el uso del toque, pero sí que el cliente esté en contacto con sus sentimientos a través del uso de su propio cuerpo (Phelan, 2009).

La inclusión del toque como estrategia terapéutica en las psicoterapias corporales ocurre desde la época de Wilhelm Reich. Uno de sus seguidores, Alexander Lowen, ha creado la bioenergética, definida como una técnica terapéutica para ayudar a la persona a reencontrarse con su propio cuerpo y a apreciar al más alto nivel posible la vida del cuerpo (Lowen, 1981). Con su análisis bioenergético, el autor pretende conseguir una mejor comprensión de cómo perturbaciones específicas se manifiestan en posturas corporales y tensiones características. Lowen también ha redefinido las técnicas terapéuticas de Reich, incluyendo el uso del toque (Bonitz, 2008). En las palabras de Lowen (1981):

The importance of touching is becoming recognized as a primary form of contact and its value in the therapeutic situation is not questioned. Of course any physical

contact between therapist and patient places a great responsibility on the therapist to respect the therapeutic relationship and to avoid any sexual involvement with the patient (p. 27).

El toque se usa en bioenergética para palpar y sentir los espasmos o bloqueos musculares; para aplicar la presión necesaria para soltar o reducir la contracción muscular; y para establecer contacto a través de un toque gentil y reafirmante que da apoyo y calidez (Lowen, 1981, p. 91-94).

Actualmente, las terapias corporales se han aceptado como psicoterapias, pero han tenido un largo precurso hasta lograrlo. Según Young (sin fecha), un psicoterapeuta corporal, las razones de eso colocan el tema del toque justo en el centro de la discordia:

Historically Body-Psychotherapy has been somewhat marginalised by some of the more traditionally accepted branches of psychotherapy; possibly because of historical and societal anathemas about touch.

El toque como técnica de las psicoterapias corporales engloba la presión directa; la invitación al cliente para colocarse en una posición que fuerce una área específica del cuerpo para facilitar la relajación; varias formas de masajes; y el trabajo con la respiración. El toque terapéutico no es una sorpresa para los clientes en estas psicoterapias, ya que es parte integrante de la terapia, tal como lo es para alguien que busca un masaje o una sesión de osteopatía (Tune, 2005).

2.3. Tipos de toque en la psicoterapia

Numerosos autores (ver tabla) intentaron percibir qué tipo de toque suele pasarse en la diada terapéutica y con qué objetivos y funciones se utiliza. En este análisis no hemos separado las psicoterapias verbales de las corporales, ya que, más allá del toque técnico (como el masaje, por ejemplo), lo que los autores preconizan puede suceder en el seno de cualquier relación terapéutica, independiente del paradigma clínico utilizado. Un resumen de las variadas opiniones se encuentra en la tabla siguiente, y su posterior análisis será presentado en la discusión de esta tesina.

Autor	Funciones y objetivos del toque – El toque puede ser usado para:
Mintz (1969)	Providenciar un cuidado parental simbólico; Comunicar aceptación, cuando el paciente se está odiando de forma insoportable; Fortalecer o reponer el contacto con la realidad, en estados de ansiedad; Explorar controladamente sentimientos agresivos (pulseo); Expresar naturalmente los sentimientos auténticos del terapeuta para con el cliente.
Older (1982)	Enfatizar una afirmación verbal; Enfocar la atención del paciente; Vigorar a un paciente bloqueado.
Kertay & Reviere (1993, 1998)	Llegar al cliente cuando la comunicación verbal no es posible; Marcar la comunicación verbal; Establecer seguridad; Expresar aceptación al cliente; Explorar sentimientos agresivos de una forma controlada (ej: <i>arm werstling</i>).
Hunter & Struve (1998)	Reorientar a un cliente; Enfatizar un punto; Acceder a memorias y emociones; Comunicar empatía; Proporcionar seguridad o calmar a un cliente; Apoyar el aumento de la fuerza del yo; Cambiar el nivel de intimidad; Servir como un adjunto a la hipnosis; Ayudar en el trabajo con experiencias traumáticas pasadas.
Durana (1998) Fosshage (2000)	Disolver la resistencia; Expresar un cuidado maternal simbólico; Comunicar aceptación; Comunicar un sentido de realidad.
Tune (2005)	Función estabilizadora: providenciar contención o una base segura. Función evocativa: facilitar la expresión de sentimientos. Función de cuidar: providenciar un cuidado nutritivo. Función relacional: providenciar un contacto real, con refuerzo de la presencia física y psíquica del yo.
Nick Totton (2003)	Confortar y dar apoyo; Explorar la respuesta del cliente al contacto; Amplificar la atención a las sensaciones corporales; Provocar y facilitar la descarga somática / emocional; Providenciar una intervención especializada.
Fagan (1998)	Impedir el daño propio o del paciente, o impedir la destrucción de la propiedad; Solidificar la relación terapéutica; Ayudar al paciente a experimentar emociones o a comunicar a través del toque; Evocar o intensificar estados emocionales (para facilitar el duelo o la rabia); Aumentar la conciencia corporal, como la concienciación de la tensión; Evocar estados emocionales pasados y/o traumas; Facilitar el <i>reparenting</i> .
Eiden (2010)	Reducir la armadura corporal; Facilitar un sentimiento de seguridad y contención; Hacer la ligación entre la consciencia fisiológica y los sentimientos; Evocar las memorias corporales.

Autor	Tipos de Toque
Leijssen (2006)	1. Afectivo-atencional. 2. Emocional-expresivo. 3. Catártico.
Zur (2007)	1. Como adjunto de la psicoterapia verbal: gestos sociales y rituales para saludar; indicadores de la conversación; consolador / tranquilizador; lúdico; de reorientación o grounding; orientado para la tarea; como una experiencia correctora; para dar instrucciones o de modelación; de celebración o felicitación; de capacitación a través de la experiencia; referencial; inadvertido; prevenir el cliente de hacer daño a él mismo o a los demás; como auto-defensa del terapeuta. 2. El toque terapéutico como herramienta de las psicoterapias corporales 3. El toque no ético-inapropiado toque sexual; toque violento/hostil; toque como punición.

2.4. Argumentos contra el uso del toque en psicoterapia

Many would warn against the use of touch in the professional setting, because touch for many of our clients has been used to hurt or exploit. We fear the harmful or ambiguous meaning that touch may carry and our own inability to reach or understand a patient's conscious or unconscious phantasies stirred by touch. We are afraid that they, even with our help, will not be able to put into words complex associations and deeper meanings of touch used professionally.

Strozier et al., 2003, p.49

Mas allá del miedo del terapeuta en usar el toque expreso en la citación arriba indicada, hay autores que siguen refiriendo los argumentos psicoanalíticos respecto al toque, a pesar

de las evidencias actuales contra ellos (ver adelante). Para estos autores, el toque puede (Strozier et al., 2003; Kertay & Reviere, 1998; Mintz, 1969):

- interferir con la transferencia, contaminándola;
- fomentar la dependencia y gratificar necesidades infantiles, pudiendo disminuir la motivación del paciente para la terapia o llevarlo a evitar el material terapéutico;
- causar daño a la relación terapéutica.

En su extensa revisión bibliográfica, la profesora de psicología Bonitz (2008) sintetiza los argumentos contra el uso del toque:

- su potencial para causar daño, incluyendo el potencial rol del toque en el contacto sexual entre terapeuta y cliente;
- el peligro de ser malinterpretado;
- el riesgo de promover la dependencia;
- el refuerzo de las dinámicas sociales de poder.

Spotnitz (1972, citado por Strozier et al., 2003) advierte que el toque puede tener significados distintos para diferentes clientes y los que tienen un tipo de transferencia negativa hacia el terapeuta, pueden vivenciar el toque como irrespetuoso o incluso amenazador. Cliente y terapeuta deben estar preparados para la posibilidad de una regresión y/o respuesta violenta.

El toque en la terapia plantea la cuestión de las diferencias del poder y puede tener implicaciones más serias en la relación terapeuta hombre y paciente mujer (Alyn, 1988).

Con el objetivo de prevenir estas situaciones, el uso del toque no es apropiado cuando (Kertay & Reviere, 1998):

- el paciente esté intentando manipular al terapeuta, adoptando una posición de impotencia;
- el terapeuta o el paciente no quieren ser tocados;
- hay fuerte probabilidad que el paciente interprete mal el significado del toque, como por ejemplo en clientes hostiles o paranoides;
- el terapeuta siente crecer sentimientos hostiles o sexuales en relación al paciente.

2.5. Una perspectiva contemporánea

Dos grandes cambios de paradigma han ocurrido en la psicología, lo que ha influenciado la psicoterapia, e incluso el psicoanálisis (Fosshage, 2000):

1. el cambio de una búsqueda de una ciencia positivista hacia una ciencia relativista, donde el observador siempre afecta al observado;
2. el cambio de un modelo exclusivamente intrapsíquico del ser humano a un modelo intersubjetivo o relacional.

Estos cambios han tenido un impacto profundo en el debate sobre el toque en la psicoterapia, especialmente en el seno de los terapeutas psicoanalíticos. Así, en el siglo XXI esta misma disciplina, que había abogado la abstinencia del toque, empieza haciendo cambios en su forma de entender el tema.

Un ejemplo puede encontrarse en Fosshage (2000), que analiza el concepto de transferencia a la luz de estos cambios paradigmáticos, reformulando que tanto el paciente como el analista co-contribuyen para la experiencia vivida por el paciente. En este nuevo modelo, la neutralidad, la abstinencia del toque, el rol de pizarra en blanco, son acciones del terapeuta que contribuyen para la transferencia del paciente: no hay como huir de este impacto del terapeuta en la experiencia del paciente, como pretendía Freud. Fosshage (ibid) afirma que el reconocimiento de esta contribución del analista nos vuelve más conscientes de las formas de comunicación complejas y sutiles, verbales y no verbales, que están en juego en el escenario psicoanalítico.

Bar-Levav nos ofrece una visión más radical (1998, p. 55): “Prohibir el toque con base en la posibilidad de estimular una transferencia erótica refleja esencialmente los miedos del terapeuta. A pesar de ser aceptada generalmente como un hecho, esta asunción es teóricamente incorrecta.”¹⁰

Mohacsy (1995), un psiquiatra americano hablando de la comunicación no verbal en las sesiones de psicoterapia, refiere que las dos formas de comunicación, kinestésica y verbal, no pueden ser analizadas por sí solas, ni las del terapeuta, ni las del cliente. El autor va más lejos, refiriendo que los pacientes observan con mucha atención todo y cualquier

10 Traducido del inglés por Sónia Malaquias: “Forbidding touch on the basis of the possibility of stimulating an erotic transference essentially reflects the fears in the therapist. Though it is often expressed as a generally accepted fact, such assumption is also theoretically incorrect” (Bar-Levav, 1998, p.55).

movimiento del terapeuta, por lo que la actitud de ‘neutralidad’ es también englobada en la visión que el paciente construye del terapeuta.

Para Leijssen (2006), psicoterapeuta y profesora de psicología en Bélgica, “Therapist and client are never just “talking”; they are always “bodies interacting” (p. 127). Esta autora explica cómo se puede incorporar el cuerpo en la psicoterapia, situando las varias escuelas en un continuo que va desde lo verbal a lo no verbal, es decir también, desde la no inclusión del cuerpo hasta la inclusión de este en el proceso terapéutico.

Todas estas premisas en relación a la comunicación no verbal y verbal, a la no distinción mente-cuerpo, encuentran hoy confirmación en las conclusiones de las neurociencias: la persona es un cuerpo y la unidad mente-cuerpo es fundamental. En las palabras de Damásio (1995, p.18):

- (1) El cerebro humano y el resto del cuerpo constituyen un organismo indisoluble formando un conjunto integrado por medio de circuitos reguladores (...); (2) el organismo interacciona con el entorno como un conjunto: la interacción no es ni exclusivamente del cuerpo ni del cerebro; (3) las operaciones fisiológicas que denominamos por mente derivan de ese conjunto estructural y funcional y no sólo del cerebro.

3. Los pacientes y el uso del toque en psicoterapia

Como el significado del toque es idiosincrásico, hablaremos de las investigaciones sobre la percepción de los clientes respecto al toque. También presentaremos las reflexiones de numerosos autores sobre el tipo de clientes para los que el toque puede ser benéfico y los clientes para los cuales es mejor no utilizar el toque.

3.1. La percepción de los clientes

Pamela Geib (1998), profesora de psicología en Harvard, estudió cualitativamente la percepción de los clientes respecto al toque de sus terapeutas, y descubrió cuatro factores que contribuyen para una valoración positiva del toque en el proceso terapéutico:

1. El cliente tiene la sensación de estar en control del contacto.
2. El toque es una respuesta a una necesidad del cliente y no del terapeuta.

3. La experiencia del toque se procesa verbalmente después de haber ocurrido.
4. La intervención es congruente con el nivel de intimidad emocional en la relación.

Al revés, véanse los factores que hacen que el toque sea vivido como una experiencia problemática por los pacientes:

1. Se sienten amados y valorados, pero es consecuentemente más difícil expresar sentimientos negativos.
2. Se sienten culpables de expresar rabia hacia el terapeuta.
3. El terapeuta es percibido como carente y vulnerable, y necesitando de protección de los sentimientos del cliente.
4. La terapia recrea la dinámica original del trauma y no ayuda a solucionarlo.

Horton et al. (1995) estudiaron los cuatro factores identificados por Geib (1998) y confirmaron sus resultados. Concluyen que casi todos los pacientes clasifican el toque de sus terapeutas como positivo y lo evalúan como más útil cuando:

- es congruente con el tema presentado (soledad y temas de auto-estima);
- el paciente había pedido ser tocado;
- cuando tuvieron la oportunidad de comunicar sus sentimientos al terapeuta.

Las respuestas de los clientes en este estudio indican que un 69% cree que el toque promueve la conexión, la confianza y una mayor apertura hacia el terapeuta y un 47% siente que el toque comunica aceptación y aumenta su auto-estima. Los autores concluyen que los pacientes sienten que el toque refuerza el sentimiento de preocupación hacia ellos, por parte de los terapeutas, de que estos se involucran, lo que permite a los clientes asumir más riesgos en el proceso terapéutico. Esto sostiene la conclusión poco ortodoxa de que gratificar al paciente no disminuye su motivación hacia el cambio ni el proceso terapéutico. Al revés, puede ayudar a tolerar el sufrimiento de la terapia, con un consecuente trabajo más profundo y rápido (Horton et al., 2005).

En otra investigación, Willison & Masson (1986, citados por Bonitz, 2008) concluyen que los clientes que fueron tocados por sus terapeutas tienden a relacionar más información y perciben al terapeuta como alguien más digno de confianza.

3.2. Pacientes con quienes es adecuado usar el toque

Para Toronto (2001), una terapeuta psicoanalítica que asume el uso del toque, es adecuado usarlo con pacientes cuyas patologías ocurrieron en un período precoz de la niñez, antes de la adquisición del lenguaje, y antes de una diferenciación estructural significativa. Para esta autora, en estos pacientes hay que reevaluar las herramientas psicoanalíticas (la asociación libre y el análisis de la transferencia), ya que ellos no poseen los medios verbales suficientes para usarlas de manera terapéutica. Frecuentemente, el terapeuta tiene que providenciar el *holding* reparador, comunicado no verbalmente, antes de que un trabajo basado en el conflicto simbólico pueda procesarse. Así, la autora aconseja el uso del toque en pacientes que no tienen una capacidad significativa para trabajar simbólicamente (Toronto, 2002; 2001).

En su texto de 2003, Strozier et al., presentan una breve revisión de los estudios que abogan por la utilización del contacto físico con pacientes esquizofrénicos (ver discusión).

También Bonitz (2008) concuerda con la utilización del toque en clientes con rasgo esquizoide, y añade a los pacientes con deficiencias en la vinculación y en las conexiones afectivas; a los clientes muy funcionales pero exclusivamente en el nivel intelectual; a aquellos que perciben la necesidad de proximidad como vergonzosa; y a los clientes en crisis de angustia.

Tune (2005, p.71) también refiere a los clientes con desórdenes precoces en la vinculación y con traumas, como potenciales candidatos al uso del toque:

Quando trabajamos en un nivel pre-edipiano, es difícil asociar la necesidad de contención del paciente con la transferencia sexual, ya que cualquier ansia por el amor del terapeuta es más probablemente una expresión de un anhelo muy anterior de ser cuidado con seguridad por su madre.¹¹

Bar-Levav (1998, pp. 53-54) también preocupado con este tipo de clientes, cuyos desórdenes tuvieron lugar en una fase sin lenguaje verbal, afirma:

11 Traducido del inglés por Sónia Malaquias: "...when working at the pre-oedipal level, associating the patient's needs for holding with sexual transference is difficult to argue, as any yearnings for the therapist's love are more likely to be an expression of a much earlier longing to be mothered safely." Tune (2005, p. 71).

¿Cómo podemos acceder y cambiar ese conocimiento pre-verbal? Seguramente que no es hablando desde nuestro cortex al paciente. Eso se consigue a través del establecimiento repetido de un contacto exquisito con el niño desconfiado y miedoso que está en el paciente adulto. Persistimos hasta que el bebé interno frágil empiece sintiéndose seguro en el encuadre terapéutico.¹²

Holroyd & Brodsky (1977) presentan sugerencias del uso del toque: 1) para los clientes inmaduros social o emocionalmente (niños, pacientes con esquizofrenia o con una historia de privación de cuidados maternos); 2) en momentos de estrés agudo (luto, trauma, depresión severa); 3) para un apoyo emocional más general, incluyendo calidez, refuerzo, contacto, confort; 4) para saludar o terminar la sesión o la terapia.

En cuanto al momento del proceso terapéutico, Toronto (2002; 2001) refiere que el toque sólo puede ser utilizado cuando ya está establecida una relación basada en la confianza y en la seguridad; que se debe esperar a que sea el paciente quien inicie el toque; que se debe haber trabajado otros aspectos de la comunicación no verbal; y cuando hay un “impasse” terapéutico.

3.3. Clientes con los cuales no es adecuado usar el toque

Intentando evitar las contraindicaciones del toque, no es aconsejado usarlo con determinado tipo de pacientes, tales como los pacientes que (Toronto, 2001):

- testan continuamente los límites de la relación terapéutica;
- ya superaron los límites sexuales con otro terapeuta;
- constantemente exigen atención;
- constantemente intentan agradar a los demás;
- son dependientes y sin autonomía;
- luchan con cuestiones de control de los impulsos;
- tienen fantasías sexuales explícitas para con el terapeuta y/o comportamientos con una gran dosis de erotismo adulto.

12 Traducido del inglés por Sónia Malaquias: “But how do we address and change such preverbal ‘knowledge’? Surely not by talking from our cortex to the patient’s. It is done by repeatedly establishing exquisite contact with the distrustful and scared infant within the adult patient. We persist until the fragile inner baby begins to feel safe in the therapeutic setting.” (Reveun Bar-Levav, 1998, pp. 53-54).

En Bonitz (2008) podemos encontrar referencias a los tipos de pacientes con quienes debe evitarse el contacto físico: aquellos con una historia de bajo control de sus límites; pacientes con funcionamiento *borderline*; pacientes demasiado seductores.

4. Ética del toque en psicoterapia

La perspectiva ética es muy importante respecto al toque en psicoterapia dada la relación desigual entre terapeuta y paciente. En los años 80 y 90 el foco del debate acerca del toque en psicoterapia ha cambiado de una perspectiva teórica y clínica, para consideraciones éticas y de gestión del riesgo. Algunos autores defienden que, desde el punto de vista aislado de la gestión del riesgo, el comportamiento más seguro es no tocar a los pacientes, para evitar la amenaza de litigio por mala conducta profesional (Gutheil & Gabbard, 1993; Simon, 1989, citados por Bonitz, 2008; Zur, 2007).

Esta posición fue atacada desde muy temprano por otros terapeutas que temían que la adherencia restricta e inflexible a una regla, los restringiese en su capacidad creativa y en su responsabilidad de escoger la mejor estrategia terapéutica de acuerdo con el paciente. Argumentaron que una cuestión de salud mental estaba siendo definida por una perspectiva estrictamente legal y judicial, sin tener en cuenta los posibles efectos terapéuticos del toque (Lazarus, 1994).

En esta sección, debatiremos la ética del uso del toque en psicoterapia, definiendo primero lo que se entiende por ética. Analizaremos después el toque según esta perspectiva, en los dos tipos de psicoterapia, y hablaremos de los códigos éticos y de posibles guías de conducta respecto al tema, tanto para las psicoterapias verbales como para las corporales.

4.1. ¿Qué es la ética?

La ética es una rama de la filosofía que estudia los valores y la moral. Es una disciplina en constante evolución, ya que el propio desarrollo de las sociedades humanas hacen cambiar la forma como percibimos las responsabilidades hacia los demás y como entendemos los principios éticos básicos, como la verdad, la justicia, el cuidado y la moral (Hervey, 2007). En el campo de la filosofía, podremos considerar la ética pura, exclusivamente teórica, y la ética aplicada, que es la que nos interesa en este trabajo.

Las definiciones de ética no son cerradas ni consensuales entre clases profesionales ni en la misma clase. Véase el ejemplo, extraído del código ético de la Asociación Europea de Psicoterapeutas Corporales (EABP):

As a European association, we are aware that the word “ethic” has slightly different meanings and implications in different languages and cultures. After numerous discussions between colleagues of most European countries, we have arrived at a consensual meaning for the professional ethical code of the EABP. Ethics refers to the spirit that animates the attitude and behaviour of persons we recognize as body psychotherapists.

En la práctica profesional de las relaciones de ayuda, las consideraciones éticas son primordiales, ya que existe una relación entre dos o más personas, cuya responsabilidad y poder son desiguales. Para ayudar a los profesionales a actuar según la ética, así como para proteger a los pacientes, han sido creados códigos éticos, donde se describen principios éticos generales y estándares de comportamiento, directrices o guías de conducta donde basar la práctica. Cada clase profesional acuerda estos principios, y hay variaciones en el seno de los profesionales.

4.2. Los códigos éticos y las guías de conducta (guidelines)

Hay un principio ético común a todos los profesionales de salud que es la prohibición de relaciones sexuales entre terapeuta y cliente, así como el uso del contacto físico violento (Phelan, 2009; Bonitz, 2008; Zur, 2007; Hunter & Struve, 1998; Smith et al., 1998). Como hemos visto, la cuestión del toque ha recaído precisamente en el centro de esta polémica, por la asociación cultural del toque y de la sexualidad, por la dificultad de definición de límites entre toque erótico y no erótico, y entre sentimientos eróticos y conducta sexual.

Más allá de la prohibición de relaciones sexuales y violentas con el paciente, los códigos éticos y las directrices no son para observarse como ley o moralidad, sino como una manera de pensar y abordar determinados asuntos. Las directrices son como un recurso para orientar a los profesionales hacia un comportamiento competente y responsable (Código Ético de la EABP).

La generalidad de los autores consultados concuerda con esta posición, y cree que el toque, como cualquier otra intervención terapéutica, no puede prescribirse, y debe ser integrado e incorporado en la relación y el encuadre de la terapia, guiado por razones teóricas, éticas y culturales, y por la consciencia del terapeuta y el conocimiento del paciente (Bonitz, 2008; Tune, 2005).

El toque depende grandemente del contexto en el que se utiliza, y debe considerarse también si es usado en un momento preciso, por ejemplo, en una situación de crisis, como adjunto a la psicoterapia verbal, o si es integrado de forma más continuada en un trabajo psicocorporal.

4.2.1. Psicoterapias Verbales

En relación al toque, no hay en la actualidad guías de conducta específicas y estándares que regulen el uso del contacto físico en psicoterapia (Bonitz, 2008; Zur, 2007; Durana, 1998). El toque no erótico, apropiado clínicamente, no se considera no ético en la psicoterapia y no es prohibido en los varios códigos éticos (Zur, 2007).

Dado que no hemos encontrado directrices en los códigos éticos respecto al toque, hemos incluido lo que dicen los autores en la literatura consultada, de forma a providenciar algunas guías de conducta (Bonitz, 2008; Zur, 2007; McNeil-Haber, 2004; Durana, 1998; Hunter & Struve, 1998; Kertay & Reviere, 1993, 1998). Las guías están divididas de acuerdo con el actor que tiene más peso en cada una de ellas: el terapeuta, el cliente y la relación terapéutica.

El contexto del terapeuta

1. El terapeuta debe tener un encuadramiento claro de sus razones para usar esta intervención. Las razones pueden ser teóricas o basadas en otras consideraciones (éticas, de la historia del paciente, etcétera).
2. Debe sentirse cómodo con el toque y debe ser consciente de su postura hacia el contacto físico.
3. Debe tener formación y conocimiento anterior adecuados sobre varias temáticas que pueden surgir cuando se usa esta intervención (conocimiento del impacto y función del toque).

4. Cuando tiene dudas, debe hacer uso de la supervisión.
5. Debe conocer los códigos éticos relevantes para su profesión, así como reglas y reglamentos específicos de la organización a la que pertenece.

El contexto del cliente

1. El toque es siempre para el beneficio del paciente y no del terapeuta. El terapeuta debe siempre examinar su motivación para tocar a un cliente particular.
2. El cliente debe dar su consentimiento (o en el inicio de la terapia o en el momento preciso). Desde un punto de vista de gestión del riesgo, debe conseguirse consentimiento escrito por parte del cliente.
3. El cliente siempre puede decir 'no' y esto debe ser claramente explicitado.
4. Debe monitorizarse la reacción del cliente (verbal y no verbal) al toque.
5. La percepción del cliente y el significado subjetivo del toque para él deben ser explorados.
6. Deben tenerse en cuenta las características del cliente. El toque es más benéfico para algunos tipos de cliente que para otros (ver más adelante).

La relación terapéutica

1. El toque debe estar arraigado en un contexto terapéutico más amplio y debe ser usado con cuidado. En alternativa, debe considerarse una intervención que comporta los mismos resultados pero que es menos arriesgada.
2. Debe haber sido establecida anteriormente una fuerte alianza terapéutica.
3. Debe analizarse la posibilidad de una transferencia o contratransferencia erótica. Si es ese el caso, entonces el toque debe ser discontinuado.

4.2.2. *Psicoterapias corporales*

Los psicoterapeutas corporales guían sus prácticas de acuerdo con códigos éticos que son más precisos respecto al toque que los de los psicoterapeutas verbales (Hunter & Struve, 1998, p.223).

La Asociación Estadounidense para las Psicoterapias Corporales¹³ (USABP) reconoce que el uso del toque es legítimo en la práctica de las psicoterapias corporales y que tiene un

13 United States Association for Body Psychotherapy (USABP).

rol valioso cuando es usado con competencia y con límites claros, reconociendo asimismo que el toque no es apropiado en todos los casos (Phelan, 2009). Su código ético de 2001, después de hablar específicamente de que el toque debe ser objeto de consentimiento informado por parte del cliente, antes de la terapia, tiene una sección de sus estándares exclusivamente dedicada al toque, que proporciona guías de conducta explícitas, en ocho puntos (USABP, 2001, VIII – Ethics of Touch, p.7), que resumimos a continuación.

El primero considera que los psicoterapeutas corporales deben hacer una evaluación de cada cliente en el sentido de saber si es adecuado el uso del toque o no. En esa evaluación deben ser considerados los siguientes factores:

- la capacidad del cliente para dar un consentimiento informado genuino;
- el desarrollo del cliente;
- el diagnóstico;
- la historia personal del cliente respecto al toque y su posible impacto en la transferencia;
- la habilidad del cliente de integración de las experiencias de toque;
- el estilo particular de interacción del terapeuta en el trabajo con los pacientes, cuando usa el toque.

Después de ser evaluada la capacidad del cliente para entender la información vehiculada por el terapeuta respecto al consentimiento, y después de que este haya sido dado, el psicoterapeuta debe continuar buscando pistas verbales y no verbales respecto al uso del toque, ya que las objeciones o problemáticas del cliente pueden ser muchas veces inconscientes. En el consentimiento inicial debe también ser explicitado el derecho del cliente a rehusar o terminar cualquier tipo de toque por parte del terapeuta, así como el valor terapéutico de la manutención de límites sexuales claros respecto al toque.

Finalmente, se vehicula también que la aplicación de las técnicas que implican el toque requieren un alto grado de integración y claridad interna del terapeuta, que debe prepararse para ellas a través de formación y supervisión respecto al uso del toque, recibiendo terapia que incluya el toque, y requerir supervisión apropiada, si algún tema problemático surge en el curso del tratamiento.

El propio código ético de la Asociación Europea de Psicoterapeutas Corporales (EABP) no es explícito respecto al toque, pero lo integra en los otros métodos disponibles para las psicoterapias corporales. De su preámbulo a las guías de conducta, destacamos:

Body Psychotherapists (...) make every effort to protect the welfare of those who seek their services... They use their skills only for purposes consistent with these values and do not knowingly permit their misuse by others. The same ethical principles apply to the specific methods of body psychotherapy, such as touch and movement and other bodily interventions.

De este modo, no presentan guías de conducta específicas respecto al toque en su profesión. Tampoco en la literatura consultada el toque parece ser una preocupación para los psicoterapeutas corporales, por lo menos tanto como en las psicoterapias verbales. Creemos que eso se debe a la integración histórica del toque como 'técnica' en este tipo de terapias, por lo que los clientes esperan que el toque sea utilizado, así como por el trabajo corporal que estas terapias incluyen.

IV

EL TOQUE EN LA DANZA MOVIMIENTO TERAPIA

En la DMT, el toque y el contacto físico se usan como parte del proceso terapéutico, en un mayor porcentaje de casos que en la psicoterapia tradicional verbal (Willis, 1987, citado por Popa & Best, 2010 y por Christ, 2002). Además, en esta disciplina las temáticas del cuerpo son primordiales y en el presente trabajo el uso del toque se observa desde esta perspectiva. ¿Cómo se conceptualiza el toque en el contexto de una psicoterapia que tiene como teoría central la integración cuerpo-mente; que usa la información del cuerpo como relevante para la toma de decisión terapéutica; que usa el cuerpo (el del paciente y también el del terapeuta) como una herramienta para construir la relación terapéutica y para desarrollar el proceso terapéutico?

En la primera sección de este apartado, y justificando la metodología de esta tesina, describiremos brevemente lo que es la DMT, para compararla con las terapias verbales y con las terapias corporales, y así poder inferir acerca del uso del toque en esta disciplina que engloba conceptos de las otras dos.

Para profundizar esta reflexión, seleccionamos cinco características específicas de la DMT, que nos permitirán crear un todo cohesivo donde atender al uso del toque, ahora desde el punto de vista de esta forma de psicoterapia. Es esta descripción de la DMT la que nos permitirá llegar a las conclusiones de esta tesina, por lo que hemos tenido que profundizarla.

Posteriormente, situaremos de forma breve lo que se dice acerca del toque y del contacto físico en DMT, describiendo un modelo de trabajo que utiliza las características de la

técnica de contacto-improvisación como un ejemplo de integración del uso del toque en DMT. Es la sección 3 de este apartado.

En la sección 4, agruparemos las referencias al toque encontradas en la literatura específica de la DMT, para poder concluir sobre lo que pueden ser las estrategias de su utilización. Hemos creado un sistema de cuatro categorías del toque, dejándonos inspirar por el concepto de toque como un continuo, presentado por Hunter & Struve (1998, p. 159-176), pero añadiendo la sensación táctil al modelo de los autores.

Finalmente, analizaremos la ética del toque en DMT, donde abordaremos dos códigos éticos de la profesión (de la Asociación Española de DMT – ADMTE y de la Asociación Británica de DMT – ADMTUK), y analizaremos las guías de conducta para las terapias verbales y corporales presentadas anteriormente, a la luz de la DMT, con el objetivo de poder esclarecer su aplicabilidad en esta disciplina.

1. ¿Qué es la Danza Movimiento Terapia (DMT)?

Según Panhofer & Rodríguez (2005), “la DMT es una especialidad en psicoterapia que utiliza el movimiento como un proceso para promover la integración emocional, cognitiva y física del individuo” (p. 50). Su principio primordial es que el movimiento corporal refleja estados emocionales interiores y que el cambio en el movimiento puede conllevar el cambio psicológico, promoviendo así la salud y el crecimiento (Levy, 1988). Se considera una psicoterapia creativa, que trabaja con el cuerpo y su propio lenguaje expresivo, utilizando el movimiento creativo y la danza como medio para enfrentarse a un proceso personal de integración y de crecimiento (Bernstein, 1972, citado por Panhofer & Rodríguez, 2005). Sin embargo, el objetivo no es crear ninguna danza específica, por eso se orienta hacia el proceso y no hacia el producto final (Stanton-Jones, 1992).

En el origen y desarrollo de la DMT como psicoterapia encontramos los aspectos terapéuticos de la danza, desde los tiempos ancestrales del hombre; el movimiento creativo e improvisado de la danza moderna; y los principios de la psicoterapia individual y de las interacciones interpersonales en los grupos (Schmais & White, 1986).

La teoría de base y los principios de la psicoterapia de la DMT van a procurar información científica e inspiración a varios campos del saber: a la psicología y sus variadas corrientes

(psicoanálisis, gestáltica, sistémica, etcétera), destacándose la psicología del desarrollo humano; a la psicología aplicada a la terapia (los métodos psicoterapéuticos); a las investigaciones y teorías sobre la comunicación no verbal; y a los sistemas y métodos de análisis y notación del movimiento (Panhofer, en prensa; Panhofer & Rodríguez, 2005).

El trabajo psicoterapéutico está fundamentado en los siguientes principios (Rodríguez, 2009; Reca, 2005; Meekums, 2002; Stanton-Jones, 1992; Levy, 1988; Schmais & White, 1986):

1. La conexión entre mente y cuerpo, por lo que los cambios al nivel del movimiento pueden afectar al funcionamiento total del individuo.
2. Como psicoterapia que es, la DMT ocurre en el seno de una relación terapéutica, basada en la creación de un espacio seguro y de confianza, donde el terapeuta se relaciona con el paciente a través del lenguaje verbal y no verbal / movimiento, incluyendo muchas veces la interacción activa entre ambos.
3. El movimiento puede ser una evidencia del inconsciente, contenidos de la mente como ideas, imágenes y sentimientos que no están presentes en el campo de la consciencia.
4. El movimiento puede conllevar a *insights* sobre nosotros, lo que permite un aumento de la autoconsciencia y una apertura al cambio. Muchas veces estos *insights* encuentran su consistencia en la verbalización de lo que pasó en movimiento y por qué pasó. Hay así dos canales que pueden ser utilizados en DMT para el *insight* y su resolución: el verbal y el movimiento.
5. El acto de crear un movimiento a través de la improvisación es inherentemente terapéutico y la creatividad y el arte son medios privilegiados de la expresión y comunicación humanas. De este modo, lo simbólico es llamado a terapia y el cuerpo es visto como metáfora.
6. La capacidad de expresión emocional y simbólica a través del movimiento y un amplio repertorio de movimientos se consideran señales de desarrollo y salud.

La DMT puede utilizarse con varios tipos de poblaciones, incluso las que menos se mueven, como es muchas veces el caso de las personas mayores, de algunas patologías psiquiátricas y de personas con dificultades físicas. Las sesiones de DMT se hacen generalmente una vez a la semana, y su duración depende del encuadre individual o grupal y de las exigencias y limitaciones de una población o cliente en particular. Es necesario un espacio más o

menos amplio, dependiendo de la movilidad de las personas; a menudo se utilizan materiales específicos (como pelotas, telas, ceras, etcétera) que ayudan a la expresión a través del movimiento; y también se utiliza la música.

Las sesiones suelen dividirse en cuatro partes inspiradas en el modelo de Marian Chace (1896-1970) (Panhofer & Rodríguez, 2005; Levy, 1988):

1. El **check-in**, en el que se utiliza la comunicación verbal para compartir cómo se siente el cliente/grupo, dónde están emocionalmente, cognitivamente y corporalmente. Para el terapeuta, es un momento privilegiado para recibir información que le permitirá después reorientar la sesión de acuerdo con lo planeado, pero adaptado al estado actual del cliente/grupo.
2. El **calentamiento**, que tiene como principal objetivo preparar el cuerpo para la expresión emocional, aumentando la consciencia corporal y permitiendo la 'llegada' del cliente/grupo al espacio terapéutico. Si es un grupo, esta fase también es importante para empezar a crear su dinámica propia.
3. El **proceso** propiamente dicho llega sucesivamente en el final del calentamiento, y es dónde se desarrollará la dinámica propia de la sesión. Dependiendo del encuadre (individual/grupal y tipo de población), el terapeuta es más o menos activo, tanto al moverse con el cliente/grupo, como al dar más o menos pautas y consignas para promover la dinámica.
4. El **cierre**, la última fase de la sesión, se suele hacer en lenguaje verbal, pero también pueden utilizarse otras formas de expresión (como el dibujo, por ejemplo). De todas formas, el cierre es bien marcado en la sesión, para que el paciente/grupo pueda tener la oportunidad de prepararse para la vida fuera del espacio terapéutico.

Así que en la DMT queda bien evidente la utilización de la comunicación verbal y corporal, haciendo clara la metodología de esta tesis, de inclusión de los dos tipos de psicoterapia. Así, el paso lógico siguiente en nuestro trabajo es la comparación de la DMT con las psicoterapias verbales y corporales.¹⁴

14 Histórica y teóricamente, se distingue muchas veces la DMT de la Danza Terapia o la Danza Educativa (Panhofer, en prensa; Meekums, 2002). En la metodología de esta tesina hemos optado por distinguirla de las psicoterapias verbales y de las corporales, ya que estamos comparando lo que dicen estas disciplinas sobre el toque, con lo que dice (o puede decir) la DMT.

1.1. Comparación con las psicoterapias verbales

La DMT es una alternativa en psicoterapia que pondrá el acento en la utilización del cuerpo como mediador de la experiencia, así como herramienta de comunicación y expresión de sentimientos en la relación entre psicoterapeuta y paciente, sin por ello perder de vista la palabra y su importancia como puente entre cuerpo y psique.

Rodríguez, 2009, p.16

Como hemos visto anteriormente, la palabra es muy importante en la DMT. Según Stark y Lohn, en su trabajo *The use of verbalization in Dance/Movement Therapy* (1993, citados por Rodríguez, 2009), el lenguaje verbal puede utilizarse con distintos objetivos en el proceso terapéutico de la DMT, dependiendo de las necesidades específicas de la población, del estilo del terapeuta, del momento de la sesión y/o del proceso. Estos objetivos pueden ser:

1. Estimular la acción corporal, ayudando a poner la atención en el movimiento físico, concreto y en el *feedback* kinestésico.
2. Promover la diferenciación del *self* y fomentar el reconocimiento y expresión de emociones, ayudando a que el paciente pueda 'ligar' su sentimiento y su movimiento, y para que pueda acceder a un significado personal para él.
3. La palabra ayudará a la hora de clarificar y proveer el *insight* que nace del contenido personal del movimiento y podrá usarse en los siguientes procesos:
 - facilitar el movimiento;
 - promover la creación de asociaciones, imágenes, símbolos y recuerdos;
 - cuestionar y hacer observaciones;
 - identificar problemas y contenidos específicos;
 - realizar interpretaciones para favorecer la reestructuración de la personalidad.

Respecto a las principales distinciones entre la DMT y las psicoterapias verbales, consideramos la importancia que la primera confiere a la unidad mente-cuerpo y a la asunción de la promoción de cambios psicológicos usando como 'puerta de entrada' el cuerpo y el movimiento. La forma como la DMT se aproxima al paciente es así muy distinta de las

terapias verbales. Según Stanton-Jones (1992, p.5), “la DMT cree que el trabajo creativo con el movimiento corporal puede tratar áreas importantes del funcionamiento emocional que serían más difíciles de abordar usando solamente la terapia verbal.”

1.2. Comparación con las psicoterapias corporales

La DMT comparte con las psicoterapias corporales la visión del ser humano como un organismo integrado y de existencia de una unidad funcional cuerpo-mente. Incluso algunos autores la incluyen en las terapias corporales (Rodríguez, 2009; Totton, 2005). Sin embargo, la DMT se distingue de ellas por la mayor libertad de participación del paciente en encaminar su propio proceso terapéutico: las psicoterapias corporales manipulan el cuerpo a través de la prescripción de ejercicios de movimiento específicos y/o masajes en áreas musculares determinadas, cuyas tensiones se asume que representan mecanismos de defensa del Yo mal adaptados (Stanton-Jones, 1992). La DMT es consciente de cómo el cuerpo muestra señales evidentes del conflicto emocional, como las terapias corporales, pero sus métodos de abordar estas cuestiones son muy distintos (Stanton-Jones, 1992). Mientras los terapeutas corporales prescriben o dictan el movimiento, en la DMT se considera que el movimiento auto-dirigido es el tipo de movimiento más consistente con los objetivos terapéuticos (Levy, 1988). El proceso de curación está así más en las manos del paciente, siendo importante desarrollar una actitud de auto-responsabilización y independencia (Reca, 2005).

Por otro lado, y si la DMT comparte con las psicoterapias corporales el hecho de traer al contexto psicoterapéutico el cuerpo del paciente, es mucho más potente en reclamar que debe traerse también el cuerpo del terapeuta, como fuente de información sobre el paciente y el proceso terapéutico (ver más adelante). En la formación en DMT, la auto-consciencia corporal es una herramienta primordial del terapeuta en prácticas (Federman, 2010; Vulcan, 2009).

Se considera la DMT una terapia creativa (Rodríguez, 2009; Wengrower & Chaiklin, 2008; Panhofer (en prensa); Stanton-Jones, 1992; Levy, 1988), que utiliza la danza y el movimiento como una expresión del paciente, más que buscando las tensiones o posturas que le impiden tener salud. Está así más cercana de la musicoterapia, del psicodrama, de la arteterapia, y busca en la creatividad un medio para alcanzar el desarrollo.

El origen de la DMT es también muy distinta de las terapias corporales: nació en los años 40, del trabajo de las bailarinas, Marian Chace y Blanch Evans en Nueva York, y Trudi Schoop y Mary Whitehouse en California, que se consideran las pioneras de esta alternativa psicoterapéutica (Rodríguez, 2009; Wengrower & Chaiklin, 2008; Stanton-Jones, 1992; Levy, 1988). Solamente después de haber sido considerada una disciplina distinta y autónoma, la DMT se acercó a las terapias más corporales, compartiendo con estas las teorías y enfoques del proceso psicoterapéutico y del ser humano en el mundo 'pos-Reichiano' (Totton, 2005, p. 3).

Otra distinción entre las psicoterapias corporales y la DMT son las herramientas de análisis del movimiento utilizadas por la segunda. Hablamos, por ejemplo, de los dos sistemas más utilizados por la DMT: la notación de Laban y Lamb (LMA: Método Laban de análisis del movimiento, Panhofer & Rodríguez, 2005; Laban, 1991; Laban, 1978; Rico, 2004), que analiza los esfuerzos utilizados; y la notación de Judith Kestenberg (Koch, 2008; The Kestenberg Movement Profile, 2010), que analiza los ritmos. Estos sistemas de notación se basan en teorías específicas que se utilizan también en la DMT en sus prácticas clínicas (Wengrower & Chaiklin, 2008; Panhofer & Rodríguez, 2005).

Una última distinción es ofrecida por Stanton-Jones (1992, p.5) en el sentido de que los terapeutas corporales dejan generalmente a los pacientes vulnerables a la intensidad de sus sentimientos, sin proporcionar un espacio terapéutico donde el paciente pueda encontrar formas de gestionar las emociones tan fuertes que son liberadas con el trabajo corporal. Sin embargo, hoy creemos que este vacío ya no existe y que los psicoterapeutas corporales hacen su trabajo en el seno de una relación psicoterapéutica (Totton, 2003, 2005), como prueba el cambio de nombre para psicoterapias corporales.¹⁵

15 Tampoco concordamos con Santon-Jones (1992, p.7) cuando afirma que una de las diferencias entre la DMT y las terapias verbales es la profundidad y la calidad del cambio que se ofrece a los pacientes en las segundas. La autora justifica su opinión con un argumento no actual, que se relaciona con la propia terapia individual en la formación de los terapeutas (que en las terapias verbales siempre ha tenido un rol fundamental, y que la autora no le reconoce en la formación en DMT). Si en 1992 este argumento podría ser correcto, hoy, y de acuerdo con nuestra experiencia formativa, no lo es. Además, hay otros autores que, cuando hacen la distinción entre DMT y Danza terapéutica indican la terapia propia del terapeuta como una de las diferencias (Meekums, 2002, p. 7).

2. Especificidades de la DMT como psicoterapia

En este apartado elegimos, de entre otras más, las características del modelo de la DMT que mejor se encuadran en el objetivo de esta tesina, es decir, pensar y analizar respecto al uso del toque en la DMT. Estos conceptos teóricos y de aplicación práctica, van a facilitarnos pistas para nuestra reflexión, asimismo van a revelarnos cómo el terapeuta de DM está nutrido de herramientas específicas que le permitirán relacionarse con el uso del toque de manera heurística y ética. Por otro lado, estas características van a permitirnos, más adelante conjugarlas con lo que se dice en las psicoterapias verbales y corporales, y, desde ahí, podremos concluir de su aplicabilidad o no a la DMT. Véase la sección 5.2. en este apartado, donde las utilizaremos como argumentos que nos permiten concluir sobre la ética del toque en DMT, ya que nos van ayudar a relativizar las guías de conducta preconizadas para las psicoterapias verbales.

Las especificidades de la DMT ahora elegidas son muchas veces denominadas de manera distinta: por ejemplo, *embodied empathy* al revés de contratransferencia somática, para Meekums (2007), o *somatic intersubjective dialogue* como un sinónimo de sintonización o entonamiento afectivo, para Dosamantes-Beaudry (1997), ambos citados por Vulcan (2009, pp. 279 y 278, respectivamente). Esto puede deberse a que el significado de los términos es reciente, pero muchos habían sido ya utilizados en otros contextos. La aplicación reciente a la práctica clínica y las constantes evoluciones de los conceptos científicos relacionados con el cuerpo y la psicoterapia no han permitido aún la estabilización y universalización de los términos ni de su significado.

Asimismo, es importante resaltar la interconexión entre los conceptos: el *embodiment* o encorporalización/encarnación coloca el cuerpo en la arena psicoterapéutica, lo que va a permitir el entendimiento de la técnica de espejar, que refleja la sintonización afectiva entre el terapeuta y el cliente. Es a partir de esta sintonización del cuerpo, del movimiento y de las emociones, que se puede establecer una verdadera empatía kinestésica, una vez más vivida en el cuerpo. Sólo así se comprende el concepto de contratransferencia somática, vivida por el terapeuta en los momentos de encuentro con sus pacientes. Finalmente, para que el terapeuta no se pierda en sus propias sensaciones y emociones, es fundamental cultivar la presencia terapéutica, como un radar que permite percibir lo que es interno o externo al terapeuta.

2.1. Embodiment – Encorporalización o encarnación

El concepto de *embodiment* aquí presentado proviene de los estudios del filósofo Merleau-Ponty (1962, citado por Koch, 2006 y por Gallagher, 1986) sobre el significado epistemológico y ontológico del cuerpo en nuestra condición humana. Las teorías del *embodiment* toman el cuerpo como el terreno existencial de la percepción y de la acción, rechazando el dualismo cartesiano mente-cuerpo, y sujeto-objeto (Koch, 2006). Actualmente, el concepto se utiliza en muchos campos del saber, pero es en el seno de la psicología y de las neurociencias donde más interesa el concepto a la DMT: en sus más recientes investigaciones se concluye que las cogniciones, actitudes y emociones tienen sus fundaciones en el cuerpo (Winters, 2008; Koch, 2006).

En el intento de traducción al castellano, el término *embodiment* ha sido referido como encarnación o encorporación, siendo mejor entendidos si separamos los morfemas de la palabra: en-carn-ación, de sentir en la carne la acción; en-cuerpo-ralización, de traer al cuerpo, de sentir a través del cuerpo.

La conexión mente-cuerpo es un concepto fundamental en la teoría y práctica de la DMT, y el concepto de *embodiment* nos permitirá encuadrar las otras características presentadas. Por otro lado, nos ayudará más adelante a percibir cómo el tema de las decisiones éticas se ve de forma muy distinta desde la perspectiva de la DMT.

2.2. Espejar y Sintonización afectiva (*Affect attunement*)

Espejar es una técnica fundamental de la DMT creada por Marian Chace (Fischman, 2008, 2005; Panhofer & Rodríguez, 2005; Reza, 2005; Levy, 1988) y consiste en mimar el movimiento del paciente, lo que significa también conectarse con lo que él está sintiendo. “La terapeuta reacciona y responde con su propio cuerpo y su voz a las expresiones emocionales del paciente” (Panhofer, 2005, p. 115), “pero no es una simple mímica; es en la realidad interpretar kinestésica y visualmente aquello que el paciente está vivenciando o trata de comunicar” (Fischman, 2005, p.4).

La técnica de espejar tiene como bases teóricas el desarrollo del bebé, especialmente la relación entre este y su cuidador, tal como descrita por Daniel Stern (1992), y tiene correspondencia con el concepto de sintonización o entonamiento afectivo transmodal – la

capacidad de compartir estados afectivos. Son conductas espontáneas entre el bebé y su cuidador, que, mientras participan en la interacción, toman elementos de la expresión del otro, imitando, espejando, introduciendo pequeñas modificaciones, y dando seguimiento al diálogo emocional (Fischman, 2008, 2005; Panhofer, 2005).

El entonamiento o sintonía sugiere coincidencia afectiva entre ambos y puede expresarse en modalidades sensoriales idénticas o distintas – la madre que espeja los sonidos del bebé con aplausos, las sonrisas que son espejadas en ritmo, etcétera. En las palabras de Fischman (2008, p. 93): “La conducta del paciente se expresa en distintos lenguajes. El terapeuta de DM actúa en términos transmodales: por diversos canales sensoriales (auditivo, kinético, visual, táctil).” El toque (tocar y ser tocado) es así parte importante en esta sintonización.

2.3. Consciencia y Empatía kinestésica

La habilidad kinestésica es la percepción consciente del equilibrio y del movimiento del cuerpo, lo que incluye la dirección y la sensación del movimiento, que son proporcionadas por el procesamiento de las sensaciones propioceptivas que vienen de los músculos y de las articulaciones (Federman, 2010). Esta habilidad proporciona lo que Mary Whitehouse (1911-1979), otra pionera de la DMT, acuñó como consciencia kinestésica, que nos permite conectar subjetivamente con la manera como nos movemos (Panhofer & Rodríguez, 2005; Levy, 1988). Así, la habilidad kinestésica permite aumentar la autoconciencia corporal de uno mismo y, en simultáneo, la conciencia de lo que el cliente está intentando comunicar metafóricamente, a través de la afinación de su movimiento, en nuestro propio cuerpo (Meekums, 2002).

La empatía es la capacidad de colocarse en el lugar del otro, en un intento de vivenciar la experiencia ajena. La empatía kinestésica, término acuñado por Berger (1972, según Fischman, 2008, p. 84; 1956/1989, según Vulcan, 2009, p. 278) se considera como una de las mayores contribuciones de la DMT al campo de la psicoterapia (Fischman, 2008; Levy, 1988). Representa la capacidad de vivenciar y establecer relaciones empáticas desde el propio cuerpo del terapeuta, que intenta adaptar su postura, su respiración, su tensión muscular y sus cualidades del movimiento a las del paciente (Panhofer, 2005). En la DMT,

se habla frecuentemente de la importancia de entrar en el mundo del otro, yendo al encuentro del otro allí, donde el otro está (Levy, 1988); y la posibilidad de este encuentro depende de la capacidad de empatía del terapeuta.

Creemos que esta capacidad de empatía kinestésica, tan desarrollada en los terapeutas de DM (Federman, 2010), nos permite recoger información fundamental sobre la vivencia del toque por parte del cliente, aportando luz sobre la decisión de utilizarlo o no, con cada paciente en particular, o para una situación o momento terapéutico específico.

2.4. Contratransferencia somática

La contratransferencia es un concepto que surge en el seno de la teoría psicoanalítica y recoge dos definiciones: 1) la definición más reducida, que la considera como “las reacciones inconscientes motivadas en el analista que la transferencia del paciente provoca” (Fordham, 1960, citado por Sassenfeld, 2008, p. 1); 2) la definición amplia, que considera la contratransferencia como la suma total de las reacciones del terapeuta respecto al paciente. Como muchos autores después de Freud (Dosamantes-Alperson, 1987; Sassenfeld, 2008; Dávila, 2007), consideramos que la contratransferencia ocurre necesariamente y que puede ser fuente de conocimiento sobre el paciente.

También concordamos en que es a partir de la observación consciente y de la comprensión de las reacciones contratransferenciales que el terapeuta puede alcanzar alguna objetividad hacia sus pacientes (Dosamantes-Alperson, 1987), ya que será siempre una objetividad subjetiva, es decir, será mi objetividad como terapeuta que soy. Así, en este escrutinio, es mucho lo que descubrimos sobre nosotros mismos. Como refiere Soldevila (2008, pp.187): “... acompañar es también un trabajo sobre sí mismo, que conlleva una escucha hacia el otro y también hacia uno mismo.”

Dada la especificidad de la relación terapéutica en DMT, en la que el cuerpo del terapeuta es llamado tantas veces a intervenir, el concepto de contratransferencia somática es primordial. Así, la contratransferencia somática incluye “the therapist awareness of their own body, of sensations, images, impulses, feelings and fantasies that offer a link to the client’s process and the intersubjective field” (Orbach & Carrol, 2006, p. 64, citados por Vulcan,

2009, p. 275). Para Dosamantes-Beaudry (2007, p. 76) la contratransferencia somática consiste en “las reacciones en el cuerpo del terapeuta hacia su paciente en un momento particular durante el tratamiento.”¹⁶

El proceso de contratransferencia somática es fuente primordial de información sobre el paciente, y se usa como una herramienta para comprender y gestionar la dinámica de la sesión y para mejorar el proceso terapéutico (Vulcan, 2009; Sassenfeld, 2008). Y, seguramente, añadimos ahora, para entender cómo el otro vive la experiencia particular del toque y cuáles son las motivaciones propias del terapeuta para usarlo.

2.5. Presencia terapéutica

El concepto de presencia terapéutica es relativamente reciente en DMT (García, 2006) y ha sido acuñado por Arthur Robbins (García, 2006, p. 1) en el campo de las terapias creativas. En el campo más vasto de la psicoterapia los términos ‘presencia’ y ‘presencia terapéutica’ se habían usado anteriormente, muchas veces como sinónimos. En las palabras de Geller & Greeberg (2002, p. 72), psicoterapeutas de orientación ecléctica, “therapeutic presence is defined as bringing one’s whole self to the engagement with the client and being fully in the moment with and for the client, with little self-centered purpose or goal in mind.”

Para García (2006), la presencia terapéutica es una manera de consciencia psicocorporal, que implica dos modos de funcionamiento mental – uno más holístico, interactivo, necesario para abrirse a la influencia del paciente; otro más cognitivo y separado, que permite la estructuración y la elaboración de lo que está pasando. Para alcanzar la presencia terapéutica debe promoverse el mantenimiento de un lúcido observador interno de las vivencias del terapeuta, que le permita también pensar y elaborar hipótesis sobre el proceso terapéutico.

En la DMT, donde el cuerpo del terapeuta es escenario para lo que está pasando en el encuadre terapéutico y en el mundo del paciente, la presencia terapéutica es una capacidad en constante desarrollo. Así que no es de sorprender que el mantenimiento de este estado de consciencia tenga que ver con dos de las estrategias corporales usadas por los terapeutas en DMT: el *grounding* o relación con la tierra y la conexión con su propio centro. En las

¹⁶ Traducido del inglés por Sónia Malaquias: “the somatic reactions a therapist has toward her patient at a particular moment during treatment.”

palabras de García (2006, p. 3): “En la DMT la actitud receptiva y activa de la mente debe ser llevada a cabo en el momento mismo de la acción, cuando el cuerpo [del terapeuta] está directamente involucrado en la relación con el paciente.”

Así podremos entender como el terapeuta de DM tiene disponible una herramienta para la toma de decisión en el momento mismo de la sesión. Podrá, pues, tomar decisiones éticas, como tocar o no tocar, en el tiempo real del acontecimiento.

3. El Toque en la Literatura de la DMT

El toque es referenciado en la literatura de la DMT¹⁷, pero generalmente se integra en la descripción de estudios de casos, sin referenciales teóricos ni éticos para su uso. El toque existe en el encuadre psicoterapéutico de la DMT, pero no hay un reconocimiento de este como estrategia terapéutica ni normas de conducta que aboguen por el toque y que puedan orientar el trabajo de los terapeutas (Popa & Best, 2010).

Hay así una discrepancia entre práctica y fundamento teórico del uso del toque en DMT. Podremos encontrar varias explicaciones para esta coyuntura:

- a. El **uso del cuerpo y de la danza** en el encuadre terapéutico hace que los terapeutas de DM se sientan más cómodos con el toque y el contacto físico, puesto que lo usan a menudo en sus prácticas. Algunas técnicas de la danza, como la técnica de contacto-improvisación y técnicas de relajación, que incluyen el auto-tocarse, pueden contribuir a esta **familiaridad con el toque**. Los antecedentes de la danza de numerosos terapeutas en DMT pueden convertir el contacto corporal en un aspecto implícito de su expresión en movimiento, aunque ellos no lo verbalicen explícitamente como una estrategia terapéutica (Popa & Best, 2010).

En la investigación de Strozier et al. (2003, p. 57) este argumento es dado incluso por un participante respecto al uso del toque que hace en sus prácticas clínicas como trabajadora social: “I have been a professional dancer and have strong

17 Desgraciadamente, no hemos podido consultar algunos de los textos que considerábamos fundamentales para esta tesis. Hablamos principalmente de la tesis de Mehler (1982. *Touch in Dance/Movement Therapy*. University of California. Los Angeles) y del artículo de Carlota Willis (1987. *Legal and ethical issues of touch in dance/Movement Therapy*. *American Journal of Dance Therapy*, 10(1), 41-53). Intentamos colmar esta carencia con citas encontradas en las obras consultadas.

connection to non-verbal experience.” También Siegel (2003, p. 134) refiere “As dancers, we also took for granted that a teacher, a choreographer, a partner would touch and that we would reciprocate.”

- b. Las **normas culturales de nuestra sociedad occidental** tampoco permiten un discurso abierto y explícito respecto al toque, y esta regla implícita puede influir negativamente en los discursos producidos por los investigadores y terapeutas en DM. Este contexto sociocultural puede así desanimar a los profesionales para hablar de un tema tan controvertido y con connotaciones fuertes respecto a la sexualidad, agresividad y poder (Popa & Best, 2010). Incluso los códigos éticos solamente hablan de los aspectos negativos del uso del toque y no de sus posibles efectos benéficos. Como ejemplo distinto, oriental, puede leerse el texto de Sakiyama & Koch (2003) sobre el toque en la danza terapia en Japón.
- c. El caso es aún más extremado cuando pensamos que mucha de la literatura sobre DMT proviene de **América del Norte**. Como ha sido comentado, en esta sociedad, el toque es observado con más sospecha que en Europa. Para Siegel (2003, p. 134): “Many of us forgot that the rest of our society is not in favour of touching and does not even advocate the casual kind of touching ubiquitous in many European countries.”
- d. Tal como el encuadramiento socio-cultural del occidente influye en los profesionales de la DMT, entendemos que también **el tabú creado por el psicoanálisis** puede haber influenciado la DMT, ya que muchas escuelas tienen su práctica clínica basada en la visión psicoanalítica del ser humano. Una vez más estamos de acuerdo con Siegel (2003, p.134): “Part of the prohibition of touch has to do with left-over pruderies from our Victorian past.”
- e. También su proximidad conceptual a las **psicoterapias corporales** puede hacer que los teóricos de la DMT no consideren fundamental relevar el toque como una estrategia apartada de las otras, por lo que la mayoría no habla específicamente de él.
- f. Es nuestra convicción que la visión del toque como una **forma de comunicación no verbal**, que ocurre naturalmente cuando dos personas se mueven en conjunto, también contribuye a la ausencia de un discurso específico sobre el toque en DMT, como tampoco lo hay para la sonrisa, la mirada, el olor, etcétera.

La literatura en DMT no es explícita en relación al uso del toque, no proporciona un encuadramiento ni teórico ni ético; la mayoría de las veces, cuando hace referencia al toque lo incluye en los estudios de caso, en narrativas más o menos biográficas o en ejemplos anecdóticos (Popa & Best, 2010)¹⁸, por lo que no siempre es fácil el intento de percibir lo que consideran los teóricos respecto al tema.

Ofrecemos un ejemplo curioso: cuando buscábamos en el libro de Sherborne (2001), una maestra cuyo trabajo se relaciona de manera importante con la DMT, no encontramos referencias directas al toque, en los índices ni en las estrategias que la autora preconiza para el trabajo con los niños. Sin embargo, mientras estábamos buscando en el lenguaje escrito, casi nos pasaba desapercibido el lenguaje visual: en la generalidad de las fotos usadas para ilustrar los ejemplos dados, el terapeuta/el adulto se presenta en contacto físico con el niño: conteniéndolo, abrazándolo, jugando con el equilibrio, etcétera. Hoy, el método de Sherborne es explícito en abogar el uso del toque¹⁹, especialmente con niños con dificultades, pero no lo explica pormenorizadamente.

La cuestión del toque y de su eficacia sigue siendo uno de los aspectos de la DMT no completamente examinado por sus teóricos y practicantes. El toque es usado, pero no hay mucha reflexión sobre el tema (Siegel, 2003). En realidad, en la literatura encontramos ejemplos de terapeutas que incluyen el tacto/toque como una especificidad de la DMT (Capello, 2008; Fischman, 2008; Loman & Sossin, 2008; Tortora, 2008; Goodill, 2005; Payne, 2005; Willis, 1987 y Montague, citados por Payne, 2005), pero sin desarrollar el tema ni explicar cómo se usa el toque. Véanse los ejemplos siguientes:

Dance/movement therapist emphasize the congruence and connections between the verbal and nonverbal modes of expression. However, assessment and therapy can

18 Estas autoras, en el libro editado por Lewis Bernstein (1979) "Eight theoretical approaches in dance-movement therapy," descubrieron referencias al uso del toque en cuatro de los modelos descritos por el autor (los modelos de Marion Chase, Trudi Schoop, Mary Whitehouse, Elaine Siegel). Las citamos aquí, para una lectura más profundizada: "For the technique of Marion Chase, see the case-study of Rose, pages 28-29; for Trudi Schoop, the case-study of Luke, pages 46-47 (see also the full case of Luke in Trudi Schoop's book, *Woun't you join the dance?*); for Mary Whitehouse, the description of the session based on a gender conflict between a group of women and a group of men, pages 68-69; for Elaine V. Siegel, the case of Doreen, page 101" (Popa & Best, 2010, p. 33).

19 "Awareness of Self is gained through movement experiences that help the person concentrate so that they become aware of what is happening to their body, "listening" via touch and by feeling of inner physical sensations rather than by our usual looking and thinking." in http://sherborne-association-uk.com/about_us.html

proceed entirely in the nonverbal realm of movement, touch, rhythm and spatial interactions... (Sherry Goodill, 2005, p. 16, terapeuta en DM desde los años 80).

Dance/movement therapy is based on the concept that bodily contact is healthful, not harmful, and touch is, therefore, not avoided (Willis, 1987, citado por Popa & Best, 2010, p. 33; por Lundy, 2002, p. 23.; por Christ, 2002, p. 57).

El trabajo basado en las teorías de la DMT puede incidir en la imagen corporal de los pacientes, favorecer el trabajo de lo simbólico e, incluso, llegar al contacto físico terapéutico en patologías donde tradicionalmente no se recomendaba. (Teresa Monsegur, 2008, p.353, en las conclusiones de su investigación sobre la aceptación en los centros donde se ha introducido la DMT).

Aunque necesitemos de más investigaciones para comprobarlo, parece que en DMT sucede un poco lo mismo que en la psicoterapia verbal, en la que la abogacía del uso del toque depende de la corriente escogida: los terapeutas psicoanalíticos tocan menos que los gestálticos o existencialistas. Sin embargo, también hay un clima de sospecha en el aire respecto al toque (“Many were the interns who were distressed to learn that their practicum settings frowned upon touching clients” Siegel, 2003, p. 134).

La consciencia de que algo pasa en la utilización del toque es evidente pero no desarrollada. Payne (2005, p.158), terapeuta en DM y fundadora de la Asociación de Profesionales de la DMT y del primer curso de posgrado en el Reino Unido, acepta el toque como parte integral de la práctica de la DMT, y afirma, sin explicar, que “las sesiones que incluyen el contacto físico se tienen que diseñar con cuidado.” Deja pistas al lector para entender su afirmación: en esta citación, habla de adolescentes por lo que puede estar implícito que hace una advertencia sobre la posibilidad de violencia física; también habla de la sexualidad, pudiendo querer referirse a los límites; como habla de transferencia erótica, puede preocuparse por los significados del toque para el cliente; pero ninguna de estas hipótesis es claramente explicitada.

En la literatura consultada, sólo hay una autora (Stanton-Jones, 1992, pp. 27-28, 88, 135, 154) que considera que el uso del toque debe ser activamente disuadido en DMT. Sin embargo, su visión del toque y los argumentos que describe para su no utilización en DMT se basan, por un lado, en la teoría psicoanalítica (por ejemplo, la gratificación de los deseos infantiles), y por otro, en un encuadramiento exclusivamente sexual y de poder del toque.

Como hemos visto anteriormente, estas son visiones consideradas históricas, quizás superadas para algunos autores, incluso para algunas corrientes psicoanalíticas actuales. En un resumen de sus argumentos, Stanton-Jones aboga por el uso de la DMT para pacientes que otros autores (Toronto, 2001) consideran candidatos al uso del toque: “patients who are so ill or so regressed that they are inaccessible to verbal intervention. DMT may also be effective for those who are very defensive in verbal therapy” (Stanton-Jones, 1992, p. 9).

Así, y además de las referencias esparcidas que organizaremos en la sección siguiente, describiremos brevemente un ejemplo encontrado en la literatura que asume el contacto físico como parte integrante del proceso terapéutico.

3.1. “Contact Movement Therapy” – Un ejemplo del contacto físico en DMT

Este modelo ha sido creado por Adwoa Lemieux (2001; 1988), terapeuta en DM y bailarina de contacto-improvisación (una técnica de movimiento en pareja, donde los participantes intentan mantener un punto de contacto mientras se mueven en conjunto). La autora lo viene experimentando hace más de 20 años con diversas poblaciones, pero sus estudios de caso enfocan los disturbios alimentarios.

El modelo pretende ser una estrategia de DMT, con 8 etapas, siendo una de ellas relativa específicamente al toque, aunque las otras también lo usan a menudo. Las etapas son: ‘hacer contacto’, ‘construir confianza’, ‘crear un dueto’, ‘trabajar con el toque’, ‘dar y recibir apoyo’, ‘tomar riesgos’, ‘trabajar el movimiento espontáneo’ y ‘cerrar’ (Lemieux, 2001, p.259-264; 1988, p.29-36). Estas etapas pueden utilizarse en una misma sesión o formar parte de la progresión del proceso terapéutico.

Sin querer describir en pormenor el modelo, realzamos la importancia dada al toque, que se usa naturalmente como medio de comunicación entre dos personas, pero también como herramienta esencial en el desarrollo de algunas áreas importantes de la terapia, como por ejemplo, las de romper patrones de aislamiento, tomar contacto con uno mismo, ofrecer nuestro peso al otro, recibir apoyo y seguridad, aprender a confiar, asumir riesgos física y emocionalmente, libertarse de la necesidad de control absoluto y jugar con la espontaneidad (Lemieux, 2001, 1988).

Finalmente, el uso del toque usado por la autora no es ajeno al encuadramiento ético y teórico de la DMT, con lo cual enfocamos nuestro trabajo. En sus palabras:

I do not force clients into new areas. I work only where people are willing and ready to go. As a partner/therapist I invite them to explore. Often I am not in physical contact with clients though I remain in contact. By contact I am referring to an energetic contact or an emotional contact; being accessible and available to the client. I may do this with eye contact or simply by sitting next to this person, or by mirroring. I work with the practice of contact improvisation within their own body and process. Sometimes I do move with them and sometimes I make an intentional choice to be in physical contact. (Lemieux, 1988, p.28).

Seguidamente, organizaremos la información encontrada que hace referencia al uso del tacto/toque en la práctica de la DMT.

4. Estrategias de utilización del toque en DMT

En este apartado, hemos categorizado las referencias encontradas en varias estrategias de la utilización del toque y del contacto físico en DMT: 1) la utilización de la estimulación sensorial táctil; 2) el auto-tocarse; 3) el contacto indirecto, con la entrada en la kinesfera personal del otro y la utilización de los materiales típicos de la DMT; y, por último, 4) el toque directo, con contacto físico, sea con los compañeros del grupo terapéutico, ya sea entre terapeuta y cliente.

Schmais (1985)²⁰ parece concordar con esta visión del toque, al hablar del toque rítmico como una herramienta que promueve la cohesión de los grupos, donde los participantes van desde auto-tocarse, pasando por un toque sutil y superficial, hasta el toque íntimo con los compañeros:

Physical closeness – moving side by side, sharing a common rhythm and a common activity... prepares people to direct contact through touch... For adults, if trust is lost, it must be regained before accepting touch. The dance therapist first motivates the client to touch their own bodies: to pat, rub and massage themselves. In this way they become aware of themselves and experience “self-sentience” – the sense of

²⁰ Ver referencia completa en el final de la citación.

simultaneously touching and being touch... Later people may begin to touch each other in brief, rhythmic, peripheral encounters, such as a light tapping of each other's shoulders, or clapping a neighbour's hand. As they become more involved with one another, the touch is less peripheral, more sustained and includes eye contact. Patients rarely perceive this type of touching as threatening or sexually provocative, because as part of the dance it is spatially structured, rhythmic and highly visible (Schmais, 1985, p. 30-31, citada por Popa & Best, 2010, p. 33; por Sakiyama & Koch, 2003, p. 88; por Christ, 2002, p. 55).

Estos tipos de toque pueden presentarse espontáneamente en las sesiones de DMT, por voluntad propia del paciente o de los miembros del grupo terapéutico, o, al revés, pueden ser consignas sugeridas por el terapeuta.

4.1. Utilización sensorial del tacto

Sharon Chaiklin, danzaterapeuta y ex presidenta de la ADTA, cuando habla de las especificidades de la DMT, refiere:

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

Payne (2005, p. 140) apunta para el “refuerzo de la conciencia corporal mediante la estimulación táctil” como una práctica de trabajo con adolescentes en DMT. También Suzi Tortora (2008, p. 180), terapeuta en DM especializada en niños, habla de la utilización del tacto refiriendo el cuerpo como el principal instrumento terapéutico.

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

El tacto no es solamente el sentir con las manos; donde haya piel y terminaciones nerviosas podremos considerar que se produce la estimulación táctil. Ampliando así nuestro entendimiento del tacto, incluiremos en esta categoría algunos de los ejercicios de ‘*grounding*’ (Meekums, 2002, pp. 64-68): imaginar caminar sobre varias superficies ganando consciencia de cómo colocamos el pie en el suelo (“whether you hardly touch the ground or give right into it”, p. 65); quedarse de pie moviendo un pie cada vez, cambiando la superficie que está en contacto con el suelo; presionar el suelo con los dos pies antes de saltar; etcétera.

4.2. Auto-tocarse

La acción de tocar el propio cuerpo se usa a menudo en las sesiones de DMT, especialmente en la fase de calentamiento (Meekums, 2002, p.54), para activación del cuerpo, o durante el proceso propiamente dicho. El auto-tocarse puede tener diversos objetivos:

- aumentar la conciencia corporal; por ejemplo, cuando usamos el contacto de las manos con el pecho y la barriga para sentir nuestra respiración;
- aumentar la conciencia del esfuerzo ‘flujo’, cuando apretamos con las manos y soltamos, mientras inspiramos y sacamos el aire fuera (Meekums, 2002, p. 64);
- conocer y/o confirmar los bordes/límites corporales, estableciendo fronteras con el exterior (Capello, 2008; Meekums, 2002);
- reconocer las distintas partes del cuerpo;
- favorecer el autodescubrimiento;
- promover el contacto con uno mismo; promover un sentido más coherente de su propio cuerpo (Phillips, 1980, citado por Popa & Best, 2010);
- aprender a ser conscientes del cuidado personal, en el trabajo con adolescentes (Payne, 2005, p. 159);
- traer al paciente hacia el aquí y el ahora; anclar a los pacientes en el presente (Phillips, 1980, citado por Popa & Best, 2010);
- fomentar los mecanismos de examen de la realidad, a través del contacto con algo muy real – el propio cuerpo (Capello, 2008).

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

El auto-tocarse y la forma de hacerlo es también una de las características idiosincrásicas del paciente que se observa en DMT, siendo una categoría considerada en muchas hojas de observación y notación del movimiento (Panhofer, 2007).

4.3. El contacto indirecto

Consideramos, con Hunter & Struve (1998), que el ‘toque’ no requiere necesariamente un contacto físico real, puesto que muchas veces nos sentimos ‘tocados’ por algo que compartimos con otros, o nos sentimos invadidos por determinada persona, sólo porque ella se ha acercado demasiado. Hablamos en estos ejemplos de lo que los autores citados denominan *touch by proxy* (Hunter & Struve, 1998, p. 165) y que nosotras hemos llamado ‘contacto indirecto’.

4.3.1. Entrada en el espacio/kinesfera personal del otro

The personal space around our bodies can be considered to be an extension of our self-identity insofar as, when that notional space is encroached on by uninvited others, we can feel personally invaded.

Meekums, 2002, p. 68

Cada persona tiene un espacio o kinesfera personal (Hall, 1969, citado por Capello, 2008, p. 108; 1963 y por Hunter & Struve, 1998, p. 167), un área alrededor de su cuerpo que considera suya y que es aprendida no verbalmente por emersión en determinada cultura y sistema familiar. Así, son consideradas diferentes distancias interpersonales, que van de la más distante a la más cercana: las distancias pública, social, personal e íntima. Cada persona tiene así un espacio personal propio o kinesfera, y entrar en ese espacio puede significar ‘tocar’ a la persona.

Si hablamos de kinesfera personal, se consideran las categorías de grande, mediana y pequeña (Meekums, 2002, pp.68-70). Conforme la situación y las distintas personas, todos tendemos a movernos usando los tres tipos de kinesfera. Sin embargo, algunas personas no tienen esta flexibilidad y pueden beneficiarse de un trabajo que les permita aumentar la consciencia de su propia kinesfera. Este trabajo generalmente es hecho en parejas.

4.3.2. El uso de materiales

El uso de materiales es muy común en DMT ya que tienen un gran poder simbólico y pueden ser usados proyectivamente (Meekums, 2002). En el ámbito de esta tesina, los materiales pueden también ser utilizados para promover la estimulación sensorial, como hemos visto, usando por ejemplo las pelotas de espuma y los muñecos de peluche; también pueden usarse como ‘puente’ entre dos o más pacientes, con las telas elásticas, los paracaídas, los hilos y cuerdas (Meekums, 2002, p. 62). Así, los materiales unen dos personas, de tal forma que el movimiento de una tiene impacto en el movimiento de la otra; en este sentido, las dos están conectadas físicamente, se están ‘tocando’.

También Payne (2005, p. 158) concuerda en la utilización de materiales con este fin: cuando habla del contacto físico en las sesiones de DMT, refiere “también se pueden utilizar materiales que permitan la conexión entre los participantes, como telas o cintas elásticas, que suelen dar un sentido de seguridad al grupo.”

Los materiales pueden ser sugeridos por el terapeuta o seleccionados por los clientes de un conjunto más vasto disponible en la sesión. Los objetivos de su uso, cuando se refieren a la utilización como ‘promotores del toque’, se desarrollarán en el próximo punto, por su similitud con lo que pasa en el toque directo. Sin embargo, los materiales tienen la ventaja de permitir un contacto sin toque físico directo, lo que puede ser útil para pacientes con problemáticas asociadas.

4.4. El toque directo

En el ámbito de este trabajo, consideramos ahora el toque que implica contacto físico entre dos o más personas. Este tipo de toque puede ser sugerido por el terapeuta (trabajo en parejas, en círculo, con los ojos cerrados), pero suele darse a menudo de forma espontánea en los grupos terapéuticos. Puede también surgir entre terapeuta y paciente, en un encuadre individual o incluso grupal.

En nuestro análisis clínico englobaremos los dos tipos de toque (con un miembro del grupo y con el terapeuta), pero no podremos olvidar que el toque entre cliente y terapeuta conlleva cuestiones éticas que serán analizadas más adelante. Asimismo, el terapeuta tiene

objetivos terapéuticos y decide la utilización de las técnicas disponibles en concordancia, mientras el toque entre los compañeros surge espontáneamente, sin objetivo específico. Sin embargo, y para facilitar la exposición escrita, englobamos los dos tipos de toque.

Cuando los miembros de un grupo deciden tocarse, el terapeuta debe dejar fluir los movimientos del propio grupo, pero salvaguardando cada individuo. Así debe intervenir en caso de que vea que alguien se siente amenazado o invadido, si los pacientes no tienen la posibilidad de hacerlo por sí mismos. Los comportamientos de violencia explícita hacia uno mismo, hacia los materiales o hacia los demás son siempre violaciones al *setting* terapéutico y no deben ser permitidos.

Cuando el toque se usa como una herramienta en la DMT, las funciones terapéuticas que puede tener engloban (Capello, 2008; Kowarzik, 2006 y Kestenberg et al., 1999, citados por Popa & Best, 2010; Payne, 2005; Meekums, 2002; MacDonald, 1992; Penfield, 1992; Duggan, 1978, citado por Christ, 2002):

- desarrollar la relación terapéutica;
- sintonizar con el paciente (por ejemplo, poniendo una mano en su cuerpo e igualando su ritmo y tensión);
- contener y sostener físicamente, de forma a crear un clima de confianza y apoyo (el *holding winnicottiano*);
- aumentar la conciencia corporal y sensorial (como en el auto-tocarse);
- aumentar las experiencias corporales positivas;
- poner a prueba el concepto de sí mismo, a través de la relación con los demás;
- facilitar la afirmación de las fronteras corporales (las fronteras de mi cuerpo están donde termino yo y el otro comienza, pudiendo ser sentidas a través del contacto directo);
- restringir físicamente al paciente, por riesgo de daño del propio o de los demás;
- hacer consciente de la propia reacción personal al toque;
- limitar el impacto negativo de temas muy cargados emocionalmente, ayudando al paciente a afrontarlos;
- permitir los movimientos asistidos en personas con capacidades físicas severas;
- providenciar estimulación táctil y vestibular (por ejemplo, cuando se coge y se acuña un niño con discapacidades profundas);

- conectar físicamente cuando las funciones cognitivas de los pacientes están deterioradas;
- trabajar la cuestión del contacto físico y la sexualidad en adolescentes;
- reforzar el concepto del grupo como un todo;
- dar un sentido de seguridad al grupo;
- saludar, en el inicio y en el final de la sesión.

Sin pretender ser exhaustivas, daremos algunos ejemplos de ejercicios y técnicas que pueden englobar el uso del toque (Capello, 2008; Payne, 2005; Meekums, 2002; Lemieux, 2001; Sherborn, 2001; Penfield, 1992) o su trabajo con el apoyo de los materiales:

- rituales de danza en círculo;
- dibujo de partes del cuerpo o de todo el cuerpo;
- ejercicios de equilibrio y acrobacias;
- la danza de las manos (trabajo en pareja, donde cada persona usa una de las manos en contacto con la otra persona y se mueven en conjunto, compartiendo el liderazgo);
- el contrapeso (dos personas dan las manos, con las rodillas ligeramente flexionadas y encuentran un punto de equilibrio donde el peso es compartido, jugando después con cambios en ese peso);
- dar y recibir el peso (una de las personas abandona todo su peso en el cuerpo de la otra y después se cambian los roles; solo hacer cuando se ha alcanzado un grado de confianza elevado);
- contacto provocativo en el juego, como empujar o arrastrar, o un golpe rápido en determinadas partes del cuerpo;
- rituales de despedida, en el final de la sesión, que pueden ayudar a cerrar y alientan a la participación futura.

Hemos visto entonces que el tacto/toque se usa en la DMT de muchas y variadas maneras. Nos cabe ahora hacer una reflexión ética sobre su uso.

5. Ética del uso del toque en DMT

There are obviously aspects of the practice of dance/movement therapists that make us more vulnerable ethically, such as the use of touch.

Hervey, 2007, p. 106

En la práctica de la DMT las consideraciones éticas son primordiales y los profesionales se guían por principios éticos generales y basan su práctica en códigos éticos, como pasa en el campo más general de la psicoterapia. En relación al toque, la DMT se encuadra en el seno de los profesionales de salud mental, y sigue el principio ético común de la prohibición de relaciones sexuales entre terapeuta y cliente, así como del uso del contacto físico violento. Asimismo, el toque en los genitales y en el pecho se considera no ético (Eyckmans, 2009), por su asociación explícita a la sexualidad.

La DMT tampoco es excepción en el vacío de su discurso ético respecto al tema del toque: no hay guías de conducta explícitas que puedan guiar la práctica profesional. En esta sección, analizaremos los códigos éticos de dos asociaciones europeas de DMT y las directrices éticas posibles, comparando lo aprendido con las psicoterapias verbales y corporales respecto a guías de conducta ética, concluyendo sobre su aplicabilidad a la DMT.

5.1. *El toque en los códigos éticos en DMT*

Las referencias al toque en los códigos éticos de la Asociación Española de DMT – ADMTE y de la Asociación Británica de DMT – ADMTUK (2003)²¹, no proporcionan guías de conducta. Los dos códigos defienden que el psicoterapeuta tiene siempre que actuar por el interés del paciente (referido en la introducción), que tiene que buscar supervisión adecuada (referido en el apartado sobre competencia profesional), y que es su responsabilidad garantizar el mantenimiento de los límites de la relación terapéutica. Respecto al toque, ambos concuerdan que los psicoterapeutas deberían ser especialmente conscientes de la problemática inherente al uso del contacto físico en el contexto terapéutico, pero la

21 El código ético de la Asociación Americana de Danza Terapia (ADTA) no refiere el toque por lo que no será objeto de análisis en este trabajo.

ADMTE desarrolla un poco el tema, mientras la ADMTUK solamente lo refiere. Como podremos verificar, son los efectos negativos/peligrosos del toque los que son referidos. Del Punto 4 del Código de conducta de la ADMTE:

Los psicoterapeutas tienen que estar preparados para las situaciones en las cuales el paciente pueda malinterpretar el tipo de contacto físico con el terapeuta u otros pacientes en un grupo. También es importante reconocer cuando el contacto físico se utiliza con repetición por parte del paciente para proveerse de una gratificación inmediata que pueda impedir el progreso terapéutico.

Ya en el código ético del Japón²² se asume el toque como inherente a la DMT por sus características metodológicas y se refiere que el terapeuta en DM debe ser siempre consciente de la importancia del toque y prestar atención a lo que el cliente siente respecto al él, de forma a ayudarlo a sentirse confortable y a mantener sus fronteras para no sentirse invadido (Sakiyama & Koch, 2003, p. 88). Es una visión distinta del toque, que los autores Sakiyama & Koch (2003) explican por razones culturales de la sociedad japonesa.

5.2. Guías de conducta ética

En este análisis de las guías de conducta incluiremos lo preconizado para las psicoterapias verbales y las corporales, descrito en el apartado anterior.

5.2.1. Comparación con las Psicoterapias Verbales

De las guías de conducta resumidas anteriormente, intentaremos percibir cuáles son válidas para la DMT, y cuáles no tiene sentido aplicar, porque el encuadre terapéutico es muy distinto, o porque lo preconizado ya está intrínsecamente incluido en el método de la DMT. Haciendo entonces este ejercicio de leer una vez más las guías presentadas, ahora a la luz de las cinco especificidades de la DMT, observamos:

Respecto al **contexto del terapeuta**:

²² No lo referimos más en pormenor ya que solo está disponible en la web en japonés. Solamente hemos tenido acceso a un párrafo, citado por Sakiyama & Koch, 2003, p. 88.

1. ‘El terapeuta debe tener un encuadramiento claro de sus razones para usar esta intervención.’

Además del planeamiento del proceso terapéutico, que debe tener explicitadas las razones de determinada intervención, el terapeuta en DM toma muchas veces la decisión terapéutica en el momento mismo de la acción. Esta decisión debe tomarse teniendo en atención los objetivos terapéuticos, el momento, el paciente y la relación. Muchas veces se toma intuitivamente, pero debe también ser objeto de reflexión. Creemos que los conceptos de contratransferencia somática y de presencia terapéutica, permiten ayudar al terapeuta en DM en estas decisiones casi instantáneas que tiene que tomar.

2. ‘El terapeuta debe sentirse cómodo con el toque y debe ser consciente de su postura hacia el contacto físico.’

Se exige un grado elevado de auto-conocimiento al profesional en DMT, no sólo intelectual/psicológico, sino también físico/vivencial, como está patente en los conceptos de *embodiment* y consciencia kinestésica. Su confort o incomodidad hacia el toque deben ser conocidos por el propio terapeuta. En DMT tampoco el terapeuta puede escoger técnicas con las cuales no esté comfortable, ya que esta incomodidad será siempre percibida por el paciente, dada la relación tan estrecha entre el cuerpo del paciente y el cuerpo del terapeuta.

3. ‘Debe tener formación y conocimiento anterior adecuados sobre varias temáticas que pueden surgir cuando se usa esta intervención (conocimiento del impacto y función del toque).’

Respecto al toque, puede incluirse en la formación inicial de los terapeutas, ya que suele pasarse a menudo en las sesiones (ver conclusiones).

4. ‘Cuando tiene dudas, debe hacer uso de la supervisión.’

La importancia de la supervisión durante la formación pero también durante la vida profesional de los terapeutas en DMT ya es una guía en nuestra profesión. Puede (y debe) ser incluida la temática del toque y del contacto físico en esta actividad.

5. ‘Debe conocer los códigos éticos relevantes para su profesión, así como reglas y reglamentos específicos de la organización a la que pertenece.’

Respecto al toque y a cualquier conducta o estrategia.

Respecto al **contexto del paciente:**

1. **‘El toque es siempre para el beneficio del paciente y no del terapeuta. El terapeuta debe siempre examinar su motivación para tocar a un cliente particular.’**

El análisis que los terapeutas en DMT están acostumbrados hacer sobre sus motivaciones y sobre su impacto en el proceso, por ejemplo en el análisis de la contra-transferencia somática, es una condición *a priori* en este tipo de psicoterapia. Toda y cualquier estrategia debe ser escogida y utilizada en beneficio del paciente.

2. **‘El cliente debe dar su consentimiento (o en el inicio de la terapia o en el momento preciso).’**

Además de la gestión del riesgo, donde debe conseguirse el consentimiento escrito por parte del cliente, la novedad de la DMT hace que el terapeuta sea impulsado a explicar este tipo de terapia, así como uno u otro ejemplo de las estrategias y técnicas utilizadas (Meekums, 2002). Este punto nos parece simple de lograr en el establecimiento del contrato terapéutico en DMT. Lo mismo ya no es ejecutable para el toque en el momento, ya que eso quebraría la sintonía del movimiento y haría perder la espontaneidad del momento, indispensables para una verdadera empatía kinestésica. No podremos olvidar que estos procesos están incluidos en la relación terapéutica en DMT donde el poder es compartido entre paciente y terapeuta, y donde la capacidad para decir ‘no’ es reforzada. Por otro lado, la monitorización de las reacciones del paciente al movimiento es fundamental en la DMT.

3. **‘El cliente siempre puede decir ‘no’ y esto debe ser claramente explicitado.’**

La libertad de guiar su propio proceso terapéutico en la DMT se basa en la capacidad del cliente para elegir lo que quiere o no quiere hacer en las sesiones, más allá de las propuestas o sugerencias del terapeuta. Una vez más, esto nos parece un objetivo de la propia DMT (véase Meekums, 2002, p. 56-58).

4. **‘Debe monitorizarse la reacción del cliente (verbal y no verbal).’**

Siempre, en DMT... El proceso terapéutico en DMT no vive sin esta monitorización, como ha sido referido. Además, la sintonización con el paciente, hace que esta monitorización sea sentida en el propio cuerpo del terapeuta, a través de la empatía kinestésica y de la contratransferencia somática. Así, no sólo es monitorizada la reacción del paciente; es también ‘encuerpada’.

5. **‘La percepción del cliente y el significado subjetivo del toque para él deben ser explorados.’**

Como para cualquier otro movimiento, gesto, postura... En la DMT la búsqueda de los significados de la comunicación no verbal del paciente es basilar.

6. **‘Deben tenerse en cuenta las características del cliente. El toque es más benéfico para algunos tipos de cliente que para otros.’**

La DMT es muy sensible al tipo de cliente ya que este es considerado holísticamente, en sus capacidades y limitaciones físicas, psíquicas y mentales. Sin embargo, intentamos resumir en la discusión los tipos de clientes para los cuales la literatura aconseja el uso del toque y, especialmente, para cuales lo desaconseja.

Finalmente, en el contexto de la relación terapéutica:

1. **‘El toque debe estar arraigado en un contexto terapéutico más amplio y debe ser usado con cuidado. En alternativa, debe considerarse una intervención que comporta los mismos resultados pero que es menos arriesgada.’**

El poder que los autores consultados dan al toque, en la DMT se extiende al movimiento. La capacidad del toque de hacer brotar memorias ‘escondidas’, por ejemplo, es idéntica a lo que puede pasar en movimiento, y el terapeuta en DM siempre tiene presente el poder del movimiento. Son coincidentes las palabras que Stanton-Jones (1992, p. 89) usa respecto al movimiento con las que numerosos autores usan respecto al toque:

There is no question that movement is a powerful tool, one that could be potentially damaging as well as helpful. The containing structures of the shared leadership format, the use of imagery, and the therapeutic relationship between the clients and the dance movement therapist are the things that assure that movement is used in a manner appropriate to therapeutic goals.

2. **‘Debe haber sido establecida anteriormente una fuerte alianza terapéutica,’** como las palabras anteriores de Stanton-Jones nos muestran. Asimismo, al traer el cuerpo a la terapia, la relación terapéutica se profundiza en un nivel preverbal. También el *timing* es importante en el uso del toque, y se aconseja que no se utilice muy pronto en el proceso, exactamente para poder establecerse una relación de confianza y seguridad (Eyckmans, 2009).

3. 'Debe analizarse la posibilidad de una transferencia o contratransferencia erótica. Si es ese el caso, entonces el toque debe ser discontinuado.'

En DMT nos arriesgaríamos a decir que, si hay una contratransferencia erótica, y la misma no puede solucionarse en la terapia y/o en la supervisión, entonces el proceso terapéutico debe ser discontinuado. Sin embargo, la autoconciencia corporal del terapeuta, el constante análisis de la contratransferencia somática y el apoyo de la supervisión, nos parecen estrategias que permiten evitar erotizar de la relación. Como vimos anteriormente, no es el toque en sí lo que parece estar en causa en los comportamientos sexuales y sí la actitud del terapeuta respecto al toque.

Si analizamos las cuestiones referidas anteriormente, todas tienen sentido en la formación y práctica de los terapeutas en DMT, que llaman el cuerpo del paciente hacia el espacio terapéutico, haciendo uso de la comunicación no verbal y de la capacidad de expresión simbólica del movimiento; y que llaman igualmente el propio cuerpo del terapeuta, usándolo como una herramienta para establecer la relación terapéutica, y como una fuente de información y conocimiento implícito del paciente y del proceso terapéutico.

Consideramos que el terapeuta que elige trabajar en el encuadre propuesto por la DMT, tiene que tener en cuenta las guías de conducta presentadas, que ellas dicen respecto a su competencia como terapeuta en relación a su profesión, sea cual sea la herramienta que deciden usar en determinado momento de la terapia, el toque u otra.

Desde esta perspectiva, solamente dos cuestiones nos parecen exclusivas del toque, ya que implican un conocimiento específico respecto al tema: la cuestión 3 y 4, del contexto del terapeuta. La primera refiere que este debe tener formación y conocimiento sobre el impacto y las funciones del toque y del contacto físico (en el desarrollo humano, en las relaciones y en la psicoterapia, añadimos ahora); la segunda, que debe tener auto-conocimiento sobre su perspectiva respecto al toque.

5.2.2. Comparación con las Psicoterapias Corporales

En cuanto a las psicoterapias corporales, concordamos con que el toque es legítimo en la práctica de la DMT, como ha sido referido por varios autores. Sin embargo, dada la escasez de investigaciones respecto al tema, reconocemos que el toque puede no ser apropiado en todos los casos, por lo que lo describiremos posteriormente (ver discusión).

En cuanto a lo preconizado en los códigos éticos analizados, creemos que las guías de conducta explicitadas no son, una vez más, solamente circunscritas al toque, si las miramos desde la perspectiva de la DMT. Creemos que lo preconizado puede ayudar a evaluar a cada paciente, y decidir del uso del toque, así como de otras estrategias terapéuticas.

El código refiere que, después de ser evaluada la capacidad del cliente para entender la información vehiculada por el terapeuta respecto al consentimiento inicial, el psicoterapeuta debe continuar buscando pistas verbales y no verbales, ya que las objeciones o problemáticas del cliente pueden ser muchas veces inconscientes. Sin querer repetirnos, en la DMT esta monitorización del movimiento del cliente y de la forma como él reacciona (respecto a lo que pasa en la sesión) es esencial para el proceso en DMT.

Se habla también del derecho del cliente a rehusar o terminar cualquier tipo de toque por parte del terapeuta, lo que es vehiculado en la DMT para cualquier ejercicio, movimiento, y actividad. Cabe aquí acordar que en la DMT se hace hincapié en la posibilidad de que el cliente diga no, o de que un miembro de un grupo no quiera participar en las actividades propuestas; en DMT la inmovilidad es también una forma de comunicar algo. Además, siempre se parte de lo que el cliente aporta al proceso, y poco a poco se introducen movimientos nuevos, por lo que este rechazo en participar es punto fundamental en el proceso en la DMT.

El código ético de la USABP refiere el valor terapéutico de la manutención de límites sexuales claros. Consideramos que se habla de los dos tipos de toque no terapéutico, el sexual y el violento. Si la DMT promueve un clima de libertad y de aceptación, reconoce también que es responsabilidad del terapeuta garantizar el respeto por los límites del *setting* terapéutico. Uno de esos límites es la definición de lo que es permitido hacer o no en el espacio terapéutico. Un ejemplo ya comentado refiere los comportamientos violentos explícitos (ver sección 4.4 en este apartado), regla que debe ser explicitada en el inicio de cualquier proceso terapéutico en DMT.

Finalmente, se explicita que la aplicación de las técnicas que implican el toque requiere un alto grado de integración y claridad interna del terapeuta, que este debe tener formación y supervisión apropiadas, y recibir terapia que incluya el toque. No creemos que el toque sea una 'técnica especializada' en DMT (ver conclusiones), pero lo referido en este párrafo ya está contemplado en la competencia del terapeuta en DM.

V

DISCUSIÓN

The matter of touch is so important and pervasive that the question may not be whether or not therapists should touch their patients, but rather how touch is utilized and processed in therapy.

Kertay & Reviere, 1993, p. 39

En esta discusión resumiremos los tipos de toque en la psicoterapia, englobando las psicoterapias verbales, corporales y la DMT, y describiremos para qué tipo de clientes es adecuado usar el toque y con quienes se desaconseja; para ambos temas sugerimos pistas de investigaciones futuras. Asimismo, discutiremos el toque en DMT desde la perspectiva ética.

1. Funciones del toque en la psicoterapia y en la DMT

En la literatura de la DMT, Penfield (1992, p. 170) refiere dos funciones del toque: conforto y provocación; Snieder-Nieman (1984, citado por Popa & Best, 2010, p. 33) identifica 9 funciones del toque en una sesión de DMT: juego, apoyo, comunicación, cercanía, orientación y ayuda, nutritivo, disciplina y control, facilitación de la interacción grupal, e infantilización; Schmais (1985, citada por Popa & Best, 2010, p. 33) solamente refiere la cohesión del grupo como una función del toque. También Popa & Best (2010), basándose en las clases de formación para terapeutas en DM, refieren que el toque puede promover un sentido de inclusión y aceptación, apoyar en la creación de relaciones, revelar emociones y memorias, estimular la imaginación, testar la realidad, experimentar sensualidad, alcanzar la restauración física y proporcionar contención y seguridad.

Agregaremos ahora todas las consideraciones de los autores consultados²³ sobre los tipos de toque, y cuales son sus funciones y objetivos en las psicoterapias verbales y corporales, ya que, con excepción del toque terapéutico específico de estas últimas (intervenciones clínicas prescritas teóricamente, como presión muscular, masaje, Rolfing, o otras técnicas *hand-on*), las otras funciones pueden utilizarse en los dos tipos de psicoterapia. Nos basaremos en el resumen presentado en el apartado 3, al cual agruparemos lo encontrado en la literatura de la DMT resumido arriba. La lista presentada ha sido elaborada a través de un análisis del contenido de lo descrito por los autores. Además de la exclusión del toque terapéutico típico de las psicoterapias corporales, hemos excluido también el toque inadvertido o accidental, así como el toque sexual y el violento, que no forman parte de la terapia.

Tenemos como funciones posibles del toque en psicoterapia y en la DMT (que pueden encontrar expresión en las cuatro dimensiones descritas –la estimulación táctil, el auto-tocarse, el contacto indirecto y el contacto directo):

1. **Función de contención:** providenciar contención o una base segura, proporcionando confianza, apoyo y seguridad; calmar al paciente y sostenerlo físicamente; impedir que el paciente se haga daño, a él mismo o a los demás.
2. **Función de sintonización** y aceptación del paciente, cuando este se está odiando de forma insoportable; comunicar empatía y reforzar el sentimiento de pertenencia al grupo; incluye gestos de felicitación o celebración.
3. **Función de cuidar:** providenciar un cuidado nutritivo, ofreciendo afecto o apoyo que no existió en la relación padres-niño, expresando un cuidado maternal simbólico; puede servir como una experiencia reparadora y/o como un solvente de la resistencia.
4. **Función relacional:** providenciar un contacto real y reforzar la presencia física y psíquica del Yo y del otro; facilitar la afirmación de las fronteras del Yo, promoviendo el concepto de sí mismo; ayudar a alcanzar los objetivos terapéuticos de un grupo (cohesión, interacción con los demás, sentimiento de seguridad, etcétera).

23 Los autores han sido referenciados en el decurso de la tesina y por razones de facilitación de la lectura, no los referimos una vez más en el texto. Sin embargo, para facilitar eventuales pesquisas, los referimos aquí. En la psicoterapia verbal: Toronto, 2002, 2001; Fosshage, 2000; Durana, 1998; Fagan, 1998; Hunter & Struve, 1998; Smith et al., 1998; Kertay & Reviere 1993, 1998; Mintz, 1969. En la psicoterapia corporal: Eiden, 2010; Zur, 2007; Totton, 2003, 2005; Tune, 2005.

En terapias más humanistas, puede servir para la expresión natural de los sentimientos auténticos del terapeuta para con el cliente.

5. **Función en la relación terapéutica:** reforzar la alianza terapéutica y solidificar la relación, cambiando el nivel de intimidad; resolver bloqueos terapéuticos y apoyar al paciente para su completa participación en el proceso terapéutico, incluyendo el asumir de los riesgos inherentes al intento de cambiar.
6. **Función comunicativa:** enfatizar un punto o servir de indicador de la comunicación verbal, reorientar el discurso del cliente, dar la palabra o pedir silencio; llegar al cliente cuando la comunicación verbal no es posible y/o cuando las funciones cognitivas están deterioradas; ayudar a un cliente con dificultades para comunicarse a través del toque; incluye los gestos sociales y rituales para saludar.
7. **Función evocativa:** facilitar la expresión de sentimientos, acceder a memoria y emociones o intensificar estados emocionales, tales como el duelo o rabia; ayudar a pacientes con dificultades en experimentar o reconocer emociones, facilitar la descarga emocional o somática, y aún explorar sentimientos agresivos de forma controlada (ejemplo: *arm werstling*); evocar memorias y estados emocionales pasados y/o traumas, y así ayudar al trabajo terapéutico con esas experiencias.
8. **Función encorporalizadora:** aumentar la consciencia corporal, amplificando la atención a las sensaciones corporales; puede ayudar a pacientes que se han aislado de la sensación física (por ejemplo, a través del aumento de la conciencia de las tensiones, los bloqueos, la respiración, etcétera); hacer la ligación entre la conciencia fisiológica y los sentimientos; monitorear la respuesta del cliente al toque, hacerlo consciente de ella, y evocar las memorias corporales; incluye la estimulación táctil.
9. **Función realista:** traer para el aquí y ahora, comunicar un sentido de realidad, fortaleciendo o reponiendo el contacto con lo real; puede usarse cuando el paciente es incapaz de comunicar verbalmente, en estados de ansiedad y desesperación o para vigorar a un paciente bloqueado.
10. **Función creativa,** estimulando la imaginación y la expresión emocional.

11. **Función lúdica**, formando parte integrante del juego; infantilizar una situación o problemática, o ser un toque provocativo.

12. **Función de apoyo a tareas y ejercicios**, ayudando a alguien en determinada tarea, ejercicio o movimiento (incluye los movimientos asistidos); servir como modelo o ayudar en la capacitación a través de la experiencia.

En el futuro, nos parecen interesante investigar si las funciones del toque ahora descritas son utilizadas en la práctica de la DMT, validando o no esta lista. Percibir cómo el terapeuta y cliente vivencian el toque puede también ayudar a encuadrarlo en nuestra disciplina. Este análisis tendría siempre que basarse en la experiencia subjetiva y contextualizada de la relación terapéutica, dado el carácter idiosincrásico del toque.

No podremos olvidar que el tacto/toque, aunque inadecuado, también puede conllevar a la incomodidad sexual, a un sentimiento de sentirse invadido, despreciado o dominado, y a crear una necesidad de defensa. Sería muy importante también investigar si hay algún tipo de toque que aumente la posibilidad de que estos efectos negativos ocurran.

2. Tipos de clientes y el toque en DMT

Como la selección de las estrategias terapéuticas depende del tipo de persona que es el cliente, numerosos autores han reflexionado sobre para qué tipo de clientes puede ser benéfico el toque y con los cuales es mejor no utilizarlo.

2.1. *Cientes con quienes es adecuado usar el toque*

Intentando resumir lo preconizado por los autores de la psicoterapia no verbal, y añadiendo la información de los autores provenientes de la DMT, podríamos concluir que el toque puede ser beneficioso para varios tipos de pacientes.

Son referidos como candidatos al uso del toque:

1. Pacientes con deficiencias en la vinculación y en las ligaciones afectivas (Bonitz, 2008).
2. Clientes muy funcionales pero exclusivamente al nivel intelectual (Bonitz, 2008).

3. Clientes que perciben la necesidad de proximidad como vergonzosa (Bonitz, 2008).
4. Clientes en crisis de angustia (Bonitz, 2008) o en momentos de estrés agudo: luto, trauma, depresión severa (Holroyd & Brodsky, 1977).
5. Pacientes cuyos desórdenes sucedieron en una fase sin lenguaje verbal (Bar-Levav, 1998), cuyas patologías ocurrieron en un periodo precoz de la niñez, antes de la adquisición del lenguaje, y antes de una diferenciación estructural significativa (Toronto, 2001).
6. Pacientes que no tienen la capacidad de trabajo simbólico de forma significativa (Toronto, 2001), sea por el motivo que sea.
7. Niños con autismo (Guyot, 1982, citado por Popa & Best, 2010), que pueden responder positivamente a una forma de toque previsible, rítmica y con una carga de afecto neutral, tales como un masaje o palmaditas rítmicas, pero tornándose más vergonzosos cuando el toque es más cargado emocionalmente, como en el abrazo.
8. Personas o niños con discapacidades físicas severas (MacDonald, 1992; Duggan, 1978, citado por Christ, 2002, sugieren que el contacto físico estrecho es una buena forma de empezar la terapia con esta población).
9. Para niños con ADHD, con dificultad en controlar sus impulsos, reduciendo su caos, siendo necesario muchas veces contenerlos físicamente (Gronlund, et al., 2005, p. 79, citado por Popa & Best, 2010).
10. Adolescentes con problemáticas relacionadas con la aceptación del cuerpo y del contacto físico (Payne, 2005).
11. Los neuróticos normales, para facilitar la experiencia de seguridad y de flexibilidad de fronteras (Hartley, 2004) o para sintonizar con un paciente volcado (Kestenberg, et al., 1999, citada por Popa & Best, 2010);
12. Personas mayores con demencia o adultos con discapacidades cognitivas (Kowarzik, 2006, citado por Popa & Best, 2010).

Los pacientes esquizofrénicos reciben una atención redoblada respecto al uso del toque, y son numerosos los autores (Phillips, 1980 y Lanchester, 1981, citados por Popa & Best, 2010; Searles, 1965, Wilson, 1982 y Robertiello, 1974, citados por Strozier et al., 2003; Montagu, 1971) que apuntan objetivos y funciones del toque con estos pacientes:

- ayudar en la regresión necesaria al estadio no verbal;
- permitir que el paciente se acepte a sí mismo como persona y se conecte con el mundo exterior;

- servir de modelo para el amor de los padres, en pacientes que han sufrido negligencia parental;
- contener a los clientes, ayudándolos a trabajar temas como el aislamiento y la intimidad;
- establecer contacto con pacientes catatónicos, a través de un contacto suave, de frotarlos o abrazarlos.
- el auto-tocarse puede anclar a estos pacientes en el presente y darles un sentido más coherente de su propio cuerpo;
- el contacto físico entre estos pacientes exige una consciencia de sí mismos, así como de los demás, aumentando de este modo la orientación hacia la realidad.

2.2. *Cientes con los cuales no es adecuado usar el toque*

Se cree que el uso del toque está contraindicado con determinado tipo de pacientes (Bonitz, 2008; Toronto, 2001; Kertay & Reviere, 1998; Older, 1982; O’Hearne, 1972; Mintz, 1969), tales como los que:

- no quieren ser tocados;
- prueban continuamente los límites de la relación terapéutica;
- intentan manipular al terapeuta;
- ya han superado los límites sexuales con otro terapeuta;
- exigen constantemente atención;
- intentan constantemente agradar a los demás;
- son dependientes y sin autonomía;
- luchan con cuestiones de control de los impulsos;
- tienen fantasías sexuales explícitas para con el terapeuta y/o comportamientos con una gran dosis de erotismo adulto;
- poseen un funcionamiento *borderline*, hostiles o paranoides, y pueden interpretar mal el significado del toque;
- son demasiado seductores;
- hacia los cuales el terapeuta siente crecer sentimientos hostiles o sexuales.

Creemos que en investigaciones futuras se puede intentar percibir si hay o no un tipo de toque más adecuado a alguno tipo de cliente. Por ejemplo, hay indicaciones de que los niños autistas responden mejor a un toque rápido, ritmado y neutro, que a un toque

más continuado y emocional. Lo podríamos haber intuitido de los ritmos de Kestenber (Koch, 2008). En este sentido, ¿qué lazos teórico-prácticos pueden existir entre teorías y estrategias de la DMT y el toque?

3. Ética del toque en DMT: el Embodiment y la Hermenéutica

Although dance/movement therapists seem to be an ethically fortunate group, as evidenced by the infrequency of ethical complaints made about their practice..., this by no means excuses us from being sensitive, informed, alert to and conscientious about our ethical responsibilities.

Hervey, 2007, p. 106

Like art, ethics cannot be done simply by following a method of rules. Guidelines or principles play an indispensable role, but they do not of themselves yield moral discernment. ... Rules and regulations cannot tell you how to approach someone who not only needs your help but also your confidence. ... When it comes to the basic ethical necessities, such as contextual sensitivity and delicacy, a sense of timing and opportuneness, we move beyond rules and principles.... To know the right time calls for both the genius of the intellect and the genius of the heart. Sound ethics knows that the heart is wise in its own fashion.

Maguire and Fagnoli, 1991, p. 97 (citado por Betan, 1997, p. 361)

Más allá de la visión de la ética como reglamentación de la práctica, con sus códigos éticos, sus principios generales y sus guías de conducta, la ética aplicada puede observarse desde la toma de decisión, como un proceso heurístico que requiere toda nuestra implicación en una situación que se presenta como un dilema. En la presente discusión ética, englobamos los conceptos del *embodiment* y de la hermenéutica.

Lenore Hervey (2007), una profesora de investigación y ética en DMT, ha abordado la ética desde este punto de vista, al cual ha añadido el concepto de *embodiment*, para reforzar la idea de que debemos ser conscientes de las respuestas corporales a determinado dilema ético. Una de las vertientes de su modelo, permite desarrollar la sensibilidad ética, lo que

proporcionará al terapeuta señales de aviso de que algo no está bien, de la necesidad de una decisión ética para hacer frente a la situación. El modelo presentado permite gestionar dilemas éticos, pero también ayudar a las decisiones más momentáneas del día a día de la terapia, apuntando a una toma de decisión ética encuerpada:

In addition to the moment to moment instances in which a dance/movement therapist must make embodied ethical decisions such as whether, when and how to touch a client, there are larger ethically challenging situations that require deliberation of the sort outlined here. Typical dilemmas are similar to those faced by any therapist (Hervey, 2007, p. 105-106).

Creemos que la lógica de la autora tiene similitudes con la nuestra, en el sentido que a lo largo de su texto habla de varias características de la DMT para argumentar por qué estos profesionales están más sensibilizados para la ética, y por qué tienen herramientas en su práctica que les ayudan en la toma de decisión ética encuerpada. Asimismo, habla de dos características de la DMT también escogidas por nosotras: el *embodiment* y la empatía kinestésica. En sus palabras: “I believe that the practice of dance/movement therapy can be more intentionally ethical by knowing and being deeply familiar with one’s own embodied responses” (Hervey, 2007, p. 106). Esta es una capacidad primordial desarrollada por los terapeutas en DM. Es esta visión, que compartimos con la autora, la que nos ayudará a posicionar el toque en la DMT (ver conclusiones).

El psicoterapeuta Ephi Betan (1997) coloca la toma de decisión ética en el contexto de la hermenéutica (que enfatiza el rol de la interpretación y de la subjetividad en el entendimiento de determinada situación) y de los modelos relacionales en psicoterapia. Su tesis central es que, además del razonamiento moral, los contextos de la relación terapéutica y de las respuestas subjetivas del terapeuta son fundamentales para la interpretación y aplicación de intervenciones éticas.

Reconocer que las preocupaciones subjetivas e interpersonales influyen en la interpretación y en la respuesta del terapeuta a dilemas éticos, implica que la profesión tiene que garantizar que los psicoterapeutas poseen capacidades fundamentales de auto-reflexión y de empatía (Betan, 1997). Creemos ya haber demostrado como la DMT hace todo el esfuerzo en este sentido, y como desarrolla herramientas que aumentan el auto-conocimiento de sus terapeutas.

VI

CONCLUSIONES

The touching is both an asset and a danger. When you touch someone, you are touching the Self. Not only do you touch the physical body in front of you but, through the body, you touch the outer layers of existence constituting the entire person. ... If you take on what is brought up by touch without knowing what touch can produce, trouble may arise before you realize you are in deeper than you intended. This does not mean that you ought to be guarded; it only means that knowing something about what you are touching is essential. There is no such thing as making mistakes; there is no such thing as doing it right; there is no such thing as being wise enough to avoid it. It is foolish of a therapist, I think, to fend this off.

Mary Whitehouse (1977, citada por Lemieux, 1988, p. 25)

En esta tesina hemos visto que el toque puede ser una herramienta poderosa en la comunicación y en la vinculación humana y, asimismo, en el contexto de la relación terapéutica. La reciente proliferación del discurso que engloba el toque en DMT y la formación de nuevos terapeutas (Payne, 2010; Popa & Best, 2010; Shaw, 2009; Baum, 2007), parece señalar que el debate está vivo en nuestra disciplina, y valida la elección del tema en esta tesina.

En estas conclusiones hablaremos de las similitudes entre movimiento y toque, y de por qué creemos que en la DMT el toque forma parte del proceso terapéutico. Asimismo, creemos que la DMT posee herramientas inherentes al trabajo con el cuerpo y el movimiento, que le permiten integrar el uso del toque de forma eficaz y heurística para el proceso terapéutico; además, el encuadramiento de la relación terapéutica, especialmente la integración del cuerpo del terapeuta, garantiza una utilización ética del toque en DMT.

De la dificultad en definir el tacto/toque que hemos encontrado, sobresale la complejidad de este sistema perceptivo, y la dificultad en entenderlo con las lentes objetivas y mensurables de la ciencia, lo que ha determinado la escasez de investigaciones sobre el tacto/toque. También sobresalen yuxtaposiciones con otros sistemas perceptivos, como la visión y la audición, y asimismo con el movimiento. Por ejemplo, el movimiento provoca el estiramiento de la piel, lo que estimula los mismos receptores que responden a la presión y temperatura asociadas a la estimulación táctil. El involucramiento de la propiocepción en las experiencias del movimiento y del toque, pueden dotar el movimiento de la cualidad de 'toque interior' (Turp, 2000, p. 63).

Una preocupación curiosa que verificamos en la literatura sobre el toque en psicoterapia ha sido la integración del cuerpo en la psicoterapia verbal, y, al revés, la integración de la palabra en las psicoterapias corporales. Muchas veces los autores provenientes de la psicoterapia verbal, abogaban el uso del toque por la necesidad de traer el cuerpo del paciente a un encuadre terapéutico, como una forma de llegar a él en esos momentos en los que el paciente no puede comunicar verbalmente. Es nuestra opinión que la DMT soluciona esta cuestión de forma muy parsimoniosa, ya que trabaja con la unidad mente-cuerpo, en una visión holística del ser humano.

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

Aún basándonos en la comunicación y la relación madre-bebé, atendamos a las palabras de Hertenstein (2002, p. 91) y a su modelo de la comunicación táctil. Proponemos el ejercicio hipotético de sustituir el concepto 'infantcaregiver' por 'psicoterapéutica':

Touch should be placed in the context of infantcaregiver relationships comprised of multimodal communication. When one focuses on a single modality – in this case,

Conclusiones

touch – one runs the risk of not understanding the infant-caregiver communication system for what it is: an inherently seamless and dynamic process that is characterized by bi-directionality, as well as developmental change and stability.

Cuando se habla del toque en la psicoterapia, muchas veces los autores parecen olvidar que este sucede en el contexto más amplio de la relación terapéutica, y que no es solamente el toque que la define; muchos acontecimientos, experiencias compartidas, comunicaciones muy sutiles, contribuyen para la construcción a dos de la relación terapéutica; el toque es una forma de comunicación poderosa, pero *per se* no nos parece suficiente para definir toda una relación.

En la perspectiva ética abordada en esta tesina, creemos que el toque, como cualquier otra intervención terapéutica, no puede prescribirse, y debe ser integrado e incorporado en la relación y el encuadre de la terapia, guiado por razones teóricas, éticas y culturales, por la consciencia del terapeuta, por su conocimiento del paciente, y asimismo por el proceso terapéutico.

Podemos ver cómo esta visión del tacto/toque es idéntica a la visión de Betan (1997) sobre la ética en psicoterapia, en la que “...allows the therapist to remain part of the situation, and it places authority not in abstract, externally imposed principles but rather in the connection between therapist and patient” (Betan, 1997, p. 362).

Además, hemos visto que no hay guías de conducta específicas para el toque en DMT. También que las guías para las psicoterapias verbales y corporales, no se aplican exclusivamente al toque en la DMT, por razones teóricas y metodológicas. Son muy válidas en nuestra disciplina, pero no son específicas del toque; podremos adoptarlas para guiar nuestra conducta, pero no exclusivamente para el toque.

Como referido, solamente hay dos cuestiones, del contexto del terapeuta, que parece tener sentido aplicar a la DMT, y que refieren que el terapeuta debe tener formación respecto al toque y auto-conocimiento sobre su postura hacia el contacto físico.

En la primera cuestión, la información que debe ser vehiculada es referente a las varias temáticas que pueden emerger cuando se usa esta intervención (conocimiento del impacto y función del toque). Después de esta tesina, también creemos que deben ser añadidas las

temáticas²⁴ del toque en el desarrollo humano, en la comunicación y en la psicoterapia; asimismo, deben ser debatidas las cuestiones éticas. Estas temáticas pueden ser incluidas en la formación inicial de los terapeutas y pueden ser trabajadas de forma más conciente en la supervisión. Nos gusta creer que esta tesina puede ayudar en esta tarea.

En cuanto a la segunda cuestión, del auto-conocimiento respecto al toque, concordamos con Greene (2001, p. 582): “I do not recommend the use of touch as a therapeutic technique unless the analyst is willing to participate in a thorough body training analysis that promotes inner somatic awareness of her/his body...” En la formación en DMT, el movimiento se usa para el auto-conocimiento del terapeuta, para que pueda emplear el conocimiento de su propio cuerpo como una herramienta terapéutica, en el análisis y en la toma de decisión en el proceso.

En la formación de nuevos terapeutas en DM se reconoce también la visión cultural del toque, como lo demuestran las conclusiones del Panel Internacional de discusión:

Continuing the theme of education and training, the audience members questioned the concept of “standardized training.” The idea of respect for each countries cultural identity and customs as it relates to dance, body movement, use of space and touch, and eye contact was explored in depth (Capello, 2006, p. 31).

Si las guías de conducta no parecen ayudar mucho en garantizar un uso ético del toque, creemos que los terapeutas en DM poseen estrategias que les hacen más sensibles a esta temática, por lo expuesto en las especificidades de la DMT y también por lo concluido recientemente respecto a la formación en DMT (Federman, 2010; Hervey, 2010; Popa & Best, 2010)²⁵.

Una de esas estrategias es la capacidad de empatía kinestésica que hace que el terapeuta modifique su comportamiento en función de la respuesta del paciente, que, además, siente

24 También Dobson et al. (2002, p. 352) hablan de las temáticas sobre el toque, necesarias en la formación del staff que trabaja con personas con dificultades profundas de aprendizaje: mecanismos del toque; implicaciones de su uso para el staff; como la cultura de una persona afecta al uso del toque; como el staff puede ser consciente de las necesidades sensoriales de los usuarios; y cuales son los métodos más eficaces para mostrar el uso del toque.

25 Véase también la investigación de Lundy & McGuffin (2005) que comprueba que la formación en DMT puede aumentar la eficacia y la sensibilidad por parte de los técnicos, en la aplicación de la técnica restrictiva ‘therapeutic holding’, que implica el contacto físico.

en su propio cuerpo. Es lo referido por Hertenstein (2002, p. 89) en su modelo conceptual de la comunicación táctil:

...the proposed model of tactile communication is bi-directional and dynamic. The ultimate communicative effects of touch feed back to the qualities and parameters of touch that the infant will likely experience in the future. For example,... if the caregiver's touch does not have the desired communicative effect, her or she may be more likely to administer a different form of touch in the future. Thus, the effect(s) that touch has on the infant affects the qualities and parameters of touch that the infant will receive in the future from the caregiver.

No creemos que el toque sea una 'técnica específica' (como el masaje) en DMT; el toque sucede (o no) como parte de la danza de dos cuerpos que se relacionan. En este sentido, concordamos una vez más con Heyder (2010) en que la decisión de la utilización del toque en DMT no es solamente una decisión ética que cada terapeuta debe hacer respecto a su práctica, sino que forma parte del día a día del proceso terapéutico, que puede ocurrir en el desarrollo de la relación, del proceso, en el momento mismo en que tenga sentido en la comunicación entre terapeuta y cliente.

Aprovechando las palabras de Turp (2000, p. 65): "There are two separate issues to be considered: the issue of informal physical contact – for example, shaking hands when a client comes into the room – and the question of structured physical contact, in the form of a massage or a bioenergetics exercise." Es nuestra convicción que en la DMT se da una tercera forma de toque, que no es impuesta como técnica por un terapeuta que tiene el control y el poder, sino que es parte integrante de la danza comunicativa que es co-creada entre terapeuta y paciente en la relación terapéutica.

VII BIBLIOGRAFÍA

- ADMTE – Asociación de Danza Movimiento Terapia Española. (n.d.). Recuperado el 3 de mayo de 2010, de <http://www.danzamovimientoterapia.com/>
- Alyn, J. (1988). The politics of Touch in Therapy: A response to Willison and Masson. *Journal of Counseling and Development*, 66, 432–433.
- Anzieu, D. (1978). A pele: do prazer ao pensamento. In *A vinculação* (pp. 119–129). Lisboa: Socicultur.
- Association for Dance Movement Therapy U.K. – ADMTUK. (n.d.). Recuperado el 5 de mayo de 2010, de http://www.admt.org.uk/mem_codepractice.html
- Bar–Levav, R. (1998). A Rationale for Physical Touching in Psychotherapy. In *Touch in Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* (pp. 52–55). New York: Guilford Press.
- Baum, R. (2007). Looking backward, dancing forward: A student’s encounter with the practice of dance movement therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 34(3), 249–255.
- Betan, E.J. (1997). Toward a hermeneutic model of ethical decision making in clinical practice. *Ethics and Behavior*, 7(4), 347–365.
- Bonitz, V. (2008). Use of physical touch in the “talking cure”: A journey to the outskirts of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(3), 391–404.
- Brockman, R. (2008). The Slippery Slope: Touch in Dynamic Psychiatry. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 36(3), 403–414.
- Burton, H. & Sinclair, R. (1996). Somatosensory Cortex and Tactile Perceptios. In *Pain and Touch* (pp. 105–177). Amsterdam: Elsevier.
- Capello, P. (2010). BASCICS: un modelo intra/interactivo de DMT con pacientes psiquiátricos adultos. In H. Wengrower & S. Chaiklin (Eds.), *La Vida Es Danza* (pp. 101–128). Barcelona: Gedisa.
- Capello, P. (2006). Training Dance/Movement Therapists: The International Challenge. *American Journal of Dance Therapy*, 28(1), 31–40.

Bibliografía

- Chaiklin, S. (2010). Hemos danzado desde que pusimos nuestros pies sobre la tierra. In H. Wengrower & S. Chaiklin (Eds.), *La Vida Es Danza* (pp. 27–37). Barcelona: Gedisa.
- Christ, T.M. (2002, May). *An Observational Study of Touch in the Teacher–Student Interaction with a Child who has Cerebral Palsy: Implications for Dance/Movement Therapy*. MCP Hahnemann University, Philadelphia.
- Damásio, A. (1995). *O Erro de descartes, Emoção, razão e cérebro humano* (15th ed.). Mem Martins: Publicações Europa–América.
- Damásio, A. (2003). Corpo, Cérebro e Mente. In *Ao encontro de Espinosa, As emoções sociais e a neurologia do sentir* (pp. 207–247). Mem Martins: Publicações Europa–América.
- Dávila, M. (2007). La contratransferencia somática: ‘Memória sin recuerdo’ en el cuerpo del psicoanalista (pp. 1–19). Presentado en Recordar, Repetir, Elaborar en el Psicoanálisis y en la Cultura Hoy, Berlin. Recuperado de <http://internationalpsychoanalysis.net/wp-content/uploads/2007/08/davilaberlin.pdf>
- Dobson, S., Upadhyaya, S., Conyers, I., & Raghavan, R. (2002). Touch in the Care of People with Profound and Complex Needs. *Journal of Intellectual Disabilities*, 351–362.
- Dosamantes–Alperson, E. (1987). Transference and countertransference issues in movement psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy*, 14(3), 209–214.
- Dosamantes–Beaudry, I. (2007). Somatic Transference and Countertransference in Psychoanalytic Intersubjective Dance/Movement Therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 29(2), 73–89.
- Durana, Carlos. (1998). The use of touch in psychotherapy: Ethical and clinical guidelines. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(2), 269–280.
- EABP – European Association for Body Psychotherapy. (n.d.). Recuperado el 20 de abril de 2010, de <http://www.eabp.org/>
- EAP – European Association for Psychotherapy. (sin fecha). Recuperado el 10 de junio de 2010, de <http://europsyche.org/>
- Eiden, B. (2010). The Use of Touch in Psychotherapy. Recuperado de <http://www.integrazioneposturale.it/varieftp/eiden.pdf>
- Eyckmans, S. (2009). Handle with Care: Touch as a Therapeutic Tool. *Gestalt Journal of Australia & New Zealand*, 6(1), 40–53.
- Fagan, J. (1993). Thoughts on Using Touch in Psychotherapy. In *Touch in Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* (pp. 145–152). New York: Guilford Press.
- Federman, D.J. (2010). The co–joint change in kinaesthetic ability and openness to experience in the professional development of DMT trainees. *The Arts in Psychotherapy*, 37(1), 27–34.
- Fischman, D. (2005). ¿Por qué el movimiento y la danza en psicoterapia? (pp. 1–9). Presentado en las Primeras Jornadas Luso–Ibéricas de Danza Movimiento Terapia, Barcelona.
- Fischman, D. (2010). Relación terapéutica y empatía kinestésica. In H. Wengrower & S. Chaiklin (Eds.), *La Vida Es Danza* (pp. 81–96). Barcelona: Gedisa.

Bibliografía

- Forer, B.R. (1969). The taboo against touching in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 6(4), 229–231.
- Fosshage, J.L. (2000). The Meanings of Touch in Psychoanalysis: A Time for Reassessment. *Psychoanalytic Inquiry*, 20, 21–43.
- Gallagher, S. (1986). Lived Body and Environment. *Research in Phenomenology*, 16(1), 139–170.
- García, M.E. (2006). El ritmo de los procesos mentales y la presencia terapéutica en DMT. Presented at the I Congreso Nacional de Terapias Creativas, Barcelona.
- Geib, P. (1998). The Experience of Nonerotic Physical Contact in Traditional Psychotherapy. In *Touch in Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* (pp. 109–126). New York: Guilford Press.
- Geller, S.M., & Greenberg, L.S. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1(1–2), 71–86.
- Goodill, S. (2005). *An introduction to medical dance/movement therapy: health care in motion*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Greene, A.U. (2001). Conscious mind: Conscious body. *Journal of Analytic Psychology*, 46, 565–590.
- Hartley, L. (2004). *Somatic Psychology: Body, Mind and Meaning*. London: WileyBlackwell.
- Hertenstein, M.J., Keltner, D., App, B., Bulleit, B.A., & Jaskolka, A.R. (2006). Touch communicates distinct emotions. *Emotion*, 6(3), 528–533.
- Hertenstein, M.J. (2002). Touch: Its Communicative Functions in Infancy. *Human Development*, 45(2), 70–94.
- Hertenstein, M.J., Holmes, R., McCullough, M., & Keltner, D. (2009). The communication of emotion via touch. *Emotion*, 9(4), 566–573.
- Hervey, L.W. (2007). Embodied Ethical Decision Making. *American Journal of Dance Therapy*, 29(2), 91–108.
- Holroyd, J.C., & Brodsky, A.M. (1977). Psychologists' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic physical contact with patients. *The American Psychologist*, 32(10), 843–849.
- Holroyd, J.C., & Brodsky, A.M. (1980). Does touching patients lead to sexual intercourse? *Professional Psychology*, 11(5), 807–811.
- Horton, Judith Anne, Clance, Pauline Rose, Sterk-Elifson, Claire, & Emshoff, James. (1995). Touch in psychotherapy: A survey of patients' experiences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(3), 443–457.
- Hunter, M., & Struve, J. (1998). *The Ethical Use of Touch in Psychotherapy*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Kertay, L., & Reviere, S. (1998). Touch in context. In *Touch in Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* (pp. 16–35). New York: Guilford Press.
- Kertay, L., & Reviere, S.L. (1993). The use of touch in psychotherapy: Theoretical and ethical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(1), 32–40.

Bibliografía

- Koch, S. (2006). Interdisciplinary embodiment approaches. Implications for creative arts therapies. In S. Koch & I. Brauning (Eds.), *Advances in Dance/Movement Therapy. Theoretical Perspectives and Empirical Findings* (pp. 17–28). Berlin: Logos Verlag.
- Koch, S. (2008). *Presentación Power Point. Observación y Análisis del Movimiento Clínico*. Autónoma Interactiva, UAB.
- Laban, R. (1978). *Domínio do Movimento*. São Paulo: Summus Editorial.
- Laban, R. (1991). *La Danza Educativa Moderna*. Méjico: Editorial Paidós.
- Lazarus, A. (1994). How Certain Boundaries and Ethics Diminish Therapeutic Effectiveness. *Ethics & Behavior*, 4(3), 255–261.
- Leijssen, M. (2006). Validation of the Body in Psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 46(2), 126–146.
- Lemieux, A. (1988). *The Contact Duet as a Paradigm for Client/Therapist Interaction*. Naropa Institute, Boulder, Colorado. Recuperado de http://adwoalemieux.com/Lemieux_Adwoa_Contact_Duet.pdf
- Lemieux, A. (2001). Contact Movement Therapy for Clients with Eating Disorders. In Robert-McComb & J.R. Clopton (Eds.), *Eating Disorders in Women and Children. Prevention, Stress Management, and Treatment*. Boca Raton: CRC Press. Recuperado de <http://www.jungland.ru/Library/Ex/EngCI.htm>
- Levy, F.J. (1988). *Dance/Movement Therapy: a Healing Art*. Reston: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.
- Loman, S., & Sossin, M. (2010). Introducción al Perfil de Movimiento de Kestenberg y la DMT. In H. Wengrower & S. Chaiklin (Eds.), *La Vida Es Danza* (pp. 259–288). Barcelona: Gedisa.
- Lowen, A. (1975). *Bioenergetics: The Revolutionary Therapy That Uses the Language of the Body to Heal the Problems of the Mind*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Lundy, H. (2002, May). *Using dance/movement therapy to augment the effectiveness of therapeutic holding with children*. MCP Hahnemann University. Recuperado de <http://idea.library.drexel.edu/bitstream/1860/1100/1/2006173018.pdf>
- Lundy, H., & McGuffin, P. (2005). Using dance/movement therapy to augment the effectiveness of therapeutic holding with children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing: Official Publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 18(3), 135–145.
- MacDonald, J. (1992). Dance? Of course I can! Dance Movement therapy for people with learning difficulties. In H. Payne (Ed.), *Dance movement therapy: theory and practice* (pp. 202–217). London: Routledge.
- McNeil-Haber, F.M. (2004). Ethical Considerations in the Use of Nonerotic Touch in Psychotherapy with Children. *Ethics & Behavior*, 14(2), 123.
- Meekums, B. (2002). *Dance movement therapy: a creative psychotherapeutic approach*. London: SAGE.
- Milakovich, J. (1998). Differences between therapists who touch and those who do not. In *Touch in Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* (pp. 74–91). New York: Guilford Press.

Bibliografía

- Mintz, E.E. (1969). On the rationale of touch in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 6(4), 232–234.
- Monsegur, T. (2010). Testimonios de profesionales en los centros donde se ha introducido la DMT. In H. Wengrower & S. Chaiklin (Eds.), *La Vida Es Danza* (pp. 335–354). Barcelona: Gedisa.
- Montagu, A. (1986). *Touching: The Human Significance of the Skin* (3rd ed.). New York: Harper Paperbacks.
- Panhofer, H. (en prensa) Cuando las palabras no son suficientes – Fundamentos de la Danza Movimiento Terapia (DMT). In L. Mateos (Ed.), *Las Terapias Creativas*.
- Panhofer, H. (Ed.). (2005). *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Panhofer, H. (2005). “Come back, come back!”: Apegos rotos y sus implicaciones clínicas en Danza Movimiento Terapia. In H. Panhofer (Ed.), *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 99–130). Barcelona.
- Panhofer, H. (2007). *Presentación Power Point. Observación y Análisis del Movimiento*. Autónoma Interactiva, UAB.
- Panhofer, H., & Rodríguez, S. (2005). La Danza Movimiento Terapia: una nueva profesión se introduce en España. In H. Panhofer (Ed.), *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 49–95). Barcelona: Gedisa.
- Payne, H. (2010). Personal development groups in post graduate dance movement psychotherapy training: A study examining their contribution to practice. *The Arts in Psychotherapy*, 37(3), 202–210.
- Payne, H. (2005). Encerrados y excluidos: Danza Movimiento Terapia con niños y adolescentes. In H. Panhofer (Ed.), *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 131–182). Barcelona: Gedisa.
- Penfield, K. (1992). Individual movement psychotherapy: dance movement therapy in private practice. In H. Payne (Ed.), *Dance movement therapy: theory and practice* (pp. 163–181). London: Routledge.
- Phelan, J.E. (2009). Exploring the use of touch in the psychotherapeutic setting: A phenomenological review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(1), 97–111.
- Popa, M.R., & Best, P.A. (2010). Making sense of touch in dance movement therapy: A trainee’s perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy: An International Journal for Theory, Research and Practice*, 5(1), 31–44.
- Rauch, S.L. (2005). *A descriptive study on the differences between Body Psychotherapists and traditional counselors*. University of North Carolina, Charlotte. Recuperado de <https://www.hakomiinstitute.com/Resources/research/Rauch-disseration.doc>
- Real Academia Española. (n.d.). Recuperado el 2 de junio de 2010, de <http://www.rae.es/RAE/Noticias.nsf/Home?ReadForm>

Bibliografía

- Reca, M. (2005). *¿Que es Danza/movimiento terapia? El cuerpo en danza*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.
- Rico, M. P. (2004). La cinetografía Laban. *Artes La Revista*, 4(7), 1–5.
- Rodríguez Cigaran, S. (2009). Danza movimiento terapia: cuerpo, psique y terapia. *Avances en Salud Mental Relacional*, 8(2), 1–20.
- Rogers, C. (1979). *Psicoterapia e consulta psicológica* (2nd ed.). Lisboa: Moraes Editores.
- Sakiyama, Y., & Koch, N. (2003). Touch in Dance Therapy in Japan. *American Journal of Dance Therapy*, 25(2), 79–95.
- Sassenfeld, A. (2008). De la contratransferencia somática a la comunicación implícita en la psicología analítica. Recuperado el 25 de junio de 2009, de http://www.cgjung.cl/archivos/doc_details/72-de-la-contratransferencia-somatica-a-la-comunicacion-implicita-en-la-psicologia-analitica
- Schmais, C., & White, E. (1986). Introduction to dance therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 9(1), 23–30.
- Shaw, J. (2009). Narratives. *American Journal of Dance Therapy*, 31(1), 71–82.
- Sherborne Developmental movement. (sin fecha). Recuperado el 2 de junio de 2010, de <http://sherborne-association-uk.com/index.html>
- Sherborne, V. (2001). *Developmental Movement for Children: Mainstream, Special Needs and Pre-School*. London: Worth Publishing.
- Smith, E.W.L., Clance, P.R., & Imes, S. (1998). *Touch in Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*. New York: Guilford Press.
- Soldevila, M. (2008). Que define una metodología propia en arteterapia? In J. Klein, M. Bassols, & E. Bonet (Eds.), *Arteterapia. La creación como proceso de transformación* (pp. 183–199). Barcelona: Octaedro.
- Stanton-Jones, K. (1992). *An Introduction to Dance Movement Therapy in Psychiatry*. London: Routledge.
- Stenzel, Cheryl L., & Rupert, Patricia A. (2004). Psychologists' Use of Touch in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 332–345.
- Stern, D. (1992). *O mundo interpessoal do bebê – Uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stevens, J., & Green, B. (1996). History of Research on Touch. In *Pain and Touch* (pp. 1–23). Amsterdam: Elsevier.
- Strozier A., Krizek C., & Sale K. (2003). Touch: its use in psychotherapy. *Journal of Social Work Practice*, 17(1), 49–62.
- Taylor, M.A. (1996, Mayo). *The Use of Touch in Therapy: Can We Talk?* Biola University. Recuperado de <http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/contentdelivery/servlet/ERICServlet?accno=ED397366>
- The Kestenberg Movement Profile. (sin fecha). Recuperado el 6 de mayo de 2010, de <http://www.kestenbergmovementprofile.org/>

Bibliografía

- Toronto, E.L. (2001). The human touch: An exploration of the role and meaning of physical touch in psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 18(1), 37–54.
- Toronto, E.L. (2002). A clinician's response to physical touch in the psychoanalytic setting. *International Journal of Psychotherapy*, 7(1), 69.
- Tortora, S. (2010). La DMT en el tratamiento de niños pequeños. Diferentes puntos de vista. In H. Wengrower & S. Chaiklin (Eds.), *La Vida Es Danza* (pp. 169–194). Barcelona: Gedisa.
- Totton, N. (2005). *New Dimensions in Body Psychotherapy*. Maidenhead: Open University Press.
- Totton, N. (2003). *Body Psychotherapy. An Introduction*. Maidenhead: Open University Press.
- Tune, D. (2005). Dilemmas concerning the ethical use of touch in psychotherapy. In *New Dimensions in Body Psychotherapy* (pp. 70–83). Open University Press.
- Turp, M. (2000). Touch, enjoyment and health: in adult life. *European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*, 3(1), 61–76.
- USABP – United States Association for Body Psychotherapy. (n.d.). Recuperado de <http://www.usabp.org/associations/1808/files/USABPethics.pdf>
- Vulcan, M. (2009). Is there any body out there? A survey of literature on somatic countertransference and its significance for DMT. *The Arts in Psychotherapy*, 36(5), 275–281.
- Wengrower, H., & Chaiklin, S. (2010). *La Vida Es Danza: El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Winters, A. (2008). Emotion, Embodiment, and Mirror Neurons in Dance/Movement Therapy: A Connection Across Disciplines. *American Journal of Dance Therapy*, 30(2), 84–105.
- Young, C. (2007). The Power of Touch in Psychotherapy. *International Journal of Psychotherapy*, 11(3). Recuperado de http://ijp.org.uk/Back_Issues.htm
- Young, C. (n.d.). Body Psychotherapy. *EAP – European Association for Psychotherapy*. Recuperado el 15 de abril de 2010, de <http://europsyche.org/>
- Zur, O.P. (2007). Touch in Therapy. In *Boundaries in Psychotherapy: Ethical and Clinical Explorations* (pp. 167–185). American Psychological Association.