

EL CUERPO COMO ESPEJO DEL SELF

La Imagen Corporal, Concepto Central en Danza Movimiento Terapia

“Nobody’s perfect”





Sandra Ayelo Pérez

sasa_villenera@hotmail.com

y

María Marijuán Pascual

m.marijuan.pascual@gmail.com

MÁSTER EN DANZA MOVIMIENTO TERAPIA

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud

Universidad Autònoma de Barcelona

Tesina supervisada por la Dra. Rosa M^a Rodríguez

rosamaria.rodriguez@universidadeuropea.es

Barcelona, Junio 2016

Tabla de Contenido

Resumen y palabras clave.....	6
Abstract and Key words.....	7
1. Presentación.....	8
1.1. Objetivos.....	10
2. Marco teórico.....	11
2.1. Introducción.....	11
2.2. ¿Qué es la Imagen Corporal?.....	12
2.3. Origen del Concepto.....	17
2.3.1. Neurología (Head y Holmes).....	17
2.3.2. Psicoanálisis (P. Schilder).....	17
2.4. Aportaciones desde otros enfoques.....	19
2.4.1. Enfoque desde la Filosofía.....	19
2.4.1.1. Brian O’Shaughnessy.....	19
2.4.1.2. Shaun Gallagher.....	20
2.4.2. Enfoque desde la Psicología.....	28
2.4.2.1. Thomas Cash y Pruzinsky.....	28
2.4.2.2. J. Kevin Thompson.....	29
2.4.2.3. Peter D. Slade.....	30
2.4.2.4. Perspectivas psicodinámicas de la Imagen Corporal.....	31
2.4.3. Enfoque desde otras terapias corporales.....	40
2.4.3.1. Feldenkrais.....	40
2.4.3.2. Eutonía (Gerda Alexander).....	41
2.4.3.3. Técnicas corporales (Aplicación clínica conciencia de la piel).....	42
2.4.3.4. Body Mind Centering.....	44

2.4.4. Enfoque desde la Danza Movimiento Terapia.....	46
2.4.4.1. Marian Chace.....	46
2.4.4.2. Trudi Schoop.....	49
2.4.4.3. Alma Hawkins.....	49
2.4.4.4. Patrizia Pallaro.....	50
2.4.4.5. Irma Dosamantes.....	50
2.4.4.6. Carol Gross.....	50
2.4.4.7. Päivi Pylvänäinen.....	52
3. Metodología.....	61
4. Propuesta de Intervención.....	64
- Percepción y conciencia corporal.....	72
- Memoria corporal.....	86
- Lenguaje (la metáfora).....	87
- Ajuste social.....	89
- Self corporal.....	91
5. Discusión y Conclusiones.....	95
6. Limitaciones.....	98
7. Referencias Bibliográficas.....	100
8. Otras fuentes de interés para profundizar.....	104

Gracias...

...Agradecer a todas las personas que nos han mostrado su apoyo a lo largo de este último proceso pero también a lo largo de estos últimos cuatro años, en los que ha transcurrido esta emocionante aventura...

...Agradecer especialmente a nuestros familiares, quienes con tanta paciencia y amor, han comprendido y contenido nuestras emociones, experiencias y momentos difíciles; ofreciéndonos en todo momento una acogedora y reconfortante sonrisa, así como la fuerza para levantarnos y continuar...

...Agradecer a nuestras compañeras, a nuestro grupo de Danza Movimiento Terapia y en definitiva, a la que se ha convertido en nuestra familia DMT; por su generosidad, su humildad, por estar (de algún modo) en los momentos importantes de cada una de nosotras haciéndonos más agradables, divertidos, alegres y amenos...

...Y, por último...Agradecer a todas las personas quienes con su trabajo hacen posible que formaciones así estén viendo la luz, gracias a todo ese equipo de trabajo. Gracias a la persona que nos ha guiado en el trayecto, de este último paso, hacia la meta; gracias por dedicarnos tu tiempo y tu experiencia. Pero sobre todo... Gracias a todos los profesores que durante estos cuatro años han sabido mostrarnos y transmitirnos las herramientas y conocimientos necesarios para, como bien dijo uno de ellos en el curso introductorio, conocernos en movimiento...

...A todos vosotros...

...Gracias

RESUMEN

La Imagen Corporal (IC¹), constructo multidimensional y término central dentro del campo de la Danza Movimiento Terapia (DMT²); se trata de un concepto y aspecto general y ampliamente estudiado, abordado y diagnosticado, en forma de desorden implicado en distintos trastornos, desde una perspectiva eminentemente teórica, como por ejemplo la cognitivo-conductual. Lo que nos hace plantearnos, como profesionales de la disciplina de la danza movimiento terapia, dónde queda o cómo puede ser visto, dentro del campo de la psicoterapia, un trabajo como el nuestro donde realizamos una intervención psicodinámica desde lo corporal. Es la reflexión en torno a este planteamiento lo que nos lleva a formular las dos cuestiones principales de las que partirá el posterior desarrollo del presente trabajo:

“¿Cómo se aborda la Imagen Corporal desde una disciplina corporal como la Danza Movimiento Terapia?” y “¿Por qué un trabajo en Danza Movimiento Terapia podría permitir una intervención más directa, profunda y duradera a la hora de abordar una Imagen Corporal deficitaria, con una posible distorsión o problemática de la misma?”

La búsqueda de una respuesta a estas dos cuestiones nos lleva a presentar un trabajo basado en una revisión bibliográfica de la evolución del concepto a lo largo de los años y desde el punto de vista de diferentes autores pertenecientes a diversas corrientes psicológicas y las aportaciones brindadas desde otras disciplinas (filosófica, desde la DMT...). Por último, dentro de este trabajo, también se presentará un apartado en el que realizaremos una propuesta de intervención para abordar la Imagen Corporal desde la DMT.

Palabras clave: Imagen Corporal, representación, percepción, conciencia corporal, DMT.

¹ El término Imagen Corporal en ocasiones aparecerá abreviado en el texto, mediante sus siglas iniciales IC.

² A partir de ahora se usará indistintamente a lo largo del escrito el término Danza Movimiento Terapia o sus siglas DMT.

ABSTRACT

Body Image (BI), multidimensional construct and central term in the field of Dance Movement Therapy (DMT); it is a concept generally and extensively studied, discussed and diagnosed as a disturbance involved in different disorders, from an eminently theoretical perspective, such as cognitive behavioral. That makes us ask ourselves as professionals of dance movement therapy, where it is or how it can be seen, within the field of psychotherapy, a job like ours where we do a psychodynamic intervention from the body. It is the reflection on this approach which leads us to formulate the two main issues that will lead the further development of this work:

"Does it make sense to address the Body Image from a physical discipline as Dance Movement Therapy?" And "Is it possible that a work in Dance Movement Therapy could allow a more direct, profound and lasting intervention in addressing a poor Body Image, with a possible distortion or problems with it?"

The search for an answer to these two questions leads us to present a work based on a literature review of the evolution of the concept over the years and from the point of view of different authors belonging to various psychological currents and contributions given from other disciplines (philosophy, from DMT ...). Finally, in this work, a proposal for intervention to address body image from the Dance Movement Therapy will be presented.

Key words: Body Image, representation, perception, body awareness, Dance Movement Therapy.

1. PRESENTACIÓN

El cuerpo es aquello que tengo para ir al corazón de las cosas
M. Merleau-Ponty (“Lo visible y lo invisible”, 1970)

El siguiente trabajo se presenta como un cierre de todo un proceso de cuatro años de vida. Definir el tema a tratar, investigarlo y desarrollarlo, de una u otra manera ha provocado momentos regresivos, en los que el pensamiento y la memoria volvían tanto a aspectos teóricos estudiados como a las clases vivenciales de estos tres cursos pasados. Un trabajo donde el cuerpo, la fisicalidad y el movimiento han tenido un papel fundamental e incluso se han convertido en el medio y herramientas para alcanzar un autoconocimiento y autoconciencia; en definitiva un crecimiento personal.

Muchos han sido los temas y reflexiones surgidos a lo largo de nuestros encuentros, sin embargo, hemos llegado a la conclusión de que siempre terminábamos haciendo referencia al “cuerpo”. El cuerpo como objeto de estudio, como herramienta de trabajo, el cuerpo como narrador de la propia historia de uno, de la propia memoria, el cuerpo como medio de conocer y relacionarnos...entonces nos dimos cuenta de que hasta el momento todo el trabajo que se estaba realizando era a un nivel más mental, pero si dejábamos a un lado esa dicotomía y partíamos de la premisa que cuerpo-mente es un todo, ¿dónde estábamos dejando nosotras el cuerpo? ¿Por qué lo estábamos olvidando, obviando, por qué estábamos buscando reflexiones y temas a nivel conceptual, teórico, mientras que nuestras dudas, intereses, curiosidades y reflexiones se encuentran impregnadas en nuestro propio cuerpo?

Fue entonces cuando recaímos en la pregunta de quiénes somos. Quién soy en relación al espacio, cómo me muevo y me desplazo en el mismo, en definitiva cómo nos relacionamos con él y todo lo que en él se encuentra; quiénes somos en relación a los demás, cómo somos, cómo nos comportamos y qué hace que nos comportemos de ese modo en particular en un grupo; pero también cómo nos vemos a nosotros mismos; y si esa forma de vernos repercute en cómo nos verán los demás o por el contrario, si la forma cómo nos ven los demás repercute en el modo de vernos a nosotros mismos. Toda esta cadena de reflexiones fueron las que terminaron desembocando en este trabajo y que nos acercaron con curiosidad a investigar un poco más en el constructo de la imagen corporal.

A través de esta tesina se pretende hacer llegar a los futuros lectores, en mayor o menor medida, la percepción del trabajo vivencial que hay detrás. Mediante una revisión de la literatura se pretende dar luz a un término central y muy presente en el campo de la Danza Movimiento Terapia como así demuestran las múltiples referencias encontradas en la mayoría de la literatura referente a esta disciplina. Pero también, concepto clave en muchas patologías presentes en nuestra sociedad. Este término tan familiarizado en “conversaciones cotidianas” en relación a temas de moda, estilismo, bienestar, salud, etc., al escucharlo nos resulta con una normalidad tal, que de alguna manera parece contradictorio ante el desconocimiento encontrado al preguntar ¿qué es la imagen corporal?

O’Shaughnessy (1995), afirma que el concepto de imagen corporal se presenta “para la mayoría como algo sin forma o vago o malformado en la mente de las personas. ...a causa de la *ambigüedad* en el uso de imagen corporal” (p. 187).

A lo largo del presente trabajo, nos sumergiremos en la confusión existente en torno al concepto, trataremos de diferenciarlo de otros términos afines y nos dirigiremos hacia una

clarificación del concepto de Imagen Corporal para obtener una comprensión más profunda e integrada.

La tesina quedará estructurada en dos partes fundamentalmente. En la primera parte se presenta una revisión literaria histórica del concepto de Imagen Corporal, que tratará de ofrecer una visión panorámica sobre dicho constructo desde un marco teórico haciendo referencia tanto a autores clásicos como a las últimas investigaciones. Tendremos en cuenta los puntos de vista aportados por diferentes enfoques teóricos, como el enfoque filosófico, diferentes ramas de la psicología, contribuciones de otras terapias corporales y por supuesto, el enfoque desde la Danza Movimiento Terapia.

Mientras que en la segunda parte de la tesina se pretende ofrecer una aportación personal mediante una propuesta de intervención, aplicada desde el campo de la DMT, sobre la Imagen Corporal. Dado que uno de los principales objetivos a alcanzar en la práctica consiste en fomentar cambios positivos en la Imagen Corporal, se propondrán maneras de trabajar de forma genérica con una población genérica.

1.1. OBJETIVOS

El objetivo general de esta tesina es la profundización sobre el concepto de Imagen Corporal, en particular en el ámbito de la DMT. De aquí se desglosan los siguientes objetivos específicos:

- Realizar una revisión de la literatura en profundidad acerca del concepto de IC, que aporte claridad a un término nuclear dentro de diferentes disciplinas.

- Identificar y seleccionar algunos componentes dentro del constructo, que nos permita hacer una aportación personal desde un enfoque más psicodinámico que proporcione una visión diferente, más experiencial.
- Presentación de una propuesta concreta de trabajo desde el campo de la DMT en relación a algunas dimensiones de la IC, con la intención de poder contribuir a futuras intervenciones.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. INTRODUCCIÓN

El diccionario de la Real Academia de la lengua Española (2014) define “cuerpo” e “imagen” de la siguiente forma:

EL CUERPO

- Aquello que tiene extensión limitada, perceptible por los sentidos.
- Conjunto de los sistemas orgánicos que constituyen un ser vivo.
- Cada una de las partes, que pueden ser independientes, cuando se las considera unidas a otra principal.
- Tronco del cuerpo, a diferencia de la cabeza y las extremidades.
- Conjunto de las cosas que se dicen en la obra escrita o el libro, con excepción de los índices y preliminares.

LA IMAGEN

- Figura, representación, semejanza y apariencia de algo.
- Recreación de la realidad a través de elementos imaginarios fundados en una intuición o visión del artista que debe ser descifrada, como en *las monedas en enjambres furiosos*.

Es interesante notar cómo algunas de las definiciones presentadas hacen referencia a nociones como límite, percepción, sistema, independencia, unión, representación, apariencia, recreación, realidad, imaginación o intuición. Todas estas palabras han ido apareciendo a lo largo de los diferentes textos revisados. Serán tenidas en consideración de diferente forma (aisladamente, conjugadas entre sí o expresando una idea) a lo largo del desarrollo del trabajo.

2.2. ¿QUÉ ES LA IMAGEN CORPORAL?

La cotidianidad con la que el término Imagen Corporal se encuentra inmerso en nuestro día a día, en nuestra sociedad, puede ser la causa de la misma controversia, confusión y desconocimiento que envuelve dicho concepto. Se trata de un término muy escuchado por la sociedad, quizá porque se asocia a determinados aspectos, campos (la moda, la salud, patologías, danza) e incluso forma parte de las propias preocupaciones o temas en auge de nuestra cultura (preocupación por la imagen personal, el físico, la apariencia, lo ideal, el éxito...) por lo que resulta tan familiar. Sin embargo, cuando preguntamos qué es la Imagen Corporal no obtenemos una respuesta clara y precisa en cuanto a su significado.

Por otro lado, estamos ante un término, también utilizado en diversas disciplinas donde ha sido y es objeto de estudio como la filosofía, la psicología, la psiquiatría; y por supuesto,

sin olvidarnos de nuestro campo, la DMT. Puede que toda esta variedad de ámbitos, disciplinas, estudios, aspectos en los que aparece este concepto e incluso en los que muchas veces se ha intentado dar luz y sentido, en lugar de favorecer su entendimiento ha podido provocar mayor confusión y desconocimiento.

Las diversas reflexiones, lecturas y diferentes preguntas preliminares a este trabajo nos condujeron al tema “¿Qué es la Imagen Corporal?” Esta pregunta quedó resonando en nuestra mente, pero también nuestro cuerpo se hizo eco y sentimos como al pensar en qué es la Imagen Corporal, en nuestro cuerpo se producía una sensación de vacío. Cómo era posible que un término surgido en diferentes materias teóricas, mencionado frecuentemente en las diferentes y numerosas lecturas realizadas y estudiadas a lo largo de la formación y utilizado en los casos prácticos con nuestros pacientes, incluso estableciéndolo como objetivos en nuestra práctica clínica, pudiese provocarnos este vacío. No se puede señalar un hecho o factor concreto como causante de esto; como ya hemos mencionado anteriormente la confusión en torno a este concepto está muy presente. Sin embargo nos planteamos, desde un punto de vista como Danza Movimiento Terapeutas (DMTs³), y coincidiendo con lo que ya señaló Pylvänäinen (2003), si uno de los motivos no será también el hecho de asumir que “se trata de un concepto que todo el mundo entiende, por lo que no requiere de explicación” (p.41).

Raich (2000), en su libro *Imagen Corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*, dedica todo un capítulo a la pregunta ¿qué es la imagen corporal?; y dentro de éste, todo un apartado al concepto de IC. En estas páginas, ella comenta que se trata de un concepto el cual “se ha definido de distintas maneras en función de la perspectiva bajo la que se ha estudiado y para el cual se han utilizado diferentes términos: esquema corporal, modelo postural, cuerpo

³ Danza Movimiento Terapeutas.

percibido, *yo* corporal, límites del cuerpo y concepto corporal” (pp. 22-23) Quizá debido a la gran variedad de términos que le han sido asignados, no solamente se ha creado una mayor confusión en relación al concepto sino que ha sido al menos una de las causas por las que actualmente también se produce el uso indiscriminado de diferentes conceptos que tal vez no sean realmente intercambiables, como por ejemplo el producido entre Imagen Corporal y Esquema Corporal.

Esta misma autora, en este mismo libro, realiza, de forma breve y genérica, una recopilación de definiciones en torno a la IC (Raich, 2000, pp. 23-24). Entre estas encontramos:

- La definición más clásica rescatada de Schilder (1950), donde la Imagen Corporal se describe como la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente.
- Otra definición que se ofrece desde un punto de vista neurológico dice que la Imagen Corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona. Donde las alteraciones de la Imagen Corporal serían el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical.
- Una concepción más dinámica define la Imagen Corporal en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo.
- Algunos enfoques psicoanalíticos entienden por Imagen Corporal el límite corporal percibido por cada sujeto. Desde esta línea de trabajo aparecen algunas contribuciones interesantes: por un lado, se entiende el cuerpo como el único objeto que es percibido

al tiempo que forma parte del sujeto perceptor; por otro lado, en la percepción del sujeto se ve implicado todo su *yo*.

- Según Rosen, la Imagen Corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo (como se citó en Raich, 2000, p. 24).

En definitiva, en este libro, Raich (2000) concluye que:

La Imagen Corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos. (p.25)

En otras definiciones encontradas sobre el concepto de Imagen Corporal, se define como el recuerdo de experiencias que el cuerpo registró en forma de imágenes de distinto tipo (Schilder, 1950). Según Leventhal (1974), la Imagen Corporal es una imagen tridimensional constituida a partir de los receptores táctiles, visuales y kinestésicos, y determinada por estímulos tanto internos como externos. Para Fischer y Cleveland (1968), la Imagen Corporal se refiere al cuerpo como experiencia psicológica y pone el acento en los sentimientos y actitudes del individuo hacia el propio cuerpo. Slade (1988) la considera el retrato que tenemos en nuestra mente, del tamaño, figura y forma de nuestro cuerpo; y los sentimientos hacia esas características y partes que lo componen.

Probablemente todavía no dispongamos de una definición rotunda de Imagen Corporal y para poder avanzar en la precisión del término deberemos asumir que estamos ante un constructo teórico multidimensional, y que sólo haciendo referencia a varios factores implicados podemos intuir a qué a nos referimos.

Estas definiciones otorgan, precisamente de eso, de una definición al concepto de Imagen Corporal; pero ¿llegan a clarificar su significado y sentido más allá de un constructo teórico? Todavía tenemos la duda de por qué es tan importante este concepto, las explicaciones anteriores no aclaran en qué momento se comienza a construir la Imagen Corporal y cómo o gracias a qué se produce su desarrollo; o si por el contrario, estamos ante un concepto que hace referencia a algo innato del ser humano. ¿Qué permite o implica el desarrollo adecuado de la misma y cuáles serían las consecuencias de construir o desarrollar una Imagen Corporal deficitaria? ¿Podría ser el déficit de una Imagen Corporal “adecuada o sana” una de las principales causas por las que posteriormente se podría desarrollar una patología? De ser así, ¿se podría abordar la etapa en la que se desarrolla la Imagen Corporal bajo una intervención preventiva o bajo una mayor atención, por parte del entorno que rodea al individuo en ese momento, como medida preventiva ante futuras posibles patologías? Como vemos, no es solo otorgar de una definición al concepto lo que aclara y da sentido, sino que las cuestiones, las dudas y el desconocimiento que lo envuelve va mucho más allá.

Si nos fijamos en las definiciones anteriores, podemos apreciar que en la mayoría de ellas se menciona el aspecto perceptual y términos como sentimientos, actitudes, conciencia corporal, aspecto emocional...es decir, de alguna manera se trata de definiciones donde se tiene en consideración el cuerpo. Por ello consideramos, que para dar luz a todas estas cuestiones que nos surgen, en primer lugar debemos echar la vista atrás y situarnos en el momento en el que surge o comienza a considerarse el término de Imagen Corporal; pues no

siempre el cuerpo ha estado en especial consideración. A continuación realizaremos una revisión del origen del concepto Imagen Corporal y también lo consideraremos desde el punto de vista de diferentes disciplinas.

2.3. ORIGEN DEL CONCEPTO IMAGEN CORPORAL

La revisión de la bibliografía nos lleva a situar el concepto de Imagen Corporal, a principios del siglo XX, momento en el que el desarrollo conceptual de dicho término, emerge del campo de la neurología y del psicoanálisis.

2.3.1 NEUROLOGÍA

Head y Holmes (1911-12), neurólogos británicos, en su trabajo con pacientes con diversas lesiones cerebrales, identifican el término “modelo postural o esquema corporal”. Este término de modelo postural del cuerpo hacía referencia a la entidad neuronal que permite la habilidad de moverse de manera funcional por el espacio sin precisar de una observación o atención consciente por parte del que se mueve. Esta primera definición postulaba una capacidad derivada de lo orgánico que se formaba a través de la experiencia manteniendo una actividad plástica a través del tiempo dentro del contexto de la orientación espacial del cuerpo.

2.3.2 PSICOANÁLISIS

Schilder (1950) reúne, a partir del modelo dinámico de Head, los aspectos relacionales del cuerpo, el modelo neurológico y el modelo psicoanalítico de Freud. Schilder (1950) asigna el término “Imagen Corporal” con el que denomina a la representación surgida de esta vivencia integradora; en su publicación *The image and appearance of the human body: Studies in the*

constructive energies of the psyche en 1935, describe el término como la imagen que formamos de nuestro propio cuerpo y que es tridimensional en cuanto a que tiene una estructura libidinal así como dimensiones fisiológicas y sociológicas. Schilder estaba muy interesado en la relación entre cuerpo y mente y el enfoque dinámico que propuso era un intento de explorar la mutualidad entre disfunciones orgánicas y psicológicas en el sistema nervioso central. Las tres dimensiones de la imagen corporal en comunicación dinámica se denominaron como:

- Bases fisiológicas de la Imagen Corporal: el cuerpo se conceptualiza como un ente material, aprendemos de él a través del dolor, la estimulación...
- La estructura libidinal de la Imagen Corporal: se refiere a la experiencia de nuestro cuerpo como un objeto de deseo y una realidad sentida. Esta dimensión proviene del contexto psicoanalítico y por lo tanto incluye la noción de niveles conscientes e inconscientes de la experiencia.
- La sociología de la Imagen Corporal: se refiere al indudable impacto de las ideas culturales sobre la realidad sentida del cuerpo. Se asume que diferentes sociedades tienen ideas distintas sobre el potencial del cuerpo y sus relaciones con la psique.

Por tanto, la Imagen Corporal es tanto una actividad dinámica como una entidad psicológica. Schilder presenta por primera vez la idea de que la consciencia pueda jugar un papel importante en el funcionamiento ordinario del sistema nervioso central subrayando la importancia de entender el fenómeno psicológico desde ambos campos: el neurocientífico y el psicodinámico. (Schilder, 1950).

Como podemos comprobar, en este punto donde se hace mención al origen del concepto, comenzamos a encontrar la dicotomía entre los conceptos “esquema corporal” (EC),

mencionada por Head y Holmes (1911-1912), y la “imagen corporal” acuñada por Schilder (1950). Pero el debate entre la conceptualización, la diferenciación y la discusión, surgido en torno a estos dos conceptos será abierto cuando hagamos referencia a Gallagher (1995), quién como veremos, muestra un gran interés por dilucidar el significado entre ambos conceptos.

2.4. APORTACIONES DESDE OTROS ENFOQUES

Una vez clarificado el origen, consideramos que el siguiente paso es revisar las diversas aportaciones realizadas al concepto, desde los siguientes puntos de vista:

2.4.1 ENFOQUE DESDE LA FILOSOFÍA:

Al adentrarnos en un enfoque filosófico, comprobamos que en esta disciplina también se aprecia la confusión que envuelve a la Imagen Corporal; sin embargo, la aportación filosófica otorga una visión fundamental para comprender esta confusión y la propia complejidad del término.

2.4.1.1 **O’Shaughnessy** (1995) señala como este concepto está vagamente formado en nuestras mentes apuntando a que o bien la gente no se ha preocupado de reformular el concepto, o han asumido que el término en sí mismo es suficientemente aclarador o que ni siquiera se han llegado a percatar de la existencia de ambigüedad. O’Shaughnessy (1995) menciona el mecanismo doble a través del que da lugar la percepción; en el acto de la propiocepción corporal, se revelan el cuerpo y sus sensaciones corporales que a su vez son el sistema organizador para el que se revela. El cuerpo percibe y es a su vez percibido. Este mecanismo contribuye a la creación misma de la Imagen Corporal basada en las percepciones y sensaciones del individuo.

2.4.1.2 El filósofo **Gallagher** (1995) hace referencia a la diversidad de ángulos desde los que el concepto de imagen corporal puede construirse, siendo todas las perspectivas relevantes a pesar de ofrecer definiciones, en ocasiones, contradictorias:

En efecto, el esquema o imagen del cuerpo se representa alternativamente como una funcionalidad fisiológica, un modelo consciente o representación mental; una imagen inconsciente; una manera de organizar experiencias corporales; un reflejo artificialmente inducido; una colección de pensamientos, sentimientos y memorias; un conjunto de posiciones físicas objetivamente definibles; un mapa neurofisiológico localizado en el cerebro; y conocimiento conceptual profundo a cerca de la esencia del cuerpo. (p. 228)⁴

Gallagher (Pylväinen, 2003) organiza el concepto de imagen corporal identificando tres facetas de ésta:

- La experiencia perceptual que el sujeto tiene de su cuerpo.
- La comprensión conceptual del sujeto (incluido el conocimiento místico o científico)
- La actitud emocional del sujeto hacia su cuerpo.

En este punto conviene mencionar la importancia que otorga Gallagher (1986) a la aclaración de algunas confusiones comunes en torno a los conceptos de Imagen Corporal y Esquema Corporal; términos que no son iguales y conviene distinguir, pero que se han empleado muchas veces de manera intercambiable llevando a un desorden metodológico y conceptual, así como a numerosas inconsistencias en resultados experimentales. A través de

⁴ Traducción realizada por las autoras del presente trabajo.

las definiciones que diferentes autores han expresado de estos conceptos, podremos observar con mayor claridad la confusión y falta de unanimidad a la que hace referencia.

Como asegura S. Gallagher (1986) la Imagen Corporal y el Esquema Corporal son dos constructos conceptualmente diferentes. Pero en la psicología actual y estudios fenomenológicos sobre la experiencia corporal, estos conceptos se confunden. La confusión hace referencia al estatus del cuerpo como un objeto intencional de la conciencia.

Como quedará a continuación, tras una revisión de la literatura se puede encontrar el origen de esta confusión:

- Head (1920,1926) define el Esquema Corporal (EC) como un modelo postural del cuerpo que modifica activamente “las impresiones producidas por inputs sensoriales entrantes de tal modo que la sensación de posición final, o de lugar, alcanza la conciencia en relación con algo que ha ocurrido antes” (Head, 1926, p.435). Sin embargo, Head sostiene que el esquema postural no es una imagen consciente.
- Schilder (1950) que está de acuerdo con Head, equipara el modelo postural con la sensación de posición consciente final, es decir, equipara el EC con la imagen o representación de “nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente”. A esta representación la llama Imagen Corporal (IC) o Esquema Corporal. Esta imagen o esquema, según Schilder, es una representación consciente construida no solo a partir de las impresiones sensoriales sino también de elementos inconscientes libidinosos y a partir de imágenes del cuerpo formadas socialmente.
- Merleau-Ponty (1993) utiliza el término EC (traducido al inglés por IC, aunque él marca la diferencia) para indicar un funcionamiento dinámico y experiencial del cuerpo vivido en su entorno. Incluye una conciencia marginal del cuerpo y opera como un sistema de

motor dinámico equivalente que pertenece al reino del hábito más que a una elección consciente. (Merleau-Ponty, 1993, pp. 141-142).

- Fisher afirma en su artículo *Body Image* que “la IC puede ser considerada un sinónimo de *concepto corporal* y *esquema corporal*. El término concierne a cómo el individuo percibe su propio cuerpo. Ello no implica que el concepto del individuo de su cuerpo esté representado por una imagen consciente. IC representa el modo en el que una persona ha aprendido a organizar e integrar sus experiencias corporales”. (Fisher, 1972, p.113). Incluso en otros estudios Fisher usa los términos de esquema corporal, imagen corporal, concepto corporal y percepción corporal de forma intercambiable. Incluso llega a acuñar el término “esquema-imagen corporal”. Sería interesante señalar que en la mayoría de las ocasiones emplea para construir una definición, la percepción del individuo de su propio cuerpo a través de situaciones experimentales donde al individuo se le pregunta sobre su propio cuerpo.
- Kolb (1959) define EC como una “imagen postural”, una “imagen perceptual” o “un modelo básico del cuerpo que funciona fuera de la conciencia central”. (Kolb, 1959, p.89). Para Kolb esta imagen o modelo, es activo. Modifica los impulsos sensoriales entrantes. Explica que el EC es solo un aspecto de la IC. Va más allá definiendo la “imagen conceptual” o “concepto corporal” englobando con dichos términos lo concerniente a “pensamientos, sentimientos y memorias que evolucionan a medida que el individuo (yo) ve su propio cuerpo” (p.89).
- Myers (1967) distingue entre EC y *concepto corporal*, pero no hace distinción entre EC e IC.

- Gibson (1966) equipara la IC con posturas físicas en cuanto relacionadas con posibles posiciones corporales en el espacio objetivo. “La IC es un conjunto de posibles disposiciones o posturas – de pie o tumbado – relativas al sustrato y a la gravedad” (Gibson, 1966, p.113).
- Straus (1970) compara el EC con el *mapa* fisiológico de las partes del cuerpo localizadas en el lóbulo parieto-occipital del giro postcentral. Lo define como “la representación o modelo interno de su cuerpo que uno forma en su mente...Es una especie de diagrama interno que representa el propio cuerpo como un todo, así como sus partes individuales de acuerdo a su posición, forma, tamaño, estructura y diferenciación funcional e interrelación espacial” (Straus, 1970, pp. 901-902).
- Por último, Tiemersma (1982) sugiere una distinción consistente entre IC y EC, para después utilizar los términos de forma intercambiable. Y acaba por considerar la IC de forma equivalente al “conocimiento de la estructura topológica esencial del cuerpo vivido en el mundo” (Tiemersma, 1982, p. 249). Indicando así un alto nivel de actividad intelectual.

En la siguiente página se presentan comparativamente de manera más visual todos los autores juntos con sus respectivos posicionamientos acerca de los conceptos de Imagen Corporal y Esquema Corporal.

Head (1920,1926)	Schilder (1950)	Merleau-Ponty (1993)	Fisher (1972)	Kolb (1959)
<p>EC: postural del cuerpo que modifica activamente “las impresiones producidas por inputs sensoriales entrantes de tal modo que la sensación de posición final, o de lugar, alcanza la conciencia en relación con algo que ha ocurrido antes” (Head, 1926, p.435)</p>	<p>Está de acuerdo con Head, equipara el modelo postural con la sensación de posición consciente final. Equipara el EC con la imagen o representación de “nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente”. A esta representación la llama Imagen Corporal (IC) o Esquema Corporal</p>	<p>EC: funcionamiento dinámico y experiencial del cuerpo vivido en su entorno. Incluye una conciencia marginal del cuerpo y opera como un sistema de motor dinámico equivalente que pertenece al reino del hábito más que a una elección consciente. (Merleau-Ponty, 1993, pp. 141-142).</p>	<p>“La IC puede ser considerada un sinónimo de <i>concepto corporal</i> y <i>esquema corporal</i>. El término concierne a cómo el individuo percibe su propio cuerpo. Ello no implica que el concepto del individuo de su cuerpo esté representado por una imagen consciente. IC representa el modo en el que una persona ha aprendido a organizar e integrar sus experiencias corporales”. (Fisher, 1972, p.113).</p>	<p>EC: una “imagen postural”, una “imagen perceptual” o “un modelo básico del cuerpo que funciona fuera de la conciencia central”. (Kolb, 1959, p.89). Esta imagen o modelo, es activo. Modifica los impulsos sensoriales entrantes. El EC es solo un aspecto de la IC. “Imagen conceptual” o “concepto corporal”: lo concerniente a “pensamientos, sentimientos y memorias que evolucionan a medida que el individuo (yo) ve su propio cuerpo” (p.89).</p>
Myers (1967)	Gibson (1966)	Straus (1970)		Tiemersma (1982)
<p>Distingue entre EC y concepto corporal, pero no hace distinción entre EC e IC.</p>	<p>Equipara la IC con posturas físicas en cuanto relacionadas con posibles posiciones corporales en el espacio objetivo.</p>	<p>Compara el EC con el mapa fisiológico de las partes del cuerpo localizadas en el lóbulo parieto-occipital del giro postcentral. Lo define como “la representación o modelo interno de su cuerpo que uno forma en su mente...Es una especie de diagrama interno que representa el propio cuerpo como un todo, así como sus partes individuales de acuerdo a su posición, forma, tamaño, estructura y diferenciación funcional e interrelación espacial” (Straus, 1970, pp. 901-902).</p>		<p>Distinción consistente entre IC y EC, para después utilizar los términos de forma intercambiable. IC: “conocimiento de la estructura topológica esencial del cuerpo vivido en el mundo” (Tiemersma, 1982, p. 249).</p>

Llegados a este punto, queda claro que el concepto de IC o EC es bastante complejo. Pero citando a Gallagher (1986) no podemos estar más de acuerdo con él en que la variedad de todas estas definiciones y propuestas indican que, “en lugar de un concepto complejo con una pluralidad de nombres diferentes, hay una confusión conceptual así como una ambigüedad terminológica conectada con el uso de esos conceptos”. ¿Cómo es posible que la imagen o esquema del cuerpo sea al mismo tiempo un funcionamiento fisiológico, un modelo consciente o representación mental, una experiencia existencial, una imagen inconsciente, una forma de organizar las experiencias corporales, un reflejo inducido artificialmente, una colección de pensamientos, sentimientos y memorias, un conjunto de disposiciones físicas objetivamente definidas, un mapa neurofisiológico en el cerebro y conocimiento eidético de la esencia del cuerpo? (Gallagher, 1986, p. 543).

Uno de los aspectos que queda patente de forma clara en la revisión de la literatura, destaca la ambigüedad que gira en torno a si existe conciencia o no de la imagen o esquema corporal. Parece una paradoja.

- Para Head (1926), el EC está “fuera de la conciencia central” pero a veces “alcanza la conciencia”. Distingue entre la formación actual del esquema que tiene lugar “a niveles que no están asociados a la conciencia”, y el ya formulado esquema que entra en la conciencia.
- Schilder (1950) afirma que el esquema o imagen es una representación consciente.
- Merleau-Ponty (1993) equipara el esquema con una “conciencia global” del cuerpo y sostiene que está presente en una “conciencia marginal”.
- Fisher (1972) asegura que la IC no es necesariamente una imagen consciente.

- Gibson (1966) define la IC objetivamente sin ninguna referencia a la conciencia.
- Mientras que Tiemersma (1982) indica que la IC es el producto de un alto nivel de reflexión conceptual.

Con el fin de clarificar y facilitar una lectura rápida de las diferentes visiones y puntos de vista, se presentan todos los autores conjuntamente:

Head (1926)	Schilder (1950)	Merleau-Ponty (1993)	Fisher (1972)	Gibson (1966)	Tiemersma (1982)
EC “fuera de la conciencia central” pero a veces “alcanza la conciencia”	Esquema o imagen es una representación consciente	Equipara el esquema con una “conciencia global” del cuerpo y sostiene que está presente en una “conciencia marginal”	La IC no es necesariamente una imagen consciente	Define la IC objetivamente sin ninguna referencia a la conciencia.	La IC es el producto de un alto nivel de reflexión conceptual.

Debido a la falta de unanimidad que ayude en la clarificación del concepto de Imagen Corporal que nos permita aunar un único término que facilite su comprensión, parece importante imponer una diferenciación conceptual entre Imagen Corporal y Esquema Corporal, de tal forma que no solamente se intente clarificar los términos conceptualmente sino que también se intente dar luz a esta ambigüedad en torno a si existe conciencia o no de la imagen o esquema corporal.

Por lo tanto, Gallagher (2005) se refiere a “esquema corporal” como un sistema de capacidades sensorio-motoras que funcionan de manera automática y en su mayoría no requieren esfuerzo o una atención consciente y continuada. La conciencia o la intención pueden estar puestas en el objeto o en la necesidad que nos mueve, pero no en el movimiento mismo que estamos ejecutando, por ejemplo mantener la postura. El Esquema Corporal

permite conformar un conjunto de hábitos motores que se ponen en marcha de manera autónoma y que nos aseguran una motricidad normal, por ejemplo el conjunto de automatismos motores para mantener la postura al caminar. La integración neural de la información procedente de los receptores modula la postura y el movimiento. Digamos que el esquema corporal colabora analizando el entorno y ayuda a construir una respuesta coherente con este.

En cuanto a la “Imagen Corporal”, este mismo autor, se refiere al conjunto de percepciones, creencias o actitudes que tenemos respecto a nuestro propio cuerpo, basada en nuestras propias percepciones y sensaciones. En la mayoría de los casos la Imagen Corporal se ve influida por aspectos culturales, sociales, ambientales y responde por lo tanto a un fenómeno de tipo social que está muy conectado a como nuestro cuerpo es percibido por los otros, que imágenes nos reenvían desde el exterior. Siendo ésta, una de las vías que conforman nuestra identidad (citado en Pylvainäinen, 2003).

IMAGEN	ESQUEMA
Percepciones, actitudes, creencias relacionadas con el cuerpo.	Habilidades sensoriales y motoras
Nivel consciente	Nivel inconsciente
Mi cuerpo = Mi propiedad	Mi cuerpo = Soy yo
Se distingue del entorno	Interactúa con el entorno

Según los teóricos más tradicionales de psicología y filosofía, existe menos conciencia encarnada en niños pequeños de la imagen corporal y del esquema corporal. La experiencia consciente es la fuente del desarrollo para ambos, la imagen y el esquema corporal. Así, este

punto de vista asume que el neonato no tiene nada de imagen ni esquema corporal y que lo va adquiriendo a través de experiencias prolongadas durante la infancia.

Simmel (1966) y Merleau-Ponty (1993) afirmaron que la imagen y el esquema corporal se adquieren con la experiencia. Esto implica que el infante tiene una conciencia desorganizada. Esto limita la capacidad de imitación, una capacidad muy importante relacionada con cuestiones de percepción, reconocimiento social, habilidad para comprender al otro y los orígenes del sentido de Self. Así mismo, Piaget (1962), define como imitación invisible cuando el niño es capaz de imitar los movimientos del otro utilizando partes del cuerpo que son invisibles a sí mismo, por ejemplo sacando la lengua. Según él la imitación invisible es posible antes de 8-12 meses.

Pero, del otro lado los resultados de los estudios de Meltzoff y Moore (1977) muestran que un bebe recién nacido es capaz de imitación invisible. Neonatos de menos de una hora de vida son capaces de imitar los gestos de la cara.

2.4.2. ENFOQUE DESDE LA PSICOLOGÍA:

2.4.2.1 Analizando las aportaciones de diversos autores, **Pruzinsky y Cash** (1990) proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

- Una imagen perceptual. Se referiría a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental; incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.
- Una imagen cognitiva, que supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal.

- Una imagen emocional, que involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa.

Para estos autores la Imagen Corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y manifiestan que no tiene por qué haber un buen correlato con la realidad. Este concepto amplio de imagen corporal, tiene las siguientes características:

- Es un concepto multifacético.
- La Imagen Corporal está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia: “Cómo percibimos y experimentamos nuestros cuerpos se relaciona significativamente a cómo nos percibimos a nosotros mismos”
- La Imagen Corporal está socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la auto percepción del cuerpo.
- La Imagen Corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.
- La Imagen Corporal influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.
- La Imagen Corporal influye en el comportamiento, y no sólo la Imagen Corporal consciente, sino también la preconscious y la inconsciente.

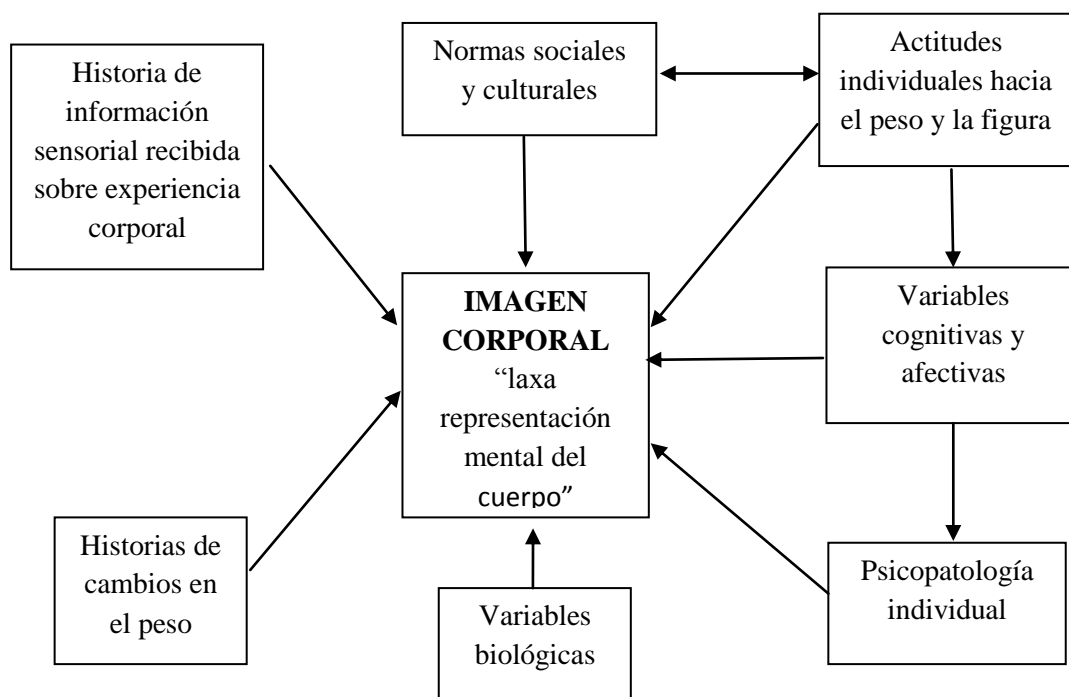
2.4.2.2 **Thompson** (1990) concibe el constructo de Imagen Corporal constituido por tres componentes:

- Un componente perceptual: precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a sobrestimación o subestimación.
- Un componente subjetivo (cognitivo-afectivo): actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo.
- Un componente conductual: conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (conductas de exhibición, de evitación...)

Este autor amplía así el término de Imagen Corporal, además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales, ya mencionados antes, incluiría un componente conductual que se fundamentaría en qué conductas tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción con él. Por ejemplo evitar situaciones donde se vea el cuerpo desnudo o comprar ropas que simulen ciertas partes del cuerpo. (Thompson, 1990).

2.4.2.3 Otros autores como **Slade** (1994), centran su explicación más en una representación mental, la cual se origina y modifica por diversos factores psicológicos individuales y sociales; la define así: “la Imagen Corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo”. Este autor ha elaborado un modelo explicativo sobre la Imagen Corporal, en la Figura 1 puede verse una adaptación del mismo.

Modelo de Imagen Corporal de Slade (1994)



2.4.2.4 Perspectivas Psicodinámicas sobre la Imagen Corporal:

Dentro del campo de la teoría psicodinámica encontramos tres modelos cuyas aportaciones a la Imagen Corporal son de gran relevancia. Por una parte encontramos el Modelo Clásico del Impulso⁵, donde la libido⁶ está dirigida por el impulso, es decir, los seres humanos están motivados principalmente para reducir la presión ejercida por impulsos tales como instintos básicos sexuales y agresivos; la conexión con objetos psicológicos (entendiendo aquí personas que investan u otorgan energía emocional o mental en otra persona, idea u objeto) se hace con el propósito de reducir la tensión inducida por el impulso. En segundo lugar nos encontramos con el Modelo de las

⁵ Los nombres de los diferentes modelos son traducidos por las autoras (Impulso o Drive).

⁶ Entendemos "libido" como fue descrita por Freud: *fuerza activadora o energizante de la vida humana mental y física*.

Relaciones Objetales, donde la libido está dirigida al objeto; aquí lo que motiva a los seres humanos es la conexión con los objetos psicológicos en lugar de la reducción del impulso. La satisfacción del impulso es la expresión de una conexión interpersonal exitosa, en lugar de su propósito. Y en tercer lugar aparece el Modelo de la Psicología del Self, que se forma de la mezcla de los anteriores. El propósito de la conexión con los otros es la satisfacción de los impulsos. Sin embargo, lo interesante es el modo en que los impulsos son satisfechos, encarnados en la calidad de la conexión con el objeto psicológico propio.

A continuación pasaremos a explicar con más detalle cada uno de los modelos, sobre todo en lo concerniente a su contribución a la IC.

➤ Modelo del Impulso:

Freud (1962) propuso un modelo del desarrollo humano donde el aparato psíquico surge a partir de las experiencias corporales. Y la libido paulatinamente confiere las áreas oral, anal y genital, dando lugar a los estadios del desarrollo oral, anal y fálico respectivamente. A medida que los conflictos propios de cada estadio se van superando con éxito, se permite el acceso al estadio siguiente. Tal éxito depende en parte de la fuerza del impulso del niño, en parte del balance de gratificación y frustración de los objetivos libidinales impuestos por los padres. Por ejemplo, la postura esencialmente incorporativa de la fase oral, si está excesivamente gratificada o frustrada, podría llevar a una detención del desarrollo por la cual el individuo experimentaría y expresaría su vida psicológica de manera oral. En términos corporales podría derivar en atracones de comida o rechazo absoluto a la misma. O también podría expresarse en comportamientos excesivamente dependientes, reproduciendo el estado de completa dependencia del estadio oral, o bien defendiendo

excesivamente el yo contra aquellas necesidades de dependencia por lo que se abstendría de relacionarse con otros.

A medida que este proceso de investimento libidinal corporal evoluciona, el aparato mental del niño se desarrolla.

El foco sobre el cuerpo como la expresión de un proceso defensivo lo reflejan muy bien Fisher y Cleveland (1968). Examinaron los datos del test Rorschach⁷ (2011) de dos grupos de pacientes que presentaban dolencias que afectaban al exterior (o periféricas) como la artritis reumatoide o dolencias internas que afectaban al interior del cuerpo como la colitis. Los patrones de respuesta al test de ambos grupos eran diferentes. Los sujetos con síntomas corporales *exteriores* daban respuestas que mostraban “especial énfasis en las cualidades de contención, protección y límites definitorias de las periferias” (Fisher y Cleveland, 1968, p. 55). Típicas respuestas podían ser “cueva con paredes rocosas”, “maceta” (para flores), “capullo” (de una flor). Fisher y Cleveland conjeturaban que “parecía como si el artrítico tiene una necesidad tan marcada de sentirse encerrado por barreras protectoras, que proyecta tales barreras a veces inapropiadamente ante estímulos ambiguos” (p. 55). Tales respuestas fueron clasificadas por dichos autores como “respuestas barrera”. En contraste, los sujetos con síntomas corporales *interiores* tendían a producir respuestas que enfatizaban la debilidad, penetrabilidad y la naturaleza comprometida de la superficie. A este tipo de respuestas lo denominaron “respuestas de penetración o límite”.

Fisher y Cleveland hipotetizaron que dichas respuestas podían reflejar las imágenes corporales de los individuos, lo cual era visto como la expresión concreta de un específico estilo defensivo. Estas defensas psíquicas, encarnadas en la Imagen Corporal, serían un

⁷ Técnica y método proyectivo de psicodiagnóstico, que se utiliza principalmente para evaluar la personalidad. Consiste en una serie de 10 láminas que presentan manchas de tinta, las cuales se caracterizan por su ambigüedad y falta de estructuración.

factor etiológico en el desarrollo de síntomas físicos, en lugar de ser una adaptación a esos síntomas físicos.

➤ Modelo de las Relaciones Objetales:

Entiende el desarrollo humano en términos de la calidad de las relaciones entre el niño y sus objetos psicológicos, particularmente durante el primer mes de vida. Dicha calidad de la relación bien temprana con su cuidador transmite mensajes fundamentales para el niño acerca de quién es él y cuál es su impacto sobre los objetos. Por ejemplo, el placer experimentado por la madre estando en compañía del niño creará para ese niño una imagen de sí mismo como agradable y merecedor.

La necesidad de mantener la conexión con el objeto, así como la calidad de esa conexión se consideran como los mayores determinantes del desarrollo humano según este modelo. Un elemento importante aquí, es la proposición que afirma que los objetos son internalizados y la vida psicológica de las personas está en parte representada por esos objetos internalizados.

Desde esta teoría se ofrece una buena explicación sobre cómo la experiencia del cuerpo contribuye al desarrollo psicológico y a cómo las alteraciones de la Imagen Corporal se desarrollan como resultado de la historia psicológica temprana.

Mahler (como se citó en Cash, 2012) propuso una teoría del desarrollo humano en la cual la IC empieza a formarse desde el principio de la vida, en la interacción entre el niño y la madre. El trato de la madre crea sensaciones físicas que literalmente forman la realidad del cuerpo como una entidad separada del mundo externo. Son sus manos sobre el cuerpo del niño que transmiten al niño la primera sensación de su existencia física con límites. Al principio el niño se fusiona con la madre en un estado de simbiosis psicológica. A medida

que se desarrolla, la presión madurativa le empuja a explorar su entorno. Esto implica distanciarse de la madre, lo que resulta difícil para el niño por su profunda necesidad de apego hacia ella. El niño siente así, al mismo tiempo, la necesidad de mantener su conexión con la madre y explorar el entorno que le rodea. Algo imposible siendo ella una entidad física.

Al principio, el niño resuelve este problema alternando entre alejarse de la madre y volviendo la cabeza para asegurarse de que ella sigue ahí. Pero a medida que él quiere explorar más cosas y más lejos, la comprobación se vuelve algo poco práctico. Necesita representársela mentalmente. De esta forma el niño inviste un objeto con las mismas propiedades que la madre. Este objeto transicional normalmente es suave, maleable y perfumado. También es investido con la capacidad de representar para el niño las funciones psicológicas que le proporciona la madre (soporte emocional y sensación de seguridad).

Teóricos como Winnicott (2013) sugieren que el primer objeto transicional es el cuerpo del niño, ya que es el primer vehículo a través del cual el niño experimenta sensaciones de la madre. De este modo, el contacto con el propio cuerpo puede servir de función transicional evocando el contacto con la madre. Y a medida que el niño madura y llega a estar más implicado con el mundo externo, inviste objetos externos que serán usados como objetos transicionales.

➤ Modelo de la Psicología del Self⁸:

Este modelo desarrollado por Kohut (1977) se centra especialmente en aspectos de la relación con el cuidador⁹, que contribuyen al desarrollo de la autoestima y la capacidad de

⁸ Traducción del original *Self Psychology*.

auto-regulación. Dentro de este marco es central el concepto de “self-objeto”, que hace referencia a la persona que rellena las funciones psicológicas por el niño, el cual todavía es incapaz de hacerlo por sí mismo. Esto implica dos funciones cruciales:

- un reflejo o espejamiento¹⁰ por el cual los cuidadores admiran abiertamente los logros y la demostración exhibicionista de su competencia.
- la función idealizadora¹¹, que atendiendo al estado interno del niño, los padres le permiten participar en su propia capacidad de autorregulación proporcionándole tranquilidad y sensación de seguridad.

La realización de ambas funciones viene basada en la capacidad de entonamiento empático de los cuidadores.

Los fallos empáticos normales y no traumáticos, donde el padre no está ocasionalmente disponible o no responde a la demanda del niño, fuerza, al niño, a internalizar progresivamente esas funciones y representarlas por sí mismo. Esto es lo que se denomina Internalización Transmutatoria¹².

Sin embargo, los fallos empáticos crónicos y traumáticos abruma la capacidad de internalización transmutatoria del niño, y le llevan a desarrollar déficits de autoestima (lo que lleva a sentimientos de vacío y ausencia de dirección) y déficits de autorregulación (lo que lleva a dificultades para regular los estados internos). Esto contribuye a desórdenes en el Self.

En ausencia de estas funciones psíquicas bien desarrolladas, los individuos afectados pueden recurrir a intensas experiencias corporales para inducir un sentido de vitalización

⁹ Hace referencia al cuidador principal, por lo que se utilizará también de manera general el término padres.

¹⁰ Traducción del original *mirroring*.

¹¹ Traducción del original *idealizing function*.

¹² Del original *transmuting internalization*.

y/o para regular su afecto (dieta estricta, ejercicio excesivo, abuso de sustancias o comportamientos autolesivos).

Según Kohut (1977), la búsqueda de la gratificación del impulso es la expresión de un self desintegrado.

Autores como Goodsitt y Sands (como citado en Cash, 2012), enfatizan el rol que tienen los déficits en las dos funciones explicadas (reflejo y función idealizadora) causa en el individuo miedo a convertirse en un adulto autónomo del que se espera que represente dichas funciones por sí mismo. Esto puede derivar a la manipulación del cuerpo para mantenerlo delgado e inmaduro, negándole un crecimiento que le lleve a la adultez y manteniendo las condiciones de la infancia donde el cuidador continúa haciendo las funciones de self-objeto. De este modo, la Imagen Corporal sería en este caso, un aparato coercitivo (en el sentido de represivo e inhibitorio).

Puesto que los trastornos de la IC y sus comportamientos asociados son entendidos como un fallo para evocar internamente la tensión de la regulación de la autoestima y el self-objeto, los psicólogos del Self ponen el foco en la restauración de tales funciones. Donde el terapeuta para poder ejercer esa relación empática que favorezca la adquisición de esas herramientas, será clave en desarrollar una postura empática y una disposición temporal a ser utilizado como self-objeto. Empatizaría con las emociones asociadas con esta necesidad no satisfecha.

Desde un acercamiento más integrador que reúne las tres grandes teorías psicodinámicas, Krueger (2002) propone una conceptualización de la Imagen Corporal a

partir de los tres modelos descritos anteriormente, otorgando mayor peso a elementos de las relaciones objetales y la psicología del self.

La postura fundamental de este autor es que existe un proceso de desarrollo más o menos paralelo entre el self corporal y el self psicológico. Sosteniendo que este último nace del primero, en un proceso estrechamente sincrónico.

En el centro de este proceso se encuentra la actividad de espejamiento del principal self-objeto, que normalmente es la madre.

Al principio, el sentido del niño de su self, es que su cuerpo surge en gran medida del contacto con las manos de su madre. Su toque proporciona información de los límites de su cuerpo. Su entera comunicación con él, en gran parte no verbal, es la primera afirmación de su existencia. Su reacción a él significa que existe en el mundo. Su respuesta a sus acciones, cuando es concomitante, le proporciona los cimientos para un sentido de eficacia: ser la causa del efecto en otra persona. Además, la precisión del espejamiento de la madre proporciona al niño una noción de quién es él. Subjetivamente, él es lo que él percibe en la expresión y el comportamiento de su madre en respuesta a él.

Una función crucial de la madre durante este proceso es su traducción a la forma simbólica, verbal, de lo que inicialmente es físico para el niño. Conectado con procesos madurativos cognitivos normales, esto permite al niño desarrollar una representación mental de sí mismo. Esta es la base para la capacidad de reflexionar sobre el self y procesar experiencias a nivel psicológico/cognitivo en lugar de a nivel físico/preverbal/presimbólico.

También contribuye a este proceso los fallos empáticos no traumáticos de los que ya se ha hablado con anterioridad. Estos hacen que el niño reconozca la separación de su

madre. Esta conciencia de una existencia separada lleva a la simbolización que le permite representársela.

Para Krueger (2002) el objeto transicional es central, puesto que es el primer caso de simbolización, preparando el terreno para que el self-objeto y la conciencia del self se representen por completo. Este proceso de simbolización es esencial para la capacidad futura de la persona de auto reflexionar y manejar su vida psicológica a este nivel simbólico, verbal y abstracto. El fracaso para conseguir este nivel de representación simbólica significa que esos procesos permanecen encarnados y experimentados en términos corporales. Igual que la necesidad de unión con el self-objeto, lograda a nivel representacional para la persona sana, es también concretado corporalmente para la persona con un proceso de simbolización deficiente.

En tiempos de angustia, cuando la conexión con una idealización del self-objeto sería tranquilizadora, la persona sin una representación mental de este objeto debe recurrir a su precursor, la experiencia corporal de ese objeto. La elección de una simulación corporal específica, dependerá de que experiencia física puede representar una unión con el self-objeto. Por ejemplo, ser alimentado/amamantado, es una de las actividades más importantes a través de la cual se exprimenta la conexión con la madre. Un intento de satisfacer las necesidades de tranquilización/relajación puede entonces consistir en darse atracones o engullir, creando así una intensa experiencia física de unión con el objeto idealizado.

2.4.3. ENFOQUE DESDE OTRAS TERAPIAS CORPORALES:

En este apartado se pretende presentar algunos métodos y técnicas corporales que de algún modo se acercan al concepto de IC, entrando en contacto en puntos comunes. Todas ellas hacen referencia al aumento de la conciencia corporal, tomando como punto de partida la percepción del propio cuerpo para alcanzar sus objetivos.

2.4.3.1 Feldenkrais

Feldenkrais, científico israelí de origen ucraniano, también hizo referencia a la Imagen Corporal. Definió un concepto que denominó como *Autoimagen*, de la siguiente forma: “cada uno de nosotros habla, se mueve, piensa y siente de forma distinta, de acuerdo, en cada caso, con la imagen de sí mismo que ha construido con los años” (Feldenkrais, 2014, p. 19).

Es uno de los referentes cuando se trata la cuestión de la conciencia corporal. El movimiento mejora con la conciencia corporal y es a su vez un medio idóneo para mejorar nuestra conciencia del cuerpo.

Feldenkrais (2014) afirma que el movimiento constituye la base del conocimiento de nuestro propio cuerpo. Entre otras cosas dice que:

1. Es la principal ocupación del sistema nervioso.
2. Su cualidad es más fácil de distinguir que otros factores o sentimientos.
3. La capacidad para moverse influye mucho en la propia valoración.
4. Los movimientos reflejan el estado del sistema nervioso.

Feldenkrais (2014) en su método plantea movimientos dirigidos y precisos para ir aumentando la conciencia de determinadas partes, conexiones, etc. de nuestro cuerpo.

Presenta dos formas de trabajo:

- ✓ Individual, en la que el profesor manipula el cuerpo del alumno que pasivamente va tomando conciencia de su movimiento.
- ✓ En grupo en la que se trabaja a través de movimientos activos claramente determinados e incluso enseñados por medio de modelado.

Por otra parte, este autor consideraba la presencia del adulto durante la infancia algo fundamental para el desarrollo de los futuros patrones de comportamiento durante la interacción con otros, así como para el desarrollo de patrones emocionales.

2.4.3.2 Eutonía:

Para entender a qué se refería Alexander (1979) con el nombre de este nuevo método, sería necesario acercarnos a su historia personal de vida. Fue el camino recorrido, para resolver problemas que se presentaban en su propia persona, lo que consagró la creación de esta disciplina corporal de autodesarrollo con fines terapéuticos y educativos. Una mujer de salud frágil (de joven había contraído fiebre reumática y endocarditis) que encontró en esta fragilidad su fuerza y la oportunidad para ensayar un nuevo modo de construir una pedagogía corporal.

El término Eutonía (del griego EU = bien, armonía, justo; y del latín TONOS = tonus = tensión) ha sido creado en 1957 para traducir la idea de una tonicidad armoniosamente equilibrada y en adaptación constante, en justa relación con la situación o la acción que se va a vivir.

La capacidad para modificar el tono parte de una toma de conciencia voluntaria sobre las distintas posturas y los estados corporales. El objetivo de la Eutonía es la adaptación del tono a las diferentes situaciones cotidianas, desde el reposo hasta el movimiento, procurando una armonización de las tensiones necesarias (equilibrio tónico).

Considera el cuerpo como la base fundamental del ser y como el centro de la experiencia.

Entre los objetivos de su sistema figuran:

- ✓ desarrollar una conciencia más profunda de la realidad corporal y espiritual como verdadera unidad.
- ✓ Orientar la exploración del cuerpo hacia el “descubrimiento de sí mismo”.
- ✓ Construir “la aptitud para ser objeto de la propia observación”.
- ✓ Descubrir a través de una investigación personal los “vínculos íntimos que existen entre la tonicidad y lo vivido consciente e inconscientemente”.
- ✓ Adquirir “el tono adecuado no sólo para la relajación sino para la vida”

(Alexander, 1979).

El tono sería un estado con una amplia gama de tonicidades, tantas como emociones existen. Mediante el desarrollo de la conciencia corporal, se logra la conexión con esta diversidad.

2.4.3.3 Técnicas corporales:

La Conciencia de la Piel (principio aplicado de la Eutonía)

La conciencia de la piel es uno de los primeros pasos para aumentar la conciencia corporal. La piel es el órgano del sentido del tacto y por tanto una fuente privilegiada de sensaciones.

En Eutonía se distingue entre tacto y contacto, en el sentido de percibir el efecto que hace en la piel un objeto (tacto) y la percepción del objeto como un todo y de su relación con el sujeto (contacto). Cuando se habla de conciencia de la piel en este trabajo se refiere al tacto.

El tipo de ejercicios que se realizan son desde sensibilizar la piel con algunos objetos como pueden ser bambúes, pelotas de tenis o cepillos, hasta sentir el tacto de la piel con la ropa, las duchas o el masaje. Siempre se procura que la percepción sea global e implique todo el cuerpo.

Esta técnica tiene un efecto relajante, es a la vez fuente de placer y sitúa al sujeto en "el aquí y el ahora". La conciencia de la piel es una de las fuentes de datos con las que se forma la Imagen Corporal. Con el trabajo con la piel "se trata de lograr una imagen integral del propio cuerpo, necesaria para la propia expresión, para la propia delimitación en el espacio. Si no existe una gran claridad al respecto no será posible lograr la actitud adecuada, tanto en relación con uno mismo como con el espacio exterior". (Hemsey de Gainza, 1985).

Es también admitida la importancia de la conciencia del cuerpo en la adquisición del Esquema Corporal.

Se han descrito los problemas que presentan algunos psicóticos con la conciencia de la piel. Se han realizado con ellos tratamientos llamados de maternaje en los que se realizaba una inundación al contacto corporal con otra persona.

El método de la focalización sensorial que se aplica en la terapia sexual es un medio de desensibilizar al contacto con el otro con la conducta incompatible con la ansiedad que es la conciencia de la piel. (Kaplan, 2014)

2.4.3.4. Body-Mind Centering[®]:

Consiste en un acercamiento integrado y encarnado al movimiento, el cuerpo y la conciencia. Desarrollado por Bonnie Bainbridge Cohen (2012), es un estudio experiencial basado en el *embodiment*¹³ y la aplicación de principios anatómicos, fisiológicos, psicológicos y del desarrollo, y que utiliza el movimiento, el toque, la voz y la mente. Su unicidad descansa en la especificidad con la cual cada uno de los sistemas corporales puede ser personalmente encarnado e integrado, la base fundamental del remodelamiento del desarrollo, y la utilización de un lenguaje basado corporalmente para describir el movimiento y las relaciones cuerpo-mente. A través de la reeducación del movimiento y la reorganización de los patrones, se produce una comprensión de cómo se expresa la mente a través del cuerpo y el cuerpo a través de la mente.

Es un proceso creativo en el cual la encarnación del material es explorada en el contexto del auto descubrimiento y apertura. Cada persona es tanto el estudiante como el sujeto a estudiar (la materia, el material) y el objetivo es descubrir el alivio y la comodidad que subyace a la transformación. El Body-Mind Centering[®] tiene un número ilimitado de áreas de aplicación.

¹³ En el texto aparecerá traducido por las autoras como “encarnar” o “corporizar” y sus formas derivadas (encarnado/encarnación/corporeidad...). Si bien es un término de difícil traducción para que no pierda su esencia.

Acercándonos al próximo apartado de la aproximación al constructo de IC desde la DMT, es interesante explicar con un poco más de detalle el concepto apenas mencionado de *embodiment*.

El enfoque descrito arriba resulta de especial interés, ya que uno de los principales componentes de la DMT es el énfasis en la conexión entre cuerpo y mente. El objetivo de la DMT es aumentar la conciencia de nuestra mente y nuestro cuerpo a través del movimiento, la danza y el proceso creativo. Por ello, la Danza Movimiento Terapia enfatiza la relevancia del *embodiment*. Pero como muchas otras cosas en la cultura DMT, el fenómeno de *embodiment* entraña su dificultad a la hora de describirlo y hablar sobre él.

El concepto de *embodiment*, ha sido abordado ya desde hace mucho tiempo y por diferentes disciplinas. Desde la filosofía, Merleau-Ponty (1993) nos habla de que la percepción está enraizada en el cuerpo. Desde la lingüística, Lakoff & Johnsons (2012) afirman que los conceptos están enraizados en el cuerpo, que el lenguaje y la metáfora se basan en el cuerpo. Desde la psicología, Varela, Thompson & Rosch (citado en Koch y Bräuninger, 2006), hablan de la mente encarnada. Y así un largo listado de disciplinas (antropología, neurociencia, inteligencia artificial, psicología social, psicología del desarrollo, investigaciones en memoria) que hacen referencia de algún modo al concepto de *embodiment* y han ido generando aportaciones que han contribuido a su nacimiento.

Podría definirse como un principio subyacente que forma parte de la especificidad y trasfondo de la disciplina de la Danza Movimiento Terapia, a través de la que se trata de reconectar el cuerpo y la mente en una unidad orgánica.

2.4.4. ENFOQUE DESDE LA DMT:

Desde el enfoque de la DMT se tendrá la oportunidad de descubrir cómo es definido el concepto y lo que implica para algunas de las pioneras y DMTs; así como las diferentes maneras de trabajarlo en la práctica clínica. Tendremos en cuenta que tal y como hacía Marian Chace (pionera de la DMT que no teorizó demasiado, sino que actuaba), la tendencia en la profesión es la de actuar más que la de teorizar. Por lo tanto la DMT se centra más en el trabajo clínico con la IC, que en investigar o construir teorías. Escribiendo sobre la IC, los DMTs ponen a menudo énfasis en las cualidades físicas relacionadas con la IC.

La importancia del concepto de Imagen Corporal se refleja en la idea de que uno de los objetivos centrales en la práctica de la Danza Movimiento Terapia es promover cambios positivos en la IC (Chaiklin & Schmais, 1993). Sin embargo, hay cierta confusión por el amplio uso que se ha hecho del concepto, que implica dificultad para identificar qué se entiende conceptualmente por el objetivo de promover cambios positivos en la IC y por qué sería terapéutico, cuáles serían esos cambios y qué efectos tendrían para la persona. (Pylvänäinen, 2003, p. 40)

2.4.4.1 **Marian Chace**

Pionera/fundadora de la Danza Movimiento Terapia en los años 40, “*The Grande Dame of Dance Therapy*”. (Levy, 1992, p. 19), Chace tuvo y todavía tiene un tremendo impacto en el campo de la DMT.

Bailarina y coreógrafa observó que sus estudiantes de danza continuaban asistiendo a las clases no para convertirse en bailarines, sino por el bienestar y la satisfacción que les producía poder expresarse libremente a través de su cuerpo, alejados de la perfección técnica (Levy, 1992)

Lo que comenzó siendo un trabajo con *neuróticos normales*, derivó en la exploración, aplicación y desarrollo de la DMT con pacientes esquizofrénicos y psicóticos en el Hospital St. Elisabeth. Comenzó a trabajar con dichos pacientes en terapia grupal (aunque también individual), lo que revolucionó la manera de trabajar hasta el momento. Pudo comprobar sus teorías con pacientes muy graves, cuando todavía no existía un uso extensivo de fármacos tranquilizantes y otras terapias con drogas (Chaiklin & Schmais, 1993, p. 76-77)

Su presunción básica era que “la danza es comunicación y por lo tanto esto satisface una necesidad básica humana” (Chaiklin & Schmais, 1993, p. 77). De las cuatro clasificaciones fundamentales que recogen los principios básicos que Chace usaba en terapia, e inferidas por Chaiklin y Schmais, la acción corporal es especialmente relevante para el estudio de la Imagen Corporal. De hecho, uno de los objetivos que se planteaba Chace en relación al concepto de acción corporal, es la creación de una Imagen Corporal realista (p.83)

Chace afirmaba que “cuando las cosas van bien, la Imagen Corporal coincide más con lo que el cuerpo parece realmente, con lo que es la imagen mental del cuerpo, y cómo el mundo te mira” (en Sandel, Chaiklin, & Lohn, 1993).

Chace creía en el valor intrínseco de un cuerpo grácil, coordinado y saludable. Vio distorsiones en la forma corporal y funciones como respuestas inadecuadas al conflicto y al dolor. “Cuando las emociones llegan a orientarse patológicamente, la imagen se distorsiona” (Chace, 1993, p. 361)

A través de la acción de la danza, el paciente gana movilidad. El reconocimiento de las partes corporales, los patrones de respiración o los niveles de tensión que bloquean la expresión emocional, le da al terapeuta claves para la secuencia de acciones físicas que pueden desarrollar la preparación para la respuesta emocional. Pero el aprendizaje de un

movimiento no es lo único que lleva al cambio. El cambio se da cuando la persona está preparada para permitirse experimentar la acción en su cuerpo. Hay una estrecha relación entre la integración de los cambios posturales y el cambio de las actitudes psíquicas. (Chace, 1993)

Solo cuando la persona está preparada para ello, llega a ser significativo y logra un cambio en su Imagen Corporal...Puedes decirle a una persona que levante sus brazos, pero hasta que no lo sienta dentro no conseguirás la elevación real en el cuerpo. (Chace, 1993, pp. 358-359)

De acuerdo con la propuesta de Chace, “la Imagen Corporal está estrechamente ligada a las emociones y la acción, y su formación es ante todo una creación social” (Chace, 1993, p. 363). Para ella, la formación de la IC ante todo es una creación social, se desarrolla a través de experiencias individuales en relación con los demás. Participar en actividades grupales ayuda a tomar conciencia de uno mismo/self, experimentando emociones similares a los demás, comunicando con otros. (Chace, 1993)

Chace menciona como elementos determinantes en la formación de la IC, la piel y el espacio justo alrededor del cuerpo que actúa como una especie de extensión del cuerpo: las sensaciones justo debajo de la superficie de la piel constituyen la principal fuente de la IC; por lo que tocando o frotando la piel y moviendo los músculos, delineamos la superficie de nuestro cuerpo, lo que ayuda al paciente o a la persona a encontrarse en el espacio.

2.4.4.2 **Trudi Schoop**

Considerada la mayor pionera en DMT de la costa oeste de EEUU, Schoop utilizó su experiencia como mimo y el humor para la expresión del conflicto.

Ella creía firmemente que en nuestro cuerpo se veía reflejado quiénes somos. Lo que ocurre en la mente tiene una reacción en el cuerpo, y viceversa. Por lo que las posiciones posturales y alineaciones físicas son el reflejo del estado mental.

Para Trudi Schoop (Levy, 1988) la Imagen Corporal se construye ampliando el repertorio de movimientos, desarrollando una mayor conciencia corporal y experimentando con diferentes actitudes posturales. Ella empleaba ejercicios estructurados rítmicamente para fomentar el control sobre uno mismo, el ganar confianza en el cuerpo por consiguiente una identificación más profunda con el self físico, adquirir flexibilidad y fuerza para afrontar experiencias de la vida.

2.4.4.3 **Alma Hawkins**

La autenticidad en el movimiento implica que el patrón de movimiento externalizado sea coherente con el “sentir interior” (*inner sensing*). A través de la relajación uno se abre a ese sentir interior, haciendo posible la conexión con experiencias pasadas y rastros de memoria. Así se desarrolla el self corporal, estructura básica para la Imagen Corporal y el límite corporal. Creía que la relajación era un factor altamente significativo que afectaba la percepción. Incorporó en su trabajo la investigación de Jacobson (1938) relativa a la tensión residual. Jacobson enfatizaba la necesidad de identificar y controlar la tensión, en virtud de reducir la ansiedad, construir la Imagen Corporal y aumentar la percepción. Un alto

grado de tensión residual no solo aumenta la ansiedad, sino que bloquea la percepción.

Para Hawkins es imprescindible tener un yo corporal fuerte para poder relacionarnos con los demás y con el entorno. (Levy, 1988, p. 74-75)

2.4.4.4 **Patrizia Pallaro**

Esta psicóloga clínica y danza movimiento terapeuta de origen italiano, relaciona el self (yo interior) con las experiencias corporales de la siguiente manera: “en el proceso psicoterapéutico de Danza Movimiento Terapia, para experimentar e integrar las representaciones y las experiencias del self interior, es absolutamente necesario comenzar desde el cuerpo y sus experiencias” (Pallaro, 1996, p. 115). Esto se traduce en facilitar a la persona la toma de conciencia de sensaciones corporales, explorando los límites de la piel y partes del cuerpo, encontrando nuevas maneras de mover estas partes, relajando las tensiones interiores y explorando sus propios ritmos corporales.

2.4.4.5 **Irma Dosamantes**

Desde la perspectiva de esta autora, la Imagen Corporal es una especie de depósito para idealizaciones culturales. Pone de relieve la influencia de la cultura en la construcción de la IC. (Dosamantes, 1992)

2.4.4.6 **Carol Gross**

Tras mucho tiempo siendo un referente desde la DMT, Gross (1992) desarma la definición de Imagen Corporal propuesta por Schilder: imagen que nos formamos del cuerpo en la mente. Señala lo inadecuado que resulta para explicar cómo conseguir un cambio terapéutico positivo; cómo es posible que a partir de una imagen se produzca un cambio terapéutico. La

cuestión que coloca sobre la mesa esta autora es si vivimos a través de una imagen. Su crítica a Schilder recibe una buena acogida.

“Es la dimensión de las relaciones objetales de la IC la que es transferida en la relación terapéutica, pudiendo entonces ser respondida” (Gross, 1992, p.98). Y esto es lo que causaría el esperado cambio terapéutico.

Por lo tanto, Gross (1992) no considera solamente la Imagen Corporal como una imagen, sino que identifica cuatro dimensiones de la misma:

1. Nivel de experiencia sensoriomotor: se refiere a lo que es percibido a través del sistema sensorial.
2. Dimensión límite (frontera): sería la piel; el límite entre el interior y el exterior del cuerpo.
3. Espacio personal e interpersonal: hace alusión al uso que hace la persona del espacio, reflejando las interacciones con los objetos.
4. Dimensión dinámica: engloba los aspectos energéticos y expresivos de la IC; las cualidades dinámicas, kinéticas de sensación/emoción, que corresponden a cambios momentáneos en estados emocionales. (pp. 89-90).

ASPECTOS DEL MOVIMIENTO	INPUT SENSORIAL	Nivel de experiencia Sensoriomotor
	ESPACIO	Dimensión Límite/Frontera
		Espacio Personal e Interpersonal (Kinesfera personal y general)
	ESFUERZOS (<i>EFFORTS</i>)	Dimensión Dinámica

2.4.4.7 Päivi Pylvänäinen: Un Modelo Tripartito de la IC para usar en DMT

Esta autora finlandesa nos propone un modelo tripartito desde el cual conceptualizar y comprender la Imagen Corporal. Diferencia tres importantes aspectos de la IC interrelacionados entre sí: las propiedades de la imagen, el self corporal y la memoria corporal¹⁴.

Schilder (1950), como ya hemos visto, considerado fundador del concepto de Imagen Corporal, trató de poner en palabras los diferentes aspectos de la Imagen Corporal. Y algunos de ellos quedan evidenciados en su texto, aunque él no lo hizo de manera explícita. Pylvänäinen (2003) recogiendo una amplia cita del libro de Schilder (1950) identificó tres elementos importantes de la IC, que aparecen subrayados como veremos a continuación:

Por imagen del cuerpo humano entendemos aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que éste se nos aparece. ¿Cómo se integra esta imagen? Disponemos de ciertas sensaciones; vemos algunas partes de la superficie corporal; tenemos impresiones táctiles, térmicas, de dolor, etc.; recibimos sensaciones que provienen de los músculos y sus aponeurosis, indicando la deformación del músculo; sensaciones provenientes de la inervación de los músculos; y sensaciones provenientes de las vísceras. Fuera de ello, está la experiencia inmediata de que existe una unidad corporal. Y si bien percibimos esta unidad, trátase de algo más que una percepción. Para designarla, usaremos la expresión: esquema de nuestro cuerpo o esquema corporal, o bien siguiendo a Head –quien

¹⁴ Traducción del original *image-properties, body-self, body-memory*, respectivamente.

hace hincapié en la importancia del conocimiento de la posición del cuerpo-modelo postural del cuerpo. El Esquema Corporal es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo. Y podemos llamar a esa imagen, “imagen coporal”. El término nos indica que el objeto de nuestro estudio no es una mera sensación o imaginación, sino una apariciencia propia del cuerpo. Indica también que, aunque proviene de los sentidos, no es una mera percepción. Hay en ella, sí, cuadros y representaciones mentales, pero tampoco es una simple representación. Dice Head: “Además de su función como órgano de atención local, la corteza sensorial, asimismo, la alacena de las impresiones pasadas. Estas pueden surgir en la conciencia como imágenes, pero con mayor frecuencia –como en el caso de las impresiones especiales- permanecen fuera de la conciencia central. Allí, forman modelos organizados de nosotros mismos que podríamos llamar “esquemas”. Estos esquemas modifican las impresiones provocadas por los impulsos sensoriales aferentes, en forma tal que la sensación definitiva de posición o de localización surge en la conciencia cargada de la relación con algo ocurrido anteriormente. (p. 15).

Las palabras escritas por este autor, podrían recogerse en los siguientes apartados de la tabla, que se refieren a la denominación aportada por Pylvänäinen (2003):

PROPIEDADES DE LA IMAGEN	SELF CORPORAL (SENSACIONES VIVIDAS)	MEMORIA CORPORAL
Representación	No es una mera percepción	Dolor

<i>Vemos</i>	Sensaciones:	Unidad del cuerpo
El esquema corporal es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo → Imagen Corporal	<ul style="list-style-type: none"> - táctiles, - térmicas, - de dolor, - de los músculos y sus aponeurosis - de la inervación de los músculos, - viscerales. 	La corteza sensorial es el depósito de impresiones pasadas.
Apariencia	Experiencia inmediata de unidad del cuerpo.	Las impresiones pasadas pueden surgir en la conciencia como imágenes, pero suelen permanecer fuera de la conciencia central.
Hay en ella, sí, cuadros y representaciones mentales, pero tampoco es una simple representación		Organizan modelos de nosotros mismos → Esquemas.
Impresiones		Los esquemas modifican las impresiones provocadas por los impulsos sensoriales aferentes → la sensación definitiva de posición o de localización alcanza la conciencia.

En el escrito de Schilder (1950), aparecen entrelazados diferentes aspectos que han quedado clasificados en propiedades de la imagen, self corporal y memoria corporal. Schilder trataba de escribir sobre el cuerpo, pero de un modo muy mental y cognitivo. Como afirma Pylvänäinen (2003) “el significado de las sensación corporal se minimiza a favor de una

conceptualización más cognitiva. El hecho de bautizar el concepto como una imagen mental expresa esta tendencia de forma muy clara” (p.45).

Por lo tanto, al realizar esta clasificación, la experiencia corporal se presenta como psicológicamente relevante en sí misma, sin necesidad de ser transformada en imágenes mentales o representaciones cognitivas. (Pylvänäinen, 2003).

A continuación aparecen de forma más extensa detallada cada uno de los aspectos de la IC propuestos por Päivi Pylvänäinen (2003):

- Propiedades de la Imagen:

(TENER – LO QUE LE PERTENECE A LA PERSONA, LO LA PERSONA POSEE).

Se refiere a los aspectos visuales del cuerpo (la experiencia óptica), al modo en que el individuo percibe la apariencia de su cuerpo.

Las propiedades de la imagen abarcan un compuesto de creencias sobre el cuerpo, influidas por actitudes e idealizaciones culturales. (Dosamantes, 1992; Gallagher, 1995). Por lo que se puede decir, que las propiedades de la imagen se construyen socialmente.

Y como señala Gallagher (1995), en las propiedades de la imagen el cuerpo se representa y articula como algo que es propio. Por ejemplo, “tengo el pelo largo, estoy gordo, tengo ropa bonita”.

Y Schilder (1950) indica que la IC también incorpora objetos, elementos que se incorporan a las propiedades de la IC. Como pueden ser el estilo de vestir de una persona o las joyas que se pone.

Tras todo lo expuesto, dentro del contexto de la DMT, se considera importante apoyar a la persona para que explore las propiedades genuinas de su imagen, ya que mejorará de

este modo la percepción de la realidad y los comportamientos de auto enriquecimiento, lo que tiene un gran valor terapéutico.

- Self Corporal:

(SER – LO QUE ES LA PERSONA Y ES EL SUJETO QUE EXPERIMENTA).

Dosamantes-Alperson (1981) define el término de self corporal como “la totalidad de que es experimentado kinestéticamente, emocionalmente y cognitivamente por los individuos cuando prestan atención al sentido de su ser físico” (p. 35)

Freud (1962), afirmaba que el yo “es en primer lugar y principalmente un yo corporal. El yo se deriva fundamentalmente de las sensaciones corporales, principalmente de aquellas provenientes de la superficie corporal” (p. 26).

Esta concepción parece que quedó olvidada durante un tiempo, y gracias a los teóricos de las relaciones objetales, se recuperó la atención y el significado de la experiencia primaria del cuerpo como transportador del sentido del self del individuo. Pallaro (1996) se acerca al concepto de self corporal desde la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales.

El self corporal es el que lleva a cabo la experiencia, pero al mismo tiempo es también experimentado, sentido y vivido por el sujeto.

Schilder (1950) afirma que hay siempre una personalidad que experimenta la percepción. En el cuerpo, nuestras respuestas son acciones y tendencias a las emociones. En el núcleo de las mismas estaría el self corporal. Así que es a través de las acciones, que el self corporal se forma y transforma. Quedando claro también tras la lectura de su escrito, que la IC es un fenómeno social para él, teniendo un rol esencial la interacción.

Gross (1992) señala que la IC se basa en el movimiento corporal, que a su vez tiene sus raíces en un contexto de interacción y relaciones con otros. A nivel de movimiento corporal, el individuo experimenta su cuerpo y la interacción con el otro a través de los receptores somatosensoriales, respuestas motoras y acciones. Esta autora propone que este nivel de experiencia y percepción está en función del aspecto del self corporal de la IC. Como seres humanos actuamos y nos relacionamos con el mundo a través del cuerpo en lugar de a través de una imagen de él.

Un self corporal sano está en sintonía y relacionado con la realidad del mundo. (Chace, 1993). El self corporal está implicado de manera inseparable con las emociones y la acción, y su formación es una creación social fundamentalmente (Gross,1992; Chace, 1993; Pallaro, 1996; Schilder, 1950; Stern, 1985).

Desde la perspectiva de la interacción, las emociones surgen y las acciones tienen lugar en el contexto de interacción con otros y con el entorno. Por lo tanto, la afectividad es también considerada una cualidad del self corporal. Campbell (1995) propone que al sentir, percibir y responder a través del self corporal, uno puede apreciar su influencia afectiva en los demás. Podría asumirse lo contrario, de tal forma, que la influencia afectiva de los otros sea sentida a través del self corporal (Schilder, 1950). Pallaro (1996) señala que en el trabajo terapéutico, la conexión del self corporal con la afectividad se pone de manifiesto mediante la conexión singular entre la reexperimentación y el trabajo a través de los sentimientos y la experiencia del self corporal.

Una perspectiva del desarrollo muestra una razón adicional que apoya la afirmación de que el self corporal del individuo tiene un papel clave en la interacción y la respuesta afectiva a lo largo de la vida. Pallaro (1996) relaciona el self corporal con las teorías del desarrollo y de las relaciones objetales, señalando como se ha indicado antes que la

experiencia primaria del cuerpo está en la base del sentido del self del individuo. Afirma que, “las relaciones profundas y significativas están determinadas por la capacidad de la persona de unirse con otros y al mismo tiempo conservar (diferenciar) su sentido del self”. (p.116) Aunque según algunos autores (Loman, 1996) prefiere hablar de capacidad de sintonización (en lugar de unión simbiótica con los otros) donde el self corporal no pierde su existencia separada, sino que es capaz de interactuar y relacionarse con tal delicadeza y sensibilidad, que la experiencia puede sentirse como si el self se uniera con los otros.

Stern (1985) describe la evolución de los estratos del sentido del self y modos de interrelación, lo que ofrece un punto de vista coherente y conciso del tema:

- Sentido del self emergente (0-2 meses): relación entre eventos en la experiencia.
- Sentido del self nuclear (2-6 meses): relación nuclear.
- Sentido del self subjetivo (6-15 meses): relación intersubjetiva.
- Sentido del self verbal (15 meses...): relación verbal.

Una vez una de las capas se ha formado, continuará funcionando plenamente a lo largo de la vida, e influenciando la interacción. Stern (1985) describe así el desarrollo del self corporal, a través de la interacción del individuo con otros.

- Memoria Corporal:

Existen diferentes definiciones que hacen referencia al concepto de IC como un contenedor de experiencias pasadas. Schilder (1950) señaló que la IC abarca rasgos característicos de toda nuestra vida. Fisher y Cleveland (1968) la definió como “una formulación condensada en el cuerpo en términos de una gran cantidad de experiencias

que ha tenido el individuo en el curso de definir su identidad en el mundo” (p. 111). Y a esto se refiere con el aspecto de la IC denominado memoria corporal.

Casey (1987) describe la memoria corporal como el modo en el que el cuerpo recuerda y almacena experiencia dentro de sí mismo. Estas memorias son independientes de los deseos de la conciencia. Kinsbourne (1995) observa que cualquier suceso del recuerdo episódico o autobiográfico debe incluir una representación del self en el contexto del evento recordado. El fondo de la sensación corporal puede anclar el suceso a la autobiografía del sujeto, aunque la persona puede no haber estado prestando atención de forma intencionada para almacenar el evento en la memoria episódica.

Casey (1987) señala tres esferas de la memoria corporal:

- Memoria corporal habitual:

La presencia activa en el cuerpo del pasado del sujeto. Crea la base de la historia vivida del cuerpo. Esto constituye el sentido coherencia corporal, continuidad, familiaridad y orientación. En DMT los contenidos de este tipo de memoria pueden ser usados para fomentar un sentido de seguridad, dominio y soporte.

- Memoria corporal traumática:

Contiene sensaciones en el cuerpo de momentos de experiencias dolorosas. Pueden haber sido experimentadas por la persona misma, observadas en otros o surgido como sensaciones de momentos de pensamientos agonizantes. El cuerpo está fragmentado, lo que impide la acción espontánea e integrada. La DMT ofrece modos directos de comunicar sobre los contenidos de la memoria corporal traumática, pudiendo ser expresados a través del movimiento corporal.

- Memoria corporal erótica:

Sería el contenedor de experiencias de placer. Son memorias fundamentalmente interpersonales, enraizadas en las interacciones con los otros. Dado que la necesidad de interacción y contacto es una cualidad esencial en los seres humanos, hay una gran belleza y lógica en la creación de memorias placenteras en el contexto de los encuentros con los otros.

Es interesante ver cómo la memoria corporal y el self corporal están muy relacionados. El self corporal actúa en el presente, y cada momento vivido pasa a formar parte de la memoria corporal, que conforma la base sobre la que evaluamos el momento presente reconociendo y expresando respuestas familiares.

Combinando los conceptos de Stern (1985) y Casey (1987), el sentido nuclear del self y las memorias corporales habituales se integran en la creación de experiencias de coherencia, continuidad y familiaridad. Las experiencias de interacción positivas del self corporal se almacenan como memorias corporales habituales positivas y eróticas, así como las experiencias traumáticas del self corporal se almacenan en la memoria corporal traumática. Como la memoria corporal funciona como fondo y punto de referencia para la evaluación de sensaciones presentes, la activación de sus contenidos da forma al tipo de comportamiento que el self corporal lleva a cabo en el momento presente.

Tras el análisis de este modelo tripartito elaborado por Pylvänäinen (2003), concluye que la exploración del concepto de Imagen Coporal en la práctica de la Danza Movimiento Terapia, ofrece una comprensión más profunda de la conexión entre las experiencias coporales, la interacción y las consecuencias psicológicas.

3. METODOLOGÍA

La presente tesina tiene un carácter eminentemente teórico, donde una gran parte del trabajo consiste en una revisión bibliográfica y un segundo bloque lo hemos dedicado a exponer propuestas concretas de intervención desde la DMT.

El cuerpo de investigación en el ámbito de la Imagen Corporal es muy extenso en estos momentos y comprende cuantiosa literatura al respecto. Hemos encontrado muchas referencias centradas en los trastornos de alimentación y enfocadas desde una perspectiva alejada de nuestra disciplina de Danza Movimiento Terapia. Por lo tanto, siendo conscientes de que lo que se nos habrá pasado por alto, hemos intentado focalizar seleccionando en base al interés más exclusivo para no perder de vista nuestros objetivos. Ha resultado complejo sintetizar y entresacar aquello que más nos podía interesar. Cada lectura nos ha abierto nuevos y variados senderos, que en algunas ocasiones nos ha parecido enriquecedor seguir, en otras ocasiones nos ha hecho dudar y replantearnos algunas cuestiones, y en otros momentos hemos decidido abandonar por alejarse demasiado de nuestra vía inicial.

Para elaborar este trabajo hemos llevado a cabo una revisión de la literatura más reciente, sin rechazar paradigmas y teorías más clásicas.

El inicio comenzó con la elaboración de un buen proyecto de tesina. Comenzamos planeando un cronograma, que hemos ido modificando a medida que avanzábamos para ser realistas con los tiempos y las circunstancias personales de cada una de las autoras. Igualmente clave, fue plantearnos una buena pregunta que diera lugar a la hipótesis de nuestro estudio. Una vez esta parte había tomado forma, comenzamos la búsqueda de fuentes donde obtener literatura para responder a nuestra pregunta y objetivos. Para ello elaboramos una lista de palabras clave, basadas en nuestro proyecto inicial, que según avanzaba el trabajo

hubo que modificar. Ha sido importante darse cuenta de la utilidad que tienen estas palabras cuando se realiza una búsqueda sobre un tema determinado. Tienen que ser precisas, directamente relacionadas con la temática que se aborda en el desarrollo del trabajo, y relevantes.

Dentro de la inmensidad de artículos, referencias, libros y autores, hemos seleccionado aquellos que se encontraban en bases de datos y revistas con rigor científico y cierto prestigio. Para que pueda servir de ayuda y facilitar la labor a futuros investigadores noveles, como nosotras, hemos elaborado una tabla donde aparecen las bases de datos y las revistas que hemos utilizado para la elaboración de esta tesina:

BASES DE DATOS	REVISTAS	OTROS
<p><u>Springer</u></p> <p>Contiene publicaciones científicas de revisión por pares relacionados con ciencia, tecnología y medicina (STM: science, technical & medical), incluyendo SpringerLink, SpringerProtocols y SpringerImages.</p>	Body Image	<p><u>WorldCat</u></p> <p>Considerado el mayor catálogo en línea del mundo, alberga datos registros y fichas de más de 71 000 bibliotecas públicas y privadas de todo el mundo.</p>
	Body, Movement and Dance in Psychotherapy	
	American Journal of Dance Therapy	
<p><u>ScienceDirect</u></p> <p>Es uno de los mayores compendios de artículos</p>	The Arts in Psychotherapy	<p><u>Elsevier</u></p> <p>La mayor editorial de libros de medicina y literatura científica del</p>
	Perceptual and Motor Skills	
	Acta Psychologica	

científicos por suscripción que puede encontrarse en Internet.	The Journal of Mind and Behaviour	mundo.
<u>Tandfonline</u> (Taylor and Francis) Directorio de publicaciones científicas.	International Education Journal	Recursos digitales de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB)
	Journal of Physical Education, Recreation and Dance	
<u>SciELO</u> España (Scientific Electronic Library Online) Es una biblioteca virtual formada por una colección de revistas científicas españolas de ciencias de la salud seleccionadas de acuerdo a unos criterios de calidad preestablecidos.	Journal of Eating Disorders	Recursos digitales de la Universidad de Burgos
	Avances en Psicología Latinoamericana	
	Procedia Social and Behavioral Sciences	
<u>Pubmed</u> De acceso libre y especializada en ciencias de la salud.	Neuropsychologia	<u>Google Scholar (Académico)</u> Buscador de Google enfocado en el mundo académico que se especializa en literatura científica-académica.
	Nutrición Hospitalaria	
<u>Tesis Doctorales en Red</u>		<u>Academia</u> Red social académica. Plataforma para compartir trabajos de investigación.
<u>PsyNET</u> Plataforma desarrollada por la American Psychological		<u>ResearchGate</u> Red social y plataforma de publicaciones

<p>Association (APA) para el acceso y consulta de recursos de información especializados en psicología.</p> <p>PsycINFO</p> <p>Base de datos bibliográfica de la American Psychological Association.</p> <p>También: PsycARTICLES y PsycBOOKS.</p>		científicas
--	--	-------------

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

A continuación realizamos una recopilación de propuestas en movimiento para trabajar algunos de los aspectos que conforman el concepto multidimensional de la Imagen Corporal. Entre los muchos y variantes aspectos y dimensiones que dan lugar a esa realidad multidimensional del concepto, se ha decidido rescatar cinco de estos aspectos considerados relevantes y muy presentes dentro del campo de la Danza Movimiento Terapia. El hecho de acotar en esta selección de factores que conforman y favorecen el desarrollo de la Imagen Corporal, se debe también a la idea de concretización. Se considera que concretar, mediante la selección de determinados aspectos, un concepto sumamente discutido y debatido entre diferentes disciplinas y campos así como por la propia sociedad, puede favorecer de alguna manera la delimitación de un concepto el cual, como se ha podido comprobar a lo largo de este trabajo, resulta de difícil comprensión, confusión, desconocimiento y rodeado por un manto de discusión. Al delimitar, de cierta manera se le otorga de un cuerpo al concepto.

Los aspectos rescatados son:

- Percepción y Conciencia Corporal.
- Memoria Corporal.
- Lenguaje (Metáfora).
- Ajuste Social.
- Self Corporal.

Dentro del apartado del marco teórico, en diversos puntos, se ha reflejado la importancia de las interacciones con el entorno y por tanto, la importancia del otro para la construcción y desarrollo de la Imagen Corporal. Schilder (1950) afirma que “la Imagen Corporal se expande más allá de los límites del cuerpo” (p.185). Cualquier adorno o ropa que nos pongamos, pasaría a formar parte de nuestra Imagen Corporal. Por tanto, nos encontramos con que la Imagen Corporal se extiende hacia el espacio; permitiendo con ello lo denominado ajuste social. “Existe un continuo intercambio entre nuestra propia IC y la de los demás. Lo que vemos en los otros podemos descubrirlo en nosotros mismos y lo que vemos en nosotros, podemos verlo en los demás” (Schilder, 1950, pág. 196). Además añade, “desde el principio mismo existe una vinculación sumamente estrecha entre nuestra Imagen Corporal y la de los demás”. “Nuestra propia Imagen Corporal nunca está aislada, sino que siempre va acompañada de las imágenes corporales de los demás” (Schilder, 1950, pág. 203). Todas estas afirmaciones, así como otras teorías vistas en apartados anteriores, no hacen más que reafirmar, como decíamos, la importancia de la interacción con los otros en la formación y desarrollo de la Imagen Corporal. Es debido a ello, que para el desarrollo de las siguientes propuestas (las cuales serán expuestas en las páginas posteriores) hemos tenido en cuenta la importancia del aspecto de ajuste social, y por tanto, dichas propuestas han sido pensadas para

llevarlas a la práctica en sesiones grupales de Danza Movimiento Terapia, favoreciendo con ello el trabajo de interacción con los otros.

Por otro lado, también señalar que las siguientes propuestas desarrolladas a continuación son generalizadas; es decir que están pensadas para un ámbito generalizado de la población. No se quiere decir con ello que dichas propuestas no puedan ser empleadas con determinadas poblaciones; de hecho, varias de ellas, han sido puestas en práctica con patologías y sectores pertenecientes al ámbito de: Trastornos del Desarrollo, Tercera Edad y Salud Mental. Una de las premisas principales en DMT a la hora de trabajar en la práctica clínica: se parte desde donde está el paciente y en base a sus necesidades. Esta idea permite entender que con la siguiente propuesta, no se pretende dar unas pautas de trabajo concretas para llevarlas a cabo tal cual; más bien, se pretende mostrar una guía de trabajo útil para otorgar a futuros estudiantes o terapeutas de una fuente de inspiración o una fuente de herramientas a utilizar, con la idea de que se piense en su modificación y rediseño en base a la población con la que se trabaja y a las necesidades de la misma. No obstante, en el posterior desarrollo de algunas de las propuestas se podrá observar, que en algunas de ellas, se puntualiza determinados aspectos a considerar si se trabaja con determinadas poblaciones; se trata de puntualizaciones mínimas y concretas con las que se pretende dar un pequeño punto informativo preventivo.

Por último, hacer mención que para estructurar los momentos de las sesiones en las que pueden tener lugar cada una de las propuestas que tendrán lugar seguidamente, se ha seguido el modelo de trabajo creado por Chace (Levy, 1988) cuya estructura consta de:

- Check-in
- Calentamiento

- Desarrollo de la sesión
- Cierre

A continuación, en la página siguiente, se presentará el conjunto de propuestas de intervención expuestas en forma de tablas. Y seguidamente, la explicación correspondiente a cada una de ellas.

ASPECTOS DE LA IMAGEN CORPORAL	MOMENTO DE LA SESIÓN	PROPUESTA DE TRABAJO	OBJETIVO	MATERIALES UTILIZADOS
PERCEPCIÓN Y CONCIENCIA CORPORAL	CALENTAMIENTO	<p>Automasaje y masajes entre los miembros del grupo con diversos materiales de texturas y superficies diferentes.</p> <p>Se utilizaran diferentes presiones sobre la superficie corporal, así como distintos tipos de toques</p>	<p>Despertar la percepción kinestésica, el sentido táctil, hacer al paciente más presente, enfocar su atención y concentración al aquí y ahora.</p>	<p>Las propias manos de los pacientes.</p> <p>Pelotas pequeñas de diferentes texturas, durezas y superficies.</p> <p>Telas de diferentes texturas</p>
	CALENTAMIENTO	<p>Movilizar distintas partes y articulaciones del cuerpo. Seguir un orden, bien de cabeza a pies o al contrario.</p>	<p>Ganar conciencia de las distintas partes del cuerpo y de las posibilidades de movimiento que abarcan cada una de ellas.</p>	<p>El propio cuerpo.</p> <p>El propio movimiento corporal.</p>
	CALENTAMIENTO	<p>Ejercicio de Respiración.</p>	<p>Activación del cuerpo a través de la propia respiración.</p>	<p>El propio cuerpo.</p> <p>La propia respiración.</p>
	CALENTAMIENTO	<p>Descubrir y redescubrir a través del movimiento.</p>	<p>Mediante la movilización de las distintas partes del cuerpo, tomar conciencia del mismo y del movimiento.</p>	<p>El propio cuerpo.</p>

ASPECTOS DE LA IMAGEN CORPORAL	MOMENTO DE LA SESIÓN	PROPUESTA DE TRABAJO	OBJETIVO	MATERIALES UTILIZADOS
PERCEPCIÓN Y CONCIENCIA CORPORAL	FINAL DEL CALENTAMIENTO	Utilizar las distintas partes del cuerpo como motor de movimiento.	Descubrir con el cuerpo el espacio permitiendo mejorar la conciencia corporal en relación al espacio.	El propio cuerpo.
	CALENTAMIENTO	Vivir la experiencia corporal de ser centrado o balanceado a través del propio impulso interno.	Tomar mayor conciencia de la labor de los miembros corporales.	El propio cuerpo.
	CALENTAMIENTO	Método de relajación muscular progresiva de Jacobson (1938).	Prestar atención a las sensaciones corporales. A las sensaciones que provoca y despierta, la propia acción de tensionar-relajar.	El propio cuerpo.

ASPECTOS DE LA IMAGEN CORPORAL	MOMENTO DE LA SESIÓN	PROPUESTA DE TRABAJO	OBJETIVO	MATERIALES UTILIZADOS
MEMORIA CORPORAL	FINAL CALENTAMIENTO / DESARROLLO SESIÓN	Con los ojos cerrados, acariciar con las yemas y las palmas de las manos el contorno y silueta corporal; establecer un orden: bien desde la cabeza a los pies o de los pies a la cabeza.	Redescubrir el contorno y silueta corporal. Llevar la atención a los pequeños detalles, marcas y cicatrices que se puedan percibir mediante el tacto. Despertar a través de la memoria corporal posibles recuerdos y la memoria cognitiva.	Nuestras propias manos.
LENGUAJE (Metáfora)	DESARROLLO SESIÓN	Llevar y transformar las posibles metáforas (tipo: me siento como mosca en leche) surgidas en el check-in, calentamiento e incluso en el propio desarrollo de la sesión, al movimiento.	Poner en movimiento una metáfora del lenguaje a partir del cual se intenta alcanzar el estadio o nivel simbólico.	El propio cuerpo. El propio movimiento corporal. El paciente podrá hacer uso de cualquier material disponible en la sala, si así lo considera oportuno, para una mejor expresión y profundización de la propuesta en movimiento.

ASPECTOS DE LA IMAGEN CORPORAL	MOMENTO DE LA SESIÓN	PROPUESTA DE TRABAJO	OBJETIVO	MATERIALES UTILIZADOS
AJUSTE SOCIAL	PARTE DEL CALENTAMIENTO	Por parejas, una persona guía y dirige a la otra desplazándola y trasladándola por la sala.	Experimentar la acción y el control externo así como la toma de conciencia de la respuesta ante dicho estímulo externo.	El propio cuerpo de los participantes.
SELF CORPORAL	CALENTAMIENTO	Redescubrir con conciencia el propio cuerpo y nuestro entorno.	Trabajar los límites corporales; definir y delimitar entre lo interno y lo externo.	El propio cuerpo. El material que conforma la sala de trabajo, el entorno.
	CALENTAMIENTO	Trabajar distintos aspectos (desplazamientos, cualidades de movimiento, acciones, niveles de altura) que estén relacionados con el peso corporal.	Trabajar el peso corporal relacionado con el self corporal.	El propio cuerpo. Materiales: telas, cuerdas, gomas.
	CALENTAMIENTO / DESARROLLO SESIÓN	Trabajar y experimentar a través de polaridades.	Asociar una sensación Kinestésica con un sentimiento o emoción.	El propio cuerpo.

1.- Percepción y Conciencia Corporal:

1.1.- Automasaje y Masajes:

Se trata de una propuesta de calentamiento. Puede realizarse a nivel individual, el propio paciente se realiza un automasaje a él mismo; o por parejas e incluso algún grupo de tres en caso de encontrarnos ante un grupo cuyo número de componentes es impar, donde uno le realiza el masaje al compañero y viceversa.

El terapeuta, como “cuidador” y responsable del grupo debe tener en cuenta en qué momento se encuentra el grupo. Es decir, si estamos en una sesión perteneciente a una primera fase (inicio del proceso donde el grupo se está construyendo) se aconseja adoptar la propuesta de automasaje, pues introducir la otra opción (el masaje por parejas) implica entrar en el contacto con el otro. El “contacto” y sobre todo el “contacto con el otro” no solo puede llevar implícito una serie de connotaciones (a nivel cultural, sexual, de identidad...), sino que además da un paso dentro del ámbito relacional; por lo que si el grupo no está suficientemente constituido, en lugar de beneficiar al paciente con la propuesta, puede resultar contraproducente para el desarrollo del proceso puesto que el paciente podría despertar sensaciones de incomodidad, y por tanto, comenzar a agobiarse, a evitar o evadir la participación llegando incluso a querer marchar. Se produciría, en lugar de favorecer la confianza del paciente hacia el grupo y el propio proceso terapéutico, un alejamiento.

Si la propuesta se realizase en una primera fase, quizá el terapeuta se debería plantear proporcionar la consigna de seguir un orden; bien comenzando de la cabeza e ir bajando hacia los pies; o al contrario, empezando de abajo a arriba. La finalidad de ello, considerando que podamos encontrarnos en las primeras sesiones y ante pacientes cuyo nivel de conciencia es mínimo, es proporcionar una mayor estructuración al calentamiento (aspecto para algunos

ámbitos o poblaciones, como en salud mental, importante) y facilitar el paso o recorrido por aquellas zonas olvidadas frecuentemente. Si el terapeuta, durante el desarrollo de la propuesta, adopta un rol participativo mediante sus propios gestos y acciones, puede dirigir la atención de los participantes hacia aquellas zonas más olvidadas por los mismos. En caso de que la propia acción del terapeuta no fuese suficiente, este puede hacer uso de la palabra para invitar a reforzar dichas zonas.

Cuando nos encontramos ante un proceso terapéutico más avanzado, en el cual ya hay un sentido y conciencia grupal, así como un reforzamiento del individuo, se podría realizar dicha propuesta de modo más dinámico; otorgando mayor libertad a los pacientes a través de consignas más generalizadas y donde el terapeuta puede presentarse bajo un rol más pasivo. Dentro de esta variante se puede invitar al paciente a dirigir su atención a aquellas zonas que perciba más contraídas y necesite liberar, a zonas tensionadas, a partes que sienta aprisionadas...el paciente puede jugar con las palabras tratándolas por medio de sensaciones, opuestos como tensionar/relajar, abrir/cerrar o simplemente haciendo referencia a aquellas zonas donde sientan que tienen mayor necesidad. Se debe considerar la opción de encontrarnos ante pacientes quienes durante todo el proceso terapéutico, no alcancen un nivel suficiente de separación e independencia en la relación paciente-terapeuta; en tal situación puede no ser conveniente pasar o proponer esta variante de la propuesta inicial.

En la práctica de esta propuesta, se ha podido observar, que en muchas ocasiones los pacientes tienden a cerrar los ojos. Como terapeuta, uno debe decidir si permite esta opción o si por el contrario, redirige la situación e invita a abrirlos porque lo considera necesario para el posterior desarrollo de la sesión. Se debe tener en cuenta, al trabajar en salud mental con psicóticos, por ejemplo, que al cerrar sus ojos posiblemente se favorezca el fluir de sus pensamientos, trasladándolos y alejándolos incluso del aquí y ahora. Es por ello, que con este

tipo de población, se aconseja guardar los ojos abiertos favoreciendo, con ello, su presencia en el momento presente.

Con este trabajo se pretende despertar tanto la percepción kinestésica como el propio sentido táctil; hacer al paciente más presente intentando enfocar su atención y concentración en el aquí y ahora. Por otro lado, como intención de todo calentamiento, también se pretende preparar al paciente para el posterior desarrollo de la sesión; fase donde pueden surgir emociones más profundas, lo que implica que el paciente debe encontrarse en una predisposición física adecuada para la contención de las mismas. Nos encontramos ante un trabajo no solo utilizado para ampliar la conciencia corporal, como ya se ha dicho, sino que además favorece el descubrimiento de nuevos patrones de movimiento a través de las diversas maneras experimentadas de realizar el contacto. Por ejemplo: podemos simplemente deslizar los dedos y la piel de la palma de la mano por la superficie de la piel, lo que vendría a ser una caricia; se pueden realizar pequeños golpecitos sobre la superficie corporal, pequeños pellizcos, masajear el cuerpo, o incluso deslizar las palmas de las manos por la superficie corporal como si nos estuviésemos deshaciendo o espolsándonos algo de encima. Son diferentes formas de ofrecer al paciente otras alternativas de contacto.

Es un trabajo que puede llevarse a cabo mediante las propias manos o con la ayuda de algún tipo de material: pelotas pequeñas de diferentes texturas, durezas y superficies, telas de diferentes texturas. La elección del mismo puede estar condicionada a la cualidad del contacto que se pretende trabajar; de tal forma que si se pretende trabajar un contacto de forma suave, con delicadeza (como el que conlleva una caricia) puede que el uso de telas ligeras y con un tacto agradable sea el necesario. No se debe olvidar que se trata de la fase de calentamiento, recordar esto es importante porque el propio uso de algunos materiales, como podrían ser las telas, puede provocar o facilitar el sumergimiento (haciéndonos ir más allá y

adentrarnos directamente) en una dinámica para la cual, el cuerpo todavía no se encuentre preparado.

Para el terapeuta esta propuesta puede resultar interesante a la hora de observar el tipo de relación que el propio paciente guarda consigo mismo y en relación al material. Puede dirigir su atención a aspectos y cuestiones como: ¿Predominan las caricias o por el contrario se hace mayor uso de gestos y fuerzas más agresivas hacia uno mismo? Se puede encontrar pacientes que solo saben entrar en contacto consigo mismo de determinada manera; en algunos casos esta manera resultan ser patrones agresivos. Cómo es ese contacto, ¿utiliza toda la superficie de la palma de la mano o solamente se hace uso de una parte de la misma como pueden ser las yemas de los dedos o la superficie palmar? ¿Parece un contacto aceptado o por el contrario parece que el propio contacto consigo mismo le repela y le incomoda? ¿Qué presión ejerce sobre la superficie corporal? ¿Cuál es la intensidad de la misma? Es importante que el terapeuta no solamente observe y atienda a la acción del paciente sino que además debe escuchar en su cuerpo la resonancia de lo observado: ¿me resulta agradable y confortante esa presión que ejerce el paciente sobre sí mismo, o por el contrario, me está incomodando? En cuanto a la relación con los materiales, el terapeuta se puede hacer una idea del tipo de material que es preferible por el paciente y por tanto del tipo de textura con la que prefiere establecer contacto; si tiende a cambiar de material en cada sesión o si suele coger el mismo; cómo coge el material; si se prefiere un contacto directo (con la propia mano) o indirecto (a través de un material).

Como nota informativa decir que el trabajo y uso de materiales, por otro lado, se encuentra muy relacionado con el tipo de población con la que se trabaja. En el caso de trabajar junto a poblaciones con determinadas patologías (como puede ser Trastornos del Desarrollo), el uso

de materiales puede facilitar considerablemente la conexión con el propio paciente, favoreciendo el trabajo y la relación entre paciente-terapeuta.

Por último añadir que esta propuesta de calentamiento también permite trabajar los límites corporales; y por tanto, también se favorece la separación entre lo interno y externo, entre el yo y el no yo. La repetición de esta propuesta, con mayor o menor frecuencia, a lo largo de todo el proceso terapéutico puede servir de indicador para el terapeuta, ya que permite percibir posibles cambios de actitud y comportamiento; cualquier cambio o variación a la hora de realizar o establecer el contacto para el masaje, puede ser un indicador de cambios a nivel psicológico.

1.2.- Movilización diversas partes corporales:

La siguiente propuesta de movimiento está pensada para la fase de calentamiento. Se trata de movilizar distintas partes y articulaciones del cuerpo utilizando el propio movimiento de las mismas; por ejemplo, en el caso de los pies podemos realizar flexión-extensión de las falanges y tobillo, además de los movimientos circulares que este último también permite efectuar. La dirección y sentido que se da al movimiento enriquece la propuesta, pues los movimientos circulares pueden realizarse bien hacia dentro o bien hacia afuera. El hecho de seguir un orden, bien sea desde la cabeza a los pies o al contrario permite establecer un orden, asegurarnos que movilizamos todas las partes y si la propuesta es dirigida por los propios pacientes, el terapeuta puede tener una fuente de información de aquellas partes que se saltan y no son movilizadas; esto puede indicar falta de conciencia en esas zonas.

Durante la propuesta el terapeuta puede guardar un rol participativo; aunque en realidad se puede plantear de dos formas, dependiendo, por un lado de la población con la cual se trabaja; y por otro lado del momento o fase del proceso terapéutico en el que se encuentre el grupo.

Para este calentamiento funciona mantener a los componentes del grupo guardando la formación circular. Puede proponerse bien siendo el terapeuta el que dirige el calentamiento de principio a fin o también otorgando el rol de liderazgo a los miembros del grupo; de tal forma que a la vez que se realiza la propuesta de calentamiento también se trabaja el intercambio de paso de liderazgo, entre los componentes del grupo. El paso de liderazgo es muy utilizado en diversas técnicas empleadas en el trabajo en Danza Movimiento Terapia. Con poblaciones pertenecientes al campo de la salud mental, con las que resulta muy útil esta propuesta de calentamiento, seguramente durante gran parte del proceso terapéutico se deba trabajar la primera propuesta donde el terapeuta no solo guarda un rol participativo sino que además es quién va dirigiendo las diferentes acciones; por ejemplo con esta población podemos encontrarnos con casos donde existe mucha falta de conciencia corporal, por ello si además de movilizar una parte, previamente se nombra de forma verbal, de alguna manera se refuerza la toma de conciencia de dicha parte.

Una variante de esta propuesta de calentamiento, si trabajas con esquizofrénicos o psicóticos, y encontrándonos en una fase del proceso de mitad del mismo hacia el final, donde quizá ya se pueda trabajar la versión donde se realiza el cambio de liderazgo, es interesante que tras nombrar y movilizar la parte se plasme en un dibujo. De esta manera se va construyendo el dibujo de una persona y al final tenemos una representación visual de una silueta humana a la cual le pueda faltar un miembro o una parte como puede ser un brazo, la cadera, el cuello. Lo que puede representar falta de conciencia de esas partes ausentes; a los pacientes, al poder verlo de forma visual en un dibujo, se les pueden hacer más presente.

Como venimos diciendo, la idea de este trabajo es ganar conciencia no solo de las distintas partes del cuerpo, sino también de las posibilidades de movimiento que abarcan cada una de

ellas. Para llevarla a cabo únicamente necesitamos como herramienta nuestro propio cuerpo y el movimiento del mismo.

Esta propuesta si se realiza con regularidad puede ser un indicador donde observar posibles cambios a nivel de conciencia. Se podrá observar si había partes a las que al principio nunca se les hacía referencia y pasado un tiempo sí; partes que aún cuando se hacía referencia a ellas, los pacientes eran incapaces de poner en movimiento y terminan haciéndolo; o partes que eran reconocidas por los propios usuarios, pero estos únicamente eran capaces de movilizarlas de una determinada manera, por lo que terminan descubriendo nuevas formas de movilización. Y por tanto, terminan ampliando su repertorio de movimiento.

1.3.- Ejercicio de Respiración:

Se trata de una propuesta cuya finalidad está en relación con la conciencia corporal. Pensada para la fase de calentamiento. El objetivo de la misma es la activación del propio cuerpo mediante el uso de la respiración. Se pretende que las distintas fases de la misma, la inspiración y expiración, sean marcadas y sentidas en el propio cuerpo.

El desarrollo del ejercicio:

El terapeuta solicita a los participantes que caminen y se desplacen por la sala tomando conciencia de la longitud de sus pasos, las zonas de apoyo, la temperatura y dureza del suelo, la suavidad del mismo... la idea es ir despertando el sentido kinestésico, el sentido táctil y la atención. A continuación, se pide que elijan un lugar de la sala donde situarse, una vez situados, se les pide que cierren los ojos para alcanzar una mayor introspección y concentración. Que tomen unos segundos para sentir su cuerpo, para sentirse ellos mismos; seguidamente se les da indicaciones para que tomen aire por la nariz, inspiren, tomándose el tiempo de sentir la temperatura del mismo y poder observar cómo al entrar el aire por la nariz

el estómago, el pecho y los hombros se llenan y expanden llegando a cambiar incluso la posición previa de reposo. De igual manera se les indica que al expulsar el aire, al expirar, observen como sus hombros, su pecho y su estómago se encogen recuperando su posición inicial. Se solicita repetir este paso, un par de veces más. Posteriormente se les pide realizar la misma acción pero en lugar de acabar la inspiración y comenzar con la expiración, se les invita a que tras la inspiración retengan el aire en su interior unos segundos para posteriormente expulsarlo por la boca modificando la expulsión del mismo. Pueden repetirlo varias veces probando a ir soltando el aire poco a poco, o soltándolo de golpe, a través de un silbido, realizando pausas, comenzando a soltarlo muy poco a poco y progresivamente ir soltándolo en mayor cantidad. También se puede utilizar la voz para este momento realizando vocalizaciones. Una vez este segundo paso se ha repetido varias veces, el terapeuta otorga a los participantes un tiempo para recuperar el ritmo de su respiración y durante el cual deben observar si el ritmo de la misma es más calmado, si las fases de inspiración o expiración se han modificado, para sentir si el cuerpo ha ganado sensaciones nuevas (se siente más expandido, relajado, amplio, más presente). Puede que el ejercicio haya influido en la verticalidad y eje del propio cuerpo, en el peso, e incluso en la propia actitud de la persona.

Para llevar a cabo esta propuesta de calentamiento, únicamente es necesario, la presencia de los participantes. Puede que este ejercicio despierte en los usuarios algún tipo de emoción.

1.4.- Descubrir y redescubrir a través del movimiento:

Estamos frente a una propuesta de calentamiento donde únicamente como material se necesita el propio cuerpo de los usuarios.

Se solicita a los miembros del grupo que elijan un lugar de la sala, es bueno que el terapeuta adopte un rol participativo en mayor o menor medida según considere necesario; de

tal modo que no solo pueda aportar ideas sobre posibles movimientos de una manera indirecta, sino que además pueda espejar el movimiento de los participantes favoreciendo el propio reconocimiento de los mismos al verse espejados en otra persona.

Una vez los participantes han elegido un lugar de la sala, se les indica que comiencen a movilizar distintas partes del cuerpo de manera consecutiva; se les pide que con cada una de las partes busque, durante unos minutos, diferentes posibilidades de movimiento. El terapeuta atento a la búsqueda de movimiento que están realizando los usuarios, si por ejemplo observa una carencia de movimiento de la parte posterior del cuerpo, a través de su propia participación y ayudándose de la palabra, puede sugerirlo.

Si pasado un tiempo, una vez los usuarios hayan tenido un tiempo considerable de experimentación, el terapeuta considera oportuno seguir profundizando en la propuesta, puede ir añadiendo pautas que favorezcan el enriquecimiento del movimiento. Por ejemplo se les puede sugerir que prueben a cambiar el plano: qué ocurre si en lugar de mover el codo siempre en un plano sagital se prueba a hacerlo en el plano transversal. Se les puede dar la idea de ampliar o disminuir el movimiento que estén ejecutando; de que cambien y vayan jugando con el ritmo, progresivamente van aumentando el ritmo del movimiento de la zona corporal que se encuentren moviendo y de igual modo lo disminuyen hasta alcanzar la máxima lentitud posible.

Se pretende no solo movilizar el cuerpo preparándolo para el posterior desarrollo de la sesión sino que además los usuarios vayan descubriendo qué zonas prefieren mover, qué parte o partes mueven frecuentemente, cuales apenas son movidas, si suele mover partes y zonas pertenecientes a la cara anterior del cuerpo, a la posterior o si hay un equilibrio entre ambas. Si suelen utilizar todos los planos (frontal, sagital, transversal) para la realización del

movimiento, si tienen en cuenta el espacio y kinesfera situado a la espalda del propio participante. También pueden redescubrir diferentes partes del cuerpo mediante el descubrimiento de nuevos patrones de movimiento de las mismas.

La repetición de esta propuesta de calentamiento a lo largo de un proceso terapéutico, con mayor o menor frecuencia según se considere útil y necesario, puede llevar a un punto donde resulte interesante, a la hora de trabajar el aspecto emocional, introducir imágenes. Por ejemplo: ¿qué sensaciones tenemos si todos estos movimientos se realizan introducidos en una piscina de barro? La imagen en sí, ya modifica la propia cualidad del movimiento en cuanto a ritmo, densidad y rango de movimiento. Pero también puede producir una serie de sensaciones las cuales puedan permitir llegar a conectar con emociones e incluso que estas emociones y sensaciones permitan alcanzar recuerdos.

Como punto informativo, aclarativo y de alguna manera, preventivo, decir que esta última versión de la propuesta, donde se invita a hacer uso de las imágenes, no es factible en determinados ámbitos. Pues el uso de imágenes con determinadas patologías y poblaciones (tipo psicóticos) resulta contraproducente.

1.5.- El cuerpo como motor del movimiento:

Es una propuesta la cual puede servir como nexo de unión o transición entre la fase de calentamiento y la posterior fase de desarrollo de la sesión.

Una vez el terapeuta haya dado unas pautas previas centradas en el calentamiento y preparación del cuerpo, esta propuesta puede ser útil para dirigir la mirada y la atención de los

participantes hacia el exterior (hacia los demás compañeros, hacia el espacio, hacia la distribución de la sala...)

Se invita a los participantes a llevar su foco al exterior, a observar donde están situados espacialmente y en relación a sus compañeros; a mirar a quiénes tienen a su alrededor, a fijarse en el color y la temperatura de la sala, su olor...y todo ello sin perder sus sensaciones internas. Posteriormente, continuando con el juego de percepciones internas y externas, se les invita a los usuarios a seguir descubriendo y sintiendo pero añadiendo desplazamientos. Para ello, se indica que elijan una parte de su cuerpo (cabeza, pecho, barbilla, codo, lumbares, tobillo...) que imaginen que esta es un motor, su motor de movimiento y es esta misma la que se encarga de moverlos y desplazarlos por la sala. Se da un tiempo para que prueben y experimenten por ellos mismos. Pasado ese tiempo se les propone probar lo mismo pero en las diferentes direcciones: bien sea hacia delante, hacia atrás o incluso lateralmente. Los participantes deberán probar a utilizar diversas partes del cuerpo como motores de movimiento.

A través de este trabajo se sigue trabajando la conciencia corporal; pero, además se añade la toma de conciencia del factor espacial. De modo, que el propio cuerpo y su desplazamiento no solo permite descubrir el espacio, sino que además permite mejorar la conciencia corporal de cada uno, en relación al espacio.

1.6.- El balanceo como experiencia corporal:

Trabajo pensado para el momento del calentamiento.

Los participantes se sitúan repartidos por el espacio, ocupándolo todo, sin que puedan molestarse unos con otros. Se les pide que se escuchen, que escuchen cómo se encuentran, cómo está su cuerpo, su verticalidad, su eje, sus sensaciones internas; puede que localicen

zonas tensas, rígidas, bloqueadas; puede que incluso algunas partes no se sientan o los participantes las encuentren ausentes. Se les puede dar la opción de, en caso que lo prefieran o que les ayude, cerrar los ojos.

A continuación, una vez hayan tomado conciencia del punto en el que se encuentran y del cual parten, se les propone que escuchen y atiendan a cualquier posible impulso interno prestándole atención. Este impulso puede situarse en el pecho, en el estómago, en la tripa, en el ombligo, en la pelvis... Que imaginen que este, cada vez se hace más presente y con ello, más fuerte hasta tal punto que comienza a introducirles y conducirles a un ligero balanceo hacia delante y hacia atrás. Este balanceo al principio solo proporciona una pequeña oscilación. El terapeuta debe hacer pensar a los participantes en que parte de la planta de sus pies se encuentra dicha oscilación. Poco a poco la oscilación se va haciendo más amplia, el terapeuta dirige el pensamiento del usuario a lo que ocurre con su eje, con su cuerpo. De forma progresiva el balanceo se va ampliando; y con él, nuestra oscilación. ¿Hasta dónde puede llegar esta oscilación? ¿Conseguiré sacarme del eje, desequilibrarme? ¿Podré recuperarme del desequilibrio? ¿Puedo llegar a quedarme con un único apoyo, con un solo pie en el suelo? ¿Cómo reacciona y se recoloca el resto de mi cuerpo? Estas son algunas preguntas que pueden surgir en la mente de los participantes o que el propio terapeuta puede dejar en el aire invitando a los propios usuarios a reflexionar sobre ellas.

De igual forma que el balanceo y la oscilación han ido ampliándose progresivamente, el terapeuta indica a los participantes que cuando consideren oportuno, progresivamente, reduzcan la oscilación. Pueden imaginar que esta oscilación se va haciendo cada vez más pequeña, hasta llegar a un punto donde apenas sea apreciable a la vista de los demás.

A lo largo de esta propuesta los participantes han tenido la oportunidad de experimentar y vivir la experiencia corporal de ser “centrado” o balanceado, pasando por diferentes posicionamientos como por ejemplo: una posición con ambos pies firmemente sobre el suelo y donde el tronco ha guardado una postura recta; una posición donde solamente una pierna ha mantenido el apoyo con el suelo mientras que la otra se ha encontrado suspendida en el aire. En este segundo caso, a diferencia del primero, se guarda una postura inclinada, de tal modo que la persona que lo prueba, podrá percibir el trabajo que genera la pierna que mantiene el contacto y apoyo con el suelo. En definitiva con esta propuesta de balanceo se pretende que los participantes tomen mayor conciencia de la funcionalidad y trabajo de sus miembros corporales. Para llevarla a cabo únicamente se necesita como material el propio cuerpo.

1.7:- Método de relajación muscular progresiva de Jacobson (1938):

Se trata de una propuesta de calentamiento basada, como su nombre indica, en el método de relajación muscular progresiva de Jacobson. Esta técnica de relajación creada por Jacobson a principios del siglo pasado, se basa en la idea de que pensamiento y estado emocional afectan al nivel de respuesta emocional; existe por tanto una relación entre músculo, pensamiento y emociones.

Esta técnica básicamente consiste en tensar diferentes partes del cuerpo, según los diferentes grupos musculares, y posteriormente relajarlas. Por ello, el terapeuta indicará a los participantes que elijan un lugar de la sala donde se sientan cómodos, que elijan un lugar donde no puedan ser molestados por los compañeros, un espacio suficientemente amplio donde poder moverse. Se pretende que los usuarios estén lo más repartidos posible por la sala. A continuación se les pide que adopten una postura cómoda. Aunque lo ideal quizá sería comenzar tumbados en el suelo, no se debe olvidar que esta propuesta, es una variante de la

técnica de Jacobson; por lo que el objetivo es hacer uso de la misma con la finalidad de preparar el cuerpo y despertar la conciencia corporal utilizando la relajación como herramienta para tal fin en lugar de ser la propia relajación la finalidad en sí. Por tanto, las siguientes pautas serán realizadas desde una posición en bipedestación. Solamente si el terapeuta observa que la necesidad del grupo es ir al suelo y comenzar desde allí es cuando se partirá desde este lugar. El terapeuta invita a los participantes a cerrar los ojos y comenzar un viaje recorriendo su cuerpo y observando las sensaciones internas con las que se encuentran: posibles tensiones, opresiones, cómo es su respiración. Posteriormente dirige la atención de los usuarios a los distintos grupos musculares, para ello, establecerá un orden. Invitará a llevar la atención a los pies, durante 20-30 segundos pensarán que toda la tensión de su cuerpo recae en ellos y seguidamente, lentamente liberarán la tensión ejercida sobre ellos. Lo importante no es el hecho de tensar-relajar los distintos grupos musculares, sino percibir las sensaciones de tensión, relajación y lo que ocurre cuando se pasa de una acción a la otra. Tras los pies, se seguirá con el resto de grupos musculares como son: las piernas; tórax, abdomen y región lumbar; brazos y manos; hombros y cuello; músculos faciales (mandíbula, labios, nariz, boca, ojos, entrecejo y frente). El orden seguido puede ser al contrario, comenzar por la cabeza y bajar hacia los pies). Es importante que los participantes no confunda tensionar-relajar con movilizar. Una vez finalizado todo el proceso se dará unos minutos para que los participantes presten atención de las sensaciones que han quedado registradas en su cuerpo: ¿se sienten con sus extremidades más largas, quizá más calmados/relajados, más amplios, ocupando mayor espacio, más liberados? El terapeuta da tiempo para que los participantes puedan etiquetar cualquier cambio registrado a nivel corporal y en cuanto a sensaciones se refiere.

2.- Memoria Corporal:

2.1:- De la Memoria Corporal a la Memoria Cognitiva:

Se trata de una propuesta pensada como transición de la fase de calentamiento a la fase de desarrollo de una sesión de DMT.

El terapeuta tras preparar concienzudamente los cuerpos de los pacientes, comienza a desembocar y a entamar el final del calentamiento con la fase de desarrollo de la sesión. Para ello, intenta redirigir la atención de los pacientes hacia ellos mismos. La respiración es una vía importante mediante la cual puede facilitarse la introspección de uno mismo; es una herramienta facilitadora que permite conectar con las emociones y estados anímicos fácilmente. El hecho de cerrar los ojos, también puede facilitar la introspección que buscamos.

Posteriormente, cuando el terapeuta observa que los participantes han recuperado un estado de concentración con ellos mismo, se les pide que comiencen a acariciar con las palmas de las manos e incluso con las yemas de los dedos (pues estas presentan mayor sensibilidad) el contorno y silueta corporal. La idea es realizar un viaje sensorial a través de la superficie cutánea del cuerpo redescubriendo sensaciones, texturas, imperfecciones de la piel, estructuras óseas pronunciadas, cicatrices...En definitiva descubrirse, como si de la primera vez se tratase, a uno mismo.

Al dirigir la atención a los pequeños detalles como son marcas y cicatrices, se pretende despertar la memoria corporal y utilizarla como medio de conexión a la memoria cognitiva. De tal forma, que recuerdos olvidados pueden ser recuperados a través de dicha memoria corporal, o cualquier recuerdo lejano puede hacerse mucho más presentes gracias a esta.

Alcanzado este punto se entra en la fase de desarrollo de la sesión. Una vez la memoria corporal haya podido conectar con la memoria cognitiva, el terapeuta comienza a dirigir a los pacientes hacia el movimiento. Se pretende poner en movimiento las posibles sensaciones que los recuerdos y la memoria han podido despertar. Al poner los recuerdos en movimiento, el terapeuta debe ir escuchando las necesidades de los usuarios e ir dirigiéndolos, mediante pautas destinadas a satisfacer o liberar de dichas necesidades. Si por algún motivo el paciente ha tenido resistencias a la hora de entrar en la propuesta resultándole imposible alcanzar algún recuerdo, se le puede pedir, siempre y cuando a él/ella le apetezca (puede que se haya agobiado y desee simplemente parar o no ser partícipe de la misma de manera activa), que exprese en movimiento las sensaciones que le ha despertado la propuesta en sí.

Para llevar a cabo la propuesta, únicamente es necesario el propio cuerpo y movimiento del paciente. Si el terapeuta lo considerase necesario puede utilizar la música como herramienta para una mayor profundización en la expresión corporal, pero siempre con la idea de sumar y facilitar la comunicación del paciente.

3.- El Lenguaje (la Metáfora):

3.1.- Metáfora en movimiento:

Propuesta para llevar a cabo en la fase de desarrollo de la sesión. Sin embargo, el check-in (fundamentalmente) tiene una gran importancia. Es en esta primera fase de la sesión en DMT cuando los pacientes expresan a través de la comunicación oral cómo se encuentran y cómo se sienten, por lo que se convierte en una gran fuente de información no solo para situar en qué punto se encuentra el usuario, sino que también se trata de un momento el cual puede resultar rico a nivel metafórico. Si la metáfora surge en el check-in, es importante recogerla para posteriormente recuperarla; ya que si nos encontramos en el momento de primer contacto de

la sesión, es posible que la atención, el cuerpo, la concentración todavía no estén preparados para pasar directamente al movimiento. Por ello, es conveniente recogerla y tras el calentamiento volverla a recuperar.

Para facilitar la explicación pondremos un ejemplo de metáfora: “*me siento como mosca en leche*”. Imaginad que un paciente en el momento del check-in introduce entre su discurso dicha metáfora; y a ti, como terapeuta, te queda resonando en el cuerpo, por lo que decides recogerla para posteriormente llevarla al movimiento. En esta metáfora se habla de sentimientos, pues bien nos dice “me siento...” pero posteriormente en lugar de encontrarnos con una emoción una sensación perceptiva que podamos efectivamente sentir, nos encontramos con “...como mosca en leche”. Bien, la idea de esta propuesta es que al llevar al movimiento estas palabras se pueda llegar a sentir determinadas sensaciones y cualidades las cuales permitan etiquetar con una palabra como se siente realmente la persona y hacerlas más conscientes de su estado.

Precisamente esta metáfora de “*me siento como mosca en leche*” fue llevada a la práctica en una supervisión. Nos permitió experimentar (a los componentes del grupo) corporalmente sensaciones tipo: estar pegajosa, limitación de movimiento sobre todo de las extremidades superiores, ocupación de un espacio pequeño, movimientos en un plano medio-bajo; en definitiva, provocaba movimientos que de alguna manera estaban relacionados con el “agobio” y el hecho de sentirse pequeña. A través de todo este proceso, finalmente el usuario que compartió sentirse así, pudo reconocer que lo que realmente sentía era miedo.

4.- Ajuste Social:

4.1.- Tus ojos son mis ojos:

Se trata de una propuesta para llevarla a cabo por parejas, se podría introducir como parte del calentamiento o incluso como transición hacia la siguiente fase del desarrollo de la sesión. Comenzar el calentamiento directamente con este trabajo puede resultar violento e inquietante para algunos usuarios hasta el punto de despertar nerviosismo y señales que muestren signos de ansiedad. Por ello se recomienda iniciar el contacto entre las dos personas con una propuesta previa tipo masaje o movilizaciones donde una de las personas se lo realiza a la otra y posteriormente se cambia el rol. También debe considerarse en qué momento se encuentra el grupo y por tanto el nivel de confianza que puede haber entre los componentes del mismo. Realizar esta propuesta cuando hace poco que los componentes del grupo se conocen y cuando han trabajado poco tiempo juntos, puede resultar duro y violento para algunas personas.

Uno de los miembros de la pareja cierra los ojos, si a la persona le resulta muy inquietante el hecho de cerrar los ojos puede permanecer con ellos abiertos. El otro, manteniendo un apoyo continuo de su mano en la espalda del compañero al que va guiando y dirigiendo, le proporciona un suave y continuo impulso de tal modo que le permita desplazarlo por el espacio. La persona que da el impulso al compañero, lo guía y dirige, también debe realizar de alguna manera, una función de cuidado y protección hacia la persona que está siendo guiada; lo debe proteger de cualquier choque con otros compañeros u obstáculos de la sala.

Con esta propuesta se pretende que la persona que está siendo dirigida, pueda experimentar en su cuerpo la acción y el control externo ejercido en esta ocasión por otro compañero; pero también que esta persona, pueda tomar conciencia de su respuesta ante dicho

estímulo externo. La persona que está siendo guiada y desplazada, podrá escuchar y sentir determinadas sensaciones según vaya transcurriendo la propuesta. Puede que se sienta segura y confiada, lo que hará que sus pasos muestren cierta firmeza, determinación y presenten una zancada de una longitud entre normal y amplia, así como una expresión relajada. En este caso se podría decir que esta persona se siente cómoda y confiada cuando otro lleva su propio control y la dirige. Pero es posible encontrarnos con casos en los que la persona que es guiada no sienta estas sensaciones tan confortantes sino por el contrario, que presente grandes señales de desconfianza. En este segundo caso, se podrá apreciar señales como que la persona que está siendo dirigida presente un agarre hacia el compañero con bastante presión y tensión, una expresión tensa, pasos cortos y dados en mayor tiempo, inclinación de su torso ligeramente hacia atrás como resistiéndose a avanzar; puede que incluso sus manos presenten sudoración. En este caso, la persona no se siente tan cómoda siendo dirigida y controlada, seguramente prefiera ser ella la que dirija.

En la propuesta se cambiará el rol, de tal manera que un componente primero dirigirá y posteriormente será guiado o viceversa. Cambiar el rol les permitirá ponerse bajo dos situaciones distintas de tal modo que puedan comparar la experiencia vivida en una y en la otra, y sentir en cuál de ellas se han sentido más cómodos, si en alguna le ha resultado imposible llevar a cabo la acción, si las sensaciones surgidas les han provocado alguna emoción, si aún cuando tenían que ser guiados no permitían que el compañero les dirigiese... El terapeuta durante el desarrollo de la propuesta puede adoptar el rol de narrador e ir describiendo lo que va percibiendo, de tal forma que los participantes puedan recaer en determinados aspectos como por ejemplo el hecho que la persona que le toca dirigir se siente muy cómoda y esto le haga mantener un ritmo más acelerado de lo normal, sin pararse a

pensar cómo puede sentirse su compañero, quien puede sentir mayor desconfianza e inquietud.

El terapeuta podrá ir añadiendo propuestas para trabajar diferentes aspectos como las distintas velocidades, las diferentes direcciones..., según vaya observando los aspectos que predominan y las carencias existentes.

Posteriormente los propios participantes pueden reflexionar sobre lo ocurrido en la propuesta y las posibles relaciones que pueden aparecer con situaciones de su día a día. Para llevar a cabo la propuesta únicamente necesitamos la participación de los usuarios.

5.- El Self Corporal

5.1.- Delimitar lo interno y externo:

A continuación se presenta una propuesta de calentamiento y transición hacia la fase de desarrollo de la sesión.

El terapeuta invita a los participantes que comiencen a caminar por la sala realizando pequeñas movilizaciones en aquellas zonas donde sientan la necesidad (cuello, hombros, cintura, caderas...); al mismo tiempo deben prestar atención a su respiración (su ritmo, su duración, la fase de inspiración y expiración, si es entrecortada, dónde tiene mayor presencia: zona abdominal, zona alta del pecho, en el tórax). Posteriormente se les invita a que lleven las palmas de sus manos hacia las distintas partes de su cuerpo donde realizaran diferentes acciones (un ligero y activo masaje, pequeños golpecitos, sacudirán...); pueden ir probando distintas formas de contacto según sus necesidades. Antes de pasar al contacto el terapeuta invita a los participantes a frotar sus manos entre sí para elevar su temperatura y favorecer un contacto más cálido y agradable.

Según los participantes vayan sintiéndose más presentes, más despiertos, con mayor predisposición, progresivamente irán parando su desplazamiento terminando en el lugar de la sala que ellos deseen. A continuación, se les propone que busquen diferentes maneras de contactar con su propio cuerpo, como por ejemplo: con el dorso de sus manos, con la planta de sus pies, la zona del empeine, sus antebrazos, su nariz (dando protagonismo al sentido del olfato), su barbilla... Se pretende que puedan sentir sus límites corporales, su forma, su estructura no solo con sus manos sino también con otras superficies de la piel e incluso con otros sentidos como puede ser el olfato o la vista.

El terapeuta da un tiempo para llevar a cabo esta exploración; posteriormente, les invita a que progresivamente dirijan este contacto hacia el exterior, de tal forma que comiencen a contactar con superficies del entorno (suelo, paredes, ventanas, objetos de la sala e incluso otros compañeros). La información procedente de estas nuevas fuentes proporcionará, a los participantes, nuevas percepciones diferentes a las corporales que estaban experimentando.

En este trabajo donde como material se utiliza el propio cuerpo de los participantes y la propia sala (junto con el material encontrado en ella) donde tiene lugar la sesión; lo que viene siendo el entorno. Se pretende trabajar los límites corporales definiendo, diferenciando y delimitando entre lo interno y lo externo. Y es que para lograr una buena diferenciación, identificación e integración del self corporal es importante entender los límites corporales como algo que nos permite diferenciarnos del otro y que establece la frontera entre lo interno y externo. Según Fisher en 1973, todas las personas deben confiar en que las paredes de su cuerpo, que es su “base de operaciones” fundamental, puedan protegerlo (Wengrower & Chaiklin, 2008).

5.2.- El peso corporal y el self corporal:

Propuesta de calentamiento para la cual los participantes se dispondrán ocupando toda la sala. Se comenzará de pie, con los dos pies apoyados en el suelo, los brazos a lo largo del cuerpo y manteniendo una posición cómoda. Se realizaran pequeños revotes con el cuerpo, con la idea de ir percibiendo el propio peso. Los participantes pueden ir jugando con el ritmo (acelerándolo o reduciéndolo) según sus necesidades. El terapeuta dará unos minutos para la experimentación. A continuación, se dará tiempo para trabajar la respiración. Los usuarios se tomarán unos segundos para escucharla y sentirla; después irán acompañando la inspiración con la propia expansión del cuerpo. Al principio se puede empezar expandiendo diferentes partes: primero una, luego la otra... para que de forma progresiva se alcance una expansión de todo el cuerpo. Durante la expiración se deshace la expansión realizada previamente. Dado unos minutos, el terapeuta añade la pauta de probar las acciones de empujar y tirar de diferentes partes del cuerpo, incluida la piel. Tras un tiempo probando estas pautas, se introduce un desplazamiento pero continuando con la realización de las acciones previas (la de empujar y tirar). Comienzan a desplazarse avanzando y retrocediendo. Si en este momento los usuarios se encuentran con otros compañeros pueden probar conjuntamente estas acciones que estaban realizando de forma individual. Se añade la pauta de desplazamiento deslizando por el suelo; además de avanzar y retroceder podrán probar otras opciones. El terapeuta presenta la opción de probar a combinar los momentos de desplazamiento con momentos de quietud, quedando en un punto y sintiendo como sus pies se afirman en el suelo. Por último se añadirá el nivel bajo, invitando a los usuarios a combinar el nivel medio con el bajo en el cual probarán diferentes maneras de desplazarse, deslizarse y rodar por el suelo.

La idea es trabajar a través de acciones, desplazamientos y los diferentes niveles de altura el peso corporal.

Para aquellas poblaciones o personas que presenten problemas o dificultades a la hora de identificar y reproducir movimientos y acciones como la de empujar y tirar, se puede hacer uso y ayudarse con materiales tipo gomas, telas, cuerdas... con la intención de facilitar la propia acción y movimiento.

5.3.- Trabajar con polaridades:

La siguiente propuesta puede llevarse a cabo como modo de calentamiento o para la posterior fase de desarrollo de una sesión. Sin embargo, se debe tener en cuenta que este trabajo puede despertar sentimientos o emociones agradables o desagradables por lo que se aconseja una preparación corporal previa no solo para prevenir cualquier daño físico sino también para que la propia preparación corporal pueda funcionar como contenedor ante cualquier emoción fuerte surgida.

Por ello, tras un trabajo previo donde en primer lugar se invite a los participantes a centrarse y dirigir su atención hacia ellos mismos, podrá adentrarse en la propuesta de encarnar y experimentar moviendo conjunto de polaridades como por ejemplo: grande/pequeño, abierto/cerrado, caliente/frío, pesado/ligero, fuerte/débil, rápido/lento... La idea es posteriormente asociar la sensación kinestésica experimentada durante el trabajo con las polaridades con un sentimiento o emoción que haya podido surgir. Pallaro (Pallaro, *Self and Body-Self: Dance/Movement Therapy and the development of object relations*, 1996) ofrece un ejemplo sobre esta propuesta, desde el momento en que invita a los participantes a centrarse en ellos mismos hasta la posterior encarnación de las polaridades:

“se puede animar a los clientes en primer lugar a centrarse a sí mismos, imaginando una línea recta que atraviesa el centro de su cuerpo entrando por la cabeza y saliendo por los pies; teniendo presente ese eje, puede encogerse y

estirarse/crecer. Mientras se experimenta esa polaridad, las personas pueden entrar en contacto con diferentes sentimientos. Ayuda, miedo y deseo de protección podrían surgir mientras está encogido. Poder, fuerza o felicidad pueden aflorar durante la fase de crecimiento.” (pp. 115)

La conciencia del self-corporal puede llevar a aumentar la conciencia de la dimensión afectiva propia de la experiencia; y por tanto, como consecuencia, llevar a un cambio psicológico. En relación a esto, encontramos de nuevo a esta autora quien nos afirma que en el trabajo terapéutico, re-experimentar y trabajar a través de las emociones, está indiscutiblemente conectado con la experiencia del self corporal. (Pallaro, 1996)

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras una revisión general de la literatura que nos ha ofrecido una visión global del concepto de Imagen Corporal, nos ha permitido observar la complejidad de dicho constructo. En un intento de clarificar el concepto, hemos observado la falta de unanimidad existente para definirlo de manera precisa. En función del enfoque y del autor, se presenta una amplia gama de definiciones y puntos de vista diametralmente opuestos en algunas ocasiones, llegando a crear confusiones que necesitan ser resueltas (véase el caso de la diferenciación entre Imagen Corporal y Esquema Corporal). Pero en cualquier caso, esperamos haber contribuido de algún modo a resaltar los aspectos más importantes que giran en torno a la IC.

Por otra parte nos parece importante hacer una reflexión en torno a las dos cuestiones que dieron lugar al posterior desarrollo de esta tesina. Como decíamos en los párrafos anteriores, finalmente el propio desarrollo de este trabajo nos ha conducido a cuestionarnos y dar luz a nuevas cuestiones e incluso a redirigir la idea inicial que teníamos como proyecto. Sin embargo, la hipótesis, esa cuestión o punto de origen del que partíamos, sigue estando

presente dando esencia al cuerpo de este trabajo. Por ello, nos resultaría un cierre incompleto concluir haciendo referencia, tan solo, a aquellos puntos favorables y aportaciones, así como a las propias debilidades y carencias del trabajo obviando, en definitiva, lo que viene siendo el punto fundamental de la investigación sin el cual no hubiésemos podido desarrollar, dar forma y corporalidad a la presente tesina.

La base de este trabajo está fundamentada en torno a dos cuestiones en las que se planteaba por un lado, cómo se aborda la IC desde una disciplina corporal como la Danza Movimiento Terapia; y por otro, por qué un trabajo en DMT podría permitir una intervención más directa, profunda y duradera a la hora de abordar una Imagen Corporal deficitaria, con una posible distorsión o problemática de la misma.

Por tanto, teniendo muy presente y en consideración la revisión bibliográfica realizada y expuesta en el apartado referente al marco teórico, en el que desde el primer punto donde se estudia el origen del concepto, pasando por los distintos enfoques (filosófico, psicológico, desde otras disciplinas corporales y, por supuesto, la DMT), los cuales, de alguna u otra manera, y en mayor o menor medida todos nos llevan a pensar en la importancia del cuerpo en relación a la Imagen Corporal; bien sea desde la propia conceptualización del concepto en la que nos hablan del modo en que organizan el concepto (Gallagher, 2005), las imágenes interrelacionadas que lo conforman (Pruzinsky y Cash, 1990) o incluso los componentes que componen la Imagen Corporal (Thompson, 1990), o bien, a través de ofrecernos distintas teorías del desarrollo o mediante el acercamiento a diferentes trabajos corporales (Feldenkrais, Eutonía) donde queda reflejado, sin ninguna duda, que tanto el cuerpo como diferentes aspectos corporales (percepciones, aspectos fisiológicos, sentimientos, emociones...) influyen notable y considerablemente en la construcción y desarrollo de la Imagen Corporal. Y haciendo referencia a la primera reflexión, creemos, por un lado, que

existen suficientes indicios para poder considerar que efectivamente un abordaje de la Imagen Corporal desde una disciplina corporal como es la Danza Movimiento Terapia, donde el cuerpo y su lenguaje es utilizado como herramienta base y medio de comunicación con el que interrelacionarse con los pacientes, puede resultar eficaz ante problemáticas y patologías donde la Imagen Corporal se ve afectada. Por otro lado, dentro del marco teórico se ha estudiado en el apartado de aportaciones desde la DMT, cómo diferentes pioneras y Danza Movimiento Terapeutas han trabajado la Imagen Corporal dentro de este campo; también en el apartado de aportaciones, hemos presentado una pequeña recopilación de propuestas para trabajar, sobre cinco de los múltiples aspectos que conforman la Imagen Corporal. Y es que no hay prácticamente ningún trastorno psicopatológico que no tenga correlatos en la esfera de la corporalidad. Existen gran cantidad de trastornos que tienen que ver con la Imagen y el Esquema Corporal. Suelen manifestarse de muchas formas posibles y giran alrededor de algún tipo de escisión entre el cuerpo y la mente, que se sienten como entidades separadas o que pueden incluso no llegar a sentirse como propias. Por ello, se necesitaría un profundo trabajo para volver a integrar las dimensiones que conforman a la persona y su identidad.

En cuanto a la segunda reflexión planteada, únicamente con la investigación realizada para esta tesina, no consideramos tener suficientes indicios ni documentación en relación a casos de estudio que puedan indicarnos de forma objetiva, que efectivamente una intervención en Danza Movimiento Terapia para abordar una posible distorsión o problemática de la Imagen Corporal, pudiese resultar más directa, profunda y perdurable en el tiempo, ni el motivo o razón por lo que esto ocurriría o a qué se debería dicho efecto.

Sin embargo, si hemos encontrado estudios donde se concluye que al parecer la danza, o al menos, algunos estilos de danza (como la danza moderna), influye positivamente en la IC (Burgess, Burwitz & Grogan, 2006; Langdon & Petracca, 2010; Lewis & Scannell, 1995;

Minton, 2001; Oliver, 2008). Lo que incentiva a continuar por esta vía de investigación aproximándonos a futuras investigaciones con carácter empírico dentro del ámbito de la DMT en relación a la Imagen Corporal.

Como bien afirmaba Pylvänäinen (2003), resaltamos nuevamente que la exploración del concepto de Imagen Corporal en la práctica de la DMT, ofrece una comprensión más profunda de la conexión entre las experiencias corporales, la interacción y las consecuencias psicológicas.

La DMT, al trabajar de manera directa en el cuerpo, puede acceder a estas dimensiones de la Imagen Corporal para explorar cuales son las ausencias o necesidades de un cuerpo que necesita recomponerse e integrarse con todas las dimensiones que lo conforman. Trabajo que como hemos comprobado mediante nuestra propuesta de intervención puede llevarse a cabo para restituir una mirada integrada hacia dicho cuerpo, y por tanto a la persona en su totalidad.

6. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Realizando un proceso saludable y constructivo de autocrítica, somos conscientes de las limitaciones de nuestro estudio. Hemos llevado a cabo una revisión del constructo IC y sabiendo de la existencia de otros aspectos más en los que se podría profundizar, en un intento de concretar y acotar para hacer nuestra pequeña aportación, nos hemos limitado a unos pocos elementos (percepción, conciencia corporal, self corporal y ajuste social).

Por supuesto este trabajo es mejorable, teniendo en cuenta la ausencia de un desarrollo empírico de la propuesta planteada desde la DMT. Pero basándonos en nuestra experiencia y aprendizaje como DMTs durante la práctica clínica, y notando la falta de un cuerpo extenso de publicaciones desde una perspectiva corporal en relación al total de publicaciones

existentes en torno al concepto de IC, nos hace pensar que esta propuesta puede contribuir humildemente a futuras investigaciones y un trabajo prometedor en esta dirección.

Como se ha señalado anteriormente el carácter de esta tesina es teórico. Nos hemos centrado en realizar una revisión de la literatura para recoger de forma global los aspectos más importantes en torno al concepto de IC, teniendo en cuenta nuestros objetivos. Y hemos realizado una propuesta de intervención, que no se ha llevado a cabo de manera experimental y por lo tanto, no se han obtenido resultados con ella. Por lo que queda en eso, en una propuesta bien elaborada y susceptible de ser llevada a la práctica.

Y debemos tener en cuenta también que la propuesta de intervención, se ha basado en población sana, sin ninguna patología. Ahora bien, se han realizado pequeñas anotaciones de carácter fundamental a tener en cuenta con determinadas poblaciones.

De este modo, como línea de trabajo futuro, podrían implementarse algunas de las propuestas el presente trabajo cuando se considere que merece la pena especialmente trabajar la IC.

Referencias Bibliográficas

- Alexander, G. (1979). *La Eutonía; un camino hacia la experiencia total del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós. 1ª edición.
- Bermúdez, J. L., Marcel, A., & Eilar, N. (1995). *The Body an the Self*. Bradford Books.
- Bräuninger, I., & Koch, S. C. (2006). *Advances in Dance/Movement Therapy: Theoretical Perspectives and Empirical Finding*. Berlin: Logos Verlag.
- Burgess, G., Grogan, S., & Burwitz, L. (2006). Effects of a 6-week aerobic dance intervention on body image and physical self-perceptions in adolescent girls. *Body Image*, 3, 57-66.
- Campbell, J. (1995). The body image and self consciousness. En J. Bermúdez, A. Marcel, & N. Eilan, *The body and the self* (págs. 27-42). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Casey, E. S. (1987). *Remembering a phenomenological stydy*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Cash, T. (2012). *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance. Vol I y II*. Elsevier.
- Cash, T. F. (2004). Body Image: past, present and future. *Body Image*, 1, 1-5.
- Chace, M. (1993). Selected writing: Body image and physiology. En L. Sandel, S. Chaiklin, & A. Lohn, *Foundations of dance/movement therapy: The life and work of Marian Chace* (págs. 345-364). Columbia, MD: The Marian Chace Memorial Fund of American Dance Therapy Association.
- Chaiklin, S., & Schmais, S. (1993). The Chace approach to dance therapy. En S. L. Sandel, S. Chaiklin, & A. Lohn, *Foundations of dance/movement therapy: The life and work of Marian Chace* (págs. 75-97). Columbia, MD: The Marian Chace Memorial Fund of American Dance Therapy Association.
- Cohen, B. B. (2012). *Sensing, Feeling and Action. The experiential anatomy of body mind centering*. Contact Editions.
- Dosamantes, I. (1992). Body-Image: Repository for cultural idealizations and denigrations of the self. *The Arts in Psychotherapy*, 19, 257-267.
- Dosamantes-Alperson, E. (1981). Experiencing in Movement Psychotherapy. *American Journal of Dance Therapy*, 4 (2), 33-44.
- Española, R. A. (Octubre de 2014). *Diccionario de la lengua española (23ª Ed.)*. Obtenido de Diccionario de la lengua española (23ª Ed.): <http://www.rae.es>

- Feldenkrais, M. (2014). *Autocinciencia por el movimiento: ejercicios fáciles para mejorar tu postura, visión, imaginación y desarrollo personal*. Barcelona: Paidós.
- Fisher, S. (1972). Body Image. En D. Sills, *International Encyclopedia of the Social Sciences*, Vol. 2 (págs. 113-116). New York: Collier-Macmillan.
- Fisher, S., & Cleveland, S. (1968). *Body Image and Personality*. New York: Van Nostrand.
- Freud, S. (1962). *The Ego and the Id*. New York: W. W. Norton & Co.
- Gainza, V. H. (1985). *Conversaciones con Gerda Alexander; creadora de la eutonía*. Buenos Aires: Paidós.
- Gallagher, S. (1986). Body Image and Body Schemas: A conceptual clarification. *The Journal of Mind and Behavior*, 7 (4), 541-554.
- Gallagher, S. (1995). Body image and personality. En J. L. Bermúdez, A. Marcel, & N. Eilan, *The Body and the Self* (págs. 225-244). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Nueva York: Oxford University Press.
- Gibson, J. J. (1966). *The senses considered as perceptual systems*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Gross, C. (1992). *Body image concept in dance/movement therapy*. Unpublished master's thesis, Hahnemann University, Philadelphia.
- Head, H. (1920). *Studies in neurology*. Vol. 2. London: Oxford University Press.
- Head, H. (1926). *Aphasia and Kindred disorders of speech*. Vol. I. Cambridge: Cambridge University Press.
- Head, H., & Holmes, G. (1911-12). Sensory Disturbances from Cerebral Lesions. *Brain*, 34, 102.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago Illinois: The University of Chicago Press.
- Jarry, J. (2012). Psychodynamic Perspectives on Body Image. *Elsevier*, 693-699.
- Kaplan, H. (2014). *La nueva terapia sexual: tratamiento activo de las disfunciones sexuales*. Madrid: Alianza Editorial. 3ª edición.
- Kinsbourne, M. (1995). Awareness of one's body. En J. L. Bermudez, A. Marcel, & N. Eilan, *The body and the self* (págs. 205-223). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Kohut, H. (1977). *Análisis del Self: el tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires:: Amorrortu.

- Kolb, L. C. (1959). The body image in schizophrenic reaction. En A. Averbach, *Schizophrenia: An integrated approach* (págs. 87-97). New York: Ronald Press.
- Krueger, D. W. (2002). *Integrating Body Self and Psychological Self: Creating a New Story in Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Brunner-Routledge.
- Krueger, D. W. (2002). Psychodynamic approaches to changing body image. En T. F. Cash, & T. Pruzinsky, *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice* (págs. 461-468). New York: Guilford Press.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (2012). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Langdon, S. W., & Petracca, G. (2010). Tiny dancer: Body image and dancer identity in female modern dancers. *Body Image*, 7, 360-363.
- Leventhal, M. B. (1974). Dance Therapy with MBD Children. *Focus on Dance VII: Dance Therapy Journal of AAPHER*.
- Levy, F. (1988). *Dance/Movement Therapy. A healing art*. Reston, Virginia: Amer Alliance for Health Psychology.
- Levy, F. (1992). *Dance/Movement Therapy. A healing art*. Reston, Virginia: Amer Alliance for Health Psychology.
- Lewis, R. N., & Scannell, E. D. (1995). Relationship of Body Image and Creative dance movement. *Perceptual and Motor Skills*, 81, 155-160.
- Loman, S., & Foley, L. (1996). Models for understanding the nonverbal process in relationships. *The Arts in Psychotherapy*, 23 (4), 341-350.
- Meltzoff, A., & Moore, M. K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198, 75-78.
- Merleau-Ponty, M. (1970). *Lo visible y lo invisible*. Barcelona: Editorial Seix Barral.
- Merleau-Ponty, M. (1993). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Planeta de Agostini, S.A.
- Minton, S. (2001). Assessment of high school dance students self-esteem. *Journal of Dance Education*, 1(2), 63-73.
- Myers, G. (1967). Self and body-image. En J. Edile, *Phenomenology in America* (págs. 147-160). Chicago: Quadrangle Books.
- Oliver, W. (2008). Body Image in the Dance Class. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, 79 (5), 18.

- O'Shaughnessy, B. (1995). Proprioception and the body image. En J. Bermúdez, A. Marcel, & N. Eilan, *The body and the self* (págs. 175-203). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Pallaro, P. (1996). Self and Body-Self: Dance/Movement Therapy and the development of object relations. *The Arts in Psychotherapy*, 23 (2), 113-119.
- Piaget, J. (1962). *Play, Dreams, and Imitation in Childhood*. New York: Norton.
- Pruzinsky, T., & Cash, T. F. (1990). Integrative themes in body image development, deviance and change. En T. Cash, & T. Pruzinsky, *Body Images: Development, Deviance and Change* (págs. 337-349). Nueva York: Guilford Press.
- Pylvänäinen, P. (2003). Body Image: A Tripartite Model for use in Dance/Movement Therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 25 (1), 39-55.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen Corporal. Conocer y Valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Rorschach, H., Oberholzer, E., & Lemkav, P. V. (2011). *Psychodiagnostics: a diagnostic test based on perception. 11ª edición*. Bern: Huber.
- Sandel, S. L., Chaiklin, S., & Lohn, A. (1993). *Foundations of dance/movement therapy: The life and work of Marian Chace*. Columbia, MD: The Marian Chace Memorial Fund of American Dance Therapy Association.
- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press.
- Simmel, M. (1966). Developmental aspects of the body scheme. *Child Development*, 37, 83-95.
- Slade, P. (1988). Body Image and Anorexia Nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153(2), 20-22.
- Slade, P. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, 32, 497-502.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Straus, E. (1970). The phantom Limbs. En E. Straus, & Griffith, *Aisthesis and aesthetics* (págs. 130-148). Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Thompson, J. (1990). *Body image disturbance: assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Tiemersma, D. (1982). Body-image and body-schema in the existential phenomenology of Merleau-Ponty. *Journal of the British Society of Phenomenology*, 13, 246-255.

Wengrower, H., & Chaiklin, S. (2008). *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Winnicott, D. (2013). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.

Otras fuentes de Interés para Profundizar

Aderka, I. M., Gutner, C. A., Lazarov, A., Hermesh, H., Hofman, S. G., & Marom, S. (2014). Body image in social anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and panic disorder. *Body Image, 11*, 51-56.

Ahmed, C. (1999). Workshop on Body Image: Creating or Reinventing a Positive Body Image. *Conference Proceeding from the Native American Women and Men's Wellness II. Conference February 28 March 4*, (págs. 1-19). San Diego.

Alleva, J. M., Martijn, C., Van Breukeien, G. J., Jansen, A., & Karos, K. (2015). Expand your Horizon: A programme that improves body image and reduces self-objectification by training women to focus on body functionality. *Body Image, 15.*, 81-89.

Behrends, A., Müller, S., & Dziobek, I. (2012). Moving in and out of synchrony: A concept for a new intervention fostering empathy through interactional movement and dance. *The Arts in Psychotherapy, 39*, 107-116.

Birbeck, D., & Drummond, M. (2006). Very young children's body image: Bodies and minds under construction. *International Education Journal, 7 (4)*, 423-434.

Brown, J. J., & Avstreich, A. K. (1989). On Synchrony. *The Arts in Psychotherapy, 16*, 157-162.

Bunce, J., Heyland, S., Grogan, S., Padilla, T., Williams, A., Kilgariff, S., . . . Davies, W. (2014). The rationale behind a Dance Movement Psychotherapy intervention used in a small research pilot in a further education context to develop awareness about young people's body image. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 9 (1)*, 4-15.

Caldwell, C. M. (2016). Body identity development: definitions and discussions. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 1-15*.

Carta, I., Zappa, L. E., Garghentini, G., & Caslini, M. (2008). Immagine corporea: studio preliminare dell'applicazione del Body Uneasiness Test (BUT) per la ricerca delle specificità in disturbi del comportamento alimentare, ansia, depressione, obesità. *Journal of Psychopathology: Official Journal of the Italian Society of Psychopathology, 1*, 23-28.

Cash, T. F. (2004). Body Image: past, present and future. *Body Image, 1*, 1-5.

- Chutroo, B. (2007). The drive to be whole: A developmental model inspired by Paul Schilder and Laretta Bender in support of holistic treatment strategies. *The Arts in Psychotherapy, 34*, 409-419.
- Eichhorn, N. (2015). 14th European and 10th International Scientific Congress of Body Psychotherapy: 'The Body in Relationship: Self-other-Society'. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 10* (4), 266-269.
- Estremeiro, L. (2008). *Autoconcepto y Conciencia Corporal en adolescentes con conductas agresivas. Intervención a través de un programa de Danza Movimiento Terapia (DMT)*. UAB, Barcelona.
- Fuentes, C. T., Pazzaglia, M., Longo, M. R., Scivoletto, G., & Haggard, P. (2013). Body image distortions following spinal cord injury. *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry, 84*, 201-207.
- Gómez, P. M. (2013). *Insatisfacción con la Imagen Corporal y malestar emocional: Un estudio de mediación múltiple*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- González de Rivera, J. L., & De las Cuevas, C. (1992). La evaluación psicodinámica de las funciones del yo. *Psiquis, 13* (8), 287-324.
- Gracia, P., & Rodríguez, R. M. (2010). Imagen Corporal; revisión teórica del término para una investigación más eficaz en torno al cuerpo y la Danza. En VV.AA, *La investigación en danza en España 2010* (págs. 116-130). Alzira: Ediciones mahali.
- Halliwell, E. (2015). Future directions for positive body image research. *Body Image, 14*, 177-189.
- Hanley, F. (2004). *The Dynamic Body Image and the moving body: A theoretical and empirical investigation*. Victoria University.
- Homann, K. B. (2010). Embodied Concepts of Neurobiology in Dance/Movement Therapy Practice. *American Journal Dance Therapy, 32.*, 80-99.
- Jarry, J. L., & Berardi, K. (2004). Characteristics and effectiveness of stand-alone body image treatments: a review of the empirical literature. *Body Image, 1*, 319-333.
- Kaslow, N. J., & Eicher, V. W. (1988). Body Image Therapy: A combined creative arts Therapy and verbal psychotherapy approach. *The Arts in Psychotherapy, 15*, 177-188.
- Kinsaul, J. A., Curtin, L., Bazzini, D., & Martz, D. (2014). Empowerment, feminism, and self-efficacy: Relationships to body image and disordered eating. *Body Image, 11.*, 63-67.
- Koch, S. C., Caldwell, C., & Fuchs, T. (2013). On body memory and embodied therapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 8* (2), 82-94.

- Lalli, N. (1997). *Lo spazio della mente. Saggi di Psicosomatica*. Napoli: Liguori Editori.
- Longo, M. R., Mancini, F., & Haggard, P. (2015). Implicit body representations and tactile spatial remapping. *Acta Psychologica, 160*, 77-87.
- Longo, M. R., Schüür, F., Kammers, M. P., Tsakiris, M., & Haggard, P. (2009). Self awareness and the body image. *Acta Psychologica, 132*, 166-172.
- Manzaneque, B. (2013). *Contribución de la Personalidad, variables clínicas y disfunciones ejecutivas a la distorsión de la Imagen Corporal en Estudiantes Universitarios. (Tesis Doctoral)*. UCLM. Facultad de Ciencias de la Educación y Humanidades, Cuenca.
- Masling, J. (1999). Bodies Under Investigation: A Review of Body Image and Personality by S. Fisher and S.E. Cleveland (1958). *Journal of Personality Assessment, 72 (1)*, 164-174.
- Meeks, L. (2012). *Understanding the Personal Meaning of the Metaphor, "Body as Home", for application in Dance/Movement Therapy. (Master's Thesis)*. Drexel University.
- Mendelsohn, J. (1999). Dance/Movement Therapy with Hospitalized Children. *American Journal of Dance Therapy, 2 (2)*, 65-80.
- Murray, S. B., Rieger, E., Karlov, L., & Touyz, S. W. (2013). Masculinity and femininity in the divergence of male body image concerns. *Murray et al. Journal of Eating Disorders, 1 (11)*, 1-8.
- Nerini, A., Stefanile, C., & Mercurio, C. (2009). L'immagine corporea. En D. Dettore, *I disturbi dell'immagine corporea* (págs. 1-13). Milano: McGraw-Hill.
- Paillard, J. (1999). Body Schema and Body Image- A double dissociation in deafferented patients. En G. Gantchev, S. Mori, & J. Massion, *Motor Control, Today and Tomorrow* (págs. 197-214). Marseilles.
- Payne, H. (2004). *Dance Movement Therapy: theory and practice*. New York: Helen Payne.
- Powell, J. (1985). *Body awareness: The Kinetic awareness work of Elaine Summers*. New York University.
- Pylvänäinen, P. (2010). 'Movement-Embodiment-Body Memory', Heidelberg, Germany, 6-8 October 2008. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 5 (1)*, 95-100.
- Pylvänäinen, P. (2010). The dance/movement therapy group in a psychiatric outpatient clinic: explorations in body image and interaction. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 5 (3)*, 219-230.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la Imagen Corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana, 22*, 15-27.

- Rasooli, S. S., & Gholamali Lavasani, M. (2011). Relationship between personality and perfectionism with body image. *Procedia social and Behavioral Sciences*, *15*, 1015-1019.
- Riba, E. (2011). *Recerca en Psicoteràpia i Imatge Corporal. Fonaments Conceptuals, Avaluació i Aplicacions Clíniques. (Tesi Doctoral)*. Universitat Ramon Llull, Blanquerna.
- Rumble, B. (2014). Body memory, metaphor and movement. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, *9* (1), 53-56.
- Sánchez-Carracedo, D., Mora, M., López, G., Marroquín, H., Ridaura, I., & Raich, R. M. (2004). Intervención Cognitivo-Conductual en Imagen Corporal. *Psicología Conductual*, *12* (3), 551-576.
- Tiggemann, M. (2015). Considerations of positive body image across various social identities and special populations. *Body Image*, *14*, 168-176.
- Totton, N. (2010). Being, having, and becoming bodies. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, *5* (1), 21-30.
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, *14*, 118-129.
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., & López-Miñarro, P. A. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, *28* (1), 27-35.
- Vignemont, F. d. (2010). Body schema and Body image - Pros and cons. *Neuropsychologia*, *48*, 669-680.