

## INDICE

### 1. INTRODUCCIÓN 3

### 2. FUNDAMENTACIÓN. 5

### 3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA. 8

### 4. TIPO DE ESTUDIO. 9

### 5. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN. 10

5.1- Breve historia de la institución. 10

5.2- Cómo trabaja AIPA. 11

5.3- Objetivos específicos de cada actividad: 12

### 6. DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL 15

### 7. MARCO TEÓRICO. 17

7.1 Adolescencia: 17

7.1.1 Adolescencia y la búsqueda de una nueva Identidad 18

7.1.2 Adolescencia y Posmodernidad 20

7.1.3 Patologías del fin del milenio. Influencia de los medios de comunicación. 21

7.2. Trastornos de la alimentación. 23

7.2.1 Clasificación de los trastornos de alimentación 24

a) Anorexia Nerviosa 24

b) Bulimia. 25

c) TANE 27

7.2.2- Los trastornos de alimentación y su multideterminación. 27

a) Factores predisponentes. 28

b) Factores precipitantes. 29

c) Factores de mantenimiento. 29

7.2.3-Trastornos de alimentación desde diferentes perspectivas psicológicas 30

a) Perspectiva psicoanalítica 30

*Trastornos de alimentación y fenómenos transicionales* 30

*Trastornos de alimentación y tercera tópica* 32

*Concepto de Escisión del yo:* 33

*Dos modos de funcionamiento.* 33

b) Perspectiva cognitiva-conductual 35

c) Perspectiva Gestáltica 39

7.3. Trastornos de alimentación e Imagen Corporal 43

7.3.1-Imagen Corporal. Concepto. 43

7.3.2- Las alteraciones de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación. 47

a) Tipo perceptual.	49
b) Tipo cognitivo emocional.	50
c) Tipo social.	51
7.4. <i>El trabajo corporal en pacientes con trastornos de la alimentación</i>	55
7.4.1 Danzaterapia	59
a) Danza. Definición	59
b) Danzaterapia. Definición	61
c) Orígenes y fundamentos.	63
7.4.2-Danza Movimiento Terapia con pacientes con trastornos de la alimentación.	73
<b>8. PROYECTO</b>	<b>75</b>
8.1. <i>Conformación de los grupos de trabajo.</i>	76
8.2. <i>Modalidad de intervención.</i>	77
8.3. <i>Coordinador de la actividad</i>	79
8.4. <i>Definición de los objetivos</i>	80
8.4.1- <i>Objetivo general.</i>	80
8.4.2- <i>Objetivos específicos.</i>	80
8.5. <i>Definición de las metas.</i>	83
8.6. <i>Plan de actividades.</i>	84
8.7. <i>Cronograma de actividades</i>	102
8.8. <i>Presupuesto para la realización del proyecto</i>	103
8.9. <i>Evaluación del proceso</i>	104
<b>9. REFLEXIÓN FINAL</b>	<b>106</b>
<b>10. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>108</b>
<b>11. ANEXO</b>	<b>112</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surgió de la práctica profesional y tiene como finalidad la elaboración de un Proyecto de Aplicación Profesional en AIPA (Asociación Integral de los Problemas de Alimentación).

A partir del conocimiento de dicha institución y de la consulta con la directora de la misma, surge la inquietud de profundizar acerca de una de las principales características de los trastornos de la alimentación que es la distorsión de la imagen corporal.

Con la elaboración de este proyecto se pretende generar un espacio para incluir el abordaje

psicoterapéutico corporal, en este caso a través de la Danza Movimiento Terapia, como una instancia más dentro del tratamiento interdisciplinario que propone la institución. La modalidad que se postula para este abordaje terapéutico es la de Taller. En dicho taller se desarrollarían actividades (técnicas corporales) para producir cambios en la calidad de vida (relaciones interpersonales, autoestima, humor) de pacientes con trastornos de la alimentación (bulimia y anorexia), que presentan insatisfacción con su imagen corporal.

El uso de la danza y el movimiento como herramienta terapéutica está enraizado en la idea que el cuerpo y la mente configuran una unidad. Una de las premisas básicas es considerar que el movimiento corporal refleja estados emocionales y que el cambio en la gama de posibilidades del movimiento conlleva cambios psicológicos promoviendo salud y desarrollo. Para pacientes con bulimia y anorexia que padecen una constante insatisfacción con su imagen corporal, y todo lo que este aspecto trae aparejado (baja autoestima, imposibilidad de expresar sentimientos y emociones, relaciones interpersonales pobres, y otros), la participación en grupos de danzaterapia, podría ser de mucho valor, teniendo en cuenta que, según la ADTA (American Dance Therapy Association), la Danzaterapia disminuye el nivel de insatisfacción de la imagen corporal, aumenta la autoestima, produce modificaciones en el registro del esquema corporal.

## 2. FUNDAMENTACIÓN

El presente trabajo consiste en la realización de un proyecto de aplicación para crear un espacio de intervención psicoterapéutica a través de Danza Movimiento Terapia, como una alternativa de abordaje corporal para pacientes con trastornos de la alimentación que padecen distorsión de la imagen corporal.

El mismo se realiza a partir de la demanda solicitada por AIPA de la ciudad de Córdoba, cuyos profesionales reconocen la necesidad de implementar un espacio con estas características como parte del tratamiento interdisciplinario que la institución propone y que se implementaría en el marco de "Talleres de Actividades Terapéuticas".

La institución con la que se trabaja sostiene la idea del trabajo interdisciplinario para abordar la problemática de los trastornos de alimentación, debido a la plurideterminación de los mismos. A fin de lograr este objetivo, la institución cuenta con un equipo formado por especialistas en distintas áreas: psicología, psiquiatría, clínica médica, endocrinología y nutrición.

La modalidad de abordaje implica una serie de actividades terapéuticas específicas que incluyen psicoterapia individual y familiar, grupos de reflexión para padres y pacientes, controles médicos y nutricionales, talleres nutricionales y terapéuticos.

Es significativo destacar la importancia de este proyecto debido a las características que presentan en la actualidad estas patologías en la población adolescente.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) postula que en la Argentina, entre el 12 y el 15% de la población padece Bulimia y/o Anorexia. De éstos, el 90% de los pacientes son mujeres mientras que el 10% son hombres. La Bulimia se ha incrementado a un paso más rápido que la Anorexia a través de los últimos cinco años, pero esta última sigue siendo la tercera enfermedad crónica más común en mujeres adolescentes.

Si bien en AIPA no existen actualmente estadísticas acerca de la población adolescente atendida por Bulimia y/o Anorexia, se estima que el número de consultas oscila entre 10 a 15 por mes, teniendo en cuenta que las cifras varían según la época del año y que AIPA es una institución privada.

La OMS define a la Anorexia Nerviosa como un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida de peso inducida o mantenida. Se observa en estas personas, como una de las características, la persistencia de idea obsesiva y de miedo intenso por engordar. Generalmente existe desnutrición de grado variable, con cambios endocrinos secundarios que pueden llegar a ser graves.

Las conductas que acompañan a esta patología incluyen dietas restrictivas, ejercicio físico excesivo, vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, consumo de reductores de apetito, excesiva preocupación por las calorías de las comidas, aislamiento, etc.

También la OMS define a la Bulimia como un síndrome caracterizado por episodios

repetidos de atracones de comida y una excesiva preocupación por el control del peso. Este trastorno comparte muchos rasgos característicos psicológicos con la anorexia nerviosa, como el aislamiento, la baja autoestima, pobre concepto de sí mismo, dificultad para reconocer sentimientos, tendencia al aislamiento, dificultad para establecer relaciones interpersonales.

Por otra parte la Danza Movimiento Terapia es una actividad terapéutica que se viene desarrollando desde la década del 40 a partir del trabajo de las pioneras Mary Whitehouse, Marian Chase, Blanch Evance y Trudy Shoop. En 1965 se funda la American Dance Therapy Association, organización que define esta actividad como el *"uso terapéutico del movimiento en un proceso que busca la integración física, cognitiva y emocional del individuo"*. Por este motivo consideran la Danzaterapia como una poderosa forma de terapia, y basados en la idea de que el cuerpo y la mente están interrelacionados, la danzaterapia trabaja directamente con el cuerpo usando el movimiento y la danza para establecer una imagen corporal más realista y para efectuar cambios en sentimientos y comportamientos. Los pacientes son ayudados a desarrollar una conciencia (conocimiento de sí mismo) para trabajar, a través de bloqueos emocionales, para conseguir así una clara percepción de ellos mismos, de los otros y para lograr cambios en sus comportamientos (American Dance Therapy Association - ADTA - 1985). Por todo lo planteado anteriormente, habría un encuentro entre las dificultades de las personas que padecen trastornos de alimentación y lo que puede ofrecer esta disciplina como abordaje psicoterapéutico corporal.

Debido a todo lo anteriormente expresado, el presente trabajo apunta a lograr la implementación de un espacio en el que se pueda abordar la distorsión de la imagen corporal, como una de las principales características de estos trastornos, a través de la Danzaterapia como utilización psicoterapéutica del movimiento.

### 3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Se trata de un proyecto de intervención a través de la Danza Movimiento Terapia, como parte de un tratamiento integral, en pacientes con Trastornos de la Alimentación, que padecen distorsión de la imagen corporal. El proyecto se llevará a cabo en AIPA *“Asociación Integral de los Problemas de Alimentación”*.

## 4. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo consiste en un Proyecto de Aplicación Profesional (PAP), entendiéndolo por ello una sistematización coherente en un plazo determinado a partir de una demanda determinada. Se sostiene que todo proyecto de Aplicación Profesional supone un cambio: algo que era, después de su aplicación ya no será como antes.

Un PAP parte de una necesidad institucional que se podría llamar situación inicial a partir de un diagnóstico de la misma. Este consiste en poder delimitar algunas cuestiones como: ¿Qué problemas son identificados?, ¿Quiénes sufren esos problemas?, ¿Qué evidencias lo comprueban?, etc., sin olvidar las variables institucionales intervinientes, ya que si se habla de una realidad, siempre se debe entender en su multideterminación.

Analizando las consecuencias del problema - necesidad se puede entender el emergente, con lo cuál surge la "idea", el disparador del proyecto. Ahora, si se analiza el origen del mismo, se pueden encontrar las causas y por lo tanto diseñar una respuesta ordenada: EL PROYECTO.

A partir de esto se comienza a trabajar de la siguiente manera:

- ¿Qué se quiere hacer? (Naturaleza del proyecto)
- ¿Porqué se quiere hacer? (Fundamentación/Justificación)
- ¿Para qué se quiere hacer? (Objetivos, metas)
- ¿Cómo se va a hacer? (Plan de actividades, cronograma, recursos, responsabilidades, localización, etc.)
- ¿Cómo se van a evaluar los resultados?

## 5. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

### 5.1- Breve historia de la institución.

AIPA comenzó a gestarse a fines de 1994 por la inquietud de un grupo de profesionales del Hospital Español quienes trataban a pacientes con trastornos alimentarios, desde sus disciplinas específicas (medicina, psicología, nutrición), sin lograr resultados favorables. A raíz de cuestionarse dichos resultados llegaron a la conclusión de que era importante, por un lado, reunirse en equipo para atender a las mencionadas patologías de manera interdisciplinaria y por otro lado, abordar el tratamiento de las mismas tanto desde la dimensión intra psíquica como vincular y corporal.

Fue así que en abril de 1995 comenzaron a trabajar interdisciplinariamente en los consultorios del hospital. Quien recibía un paciente con trastorno alimentario (ya sea el médico, psicólogo o nutricionista) debía indicar la consulta complementaria. Como resultaba difícil sincronizar los turnos, ya que el paciente al llegar a la mesa de entrada era incorporado a la larga lista de pacientes con otras patologías que cada uno de los profesionales atendían y por lo tanto se hacía casi imposible coordinar la acción y los pacientes terminaban perdiéndose en los pasillos del hospital, el trabajo interdisciplinario se hacía imposible.

El mencionado equipo de profesionales decidió plantear a la dirección del hospital la necesidad de tener un espacio físico exclusivo para la atención de estos pacientes, cuyo número se acrecentaba día a día. Al entender el cuerpo directivo la validez de este pedido, para tal fin les otorgaron la antigua Casa de las Hermanas, deshabitada desde hacía 8 años.

Así, el 11 de setiembre de 1995 se inauguró AIPA brindando asistencia interdisciplinaria, ambulatoria, incluyendo la modalidad de Hospital de Día como alternativa de abordaje terapéutico. Posteriormente se independizaron del Hospital Español y se establecieron, como una institución privada, en sede propia, en la calle Lima 1367, barrio Gral. Paz, en la ciudad de Córdoba.

### 5.2- Cómo trabaja AIPA.

Los profesionales que integran AIPA consideran que los trastornos de alimentación tienen múltiples causas, por lo que, como se ha dicho, deben ser abordados terapéuticamente desde todas las disciplinas presentes en la institución. Su propuesta de asistencia apunta a trabajar sobre las causas que dieron lugar a la enfermedad, atendiendo al mismo tiempo los distintos aspectos y consecuencias de sus manifestaciones.

Para poder llevar adelante esta propuesta de trabajo, la institución cuenta con un equipo de profesionales formado por especialistas en distintas áreas: siete Psicólogas, un Psiquiatra, una Nutricionista, y un Médico clínico.

La metodología de trabajo de la institución consta de dos etapas. La primera, denominada "Evaluación Diagnóstica Integral", tiene como objetivo lograr una evaluación del paciente en las diferentes áreas: psicológica (entrevista), médica (clínica- endocrinológica) y nutricional. En caso

de ser necesario ampliar los datos obtenidos se indica una evaluación psiquiátrica y/o un psicodiagnóstico.

La segunda etapa es la que corresponde a la indicación del "Tratamiento" que deberá seguir la paciente en función de los resultados obtenidos en la evaluación diagnóstica. En esta instancia se le indicará las actividades terapéuticas que deberá realizar, que puede ser, psicoterapia individual y familiar, hospital de día, tratamiento psiquiátrico, controles médicos y nutricionales, talleres de expresión, grupo de reflexión, en función de las necesidades detectadas en cada paciente y/o grupo familiar.

Descripción de las actividades terapéuticas específicas:

- V Hospital de día
- V Psicoterapia individual
- V Psicoterapia familiar
- V Grupos de padres coordinados por especialistas
- V Grupos de reflexión psicoterapéuticos coordinados por especialistas
- V Grupos de educación nutricional
- V Tratamiento médico-clínico
- V Tratamiento psiquiátrico
- V Tratamiento nutricional
- V Talleres terapéuticos

### **5.3- Objetivos específicos de cada actividad:**

Cada una de estas actividades tiene los objetivos específicos que a continuación se detallan.

El **Hospital de día** apunta a la contención del paciente frente a momentos de mayor desorganización en su alimentación y en sus aspectos concomitantes, que tiene su impacto en lo psicológico, familiar y social. Incluye estadía en la institución de lunes a viernes de 10 a 17 hs., donde las pacientes realizan las colaciones de media mañana, almuerzo y merienda.

En cuanto a la **Psicoterapia individual**, la misma se indica en todos los casos, entendiendo que el síntoma alimentario constituye una manifestación de aspectos conflictivos de la personalidad. Su objetivo apunta a que el paciente logre modos de resolución de conflictos que han desencadenado el trastorno.

La **Psicoterapia familiar** se indica en casos en que el funcionamiento familiar constituye un obstáculo en la cura del paciente. Tiene por objetivos la orientación y apoyo a la familia, así como también el logro de cambios en la dinámica entre sus integrantes.

Los **Grupos de reflexión psicoterapéuticos** constituyen un sostén al tratamiento, posibilitan abordar tanto aspectos vinculares que surgen entre los integrantes en la dinámica de trabajo, así como confrontar y buscar alternativas al malestar común.

En relación a los **Grupos de padres**, el objetivo es favorecer el intercambio de experiencias y la reflexión de su rol como padres, propiciar la contención del grupo familiar y el acompañamiento del paciente en su proceso de recuperación.

Otra de las actividades que se realiza mediante técnicas de dinámica de grupo son los **Grupos de educación nutricional**, cuyo objetivo es trabajar la relación conflictiva de los pacientes con su alimentación, desmitificando el valor de los alimentos como "enemigos" de la figura e introduciendo pautas de una alimentación saludable a través de la información y la confrontación.

El **Tratamiento psiquiátrico** está indicado de acuerdo al diagnóstico y necesidad de

cada paciente. Este tratamiento consiste en entrevistas y control psicofarmacológico.

Por su parte, el objetivo del **Tratamiento médico clínico** tiene que ver con la valoración y el seguimiento del estado clínico-metabólico del paciente (que resulta de una disfunción alimentaria), la detección oportuna de complicaciones orgánicas y su medicación, así como la indicación de una eventual internación clínica.

El **Tratamiento nutricional** tiene por finalidad el seguimiento del estado nutricional del paciente, la elaboración de un plan alimentario acorde a sus necesidades y la modificación paulatina de sus hábitos alimentarios a través de técnicas que le permitan una mayor libertad frente a la comida.

Los **Talleres de expresión** tienden a favorecer toda actividad que estimule la libre expresión y la creatividad a través de técnicas de teatro, expresión corporal, plástica, entre otros. Propenden a una conexión con el cuerpo y las emociones desde un lugar diferente al de la enfermedad.

Estas actividades Terapéuticas se realizan en amplias instalaciones adecuadas al tipo de presentación ofrecida. La instalación cuenta con, la Recepción - Administración, dos salas de espera, una sala de actividades grupales, instalaciones sanitarias, una cocina, un comedor, cinco consultorios de especialidades, un patio y un quincho para las actividades al aire libre.

En el marco de estos talleres de actividades terapéuticas es donde se pretende insertar el **Taller de Danza Movimiento Terapia**, que se presenta en este trabajo. Como una actividad más dentro de las que ya se desarrollan en la institución.

Por otro lado, cabe mencionar las tareas que realiza AIPA, relacionadas a *Prevención* y a la *Formación de Recursos Humanos*.

En cuanto a Prevención, organizan charlas-debate en colegios primarios y secundarios de Córdoba (capital y provincia), charlas abiertas a la comunidad, jornadas, publicaciones y participación en medios de comunicación; como por ejemplo, en cooperación con la Universidad Siglo 21, en el año 1999, cuando se llevaron a cabo jornadas de información acerca de los Trastornos de Alimentación.

En relación a la formación en Recursos Humanos, desde 1997 AIPA se dedica a la formación de profesionales de la salud y estudiantes avanzados de las distintas disciplinas inherentes al tema, en la asistencia interdisciplinaria de estas patologías a través de la realización de cursos anuales de formación teórico clínica.

## 6. DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL

Una primera aproximación diagnóstica fue realizada en la instancia de Práctica Profesional, a partir de observaciones no participantes de las diferentes actividades que realizan las pacientes. A partir de dicha observación quedó clara la ausencia de un espacio de actividades directamente dirigidas al trabajo terapéutico con el cuerpo, área en la que, como es ostensible, se manifiestan los trastornos en estudio.

Resultó llamativa esta ausencia, dada la orientación interdisciplinaria del equipo, y teniendo en cuenta que hay otros talleres de expresión como el "Taller de Animación a la Palabra", que es un Taller Literario, y el Taller de Educación Nutricional. Se llevó a cabo un segundo paso que fueron charlas con la Directora de la Institución, a partir de las cuáles surgió la posibilidad y hasta la necesidad de incluir actividades relacionadas con el uso de técnicas corporales.

Con el fin de ampliar la información necesaria para implementar dichas técnicas se confeccionó una entrevista dirigida a los profesionales, cuyos resultados se podrán conocer en el apartado "Anexo" de este trabajo.

Como antecedente de interés se puede mencionar que ya en el año 1999, una conocida experta en Danzaterapia, Lic. Gabriela Sbiglio, ofreció un proyecto de trabajo en el mismo sentido, que fue aceptado por la institución y que no pudo llevarse a cabo porque la profesional se ausentó del país. Vale decir que la inquietud ya existía en AIPA.

Es posible pensar que, aunque aún no se pueden estimar fehacientemente los motivos por los cuáles han estado ausente terapias corporales, en la institución diagnosticada, como la Danzaterapia, sí se puede afirmar que en nuestro medio son muy escasos los recursos humanos entrenados adecuadamente para llevarlo a cabo, se trata de un tipo de formación de post grado que por el momento no se lleva a cabo en nuestro medio, aunque en EE.UU., Italia, España, Israel, existen importantes centros de formación, y además cabe destacar que, actualmente en la ciudad de

Bs. As., desde el año 1994, se dicta un Programa de Entrenamiento en Danza Movimiento Terapia, avalado por la American Dance Therapy Association.

## 7. MARCO TEÓRICO

En este marco teórico se definirán los trastornos de Alimentación y sus formas de manifestarse, se hará referencia al DSM IV, y se abordarán cuestiones referentes a la multideterminación de estas patologías.

Es importante contextualizar al problema en un marco sociocultural y hacer algunas referencias a la etapa evolutiva en la que se presentan predominantemente. Con este objetivo se exponen algunos conceptos sobre adolescencia y Posmodernidad.

Se hará una breve reseña de cómo se pueden comprender estas problemáticas desde diferentes marcos teóricos: teoría psicoanalítica, teoría cognitivo-conductual, y teoría de la Gestalt.

Se completará este marco teórico con la conceptualización de lo que se entiende por imagen corporal, distorsión de la imagen corporal y su relación con la autoestima y la identidad. Teniendo en cuenta que la distorsión de la imagen corporal es una de las principales características de los trastornos en cuestión.

Y por último se desarrollarán algunos aspectos teóricos sobre Danza Movimiento Terapia y su implementación en el tratamiento de Trastornos de Alimentación.

### 7.1 Adolescencia:

Teniendo en cuenta que el presente trabajo abordará una problemática que afecta directamente a la población adolescente, se consideró pertinente desarrollar brevemente algunos aspectos teóricos, importantes al momento de hablar de esta etapa evolutiva crucial en la vida de todo individuo.

A demás se desarrollará un breve análisis tomando los postulados de M. C. Rojas y S. Sternbah (1997), para ver cómo la adolescencia de hoy se ve ligada a los cambios históricos y socioculturales más recientes, y cómo también, los medios masivos de comunicación ejercen una fuerte influencia en lo que las autoras mencionadas han denominado "*Patologías del fin del milenio*"

#### **7.1.1 Adolescencia y la búsqueda de una nueva Identidad**

Entrar en el mundo de los adultos –deseado y temido- significa para el adolescente la pérdida definitiva de su condición de niño. Es un momento crucial en la vida del hombre.

La adolescencia desde siempre ha sido descrita como un período de crisis, transición entre la niñez y la adultez, época de intensos duelos y sufrimientos. A la vez, se la ha considerado como una etapa de vulnerabilidad plena y como un momento de búsqueda esperanzada tratando de construir nuevas alternativas personales y sociales.

Es un período de contradicciones, confuso, ambivalente, doloroso, caracterizado por fricciones con el medio familiar y social.

Françoise Dolto (1989) recurre a la metáfora del *complejo de la langosta* para referirse a ese momento vulnerable y trascendental de la vida en que un cambio de caparazón ocurre

dando lugar a un reposicionamiento identificador que expresa la difícil combinación entre permanencia y cambio, continuidad y transformación. Mutación ésta en que se halla implicada la muerte de la infancia para la posibilidad de acceso a la vida adulta.

Para Aberastury y Knobel (1999), en la adolescencia se puede observar como una de las principales características, una marcada confusión de roles, ya que al no poder mantener la dependencia infantil y al no poder asumir la independencia adulta, el sujeto sufre un fracaso de personificación y así delega en el grupo y en sus padres obligaciones y responsabilidades. Esto hace que todas sus relaciones objetales adquieran un carácter, sin bien intenso, sumamente lábil. El pensamiento, entonces comienza a funcionar de acuerdo con las características grupales que le permiten una mayor estabilidad a través del agrandamiento que significa el Yo de los demás, con el que el sujeto se identifica.

Es preciso detenerse en este punto, ya que si se habla de adolescencia no se puede dejar de lado la importancia del concepto de Identidad. Se desarrollará a continuación el concepto de construcción de la identidad desde la perspectiva de F. Mouján (1997).

Para F. Mouján, el concepto de Identidad encierra una idea integradora, totalizadora de la persona, que es percibida, negada o deformada por el yo. Este autor sostiene que podemos referirnos a la identidad como el logro de una integración entre el ideal de vida para el Yo y el de la sociedad en la que el hombre vive. Es inevitable que al hablar de crisis, cambios o lucha por la identidad, nos refiramos a la percepción que tiene el Yo de una ruptura no solo en el tiempo (continuidad), sino también en el propio self (unidad) y en su propia relación con la familia y la sociedad (mismidad).

Este complejo proceso de duelo adolescente pone al Yo en una situación tal, que provoca una de las crisis de identidad más intensas que el hombre tiene durante la vida.

La desesperación que provocaría la falta de identidad lleva a los adolescentes a una lucha por conseguirla, fundamental para el futuro de su desarrollo. Se libra en tres campos simultáneos:

- V Lucha por construir el nuevo esquema corporal,
- V Lucha por construir su nuevo mundo interno y
- V Lucha por construir su nueva sociedad.

Se podría agrupar los elementos que componen la identidad en torno a tres sentimientos básicos: *unidad, mismidad y continuidad*.

Cada uno de estos aspectos en todas las áreas de experiencia: mente, cuerpo y mundo externo.

La *unidad* de la identidad está basada en la necesidad del Yo de integrarse y diferenciarse en el espacio, como una unidad que interactúa. Correspondería al cuerpo, al esquema corporal y a la recepción y transmisión de estímulos con cierta organización. Ante la crisis de identidad se rompe esta unidad por el cambio físico, el cambio en las sensaciones e impulsos que se expresan con un cierto desorden y el cambio de la imagen interna del propio cuerpo.

Teniendo en cuenta que en un comienzo el Yo es básicamente corporal, podríamos decir que la identidad se construye sobre este aspecto y que el Yo necesita de este sentimiento.

En relación a la *continuidad* de la identidad, se puede decir que surge la necesidad del Yo de integrarse en el tiempo: "ser uno mismo a través del tiempo". Con la adolescencia se produce una ruptura en la continuidad, no sólo un desarrollo mas acelerado. Esto es así por la emergencia de una nueva forma de pensar, en la que lo posible incluye lo real permitiendo una proyección hacia lo desconocido y distante. El poder pensar a partir de ideas y no sólo sobre objetos concretos, permite el transporte en el tiempo y en el espacio.

Con respecto a la *mismidad*, el autor sostiene que si bien es un sentimiento que parte de

la necesidad de reconocerse a uno mismo en el tiempo (área mente) y en el espacio (área cuerpo), se extiende a otra necesidad: la de ser reconocido por los demás.

### **7.1.2 Adolescencia y Posmodernidad**

Arribamos al siglo XXI, en medio de profundas transformaciones observables en todos los niveles de la cultura. Durante el transcurso de este siglo, la humanidad ha participado y asistido a enormes cambios, tanto en lo histórico-social y en lo macroeconómico como en los planos científicos, ideológicos y tecnológicos.

Hoy nos encontramos habitando un mundo crecientemente centrado en la informática, regido por los medios de comunicación de masas y basado en la lógica del consumo. Importantísimos avances de la ciencia y la tecnología nos colocan ante un mundo telemático, la realidad virtual, la posibilidad de la reproducción en serie de embriones humanos, todo lo que torna casi inimaginable la vida dentro de cincuenta o cien años.

Rojas y Sternbach (1997), citan a Lipovetsky, que se refiere a la Posmodernidad como a una mutación sociológica global. Esta mutación gira en torno de un gran organizador: *el consumo*, que absorbe a los individuos en la carrera por el nivel de vida, en una nueva fase “cool” y no ya “hot” de las sociedades capitalistas.

En este contexto juegan un papel preponderante los medios masivos de comunicación, en estrecha relación con el mundo del consumo y la publicidad, posibilitando la proliferación del imaginario social a nivel planetario. Imponen, por otra parte una cultura basada en la imagen, lo que modifica hasta las mismas formas de percepción de la realidad.

Rojas y Sternbach (1997), plantean dentro de este contexto; que si el momento adolescente no es una mera vicisitud biológica o evolutiva, sino un acontecer cultural: *¿Cómo es ser adolescente, hoy? ¿Cómo operan las intensas transformaciones de fin de milenio en los adolescentes actuales? ¿Qué lugar tienen éstos en el mundo contemporáneo?...*

Más apático que revolucionario, más desencantado que apasionado, sus modelos identificatorios son efímeros, cambiantes y por lo general ligados a la lógica del consumo, del espectáculo y sobre todo del éxito. Este adolescente del zapping se conecta con una oferta identificatoria que proviene de formas predominante de figuras televisivas o musicales – Pergolini, Tinelli, Charly García o Madonna-. Sus grupos de pertenencia a menudo convergen en relación a su adhesión a los mismos grupos musicales, que parecen nuclearlos como fans. Estas son algunas de las características más relevantes de la adolescencia actual en nuestro país.

### **7.1.3 Patologías del fin del milenio. Influencia de los medios de comunicación.**

Rojas y Sternbach (1997), plantean que las epidemias de anorexia y bulimia, las adicciones, las consultas de pacientes infectados con HIV, algunas formas de violencia, así como las enfermedades psicosomáticas y cierto tipo de depresiones, dan cuenta de problemáticas más frecuentes que se presentan en esta época.

Cada época histórica favorece el surgimiento de patologías vinculadas a la sobreadaptación; es decir la adaptación absoluta a los modelos culturales predominantes.

Cada momento histórico formula un “prototipo sano”: es decir, un conjunto de

modalidades subjetivas acorde con los ideales predominantes y por lo tanto estimulados y socialmente reconocidos. Entonces, *¿Cuáles serían los rasgos esperables del prototipo posmoderno?*

Los ideales posmodernos promueven un ritmo ligado a la abolición de todo conflicto. Ideales que tienen que ver con alcanzar el éxito, la belleza, la fama, el poder, y la felicidad ligada a la “incorporación”.

Los medios de comunicación son una fuerte influencia en la construcción del ideal del cuerpo a seguir. La moda y los modelos que los adolescentes ven en la televisión, son hoy en día un objeto de culto a su divinidad, como modelo de éxito en la sociedad.

En su afán de ser aceptados, y envueltos en una personalidad vulnerable, los adolescentes pueden adoptar o imitar los patrones culturales que popularmente se relacionan con el éxito (como la delgadez y la belleza física) y en cierta forma desarrollar una personalidad o identidad “falsa” que le permita estar entre la gente actual y novedosa, los que siempre están a la moda y parecen ser la personificación del éxito que vende el paradigma más utilizado en la televisión y en la publicidad.

Como ya se ha mencionado, los adolescentes enfrentan una etapa de fluctuaciones constantes, sienten un gran temor a crecer, a asumir los problemas cotidianos de la vida adulta, y suelen tener conflictos consigo mismos. Buscan así modelos de vida. Ser flaco es sinónimo de éxito y en los medios se observa que la delgadez es sinónimo de prestigio social.

Estos son los mensajes que reciben los jóvenes de los medios de comunicación que exhiben cuerpos considerados “socialmente perfectos”.

Se ve cómo los medios conceden trascendencia a ideales de época que consideran a la belleza ligada a una delgadez extrema. Estas definiciones culturales se constituyen en ideales que se absolutizan estableciendo con rigidez una delgadez a ultranza y además determinan marginación.

Para Rojas y Sternbach, la función del ideal como absoluto trae aparejado sometimiento, se formula como creencia rígida. La delgadez, impuesta por los ideales actuales, no se vincula solamente al criterio de belleza sino que, al mismo tiempo es un rasgo peculiar de los grupos sociales privilegiados, lo cuál cobra un valor muy alto en una sociedad en la que el ascenso socioeconómico es un valor central que debe ser alcanzado con rapidez a cualquier precio.

A modo de conclusión queda claro que la cultura actual transforma lo superfluo en necesidad e influye en los estilos de vida de las personas, incidiendo en la forma de actuar, vestir, ocupar el tiempo, gastar el dinero, divertirse o tener éxito, pero lo social por si solo no enferma si no se articula con una estructura de personalidad vulnerable... y nada más vulnerable que la personalidad del adolescente en este contexto social cada vez más exigente en relación a la imagen corporal.

## **7.2. Trastornos de la alimentación.**

*“Yo tengo hambre, pero me aguanto. A mi me gusta comer, lo que no quiero es engordar. Como me dicen que estoy flaca, comer significa engordar, y eso me da miedo; por eso dejo de comer. Sé que no puedo estar gorda... Antes de engordar prefiero morirme...”* Estas palabras constituyen uno de los ejemplos de la dramática y contradictoria experiencia que muchas pacientes con trastornos de la alimentación experimentan.

¿Cómo ayudarlas? ¿Cómo llegar a estas personas que sufren desmedidamente por verse gordas, por sentir pánico ante la posibilidad de ganar algunos gramos? Y al mismo tiempo la amenaza de que cualquier tipo de ayuda las lleve a un camino inverso al que quieren

arribar...El mundo se restringe a la balanza, los gramos, las calorías, los productos diet, y sobre todas las cosas, al cuerpo, a una vivencia del cuerpo absolutamente alterada y distorsionada en relación a cómo se ven, cómo se imaginan que son vistas, cómo quisieran ser...

En las últimas décadas se ha producido un incremento notable de los trastornos de la alimentación en la población adolescente, principalmente femenina. Según Hercovici (1990), los trastornos de alimentación son reconocidos como enfermedades de base psicológica a partir de 1980. En realidad uno de esos trastornos, la bulimia nerviosa, es la entidad que recientemente a adquirido un lugar propio, pues la otra, la anorexia nerviosa, ya lo tenía desde hace muchos años, sus primeras descripciones datan de 1700.

Rubén Zukerfeld (2001), plantea que la anorexia y la bulimia son consideradas los grandes trastornos de la conducta alimentaria cristalizando los fenómenos de la restricción y los del exceso; y constituyen un recorte nosográfico cuya prevalencia es aproximadamente del 0.5% para la primera y alrededor del 3% para la segunda, mientras que existen numerosas manifestaciones parciales o intermedias que puede alcanzar valores del 13% en la población femenina joven de los grandes núcleos urbanos del mundo occidental.

### **7.2.1 Clasificación de los trastornos de alimentación**

Según el DSM IV se puede clasificar a los trastornos de alimentación: Anorexia Nerviosa, Bulimia y Trastornos alimentarios no específicos (TANE).

#### **a) Anorexia Nerviosa**

Cecile Rasch Herscovici (1990) define a la anorexia nerviosa como un síndrome que afecta generalmente a las mujeres adolescentes, caracterizado por una pérdida de peso autoinducida por medio de la restricción alimentaria y/o el uso de laxantes y diuréticos, provocación de vómitos exceso de ejercitación física, miedo a la gordura y amenorrea en la mujer o pérdida de interés sexual en el varón.

Esta enfermedad, a diferencia de otras, suele ser insidiosa en su presentación; los pacientes se proponen empezar una dieta para disminuir su peso, acompañada por un aumento del ejercicio físico. Por lo general esto genera bienestar en el paciente, por lo cual el inicio de lo que puede ser una posible enfermedad pasa desapercibido por las personas que lo rodean. La alarma comienza cuando la negativa a comer es muy marcada, o cuando aparece la amenorrea.

El DSM-IV establece ciertos criterios diagnósticos:

- A- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
- B- Miedo intenso a ganar peso a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D- En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

El DSM-IV plantea además dos tipos de anorexia:

- 1- **Tipo restrictivo:** Durante el episodio de anorexia-nerviosa, el individuo no recurre regularmente a purgantes o a purgas. (por ej.: provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- 2- **Tipo compulsivo-purgatorio:** Durante el episodio de anorexia nerviosa, recurre regularmente a atracones o purgas.

### **b) Bulimia.**

Según Herscovisi (1990) la bulimia se caracteriza por alternar períodos de restricción alimentaria con episodios de ingestas copiosas (atracones) seguidos por vómitos autoinducidos y por el uso de laxantes y/o diuréticos. La presencia de los atracones es lo que define la enfermedad.

Al igual que para la anorexia, el DSM-4 presenta criterios diagnósticos, los cuales son:

- A- Presencia de atracones recurrentes, un atracón se caracteriza por:
- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ej. Un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
  - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (por ej. Sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son: provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- C- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.
- D- La autoevaluación (autoestima) está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Dos tipos de bulimia:

- 1- **Tipo purgativo:** Durante el episodio de bulimia nerviosa el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- 2- **Tipo no purgativo:** Durante el episodio de bulimia nerviosa el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o

enemas en exceso.

### **c) TANE**

La categoría trastornos de la conducta alimentaria no especificada, que también aparece en el DSM-IV, se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica.

Por ejemplo, que en una mujer se cumplan todos los criterios de una anorexia nerviosa, pero las menstruaciones sean regulares, o se cumplan todos los criterios de una bulimia pero los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.

### **7.2.2- Los trastornos de alimentación y su multideterminación.**

Para Herscovici (1990) es importante resaltar el hecho que del total de las personas expuestas a un agente patógeno solo algunas de ellas enferman. Por ello es imprescindible hablar de susceptibilidad, predisposición, dotación genética, incidencia del estrés, medio físico y psicosocial, coyunturas, etc. Por todo esto se podría hablar más de enfermos que de enfermedades. Cada caso debería tomarse en su singularidad.

Por esto, los trastornos de la alimentación no pueden ser atendidos atendiendo exclusivamente a la patología neuroendocrina, ni a la supuesta conflictiva familiar, ni a los trastornos de personalidad, ni a hipotéticas relaciones de objetos vividas en la primera infancia, etc..

Estas enfermedades son consideradas por muchos autores como un síndrome psiquiátrico discreto, diferenciado, que tiene una psicopatogénesis compleja. Sus manifestaciones clínicas son producto de múltiples factores predisponentes y gatillantes en interacción con la capacidad del individuo para hacer frente a las demandas en un momento dado. Si consideramos a la enfermedad como un proceso, se verá que existe una interacción continua entre el individuo y su mundo externo, sus síntomas y sus intentos de lidiar con ellos.

#### **a) Factores predisponentes.**

- V Dificultad para el funcionamiento autónomo, para establecer la identidad y acceder a la separación (dificultades que se dan principalmente en la adolescencia). Es uno de los factores cruciales.
  - V Gran necesidad de aprobación externa.
  - V Falta de respuestas a las necesidades internas.
  - V Perfeccionismo y escrupulosidad.
  - V Expectativas personales muy altas.
  - V Gran necesidad de complacer y acomodarse a los deseos del otro.
- 
- V Trastornos de la imagen corporal (más acentuados en la anorexia).

- V Factores familiares: Los miembros de la familia están atrapados en patrones de interacción familiar en los cuales los síntomas de la hija/o desempeñan un rol central en la evitación del conflicto que subyace y en el mantenimiento de un cierto equilibrio familiar. Se observan relaciones familiares perturbadas, de tipo de familias aglutinadas, rígidas, imposibilitadas para resolver conflictos, etc.
- V Factores socioculturales: Incremento de la presión social, desfasaje entre la realidad corporal promedio y la figura idealizada por los medios. Valores adjudicados a la delgadez: pertenencia al grupo de moda, éxito erótico, éxito intelectual, éxito laboral, etc.
- V Hábitos sociales: realización de dietas, expresiones verbales y comportamentales de insatisfacción con el cuerpo.

### ***b) Factores precipitantes.***

No hay un elemento precipitante único y en muchos casos es difícil determinarlo. El elemento gatillador puede ser una separación o una pérdida, una disrupción en el equilibrio familiar, nuevas demandas del contexto o una enfermedad física previa. Nuevamente el disparador diverso nos remite a una consecuencia convergente: la amenaza a su autoestima y a su sensación de control de su mundo, que conduce a un incremento de la preocupación por su cuerpo y la convicción de que se sentirá más en control de su persona si continúa perdiendo peso.

### ***c) Factores de mantenimiento.***

Se destacan:

- V Síndrome de inanición, que produce aislamiento social y reducción de los intereses. Las conversaciones giran en torno al mismo tema: la comida.
- V Los vómitos.
- V La fisiología gastrointestinal; generan una constipación crónica y una sensación de saciedad.
- V Las percepciones corporales, distorsiones de la imagen corporal.
- V Factores cognitivos, el pensamiento se vuelve egocéntrico, concreto, dicotómico, donde no hay cabida para puntos intermedios.
- V Factores predisponentes no resueltos, conflicto familiares referidos a la maduración y autonomía pueden contribuir a la cronicidad o recurrencia si no son encarados de forma inmediata.

### **7.2.3-Trastornos de alimentación desde diferentes perspectivas psicológicas**

Considerando a los trastornos de la alimentación como una patología compleja y multideterminada, en el presente trabajo se la abordará desde diferentes teorías psicológicas, con la finalidad de tener una visión más completa y amplia de la misma. Se seguirá el modelo de la Tercera Tópica de Zukerfeld para explicar desde la teoría psicoanalítica, el funcionamiento psíquico que tienen estos pacientes, pero además se hará un breve análisis acerca del abordaje de los trastornos de alimentación según la teoría cognitivo-conductual y la teoría gestáltica.

#### **a) Perspectiva psicoanalítica**

##### *Trastornos de alimentación y fenómenos transicionales*

Los trastornos de alimentación son considerados Trastornos del narcisismo, patologías del acto, del vacío, donde el conflicto, a diferencia de la neurosis, reside en el yo. El período de fijación estaría situado a nivel pre-edípico, en el proceso de separación-individuación, este proceso se inicia en el octavo mes de vida del bebé, en el que éste descubre el rostro de la madre, y con ello la percepción de que algo es *no-yo*, del orden de lo externo.

La mamá da inicio a este proceso a través de momentos de presencia-ausencia. Winnicott (1997) introduce el concepto de objeto transicional. Estos objetos representan una unión con la madre que ayuda al niño a tolerar su ausencia, representan la magia y la fuerza tranquilizadora de la presencia de la madre en vías de ser introyectada. Luego se abandonan los objetos transicionales, internalizándose de esta manera, la representación mental de la imagen materna.

Si este proceso se ve obstaculizado por factores ambientales (discrepancia entre las necesidades biopsicológicas del individuo y los cuidados psicológicos y materiales que se le brindaron: cuidados insuficientes, deficientes, fortuitos o una actitud demasiado ansiosa o sobreprotectora o sencillamente incomprensiva o indiferente) o problemas conscientes o inconscientes de los padres, se produce una falla en el proceso de separación-individuación, constituyéndose como consecuencia un yo inconsistente, frágil, que no puede separarse del afuera; vacío de identificaciones: predomina el sentimiento de invalidez, de futilidad, de sensación de nada, de escasa autoestima.

Para Mc. Dougall (1991), siguiendo la concepción de Winnicott, al niño le solo le queda una salida, escindir la imagen de sí en dos: una parte encierra el mundo secreto y subjetivo del niño, mientras que la otra se pliega a las exigencias del mundo externo. Este segundo self es un falso, aunque vital self, es decir, una adaptación al mundo exterior, pero separado de la íntima realidad psíquica del niño. Posteriormente, tales niños pueden vivir como si- no fueran enteramente reales. Pueden sentir entonces que no entienden el mundo que les rodea y se separan de los demás sin haber obtenido nada, es decir, vacíos.

Este tipo de escisión en la realidad psíquica puede predisponer a las personas a que manejen los sentimientos de irrealidad y vaciedad de un modo adictivo. En lugar del objeto transicional de la infancia, con su capacidad para tranquilizarse, el niño que hay estos adultos puede seguir buscando objetos transitorios, droga, comida, rituales sexuales, otras personas en una interminable búsqueda compulsiva que solo proporciona un alivio temporal.

Estas personas buscan durante toda su vida objetos inanimados que sustituyan los objetos

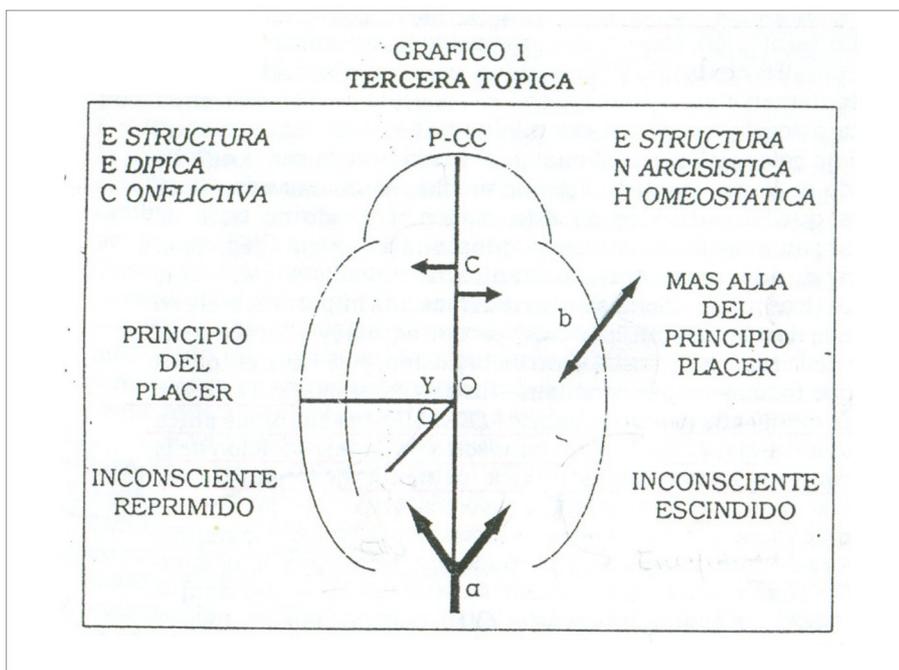
parciales de la temprana infancia (madre- pecho). A esta madre-pecho se la sigue buscando todavía en el mundo exterior debido a la escasa o nula identificación con una madre interna solícita. Se espera que estos objetos cumplan con las funciones normales del objeto transicional, tranquilizador del self de la infancia, proporcionando al sujeto el sentimiento de que es real y que tenga valor individual.

Los objetos adictivos no crean un cambio duradero en la estructura psíquica y por ello, deben buscarse incesantemente en el mundo exterior, como sustitutos simbólicos de la madre de la infancia. Las personas con trastornos de alimentación utilizan la comida como objeto adictivo, se trata del uso y abuso de un objeto y de la esclavitud que ésta genera. Se trata de un fenómeno que sucede en el puro hábito y el vacío imposible de llenar (Zukerfeld, 1992).

### *Trastornos de alimentación y tercera tópica*

Zukerfeld (1992), plantea una tercera tópica, como una reformulación del aparato psíquico Freudiano, que permite dar cuenta de datos no articulados teóricamente entre si, ni incluidos en ninguna representación tópica.

A continuación la representación gráfica:



### *Concepto de Escisión del yo:*

Esta noción de escisión del yo presenta características diferentes a las planteadas por psicoanalistas freudianos y post-freudianos. Se podrían describir las principales características de la siguiente manera:

- ✓ Es intrasistémica,
- ✓ no transaccional,
- ✓ esta asociada a la desmentida,
- ✓ permite la coexistencia de dos actitudes contradictorias, es decir, el yo permite dos juicios al mismo tiempo.

Se considera entonces, tener en cuenta que:

✓ La escisión no es una defensa del yo que se pone en funcionamiento en ciertas circunstancias. Es un hecho fundante del aparato psíquico que implica ubicar al fetichismo no como patología sino como condición de ser humano. Es decir, la escisión es la que permite que coexistan procedimientos defensivos dirigidos hacia la realidad (desmentida) y otros hacia la pulsión del Ello (represión).

✓ Cada acto psíquico conlleva siempre algo que se reprime y algo que se desmiente, tanto en la percepción como en el recuerdo.

### *Dos modos de funcionamiento.*

El aparato psíquico tendría dos modos de funcionamiento inevitablemente coexistentes sin relación transaccional y con una dinámica de barrido.

Uno de ellos corresponde a una **estructura edípica conflictiva (EEC)** universal y común a todo sujeto hablante. Funciona de acuerdo al principio de placer- realidad freudiano constituyendo un discurso posible por la existencia de la represión a partir de la cuál se producen los sueños, síntomas psiconeuróticos, actos fallidos, mecanismos del chiste y transferencia.

El otro modo de funcionamiento corresponde a una **estructura narcisística homeostática (ENH)** universal y común a todo sujeto vivo. Funciona de acuerdo al más allá del principio de placer –la compulsión a la repetición- constituyendo un sistema de ligadura y de dinámica especular posible a partir de identificaciones primarias de la que dependen parte de los sentimientos de sí mismo, el pensamiento operatorio, los actos-síntomas y el fenómeno sugestivo en su aspecto tanático. Implica una imposibilidad de procesamiento representacional manteniéndose un modo de funcionamiento en términos de carga y descarga a partir de la infabilidad de parte de lo biológico y de lo transubjetivo.

Los efectos claros en la ENH –manteniéndose la escisión- se dan cuando el yo ideal comanda la percepción intensamente y produce “interferencias” que impiden que el aparato psíquico pueda dar cuenta de la realidad. La realidad no es *sustituida ni restituida*: es demoníacamente entronizada, objeto de descarga o de duplicación.

El *efecto barrido*, se lo define como el efecto que provoca en el sistema P-Cc la existencia de la escisión constitutiva de tal modo que siempre, junto con una percepción realista (incluida en el conflicto desiderativo) existe una desmentida de la percepción.

La idea de barrido se refiere al movimiento hacia izquierda y hacia derecha en el modelo gráfico representado por (c). Esto implicaría predominio de la EEC, si se realiza hacia la derecha, y predominio en la ENH si se realiza hacia la izquierda del modelo representado.

En las patologías de los Trastornos de Alimentación existiría un predominio de la

Estructura Narcisística Homeostática cuya característica, entonces, serían:

- V Comando del yo-ideal
- V Opera como mecanismo fundamental la desmentida de la propia mente.
- V Orden de lo traumático (energía desligada que invade como cantidad; repetición tanática: ACTO)
- V Retorno de lo semejante (siniestro).
- V Realidad material.
- V Pensamiento operatorio y mágico.
- V Angustia de aniquilación.
- V Alexitimia: actúan los afectos, los desvían a través del ACTO.

Según Mc. Dougall, estas personas tienen un modo particular de escindir el dolor y el conflicto mental, expulsándolos de la Cc para que puedan buscar una solución en el escenario del mundo a través de acciones, cuyo fin principal es descargar la tensión dolorosa a través de una actividad constante.

### **b) Perspectiva cognitiva-conductual**

En cuanto a la *terapia de la conducta*, se puede decir que el punto de partida de esta terapia es la consideración de que la mayor parte de la conducta, incluida la inadaptada es aprendida, por lo que los principios de las teorías del aprendizaje son aplicables a los tratamientos.

Esta terapia se centra básicamente en la conducta inadaptada y por la que el paciente acude a la consulta, sin entenderla como una señal de un proceso intrapsíquico. Toma como central el hecho de que la conducta normal y la anormal se adquieren y modifican por los mismos principios, por lo que la conducta desadaptativa puede sustituirse por otra que sea adaptativa.

Se pueden mencionar dos momentos principales de la terapia de la conducta:

- V Identificar la conducta objetivo.
- V Identificar las condiciones bajo las que sucede o no sucede la conducta.

Entonces, el Conductismo estudia las conductas observables y medibles, en el caso de los trastornos de alimentación, sería la conducta de "no comer", en la anorexia, y el comer compulsivamente y después vomitar en la bulimia. La idea de que el hombre es una máquina condicionada a través de hábitos anteriores, y que responde a estímulos, es lo que dirige el trabajo del conductista al abordar los trastornos de alimentación. Como así también la consideración del *Ambiente*, en la periferia, en lo externo y los *Aprendizajes* para ver y determinar cómo condicionó las conductas desadaptadas de estos pacientes.

Según la visión del conductista, estas conductas fueron aprendidas por condicionamiento clásico. Todas las conductas están determinadas por estímulos, se aprende que ante un estímulo X, la conducta será Y, de manera fija mecánica e inamovible.

El esquema que rige las acciones del conductista, según el Condicionamiento Clásico planteado por Watson, implica aparear varias veces un estímulo condicionado (tomar clases de arte, pintura, baile) con otro estímulo incondicionado (comer junto a las personas que realizan esas actividades antes de finalizar la clase). Si las circunstancias son adecuadas, el estímulo condicionado terminará por reducir una respuesta condicionada (comer, como un acto normal, necesario a la vez social), se corrige así un aprendizaje erróneo en relación a la alimentación por medio de este condicionamiento.

El esquema que rige las acciones del conductista, según el Condicionamiento planteado por Skinner, implica que el conductista lleva a cabo un proceso de aumentar la probabilidad de ocurrencia de la conducta adaptada (comer normalmente, no consumir laxantes, por ejemplo) y de disminuir la probabilidad de ocurrencia de la conducta desadaptada, nociva para el paciente (no comer, vomitar, tomar laxantes).

La mayoría de las conductas humanas son de carácter operante, el conductista que siga estas ideas, se va a centrar en:

- V Interés en el control del ambiente, de la situación experimental.
- V Control del comportamiento del paciente con anorexia o bulimia a través del refuerzo programado. De esta manera se controlará y modificará posteriormente la conducta definida (no comer, vomitar). Se premia con un reforzador positivo (algo agradable, bueno, como puede ser un libro o disco favorito) a la paciente si come normalmente o si no vomita, y por el contrario se agregará un reforzador negativo (algo desagradable).
- V Programación, registros automáticos y continuos de la conducta de comer (adaptada, adecuada), en la anorexia, y de no vomitar en la bulimia.
- V Interés en el proceso de aprendizaje de nuevas y adaptadas conductas relacionadas con la alimentación, destacando siempre el papel fundamental del *refuerzo* en dichos aprendizajes.

Haciendo referencia ahora a la *terapia cognitiva*, se puede partir del concepto básico de esta teoría que es el de *cognición*, es decir, el modo en que las personas construyen los significados (ideas, creencias, imágenes, atribuciones y expectativas).

Este enfoque se centra esencialmente en que,

- V La actividad cognitiva afecta la conducta.
- V La actividad cognitiva puede ser controlada y modificada.
- V Es posible cambiar la conducta mediante el cambio cognitivo.

Se pueden mencionar como características generales de la terapia cognitiva:

- V Utiliza métodos activos.
- V El terapeuta adopta un papel directivo.
- V Sigue pauta muy estructuradas.
- V Tienden a ser de corta dirección.

Según D.Garner (1985), el enfoque cognitivo para comprender los trastornos de alimentación pone el énfasis en la forma en que la pauta sintomática deriva lógicamente del mundo defectuoso de la paciente. Las extrañas normas de alimentación y la negativa firme a alimentarse adecuadamente se tornan plausibles a partir de la convicción de la paciente de que las dietas y el control de peso son absolutamente esenciales para su felicidad y su bienestar. El sentido de excedente que ha quedado fijado al control de peso puede también proporcionar una vía de acceso al sistema conceptual más amplio de la paciente.

El autor sostiene que, tanto en la anorexia como en la bulimia, muchas especulaciones en relación con la patogénesis de las pautas sintomáticas corresponden a un paradigma que presupone que la conducta se mantiene reduciendo las conductas adversas (es decir, un modelo de evitación condicionada). La dieta se sostiene debido a su presunta eficacia para evitar la gordura. El abuso de los vómitos y purgantes sirve a una función semejante pero permite, además, evitar las consecuencias negativas de un consumo excesivo de alimento.

La conducta de esta pacientes no solo está motivada por un simple temor a la gordura y

todo lo que ésta implica, sino también por un reforzamiento cognitivo. La restricción a la que somete la dieta a menudo se compensa con la gratificación y el sentimiento de control o dominio que tal restricción proporciona. El éxito tangible de la pérdida de peso o simplemente la anticipación de una recompensa por la reducción de peso se tornan determinantes poderosos de la conducta. Las sensaciones displacenteras generalmente asociadas con el hambre, adoptan un nuevo significado para estas pacientes, porque dado que apuntan al objetivo del control de peso, tienen una connotación de éxito. El vacío gástrico se asocia con virtud y dominio, mientras que el acto de comer y la saciedad indican debilidad o falta de autodisciplina.

Para Garner (1985), una de las principales tareas de esta terapia para personas con trastornos de alimentación, consiste en alentar a la paciente a que abandone este poderoso sistema de autorreforzamiento cognitivo que por lo general está profundamente arraigado y es crucial para la autoevaluación.

Este autor ha descrito una serie de características que corresponden a la práctica de la terapia cognitiva. Estas incluyen:

- V Confianza en la experiencia consciente y preconscious, más que en la motivación inconsciente.
- V Énfasis explícito en el sentido y las percepciones como variables intermedias que explican los sentimientos de inadaptación.
- V Empleo de preguntas como instrumento terapéutico principal.
- V Compromiso activo y directivo por parte del terapeuta.

Es preciso aclarar que la terapia cognitiva convencional debe adaptarse tomando en consideración las siguientes características de la patología en cuestión:

- V Creencias idiosincrásicas en relación con el alimento y el peso
- V La interacción entre los aspectos físicos y psicológicos del desorden.
- V El deseo de la paciente de retener algunos síntomas centrales
- V La distinción de déficit fundamentales en el concepto de sí mismo por parte de la paciente, en lo que respecta a la autoestima y la confianza en su estado interno.

Queda claro entonces, que la terapia cognitiva ofrece una variedad de estrategias clínicas poderosas que pueden aplicarse a las creencias distorsionadas asociadas con la alimentación y la forma corporal.

### ***c) Perspectiva Gestáltica***

Según los postulados de Gary Yontef (1995), la terapia gestáltica es una terapia fenomenológica-existencial que enseña a terapeutas y pacientes el método fenomenológico del darse cuenta, en el cual percibir, sentir y actuar es distinto a interpretar y repetir actitudes preexistentes. Las explicaciones e interpretaciones se consideran menos confiables que aquello que se percibe y siente directamente.

Por lo tanto esta terapia enfatiza el aquí-ahora y los elementos emocionales. Utiliza numerosos ejercicios que son más emocionales y corporales que racionales y que tienen como fin el darse cuenta. Da mucha importancia a la responsabilidad, incita al paciente a hacerse responsable de su conducta. La terapia gestáltica se centra más en el proceso (lo que está ocurriendo) que en el contenido (lo que se está discutiendo). El énfasis está en lo que se está haciendo, pensando y sintiendo en el momento, más que en lo que fue, puede ser o debe ser.

La teoría gestáltica tiene una visión holística del hombre, este es considerado como un todo significativamente estructurado, como un organismo unificado (cuerpo y mente). Desde

esta teoría se busca integrar las emociones al cuerpo y el reconocimiento e integración de las polaridades (cierre de gestalts: Ley de cierre).

Los conceptos fundamentales de la terapia Gestáltica son:

- V Cerrar gestalts
- V Integración de emociones, de polaridades
- V Aquí- ahora
- V Resistencias
- V Autoapoyo
- V Responsabilidad

Para esta teoría los mecanismos por los cuales las personas bloquean la toma de conciencia sobre sus propias conductas se denominan Resistencias. Las resistencias son *mecanismos de evitación de contacto*, que impiden al individuo un contacto y un balance adecuado entre él y el medio ambiente.

Las resistencias impiden el proceso de auto-reconocimiento y de crecimiento, es decir obstaculizan el Autoapoyo y la Madurez.

Se podría mencionar como principales resistencias la *Introyección*, la *Proyección*, la *Confluencia*, y la *Retroflexión*.

En la terapia gestáltica se trabaja sobre aspectos relacionados a la Percepción, entendida como un proceso psicológico activo, que interpreta y construye significados. En los trastornos de alimentación el psicólogo gestáltico observara una Distorsión de la percepción corporal. Estas pacientes “se ven gordas”, sin embargo están extremadamente delgadas. Este sería un punto muy importante a trabajar por el psicólogo gestáltico. *La ley de cierre* que es una de las leyes de Percepción, implicará prestar mucha atención, por parte del terapeuta, a las emociones y experiencias incompletas. Se buscará constantemente cerrar las gestalts.

Todas las manifestaciones corporales (voluntarias e inconscientes), tales como, gestos, movimientos, tono de la voz, posturas, coloración de la piel, respiración, son tomados como datos relevantes de lo que ocurre interiormente en le paciente. Debido a ello, frente al trabajo con una paciente con trastorno de la alimentación, este será un punto de principal consideración para el psicólogo gestáltico.

Para Yontef, en la terapia gestáltica, el lenguaje del cuerpo está enraizado en el aquí y ahora, al que se accede desde el cuerpo hacia la palabra, los procesos interiores, y de esta manera se mantiene coherente con el enfoque de la permanente relación *figura-fondo* que será central en el abordaje terapéutico de los trastornos de alimentación. Se buscará un cambio, un pasaje de figura (lo enfermo, distorsión de la imagen corporal) a fondo (lo sano, aceptación del cuerpo y de las emociones). Así, el trabajo corporal en la terapia gestáltica va armonizando con el flujo de la experiencia terapéutica, que puede buscar diferentes “darse cuenta” acerca de aspectos característicos de las pacientes con trastornos de alimentación, como es por ejemplo, la noción de los límites corporales. Para los terapeutas gestálticos, el cuerpo está considerado como elemento de expresión de conflictos y a la vez como resolución de los mismos.

Como ya se mencionó, los mecanismos por los cuales las personas bloquean la toma de conciencia sobre sus propias conductas se llaman Resistencias, que son mecanismos de evitación de contacto, que en las pacientes con trastornos de alimentación son rígidas, inflexibles e impiden un contacto y un balance adecuado entre ella y el medio ambiente, confundiendo los límites entre lo otro y lo propio.

En relación a las resistencias que son de principal consideración en la terapia gestáltica con pacientes con trastornos de alimentación, se pueden mencionar:

- V La *Introyección* (en especial aquella que se refiere al “quién soy” distorsionado, perfeccionista en estas pacientes y “quien tenes que ser”, según las imposiciones de la familia y la sociedad).
- V La *confluencia* (distorsión en la percepción de los límites de su cuerpo).

V La *Retroflexión* (vuelta hacia sí misma de sentimientos negativos, agresivos, así la anoréxica se priva de comer, por ejemplo).

V La *Deflexión* (evita tanto lo positivo como lo negativo).

A partir de que las técnicas gestálticas trabajan bajo la premisa de aquí-ahora y enfatizan las sensaciones, buscan en estas pacientes que se den cuenta de lo que hacen para impedirse cumplir con sus propias necesidades y cerrar sus gestalts.

El principal objetivo de la terapia gestáltica es lograr que la paciente se de cuenta de sus mecanismos de evitación, que perturban su contacto con el ambiente y la resolución de sus necesidades, para poder resolver su problema actual.

Esta terapia busca darle a la paciente los medios para que resuelva sus dificultades en el aquí y ahora, la herramienta fundamental para ellos es el *Autoapoyo*. El Autoapoyo es el proceso por el cual el paciente encuentra sus propios recursos y soluciones a partir de la toma de conciencia de sus mecanismos de conducta y del desarrollo de sus potencialidades. Eso sería en síntesis el paso del apoyo externo al Autoapoyo, la maduración de la persona.

La terapia gestáltica es una terapia de *contacto*, se le pide al paciente que preste atención a lo que hace en ese momento, en la sesión, que esté en contacto con sus gestos, sus sentimientos, sus sensaciones, el tono de su voz. De esta manera se le pide a la paciente que trate de transformar sus pensamientos acerca del pasado en acciones, en vivencias que le permitan pasar por aquello una vez más hasta descubrir los sentimientos y acciones que quedaron interrumpidas (lo que sería la Gestalt inacabada, no cerrada) y así establecer contacto con ello, y de esa forma se trataría de ir cerrando gestalts.

Preguntas que apunten a que la paciente por sí misma tome conciencia, como por ejemplo, “¿Te das cuenta de **cómo** te sientas al hablar de tu cuerpo?”, “¿**Qué** pasa con tu voz al hablar de esto?”, hace que ella misma pueda darse cuenta, de lo que hace, de cómo lo hace, de lo que le pasa, y de este modo podrá comenzar a advertir cómo es ella.

El papel del terapeuta gestáltico es de acompañar a la paciente, y su rol es siempre activo. Así como incita a la paciente a hablar en primera persona, se mantiene él mismo atento a sus propias sensaciones, sentimientos y pensamientos.

El terapeuta gestáltico busca que la paciente pueda encaminarse en el crecimiento y madurez emocional como así también en la aceptación de su cuerpo, pudiendo de este modo ir cerrando las gestalts.

### **7.3. Trastornos de alimentación e Imagen Corporal**

#### **7.3.1-Imagen Corporal. Concepto.**

Para Cash & Pruzinsky (1990), citados por Facchini (2002), la imagen corporal es la representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser sorprendentemente diferente a la apariencia real.

Por otro lado Slade (1994), también citado por Facchini, define la imagen corporal como la representación que se tiene del tamaño, contornos y forma del cuerpo y el sentimiento que trae aparejado sus características y la de sus diferentes partes constitutivas.

Para Paul Schilder (1989) es más que suma de simples percepciones, la representación consciente e inconsciente del propio cuerpo es una estructura libidinal dinámica formada por

representaciones vía memoria, vía perceptual (lo visto y lo oído) y vía pulsional que se resignifican en el Edipo, dando lugar a un cuerpo semiótico o comunicacional que emite y decodifica relaciones vinculares y que no cesa de cambiar con los estímulos que recibe del medio y las experiencias vitales que experimenta; es un proceso viviente en continua autoconstrucción y autodestrucción interna diferenciación e integración.

Por su parte, Françoise Dolto (1986) hace una clara diferenciación entre Esquema Corporal e Imagen Corporal. La autora sostiene que el *esquema corporal es una realidad de hecho*, en cierto modo es nuestro vivir carnal al contacto del mundo físico; sostiene que las experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo, o de sus lesiones transitorias o indelebles, neurológicas, musculares, óseas y también de nuestras sensaciones fisiológicas viscerales, circulatorias, llamadas cenestésicas.

E. Matoso (1996), citando a P. Schilder, postula que para dicho autor, el esquema corporal, es la imagen tridimensional que cada individuo tiene de sí mismo, y puede llamarse a ésta, imagen corporal. Es decir que él utiliza alternativamente, esquema e imagen corporal. Propone esquema para denominar un patrón combinado sobre cuya base se miden todos los cambios subsiguientes de la postura antes de ingresar en la conciencia; y emplea, en general, la imagen corporal cuando habla de percepciones visuales o táctiles, y menciona una base fisiológica centrada en sensaciones interoceptivas, o propioceptivas sobre un patrón postural con el que se miden todas las percepciones nuevas.

Por otro lado, con respecto al desarrollo de la imagen corporal, el autor sostiene que existe un desarrollo interno, una maduración en todos los campos de la vida psíquica, y que existen factores internos que se dan en el organismo y son relativamente independientes de las experiencias que determinan este desarrollo. Pero siempre se observa que el proceso de maduración alcanza su forma final merced a las experiencias individuales, por lo cuál no se debe subestimar la influencia de la experiencia del individuo.

Además supone que en el terreno, especialmente aquél relacionados con la estructura libidinal del modelo postural, la experiencia desempeña un papel preponderante, pero aún así esta experiencia debe vincularse con la anatomía y la fisiología

E. Matoso (1996), siguiendo a F. Dolto, agrega que, según dicha autora, el esquema corporal especifica al individuo en cuanto representante de la especie, sean cuales fueren el lugar, la época o las condiciones en que vive. Este esquema corporal será el intérprete activo o pasivo de la imagen del cuerpo, en el sentido de que permite la objetivación de una intersubjetividad, de una relación libidinal fundada en el lenguaje, de una relación con los otros y que sin éste, el soporte que representa sería como un fantasma no comunicable. Es a partir de esta concepción que la autora define las diferencias entre esquema corporal e imagen corporal. Sostiene que, si en principio, el esquema corporal es el mismo para todos los individuos (de una misma edad o viviendo bajo un mismo clima) de la especie humana, la imagen del cuerpo, por el contrario, es propia de cada uno. F. Dolto (1986), postula que la imagen del cuerpo está ligada al sujeto y a su historia. Es específica de una libido en situación, de un tipo de relación libidinal. De ello resultaría que el esquema corporal, es en parte inconsciente, pero también preconscious y consciente, mientras que la imagen del cuerpo es eminentemente inconsciente. Cabe aquí agregar que el *esquema corporal* se estructurara entonces, mediante el aprendizaje y la experiencia, mientras que la *imagen del cuerpo* se estructura mediante la comunicación entre sujetos.

De este modo la autora plantea, gracias a nuestra imagen del cuerpo portada por –y entrecruzada con– nuestro esquema corporal, podemos entrar en comunicación con el otro. Todo contacto con el otro, sea de comunicación o de evitamiento de comunicación, se asienta en la imagen del cuerpo.

A modo de resumen en el siguiente cuadro se establecen las diferencias entre *esquema corporal* e *imagen corporal*, según Françoise Dolto (1986).

*Diferencias entre Esquema Corporal e Imagen Corporal.*

Esquema Corporal	Imagen Corporal
Refiere al cuerpo actual en el espacio, a la experiencia inmediata.	Refiere al sujeto del deseo.
Puede ser independiente del lenguaje.	Esta mediatizada por el lenguaje.
Es inconsciente, preconscious y consciente.	Es siempre inconsciente.
Es evolutivo en el tiempo y en el espacio.	Esta constituida por la articulación dinámica, una imagen funcional y una imagen erógena.
	Puede constituirse independiente del esquema corporal, se articula con él a través del narcisismo.

### **7.3.2- Las alteraciones de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación.**

D.Kirsma, M. Rimoldi y M. Salgueiro (2001), plantean que, teniendo en cuenta que los trastornos de la alimentación pueden conducir directamente a la muerte, no es de extrañar que los esfuerzos terapéuticos se hayan centrado fundamentalmente en la estabilización del peso y en los patrones de alimentación, quedando los aspectos de la imagen corporal relegados a un lugar secundario. Sin embargo, las alteraciones de la imagen corporal no sólo forman parte de su psicopatología y de sus criterios diagnósticos, sino que, también tiene un papel fundamental en el inicio, manteniendo el trastorno alimentario, además de ser uno de sus factores de recaída y pronóstico. Para estas autoras, esta “urgencia” clínica y la alarma social que estas alteraciones producen, podrían explicar el hecho de que haya habido pocos trabajos dedicados a estudiar con profundidad el tema de la imagen corporal y su integración en el marco terapéutico.

Sin embargo, se considera que, sin dejar de otorgarle el lugar de importancia que tiene esta “urgencia”, el trabajo con la imagen corporal es nuclear para poder pensar en una evolución realmente favorable.

Para Zukerfeld (1996), la imagen corporal se define como una estructura psíquica que incluye la representación consciente e inconsciente del cuerpo en tres registros distintos: forma, contenido y significado.

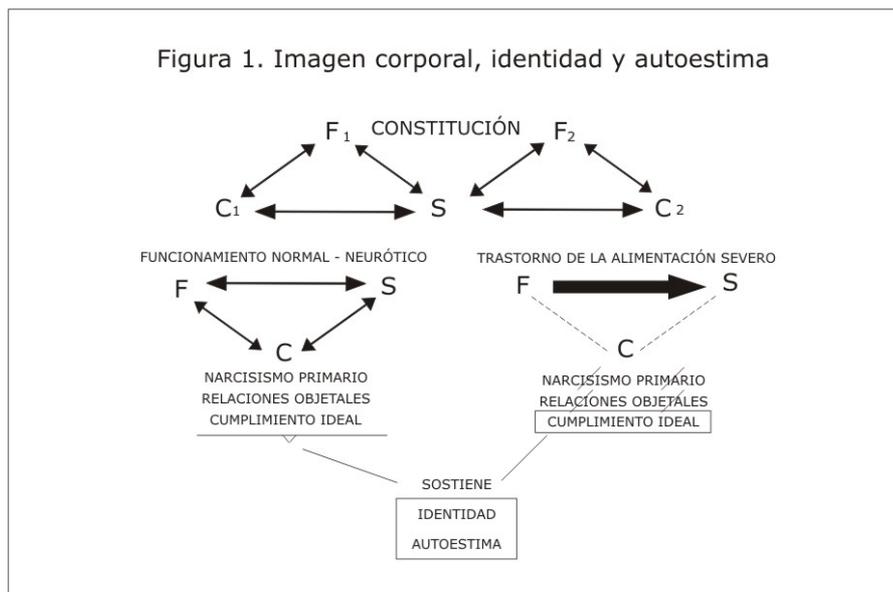
El registro de la **forma o figura (F)** corresponde a la noción de esquema corporal y comprende las percepciones conscientes de la dimensión, la postura, los movimientos y la superficie corporal, asequibles a los órganos de los sentidos.

El registro del **contenido (C) o interioridad** incluye la percepción de las sensaciones propioceptivas, cenestésicas, habitualmente preconscientes, que comprenden las series **hambre- saciedad, tensión-distensión y dolor-no dolor.**

El registro del **significado (S)** se corresponde a la noción de **cuerpo erógeno** e incluye el conjunto de representaciones inconscientes que constituyen la singularidad del deseo, adquieren expresión simbólica y son parte de vínculos intersubjetivos.

La relación entre los tres registros de una misma estructura puede apreciarse en la siguiente figura donde la forma se articula con el contenido y el significado se construye en el vínculo libidinizado entre dos formas (f1 y f2).

Figura 1. Imagen corporal, identidad y autoestima



Un concepto muy importante para tener en cuenta, en especial en los trastornos de la alimentación, es cómo se produce un efecto de "soldadura" entre **F** y **S** de tal manera que **C** queda excluido y/o confuso en su registro. Desde el punto de vista teórico, ésta es una explicación de la alexitimia en estos pacientes.

Zukerfeld (1996) sostiene que existe una importante **relación entre imagen corporal y autoestima e identidad**, en la que, en condiciones "normales" se da una fluidez entre F, C y S, que conserva la autoestima en relación con residuos del narcisismo primario, satisfacción en las relaciones objetales y cumplimiento del ideal. Ahora bien, en los trastornos de alimentación las carencias narcisistas y la insatisfacción en las relaciones objetales hacen que el sujeto apueste la autoestima y el sentimiento de identidad de forma absoluta al cumplimiento del ideal. Se pierde la fluidez libidinal entre F, C y S, porque la obsesión por la delgadez (F), transformada en el ideal que da sentido (S), **implica la abolición de la necesidad corporal (C)**.

Para este autor, existen en la actualidad controversias para definir qué se entiende como disturbo de la imagen corporal, sus características, sus alcances, su valor diagnóstico y pronóstico. Para él, una manera de entender esta problemática es diferenciar los trastornos de la imagen corporal según dónde está puesto el énfasis en el discurso y en la conducta del paciente.

Es así que, por un lado, corresponde focalizarse sobre la comprensión de la "búsqueda de delgadez" en tanto condición subjetiva, valorativa y psicopatológica, y por otro, estudiar los trastornos **perceptuales, cognitivos y sociales** vinculados. En este sentido, se diferencian tres tipos que pueden darse en conjunto (lo más habitual), aisladamente o de forma progresiva. El hecho común a todos ellos es una diferencia entre lo que el sujeto expresa y la realidad material consensuada de su propio cuerpo. En esta relación se juega la identidad del sujeto y el sistema de regulación narcisista.

Se definirán a continuación los tres tipos de distorsión de la imagen corporal.

#### a) *Tipo perceptual.*

Este tipo de trastorno de la imagen corporal se localiza de modo predominante en el

aparato perceptual, específicamente en el sentido de la vista y en relación con el sentido de la forma. Se trata de distorsiones en la estimación de la superficie corporal y sus dimensiones. Contiene "lo feo" como categoría subcultural. Tiene tres caminos evolutivos posibles:

- A) descubrir que se ha sobreestimado o se le ha desplazado otra fealdad no consciente, ser elaborado y disminuir la sensación;
- B) puede ser aceptado como "feo" pero separado de la autoestima, sin influir en los vínculos ni en el contacto con la realidad (en ambos casos hay un trabajo psíquico central y exitoso) o;
- C) acción sobre el cuerpo para embellecerlo cuando la "fealdad" es objetiva, tomando los modelos que la cultura impone como "lindos". Aquí es donde resulta difícil separar el sometimiento a la "tiranía de la belleza" de la genuina necesidad de agradar.

#### ***b) Tipo cognitivo emocional.***

Este tipo de distorsión es independiente del factor perceptual, incluye dos aspectos:

- V el grado de satisfacción con la propia imagen:* pacientes que sin mostrar distorsión perceptual, experimentan un malestar extremo con su aspecto corporal (menosprecio de la imagen corporal). También incluye el "trastorno dismórfico", sensación exagerada de fealdad e inhibiciones variadas. Se generan por valores sociales que se imponen como ideal a una estructura yoica frágil. Lo que aquí se juega es la regulación de la autoestima.
- V el grado de registro de la interioridad corporal:* pacientes con problemas para el registro de las sensaciones de hambre y saciedad, que califican con dificultad las sensaciones interoceptivas y son incapaces de verbalizar sentimientos y discriminarlos (alexitimia).

#### ***c) Tipo social.***

Se trata de los modos de subjetivación de los ideales del cuerpo que la cultura ordena, lo

que se llama genéricamente "fantasía de cambio corporal", que en los trastornos de alimentación se trata de una "fantasía de adelgazar".

Hablamos de "distorsión de tipo social" cuando las expectativas de adelgazamiento son irreales, cualitativa o cuantitativamente. Es importante señalar esto porque culturalmente un porcentaje de la población femenina desea estar más delgada teniendo la posibilidad corporal y psíquica de estarlo, como existe también otro porcentaje de la población que necesita estar más delgada por razones médicas.

Para Zukerfeld (1996), la imagen corporal está íntimamente ligada a la autoimagen, a la autoestima y al sentimiento de sí o identidad. Para él la autoestima es de naturaleza multidimensional y se constituye a partir de residuos del narcisismo primario, de la satisfacción de las relaciones objetales y del cumplimiento del ideal. Se cree que una combinación de eventos claves y/o de relaciones significativas donde el cuerpo, el peso, la forma y la apariencia estética ocuparían un primer lugar en la escala de valores, dejaría a la persona con una tremenda carga en relación a su cuerpo y con representaciones negativas acerca del mismo.

Por otro lado, para Facchini (1999), los trastornos de la imagen corporal pueden darse en forma aislada o formando parte de un cuadro más complejo en diversas patologías. Para la autora son una característica bien conocida de los trastornos de la alimentación, la obesidad, la depresión severa, el trastorno dismórfico corporal (DSMIV); los mismos abarcan rasgos perceptuales, actitudinales y sociales. Los problemas vinculados a la imagen corporal forman parte de un continuo que va desde una leve insatisfacción corporal o sensación de no ser atractivo hasta una extrema preocupación por la apariencia que interfiere en el funcionamiento y que puede clasificarse en:

-De tipo **Perceptual**

- 1. Exteroceptivo:** Los trastornos de la imagen corporal, a nivel de lo perceptual exteroceptivo, comprenden las llamadas distorsiones del esquema corporal ya que hacen referencia al registro de la forma y la figura. Clásicamente se hacía referencia a la anorexia nerviosa como paradigma de la sobreestimación y a la obesidad como subestimación, estos conceptos actualmente se hallan en revisión ya que con métodos más fidedignos de estudio los resultados son contradictorios, no reproducibles y sujetos a diversas variables.
- 2. Interoceptivos:** El nivel de la percepción interoceptiva, remite a las series de hambre-saciedad, tensión- relajación, frío-calor, y a los registros de cansancio, dolor y sus vicisitudes, sostén, equilibrio, movimientos, ritmos y funciones. Los trastornos de la imagen corporal a este nivel expresan dificultad en el registro y discriminación de las sensaciones interoceptivas, íntimamente ligado al concepto de alexitimia.

-De tipo **Actitudinal**

- 1- **Cognitivo emocional:** Los trastornos de la imagen corporal de tipo cognitivo emocional, comprenden todo lo referente al grado de satisfacción con la propia imagen, creencias y actitudes. Los trastornos a éste nivel se expresan como: insatisfacción corporal, imagen corporal negativa, "lenguaje corporal negativo", odio o menosprecio corporal.

Facchini, citando a Rosen (1999), postula que las características de una imagen corporal negativa, comprenden:

- V Una preocupación estresante, dolorosa por la apariencia, más perturbadora e inhibitoria que una simple insatisfacción,
- V timidez y vergüenza en situaciones sociales,
- V incomodidad, angustia, cuando la apariencia es percibida por otras personas,
- V excesiva importancia dada a la apariencia en la autoevaluación,
- V autovaloración negativa debido a la apariencia y evitación de actividades por vergüenza por la apariencia física.

Rosen considera que, generalmente esta imagen corporal negativa se acompaña de "lenguaje corporal negativo", que comprende todas aquellas frases autodenigratorias con que la persona hace referencia a si mismo.

- 2- **Conductual:** Raramente alguien que se siente infeliz con cómo se ve no lo trasladará a su comportamiento. Esto puede ir desde no usar ropas ajustadas, por ejemplo, a construir un estilo de vida que gire alrededor de una imagen corporal negativa.

A nivel del comportamiento se ubican:

- V Todas aquellas inhibiciones o actitudes evitativas ya sea de lugares (playa, piletas, gimnasio, tiendas de ropa) como de personas y actividades, (físicas, sexuales, mirarse al espejo, pesarse, sacarse fotos, comprarse ropa).
- V Conductas de "checking": actividades destinadas a mensurar una variable como medirse, pesarse varias veces al día, mirarse repetitivamente al espejo, compararse con otras personas.
- V Conductas de "grooming": definidas como todos aquellos rituales destinados a disimular un defecto ya sea real o ficticio.

-A nivel **Social** se encuentran los modos de subjetivación de los ideales del cuerpo que la cultura ordena, como son, las fantasías de cambio corporal real y/o de adelgazamiento y el anhelo "irreal" (imposible y frustrante) de delgadez.

Cabe agregar, siguiendo a Zukerfeld, que las actitudes frente a la imagen corporal se encuentran fuertemente influenciadas por el aprendizaje y el medio social cultural, donde el límite entre las costumbres, las modas y la psicopatología es difuso. El ideal corporal social a su vez está influenciado por los mitos - valores sociales de la juventud eterna y el cuerpo como infinitamente maleable y modificable a voluntad, donde el peso está sujeto a la fuerza de voluntad y el fracasar en el intento es un síntoma de debilidad y falla personal y, en contrapartida, el adquirir el cuerpo ideal es sinónimo de éxito. Se encuentra así, por un lado un cuerpo sustituido y destituido por la tecnología y por el otro, un cuerpo mimado por la sociedad de consumo, en donde éste pasa a ser un fin, no un medio y la imagen, un reflejo de las virtudes morales e intelectuales de la persona. La imposibilidad de alcanzar el ideal propuesto culturalmente, dejaría a los individuos con una tremenda carga en relación a sus cuerpos.

Los trastornos de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación son parte del

diagnóstico de estas patologías, a veces su presencia es trivial y otras central, insidiosa y casi irreductible. Lo cultural tiene mucho que ver en esto, pero lo importante es saber cuándo son útiles las medidas focalizadas y cuándo sólo una reestructuración del aparato psíquico produce cambios significativos.

#### **7.4. El trabajo corporal en pacientes con trastornos de la alimentación**

Cabría preguntarse aquí, *¿de qué se habla cuando se hace referencia "lo corporal"?*

D. Kirszman, M. Rimoldi y M. Salqueriro (2001), siguiendo a H. Fernandez Alvarez (1992), postulan que se habla de "lo corporal", cuando se hace referencia a aquellos aspectos que cada uno percibe de su propio cuerpo y se ponen en juego a la hora de realizar un balance del cuál surge una vivencia satisfactoria o insatisfactoria en relación a la experiencia.

Según este autor, los significados vinculados al cuerpo se organizan en dos categorías:

V *La Constitución*: le corresponden las categorías de **forma, disposición, y contenido**. Los esquemas de forma se elaboran a partir de la observación directa (visión de un espejo, fotografías, etc.). Cada ser humano elabora esquemas de su cuerpo en relación con diferentes parámetros como completud, proporcionalidad y tamaño, que derivan de patrones culturales.

V *El funcionamiento*: Corresponde a esquemas de preparación funcional para la acción que también se elaboran sobre el contraste con los patrones culturales. Percibimos nuestro cuerpo funcionando y sobre esas percepciones experimentamos malestar o bienestar en función de las características intrínsecas descriptas.

Para lograr una mayor comprensión resulta oportuno precisar qué se mide o se evalúa para que un individuo se sienta funcional o disfuncional.

1. **Potencia**: relativa al límite máximo esperable de rendimiento en el despliegue de las capacidades.
2. **Actividad**: relativa al ritmo y frecuencia con que puede llevarse a cabo el despliegue de potencialidades.
3. **Persistencia**: relativa a la capacidad de sostener un nivel de actividades consecutivamente.

4. Control: relativo a la capacidad de dirigir la conducta y producir los cambios necesarios.
5. Flexibilidad: capacidad de giro que puede lograrse en dichos cambios.
6. Asertividad: relativa a la manera de sentir que los propios comportamientos pueden imponerse sobre el medio y viceversa.
7. Atracción: capacidad de impresionar el entorno movilizándolo a favor o en contra.

Con respecto a los trastornos de alimentación y el compromiso de la imagen corporal en estas patologías, Kirszman, Rimoldi y Salgueiro (2001), plantean que, se puede observar cómo cada una de estas características sufre alteraciones conduciendo a un rechazo del propio cuerpo.

Son pacientes que registran una disminución en el rendimiento, con una alteración en la actividad física, frecuentemente excesiva y no relacionada a un bienestar sino a un objetivo específico: “bajar de peso”. Este objetivo atrapa toda la experiencia y desarrollan altos niveles de persistencia solo en este punto para conseguirlo.

Un control obsesivo está abocado a medir todo lo referente a “la ingesta y no ingesta” con poca flexibilidad para lograr cambios que permitan salir del círculo de sufrimiento en las que se encuentran atrapadas.

Cabe agregar en este punto una importante diferenciación que las autoras hacen en relación a la distorsión de la imagen corporal y la insatisfacción de la imagen corporal.

Distorsión de la imagen corporal significa una discrepancia significativa entre la percepción de uno o creencias sobre el tamaño y forma del cuerpo y el actual estado del mismo. Es decir, la percepción es errónea en relación con lo objetivamente medible. Y por otro lado cuando se habla de insatisfacción de la imagen corporal, se está haciendo referencia al modo en que uno experimenta su cuerpo. De este modo se puede explicar que la disfuncionalidad se expresa desde la vivencia de que el cuerpo no responde a las exigencias a las que la persona está expuesta, generalmente existen sentimientos de rechazo y desagrado.

Tanto la distorsión como la insatisfacción corporal pueden expresarse como “siendo tan gorda” o “sintiéndome gorda”. Es importante destacar que si bien se expresan de manera semejante, pueden existir separadas o juntas. Es decir, una persona puede tener distorsión y no sentirse a disgusto o al contrario, como sucede con los pacientes con trastornos de la alimentación, donde coexisten la distorsión y la insatisfacción.

Bruch, citado por Kirszman, Rimoldi y Salgueiro (2001), señala que no hay tratamiento exitoso en los trastornos de alimentación sin una corrección de la distorsión de la imagen corporal. Además agrega que es importante, para la recuperación y para evitar recaídas, que la insatisfacción y la distorsión de la imagen corporal, sean un blanco al que apunte específicamente la intervención terapéutica. Por lo que el tratamiento debe estar dirigido a unir ambas cuestiones, rectificar distorsiones y desarrollar una actitud positiva hacia el cuerpo.

Por otro lado, Paul Schider (1989), realiza un análisis sobre la gimnasia, la danza y los movimientos expresivos, en relación a la imagen del cuerpo, que brevemente se desarrollará a continuación.

Él plantea que los seres humanos se encuentran atados y ligados por sus

imágenes corporales. Uno de los motivos de la transformación y del recubrimiento con el vestido es superar la rigidez de la imagen corporal; plantea además, que también la persona puede tratar de modificar la imagen corporal, mediante cualquier clase de gimnasia.

Schilder señala que hay otra manera de disolver o debilitar la forma rígida del cuerpo, es el movimiento y la danza. Este autor plantea que siempre que una persona se mueve, cambia el modelo postural de su cuerpo. El esquema previo del modelo postural permanece en segundo plano y sobre este esquema anterior se construye el esquema nuevo. Cuando nos movemos partimos de un cuadro primario relativamente rígido; en cierto modo parece soltarse y disolverse parcialmente hasta que el cuerpo retoma a una de las actitudes primarias.

La danza debe ser considerada desde un punto de vista semejante, ya que durante un movimiento más rápido o más lento se produce un aflojamiento del modelo postural, pero hay que tener en cuenta que estos movimientos también ejercen influencia desde el lado kinestésico, sobre la percepción del cuerpo.

El autor plantea, que la Danza es entonces un método para cambiar la imagen del cuerpo y aflojar su forma rígida y agrega que el aflojamiento de la imagen corporal acarrea consigo una actitud psíquica determinada. El movimiento influye así, sobre la imagen corporal y lleva de un cambio en la imagen del cuerpo a otro cambio en la actitud psíquica. Existe una interrelación entre la secuencia muscular y la actitud psíquica en la que no solo se vincula dicha actitud con los estados musculares, sino que también toda secuencia de tensiones y relajamientos provoca una actitud específica. Cuando existe una secuencia motriz específica, modifica la situación y actitudes internas, llegando a provocar, una situación imaginaria que se adapta a la sucesión muscular.

De este modo P. Schilder asegura que toda emoción se expresa en el modelo postural del cuerpo y que toda actitud expresiva se halla vinculada con cambios característicos en el modelo postural del cuerpo. Pero estas sucesiones características lo son de cambios en la imagen corporal; son cambios característicos de pesadez y liviandad de las diversas partes del cuerpo. De este modo, el modelo postural del cuerpo varía de continuo y retrocede a las imágenes primarias típicas del cuerpo, que se disuelven y luego se cristalizan nuevamente. La imagen del cuerpo muestra, entonces, rasgos característicos de nuestra vida entera. Hay una constante conversión de entes cristalizados y más bien cerrados, en estados donde prima la disolución y luego una nueva transformación en formas mejores y entes modificados; por lo tanto, es la constante construcción de una forma lo que se disuelve de inmediato y se construye otra vez.

Se evidencia así cómo es posible desarrollar mediante el cuerpo actividades con fines terapéuticos.

Considerando las psicoterapias que toman en cuenta la dimensión corporal, se puede mencionar: la psicomotricidad, la terapia gestáltica, la terapia a través del arte (pintura, escultura, música, teatro, danza), la musicoterapia, el psicodrama y la danzaterapia.

En este trabajo se tomará como técnica de abordaje corporal psicoterapéutico la DANZATERAPIA.

#### ***7.4.1 Danzaterapia***

### **a) Danza. Definición**

Para G. Sbiglio (1995) la danza constituye una serie de movimientos que se repiten en un espacio y en un tiempo determinado, es decir que incluyan una cierta organización espacio-temporal derivada de un ritmo interno y/o externo. La danza es el arte del movimiento por excelencia, el cuál se ha desarrollado a lo largo de la historia de la humanidad, a partir del ritmo corporal (pulsión, necesidades, motivaciones) en armonía de movimientos con el mundo externo (el espacio, la naturaleza, la música, los hábitos de trabajo, las transformaciones sociales, etc.)

Para F. Dorsh (1991), es en primer lugar movimiento expresivo, con un contenido simbólico. En su evolución, se halla en estrecha relación con el canto. Formas originarias: estática, mímica (en las fiestas de la siembra, del sol, de la cosecha, de caza, de guerra). Nacieron como ceremonia mágica y de culto para obtener la benevolencia de los poderes suprahumanos. Posteriormente adquirió la danza, progresivamente el carácter de manifestación artística y forma de esparcimiento.

Otro autor, W. Linda Verlee (1986), sostiene que la danza puede contribuir también a la instrucción académica, así como al desarrollo de la creatividad, especialmente cuando se alienta a los alumnos a crear sus propias pautas de movimiento. El movimiento facilita la base para la construcción del vocabulario, estimulando la creatividad, tanto en la modalidad cinestésica como en la verbal, contribuyendo al desarrollo motor.

Para J. Le Boulch (1985), como parte de las posibilidades de expresión que conducen hacia modalidades artísticas altamente diferenciadas implica una disponibilidad y un dominio del cuerpo que necesitan una formación adecuada. Estas observaciones no excluyen la posibilidad de utilizar la expresión espontánea con fines psicoterapéuticos o catárticos que permitan al sujeto superar el aspecto desvalorizador que pesa sobre su cuerpo, y que le produce un malestar regresivo en la conducta.

Como ya se explicó en otro apartado mediante el análisis de distintos autores, queda claro que no hay sentimiento que no implique un gesto. Las conductas no verbales se adelantan a la expresión verbal.

Siguiendo los postulados de G. Sbiglio (1995), se entiende que la comunicación conciente despierta cuando los gestos se convierten en signos, cuando transportan significaciones y sentidos definidos en la conducta individual que fluye de ellos.

Cuando los individuos realizan ciertos gestos, dan indicaciones a otros individuos que a su vez responden. La riqueza del lenguaje gestual es mayor cuando la expresión verbal se halla en estado rudimentario. Las comunicaciones extraverbales, que van desde los intercambios por contacto hasta los intercambios por imitación gestual rítmica son muy importantes en el caso de las personas con dificultades para comunicarse verbalmente.

Para J. Le Boulch (1985), la danza, antes de ser una forma de arte ha sido una expresión espontánea de la vida colectiva. Es verosímil creer que el hombre danzó antes de haber hablado. En todas las sociedades, el hombre se ha manifestado con el cuerpo desde sus orígenes. Él postula que en las poblaciones primitivas la danza es un medio esencial para participar en las manifestaciones emocionales de la tribu. La expresión del cuerpo se utiliza allí como modo típico de manifestación de los afectos vividos en común. De este modo se la puede considerar como lenguaje social e incluso religioso, creando una estrecha empatía entre espectadores y bailarines, los participantes se hallan en un estado de completa socialización: así el grupo danzante siente y actúa como un organismo único y precisamente en este efecto socializante consistió la significación de la danza primitiva. En las sociedades primitivas, no obstante su fin es

inicialmente de carácter utilitario (estadio de pensamiento mágico), una fuerza independiente de su voluntad lo empuja a actuar como tal: está literalmente poseído. Por ello el poder emocional es enorme, los danzarines y espectadores viven, en verdad, corporalmente la situación. La danza de carácter intuitivo dejó lugar a un simbolismo convencional: la propia vida instintiva va a dar paso a una vida codificada y transportada por necesidades mágicas. En oriente, sobre todo, fueron los sacerdotes, magos y chamanes, los que inventaron un código de la danza y elaboraron leyes; los antiguos hindúes llevaron al extremo la codificación y cualquier expresión personal estaba prohibida. A una danza con carácter de expresión espontánea se la reemplazó por una danza representativa codificada y técnica.

Para Sbiglio (1995), el arte no es la mera transposición de la vida, sino su representación estilizada y simbólica; la danza, como todo arte, debe encontrar su fundamento en la propia vida, con sus pulsiones y su dinamismo pero también es expresión simbólica formalizada, más aún cuando se convierte en una modalidad artística diferenciada, como lenguaje de transmisión a un público.

Por otra parte la autora agrega, que el entrenamiento técnico en la danza como expresión artística diferenciada optimiza la postura y organiza el cuerpo por la exploración de una amplia gama de movimientos (en la cuál interviene indudablemente la actividad mental), a través del espacio, en una dimensión temporal, dinámicamente y sin tensión, apuntando a la expresión formalizada en la que finalmente se ven involucrados los sentimientos, emociones y sensaciones.

### ***b) Danzaterapia. Definición***

Definición según la ADTA (Asociación Americana de Danzaterapia).

*“Se la denomina como el uso psicoterapéutico del movimiento, como un proceso por el cuál se favorece la integración emocional, cognitiva y física del individuo”.*

Los danzaterapeutas son entrenados para responder a ambas expresiones, la verbal y la no-verbal, de sus pacientes y trabajar para facilitar el insight (captación intuitiva), relajación e integración de la personalidad, a través del empleo del ritmo, interno y externo en armonía con el espacio, a través de formas grupales y sistemas interaccionales.

Se trabaja con el cuerpo danzante del paciente a través del propio cuerpo del terapeuta. Éste necesita haber vivido el proceso necesario antes de poder estar frente a un paciente o un grupo como coordinador y sostenedor de la tarea.

El danzaterapeuta va tejiendo los movimientos de los pacientes incluyendo sus gestos, posturas, creando una danza espontánea que parte de las necesidades de los participantes.

El danzaterapeuta lleva al encuentro de situaciones de aprendizaje que son compartidas desde el cuerpo vivido, transitando un recorrido que va desde la estructura anatómico - funcional, el movimiento en relación al espacio y al tiempo, hasta el movimiento como camino expresivo y comunicativo en relación al otro y a los otros. Utiliza un solo concepto operativo para determinar su abordaje del cuerpo; el de “body image” (imagen del cuerpo), en el cuál se aúna, el esquema corporal como estructura tiempo - espacial referente de las acciones y construida a través de ellas (en el sentido kinestésico) y este esquema a su vez en relación con el otro y los otros, la imagen que se va cristalizando desde las primeras tramas vinculares.

Por lo general, en la metodología se suelen combinar dos tipos de abordajes:

1. Situaciones parcialmente estructuradas en las que se exploran las sensaciones del cuerpo en relación al contacto con el piso (conciencia sensorial), en donde el rol del coordinador es de

“guía activo”

2. Experiencias de movimientos no estructurados, en donde se estimula al paciente a encontrar sus propios movimientos. El terapeuta es testigo del desdoblamiento del paciente que se mueve respondiendo a sus “asociaciones libres” (Imaginación Activa).

### ***c) Orígenes y fundamentos.***

La Danzaterapia surge espontáneamente como una práctica realizada por docentes de danza contemporánea con orientación expresionista en ámbitos relacionados con la salud mental, tanto en el ámbito hospitalario como clínica privada. Son ejemplo de lo mencionado, las pioneras americanas en Dance Movement Therapy que emigraron a Europa en las décadas del 30 y 40, como también la pionera argentina Maria Fux.

Son muchas las personas que en distintas partes del mundo han descubierto el valor terapéutico de la danza y la exploración del sí mismo a través del movimiento.

Según Fischman (2000), el uso de la danza y el movimiento es tan antiguo como la danza misma. En muchas sociedades primitivas la danza es tan esencial como alimentarse o dormir. Provee a los individuos la posibilidad de expresarse, comunicar sentimientos y contactarse con la naturaleza. La danza como parte de un ritual acompaña frecuentemente los cambios de la vida, sirviendo de este modo a la integración personal así como también la del individuo a la sociedad.

D. Fischman plantea que la complejidad de la vida moderna implica en muchos casos la alineación, el sentimiento de pérdida de contacto consigo mismo, con los otros y con la naturaleza acentuando la concepción dualista que escinde la mente del cuerpo. La medicina y la psicoterapia evolucionaron como formas de tratamiento focalizando en primer lugar al cuerpo y mas tarde a la mente. Los enfoques psicoterapéuticos eran en su mayoría exclusivamente verbales, excluían la acción.

Según F. Levy (1992), la danza también sufre evoluciones. A los comienzos del siglo xx la danza clásica que acentúa el valor de la técnica sin poner atención en cómo afecta al bailarín, es confrontada con el movimiento de la danza moderna cuyo objetivo era reemplazar las formas rígidas e impersonales del arte, por otras mas naturales que subrayan como valor los movimientos expresivos, la espontaneidad y la creatividad.

Bertenieff (1975) citado por Fischman, postula que la danza moderna reemplazó el desvanecido contenido de la danza clásica occidental con ciertas nociones claves: espontaneidad, autenticidad de la expresión del individuo, conciencia del cuerpo, transitando un complejo rango de emociones y relaciones. Las grandes pioneras representan como temas el conflicto humano, la desesperación, la frustración, la crisis social. Con frecuencia la coreografía de la danza moderna cristaliza una vieja forma del ritual. Esa clave innovadora lleva directamente a la esencia de la danzaterpia.

Por su parte F. Levy (1992) asegura que el cambio de la danza no es algo aislado sino parte del cambio revolucionario que tiene lugar en el clima intelectual de fines del siglo XIX y comienzos del XX. Ideas innovadoras desbordaban de un campo a otro creando un ambiente de mutuas influencias e inspiración.

D. Fischman (2000) sostiene que las teorías de análisis de movimiento creadas por Rudolf Laban alrededor del 1900 son integradas en el uso terapéutico del movimiento y la danza alrededor de 1950. En la década del 60 las teorías de Laban y su discípulo inglés Lamb se popularizan entre las danzaterapeutas en Estados Unidos. Esta teoría que incluye un método de

notación del movimiento y aporta un lenguaje para describir a los pacientes en términos de sus movimientos. Clasifican al movimiento en término de “esfuerzos y formas” y en relación al uso de coordenadas espaciales.

Laban citado por Diana Fischman, considera el movimiento corporal en forma multifacética y compleja. Él ve el potencial del movimiento como medio expresivo del pensamiento conciente e inconsciente de los sentimientos y emociones. Laban postula que el hombre se mueve para satisfacer necesidades. Se dirige hacia algo que tiene valor para si. Es fácil reconocer hacia qué se mueve cuando se trata de un objeto tangible. También los objetos intangibles motivan movimientos.

Según Laban (1991), la variedad de formas con que nos expresamos a través del movimiento conforman estilos, patrones personales de movimiento. Algunas personas se mueven con energía, direccionalidad y rapidez, mientras otras de manera circular, en un tiempo sostenido antes de llegar a un punto o conclusión. Él cree en la capacidad del hombre de evolucionar y cambiar su modo de comunicarse tanto como adaptarse a través de mecanismos concientes e inconscientes.

Laban observa y analiza las destrezas en le movimiento y pone su atención en el contenido y la forma. Sus conclusiones surgen de la investigación del movimiento en el ballet, la danza moderna y el movimiento de la persona en su quehacer cotidiano así como en el trabajo del obrero que ejecuta para la industria británica durante la segunda guerra mundial. Desarrolla un sistema que llama kinetografía o Labanotation en el que describe qué parte del cuerpo se mueven, cuándo y dónde. Describe también los movimientos en términos de esfuerzos. Lamb, citado por Laban (1991) agrega el concepto de forma, resultando el sistema “**esfuerzo y forma**”. Básicamente “**effort-shape**” es un método de descripción de los cambios en la cualidad del movimiento en términos de esfuerzos y adaptaciones al espacio. Estos conceptos básicos interconectados y combinados son ampliamente usados por los danzaterapeutas y analistas del movimiento, desarrollados en sistemas estandarizados y sistematizados como instrumentos de evaluación diagnóstica y orientación terapéutica.

Laban, citado por Fischman (2000), considera que, la noción de esfuerzo describe la dinámica del movimiento en términos de cuatro factores, hacia y con los cuáles se relaciona la persona que se mueve:

**V espacio,**

V peso,

V tiempo,

V flujo

Cada factor de movimiento tiene dos posibilidades opuestas llamadas elementos:

V Entrega (a favor): estado de carácter intransitivo, sensación subjetiva de movimiento.

V Resistencia (en contra): Fuerza de carácter transitivo que produce una acción objetiva.

Según cuál sea la actitud hacia éstos factores se pueden dar las siguientes calidades de movimientos:

El uso del espacio puede ser directo (la distancia más corta entre dos puntos) o indirecto (sinuoso), el peso: liviano o pesado, el tiempo: rápido (súbito) o lento (sostenido) y finalmente el flujo puede ser libre o contenido. Gráficamente:

*FACTOR*

*CALIDAD DEL MOVIMIENTO*

(actitudes): Entrega o Resistencia

Peso -----	Liviano	Pesado
Flujo-----	Libre	Contenido
Espacio-----	Indirecto	Directo
Tiempo-----	Lento o Sostenido	Rápido o Súbito

Estos factores son interdependientes. Lo que varía es la intensidad y la combinación de estos elementos que pueden predominar en un determinado momento. El danzaterapeuta puede observar qué combinación particular se presenta dentro de un contexto. Estos atributos se pueden relacionar con características de la personalidad. En esa vinculación es donde toman significación las cualidades del movimiento. Sin embargo es importante saber que no hay una significación unívoca entre una característica del movimiento y un aspecto de la personalidad, por ejemplo, una persona que se mueve pesadamente o con fuerza, no necesariamente sea más asertiva que una que usa liviandad. El terapeuta necesita entender o interpretar la personalidad en movimiento integrando la perspectiva psicológica, antropológica, sociológica y tomar el proceso y no perderse en los elementos aislados.

La noción de forma introducida por Warren Lamb, también citado por Lanza, implica que cuando se realiza un esfuerzo se da un cambio correspondiente en la forma. La misma describe el “dónde” del movimiento, es decir dónde están las partes del cuerpo posicionadas en relación al espacio.

Las formas clasificadas son:

- V *Flujo de la forma*, implica que el observador ve las partes del cuerpo alejándose del centro o acercándose al mismo.
- V *Direccionalidad del movimiento*, significa que el recorrido del movimiento en el espacio es “arc like” o “spoke like”.
- V En *forma* (shaping), es la adaptación o el moldeado o modulación del movimiento por ejemplo, al sostener a un bebé.

Simultáneamente Laban afirmó que mediante la danza, se refuerza la conciencia del movimiento y se puede refinar el sentido kinestésico, dado que lo que refuerza la conciencia del movimiento no es el dominio de los movimientos físicos aislados, sino más bien la estimulación recíproca del flujo interior y exterior del movimiento que impregna y anima todo el cuerpo, tal como se fomenta en la danza. Así toda persona que haya perdido el uso de uno de sus sentidos, estará incapacitada para refinar esta capacidad, ya que no hay nada que pueda refinarse. El hecho de que los otros sentidos tienden a compensar esta pérdida demuestra que las sensaciones recibidas son el resultado de una combinación de diferentes impresiones sensoriales.

Una parte muy importante de la teoría de Laban es el pensamiento en términos de movimiento: El impacto del movimiento en la mente ha sido objeto de estudio, y se ha descubierto que los movimientos corporales constan de elementos creadores de acciones que reflejan las cualidades particulares del esfuerzo interno del cuál nacen.

Mediante el movimiento es factible comenzar a transmitir un nuevo camino hacia una armonización de la persona y su entorno. Esta fue la principal tesis de Laban, quién encontró que así como nuestra mente, nuestros estados de ánimo, sentimientos, emociones, influyen en nuestros movimientos, posturas, gestos y en nuestro cuerpo; igualmente los movimientos pueden ejercer una poderosa influencia en nuestro psiquismo.

Irmagard Bartenieff, pionera en Danzaterapia, fue quien introdujo los conceptos creados por Laban en Estados Unidos.

Irmagard Bartenieff fue una danzaterapeuta y terapeuta física que creó su propio enfoque conocido como los Fundamentos Bartenieff. Su objetivo educativo tiene como propósito el desarrollo eficiente y expresivo del movimiento, enfatizando los aspectos espaciales del mismo, incorporándolo a una organización motora competente. Luego de graduarse como terapeuta física en la Universidad de Nueva York en 1943, comenzó a trabajar con víctimas de polio en el Willard Parker Hospital. Fue allí donde desarrolló su práctica que posibilitó su conceptualización, los fundamentos y filosofía basada en el uso del movimiento para promover salud mental.

Bartenieff (1943), citada por Fischman, trabajando con niños deprimidos por sus limitaciones físicas encontró juegos de movimiento para atender sus necesidades especiales. Ella enfatizó la movilización de formas de movimiento que tendían a integrar necesidades emocionales y motivacionales con necesidades físicas.

Según esta autora, es importante considerar al paciente como una totalidad sin fragmentación.

Fischman, siguiendo a M. Davis y Bartenieff (1965) señala que el cambio en cualquier aspecto del movimiento transforma la configuración total. Considera el movimiento como un proceso continuamente fluctuante. El comportamiento debe ser entendido en relación al funcionamiento neurofisiológico. La teoría de esfuerzo y la forma (effort-shape) está basada sobre un modelo orgánico de conducta. La hipótesis mayor implica que el proceso neuronal, de adaptación y expresión están integradas en el movimiento. Cualquier movimiento en cualquier parte del cuerpo es a la vez adaptativo y expresivo, funciona como un mecanismo para afrontar situaciones mientras que a la vez refleja la personalidad del individuo.

Bartenieff sostiene que el estilo del movimiento de cada individuo es una amalgama de su tipología congénita, las influencias psicológicas y el medio cultural. Propone respetar la originalidad expresiva individual. Ayuda a sus pacientes a hacer mejor uso de lo que traen en su propio repertorio de movimientos. Considera que si algunos de los esfuerzos descriptos no

aparece en el movimiento es porque se haya disminuido, pero permanece presente aunque muy parcialmente activado.

Esta autora, alerta al danzaterapeuta en cuanto a no señalarle al paciente su imposibilidad o el movimiento faltante, prefiere en cambio estudiar la configuración total del movimiento disponible en el individuo, partir de sus preferencias y posibilidades permite alcanzar los movimientos inhibidos. Esta es la esencia de la filosofía y metodología de Bartenieff, que implica encontrar las actividades que sostengan el desarrollo de sistemas musculares específicos que a la vez afectan ciertas actitudes emocionales. Señala la necesidad de activar y movilizar el “impulso al movimiento” (la motivación que subyace al movimiento). Mantener vivo el impulso, raíz de todo desenvolvimiento del movimiento, sentimiento, pensamiento, comportamiento humano. Encuentra que la creación de diseños espaciales a través del movimiento (circular, angular, etc.) activa respuestas y actitudes emocionales, la externalización de pensamientos y sentimientos específicos. Bartenieff se refiere aquí a los aspectos universales o simbólicos que intrínsecamente forman parte del movimiento del ser humano en general. Ciertos movimientos activan determinados estados emocionales que al ser compartidos posibilitan atraer y desplegar los aspectos personales, particulares de cada individuo. Si el terapeuta “sintoniza” con el paciente promueve y facilita la conexión psicológica con el espacio vía el movimiento y la danza.

Según Fischman, los fundamentos de Bartenieff implican proveer al individuo de cierta conciencia de sí mismos y de su relación con otros. Su técnica es diseñada especialmente para integrar sensaciones corporales con sentimientos, emociones y su expresión. Su diseño metodológico tiene como objetivo posibilitar la unificación perceptual de tres actividades simultáneas: la respiración, la fluctuación muscular y el sentir. Alienta al paciente a desarrollar su propia sensibilidad respecto de su cuerpo. Intenta remplazar la intelectualización del movimiento dirigido desde el exterior, que solo aumenta la disociación y fragmentación, por el desarrollo de la propia sensibilidad en contacto con la interioridad.

Fischman afirma que el movimiento es la llave para la integración de la expresión física y emocional, unificando el cuerpo y la mente, estableciendo un equilibrio entre las demandas que provienen del mundo interno y externo de la personalidad, integrando aspectos subjetivos y objetivos. La autora sostiene que, aunque Freud no incluye la comunicación no verbal como parte de su método psicoanalítico, reconoce la conexión entre el cuerpo y la emoción, así como la relación entre pensamiento y comunicación no verbal. Sostiene que el “yo”, es un yo corporal.

Asimismo es importante destacar los aportes de Wilhem Reich (1949), citado por Fischman. Este psiquiatra y psicoanalista que investigó en sus pacientes con el objeto de clarificar las conexiones somáticas y psíquicas. Descubre que mientras unos pacientes eran capaces de verbalizar pensamientos y sentimientos, otros desarrollan defensas, o “armaduras” enraizadas en el cuerpo en forma de tensión muscular. El aumento del tono muscular en dirección a la rigidez indica que una excitación vegetativa, ansiedad o impulso sexual se ha retraído.

Introdujo el uso de la manipulación muscular para destrabar el acorazamiento y propiciar la liberación de material psicológico reprimido.

En los años 60 Alexander Lowen retoma estas técnicas y conceptualizaciones muy discutidas en la época de Reich, y las reorganiza popularizándolas a través de la creación de un método: la Bioenergética. Compartiendo los principios de Reich crea una forma de psicoterapia en la que se incluye la lectura de lo corporal y acciona a través de proponer ejercicios y maniobras sobre la musculatura y la respiración. Busca la liberación de tensión o energía, allí donde pudiera haber quedado estancada o retenida. La liberación de la tensión muscular y la respiración fluida favorecen la disponibilidad de

la energía para la vida, destrabando y eliminando obstáculos, inhibiciones y limitaciones psico- corporales.

Según Fischman, los estudios de Paul Schilder acerca de la imagen corporal son también de gran valor para la danza-terapia. Él forma parte del grupo de investigadores que en el Bellevue Hospital, alrededor de los años 40 investiga y experimenta el uso verbal y no verbal de las técnicas proyectivas. Lo acompañan Lauretta Bender en psicología y Francisca Boas en danza-terapia, Margaret Neumberg en arte terapia y Adolf Wollman en títeres. Las técnicas proyectivas constituyen una modalidad de intervención creativa y exploratoria que forma parte integral de la Danza-terapia. Estas técnicas son utilizadas en el ámbito de esta disciplina para facilitar la expresividad y el insight.

Además P. Schilder (1989) estudió la “imagen corporal” y la relación entre el movimiento y su impresión en los sentidos. Creía que la imagen mental de la postura corporal, que se construye y desconstruye todo el tiempo, forma la base de todas las actitudes emocionales hacia el cuerpo. Las actividades corporales de movimiento sirven para construir una imagen corporal fuerte.

La investigación de la comunicación no verbal y de la relación mente cuerpo da validez al uso de la danza-terapia como una herramienta terapéutica.

Según F. Levy (1992) el interés por investigación en comunicación no verbal surge con mayor intensidad entre los años 60 y 70. Él postula que la diseminación de las filosofías orientales que enfatizan la unidad mente cuerpo, el desarrollo del psicoanálisis y el encuentro con sus limitaciones, la búsqueda de nuevos métodos para abordar nuevas poblaciones, antes ignoradas o no atendidas, favorecen la búsqueda de nuevas modalidades terapéuticas más eficaces y económicas. A pesar de ser una disciplina relativamente nueva, el uso del movimiento y la danza con fines terapéuticos, se expande.

La utilización de este tipo de técnica clínica implica, como parte de su fundamento, un reconocimiento profundo del valor de lo social, grupal y comunitario como necesidad y posibilidad de encuadre terapéutico apuntando a la curación y/ o mejoramiento de la calidad de vida. Distintos procesos de exploración e investigación con distintas poblaciones dan cuenta de ello: con pacientes esquizofrénicos (M. Chace, S. Chaiklin) autistas (J. Azizollahof, A. Karash), trastornos de la alimentación (S.J. Abrahamsen, S. Bauer) adicciones, (E. Egido, L. Watson) etc., en el marco de Dance Movement Therapy.

Del mismo modo la temática de la emocionalidad y la posibilidad de su expresión corporal y cognitiva esta incluida como central en este tipo de modalidad terapéutica. La empatía corporal y el entonamiento afectivo son ejes de valor en la comunicación intersubjetiva en poblaciones donde el poder de la palabra no alcanza para lograr un nivel satisfactorio de contacto humano.

Según Fischman (1990), la DMT incorpora alguna de las técnicas y teorías mencionadas. Lo que la diferencia es el énfasis que pone en el uso de la forma danza/ movimiento integrada con la verbalización, como la forma primaria de expresión. Algunos danza-terapeutas ven los atributos y dinámicas de la danza y el movimiento, como la forma que sirve de una manera única, a la expresión del inconsciente y además, proveyendo un marco para la construcción de relacionamientos, imagen corporal y desarrollo de la personalidad.

Varias terapias corporales utilizan métodos de trabajo corporal para lograr balance

muscular y alineamiento del esqueleto, que dan al individuo mayor habilidad para relajarse y usar su energía corporal con más flexibilidad, conciencia y satisfacción. Como por ejemplo, métodos como el Mathias Alexander (técnica Alexander) o el método de Moïshe Feldenkrais que apuntan a la concientización del movimiento. A diferencia de los danza terapeutas, los terapeutas corporales toman un rol más directivo o de enseñar. En general, no focalizan en los aspectos psicológicos del movimiento.

#### ***7.4.2-Danza Movimiento Terapia con pacientes con trastornos de la alimentación.***

Arlyne Stark y Simona Aronow (1990) plantean que los pacientes con trastornos de la alimentación que padecen distorsión de su imagen corporal, y todo lo que esto les trae aparejado (baja autoestima, pobre concepto de sí mismo, relaciones interpersonales pobres); tienen además, dificultad para identificar sentimientos y emociones a causa de su disociación de las sensaciones del cuerpo. A través de la danzaterapia estos pacientes son animados a reconocer la tensión en sus cuerpos como un signo de sentimiento (emoción). Este reconocimiento permite controles y elecciones más saludables para reemplazar así las conductas autodestructivas. También ayuda al permitir eventualmente que sus sentimientos puedan ser expresados simbólicamente en movimiento.

La danzaterapia recurre a muchos de los elementos involucrados en la recuperación de estas patologías: mejorar el conocimiento del cuerpo y la imagen corporal, desarrollar un sentido del self y de identidad, reconocer conflictos, revelar habilidades para salir adelante, lograr fortaleza personal y superar el aislamiento.

Además las autoras mencionadas, sostienen que la terapia del movimiento puede facilitar cambios en la actitud de menosprecio de sí mismo de los pacientes con trastornos de la alimentación.

Es importante destacar que, antes de implementar técnicas de Danzaterapia a paciente con estas características, los terapeutas deberán tener en cuenta el nivel de funcionamiento de cada paciente, su motivación para el cambio y la disponibilidad para usar su cuerpo como un vehículo para el autoaprendizaje y la autoexpresión. Algunos pacientes estarán extremadamente temerosos de usar su cuerpo como vehículo para cambios terapéuticos.

Finalmente es importante mencionar que aunque las técnicas empleadas en el presente trabajo, parecen ser relativamente simples ciertamente requieren un nivel de sofisticación en la comprensión y observación del movimiento del cuerpo, que requerirán de un coordinador entrenado y capacitado en la dinámica del trabajo corporal.

## 8. PROYECTO

**“Intervención grupal a través de la Danza Movimiento Terapia en pacientes con trastornos de la alimentación que padecen distorsión de la imagen corporal.”**

Este proyecto surge como complemento al abordaje interdisciplinario que propone AIPA para los trastornos de alimentación, teniendo en cuenta que la propuesta de dicha institución apunta a trabajar sobre las causas que dieron lugar a la enfermedad, atendiendo al mismo tiempo los distintos aspectos y consecuencias de sus manifestaciones. Por esto cuentan con un equipo de especialistas en las distintas áreas (psicología, psiquiatría, clínica médica, nutrición, etc.) y también con actividades terapéuticas específicas, que son indicadas en función de un diagnóstico exhaustivo de cada caso en particular (psicoterapia individual y familiar grupos de reflexión talleres nutricionales y terapéuticos).

Mediante este proyecto se busca brindar asistencia terapéutica, desde el trabajo corporal, utilizando técnicas de Danza Movimiento Terapia (DMT), a pacientes diagnosticadas con bulimia y anorexia, teniendo en cuenta que la estrategia terapéutica que se propone en el presente trabajo, apunta fundamentalmente a la percepción de la delimitación yo - no yo y a recobrar el contacto con las sensaciones de interioridad, tan difícil en estos pacientes. La toma de conciencia y la percepción de la piel como envoltura del cuerpo, de la masa muscular y de los huesos. La percepción del peso, del volumen y la tridimensionalidad. Todos estos aspectos están directamente relacionados con la problemática de la distorsión de la imagen corporal.

Por lo anteriormente dicho, el presente trabajo apunta a la implementación de un espacio en el que se pueda abordar la problemática de la distorsión de la imagen corporal, como una de las principales características de estos trastornos, a través de la Danzaterapia, como utilización psicoterapéutica del movimiento. El presente trabajo se presentará frente a la institución, como una actividad terapéutica para incluir en el marco de Talleres de Actividades Terapéuticas con las que AIPA ya cuenta.

### **8.1. Conformación de los grupos de trabajo.**

Las pacientes que lleven a cabo la actividad propuesta, serán derivadas por los profesionales a cargo de los tratamientos individuales, teniendo en cuenta la particularidad de cada una. Los grupos se conformarán de acuerdo a las características de las pacientes que hayan sido derivadas para realizar la actividad. Los profesionales acordarán cuáles serán las pacientes aptas para llevar a cabo la actividad según el seguimiento que realizan de cada una de las mismas. Es preciso destacar que una vez seleccionadas, las pacientes tendrán una entrevista previa al comienzo de la actividad, con el coordinador. La finalidad de esta entrevista será poner al tanto más específicamente a la paciente sobre los objetivos de la actividad, el desempeño de ella como integrante, y las dudas que se presenten para cada una en particular. Considerando las inquietudes que se le puedan presentar a la paciente, respecto al ingreso a esta nueva actividad, este primer encuentro le permitirá verbalizar sus preguntas y temores. Al mismo tiempo al coordinador le permitirá escuchar las expectativas de cada una de las jóvenes

que participen de la actividad.

En esta entrevista se le aplicará a la paciente la Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gardner, a modo de registrar este dato para el momento de realizar la evaluación del proceso, al final del mismo.

## **8.2. Modalidad de intervención.**

La modalidad de intervención será **grupal**, en el marco de un taller terapéutico, que constará de doce encuentros y se llevará a cabo una vez por semana con una hora de duración cada encuentro. Los grupos serán cerrados, ya que favorecen a la cohesión grupal y la continuidad de los temas. Cada grupo se conformará con un determinado número de participantes que iniciarán y acabarán el proceso grupal al mismo tiempo.

En cada encuentro se desarrollarán diferentes actividades, en las que se utilizarán técnicas corporales para cumplir con los objetivos delimitados para cada actividad.

Los grupos se dividirán teniendo en cuenta las características de cada paciente. Las pacientes serán asignadas para formar parte del taller por su terapeuta individual.

Para Irvin Yalom y S. Vinogradov (1996), el tamaño ideal de un grupo prototípico de orientación interpersonal es de siete u ocho miembros y de no más de diez. Si el número de miembros es demasiado reducido, no se producirá la masa crítica de interacciones interpersonales. No habrá suficientes oportunidades para una amplia validación consensuada de diferentes puntos de vista, y los pacientes tenderán a interactuar uno por uno con el terapeuta más que mutuamente. En un grupo de más de diez miembros, puede producirse una amplia y fructífera interacción, pero algunos miembros quedarán excluidos: el tiempo será insuficiente para examinar y comprender todas las interacciones de cada uno de los miembros. Los mismos autores postulan que; el tamaño grupal óptimo que permite a los miembros compartir mutuamente sus experiencias va desde un mínimo de cuatro o cinco y un máximo de doce participantes. Los grupos que oscilan entre seis u ocho miembros ofrecen la mayor oportunidad de intercambio entre todos los pacientes.

Es importante destacar que los trabajos grupales son un engranaje más en la propuesta terapéutica interdisciplinaria de AIPA.

Según M. C. Melendez (2002), el campo grupal es complejo y contradictorio, pero pertenecer a un grupo responde a una necesidad esencialmente humana de contacto y comunicación.

La autora sostiene que humano no se nace, se hace y se hace desde el origen de la vida por

el encuentro en un vínculo con otro de su especie que le posibilita superar su condición biológica y convertirse en sujeto social inscripto en un universo simbólico.

La familia es el primer grupo donde participa el niño y allí adquiere patrones de comportamiento básicos para relacionarse con el mundo exterior. Otros grupos de pertenencia como la escuela, club, amigos, etc. continúan ese trabajo, pudiendo corregir o intensificar las fallas adquiridas en el seno familiar.

Los pacientes con trastornos de la alimentación suelen presentarse: “soy bulímica “, “soy anoréxica “, como si la enfermedad le diera existencia, sustituyendo la pregunta acerca de su subjetividad por una actividad orgánica.

La autora postula que en un principio hay un abismo entre la queja y la pregunta sobre la raíz de su sufrimiento, cuesta reconocerlo como psíquico, se elude responsabilidades y se le atribuye su impotencia a la realidad exterior

En general circulan con un discurso escueto, carente, con una imagen vacía de sí mismas, con poca o ninguna amiga y mucha soledad.

El encuadre grupal supone un “cara a cara” que posibilita un doble canal de expresión, la mirada y el habla.

Poder mirar, poder escuchar a otro que le pasa lo mismo les permite a estas pacientes, poder confrontar y reconocerse en lo dicho por otras personas, por similitud o contraste, cuando entran en resonancia y pueden metabolizar los estados de ánimo de los demás participantes, amplían sus límites individuales y la conciencia sobre ellas mismas.

La actividad grupal desarrolla la capacidad de espera y la tolerancia a las diferencias, según Zukerfeld (2001) su acción transformadora está dada por la mutua ayuda que favorece al cambio vincular, vuelve activo y pasivo al mismo tiempo y se ayudan ayudando.

El “me pasa”se transforma, por el trabajo grupal, en un “nosotros podemos hacer algo con nuestro problema”, generando confianza y esperanza.

Para Melendez (2001), perder el miedo a pensar, a problematizarse, tolerar la incertidumbre, conseguir que el trabajo con otro sea un homenaje a la pregunta, desarrollar el espíritu crítico, permite ubicar el origen del sufrimiento en un espacio diferente que remite a la historia personal que es a su vez la historia de varias generaciones en un contexto socio-cultural determinado que trasciende al individuo.

La reflexión grupal acelera los tiempos, desinhibe más rápido, permite reconocer que los pensamientos están inundados de afectos y que para la mente éstos son alimentos que hacen crecer, posibilita la aparición de conflictos y situaciones de sufrimiento personal, familiar y social, quizás por que el entramado grupal se configura como una “red humana”donde los otros entienden porqué les pasa lo mismo.

### **8.3. Coordinador de la actividad**

Se sugiere que el proyecto sea llevado a cabo por un profesional de la psicología previamente formado para desarrollar las actividades como Danzaterapeuta. Cabe agregar, que por ser AIPA una institución que propone un abordaje interdisciplinario de la problemática, el coordinador de esta actividad estará en permanente interacción con los demás profesionales de la institución. Y las observaciones pertinentes acerca de la actividad y de cada caso en particular, se expondrán en las reuniones de equipo que se lleva a cabo

semanalmente.

#### **8.4. Definición de los objetivos**

##### **8.4.1- Objetivo general.**

Generar una estrategia de intervención para trabajar en un espacio terapéutico grupal la problemática de la distorsión de la imagen corporal que padecen pacientes con Trastornos de la Alimentación. Esta intervención se implementará utilizando técnicas de Danza Movimiento Terapia.

##### **8.4.2-Objetivos específicos.**

- A. Propiciar a través del trabajo corporal modificaciones de la imagen del propio cuerpo tendientes a que la persona establezca una relación más placentera y realista con el mismo.
- B. Contribuir, a partir de la implementación de una Instancia de trabajo terapéutico corporal, al tratamiento interdisciplinario que realiza AIPA.
- C. Contribuir a una mejor comprensión y conocimiento de los procesos relacionados a la integración de las emociones a través de la Danzaterapia.

Para el cumplimiento de los objetivos previamente mencionados se propone la creación e implementación de un espacio en el que se desarrollen actividades específicas relacionadas al trabajo corporal mediante técnicas de danza movimiento terapia.

Este espacio se sumará a los talleres de actividades terapéuticas que actualmente forman parte del abordaje interdisciplinario que propone AIPA.

Es preciso entonces dar una definición de taller.

Según J. C. Lespada (1994), también se lo puede definir como una estructura pedagógica de acción, en la cuál la enseñanza como el aprendizaje conforman un marco de fuerte compromiso personal, en base a propuestas específicas. Es una técnica operativa del proceso de enseñanza-aprendizaje, mediante la acción, a realizarse sobre un proyecto concreto de trabajo en grupo. Es una forma, un camino, una guía flexible, dúctil, enriquecedora para la persona y el grupo, fundamentada en el aprender haciendo por placer y la activación del pensamiento por propia convicción, necesidad y elaboración. El mismo autor también lo define como un instrumento, un método práctico de abordaje del sujeto y la realidad, tomando como punto neurálgico la acción protagónica y responsable individual y grupal.

Por otra parte, para R. Ayerdi Barros (1990), el taller es una modalidad de trabajo aplicable a muchos temas, que facilita la experiencia de aprendizaje particular y sustancialmente diferenciado, es un lugar de encuentro con la posibilidad de intercambiar distintos niveles de conocimiento en una tarea compartida que se recrea constantemente y que favorece el desarrollo individual y grupal y donde el eje de trabajo es el logro de un producto colectivo.

El taller que se propone en el presente trabajo, va a constar de 12 encuentros organizados una vez por semana. La duración de cada encuentro se preve de una hora. Al finalizar los doce encuentros se realizará un encuentro más con la finalidad de darle un cierre a la actividad, en el que las pacientes responderían una serie de preguntas que tendrán que ver con la evaluación de los resultados del proceso.

Este taller tiene como finalidad, el cumplimiento de los objetivos generales y específicos que se han descrito en el apartado anterior.

Se proponen, actividades específicas que se detallarán a continuación y que tienen los siguientes objetivos:

1. Propiciar la cohesión grupal y la confianza entre los miembros del grupo y el coordinador.
2. Contribuir a la reelaboración de la conciencia del propio cuerpo a partir del reconocimiento de las partes del mismo.
3. Ayudar a desarrollar un claro sentido de los límites del cuerpo, mediante técnicas dirigidas a fomentar el registro de puntos de apoyo, flexibilidad, rigidez, ritmos e intensidades.
4. Contribuir a la recuperación de la autonomía y fomentar la autoestima.
5. Contribuir a la superación del aislamiento, y el enriquecimiento de las relaciones interpersonales.
6. Realizar el cierre del proceso.

### **8.5. Definición de las metas.**

1. Que en dos encuentros pueda iniciarse el desarrollo de la cohesión grupal y la confianza en el grupo y en el coordinador de la actividad.
2. Que en tres encuentros pueda iniciarse el desarrollo de la reelaboración de la conciencia del propio cuerpo a partir del reconocimiento de las partes del mismo.
3. Que en dos encuentros las pacientes hayan comenzado a desarrollar un mejor sentido de los límites del cuerpo.
4. Que en tres encuentros en la mayoría de las pacientes se haya producido un leve aumento de la autonomía y autoestima.
5. Que en dos encuentros la mayoría de las pacientes que concurren a este espacio puedan lograr una ejercitación en la distancia vinculada a las relaciones con los otros.
6. Que un encuentro se realice el cierre del proceso.

### **8.6. Plan de actividades.**

En el presente proyecto se presentan varias técnicas por actividad, facilitando diversos recursos al coordinador para utilizar según las características del grupo. Es importante tener en cuenta, que no se pretende la aplicación de todas las técnicas que se sugieren, puede suceder que la utilización de una sola técnica logre cierta movilización del grupo, que excluya la

necesidad de implementar otras. Además es de importancia considerar que las metas con sus respectivas actividades están organizadas en cierto orden para poder estructurar el proyecto, pero dicho orden dependerá de las características del grupo y de las situaciones y emociones que se generen en el mismo. Quizás se presenten momentos en los que el grupo necesite retomar actividades anteriores, para después seguir avanzando.

Con respecto al tiempo de ejecución, éste es estimativo, dependerá de la cantidad de técnicas que se implementen, como también de las características de cada grupo.

El diseño de este proyecto se ha basado principalmente en dos programas sobre Trabajo Corporal en los trastornos de alimentación. Uno de ellos es el proyecto: "Danza Movimiento Terapia con pacientes Bulímicos" llevado a cabo por Danzateraputas americanas, Arlynne Stara, Simona Aronow y Theresa Mc Geehan, extraído del Programa de Entrenamiento en Danza Movimiento Terapia de Bs. As. (1999). El otro es "Trabajo Corporal en los Trastornos de la imagen Corporal", como una herramienta más a fin de ayudar en esta dirección, dentro del *Programa de Asistencia Unificada para Trastornos Alimentarios (PAUTA)*, llevado a cabo por la Lic. Marisú Rimoldi (2001).

Otro trabajo que fue de gran utilidad para la planificación de las actividades que se expondrán a continuación es: "*El Cuerpo Hablado. Psicoanálisis de la Expresión Corporal*" de Jean Le Deux (1992).

Es preciso aclarar que antes de dar comienzo a cada actividad, se desarrollará durante los primeros 10 – 15 minutos, una breve etapa de preparación, que se la denomina "caldeamiento", con la finalidad de que las pacientes puedan comenzar a conectarse con el lugar, el momento, con su propio cuerpo. Este momento será de utilidad para el coordinador, ya que le permitirá tener un registro de cómo están las pacientes, cómo llegaron ese día.

Es importante esta observación por parte del coordinador a lo largo de todo el proceso. La misma le brindará información de lo que cada una y el grupo "puede" o "no puede" hacer.

**Meta1:** Que en dos encuentros pueda iniciarse el desarrollo de la cohesión grupal y la confianza en el grupo y en el coordinador de la actividad.

*Actividades propuestas para el logro de la meta número 1.*

Actividad 1:

El primer objetivo para desarrollar la confianza entre los miembros del grupo consiste en la presentación formal entre los integrantes entre sí y el coordinador del grupo. Dado que la timidez y falta de naturalidad suele ser un problema común en personas con trastornos de la alimentación, se hace fundamental implementar actividades destinadas a fomentar el intercambio entre los miembros del grupo entre sí y de éstos con el coordinador; este sería un primer paso para lograr la cohesión en el grupo.

Cabe destacar la importancia de la utilización de técnicas en las que el intercambio entre los integrantes del grupo y el coordinador sea "no verbal", ya que este modo de relación puede proveer al coordinador información sobre los sentimientos del paciente y al mismo tiempo, les da a las pacientes la experiencia de ser comprendidas y aceptadas en un nivel corporal inconsciente.

La responsable de llevar a cabo esta actividad será la coordinadora del grupo.

Actividad 2:

La segunda actividad propuesta para el logro de la meta número uno, consiste en el establecimiento del encuadre y de las reglas grupales a seguir durante el transcurso del proceso.

Pautar el tiempo de duración del proceso, así como también el tiempo de duración de cada uno de los encuentros, le dará a la propuesta un marco de orden. De este modo cada una de las pacientes que integre el grupo, deberá asumir la responsabilidad de asistir en tiempo y forma a cada uno de los encuentros, respetando así las normas preestablecidas.

Actividad 3:

La tercera actividad propuesta se refiere a la implementación de técnicas que favorezcan la cohesión grupal y la confianza entre los miembros. Esta actividad se llevará a cabo en el segundo encuentro y se estima un tiempo aproximado de una hora para la realización de la misma.

Las técnicas que se proponen implican el empleo de ejercicios que requieren de la participación de todos los miembros del grupo. Como por ejemplo la técnica de "Trust Falls", en la que se utiliza una banda elástica lo suficientemente amplia para acomodar al grupo, en forma de círculo dentro de la tela. La banda aumenta la seguridad dando la sensación de estar sostenido a través de la estimulación tangible alrededor del cuerpo y suministrando un verdadero envase o recipiente para el grupo. Las pacientes se paran dentro de la banda elástica como pareja o como grupo y se reclinan sobre ésta, alejándose unos de otros.

La responsable de guiar al grupo en la ejecución de esta actividad es la coordinadora a cargo del taller.

Es preciso aclarar, y esto vale para todas las actividades, que al finalizar cada encuentro el coordinador dará lugar al intercambio verbal para poder poner en palabras lo vivido durante las actividades. De este modo cada paciente tendrá la oportunidad de poder expresar lo que

esté sintiendo en ese momento con respecto a la actividad o simplemente lo que esté necesitando compartir.

Este intercambio verbal entre las pacientes entre sí y el coordinador, no se pensó a los fines de interpretar ni analizar lo acontecido, sino para dar un cierre a cada encuentro, en un marco de contención, teniendo en cuenta que las actividades, por simples que sean pueden llegar a ser de mucha movilización para las pacientes.

**Meta 1:** Que en dos encuentros pueda iniciarse el desarrollo de la cohesión grupal y la confianza en el grupo y en el coordinador de la actividad.

Actividades	Tiempo de ejecución	Técnicas a utilizar	Lugar de realización	Recursos materiales
Presentación entre las integrantes del grupo.	30 minutos de un encuentro de una hora de duración.	El juego de los nombres. Presentación formal.	Sala de talleres terapéuticos.	
Establecer el encuadre y las reglas grupales.	(Momentos iniciales) 10-15 minutos de un encuentro de una hora de duración.	Expresión verbal.	Sala de talleres terapéuticos.	
Implementación de técnicas que favorezcan la cohesión y la confianza.	Un encuentro de una hora de duración.	Ejercicio caída de confianza. La técnica del paracaídas. El juego de la imitación del movimiento.	Sala de talleres terapéuticos.	Telas. Equipo de música.

**Meta 2:** Que en tres encuentros pueda iniciarse el desarrollo de la reelaboración de la

conciencia del cuerpo a partir del reconocimiento de las partes del mismo.

### *Actividades propuestas para el logro de la meta número 2*

#### Actividad 1:

La primera actividad propuesta para el logro de la meta número dos, que tiene que ver con poder propiciar en las pacientes la reelaboración de la conciencia del cuerpo y de la imagen corporal, es la aplicación de ejercicios de respiración. A través del conocimiento del cuerpo las pacientes pueden comenzar a distinguir y diferenciar las señales propias del cuerpo. Según Siegel, (1984) la más básica conciencia del self se logra con la respiración. Los ejercicios de respiración pueden también establecer conexiones primordiales con el cuerpo, ya que fomentan una conciencia de sensaciones y de áreas de tensión. A medida que se recuperan las conexiones con el cuerpo, también retornan las sensaciones o sentimientos, permitiendo así que tanto los sentimientos positivos como los negativos se puedan cristalizar. Una de las técnicas propuestas es la de la Respiración Completa. En el proceso de Respiración Completa el individuo respira profundamente expandiendo la cavidad torácica en diferentes direcciones por igual. El torso se expande hacia delante y hacia atrás. Es beneficioso que las pacientes vean esta técnica demostrada y también que toquen el torso de quien lo demuestre con el objeto de sentir los cambios de la respiración. Los pacientes luego sienten sus propios torsos para experimentar donde la respiración es retenida y donde es expandida a medida que se profundiza la respiración, a menudo brotarán algunos sonidos.

Para esta actividad se preve un encuentro de una hora de duración.

#### Actividad 2:

La segunda actividad propuesta tiene que ver con el desarrollo de técnicas orientadas a favorecer el registro de las sensaciones corporales. En relación con lo anteriormente mencionado respecto de la reelaboración de la conciencia del propio cuerpo, otra área importante de la conciencia del cuerpo involucra el "sentir" las partes del cuerpo. Por eso en esta actividad se propone llevar a cabo técnicas que tienen que ver con el reconocimiento de diferentes texturas, más suaves, más ásperas, livianas o pesadas, duras o blandas, a través de ejercicios que implican la utilización de diferentes materiales por ejemplo telas y globos. Se espera que, al finalizar la actividad, las integrantes del grupo puedan expresar verbalmente lo que cada una sintió al estar en contacto con los diferentes materiales.

Se estima para esta actividad un encuentro de una hora de duración.

#### Actividad 3:

La tercera actividad propuesta para el logro de la meta número dos, apunta a brindar información sobre el conocimiento de las diferentes partes del cuerpo, ya que en esta instancia es de especial importancia ayudar a las pacientes a localizar las señales anatómicas de los huesos, por ejemplo unión de los hombros, realizando movimientos que permitan tomar contacto

con la articulación que hay entre el hombro y el brazo. Aprender a diferenciar entre músculo esencial (el cual tiene volumen) y la gordura. Las pacientes pueden desarrollar, de esta manera, un sentido de lo que es "normal" estructuralmente. Esta comprensión ayuda a las pacientes a estimar sus propios cuerpos de manera más realista. Se proponen técnicas que tienen que ver con el aprendizaje de los nombres de las partes de cuerpo humano. Se pueden utilizar láminas con dibujos del cuerpo humano con fines educativos.

Se estima para la realización de esta actividad, aproximadamente 20 minutos de un encuentro de una hora de duración.

#### Actividad 4:

La cuarta y última actividad propuesta para la meta número dos, tiene que ver con aprender el uso y funcionamiento de las partes del cuerpo. Para lograr esto se propone llevar a cabo técnicas que requieran del "uso" del cuerpo, como es por ejemplo un Pre calentamiento.

En este caso el caldeoamiento o pre calentamiento tiene que ver con poner al cuerpo en movimiento de a poco. Comenzando a mover una por una las diferentes partes, con música suave de fondo, mientras que el coordinador va nombrando qué parte se está moviendo, y simultáneamente va haciendo referencia sobre la importancia de esa parte que compone el cuerpo. Por ejemplo: *"llegamos a las rodillas, las movemos, y pensemos para qué utilizamos a las rodillas, cómo las utilizamos, qué función cumplen en nuestro cuerpo?..."* Esta es una manera de que la persona tome contacto con las diferentes partes del cuerpo y pueda comenzar a pensar en él desde otra perspectiva. Este mismo ejercicio se va haciendo con las diferentes partes, nombrando huesos y músculos.

Poner al cuerpo en movimiento hace que cada una de las partes del mismo se ponga en funcionamiento. La finalidad es que al concluir la actividad se pueda hacer un intercambio verbal acerca de lo que implicó para cada paciente poner en funcionamiento cada una de las partes del cuerpo.

Se estima que esta actividad se lleve a cabo durante los 40 minutos restantes del mismo encuentro en el que se desarrollará la actividad número 3, teniendo en cuenta que podría llegar a extenderse unos minutos más dadas las características de la actividad, o que podría continuarse en un próximo encuentro.

**Meta 2:** Que en tres encuentros pueda iniciarse el desarrollo de la reelaboración de la

conciencia del cuerpo a partir del reconocimiento de las partes del mismo.

Actividades	Tiempo de ejecución	Técnicas a utilizar	Lugar de realización	Recursos materiales
Implementar ejercicios de respiración.	Un encuentro de una hora de duración.	Técnica de respiración completa. Vocalización de sonidos. La respiración consciente.	Sala de talleres terapéuticos.	Equipo de música. Colchonetas.
Desarrollar técnicas orientadas a favorecer las sensaciones corporales.	Un encuentro de una hora de duración.	La técnica de las texturas. Expresión verbal.	Sala de talleres terapéuticos.	Equipo de música Telas Globos
Reconocimiento de las diferentes partes del cuerpo.	15-20 minutos de un encuentro de una hora de duración.	Exposición de una figura del cuerpo humano. Expresión verbal	Sala de talleres terapéuticos.	Láminas
Aprender el uso y funcionamiento de las partes del cuerpo.	40 minutos de un encuentro de una hora de duración.	Entrada en calor. Asociando las partes del cuerpo. Expresión verbal.	Sala de talleres terapéuticos.	Equipo de música.

**Meta 3:** Que en dos encuentros las pacientes hayan comenzado a desarrollar un mejor sentido de los límites del cuerpo.

### *Actividad propuesta para el logro de la meta número 3*

#### Actividad:

La actividad que se propone para el cumplimiento de la meta 3, tiene que ver con el desarrollo del sentido de los límites del cuerpo. Elaborar un claro sentido de los límites del cuerpo requiere de auto diferenciación. Las técnicas que se utilizarán para llevar a cabo esta actividad son ejercicios de relajación, y de exploración del espacio personal. Estas técnicas se realizan acostadas en el suelo, sobre una colchoneta, con los ojos cerrados. Las pacientes son guiadas a través de los ejercicios de relajación y se les pide que exploren las formas de sus cuerpos, sus superficies así como el volumen de las partes del mismo, tanto visual como a través del tacto. Otra técnica recomendable para llevar a cabo esta actividad es la Exploración Imaginaria del Espacio Personal. Una forma de definirse uno mismo en el espacio y reconocer límites es por medio de la investigación del espacio personal, explorando de arriba hacia abajo, a los costados, hacia delante y hacia atrás también explorando a un nivel más alto (por sobre la cabeza) en el medio y abajo (cerca del piso). El coordinador va guiando la actividad, estimulando a las pacientes a ir explorando diferentes niveles, moviéndose en diferentes direcciones, para que de este modo ellas mismas puedan probar las diferentes posibilidades de moverse de un modo u otro, en una dirección o en otra, y así tomen contacto con lo que van sintiendo frente a

las diversas posiciones.

Se estiman dos encuentros de una hora de duración, cada uno, para la realización de esta actividad.

**Meta 3:** Que en dos encuentros las pacientes hayan comenzado a desarrollar un mejor sentido de los límites del cuerpo.

Actividades	Tiempo de ejecución	Técnicas a utilizar	Lugar de realización	Recursos materiales
Desarrollar técnicas que favorezcan la adquisición del conocimiento de los límites del cuerpo.	Dos encuentros de una hora de duración cada uno.	Ejercicios de relajación. Exploración Imaginaria del Espacio Personal. Ejercicio para probar la fuerza de nuestro cuerpo.	Sala de talleres terapéuticos.	Equipo de música.

**Meta 4:** Que en tres encuentros, en la mayoría de las pacientes se haya producido un leve aumento de la autonomía y la autoestima.

#### *Actividades propuestas para el logro de la meta número 4*

##### Actividad 1:

La primera actividad propuesta para el logro de la meta número 4 es la implementación de técnicas orientadas a favorecer la autoestima. Las técnicas que se proponen son esencialmente dos, "Cambiando el Liderazgo", es una técnica que comienza con todas las pacientes paradas en una hilera. El paciente en una punta comienza a moverse con la música dirigiendo al grupo en una fila alrededor de la sala. Los que están en fila imitan los movimientos del líder, cuando otra persona quiere hacerse cargo del mando comienza un nuevo movimiento o dirección en el espacio. El que lo haga deberá ser muy claro y obvio en sus movimientos para que el resto del grupo enfoque su atención en el nuevo líder. El liderazgo puede cambiar en cualquier momento. Fomentar el liderazgo es una forma de apoyar y sostener la autonomía, mientras se construye la autoestima en el contexto del grupo.

Se estima para esta actividad un encuentro de una hora de duración.

##### Actividad 2:

La segunda actividad propuesta para el cumplimiento de la meta 4, tienen que ver con el implemento de técnicas orientadas a desarrollar la autonomía. Para desarrollar un sentido de autonomía es importante que las pacientes puedan experimentar el centro real del cuerpo y los dos centros de peso. Esto incluye un claro sentido del equilibrio, conciencia de estabilidad y movilidad en ambas partes del cuerpo: la superior y la inferior. El equilibrio ayuda a desarrollar la definición del cuerpo. Para esto se propone realizar técnicas de equilibrio, como por ejemplo, desplazándose de un pie a otro y luego centrando el cuerpo y descubriendo los dos centros de peso (resistencia, fortaleza en la pelvis y flotabilidad en el pecho) promueve un sentido de integración corporal.

El coordinador propone cierto tipo de movimientos para estimular el uso del cuerpo en relación a lo mencionado anteriormente primero con una música que incite a moverse con la sensación de no perder el centro y el control del cuerpo, con un ritmo más fuerte y marcado, las pacientes pueden ser animadas a estampar sus pies contra el piso, o a experimentar movimientos dirigidos a probar la fuerza. Luego con otra música, con un ritmo menos marcado y que estimule al cuerpo a moverse más suavemente, pero sin perder la sensación del centro y de la necesidad de tener que mantener firme los apoyos para no perder el equilibrio, se le propondrá a las pacientes probar movimientos más fluidos, más ligados.

También se proponen ejercicios orientados a fomentar la expresión de la afirmación, el enojo y la agresión, ya que una manera de expresar autonomía en relación con los otros a través del uso de estos sentimientos. El grupo es animado a imitar los movimientos del cuerpo y sonidos de animales agresivos. Sin embargo si el sentimiento es fuerte, es importante llegar al cierre del encuentro, orientando a los integrantes a realizar movimientos más calmos y menos agresivos. Esto los ayudará a sentirse seguros y menos vulnerables.

Para la realización de estas actividades se estiman dos encuentros de una hora de duración, cada uno distribuidos en forma semanal.

**Meta 4:** Que en tres encuentros, en la mayoría de las pacientes se haya producido un leve aumento de la autonomía y la autoestima.

Actividades	Tiempo de ejecución	Técnicas a utilizar	Lugar de realización	Recursos materiales
Implementar técnicas orientadas a favorecer la autoestima.	Se calcula un encuentro de una hora de duración.	Cambiando el liderazgo. Floking (técnica de congregación-mul- titud)	Sala de talleres terapéuticos.	Equipo de música.
Implementar técnicas orientadas a desarrollar la autonomía.	Dos encuentros, con frecuencia de una vez por semana y una hora de duración.	-Ejercicios dirigidos a experimentar el centro del cuerpo y los dos centros de peso (Técnicas de equilibrio; Técnicas de empujar y tirar)  -Ejercicios orientados a la expresión de la afirmación, enojo y agresión.	Sala de talleres terapéuticos.	Equipo de música. Almohadones

**Meta 5:** Que en dos encuentros la mayoría de las pacientes puedan lograr una ejercitación de la distancia vinculada a las relaciones con los otros.

*Actividades propuestas para el logro de la meta 5*

**Actividad:**

La actividad propuesta para el logro de la meta número cinco, es la implementación de técnicas dirigidas a estimular las relaciones interpersonales, y se proponen las siguientes.

En la técnica la "Distancia Espacial", las pacientes son instruidas para que tomen distancia o se acerquen a otras compañeras alternativamente hasta que se encuentren en un lugar que les resulte cómodo en relación a los otros miembros del grupo. Cuando este ejercicio es completado se les pide que piensen acerca de la distancia en las relaciones entre las personas.

"Espejándose con un Compañero", es una técnica que puede clarificar los cambios sutiles en el conocimiento de la conducta propia o ajena mientras estimula la espontaneidad.

Las pacientes eligen a una compañera y se ponen de acuerdo con respecto a quien será la que dirige y quien seguirá a esta. La idea es que al comenzar la música uno se mueve y el otro lo debe seguir. El proceso comienza usando sólo las manos o una parte del cuerpo, gradualmente se involucran otras partes del cuerpo hasta que el movimiento del cuerpo entero es logrado. Todas las comunicaciones entre los pacientes son no verbales. Las pacientes cambian roles a medida que el coordinador considera que el líder a logrado moverse con espontaneidad y creatividad. En ese momento el coordinador da la indicación de cambiar los roles. El que guiaba, ahora es guiado.

Cuando ambos pacientes han tenido la oportunidad de ser líder, el coordinador les pide que continúen sin designar un líder. Esta parte del trabajo es menos estructurado y estimula diálogos e intercambios de movimientos libres a través de la comunicación no verbal.

En esta parte, todos se mueven siguiendo la música, cada uno a su ritmo y a su modo, más cerca o más lejos de las compañeras, sola o de a dos, o en pequeños grupos.

Al finalizar la actividad, durante el momento del intercambio verbal, las pacientes tendrán la posibilidad de expresar cómo se sintieron más cómodas, qué parte de la actividad les gustó más, si prefirieron moverse solas, o con una compañera, o con un pequeño grupo, a qué distancia del otro prefirieron moverse, etc.

**Meta 5:** Que en dos encuentros la mayoría de las pacientes puedan lograr una ejercitación de la distancia vinculada a las relaciones con los otros.

Actividades	Tiempo de	Técnicas a	Lugar de	Recursos
	ejecución	utilizar	realización	materiales
Implementar	Dos encuentros	La distancia	Sala de talleres	Equipo de música
técnicas	de una hora de	espacial.	terapéuticos.	

dirigidas a	duración cada	Espejándose con		
estimular el	uno.	un compañero.		
enriquecimiento		Expresión		
de la relación		verbal.		
con el otro.				

**Meta 6:** Que en un encuentro se lleve a cabo el cierre del proceso.

En este último encuentro se estima que las pacientes puedan realizar el cierre del proceso. Además responder a las preguntas pensadas para el segundo nivel del proceso de evaluación. En este mismo encuentro se volvería a aplicar la Escala de Evaluación de Imagen Corporal de Gardner para poder compararlo con los resultados obtenidos durante la entrevista previa antes de comenzar el proceso.

Actividades	Tiempo de ejecución	Técnicas a utilizar	Lugar de realización	Recursos materiales
Desarrollar técnicas orientadas a elaborar el momento de cierre de la actividad.	30 minutos aproximadamente.	Escritura. Expresión verbal.	Sala de talleres terapéuticos.	Papeles, lápices. Equipo de música.
Cierre.				
Implementación de las preguntas para la evaluación del proceso.	30 minutos aproximadamente.	Expresión verbal. Expresión escrita.	Sala de talleres terapéuticos.	



## **8.8. Presupuesto para la realización del proyecto**

La institución ya cuenta con recursos materiales, como una sala de actividades terapéuticas, cuyo tamaño es el óptimo para la realización de las actividades propuestas y un equipo de música. Se estima que la aplicación de este proyecto tiene un costo aproximado de \$2000. Se debe tener en cuenta que este monto incluye todos los recursos materiales y humanos que se requieran durante los tres meses que dura el proyecto.

Los recursos materiales que se necesitan son:

- V telas
- V colchonetas
- V CDS de música
- V papeles
- V lápices
- V almohadones, entre otras cosas.

Se estima que para la adquisición de estos materiales se invertiría un 30% del total del presupuesto, destinando el 70% restante a la incorporación de un profesional de la psicología, especializado en la temática del trabajo corporal, al equipo de profesionales con que cuenta la institución.

## **8.9. Evaluación del proceso**

Para llevar a cabo la evaluación de los resultados por un lado se realizará un seguimiento de la actividad a lo largo de todo el proceso. Dicho seguimiento estará a cargo del coordinador que tendrá en cuenta el grado de participación de las pacientes, el logro de los objetivos planteados.

Por otro lado, al finalizar el proceso, las pacientes responderán unas preguntas dirigidas a conocer los posibles cambios experimentados en ellas mismas y sus opiniones con respecto al taller. Es preciso aclarar que las preguntas serán sencillas, ya que al momento de realizarlas se pensó en la idea de que las pacientes pudieran responder sin sentir presión alguna, y sin sentir que las están “evaluando”. Dichas preguntas se podrán encontrar en el apartado Anexo del presente trabajo.

Además se aplicará una Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gardner, que evalúa distorsiones de la imagen corporal en pacientes con trastornos de alimentación. Se la aplicará antes de comenzar el proceso, y al final del mismo. Con dicha escala se busca observar si se produjo alguna modificación en la percepción que tiene la paciente de la imagen de su cuerpo, después de haber realizado el proceso. La escala también se podrá encontrar en el apartado Anexo.

También se realizará una evaluación junto con los profesionales de la institución. La misma se llevará a cabo durante las reuniones de equipo de se realizan semanalmente. En estas reuniones se va haciendo un seguimiento de cada paciente desde las diferentes perspectivas terapéuticas, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia familiar, actividades terapéuticas, tratamiento medico-nutricional.

En el intercambio con los profesionales se podrá evaluar en qué aspectos la nueva actividad puede haber producido cambios, o en qué aspectos puede haber servido como disparador para llegar a tratar ciertas temáticas en el marco de tratamiento de cada una de las pacientes.

En resumen y teniendo en cuenta estos aspectos, la evaluación de los resultados se hará a tres niveles.

*Primer nivel:* A partir de las observaciones del coordinador. El mismo verá si se cumplieron los objetivos del taller. En qué medidas. Si alguno no se cumplió. Cuál y por qué. Evaluará también el grado de participación de las pacientes.

*Segundo nivel:* A partir de las respuestas de las pacientes a las preguntas pensadas en función de ver si perciben algún cambio en ellas mismas. También aquí se tendrá en cuenta el resultado de la aplicación de la escala de evaluación de la imagen corporal.

*Tercer nivel:* A partir del intercambio con los profesionales de la institución en las reuniones de equipo semanales en las que se lleva a cabo el seguimiento de cada paciente.

## 9. REFLEXIÓN FINAL

Luego de realizar mi trabajo final de graduación, el cuál se ha centrado en una problemática presente en la población adolescente en estos últimos tiempos, como son los trastornos de alimentación, quiero destacar la importancia y la necesidad de dedicarle cada vez más atención a esta temática, aportando nuevas posibilidades de afrontarlas.

Teniendo en cuenta que vivimos inmersos en una sociedad narcisista en donde priman valores relacionados al éxito y al consumo, en una cultura que transforma lo superfluo en necesidad, y considerando que los adolescentes transitan una etapa de conflictos, dudas, ambivalencias y extrema vulnerabilidad, es evidente cómo influyen en ellos estos valores culturales y sociales.

La inclusión de técnicas variadas dentro de los tratamientos interdisciplinarios, tendientes a la simbolización, a abrir nuevos modos de expresión, como por ejemplo la Danzaterapia, podría ser sumamente beneficioso.

La Danza Movimiento Terapia implica considerar como supuestos básicos, que Cuerpo y Mente están en constante interacción y que los cambios a través del movimiento conllevan a cambios en el funcionamiento general de la persona. Movimiento, postura, gesto, reflejan la personalidad y encierran una memoria a la que es posible acceder y destrabar, promoviendo salud y desarrollo.

El surgir de la propia danza, auténtica y espontánea produce un insight corporal accediendo adonde la palabra no llega y posibilitando un nuevo enlace con ella.

El espacio transicional que se crea en una sesión grupal de Danza Movimiento Terapia, permite observar y vivenciar en el “aquí y ahora”, el resurgir y recuperar las habilidades y capacidades del paciente. A través del movimiento y en la acción, él es el protagonista y testigo de su propio cambio.

Pienso que lo acontecido en el transcurso del desarrollo de las actividades que se lleven a cabo en el taller, puede llegar a funcionar como “disparador” de cuestiones importantes a seguir trabajando en las demás instancias de tratamiento (por ejemplo en la psicoterapia individual).

Considero que la integración de este abordaje terapéutico, a un tratamiento interdisciplinario para pacientes con trastornos de alimentación, podría ser un complemento óptimo para propiciar cambios en el funcionamiento de la persona.

Por último quiero agregar que el recorrido efectuado para llegar a la conclusión de este trabajo, ha sido gratificante y a la vez un desafío para mí. Siento que he aprendido mucho a lo largo del desarrollo de todo mi trabajo.

Terminando esta etapa siento que se abren en mí nuevas perspectivas, nuevos caminos, y nuevos modos de observación, que considero como complemento a mi formación profesional.

## 10. BIBLIOGRAFIA

- Aberatury, A. y Knobel, M. (1999) *La Adolescencia Normal*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Barros, R. (1990) *Un Proyecto de Trabajo*. El taller comunitario de música popular.
- Calecki, M. y Thévenet, M. (1992) *Técnicas de Bienestar para Niños*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- DSM-IV (2002) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Editorial Masson.
- Dolto, F. (1986) *La Imagen Inconsciente del Cuerpo*.
- Dolto, F. (1989) *Palabras para Adolescentes*. Buenos Aires: Ed. Atlántida.
- Fischman, D. (1990-1994). *Orígenes y fundamentos de Danza Movimiento Terapia*. Apunte extraído del Programa de Entrenamiento en Dance Movement Teraphy. Buenos Aires, Argentina.
- Fernández Alvares, H. (1992) *Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Fernández Moujan, O. (1997) *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Yontef, G. (1995) *Proceso y Diálogo en Psicoterapia Gestáltica*. Chile:Ed Cuatro Vientos.
- Herscovici, C. (1990) *Anorexia Nerviosa y Bulimia*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Levy, F. (1992) *Dance Movement Therapy. A healing art*. New York: Ed. National Dance Association, American Aliance for Helath, Physical Education, Recreation and Dance.
- Laban, R. (1991) *La Danza Educativa Moderna*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Lespada, J. C. (1994) *Aprender Haciendo los Talleres*. Buenos Aires: Ed. Humanitas.
- Le Deux, J. (1992) *El Cuerpo Hablado. Psicoanálisis de la Expresión Corporal*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Le Boulch, J. (1985) *Hacia una Ciencia del Movimiento Humano*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Matosso, E. (1996) *El Cuerpo, Territorio Escénico*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Mc. Dougall, J. (1991) *Los Teatros del Cuerpo*. España: Ed. Julian Yébenes.

- Meléndez, M. (2003) *Abordajes Grupales, Nociones Introductorias*. Asignatura dictada en la Diplomatura en Trastornos de la Alimentación en AIPA.
- Rojas, M. C. y Sternbach, S. (1997) *Entre dos siglos. Una lectura psicoanalítica de la posmodernidad*. Buenos Aires: Ed. Lugar
- Schilder, P. (1989) *Imagen y Apariencia del Cuerpo Humano*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Stark, A., Aronow, S. y Mc Geehan T. (s.f.) *Danza Movimiento Terapia con pacientes bulímicos*. Apunte extraído, Programa de Entrenamiento en Danza Movimiento Terapia. Buenos Aires.
- Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996) *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo* Buenos Aires: Ed. Paidós.
- William, L. V. (1986) *Aprender con Todo el Cerebro*. España: Ed. Martínez Roca.
- Winnicott, D. (1997) *Realidad y juego*. España: Ed. Gedisa
- Zukerfeld, R. (1996) *Acto Bulímico y Tercera Tópica*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

#### Artículos de Revistas:

- Kizman, D., Rinaldi, M. y Salgueiro, M. (2001) Las Alteraciones de la Imagen Corporal en los Trastornos de Alimentación. *Actualidad Psicológica*. 288, pp.16-20.
- Facchini, M. (2002) Vicisitudes de la Imagen Corporal en la Obesidad. *Actualidad Psicológica*. 300, p.p. 28-31.
- Zukerfeld, R. (2001) Psicoanálisis actual: Trastornos de Alimentación e ideales culturales dominantes. *Actualidad Psicológica*. 288, p.p. 20-22
- Trabajo presentado en las III Jornadas sobre Trastornos de Alimentación, organizada por FUNDAIH, que se llevó a cabo el día 26 de octubre de 1996. Trastornos de la Alimentación; del Cuerpo a la Palabra (1996). *Fundación Interdisciplinaria para la Docencia, Asistencia e Investigación Humanística de la niñez, adolescencia y familia*.

#### Tesis:

- Sbiglio, G. (1995) *La Danzaterapia en la Educación Especial*. Tesis de grado. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.
- Fischman, D. (2000) *“El uso de la Danzaterapia en pacientes con trastornos de la alimentación: sus efectos en la imagen corporal”*. Tesis Doctoral de Psicología. Universidad de Belgrano. Buenos Aires. Argentina.

**Páginas web de internet consultadas:**

- [www.aluba.org/index.htm](http://www.aluba.org/index.htm)
- [www.brecha.com.ar/momdmt.htm](http://www.brecha.com.ar/momdmt.htm)

**Artículos de internet consultados basados en fuente impresa:**

- Viciconte, S. (2005) *Trastornos de Alimentación. Anorexia y Bulimia*  
[www.psicoadic.or/vivicontiindex.php](http://www.psicoadic.or/vivicontiindex.php). Recuperado el 20/06/2005.
- Vella, G. (2004) *Danzaterapia*.  
[www.delcuerpo.com/articulo.asp?codart](http://www.delcuerpo.com/articulo.asp?codart). Recuperado el 24/07/2005
- Hospital Nacional de Parapléjicos-Toledo. (2003) *El poder terapéutico del arte*.  
[www.infomedula.org/noticias/editar.jsp?xml](http://www.infomedula.org/noticias/editar.jsp?xml) Recuperado el 26/06/2005

## 11. ANEXO