



**UNIVERSIDAD SALESIANA**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

...

**“RESTITUCIÓN DEL MOVIMIENTO NATURAL DEL SISTEMA  
LOCOMOTOR A TRAVÉS DE LA PROPUESTA DE UN  
PROGRAMA DE MODIFICACIÓN CORPORAL”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G Í A**

P R E S E N T A :

**ELISSA IXTZIHU SANCHEZ GALICIA**

DIRECTOR DE TESIS: LIC. EMILIANO LEZAMA LEZAMA

MÉXICO, D. F.

ABRIL 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## DEDICATORIA

A mi hermano David, la bendición más grande que Dios me ha dado en esta vida!!

A mamá y papá, con amor y gratitud.

## AGRADECIMIENTO

A Dios,

*Bless the Lord, Oh my soul, Oh my soul. Worship His Holy name, sing like never before. Oh my soul. I'll worship Your Holy name.*

*The sun comes up, It's a new day dawning. It's time to sing Your song again. Whatever may pass, and whatever lies before me. Let me be singing, when the evening comes. You're rich in love, and You're slow to anger. Your name is great, and Your heart is kind. For all Your goodness, I will keep on singing. Ten thousand reasons for my heart to find. And on that day, when my strength is failing, the end draws near and my time has come. Still my soul will sing Your praise unending. Ten thousand years and then forevermore. Forevermore.*

Matt Redman - 10,000 Reasons

A mi familia por su amor y confianza, por su apoyo otorgado en todo momento, ante cualquier situación, por mantenerme a flote en la vida y en mi formación profesional.

A la familia Esquivel Ramírez por las pláticas, los ánimos y dejarme invadir su espacio.

Quiero agradecer en especial a Luz del Carmen Prieto Arteaga de CCH, que me concedió el espacio y la libertad para desarrollar las ideas que serían la base del presente trabajo.

A mis queridos amigos Aranelida Monreal, Misael Ramírez y Gabriela Goretti por su amistad, su cariño, su fuerza, su coraje para enfrentar lo que venga y contagiarme de ese espíritu.

Al profesor Emiliano Lezama Lezama y la profesora Martha Laura Jiménez por su tiempo, dedicación y guía.

A todos aquellos que me acompañaron en este proceso de formación; Pedro Banda, Alma Borri, Adriana Gómez, Sergio Díaz y los que faltaron por mencionar, ¡¡¡GRACIAS!!

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	vi
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	vii
<b>CAPÍTULO I: ELEMENTOS ANATÓMICOS Y SU RELACIÓN CON EL MOVIMIENTO</b> .....	10
1.1 Anatomía Humana: establecimiento de la condición del cuerpo.....	10
1.2 Aparato Locomotor.....	13
1.3 Sistema Nervioso.....	16
1.4 Funcionalidad del movimiento del cuerpo.....	23
1.5 Técnicas para potencializar la capacidad anatómica.....	28
1.5.1 Reflexología.....	28
1.5.2 Cinesiología.....	31
1.6 Hábitos Corporales.....	53
<b>CAPÍTULO II: GESTALT, CORPORALIDAD Y ENFOQUE CORPORAL</b> .....	56
2.1 Psicología de la Gestalt y Terapia Gestalt.....	56
2.2 Gestalt y corporalidad .....	64
2.3 Proceso y Técnica del Enfoque Corporal: “Focusing” de Eugene T. Gendlin .....	69
<b>CAPÍTULO III: IMAGEN CORPORAL Y ADOLESCENCIA</b> .....	78
3.1 Imagen y Cuerpo como conceptos.....	78
3.2 Construcción de la Imagen Corporal en el adolescente.....	80
3.3 Insatisfacción y trastornos relacionados a la Imagen Corporal como problemáticas en el adolescente.....	84

3.4 La restitución del movimiento natural del Sistema Locomotor como alternativa para favorecer la percepción de la Imagen Corporal del adolescente.....	89
3.5 “Focusing” como técnica complementaria en la restitución del movimiento natural del adolescente.....	91

**CÁPITULO IV: PROGRAMA DE MODIFICACIÓN CORPORAL PARA LA RESTITUCIÓN DEL MOVIMIENTO NATURAL DEL SISTEMA LOCOMOTOR..... 93**

4.1 Justificación del Programa.....	93
4.2 Objetivos del Programa.....	95
4.3 Características del Instructor.....	96
4.4 Contenido del Programa.....	97
4.5 Sujetos a considerar para la aplicación del Programa.....	100
4.6 Instrumentos de Evaluación del Programa.....	100
4.7 Cartas Descriptivas.....	113

**CONCLUSIONES.....129**

**REFERENCIAS .....132**

**ANEXOS.....142**

**ANEXO A-1.....142**

**ANEXO A-2-a.....148**

**ANEXO A-2-b.....163**

**ANEXO A-3.....171**

**ANEXO B.....172**

**ANEXO C.....173**

**ANEXO D.....175**

**ANEXO E.....181**

**ANEXO F.....187**

**ANEXO G.....190**

**ANEXO H.....195**

## RESUMEN

La *Imagen Corporal*, definida como las creencias descriptivas y evaluativas de la apariencia propia (Papalia, 2005), depende de las opiniones, sentimientos y experiencias individuales de cada persona para determinar el modo en que el cuerpo se manifiesta mediante los sentidos. Los requerimientos sociales de aceptación, las situaciones inconclusas o no dichas, las presiones cotidianas y la subjetividad; pueden verse manifestadas a nivel corporal, modificando la forma en que la imagen corporal es percibida. En el adolescente puede verse desfavorecida y ser causa probable de patologías mayores, como la negación del cuerpo, la insatisfacción y diversos trastornos.

El presente trabajo hace la propuesta de un programa de modificación corporal con enfoque Gestalt dirigido a adolescentes, que pretende restituir el movimiento natural del sistema locomotor. Por medio de tres técnicas: cinesiterapia, que consiste en actividades físicas y de expansión; reflexoterapia, que incluye ejercicios auto manipulativos y de respiración; y por último Focusing, el proceso y técnica del enfoque corporal de Eugene T. Gendlin. Proporciona capacidades corporales expansivas, permite el contacto con el cuerpo y la relajación del mismo, además de producir cambios duraderos y prevenir patologías relacionadas a la imagen corporal en los adolescentes. De modo que se busca abrir camino a la Terapia Gestalt para contribuir de forma integral, en el tratamiento de afecciones que aquejan a los jóvenes adolescentes, prevenir enfermedades mentales y así mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: **Adolescencia, Terapia Gestalt, Focusing, Cinesiterapia, Reflexoterapia, Imagen Corporal.**

## INTRODUCCIÓN

La Psicología de la Gestalt es la ciencia que estudia la percepción de la experiencia inmediata en totalidades. Trata de comprender los fenómenos de manera global y no a partir de el análisis de cada una de sus partes. Con ella el conocimiento de la realidad puede internalizarse de forma organizada para ser comprendida por los individuos, respondiendo al principio del holismo.

En una concepción del humano, permite entender el contenido profundo que lo constituye y no únicamente lo que manifiesta objetivamente; en otras palabras, la relación entre el conjunto de elementos físicos, psicológicos y experienciales del sujeto. Así, con esta declaración se abre paso a la llamada Terapia Gestalt propuesta por Fritz Perls, centrada en la fenomenología de Edmund Husserl y la proposición de Jean Paul Sartre sobre el existencialismo. La primera plantea que las cosas a simple vista son más complejas de lo que aparentan y la segunda que la realidad depende de la vivencia y la subjetividad humana.

Por lo tanto, para cada persona la realidad que vive será totalmente distinta a la de otra. En el caso de los adolescentes, la etapa de desarrollo en que se encuentran les representa todo un reto, se caracteriza por ser un proceso en el cual intentan integrar las experiencias del pasado, su adaptación al presente, su visión del futuro y la vivencia de los cambios físicos de su cuerpo. En ocasiones la forma de vivenciar y experimentar sus situaciones cotidianas se manifiestan en su corporalidad, como: bloqueos, contracturas, defectos posturales, u otros malestares que rompen el flujo del movimiento natural del aparato locomotor. Afectando de esta manera la percepción que tienen de su imagen corporal y quizá con ello llegan a padecer problemáticas más complejas, por ejemplo: insatisfacción o trastornos que se le relacionen.

Un proceso terapéutico gestáltico como el programa que aquí se desarrolla, desempeña un papel integral para trabajar con adolescentes. Por un lado, pretende restituir el flujo natural del movimiento del aparato locomotor, en caso de la existencia de alguna cinética defectuosa, hábitos corporales desfavorables o dolor somático presente en algún área del cuerpo del adolescente que le impida la ejecución de



actividad física cotidiana, causados por situaciones diarias inconclusas (se excluyen aquellas que sean consecuencia de un trauma físico o por enfermedad diagnosticada). Por el otro, busca que los sujetos aprendan a escuchar lo que acontece en su cuerpo, conocer la funcionalidad de éste para aplicarla de acuerdo a las condiciones de vida necesarias y tener una visión global de la unión mente-cuerpo. Así, se posibilita la identificación de problemas cotidianos manifestados a nivel corporal para darles solución y se favorece la percepción de su imagen corporal con la modificación de hábitos desfavorables. De modo que esta investigación se distribuye de la siguiente manera:

En el primer capítulo se aborda el sustento médico que permite describir la *capacidad anatómica de movimiento* estático y *dinámico* del cuerpo humano en grados de libertad y ejecución. Se considera la *anatomía* humana pues brinda el conocimiento del sistema locomotor, el sistema nervioso sus partes y su implicación en el movimiento. También se revisa la funcionalidad del movimiento posible mediante el cuerpo. De la misma forma se describen las técnicas de cinesiología y reflexología que pretenden, potencializar la capacidad de movimiento para permitir el flujo natural de la cinética corporal.

En el segundo capítulo se realiza un análisis de la epistemología de la Psicología Gestalt y sus principales exponentes, como base de la Terapia Gestalt propuesta por Fritz Perls. Además se estudian los conceptos de *forma*, *fondo*, totalidad, isomorfismo, darse cuenta, sí mismo para establecer su relación con la construcción de la corporalidad en los seres humanos. Y se explica el método de enfoque corporal de Eugene T. Gendlin para trabajar las influencias del entorno en el cuerpo y la psique del adolescente.

En el tercer capítulo se define "*imagen-corporal*" iniciando por su epistemología y como elemento gestáltico. Se analizan sus componentes y las implicaciones que tiene como constructo social en los adolescentes. Igualmente, se desarrolla de que forma la "*corporalidad funcional*" lograda mediante la restitución del movimiento natural del sistema locomotor, las capacidades corporales expansivas y la técnica del enfoque corporal; sirve como estrategia para favorecer la aceptación y percepción que tienen

los jóvenes respecto a su cuerpo, además de plantearse como alternativa para prevenir problemáticas que se relacionen a su imagen corporal.

En el último capítulo se hace la propuesta de un programa de modificación corporal que se enfoca en el favorecimiento de la percepción de la imagen corporal de los adolescentes. Dicho programa, consiste en tres técnicas. La cinesiterapia, para restituir el flujo natural del sistema locomotor a través de actividades físicas, así como del uso de habilidades expansivas para tener control sobre el propio cuerpo; el automasaje y la respiración conocidas como técnicas de reflexoterapia; y por último “*Focusing*” el proceso y técnica del enfoque corporal de Eugene T. Gendlin. Se incluyen manuales de uso para el Instructor, cartas descriptivas en las que se explica cómo se trabaja en cada sesión y los métodos de evaluación que consisten en estimar la libertad de movimiento natural del sistema locomotor, los defectos o deficiencias corporales y la valoración de la imagen corporal de los adolescentes.

*La fuerza y la flaqueza del ánimo  
tienen nombres engañosos;  
en realidad no son más que la buena  
o mala disposición de los órganos del cuerpo...*  
(François de la Rochefoucauld)

## **CAPÍTULO I: ELEMENTOS ANATÓMICOS Y SU RELACIÓN CON EL MOVIMIENTO**

En el presente capítulo se incluyen aportaciones médicas que permiten describir la *capacidad* (cualidad que dispone alguien para realizar algo bien) *anatômica de movimiento* estático y *dinámico* del cuerpo humano. La evaluación de esta capacidad, hace posible determinar si las personas tienen *defectos* o no en la forma del cuerpo conocidos como *hábitos corporales*, que puedan afectar la percepción de su *imagen corporal* y con ello ser causa probable de alguna patología que se le relacione. De modo que resulta importante el análisis de la *anatomía* humana pues brinda el conocimiento de las partes del cuerpo implicadas en el movimiento. Además se dan a conocer las técnicas de cinesiología y reflexología que permiten potencializar la capacidad de movimiento para permitir el flujo natural de éste a nivel corporal.

### **1.1 Anatomía Humana: establecimiento de la condición del cuerpo**

La palabra *anatomía* deriva del término griego *anatomos*, formado por las raíces “ana”, que significa por medio de, y “tome”, corte. Podría decirse que el equivalente latino sería disección “dis”, separar y “secare”, cortar. Quiere decir que ésta ciencia es estudiada por medio de cortes o separaciones.

La *anatomía* es la ciencia que estudia la forma y estructura, “[...] implica el conocimiento del cuerpo humano en reposo y en movimiento y en los diversos estados funcionales” (Castellanos, Catalina, & Carmona, 2007, p.17), y se divide en diversas ramas según Lloret (2000, p.11):

- Anatomía descriptiva: estudio de la forma en el adulto.
- Anatomía de las edades: estudio de la forma a lo largo de las edades.

- Anatomía topográfica: estudio por regiones topográficas.
- Anatomía funcional: estudio de la forma aplicada a la función,
- Anatomía de superficie, artística (de los artistas), plástica (cirujano plástico), antropológica (forma de las diferentes razas) y filogénica.
- Anatomía comparada: estudio de la forma comparada con la de los animales.

Es así, que para esta investigación resultan de importancia: la topográfica pues permite el estudio del cuerpo por regiones; la descriptiva ya que se puede hablar de una condición en la especie humana y la funcional que se refiere a la función desarrollada por las diferentes estructuras en relación al movimiento. Dicho lo anterior, el estudio del cuerpo se hace a través de cortes imaginarios que facilitan la identificación de la posición y la forma de sus diversas estructuras que a su vez se encuentran relacionadas con la función del mismo, cada parte juega un papel dinámico constitutivo de un todo *-cuerpo humano*. Para ser más específicos, el cuerpo de la especie humana está conformado por porciones: cabeza-cuello, tronco superior -tórax-, tronco medio -abdomen-, tronco inferior -pelvis-. Del mismo modo, al tronco superior se encuentran unidos el cuello que sostiene la cabeza y los miembros superiores (brazos-manos); al tronco inferior se unen los miembros inferiores (piernas-pies).

Como se mencionó previamente, la anatomía descriptiva se refiere al cuerpo de los individuos como especie. Ésta permite el establecimiento de *condiciones* anatómicas específicas en los seres humanos. La Real Academia Española (2016), define condición como el estado o situación especial en que se halla alguien o algo, así por ejemplo, todos los seres humanos nacidos con las siguientes características: cabeza/cuello, tronco/superior/medio/inferior, brazos/manos y piernas/pies; todos articulados de la misma manera y sin malformaciones; tienen la misma condición anatómica y por consiguiente logran tener igual capacidad o cualidad de movimiento. No obstante, en el estudio del cuerpo humano, también se deben considerar las características que hacen diferente de otros a cada individuo, estas se hallan al realizar una distinción entre sexo, edad, entorno, etc. (se omiten las genéticas ya que resultan obsoletas para este trabajo).

Para ilustrar mejor, dependiendo del sexo puede ser hombre o mujer; o si se toma en cuenta la edad se encuentra: bebé, niño (a), adolescente, adulto (a), anciano (a). En cuanto al entorno o medio en que se desarrolla cada individuo, es un determinante de disimilitudes en su apariencia física respecto a otros, como tipo de complexión: robusto, delgado, pícnico, etc., o en el estado anímico como: semblante triste, alegre, enojado. También puede influir en los *hábitos corporales*, concepto que se abordará en apartados posteriores.

Hecha esta salvedad y retomando el concepto de *anatomía*, cuando los médicos se refieren al cuerpo del individuo vivo<sup>1</sup>, a una parte de éste o al movimiento corporal, lo hacen en relación a la llamada *posición anatómica*, que es definida como:

[...] una posición convencional adoptada internacionalmente, en la que se considera que el individuo se encuentra en bipedestación [de pie y espalda recta], con la cabeza mirando al frente, los miembros superiores extendidos con las palmas de las manos mirando hacia adelante, y los miembros inferiores extendidos y juntos (Castellanos et al., 2007, p.18).

Esta posición sirve para evitar confusiones, en cuanto a la localización de las partes del cuerpo humano y su ubicación en el

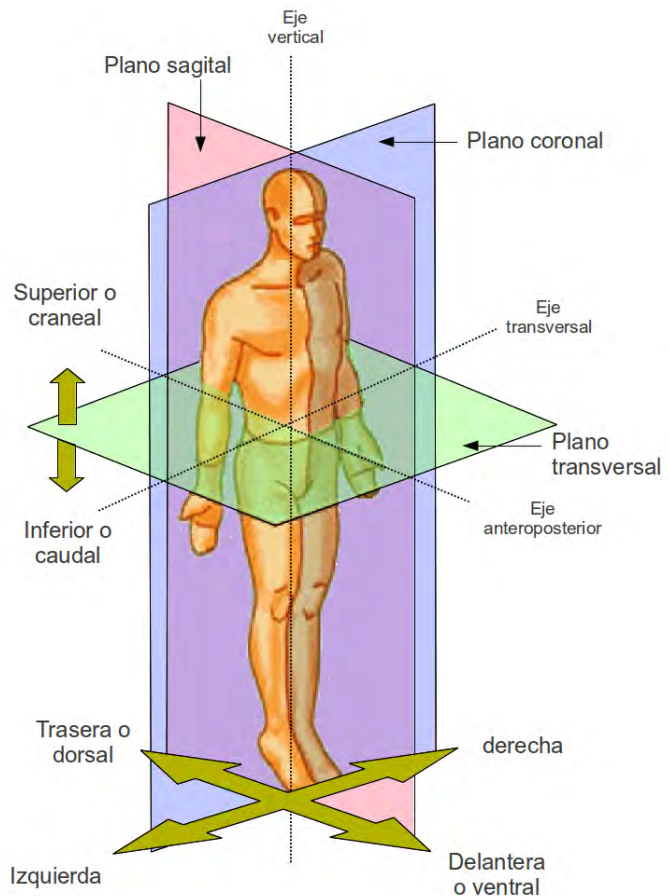


IMAGEN 1. EJES, PLANOS Y DIRECCIONES. FUENTE. [HTTP://WWW.ANATOLANDIA.COM/2013/10/PLANOS-ANATICOS.HTML](http://www.anatolandia.com/2013/10/planos-anatomicos.html)

<sup>1</sup> Menciono al hombre vivo, ya que es capaz de realizar movimiento con su cuerpo, a diferencia de un estudio de anatomía del cuerpo hecho por medio de un cadáver, que representaría la forma inerte, muerta.

espacio, es el punto donde inicia el movimiento. También, *existen ejes y planos imaginarios* que segmentan el cuerpo, ayudan en el estudio de la anatomía y permiten encontrar patologías que corresponden a forma/función.

Por consiguiente, *los ejes* considerando al sujeto en posición anatómica son: *Eje vertical*, forma un ángulo de noventa grados respecto al lugar donde estén situados los pies. *Eje transversal u horizontal*, va de derecha a izquierda y es perpendicular al eje vertical. *Eje sagital o anteroposterior*, también forma un ángulo de noventa grados con relación a los dos anteriores y va de adelante hacia atrás.

De igual manera, los planos dividen el cuerpo: el *plano sagital* es vertical y divide en dos mitades derecha e izquierda. El *plano coronal o frontal* también es vertical y perpendicular al sagital, divide en dos mitades anterior (ventral) y posterior (dorsal). El *plano trasversal* divide en mitad superior y mitad inferior, además corta perpendicularmente al plano sagital y al transversal. A partir de los ejes y los planos hay seis direcciones: *derecha, izquierda, delantera o ventral* hacia la punta de los pies, *trasera o dorsal* hacia el talón, *superior o craneal* hacia el cráneo y por último *inferior o caudal* en dirección hacia los pies.

Los planos, los ejes y las direcciones de la posición anatómica, permiten dar una ubicación o descripción de las distintas partes del cuerpo y la relación que hay entre ellas, tal como se muestra en la *Imagen 1*. Además puede ser considerada como punto de partida del movimiento ya sea estático o cinético; colocado en bipedestación o bien en posición ventral o dorsal con extremidades extendidas.

## 1.2 Aparato Locomotor

En cuanto al estudio del cuerpo y su relación con el movimiento, se considera el aparato locomotor que implica una interacción entre sistemas (conjunto de órganos con idéntica estructura y origen embriológico) o aparatos corporales. Es así que, “La anatomía del movimiento, pone en juego, principalmente, tres sistemas: los **huesos**, elementos del esqueleto unidos mediante las **articulaciones** y movilizados por los **músculos**” (Lloret, 2000, p.12).

Para comprender mejor, el esqueleto constituye la parte más sólida del cuerpo humano, se forma por una serie de *huesos* unidos entre sí, son duros, resistentes y sirven de sostén. Se conocen como órganos de movilidad pasiva ya que dependen de otros sistemas para tener movimiento. Los huesos para su estudio se clasifican en tres tipos: largos (compuestos por tres partes la central llamada cuerpo o diáfisis y dos extremos nombrados epífisis craneal y caudal), cortos y planos (estos últimos son superficies amplias de inserción muscular, con poca movilidad).

De modo que, la columna vertebral (*Imagen 2*) siendo el eje vertical del esqueleto, consiste en una superposición de huesos cortos, los cuales en la parte superior sostienen el cráneo (cabeza); de la parte media se separan a ambos lados una serie regular de arcos óseos llamados costillas, que se articulan con el esternón y en conjunto se integran en el tórax; la columna termina en la parte inferior con el sacro y el cóccix. Conviene subrayar que si bien, la columna es el sostén principal del cuerpo humano, también depende de la unión de otros huesos para tener movimiento.

Tal es el caso de los miembros superiores uno a cada lado del cuerpo, uno derecho, otro izquierdo y los miembros inferiores, igualmente distribuidos. Los primeros están unidos al tórax por medio de la escápula y la clavícula; comprenden húmero, cúbito, radio y (mano) carpo, metacarpo y falanges. Los segundos unidos a los huesos coxales y el sacro, formados por: el fémur, la tibia, el peroné y (pie) tarso, metatarso y falanges (Latarjet, 2006) (*Imagen 3*). Es necesario recalcar que, los huesos, no realizan el movimiento del cuerpo por sí solos, sino que se ayudan por las articulaciones y los músculos.

Con respecto a las *articulaciones*, son estructuras que unen dos piezas óseas entre sí, de la epífisis craneal de uno al epífisis caudal de otro. Existen tres tipos: *sinartrósicas* que son típicas de la cabeza sin movimiento, *diartroanfiartrósicas* de poca movilidad y *diartrósicas* las cuales permite movimientos amplios por lo que se les presta mayor atención. En complemento, se encuentran los músculos del sistema locomotor, que como mencionan Castellanos et al. (2007) “contribuyen a movilizar el dispositivo osteoarticular” (p.24). Pueden ser largos, cortos o anchos; además, se insertan en los huesos y “por medio de sus *tendones* transmiten la energía motriz [...son] considerados como palancas desde el punto de vista mecánico” (Pera, 1996,

p.95). Los tendones son cordones resistentes que unen los músculos a los huesos, “cuya función es transmitir tensión a los huesos. En consecuencia, los tendones son sumamente importantes en la determinación de la calidad de movimiento” (Alter, 2004, p. 41). Sin embargo, “los músculos esqueléticos, para poder ejercer su función, necesitan la presencia de un nervio, que les trasmite la orden de contracción generada en el sistema nervioso” (Castellanos, et al. 2007).

Es así que el conocimiento de los elementos constitutivos del aparato locomotor, al igual que la relación existente entre ellos respecto a la dinámica del cuerpo, permite la identificación de algún defecto o patología en la ejecución de movimiento estático o dinámico. Por otro lado, cualquier movimiento sea simple o complejo, depende de la coordinación de contracciones musculares, en secuencia y grado adecuados. En este caso, las redes neuronales del Sistema Nervioso Central (SNC), son las que generan y controlan dichas contracciones. En el siguiente apartado se abordará con más detalle.

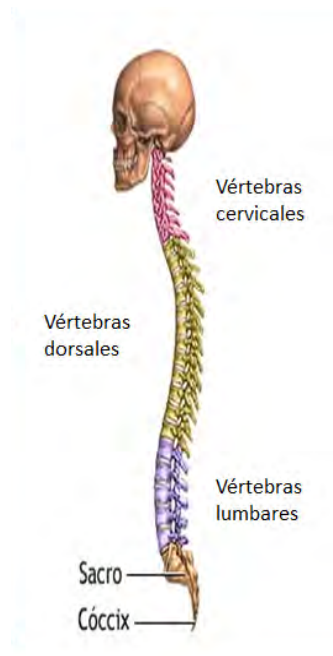


IMAGEN 2. COLUMNA VERTEBRAL. FUENTE. [HTTP://WWW.EPIFUMI.COM/IMAGENESGINER/TEMA\\_04\\_ILUSTRACI%C3%B3N\\_01.PNG](http://www.epifumi.com/imagenesginer/tema_04_ilustraci%C3%B3n_01.png)



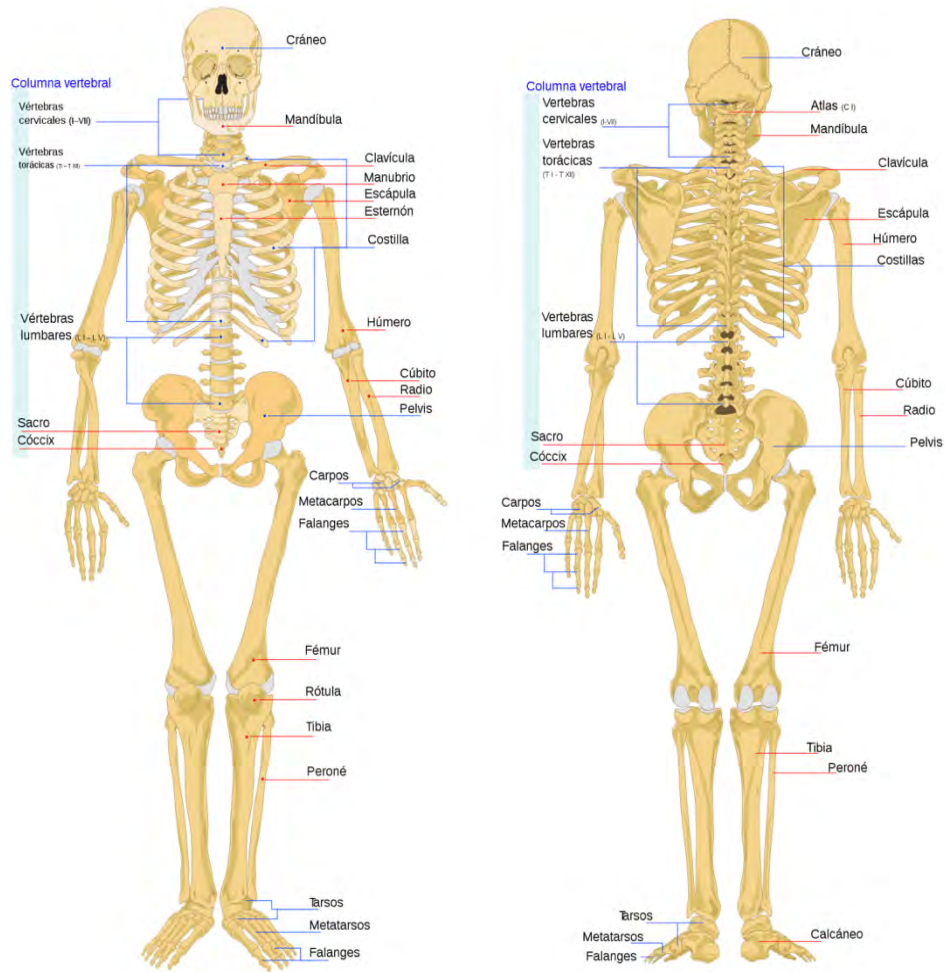


IMAGEN 3. ESQUELETO HUMANO. FUENTE.  
[HTTP://WWW.EPIFUMI.COM/IMAGENESGINER/TEMA\\_04\\_ILUSTRACI%C3%B3N\\_01.PNG](http://www.epifumi.com/imagenesginer/tema_04_ilustraci%C3%B3n_01.png)

### 1.3 Sistema Nervioso

La mayoría de los seres humanos, no se detienen a reflexionar acerca de cómo es posible que un pensamiento se convierta en movimiento corporal o sobre las actividades físicas cotidianas que llegan a parecer simples y fáciles o no prestan atención a una acción del cuerpo a la que ya están habituados, como es el caso del desplazamiento y los distintos movimientos descriptivos, que serán abordados en

apartados subsecuentes. Así, toda actividad física, resulta de un complicado mecanismo de acción entre el *Sistema Nervioso Central (SNC)* y el *aparato locomotor*. Silverthorn (2009), dice al respecto “la mayoría de los movimientos corporales son respuestas coordinadas extremadamente integradas que requieren aferencias de múltiples regiones del cerebro [...] Centros integradores del SNC que son responsables del control de movimiento corporal” (p.446).

De manera que, resulta de interés otra rama de la anatomía; la *neuroanatomía funcional*, que es el estudio de las áreas del Sistema Nervioso, sus interconexiones y la relación entre función y movimiento. Abordarla, permitirá en primera instancia conocer la posición del cerebro respecto al cuerpo dentro de un marco anatómico tridimensional, parecido a la antes vista posición anatómica y sus ejes/planos/direcciones. En segundo lugar proporcionará el modo en que se interconectan y vinculan con los diferentes movimientos que se ejecutan en el cuerpo.

A continuación se presenta la ubicación tridimensional del cerebro, ejes y secciones desde el aporte de Rains (2004):

En el cerebro, al eje superior/inferior con frecuencia se le denomina eje **dorsal/ventral** (“espalda” y “vientre”, respectivamente), mientras que, en el tallo cerebral y la médula espinal, *dorsal* (o posterior) se refiere a la dirección hacia atrás y *ventral* (anterior), la dirección hacia el frente. Además, en el tallo cerebral y la médula espinal, a la dirección hacia el cerebro se le llama **rostral** (“pico”); la dirección que se aleja del cerebro se conoce como **caudal** (“cola”) (p.47).

Estos son algunos de los términos empleados para dar la posición del cerebro respecto al cuerpo; a su vez, el cerebro es dividido en segmentos imaginarios para su estudio, permitiendo identificar la función de cada región y la correlación que tiene en la ejecución de movimiento. Así se tiene que:

Se emplean varios términos para describir los diferentes planos de sección (corte) anatómica en los cuales el cerebro es disectado o visualizado. Estos planos por lo general son vistos en fotografías y diagramas del cerebro. Las secciones **sagitales** (del latín *sagitta*, “flecha”) dividen al cerebro en partes derecha e izquierda. Las secciones **coronales** (del latín *coronalis*, “corona”) dividen al cerebro en anterior y posterior. A éstas también se les conoce como secciones **frontales**. Por convención, las secciones en este plano se visualizan desde atrás, de modo que el lado izquierdo de la sección es lado izquierdo del cerebro. Las secciones **horizontales** (o **axiales**) dividen el cerebro en partes

superior e inferior. De nuevo, por convención, las secciones en este plano por lo general se visualizan desde arriba (*Ibídem*, 2004, p.48).

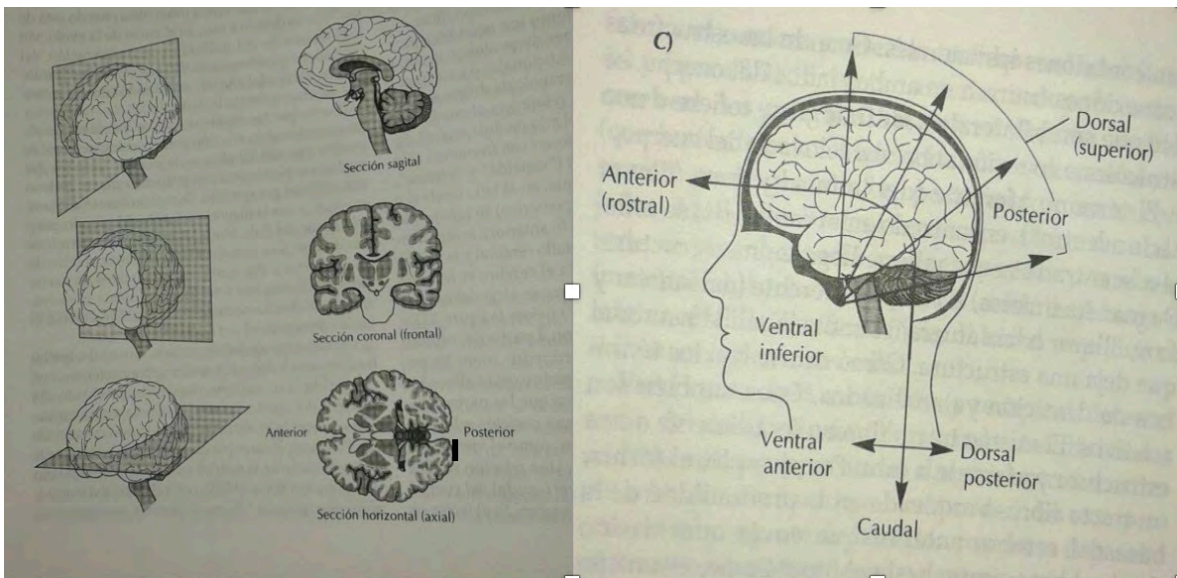


IMAGEN 4. UBICACIÓN TRIDIMENSIONAL DEL CEREBRO PLANOS DE SECCIÓN, EJES Y DIRECCIONES. TOMADO DE RAINS, G. D. (2004). PRINCIPIOS DE NEUROPSICOLOGÍA HUMANA. MÉXICO: MCGRAWHILL. PP. 47-48

Los planos de sección, los ejes y las direcciones, crean un esquema de localización ya sea imaginario o de otro tipo, el cual permite ir analizando de forma integral cada segmento con su función. Por otro lado, para que pueda haber una comunicación entre cerebro y movimiento sea, reflejo, voluntario o rítmico, dependen de la inervación del sistema nervioso con las demás estructuras del cuerpo. La forma en que se envían mensajes entre ellas puede ser de dos tipos: *aférente* o *eférente*.

La primera es información que circula de la periferia al interior y el segundo se refiere a los datos que van desde el interior hacia la periferia. O en otras palabras y parafraseando a Rains (2004), *aférente* viene del latín *ad* y *ferre*, que significa llevar hacia adentro, se refiere a la entrada de información neuronal que es mandada desde una estructura del cuerpo. De manera inversa, *eférente* también proveniente del latín *ex* y *ferre*, expresa llevar hacia afuera, sería la información neuronal que sale en dirección a las diferentes partes.

Se examinará ahora, el *sistema nervioso* que consta del Sistema Nervioso Central (SNC) el cual es formado por células nerviosas llamadas *neuronas* que transmiten y reciben información de todas las partes del cuerpo; y el Sistema Nervioso

Periférico (SNP). Kolb & Whishaw (2006) en este sentido dicen el SNC “se conecta con el resto del cuerpo a través de fibras nerviosas; algunas de estas fibras transportan información desde el SNC y otras hacia él. Estas fibras constituyen el sistema nervioso periférico o SPN ” (p.4). El primero (Silverthorn, 2009), se describe bajo tres niveles estructurales de relación entre SNC y cinética:

- 1) la médula espinal, que integra los reflejos espinales y contiene generadores centrales de patrones; 2) el tronco encefálico y el cerebelo, que controlan los reflejos posturales y los movimientos de manos y ojos y 3) la corteza cerebral y los ganglios basales, que son responsables de los movimientos voluntarios (p.448).

En otras palabras, las estructuras del SNC son eferentes del SNP, el cual se divide en: *sistema nervioso somático* que distribuye nervios por la piel, las articulaciones y los músculos esqueléticos; *sistema nervioso autónomo* que inerva los órganos internos, vasos sanguíneos y glándulas (Rains, 2004). En este caso, se le dará mayor importancia al SNC, y el sistema somático ya que están principalmente relacionados en la ejecución de la actividad física.

Prosiguiendo con el análisis, el sistema nervioso somático, consiste en: *sistema motor somático* y *sistema somatosensorial*; secciones de función aferente respecto al SNC. El primero consiste en los músculos esqueléticos y las partes del sistema nervioso. El segundo abarca los sentidos -en particular el tacto-, el dolor, la posición y el movimiento corporal (*Ibidem*, 2004).

Para ilustrar mejor, se expondrá cada una de las estructuras del SNC y su funcionalidad sobre la cinética corporal:

- 1) **Neuronas:** son células individuales cercanas entre ellas. Adoptan formas diversas en diferentes partes del sistema nervioso. De manera esquemática, está constituida por el *cuerpo celular* o *soma*, dentro del cual se encuentra el *núcleo* y los *organelos* necesarios para el funcionamiento de la misma. Se encuentran finos tubos saliendo del cuerpo llamadas neuritas, pueden ser de dos tipos; muy ramificadas llamadas dendritas (reciben señales) y el axón (transmite señales de una estructura a otra) la longitud de éste varía, puede ser

microscópico o extenderse desde la corteza cerebral hasta la región caudal de la médula espinal.

El espacio entre neuronas es realmente pequeño (aproximadamente 20 a 40 nanómetros [1 nm = 10<sup>-9</sup>]) se conoce como **sinapsis**; tiene enormes implicaciones para el funcionamiento del sistema nervioso. Cada estímulo ambiental, produce en la sinapsis liberación de unas pequeñas moléculas llamadas neurotransmisores; el más importante es *acetilcolina* en la unión entre una neurona motora y el músculo. (*Ibíd*em, 2004)

- 2) **Corteza cerebral**: es la cubierta exterior de los hemisferios cerebrales (izquierdo, derecho). Cada uno se encuentra dividido en cuatro lóbulos: *frontal*, *temporal*, *parietal* y *occipital*.

*Corteza motora*: participa en el movimiento específico de los músculos estriados de las diferentes partes del cuerpo. Los músculos estriados esqueléticos, están inervados por el sistema nervioso somático. Es de contracción voluntaria. Los movimientos producidos permiten al organismo desplazarse de un lugar a otro y establecer relación con el medio externo o producir movimientos de los componentes del cuerpo humano (Montalvo, 2011). La *corteza premotora* permite la planeación, organización y ejecución secuencial de movimientos y acciones complejas, la región más anterior de la corteza motora se relaciona con la selección y preparación de los movimientos, mientras que su porción posterior se relaciona principalmente con la ejecución de los mismos. Incluye las siguientes regiones; *campo oculomotor* que involucra la percepción y síntesis de información visual compleja; *corteza premotora lateral* es el área de control de movimiento complejo de las manos y dedos; *corteza prefrontal dorsolateral* relacionada con los procesos de planeación, memoria de trabajo, fluidez, solución de problemas complejos, flexibilidad mental, generación de hipótesis, estrategias de trabajo, etc.

Por otro lado, la corteza orbitofrontal tiene como función principal el procesamiento y regulación de emociones y estados afectivos, así como la regulación y control de la conducta por medio de la detección de cambios en las

condiciones ambientales tanto negativas como positivas, lo que permite realizar ajustes (Flores, 2008).

- 3) **Tallo cerebral:** es anterior a la médula espinal y posterior al diencéfalo (las estructuras principales de este son el tálamo y el hipotálamo los cuales están implicados en una amplia gama de funciones). Se compone del cerebro medio (involucra función visomotora), el puente (tiene función auditiva y vestibular: sentido de la posición/movimiento de la cabeza) y el bulbo raquídeo (sirve de relevo para las vías somatosensoriales que portan información acerca del tacto, el sentido de la posición corporal, y la cinestesia desde la médula espinal hasta el área somatosensorial). Igualmente, gran parte del tallo cerebral se encarga de la regulación y mantenimiento de los procesos vitales, respiración, función cardíaca y homeostasis (Rains, 2004).
- 4) **Médula espinal:** es el mayor punto de reflejos y vía de conducción entre el cuerpo y cerebro. Se ubica en continuación del bulbo raquídeo, por toda la columna vertebral incluidas las zonas que inervan los miembros inferiores y superiores, hasta el conducto vertebral del cóccix donde se atrofia. La medula espinal está formada por sustancia gris, sustancia blanca, fibras de proyección intraespinales que conectan varias regiones dentro de la médula espinal. La sustancia gris se divide en un *cuerno ventral* que aloja motoneuronas, activadoras de las contracciones musculares y un *cuerno dorsal* contiene cuerpos celulares de interneuronas que envían información desde las neuronas somatosensoriales primarias hasta el cerebro y hacia las neuronas motoras en el mismo y otros niveles de la médula espinal (Moore & Dalley II, 2007)
- 5) **Ganglios basales:** son un grupo de estructuras (putamen, globus pallidus y núcleo caudado) subcorticales de sustancia gris, participan en la planificación del movimiento complejo. Las áreas de procesamiento ejercen su control hacia el tálamo. Los ganglios basales y el tálamo, permiten que el movimiento se planifique, se realice apropiada y correctamente. (Bustamante, 2004)
- 6) **Cerebelo:** es parte del cerebro posterior, sobresale de la superficie dorsal del puente. Está formado por una corteza y cuatro núcleos profundos, entre ellos hay sustancia blanca. Recibe información sensitiva/sensorial de otros sitios del

encéfalo y la periferia (Ibídem, 2004). Procesa la información somatosensorial, visual, auditiva, vestibular; además de recibir información de la corteza motora y premotora. Tiene un papel importante en la modulación, ajuste y coordinación de movimiento corporal con base en la información acerca del estado corporal actual, movimiento actual e intentado. (Rains, 2004). *Todas las estructuras se muestran en la Imagen 5.*

En efecto, el estudio de la neuroanatomía funcional vista por partes y segmentos; permite visualizar claramente las estructuras implicadas en movimientos específicos, así como el procesamiento de la información de carácter aferente/eferente. También, da la posibilidad de comprender como se coordina, se planea y se ejecuta la diversidad cinética del cuerpo, en donde se ve implicada la calidad, la intensidad, el tipo de movimiento y el motivo por el cual se realiza una actividad física.

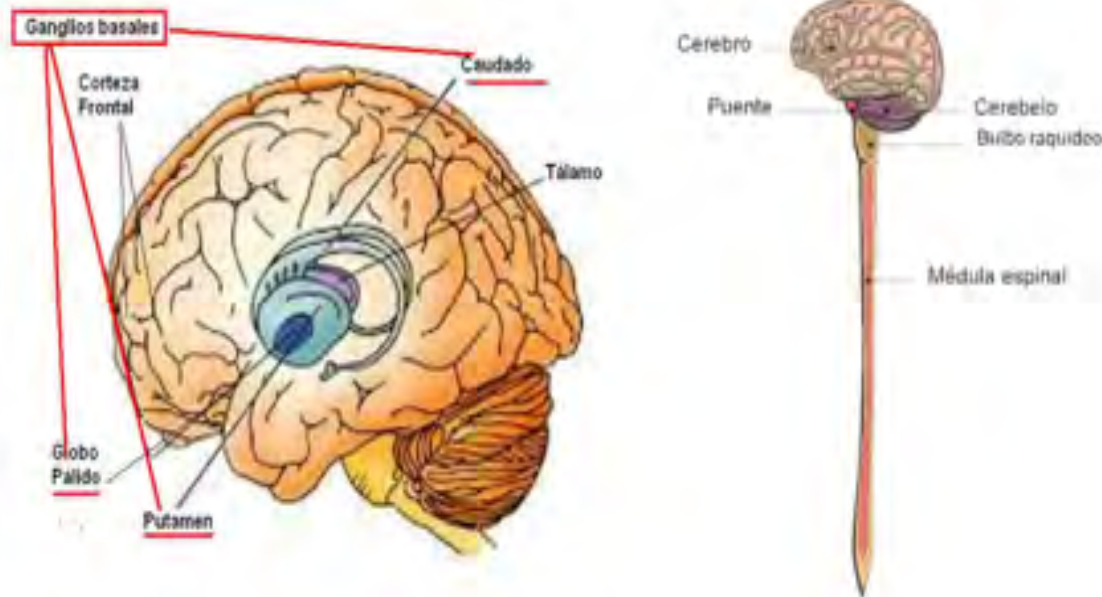


IMAGEN 5. ESTRUCTURAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. FUENTE [HTTPS://QUINTOGRADOMAV.WORDPRESS.COM/SISTEMA-NERVIOSO/](https://quintogradomav.wordpress.com/sistema-nervioso/)

## 1.4 Funcionalidad del movimiento del cuerpo

Habiendo echado un vistazo a la función de las estructuras del cuerpo y el cerebro por regiones, se tiene un esquema corporal más completo. Este permitirá describir la diversidad de actividades físicas realizadas por los individuos con la misma condición anatómica en su vida cotidiana; cuáles son, cómo se usan, y sobre todo determinar un parámetro en cuanto a *capacidad* de ejecución de movimiento, partiendo de la posición anatómica.

Si se conoce dicha capacidad, se puede establecer la existencia o no de algún defecto en la estática o dinámica del movimiento realizado. Esta capacidad es base primordial para proponer un programa de modificación del cuerpo enfocado en su función, que busca ayudar en la resolución de las deficiencias del movimiento que ocasionan distintas patologías relacionadas con la percepción de la imagen corporal. Se debe aclarar, que este trabajo es pensado desde las personas en quienes no hay un problema aparente, pero que sin embargo, su cuerpo puede manifestar alguna afectación psíquica.

Volviendo al tema que aquí ocupa, el movimiento, se clasifica en tres categorías: reflejo, rítmico y voluntario. Al respecto del primero, Tamorri (2004) dice, "Clásicamente se entiende por reflejo una reacción automática y estereotipada que se produce como respuesta a un determinado estímulo, externo o interno" (p.52). Una ventaja de los movimientos reflejos, es que pueden ser compensadores de cambios de posición corporal inesperados (Silverthorn, 2009), aunque no se tiene control a voluntad sobre ellos.

Abordándolo desde una postura anatómica, se dice que el reflejo se logra por la relación entre las áreas sensitivas y las efectoras, las cuales modulan la contracción muscular. Esto es:

La neurona sensitiva, que lleva el impulso desde la periferia hasta el centro, con su prolongación centrípeta alcanza la médula gracias a la raíz posterior del nervio espinal. Una vez dentro de la médula, esta prolongación entra en contacto con una motoneurona (situada en el cuerno anterior de la sustancia gris de la médula), ya sea directamente,



*reflejo monosináptico*, o mediante la interposición de otras neuronas (las interneuronas), *reflejo polisináptico* [...Por ejemplo:]

Un reflejo monosináptico, que a pesar de su simplicidad desempeña un papel importante en la regulación de la longitud del músculo, se halla constituido por el *reflejo de estiramiento*.[...] En el reflejo de estiramiento, el alargamiento de un músculo provoca como respuesta su inmediata contracción (Tamorri, 2004, p.53)

Por lo tanto, existen distintos tipos de reflejos; de los más importantes se observan los *reflejos posturales*, según Silverthorn (2009) estos “ayudan a mantener la posición del cuerpo cuando estamos de pie o nos movemos en el espacio (p.446)”.

De forma intermedia se tiene el movimiento rítmico, como por ejemplo, caminar o correr, actividades que pueden permanecer constantes. Para explicar mejor, se considera lo siguiente:

son una combinación de movimientos reflejos y voluntarios [...] se inician y terminan por aferencias de la corteza cerebral, pero una vez iniciados pueden mantenerse sin otras órdenes del cerebro. La actividad rítmica de los músculos esqueléticos en las extremidades se mantiene gracias a las redes de interneuronas espinales. Estas interneuronas son generadores centrales de patrones que producen la contracción y la relajación alternadas de los músculos en forma repetitiva y rítmica hasta que se los instruye para detenerse mediante señales del cerebro (Silverthorn, 2009, p.447-448).

Ahora bien, los movimientos más relevantes para la presente investigación, son aquellos que se pueden controlar a voluntad y que además son los más complejos; nombrados *movimientos voluntarios*. En concreto, Tamorri (2004) menciona tres características básicas de ellos, la primera se asocia a que no están directamente relacionados con un estímulo externo, sino pueden derivar de una motivación interna del individuo; la segunda consiste en que a medida que se practica, mejora; y por último, hay distintas estrategias motoras para ejecutar el mismo movimiento.

Vistos anatómicamente, los movimientos voluntarios necesitan integración en la corteza cerebral. Sobre todo de la *corteza parietal* que, por medio de la recepción de señales provenientes de diferentes áreas sensoriales como la vista, el oído y la propiocepción hace un análisis espacial del ambiente exterior e identifica la posición del cuerpo respecto al entorno, en suma envía señales a las áreas destinadas a la planificación del movimiento. Otras áreas implicadas son la *corteza motora* en el lóbulo

frontal y la *corteza premotora*; la primera se encarga de influir en la programación de secuencias de movimiento complejas y en la combinación de movimiento voluntario con una postura corporal adecuada; la segunda está involucrada en el control de los músculos del tronco y de las extremidades. En último lugar se tiene a la *corteza motora primaria*, una zona del lóbulo frontal que establece un mapa motor del cuerpo (homúnculo), con el que se logra la estimulación selectiva de un punto de la corteza generando la contracción de un solo músculo, aunque estén involucradas varias neuronas. Cabe mencionar que la palabra *homúnculo* significa “pequeño hombre” (*Imagen 6*), se refiere a la representación motora y sensorial del cuerpo en la circunvolución precentral de la corteza cerebral.

Al respecto del movimiento voluntario, Tamorri (2004, p.57) lo engloba en tres fases:

- Fase I: análisis especial del entorno e identificación del objetivo que persigue el movimiento.
- Fase II: planificación del movimiento.
- Fase III: ejecución del programa motor seleccionado.

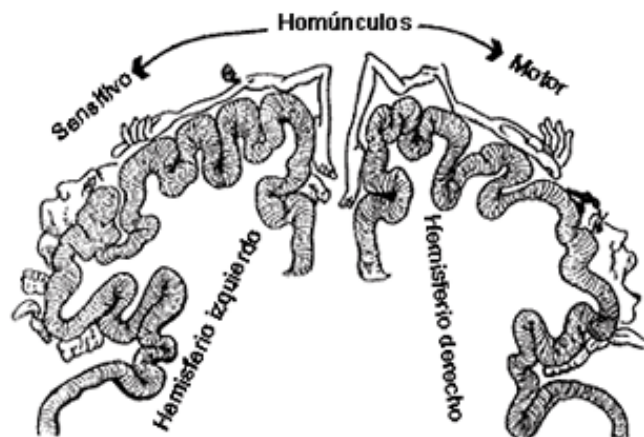


IMAGEN 6. HOMÚNCULO: MAPA MOTOR DEL CUERPO. FUENTE  
[HTTP://BIBLIOTECADIGITAL.ILCE.EDU.MX/SITES/CIENCIA/VOLUMEN3/CIEN  
CIA3/130/HTML/SEC\\_7.HTML](http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/130/html/sec_7.html)

Estas fases se encuentran subordinadas a la existencia de un motivo para la acción, sin el que, aún en condiciones idóneas, el movimiento no se realizaría. Por ello desempeñan un papel nodal en el desarrollo de esta investigación y como se dijo anteriormente parten del movimiento voluntario. Un movimiento voluntario, requiere

como su nombre lo dice de la voluntad (la facultad de decidir y ordenar la propia conducta) del propio individuo que desea realizar la acción. A qué se refiere; todo cambio requerido en la estática o cinética de un movimiento defectuoso, consistirá en la voluntad de la persona. Así, la corrección en la dinámica corporal, dependerá de la decisión, la gana y el deseo que los individuos tengan para hacerlo.

Las fases son la base del cambio debido a su función. Para comprender mejor se abordara una por una:

- *Fase I: análisis espacial del entorno e identificación del objetivo que persigue el movimiento.* El ambiente ejerce influencia en los seres humanos y construye sus corporalidades a partir de los modelos sociales que lo integran, el espacio del entorno determina la libertad o el bloqueo de los movimientos. Podría traducirse al ámbito psicológico: el ambiente ejerce poder sobre la constitución corporal de los individuos, al reprimir o permitir la ejecución del movimiento deseado. Puede tener una influencia en la percepción de su imagen corporal, por lo que cada movimiento determinará de manera conjunta la forma del cuerpo y sus afecciones positivas o negativas, lo mismo que la manera en que es visualizado e interiorizado.
- *Fase II: planificación del movimiento.* El ambiente de cada individuo determina características que lo definen, las cuales permiten su integración al entorno, ya sea este percibido como aversivo o placentero. Cada movimiento concebido por las personas, será en consideración a las necesidades, que surgen al divisar su alrededor y su interior, por lo que la constitución del cuerpo y los movimientos adquieren peculiaridades en cada ser humano.
- *Fase III: ejecución del programa motor seleccionado.* Las áreas activadas del SNC de los individuos para la realización, van acorde al tipo de movimiento útil para cubrir necesidades ambientales, que le permitan relacionarse e interrelacionarse al mismo, aunque no siempre sea de la forma más favorable.

Para el cumplimiento de cualquiera de las tres fases o todas en conjunto el individuo debe tener la voluntad para realizarlas, de lo contrario el movimiento corporal no será ejecutado, a pesar de los estímulos externos que se presenten.

Por otro lado, la mayoría de la cinética corporal consiste en seis movimientos descriptivos: flexión, extensión, abducción, aducción, circunducción y rotación. Cualquiera de ellos se realiza en las diversas posiciones corporales, sean estáticas o dinámicas, con un origen en la ya vista *posición anatómica*.

Las actividades diarias se centran principalmente en la *flexión-extensión*. Gowitzke & Milner (1999) consideran que “la **flexión** es un movimiento que reduce el ángulo entre la parte que se mueve y el segmento adyacente (como en la flexión de codo o dedo), y la **extensión** es un movimiento que aumenta este ángulo” (p. 22). Así por ejemplo Clarkson (2003, p.23) presenta las sucesivas consideraciones:

**Flexión del pulgar.** El pulgar se mueve a través de la palma de la mano.

**Flexión lateral del cuello y del tronco.** Son los movimientos de inclinación que ocurren en una dirección lateral, bien hacia el lado derecho o el izquierdo.

**Hiperextensión.** Es el movimiento que resulta de ir más allá de la posición articular anatómica de extensión.

En lo que toca a la **abducción** es la cinética que se aparta de la línea media del cuerpo o una parte de este (Clarkson, 2003). Específicamente en “los dedos de la mano y del pie es el movimiento de alejamiento del dedo medio, mientras que la **aducción** es el movimiento hacia dicho dedo” (Gowitzke & Milner, 1999, p.29). Entonces este último se acerca a la línea media y en el caso de las extremidades inferiores o superiores pueden atravesarla.

Cuando se realizan los cuatro tipos de movimiento mencionados, en combinación y en la siguiente secuencia flexión-abducción-extensión-aducción o a la inversa, se conoce como **circunducción** (*Ibídem*, 1999), en ocasiones puede ir acompañada de *rotación*.

La **rotación**, generalmente se ejecuta alrededor de un eje vertical o transversal, y llega a ser de dos tipos. *Rotación interna* (medial, hacia dentro), es el giro de la superficie anterior de una parte hacia la línea media del cuerpo; por ejemplo, la *pronación* del antebrazo que gira la mano de fuera a dentro y permite ver el dorso de ella. *Rotación externa* (lateral, hacia fuera), es el giro de la superficie anterior de una parte hacia fuera de la línea media del cuerpo; baste como muestra, la *supinación* del

antebrazo que gira la mano de adentro hacia afuera presentando la palma (Clarkson, 2003).

Toda la cinética voluntaria del cuerpo, tiene su origen en los seis movimientos descriptivos. Dependiendo de la actividad física planificada, se seleccionan los más convenientes para su ejecución. Poniendo por ocaso la *inclinación* de la columna vertebral hacia adelante o atrás, puede describirse como flexión ventral o flexión dorsal respectivamente. Con ello, se puede solicitar a los sujetos realizar diversas ejecuciones que permitan encontrar defectos en su estática y/o dinámica, para posteriormente buscar corregir actitudes viciosas, deformidades o restituir la actividad natural, logrando a su vez efectos psicológicos favorables.

## **1.5 Técnicas para potencializar la capacidad anatómica**

A continuación se presentan la reflexología y la cinesiología como técnicas que permiten potencializar la capacidad anatómica del movimiento sea dinámico o estático y además contribuyen en la restitución del flujo natural del mismo.

### **1.5.1 Reflexología**

La reflexología es una terapia manual de fácil aprendizaje y aplicación que persigue devolver al organismo su equilibrio mediante manipulaciones sencillas en ciertas partes sensibles del cuerpo (Tello, 2008), por lo que también se le conoce como terapia manipulativa. La palabra *reflexo* proviene del latín y significa “volver hacia atrás” (Tello, 2008, p.71). La terapia manipulativa es uno de los métodos más eficaces e importantes, que se ocupa de los bloqueos del aparato locomotor por medio de movilización manual (Lewit, 2002).

Tiene como objetivo ayudar en el restablecimiento del movimiento, ya que supone que las partes del cuerpo regresan siempre a la posición natural o neutra si pueden moverse libremente (Lewit, 2002). Los movimientos son libres si se realizan

sin resistencia externa o interna. Solamente se manipula y ejercita el cuerpo con voluntad en función del peso corporal y contra la gravedad. En caso de la existencia de partes más débiles que otras se pueden ayudar de manera asistida por aquellas partes más fuertes.

Específicamente, el *automasaje* acompañado de una adecuada *respiración*, es la técnica de terapia manipulativa que se implementará en esta propuesta. Debido a que está al alcance de cualquier persona, pues como su nombre lo dice se realiza por uno mismo. Además, puede efectuarse en cualquier momento y lugar, como en la casa, el trabajo, el coche, entre otros (Tello, 2008).

## AUTOMASAJE

El masaje se ha utilizado desde hace más de 4.000 años, para resolver leves alteraciones corporales de distintas índoles. Ya desde los años 460 a. C., en la antigua Grecia, Hipócrates dejó escrito «Las manipulaciones pueden tener un doble efecto: fortalecer una articulación floja o relajarla si está tensa» (*Íbidem*, 2008). Lo que permite determinar que con fines terapéuticos puede aliviar y resarcir problemas tanto físicos como psíquicos.

Algunas de las alteraciones más frecuentes en las que se emplea el masaje a modo de tratamiento, son: **lesiones no traumáticas del aparato locomotor**, como contracturas (contracción involuntaria, duradera o permanente de uno o más grupos musculares) ya sean de origen nervioso o muscular, espasmos (contracción refleja) y atrofias musculares (disminución de la actividad funcional), tendinitis (inflamación de un tendón), artritis (inflamación de las articulaciones) y dolores articulares, artrosis (destrucción de los cartílagos de las articulaciones de forma crónica degenerativa), cervicalgias (dolor cervical), lumbalgias (dolor de espalda baja, zona lumbar), dorsalgias (dolor localizado en la región dorsal de la espalda), mialgias (diversos dolores musculares).

También pueden ser de tipo **posturales** ejemplo, desviaciones de la columna vertebral como escoliosis y cifosis, anomalías en la actitud de la postura anatómica.

**Psíquicas y del sistema nervioso**, dolores de cabeza y vértigo de origen tensional, insomnio, agitación, agotamiento, relajación del tono muscular, entre otras.

Cuando se aplica adecuadamente la manipulación, se dice entonces que si el tratamiento manipulativo tiene éxito, suele producirse inmediatamente un alivio (Lewit, 2002), produciendo efectos positivos. Al igual, el masaje puede ayudar a determinar la causa del dolor en el aparato locomotor cuando no hay un motivo aparente que lo explique. Los efectos positivos que tienen los masajes van desde la liberación de tensiones musculares, reactivación de la fibra muscular, activar la oxigenación hasta la liberación y restitución de la movilidad del aparato locomotor. Por otro lado, el *automasaje* responde a una práctica instintiva, por ejemplo:

cuando recibimos un golpe o sufrimos una caída, al instante dirigimos las manos a la zona del dolor, presionando o friccionando para calmarlo, y lo mismo sucede cuando sentimos una molestia en algún órgano: colocamos instintivamente las manos en la zona afectada y al instante sentimos alivio (Tello, 2008, p.72).

Es así que los seres humanos tienen la capacidad de realizar terapia manipulativa sin ayuda de otros y de forma práctica. El automasaje se debe hacer en conjunto con una adecuada respiración para obtener mejores resultados. En concreto, se debe aprender a respirar, debido a que la respiración que se hace con más frecuencia es únicamente superficial.

## RESPIRACIÓN

En la vida diaria se realizan infinidad de actividades física que producen cambios respiratorios. “La respiración es el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono entre nuestras células y la atmósfera (...) Está compuesta por dos movimientos básicos la inspiración o toma de aire y la espiración o expulsión del aire” (Sanz, 2007, p.93). También se les conoce como inhalar y exhalar respectivamente.

Respirar adecuadamente puede tener muchos beneficios. Entre ellos se dirige el flujo de aire hacia todas las áreas de los pulmones, se controla voluntariamente la respiración, se disminuye el cansancio, ayuda en la liberación de dolor y tensión

muscular, además se fortalecen los músculos del aparato respiratorio. En pocas palabras durante la ejecución de actividades físicas o de manipulación se aprende a controlar el proceso de respiración.

Existen ejercicios que permiten el conocimiento del proceso de respiración correcto y desarrollan su capacidad. Para evitar una respiración superficial Sanz (2007), sugiere:

1. La inspiración tiene que ser profunda y lenta. Debemos dirigir el aire hacia la parte inferior de los pulmones, hacia el abdomen, utilizando el diafragma como principal músculo inspiratorio. El aire se introducirá a través de la nariz, ya que a su paso por las fosas nasales se calentará, limpiará y humedecerá. Si inspiramos por la boca por el contrario, el aire no estará en condiciones favorables en el interior del organismo, dificultando el intercambio de gases y pudiendo provocar diversas alteraciones del tacto respiratorio debido a la contaminación, temperatura o sequedad.
2. La espiración será un proceso en el que no debemos participar con nuestra musculatura en condiciones normales. La expulsión del aire se realizará suave y lentamente por la boca. No debemos respirar con la parte alta de nuestro tórax ya que sólo obtendremos una respiración muy superficial, no de forma rápida o brusca, para evitar colapsos pulmonares o hiperventilación.

Aprender a respirar es necesario para mantenerse en un estado saludable. Antes de iniciar con un automasaje o con actividades físicas se deben practicar los ejercicios de respiración y tratar de mantenerlos adecuadamente durante la realización del movimiento.

### **1.5.2 Cinesiología**

La *cinesiología*, es la “ciencia que estudia el movimiento en relación a las fuerzas mecánicas que lo producen. Se ocupa del estudio analítico de las funciones del aparato locomotor y de las alteraciones o cambios que en ellas ocurran” (Fernández y Melián, 2013, p.3). La *cinesiterapia* es utilizada para la rehabilitación.

Fernández y Melián (2013) comentan que:

Etimológicamente, el término *cinesiterapia* proviene de la combinación de dos palabras griegas: *Kinesis* (movimiento) y *therapeia* (curación o



cuidado). Por lo tanto, podríamos definir la cinesiterapia como el «conjunto de procedimientos terapéuticos que utilizan el movimiento para el tratamiento y prevención de enfermedades sobre todo del aparato locomotor (p.3). [Y algunas de índole psicológico]

Entonces la *cinesiterapia* consiste en la curación de alteraciones del cuerpo, así como del sistema locomotor por medio de acciones físicas que producen la liberación y restitución (rehabilitación) del movimiento. Esta cumple objetivos como: prevenir la rigidez articular manteniendo la actividad articular normal o recuperándola si está disminuida, corregir actitudes viciosas al igual que deformidades, conservar la integración en el esquema corporal, conseguir la relajación y disminuir el dolor (*Íbidem*, 2013).

Con ella, se logran efectos importantes, sean generales o en áreas específicas como hueso, ya que se puede producir una remodelación y/o modificación de la arquitectura ósea gracias a presiones y fuerzas que actúan sobre el hueso durante las movilizaciones. Estos a su vez tienen efectos psicológicos favorables en el individuo (*Íbidem*, 2013).

El rasgo importante para la cinesiterapia, es la **capacidad anatómica del movimiento estático**, la cual se describe por medio de posiciones posturales que los seres humanos son capaces de realizar naturalmente siempre y cuando posean la misma condición anatómica.

Cada una de las posiciones *estáticas* que se esclarecen en seguida, funcionan como punto de origen para la realización de movimiento dinámico del cuerpo. Así, se presentan aquellas con las con las que se trabajará:

- *Posición anatómica*: ya antes vista, se tiene al individuo de pie, espalda recta, cabeza mirando al frente, los miembros superiores extendidos con las palmas de las manos mirando hacia adelante, los miembros inferiores extendidos y juntos, se considera el origen de cualquier otra posición y del movimiento.

Las posiciones derivadas de la cinesiterapia desde el aporte de Fernández y Melián (2013, p.4) son:

- *Decúbito supino o dorsal:* el sujeto se encuentra acostado sobre su espalda



IMAGEN 7. DECÚBITO SUPINO O DORSAL FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA

- *Decúbito prono o ventral:* el individuo se acuesta sobre su abdomen.



IMAGEN 8. DECÚBITO PRONO O VENTRAL. FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA

- *Decúbito lateral*: el paciente yace sobre uno de los costados. Será decúbito lateral homolateral si se encuentra acostado sobre el lado en el que se está haciendo la maniobra, o de cúbito lateral contralateral si está apoyado sobre el lado contrario al que recibe la movilización.



IMAGEN 9. DECÚBITO LATERAL. FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA

- *Sedestación*. [sentado]
- *Semisedestación*: implica una inclinación del tronco del paciente de unos 45° respecto a la horizontal (...).
- *Posiciones derivadas*: variaciones de las anteriores para la realización de maniobras específicas

En cualquiera de estas posiciones, puede haber fallas en su ejecución que llegan a causar malestar físico. Lewit (2002) comenta, “De hecho, el sobreesfuerzo estático puede ser en la sociedad moderna tan frecuente como la movilidad defectuosa, y nos encontramos una vez más con que la corrección de una estática defectuosa alivia frecuentemente el dolor” (p.19). La capacidad anatómica permite reeducar al cuerpo,

regresando el movimiento natural<sup>2</sup> del individuo en caso de presentar alguna clase de patología corporal cinética y elimina dolencias.

Ahora bien, en lo que respecta a los movimientos dinámicos, se deben ajustar a las características particulares y a la condición anatómica de cada persona para evitar riesgos, intentando que consiga su propio ritmo, tiempo e intensidad; además debe complementarse con la voluntad y la concentración en la actividad física que realiza.

Bajo esta lógica, “el conocimiento de los elementos anatómicos que forman el cuerpo, es necesario para poder realizar correctamente cualquier ejercicio terapéutico” (Sanz, 2007, p.13). Entonces, la capacidad de movimiento cinético, será igual, para los individuos con la misma condición anatómica, sin embargo la forma en que ellos evolucionen en el tratamiento dependerá como ya se dijo de las particularidades que posean.

Así, la *condición anatómica* que será útil para este supuesto es: el cuerpo de los individuos debe conformarse de cabeza/ cuello, tronco superior/medio/inferior y extremidades superiores brazos/manos e inferiores piernas/pies; todas estas estructuras bien desarrolladas, sin lesiones traumáticas (daño físico) por accidente, malformaciones, mutilaciones o miembros faltantes. Sin deficiencias cognitivas que le impidan ejecutar el movimiento total o parcialmente.

Bajo esta condición, la **capacidad anatómica de movimiento cinético**, inicia en el tronco o espalda (constituida por la columna vertebral). Debido a que es la parte del cuerpo de mayor importancia, por las curvas que se forman, pues tienen la función de absorber las fuerzas de impacto que se producen en la cinética del movimiento, en el desplazamiento y en las posturas corporales (equilibrio).

Si se observa de perfil, en la espalda pueden distinguirse a simple vista tres zonas (Monasterio, 2008, p.28):

- Una parte alta, en la que se identifica una curva entrante, cóncava, llamada *lordosis cervical* que está determinada por la disposición de las 7 vértebras que componen la **región cervical** (de C-1 a C-7).
- Una zona media, denominada **región dorsal**, compuesta por 12 vértebras (de D-1 a D-12), que dibujan una curva convexa llamada *cifosis dorsal*.

---

<sup>2</sup> Se usa para referirse a la capacidad innata de movimiento que posee cada ser humano.

- Y una parte más baja, la **región lumbar**, que con 5 vértebras (de L-1 a L-5) describe la lordosis lumbar. Al igual que en la zona cervical, se trata de una curvatura cóncava.

Todas las vértebras de estas tres regiones, suman un total de 24 y son móviles (*Imagen 2*).

- Además en la parte baja de la columna, hay dos regiones más, conformadas por vértebras soldadas y que carecen de movilidad entre ellas. Son la región sacra, que consta de cinco vértebras (de S-1 a S-5), y la **coxígea**, formada por tres o cuatro vértebras según la persona (de Cx-1 a Cx-4) (*Ibídem, 2008*).

La referencia de angulación de la columna en posición anatómica y relajada varía de 20° a 50° dependiendo de la persona, y se mide en las vértebras dorsales, de D1 a D12. La angulación en la flexión ventral es de 45°, en la extensión es de 25°, flexión lateral o inclinación es de 20° y en la rotación es de 35°, como se muestra en las imágenes subsecuentes.

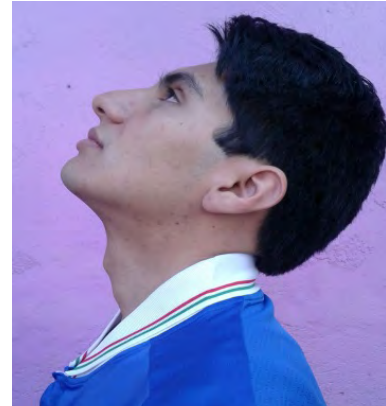
Ya conocidos los movimientos básicos de la columna vertebral y sus angulaciones; estas últimas sirven para explicar los grados de libertad del movimiento. A continuación se despliega la capacidad anatómica de movimiento que tiene cada parte del cuerpo en relación a las vértebras de la columna implicadas representadas como: C-cervicales, D-dorsales, L-lumbares, S-sacras y Cx- coxígeas. Se toman desde las aportaciones del fisioterapeuta José Manuel Sanz (2007) en su libro *Ejercicios que Curan paso a paso* debido a que se contempla que las personas con la misma condición anatómica llegan a ser capaces de realizar los movimientos aquí descritos.

## CABEZA

Las angulaciones de la cabeza pueden ir en la flexión y extensión de 0° (movimiento natural) a 45° o a 90°. En la abducción y aducción tiene las mismas angulaciones. En la rotación pasa de 0° a 60° o a 90° (Gowitzke & Milner, 1999).

1. *Extensión de columna cervical y cabeza.* Este movimiento lo realizan la región posterior del cuello y la columna cervical. Las recepciones nerviosas que hacen posible este movimiento son desde C-1 hasta D-6.

**IMAGEN 12. EXTENSIÓN DE COLUMNA CERVICAL CABEZA.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA**



*2. Flexión de la columna cervical y cabeza.* Se logra por la región ventral del cuello, inervada por las raíces nerviosas desde C-1 hasta C-7.



**IMAGEN 13. FLEXIÓN DE LA COLUMNA CERVICAL Y CABEZA  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA**

*3. Rotación del cuello izquierda-derecha.* Participan los músculos del cuello extensores y flexores inervados de C-1 a D-1.

**IMAGEN 14. ROTACIÓN DEL CUELLO.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA**



## ESPALDA: MOVIMIENTOS DORSALES Y LUMBARES

La angulación oscila entre los 20° y los 50° en la región dorsal y de 20° a 70° en la región lumbar, en estado de bipedestación. Los movimientos de las vértebras dorsales se son reducidos en relación a las cervicales, debido al contacto de las costillas (Monasterio, 2008).

4. *Flexión de la columna dorsal.* Se consigue llevando la cabeza ligeramente en dirección caudal-ventral aproximadamente a 45°.



IMAGEN 15. FLEXIÓN DE LA COLUMNA DORSAL.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA

5. *Extensión de la columna dorsal.* Se deja caer la cabeza y los hombros en dirección caudal-dorsal cerca de 25°.



IMAGEN 16. EXTENSIÓN DE LA COLUMNA DORSAL.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA

6. *Flexión lateral de la columna dorsal.* Puede realizarse hacia el costado izquierdo o derecho, la cabeza y el miembro superior dependiendo el lado hacia el que se haga la flexión, se mueven sobre el eje transversal en dirección caudal alrededor de 20°.



IMAGEN 17. FLEXIÓN LATERAL DE LA COLUMNA DORSAL.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA

7. *Rotación de la columna dorsal.* Se mueve la parte superior y media del tronco sobre el eje anteroposterior dirección ventral o posterior según sea el caso, por ahí de 35°.



IMAGEN 18. ROTACIÓN DORSAL DE LA COLUMNA.  
FOTO ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA



8. *Flexión de la columna lumbar.* El tronco superior, medio e inferior junto con la cabeza y las extremidades superiores se mueven dirección ventral y caudal entre 60° y 70°.

IMAGEN 19. FLEXIÓN LUMBAR DE LA COLUMNA.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA



9. *Extensión de la columna lumbar.* Son llevados en dirección posterior-caudal sobre el eje anteroposterior, el tronco superior- medio-inferior junto con la cabeza y las extremidades superiores las que cuelgan ligeramente, el movimiento se consigue a 35°.



IMAGEN 20. EXTENSIÓN DE LA COLUMNA LUMBAR.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA

10. *Flexión lateral de la columna lumbar.* El tronco, la cabeza y el miembro superior, se mueven sobre el eje transversal en dirección caudal alrededor de 20°. Puede realizarse hacia el costado izquierdo o derecho, dependiendo el lado hacia el que se quiera realizar la flexión.

**IMAGEN 21. FLEXIÓN LATERAL DE LA COLUMNA LUMBAR.**  
**FOTO. ELISSA I. SANCHEZ GALICIA**



11. *Rotación de la columna lumbar.* Se mueve el tronco sobre el eje anteroposterior dirección ventral o posterior según sea el caso, a 45°.



**IMAGEN 22. ROTACIÓN DE COLUMNA LUMBAR.**  
**FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA**

## MIEMBROS SUPERIORES

Las angulaciones de los miembros superiores pueden ir de 0° a 90° o a 180° (Gowitzke & Milner, 1999).

## HOMBRO

12. *Separación o abducción del hombro.* Inervado de C-5 a C-6, se logra levantando el brazo sobre el eje transversal con una angulación de 90°.

IMAGEN 23. SEPARACIÓN O ABDUCCIÓN DEL HOMBRO.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA



13. *Aproximación o Aducción del hombro.* Sus raíces nerviosas van desde C-5 hasta D-1. El brazo pasa sobre el eje vertical.

IMAGEN 24. APROXIMACIÓN O ADUCCIÓN DEL HOMBRO  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA



14. *Flexión del hombro.* Este amplio movimiento del hombro, que llega hasta la vertical por delante del cuerpo con una angulación de 90° tiene inervación desde C-5 hasta C-7.



**IMAGEN 25. FLEXIÓN DEL HOMBRO.**  
**FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA**

15. *Extensión del hombro.* Este movimiento queda limitado a 45° el brazo se mueve en dirección posterior. Inervado desde C-5 hasta D-1.



**IMAGEN 26. EXTENSIÓN DEL HOMBRO.**  
**FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA**

16. *Rotación interna del hombro.* Se logra con el codo flexionado y un movimiento caudal del brazo la inervación va de C-5 a D-1.

IMAGEN 27. ROTACIÓN INTERNA DEL HOMBRO.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA



17. *Rotación externa del hombro.* En la posición del codo flexionado el movimiento es del brazo va en dirección craneal. Inervado por las raíces C-5 y C-6.



IMAGEN 28. ROTACIÓN EXTERNA DEL HOMBRO.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA.

## CODO Y ANTEBRAZO

18. *Flexión del codo.* La inervación es de C-5 y C-6. La cara anterior del brazo se mueve en dirección craneal.

IMAGEN 29. FLEXIÓN DEL CODO.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA



19. *Extensión del codo.* La cara posterior del brazo se desliza en dirección caudal. Se inerva por C-7 y D-1.



IMAGEN 30. EXTENSIÓN DEL CODO.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA

20. *Pronación del antebrazo.* Este movimiento consiste en rotar el antebrazo hasta colocar la palma de la mano hacia abajo. La inervación procede de C-6 a D-1.

IMAGEN 31. PRONACIÓN DEL ANTEBRAZO.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA



21. *Supinación del antebrazo.* Consiste en situar la palma de la mano hacia arriba. Se logra gracias a C-5 y C-6.



IMAGEN 32. SUPINACIÓN DEL ANTEBRAZO.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA

22. *Circunducción de la extremidad superior.* El brazo realiza círculos en el aire, realizando flexión de hombro, abducción de brazo, extensión de hombro y aducción de brazo, o a la inversa. Se inerva de C-5 a D-1 (Gowitzke & Milner, 1999).

LA MUÑECA, LA MANO Y LOS DEDOS

Angulación de 0° a 80° o a 90° (*Ibidem*, 1999).

23. *Flexión de la muñeca y dedos.* Los movimientos se realizan hacia la mano, cerrándola. Sus raíces nerviosas se originan de C-6 a D-1.

**IMAGEN 33 . FLEXIÓN DE MUÑECA Y DEDOS.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA**



24. *Extensión de la muñeca y dedos.* Los movimientos se realizan hacia el dorso de la mano, abriéndola. Son inervados por C-6 hasta D-1.



**IMAGEN 34. EXTENSÓN DE LA MUÑECA Y DEDOS.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA**

## LOS MIEMBROS INFERIORES

Las angulaciones de los miembros inferiores pueden ir de 0° a 90° y casos específicos a 180°.



## CADERA

25. *Flexión de la cadera.* La pierna se mueve en dirección craneal con rodilla flexionada. Las raíces nerviosas de L-2 a S-1 son las inervantes.

IMAGEN 35. FLEXIÓN DE LA CADERA.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA



26. *Extensión de la cadera.* Este movimiento se realiza en dirección posterior con rodilla extendida gracias a su inervación de L-5 a S-2.



IMAGEN 36. EXTENSIÓN DE LA CADERA.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA

27. *Separación o abducción de la cadera.* La pierna se mueve sobre el eje transversal en dirección craneal. Su inervación proviene de L-14 hasta S-3.

**IMAGEN 37. SEPARACIÓN O ABDUCCIÓN DE LA CADERA.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA**



28. *Aproximación o aducción de la cadera.* La pierna se mueve en dirección al eje vertical y en ocasiones lo atraviesa. Activada por las raíces L-2 y L-3



**IMAGEN 38. APROXIMACIÓN O ADUCCIÓN DE LA CADERA.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA**

29. *Rotación interna de la cadera.* La pierna hace un giro interno sobre los dedos en punta del pie. Las raíces nerviosas proceden de L-4 hasta S-2.



**IMAGEN 39. ROTACIÓN INTERNA DE LA CADERA.**  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA

30. *Rotación externa de la cadera.* La pierna gira hacia fuera con rodilla semiflexionada dedos del pie en punta. Se inerva por L-5 hasta L-3.



**IMAGEN 40. ROTACIÓN EXTERNA DE LA CADERA.**  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA

## RODILLA

31. *Flexión de la rodilla.* La pierna se eleva a 90° y realiza un dobles en la rodilla de manera que cuelgan los huesos inferiores de la pierna (tibia, peroné y huesos del pie). Tiene raíces nerviosas de L-5 a S-3.



IMAGEN 41. FLEXIÓN DE LA RODILLA.FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA

32. *Extensión de la rodilla.* La pierna tiene dirección caudal, se despegua ligeramente del suelo sin flexión en la rodilla. Inervación de L-2 a L-4.



IMAGEN 42. EXTENSIÓN DE LA RODILLA.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA

## EL TOBILLO

33. *Flexión dorsal del tobillo.* Se apoya el tobillo en el suelo y se eleva la punta del pie dirección craneal. Raíces inervadas L-4 hasta S-1.



IMAGEN 43. FLEXIÓN DORSAL DEL TOBILLO.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA

34. *Flexión plantar del tobillo.* Se apoya la punta del pie en dirección caudal al suelo y se eleva el tobillo ligeramente. Sus inervaciones van de L-4 a S-2.

IMAGEN 44. FLEXIÓN PLANTAR DEL TOBILLO.  
FOTO. ELISSA I. SÁNCHEZ GALICIA



Todas las actividades físicas mencionadas, al ejecutarlas buscan corregir la cinética corporal. El proceso al igual que la evolución en el tratamiento dependerán de las patologías del cuerpo que presente cada persona y su voluntad durante el tratamiento. Cuando se menciona la existencia de un defecto en la estática o la dinámica del movimiento o cuando no lo hay, se alude a los *hábitos corporales* sobre el uso del

cuerpo, que han sido adquiridos por los sujetos, e incorporados a la constitución de su corporalidad.

## 1.6 Hábitos Corporales

El cuerpo de los seres humanos se construye y se modificada por medio de las influencias internas (todo lo que acontece en la psique), al igual que de las externas (estímulos del entorno social), ya sea por el aprendizaje de modelos sociales o por cubrir necesidades para su adaptación (reacciones psicofisiológicas ante situaciones notables). Cada elemento adquirido conformador de la corporalidad, con el tiempo se convierte en un hábito que llega a cambiar la función y la morfología de las partes del cuerpo. Entonces se encuentra o no movimiento defectuoso.

Un *hábito corporal*, visto como concepto médico se refiere a “Las variaciones frecuentes en la forma del cuerpo humano” (Frank, Long, & Smith, 2010, p.64). El hábito corporal resulta importante porque permite localizar y determinar la forma de los órganos abdominales de la mayoría de la población. En cambio la Real Academia Española dice, el *hábito* es un modo especial de proceder o conducirse adquirido por la repetición de actos iguales o semejantes, y originado por tendencias instintivas. Y lo *corporal* es aquello perteneciente o relativo al cuerpo.

Por lo que *hábito corporal*, puede ser definido como la forma del cuerpo humano adquirida por la repetición de acciones físicas o tendencias instintivas, que tiene efectos en la salud del individuo. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015<sup>3</sup>) define *salud* como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Los hábitos corporales se usarán en este caso para referirse específicamente a las distintas variaciones en la forma del cuerpo, donde se ven implicadas la estática (en las diversas posiciones) y la dinámica (utilización de cada estructura para realizar movimiento y desplazamiento). Por medio de la cinética y las manipulaciones, se pretende modificar el cuerpo, en el su estado físico para obtener efectos principalmente positivos en el estado mental y social del individuo.

---

<sup>3</sup> Recuperado a las 12:48 am de [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)

Ahora bien, los hábitos corporales más comunes en dónde se encuentran defectos en el movimiento estático y dinámico se dan en el mantenimiento prolongado de posturas incorrectas o al realizar actividades cotidianas inadecuadas, por ejemplo: estar de pie mucho tiempo sin moverse, acostado boca abajo o boca arriba con el cuello desalineado del cuerpo, sentado con las piernas cruzadas o tocando los tobillos encorvados, brazos cruzados, levantar peso de manera brusca, cargar bolsos o mochilas sin alternar peso, o trabajar con los brazos por encima de 90° (Sanz, 2007-b).

Mantener hábitos corporales erróneos tiene consecuencias, como es el caso de *dolor* el síntoma más importante a nivel físico y psicológico, Sanz (2007-b) opina al respecto:

Nuestro cuerpo es una máquina de gran precisión y que se encuentra en equilibrio interno. Cuando este equilibrio se ve comprometido el cuerpo nos informa mediante diferentes síntomas. Uno de los más frecuentes y que todos conocemos es el dolor, el cual nos informa de que algo en nuestro equilibrio interno está alterado. Sin embargo, el dolor es un síntoma muy inespecífico, es decir, interpretar su significado es muy complejo. El dolor en una misma zona puede proceder de elementos del aparato locomotor, de vísceras profundas, del sistema nervioso u otros (p.9).

Es necesario identificar el *dolor* que presentan los individuos, su origen y el área en la que se ubica el malestar. El individuo en ocasiones tiene la capacidad de reconocer dónde se localiza, aunque en otras puede llegar a desconocer la fuente que lo ocasiona o no saber el lugar preciso donde siente el dolor, es por ello que se considera un síntoma inespecífico. Se sabrá que hay una problemática a nivel físico cuando se comunique la presencia de dolor como síntoma primordial.

Otro efecto provocado por hábitos corporales erróneos es el *bloqueo*, uno de los signos más fáciles de diagnosticar, conocido también por *restricción del movimiento*, consiste en la pérdida de flexibilidad o elasticidad de las articulaciones, generalmente imposibilita realizar angulaciones naturales y la amplitud de ejecución es anormal o inconclusa. En contra parte, cuando la articulación está normal nunca alcanza la posición extrema con brusquedad, y un pequeño aumento de presión aumenta la amplitud de movimiento (Lewit, 2002).

Algunos pueden ser derivados de estos dos como: la *contractura* que es un nódulo duro que aparece en el músculo sin necesidad de un trauma cuando se le somete a un esfuerzo físico intenso, ya sea deportivo, postural o de cualquier tipo, puede ser doloroso en reposo o al estirarlo o contraerlo; *calambre* es una contractura muy dolorosa e involuntaria, contracción sostenida de un músculo sin intervalos de relajación y *la elongación o distensión* que es el estiramiento brusco de un músculo rebasando su límite de elasticidad pero sin daño anatómico en las fibras (Sanz, 2007-b).

Ahora bien, para evitar las hábitos corporales erróneos en el *Anexo D* se exponen algunas formas de higiene postural en las actividades cotidianas, planteadas por Sanz (2007-b). Conviene mencionar que la mayoría de la población en el mundo, no presenta una postura bípeda ideal o al realizar acciones físicas diarias, debido al elevado número de factores (hereditarios, físicos, psicológicos y ambientales) que influyen. No por esto deja de ser útil un referente en el estudio de la postura humana. Las posturas ideales son el resultado de la interacción de fuerzas externas e internas que inciden y se generan como respuesta en el cuerpo humano para mantener una postura estable y alineada (Daza, 2007).

Las posturas ideales ayudan a tener higiene postural o se le puede denominar hábitos corporales adecuados. Por medio de ellos se evita malestar en el cuerpo, obteniendo con el tiempo la restitución del movimiento natural que tiene cada individuo. Así, en el cuerpo se manifiesta el uso correcto o incorrecto del mismo, al igual que las situaciones cotidianas físicas y mentales por las que pasa cada individuo. La repetición de dichos eventos pueden producir hábitos corporales erróneos o adecuados que en ocasiones afectan la percepción de la imagen del cuerpo de manera positiva o negativa.



## CAPÍTULO II: GESTALT, CORPORALIDAD Y ENFOQUE CORPORAL

En este capítulo se realiza un análisis epistemológico de la Psicología de la Gestalt con Max Wertheimer, Kurt Koffka y Wolfgang Köhler fundadores de los conceptos de *forma*, *fondo*, totalidad e isomorfismo; como base de la Terapia Gestalt propuesta por Fritz Perls. Además se establece su relación con la construcción de la corporalidad en los seres humanos. Dando pauta a mencionar cómo en el cuerpo se manifiesta aquello que transita en la mente y en el entorno. Asimismo, se expone el método de enfoque corporal de Eugene Gendlin para trabajar estas influencias del entorno en el cuerpo y la psique.

### 2.1 Psicología de La Gestalt y Terapia Gestalt

La Psicología de la Gestalt tiene su origen en Alemania a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX. “Vivió su época de mayor esplendor en los años veinte y principios de los años treinta, hasta la llegada al poder del nacionalsocialismo en 1933” (Pastor, Tortosa & Civera, 2011, p.250) y con él, el inicio de la Segunda Guerra Mundial que afectaría al mundo académico y científico.

Se trata de una ciencia, que en la primera mitad del siglo XX, planteaba interpretaciones alternativas a las de la psicología experimental o científica alemana del momento y también a las de las principales escuelas norteamericanas como el Estructuralismo, el Funcionalismo o el Conductismo (*Íbidem*, 2011). Los exponentes más relevantes en sus inicios fueron Max Wertheimer (1880-1943), Kurt Koffka (1888-1941) y Wolfgang Köhler (1946-1995), considerados los fundadores de la psicología de la Gestalt (Grande & Silva, 2013).

Wertheimer ya desde 1912, había publicado obras sobre los principios de esta corriente. Estableció una serie de leyes de la organización perceptiva o Leyes de la Gestalt, que corresponden a: *Ley de la proximidad*: los estímulos próximos entre sí tienden a percibirse agrupados. *Ley de la semejanza*: los estímulos parecidos entre sí tienden a percibirse agrupados. *Ley del cierre*: las figuras abiertas, inacabadas o

incompletas, tienden a cerrarse, acabarse o completarse, con el fin de que adquieran una forma. *Ley del destino común*: los elementos que se desvían de un modo similar respecto de un grupo mayor tienden a percibirse agrupados. *Ley de concisión*: ley general que tiende a formar una “buena” Gestalt (Grande y Silva, 2013).

Él en conjunto con dos discípulos Köhler y Koffka centraron su atención en el fenómeno del movimiento aparente o fenómeno *fi* o *phi* que se refiere a la experiencia perceptual del movimiento que se da cuando una serie de rayos luminosos se proyecta uno tras otro como ocurre en las películas (Álvarez, Molina, Monroy & Bernal 2012).

Israel Grande y Jesús Silva (2013) explican la experiencia perceptual del movimiento en tres pasos:

primero, que la percepción no está determinada por el estímulo, sino que la percepción misma es la que da forma y significado a los estímulos.

En segundo lugar, la percepción es capaz de separar el campo perceptivo en dos partes: en la que focaliza la atención (figura), y otra menos clara e importante (fondo). Por último, aun habiendo hecho la anterior clasificación, nuestra percepción no recibe la información individual, sino que tiende a estructurar ambas partes, formando una totalidad (Parte III. Procesos psicológicos. Capítulo 6. Percepción)

El proceso de la *percepción* permite producir una representación interna del mundo exterior (Rains, 2004) y es estimado innato, la tendencia a percibir configuraciones o totalidades organizadas, surge de la manera en que el sistema nervioso humano procesa los datos (Grande y Silva, 2013). Dicho de otro modo, el hecho psicológico no corresponde al hecho físico separado en elementos . Sino a una cualidad específica: la *gestalt* (Álvarez, et al., 2012) o configuración total.

Si se considera esta explicación en torno a una concepción humana, podría verse desde una configuración holística-constructivista; pues plantea, estudiar al organismo como un todo y además, supone que el conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción del sujeto. La realidad de esta manera se disocia entre la figura que será lo más sobresaliente, lo que resalte, lo emergente y el fondo, lo difuso, aquello que no está claro, lo que no reconoce, lo indiferenciado; pero al final es vista como una totalidad y no en partes, como efecto de la percepción de cada sujeto.

Latner (2007) opina que el holismo es el fundamento de la epistemología de la Psicología Gestalt a lo que menciona que toda naturaleza se concibe como un todo unificado, cambiante y coherente que se construye mediante la interacción de sus partes. Pone como ejemplo al hombre, que incluye el funcionamiento de su cuerpo físico, emociones, pensamientos, cultura y expresiones sociales de forma unificada; quiere decir que el todo es mayor a la suma de sus partes y no sólo una acumulación de funciones o una visión aislada de mente/cuerpo, en la que la mente hace que funcione el cuerpo o viceversa.

Por lo tanto, divisar al ser humano de manera holística, permite concebirlo más allá de lo que aparenta, brinda la oportunidad de cuestionar sobre el contenido profundo que lo construye y no únicamente lo que se ve a simple vista. El hombre es una conformación de lo que hay física y psicológicamente en el interior de sí mismo, más la suma de los elementos experienciales que encuentra en el exterior, el pasado, el presente y el futuro, las influencias sociales sean estas por medio de imágenes, ideas, expresiones, sensaciones, conductas y además aquello quizá insospechable. Todos estos elementos forman una totalidad una *Gestalt*, un ser humano, susceptible de reconstruirse constantemente en nuevas Gestalts.

La psicología Gestalt propone entonces los siguientes principios (Álvarez, et al. 2012) :

- 1) Principio de totalidad. El fundamento primario de la experiencia no lo constituyen los elementos aislados, está en función del todo y el todo es más que la suma de las partes.
- 2) Principio de Isomorfismo. Expresa que existe una relación de correspondencia biunívoca entre procesos psíquicos y fisiológicos: a cada elemento de un proceso fisiológico corresponde uno psíquico, unidad mente-cuerpo.

En este sentido, hay una relación entre la experiencia y la unión mente-cuerpo, son un todo, una configuración total. Podría interpretarse, a la medida en que hay una experiencia nueva, hay cambios estructurales en la unión mente-cuerpo, para posteriormente reunificarse en una nueva totalidad o Gestalt.

Ahora bien, la Psicología de la Gestalt, sugiere el estudio de fenómenos, primero desde la óptica de Wertheimer-Koffka-Köler y en segundo lugar desde la concepción husserliana que deriva de la palabra *phainómenon*, está hace mención a que las cosas que se muestran a simple vista no son tan simples cómo parecen, tienen un objeto real y un objeto esencial, la vivencia empírica de una persona no siempre se identifica con el objeto mentalizado (Lambert, 2006). Se habla entonces de una fundamentación fenomenológica y existencial (experiencia) con lo que se da paso a la llamada Terapia Gestalt.

El existencialismo, busca el conocimiento de la realidad mediante la experiencia inmediata de la propia experiencia, específicamente la proposición de Jean Paul Sartre, que declara que toda verdad (realidad) y toda acción dependen de un medio y de la subjetividad humana (Chávez, 2000).

La fenomenología de Edmund Husserl, parte de la subjetividad y se enfoca en la experiencia vivida o vivencia intencional (en orden a un fin), que se establece mediante la percepción directa o intuición clara de los procesos que yacen en el fondo de la conciencia del sujeto conocedor (observa al objeto), o en el yo, en el que hay un reflejo de sí mismo (Barbera & Inciarte, 2012). Bolio (2012) lo explica:

El sentido y el significado del mundo y de su entorno es una formación subjetiva, en la que el mundo vale para quien lo experimenta y se interroga sobre cómo ha operado y aplicado la razón. A partir de ese razonar autocrítico, controlado y aplicado metódicamente objetiva al mundo y se asegura de construir una "objetividad" que trasciende al individuo que la ha verificado. Está allí, al servicio de otras subjetividades (pp.24-25).

La fenomenología posee un gran valor ya que vuelve a las cosas mismas, permitiendo al ser humano divisar de manera más amplia y precisa la realidad, mejor dicho "*darse cuenta*" o "*el aquí y el ahora*". *El ahora*, corresponde al ser humano con su experiencia inmediata estar en *el aquí*, vivenciar, descubrir, sentir y explorar; de los cuales surgen otros procesos psicológicos como pensar, aprehender, sentir y comprender, entre otros. Este concepto unido al "*como*" que es la estructura de todo lo que ocurre; son los que hacen andar a la Terapia Gestalt (Vásquez, 2000).

De lo dicho, la Terapia Gestalt propuesta por Fritz Perls, “hace su aparición por los años 30 y 40 del siglo XX” (Burga, 1981), tiene influencia como ya se dijo del existencialismo Sartre y de la fenomenología de Husserl principalmente, entre otras teorías. Sostenía que la naturaleza humana se organiza en formas o totalidades y es vivenciada por el individuo en estos términos. Para comprender mejor el trabajo de Perls y conocer la importancia que deposita en el cuerpo, es conveniente tomar en cuenta una breve reseña biográfica:

Friedrich Solomon Perls nace el 8 de julio de 1893 en Berlín (Alemania). Es su madre quien logra despertar en él la curiosidad y el interés por el arte y, en especial por el teatro, influencia que posteriormente se vería plasmada en su Terapia Gestalt en la importancia que aquí le otorga al lenguaje del cuerpo.

Ya para 1946 llega a Nueva York, En dicha ciudad conoce a Paul Goodman y a Ralph Hefferline, con quienes escribe su obra central, *Gestalt Therapy (Terapia Gestalt)*, que aparece publicada en 1951. En 1953 funda el *Gestalt Institute of Cleveland*. En 1966 en Esalen (California) funda el que se ha considerado uno de los institutos más importantes de Terapia Gestalt, el Instituto Esalen, y permanece allí hasta 1969. En este año escribe *Gestalt Therapy Verbatim (Sueños y Existencia)* y publica *In and out of the Garbage Pail (Dentro y fuera del tarro de la basura)*. Durante el verano de 1969, cerca de Vancouver (Canadá) funda una comunidad gestáltica. El 14 de marzo de 1970 muere a la edad de 76 años (Velásquez, 2001).

Retomando la idea de Terapia Gestalt, contempla la totalidad de experiencias que dependen de las percepciones físicas del propio cuerpo (Baumgardner, 1994). De ahí que, la premisa básica de la terapia Gestalt diga “*Es la organización de hechos, percepciones, conductas y fenómenos, y no los elementos individuales de los cuales se componen, lo que los define y les da su significado específico y particular*” (Perls, 2013, p.6).

Así respecto a la “terapia Gestalt”, se esclarecen algunos conceptos. La palabra *terapia*, es conceptualizada como el conjunto de acciones y prácticas destinadas a sanar o a tratar enfermedades (Sassu, 2009). El término Gestalt es de origen alemán y se ha traducido de distintas maneras: forma, figura, configuración (Romero, 2005), totalidad (Burga, 1981). También “significa poner en forma, dar una estructura

significante, [...] proceso de formación” (Sassu, 2009, p.21). Lo que hace suponer que por medio de técnicas de acciones físicas, se sana y se da una nueva configuración o forma a un ser humano a nivel físico, psíquico y social; o bien la totalidad del sujeto se reestructura en una gestalt distinta a la que se encontraba, con el fin de mantener y/o desarrollar un estado de bienestar armonioso en sí mismo.

La terapia Gestalt tiene quizá como herramienta principal el cuerpo, otorgándole gran importancia al lenguaje corporal. Parafraseando a Baumgardner (1994, pp.24-25) quien retoma el trabajo de Fritz Perls, la terapia Gestalt es la unidad definitiva de experiencias, dicha experiencia es en su mayoría física y en consecuencia depende de la percepción del propio cuerpo. Por lo que se encarga de lo que sucede entre el organismo y el medio ambiente, en los niveles bio-psico-social. La percepción del cuerpo por lo tanto es una fuente constante, probablemente la más esencial, en la que el individuo se descubre a sí mismo en relación a lo que le rodea. En este contexto, interesan aquellos sujetos con fallas corporales por una obstrucción del flujo natural, por ejemplo aquellos que detienen su respiración, o quienes tienen el movimiento de un brazo bloqueado, o evitan tocar a otros.

Bajo esta lógica, uno de los principios que persigue la terapia Gestalt es el de homeostasis o adaptación, el cual se puede definir como el proceso de autorregulación; mediante el cual, el organismo interactúa con su ambiente para mantener su equilibrio (su salud), y le permite cubrir necesidades fisiológicas y psicológicas (Sassu, 2009). Por lo tanto, el sujeto completa o crea una Gestalt, cuando sabe cómo manejarse a sí mismo, a su ambiente, y primordialmente al comprender cuales son sus necesidades y las cubre. Para Perls el holismo antes visto y la homeostasis son tendencias innatas del individuo, son instintos (Velásquez, 2001).

Los instintos sin embargo, se encuentran fuera de la capacidad de “*darse cuenta*”, no se puede tener acciones deliberadas sobre ellos, pero sí se logra intervenir directamente con los síntomas. Por ejemplo, una persona con bloqueo de movimiento en la mano derecha, su instinto homeostático responde a recuperar la movilidad de ese miembro, pero no sabe que es a dicho instinto al que responde, simplemente lo hace. Toma entonces como foco cubrir de primer momento la necesidad de mover la mano, todas las demás necesidades pasan a segundo término. El síntoma es el

bloqueo, por lo tanto buscará aquello que le ayude o le permita recuperar el flujo natural de la mano como: ejercicios, técnicas de relajación y probablemente haga una introspección sobre la causa de inmovilidad “*darse cuenta*”.

El proceso de “*darse cuenta*” se efectúa en la mente, ésta es una estructura capaz de ejercer voluntad sobre el cuerpo, puede pasar síntomas de un área a otra. “Es el pequeño *deus ex machina* [Dios a través de la máquina] que nos controla en todo momento” (Perls, 2013, p.13). Por consiguiente, darse cuenta es una función de la mente que puede ser traducida como *tomar conciencia*, un problema cualquiera el sujeto lo percibe en su totalidad. Por lo que respecta a la conciencia, ésta es subjetiva. Uno se percata de sí mismo por medio del cuerpo y de las emociones.

Otras funciones implicadas son la *atención* y la *voluntad* como ya se dijo. La primera se refiere a concentrar la mayor parte de actividad y percepción sensorial en cualquier problema. La segunda consiste en centrarse en realizar acciones con objetivos específicos dirigidas a solucionar el dicho conflicto. Por consiguiente, se puede ver el lado mental y físico del comportamiento humano, como lo aclara Perls (2013).

*contempla al ser humano tal cual es, como un todo, un entero, y examina su comportamiento tal cual se manifiesta en el nivel aparente de la actividad física y en el nivel aparente de la actividad mental. Una vez reconocido que los pensamientos y las acciones son hechos del mismo material, podemos traducirlos y transponerlos de un nivel a otro.*

*Así, finalmente llegamos a introducir en la psicología el concepto del campo unificado –concepto holístico– (p.18).*

Por lo cual que se puede percibir y tratar con un ser humano en su totalidad, que incluye al individuo –unión mente-cuerpo– al igual que al ambiente. De acuerdo con lo expresado, el organismo y el ambiente están en una relación de reciprocidad. El individuo encuentra en el ambiente lo que necesita para satisfacer necesidades, de modo que restablece el equilibrio del organismo y se completa la Gestalt.

La terapia Gestalt considera que el ser humano y su ambiente son una sola unidad e inseparables. Por consiguiente, se ocupa de lo que sucede entre ellos en los niveles biológico y social, el cuerpo es el medio por el cual el sujeto se descubre a sí mismo en relación a lo que le rodea.

El objeto de la terapia es ocuparse de los papeles fingidos y los huecos en la personalidad; producidos por la pérdida de la percepción, de separarse progresivamente del potencial propio y los papeles sociales. Para Perls el propósito principal de la terapia es precisamente, cambiar de forma radical la conducta de represión o la pérdida progresiva de la percepción (Baumgardner, 1994).

Sin embargo, depende del propio sujeto poder conocer su experiencia interna del cuerpo y las emociones; conocer que está colocando en primer plano y posteriormente lo que hay en el fondo. El vínculo mente-cuerpo, se logra cuando el sujeto está dispuesto a expresar en voz alta la percepción corporal y emocional que tiene, olvidándose de cualquier pensamiento que pudiera relacionar. Entonces con el tiempo se da cuenta que una serie de tensiones, generalmente provienen de situaciones inconclusas. Lo que deviene en incomodidad, causada por un sentimiento no expresado; siempre y cuando no provenga de un trauma o por enfermedad (Baumgardner, 1994).

Acorde con lo mencionado, en la terapia Gestalt se enfatiza la importancia que tiene la percepción del cuerpo. Cuando el paciente descubre las diferentes tensiones o bloqueos musculares y por consiguiente después permite que el cuerpo por medio de acciones mande codificaciones que lo liberan, es el momento en que ha ocurrido un cambio real, dándole una nueva constitución o Gestalt.

Al estar en contacto consigo mismo por medio del cuerpo, se puede advertir el entorno con los sentidos (audición, visión, tacto, tono de voz, etc.) y se adquiere experiencia. Quiere decir que en el cuerpo hay manifestaciones cotidianas o experienciales que adquieren los seres humanos y con las cuales se crean sus corporalidades, de donde resulta que la percepción del cuerpo del individuo en su totalidad es una Gestalt.

Con base en lo anterior, es conveniente analizar la concepción gestáltica de corporalidad como elemento donde la experiencia adquiere un significado, un sentido a través del cuerpo; el vínculo entre lo interno del ser y lo externo, su cotidianidad en el entorno.



## 2.2 Gestalt y Corporalidad

El concepto de *corporalidad* fue desarrollado por el Dr. Eugene T. Gendlin quién está situado en la línea de la psicoterapia experiencial. Ésta es entendida como *sensación sentida*, y surge del concepto *befindlichkeit* planteado por Heidegger, palabra alemana, que se construye a partir de un saludo cotidiano, *Wie befinden Sie sich?* que literalmente pregunta *¿Cómo se encuentra a usted mismo?* (Gendlin, 1988) y hace referencia a la afectividad implícita en cualquier situación o vivencia humana (De Castro y Gómez, 2011).

De ahí que corporalidad sea una dimensión del cuerpo que constituye una puerta de acceso a la experiencia de vida humana. Trilles ( 2004) en un análisis de algunos apuntes de Merleau-Ponty define la corporalidad como, una unidad global entre mente-cuerpo-[mundo], un macro-fenómeno, una Gestalt, una unidad expresiva, ya que cada acto corporal expresa la existencia de lo que se vive.

La corporalidad por tanto, es una realidad subjetiva, vivenciada o experienciada; por ello es intencional a la vida psíquica y no está restringida al límite del cuerpo, por el contrario, están íntimamente relacionados entre sí. La corporalidad depende del cuerpo, este último permite sentir el mundo externo del individuo, mientras que la corporalidad es la consecuencia de la subjetividad de la mente más lo que se vive a través del cuerpo.

La Real Academia Española (2016), menciona varias acepciones de la palabra cuerpo, sin embargo, la que aquí ocupa es concerniente al *cuerpo humano*; lo define como “aquello que tiene extensión limitada, perceptible por los sentidos”, es una realidad objetiva que posee una forma definida (Montenegro, Ornstein & Tapia, 2006). Entonces resulta que, “el cuerpo humano no sólo posee la capacidad de percibir estímulos externos que configuran el mundo que lo rodea, sino que también es capaz de percibirse a sí mismo, en la medida en que es «perceptible por sus propios sentidos»”(De Castro & Gómez, 2011, p.241). Así el cuerpo se establece en una corporalidad, un centro de percepción interna y externa.

Dicho de otro modo, es por medio de la dimensión corporal, donde se puede manifestar y expresar todo lo que acontece en el mundo, se muestra implícita o

explícitamente a través de la corporalidad. En el cuerpo se viven las experiencias cotidianas, al igual que las sensaciones conectadas directamente con la afectividad (De Castro & Gómez, 2011).

La afectividad resulta ser una estructura subjetiva que influye sobre todas las experiencias que vive el ser humano en su relación con el ambiente. Se pueden clasificar en cuatro modalidades según De Castro y Gómez (2011, pp. 231-232):

- **Emociones:** caracterizadas por su intensidad variable y generalmente pasajera. Las emociones evidencian la forma como el ser humano es impactado por las situaciones y los acontecimientos de su diario vivir, los cuales son vivenciados corporalmente (...).
- **Sentimientos:** revelan la manera como el individuo se vincula afectivamente con el mundo. Esta vinculación puede ser positiva o negativa, matiza la existencia por largos periodos de tiempo, configurando una disposición afectiva a determinados objetos, eventos y personas, así como al propio yo. (...)
- **Estados de ánimo:** expresan la forma predominante como el ser humano se encuentra y se percibe en su espacio existencial, (...) son individuales y particulares en cada sujeto (...).
- **Pasiones:** son orientaciones afectivas a determinados objetos, las cuales direccionan e impregnan la acción de una manera intensa. (...).

La afectividad como la subjetividad del cuerpo son elementos que permiten representar el mundo, implicando una necesidad por captar y clarificar las sensaciones corporales para comprender la vivencia humana. Por ende, el cuerpo humano y la corporalidad, vistos desde la Gestalt, son una unidad, en la que se manifiesta la subjetividad afectiva de forma tanto física como psicológica. El cuerpo entonces, funciona como un instrumento, por medio del cual se comienza a tener una experiencia del mundo o se concibe la realidad. Es el centro de la orientación, dependiente de los sentidos y la subjetividad individual de cada sujeto para percibir las cosas conformadoras de las dimensiones de la existencia humana. Permite determinar el vínculo que hay entre los estímulos físicos, la percepción que hace el sujeto mediante su propio subjetivismo y su estado anímico.

Husserl citado por Villanueva (2012, p.14) lo expresa así:

[...] depende del cuerpo y de lo propio de la psique, qué tiene frente a sí el sujeto como mundo [...] un estado anímico como la hilaridad, la melancolía y semejantes, ejercen influencia sobre los procesos

corporales. Y gracias a estos nexos, el mundo externo aparente se muestra como relativo no meramente del cuerpo, sino al sujeto psicofísico en su totalidad (Husserl, 1952/1997, p.107).

Se debe aclarar que lo anterior no significa que el individuo “crea” las cosas desde su ideal, sino que se relaciona con ellas por medio del cuerpo y las interpreta mediante su subjetividad sumada a su afectividad, por ello, es capaz de darles un sentido, un valor, una definición. Entonces es cuando el sujeto se corporeiza por la experiencia adquirida y se conforma su corporalidad.

Ahora bien, haciendo una comparación, Romero (2003) citado en De Castro & Gómez (2011) comenta que el enfoque psicoanalítico concibe el cuerpo como un ente bio-energético, es decir, como un centro de energía dominado por las actitudes mentales, que en ocasiones facilitan las expresiones y en otras las bloquean, viéndose manifestadas a nivel muscular y en las posiciones corporales. De esta manera, el cuerpo posee una energía de naturaleza libidinosa, cuya circulación puede ser bloqueada o debilitada por mecanismos del yo. Es claro que en este enfoque se concibe la mente y el cuerpo como entidades separadas, donde una gobierna a la otra.

En contra parte, el enfoque fenoménico-existencial, concibe el cuerpo como una existencia corporizada y vívida, el lugar donde se organiza experiencialmente la existencia (Romero, 2003, en De Castro & Gómez, 2011). Es decir, la dimensión corporal se traduce como corporalidad, puesto que la experiencia de vida subjetiva y afectiva se manifiesta corporalmente. Una proposición fundamental del enfoque gestáltico es: que el “sí mismo” o “yo” es tanto corporal como mental (Kepner, 2011), existe la unión mente-cuerpo. Así, la experiencia del cuerpo vivido a través de los sentidos, es experiencia del sí mismo. Ya en apartados anteriores se hizo mención de la importancia de la unión.

Siguiendo la lógica, el *sí mismo* comprende desde el enfoque Gestalt, un elemento que integra la experiencia, un proceso que el flujo natural persigue. El sí mismo es variado, flexible en sus capacidades y cualidades, pues depende de las necesidades particulares del organismo y del entorno. Se ha descrito como sistema de contacto de interacción con el entorno (Íbidem, 2011). Por lo que se puede considerar al *sí mismo* como conformador de la experiencia o mejor dicho la propia corporalidad.

Con respecto a la separación mente-cuerpo, al realizar dicha división se convierte el sí mismo en “eso” un objeto más de la existencia. Por consiguiente se excluye el “yo” corpóreo, quiere decir que se vuelve el sí mismo negado (Kepner, 2011). Con ello se niega también cualquier función del organismo de índole corporal, entrando por consecución en un estado de *represión*.

Sin embargo, para la Gestalt que considera que el cuerpo es el órgano de la voluntad de un “yo puedo” que realiza movimientos libres y espontáneos (Villanueva, 2012, p.16), la *represión* no es únicamente un mecanismo mental. Para ser más específicos, se puede mantener el sí mismo negado fuera de la conciencia, evitando físicamente movimientos esenciales en distintas partes del cuerpo y afectando la libre realización cinética. Así por ejemplo, cuando hay una negación del sí mismo corporal respecto a los sentimientos, tomando como referencia la tristeza, quizá pueda presentarse tensión en el área del diafragma, al igual que dolor de pecho. Otro ejemplo es cuando el sujeto tiene necesidad de relacionarse, pero al tener un cuerpo negado, éste no es identificado como sí mismo, por lo que el puente de contacto está ausente, no hay conexión con el exterior que busca interactuar.

Kepner (2011) presenta los límites de la negación, pone en el extremo la descorporificación, como en la psicosis donde hay una separación casi total de las sensaciones y del cuerpo, en la que el individuo vive en la fantasía. Seguida de los estados menos graves como es el caso de la distorsión de la percepción del cuerpo, se puede ver en el caso de la anorexia nerviosa. Después en un nivel inferior de gravedad se encuentra lo que él llama “modal” que determina, es un grado más común de identificación corporal, en el cual se vive la experiencia del cuerpo pero no en plenitud, como “yo”. En este caso, la negación suele ser más sutil. Por último menciona a la persona “normal” en la que dice haber algo de negación de la experiencia corporal, pero un mayor grado de “sí mismo” está ubicado en la conciencia y hay posibilidades de aceptar el “sí mismo” corporal negado, por medio de algún mecanismo que facilite el ajuste.

Cabe aclarar que el término “normal” va en contra del espíritu de la terapia Gestalt, además de estar envuelto en controversias. Debido a ello, en esta investigación, se sustituye por el vocablo “natural” que se enmarca dentro del enfoque

y es considerado como, “el continuo fluir (...) de cada figura que emerge de un fondo” (Cárdenas, 2014, p.6). Cuando se le presta atención a la experiencia corporal, en términos gestálticos, habrá sensaciones que resalten del fondo general de la experiencia corporal (Kepner, 2011). Es lo que sobresale, lo que comienza a ser relevante en la conciencia, empieza a atraer la atención y gana energía si tiene importancia para el sí mismo.

Considerando ahora, si deja de haber un flujo continuo entre cada figura que sobresale del fondo, se crean bloqueos generadores de malestar. Evidenciados de distintas formas: en la subjetividad, por ejemplo la introyección pasiva de los “deberías” del medio y la renuncia al sentido de identidad; en la proyección como la dispersión de la identidad y la adjudicación de otros sentimientos propios; en la retroflexión como el regreso al propio individuo de aquello destinado para los otros atrapándolo en fuerzas antagónicas; en la deflexión como el enfriamiento del contacto real y directo con los demás; y para finalizar con la confluencia como alteridad donde las diferencias entre el individuo y los otros es aminorada (Polster & Polster, 2009, en Cárdenas, 2014). Es conveniente mencionar que cualquier tipo de malestar se verá reflejado a nivel corporal.

Con todo lo anterior es posible mostrar la importancia de la corporalidad, de las funciones de contacto con el exterior y la subjetividad, como unidades Gestálticas conformadoras del ser humano. Además de mostrar cómo la negación de lo corporal, desde la separación mente-cuerpo, está relacionada con la pérdida del flujo natural del movimiento, con los bloqueos y cualquier otra manifestación corporal confusa o dolorosa en el individuo, su pérdida de bienestar físico y psicológico.

Es así que resulta importante tener un acercamiento con el cuerpo, poner atención a lo que intenta comunicar a partir de cada suceso cotidiano surgido por la interacción mente-cuerpo-ambiente. En otras palabras, es importante restaurar el bienestar perdido mediante la negación del cuerpo, para llegar a un completo estado de salud. Una de las técnicas más utilizadas que busca cumplir este propósito, y reinsertar el valor del cuerpo es el *Enfoque Corporal*, que se abordará en el siguiente apartado.

## 2.3 Proceso y Técnica del Enfoque Corporal: “Focusing” de Eugene T. Gendlin

El proceso y técnica del enfoque corporal (Focusing) tiene una historia que inicia en los años 60, con el Dr. Eugene T. Gendlin quien ha sido galardonado tres veces por la Asociación Americana de Psicología (APA) en honor a las contribuciones hechas sobre la Psicoterapia Experiencial.

Gendlin en colaboración con Carl Rogers sentaron las bases filosóficas de dicha psicoterapia que tiene como esencia “describir y dar cuenta el modo en que los seres humanos construyen un significado a partir de la experiencia” (Riveros, 2013, p.2). Sin embargo, Gendlin se enfocaría en desarrollar una teoría mucho más amplia conocida como el enfoque corporal. En 1969 publica por primera vez un artículo llamado *Focusing*, en el que explica qué es y cómo se utiliza el *enfoque corporal*.

El *Focusing* es una psicoterapia que ha sido usada en diferentes ámbitos. Esta surgió de la observación hecha por Gendlin y colaboradores de que muchas personas no eran ayudadas por la terapia tradicional. Lo que lo llevó a formularse la pregunta ¿Por qué algunas psicoterapias tienen éxito y otras no? Con ello descubrió que la diferencia está en cómo hablan los sujetos desde su sensación interna, y no únicamente acerca de ella (Gendlin 1988).

“*Focusing* es una forma de atención corporal interior con la que todavía no está familiarizada la mayoría de la gente” (Gendlin,1999, p.17). Es el proceso de poner atención a una parte del cuerpo para poder enterarse del significado que se ha construido en esa parte y así poderlo descubrir experiencialmente. Para Gendlin, la experiencia (*experiencing*) toma vida en un cuerpo determinado cuya naturaleza es la interacción fundamental e ininterrumpida del cuerpo con su medio ambiente inmediato (Riveros, 2013).

Es una herramienta para poder comprender afecciones y sensaciones borrosas que permitan crear nuevas formas de vida y adquirir un completo estado de bienestar físico, mental y social. Cabe aclarar que debido a los cambios que toman lugar día a día en la sociedad, surgen nuevos afectos, los cuales la mayor parte del tiempo son sensaciones “borrosas” percibidas por el cuerpo, pero que poseen mucho significado. Por ello con el *Focusing* se busca como Alemany (2011) lo expresa, “dar una

explicación plausible a lo que nos acontece en el cuerpo, como resonancia de la experiencia cotidiana, más o menos problemáticamente vivida” (p.445). Gendlin habla de una creación de significado que ocurre de un modo implícito en el cuerpo, el cual proviene de la interacción connatural con el medio ambiente (Riveros, 2013).

El Focusing hace la invitación de prestar atención al cuerpo, permite conectarse empáticamente con él y entender el significado de las sensaciones corporales y molestias físicas. Gendlin usa el término “escucha al cuerpo” , para significar el ambiente total mente-cuerpo, como se percibe (Gendlin, 1988). El proceso del enfoque corporal ayuda a hacer lo implícito explícito, un paso hacia la resolución de un problema que quizá se ha tratado durante muchos años, pero del cual no parece haber motivo aparente. A esto Gendlin (1988) dice:

Nuestros cerebros y cuerpos saben mucho más de lo que normalmente está a nuestra disposición. Somos conscientes de solo un fragmento de lo que profundamente sabemos. El sistema nervioso central percibe y procesa un gran cúmulo de información que está almacenada fuera del ámbito del “darse cuenta” cotidiano. Alguna de esta información se manipula mejor en una base inconsciente. Pero el conflicto, el dolor y los problemas no resueltos pueden llegar a ser el origen de inquietud crónica, crecimiento bloqueado, y aun enfermedad (p.21)

Podría decirse que con el proceso del enfoque corporal se puede tratar cualquier tipo de “bloqueo” que se vea reflejado en el cuerpo. Ya que intenta producir un *cambio interior sentido*, Gendlin usa este término para referirse al hecho de haber ocurrido un cambio corporal acompañado de una sensación de alivio que acompaña al repentino conocimiento de una sensación previamente borrosa.

“El cambio-sentido es esencialmente idéntico al insight liberador del proceso creador. La persona espontáneamente creadora ha aprendido a prestar atención a impresiones primeramente vagas que se desdoblán en nuevos significados” (Gendlin, 1988, pp.21-22)

Un *cambio-sentido*, proviene principalmente de dos fuentes: la primera del conocimiento antes desconocido que ahora está a disposición de la mente consciente. Y la segunda de la sensación de “liberación de la presión o el bloqueo” de alguna parte

que hace que todo el cuerpo se sienta mejor. En efecto, se focaliza un dolor que antes se sentía por todo el cuerpo.

En el cambio interior corporal se produce una sensación de repentino alivio físico. En alguna parte del cuerpo, algo se libera, algunas cosas apretadas se sueltan. Se siente por todo el ser, la sensación de desbloquearse por dentro. Baste con los ejemplos, puede haber un gran suspiro de alivio, un repentino aflojar de alguna apretada mueca facial, una rápida relajación en la postura.

Al experimentar un cambio corporal, tuvo que haber interés en poner atención a lo que el cuerpo intentaba comunicar en un acto llamado *sensación-sentida*. Cada persona tiene un bagaje de información de todo lo que ha experimentado alguna vez por medio de los sentidos, asimismo, posee el conocimiento de la organización del organismo humano y también los elementos únicos del vivir cotidiano. Por esa razón cuando un individuo presta atención por primera vez a la sensación global no clara del cuerpo, es tanta la sabiduría implícita en ella, que resulta impensable para esta persona o para cualquier otra. Es decir, cualquier situación, sea compleja o simplemente alguna preocupación de cada día, como: “mañana hay examen”, o algún conflicto familiar, o problemas laborales. Cualquier tipo de situación es vivida con el cuerpo y siempre se tiene (además de lo que se puede pensar claramente) una sensación de “más” (Gendlin, 1988).

Lo anterior responde a la experimentación de “una complejidad global, una multiplicidad implícita en una sola sensación” (Gendlin, 1999, p.45). En ella, se establece un vínculo especial de conocimiento *consciente, interno y corporal*, que cuando tiene lugar produce alivio. La sensación corporal se transforma en algo que hace alusión a “*darse cuenta*” o mejor dicho a una “*sensación-sentida*”.

Eugene Gendlin en la primer conferencia mundial de Focusing *Orientando Psicoterapeutas* llevada a cabo en el año 2009 (The First World Focusing Oriented Psychotherapies) explica claramente que es la “sensación sentida” (Felt- Sense); la define como el sentir del cuerpo de un problema o situación particular que quizá no hagan ningún sentido. Al inicio no se reconoce, llega a ser vaga, borrosa y desconocida, pero sin embargo, está llena de sentido. Es una sensación global del cuerpo, interno y externo ambiental-social-cultural que lleva implícito un significado



específico. La sensación-sentida cambia a medida que uno se acerca a ella en la forma debida, incluso cuando se está estableciendo contacto. La sensación sentida tiene un doble componente, por un lado es un sentimiento o sensación corporal que se vive desde el interior y por otro que se tiene conciencia de lo que se está experimentando lo que pasa en el interior y exterior del cuerpo en ese momento, por lo que cambia la persona y su vida.

Entonces, una sensación-sentida es física y no mental. Uno está acostumbrado a poner atención a las emociones, a razonar los problemas. Pero es más que eso, es una conciencia corporal de una situación, persona, o suceso. Se comunica por medio del cuerpo y se comunica con una sensación-sentida en su totalidad más que detalle por detalle, no son palabras ni pensamientos ni unidades sueltas, sino como una sola (aunque a menudo perpleja y muy compleja) sensación corporal (Gendlin, 2000)

Debido a que una sensación-sentida es un nivel desconocido, profundo, de conciencia. El sujeto se debe colocar en lo que intenta comunicar el cuerpo, se percibe algo que no estaba ahí antes. Es una integración de componentes fisiológicos (la sensación real de alguna situación localizada en una parte del cuerpo), subjetivos (el significado implícito de las acciones, pero sin comprenderlas aún) y ambientales (aquello que habita en el exterior que se incorpora por medio de los sentidos). Inicia con una sensación global, difusa, corporal y que a un nivel consciente “darse cuenta” (awareness) se irá percibiendo con gradual nitidez, aunque no tenga de momento un nombre para etiquetarla (Gendlin, 1999).

Ahora bien, para poder enseñar el proceso y técnica del enfoque corporal, se analizaron algunos conceptos necesarios para poder dar paso a la presentación como tal de lo que es *Focusing*. Que pretende llegar a la sensación-sentida real. La característica más estupenda es el hecho de que una sensación-sentida, cuando se enfoca bien, tiene el poder de producir un cambio-sentido. De hecho, se siente cómo tiene lugar ese cambio en el cuerpo. Es una sensación física definida de algo que se mueve. Es invariablemente una sensación agradable: una sensación de algo que se desbloquea o se libera (Gendlin, 1988).

La técnica del enfoque corporal o “Focusing” puede ser enseñada efectivamente a las personas para llevar a cabo el acto de acceso interno corporal, por medio de los siguientes seis pasos desarrollados por Eugene T. Gendlin:

#### 1. Despejar un espacio o haciendo un sitio

Este es el acto de poner a un lado los problemas por un tiempo, de amontonarlos, de dar paso atrás y mirarlos, permitiéndose un rato de paz, alejado de ellos. Para luego descubrir cuál es el que surge del fondo con más fuerza, cuál es el problema de mayor importancia en ese momento.

Consiste en hacer una lista mental de los problemas grandes y pequeños y examinarlos a distancia. Inicia poniéndose en silencio, sólo para uno, darse un momento para relajarse. Después se pone atención hacia adentro, en el cuerpo y se pregunta a sí mismo lo siguiente: ¿cómo me siento? ¿cómo va mi día? ¿por qué no me siento estupendamente ahora mismo? ¿qué es lo que me está molestando en este preciso día? ¿cuál es la principal cosa para mí ahora mismo?

#### 2. Formar la sensación-sentida del problema

Este es el acto de enfocarse en el problema escogido, para conseguir una sensación corporal de todo el problema. Se calla, se escucha y se siente. Se deja que la atención se vaya al problema que parece el peor.

Consiste en escoger un problema puede ser a través de la pregunta ¿qué problema se siente como el peor ahora mismo? ¿cuál...duele más, se siente el más pesado, el más grande, el más agudo, el más espinoso o viscoso o pegajoso; el que se siente mal? en cualquier forma que uno mismo y el cuerpo de uno mismo definan *mal*. O simplemente escoger un problema .

Posteriormente se centra en lo que hace sentir esto en el cuerpo cuando se piensa en el problema como algo total, con la pregunta ¿cómo se siente la

totalidad del problema?. No se contesta con palabras, sino se siente el problema completo, total, la sensación de todo a un nivel corporal.

### 3. Lograr un asidero

Acto que consiste en la identificación provisional de la cualidad que se ajusta al significado corporal de la sensación-sentida. Con el objetivo de dar con la sensación global corporal y profundizar en ella.

Consiste en buscar una palabra-cualidad como: *apretado, frío, pegajoso, asustadizo, bloqueado, atrapado*, etc. O una frase corta: *como en una caja, sin ayuda, saltando sin parar*. O pudiera surgir una imagen por ejemplo: *una pesada bola plomiza*. Al encontrar la palabra o asidero, se coteja con la sensación-sentida para comprobar que se ajusten perfectamente.

### 4. Resonar

Es el acto que se trata de ir y venir una y otra vez de la sensación-sentida a la palabra-cualidad y viceversa, a la frase o a la imagen. Para asegurarse que encajan perfectamente una con la otra.

Consiste en tomar la palabra o frase o imagen del tercer movimiento y examinar cómo resuena esta con la sensación-sentida. Luego, observar si hay una pequeña señal corporal que deja saber que algo se ajusta. Se logra preguntando *¿es esa palabra la correcta? ¿es eso lo que es esta sensación?* Hay que dejar que ambas la palabra y la sensación hagan lo que fuere, hasta que coincidan perfectamente. Generalmente al hallar la verdadera palabra que se ajusta totalmente ésta produce un cambio corporal pequeño, un *cambio-sentido*.

### 5. Preguntar

Es el acto de preguntar directamente a la sensación-sentida lo que es.

Consiste en pasar algún tiempo, con la sensación-sentida borrosa, o volviendo a la misma una y otra vez, usando la palabra-cualidad o asidero ayuda a hacer la sensación sentida vivamente presente cada vez. A continuación se debe preguntar ¿qué es lo que, en la totalidad de este problema, hace esta cualidad (palabra, frase, imagen)? ¿qué es lo que hace el entero problema tan (palabra, frase, imagen)? ¿qué es lo que, en todo este problema me hace tan (palabra, frase, imagen)? ¿qué hay en esta sensación? ¿qué es lo peor en esto? ¿qué necesita la sensación-sentida?.

Se puede ver la diferencia entre las respuestas meramente mentales y aquellas que vienen de la sensación sentida, en este caso las segundas son las adecuadas.

El cambio interior corporal es misterioso en sus efectos. Siempre da bienestar. Si la sensación-sentida no se cambia y no se contesta enseguida, no importa. Pasa un minuto o algo así con ella. Uno no controla el *cambio-corporal*. Lo que es importante es el tiempo experimentando la experiencia de algo borroso, confuso que está ahí mismo, lleno de sentido, sobre el problema y todavía no se sabe lo que es, entonces se está haciendo realmente el proceso de Focusing o enfoque corporal.

## 6. Recibir

Acto que consiste en recibir de manera amistosa, todo lo que aparezca junto con el cambio, quedarse con él un rato aún cuando sólo sea un ligero relajarse, para posteriormente permitir más.

Consiste en tomar la actitud de que se está contento porque el cuerpo habló. Permitir aún el más pequeño cambio, ya que se puede hallar un alivio momentáneo.

No se necesita creer, estar de acuerdo o hacer lo que la sensación-sentida dice en el momento. Sólo se necesita recibirlo. Para después experimentar profundamente que al haber aceptado lo que viene con un cambio, otro cambio vendrá. Venga lo que venga en el proceso de enfoque, no abrumará si se tiene

la actitud de estar recibiendo. Se da la bienvenida a cualquier cosa que se presenta junto con un *cambio-corporal*.

Mediante estos seis pasos, al trabajar con las personas en el proceso del enfoque corporal, se encuentran maneras para asegurar que realmente contacten con su ser corporal interior. Esto les permite experimentar y reconocer de forma vivencial cuándo tiene lugar un verdadero cambio y cuándo no. Ahí radica el éxito real de la terapia, en la clara sensación física de cambio, que se reconoce una vez que se ha experimentado.

La técnica del proceso del enfoque corporal facilita, percibir, conceptualizar y desarrollar el “acto crucial interno” que explica el cambio terapéutico y que se inserta en unas perspectivas mucho más amplias tales como el crecimiento personal, la creatividad y la integración humana.

Focusing ha sido utilizado para tratar distintas afecciones en los individuos y a pesar, de que la técnica se ha empleado en ellos y en un sin fin de estudios, Carlos Alemany (2011, pp.450-) hace una diferenciación para quién sí y para quien no es apropiada la técnica del enfoque corporal.

Menciona que es apropiada para las personas que focalizan su atención en sus sensaciones, además de percibir el cambio entre éstas y su significado. Para aquellas que se conocen responsables de su propio proceso, debido a que el terapeuta sólo enseña el método, guía y acompaña. También es apropiada para personas con sensaciones corporales muy fuertes en zonas específicas o con dolores inmediatos, los que son tomados como centros de atención de donde parte el trabajo terapéutico.

Por otro lado no es apropiada para personas que suelen ser muy racionales, debido a que el contacto con las sensaciones corporales, los sentimientos no puede ser identificados con facilidad. Para personas que no saben dirigir su atención a un punto significativo. Sin embargo, sugiere que para poder trabajar con ellas primero se debe hacer una exploración corporal previa, como: ejercicios de expresión corporal, o masajes, para iniciar el contacto mente-cuerpo en un todo unificado.

Se puede notar que no hay una negación total en la diferenciación que hace Alemany, de hecho él mismo menciona que el proceso del enfoque corporal en

conjunto a otras técnicas funciona para las persona ubicadas en no apropiados. Por lo que Focusig resulta ser un método efectivo en sí mismo y valioso utilizado con una variedad de psicoterapias y técnicas en cualquier persona.

Otro importante descubrimiento es que el proceso de cambiar de verdad es ciertamente agradable. La mayoría de las personas repiten una y otra vez, sus emociones dolorosas, se envuelven en ellas sin saber cómo usar la fuerza de la sensación de su propio cuerpo. Pero solamente el cuerpo sabe cómo se sienten los problemas y dónde están sus puntos nucleares. Todos los miles de detalles de información se almacenan en el cuerpo, no en la mente.

Por ello trabajar eficazmente sobre los propios problemas es poner atención a cada parte del cuerpo y crear un puente de comunicación. El movimiento crucial transcurre por debajo de los lugares habitualmente dolorosos, para llegar a experimentar una sensación corporal nada clara, al menos al principio. La experiencia de ver cómo de ahí surge algo distinto de lo habitual, se siente como un alivio y como un revivir (Gendlin, 1988).

*Focusing* puede ser empleado para tratar distintas afecciones, pueden ser simples, desde una preocupación por un examen, hasta complejas como la percepción negativa de la imagen corporal. El proceso y técnica del enfoque corporal si bien ha sido empleado como psicoterapia para personas adultas, en esta ocasión se piensa su uso con adolescentes. Debido a las características de *Focusing*, se logran cambios físicos y psicológicos más permanentes, contribuyendo a que la restitución natural del sistema locomotor tenga mejor resultado, y por consecuente permita que se desarrolle como una herramienta favorable en la percepción de la *imagen corporal* del adolescente.

## CAPÍTULO III: IMAGEN CORPORAL Y ADOLESCENCIA

En el presente capítulo se expone el constructo social “*imagen-corporal*” como elemento gestáltico; se analiza su epistemología, sus componentes y las implicaciones que tiene como concepto. También se menciona cómo se construye en los adolescentes. Debido a que ésta es una etapa del desarrollo susceptible a cambios e influencias internas o externas, en ocasiones presentan diversas problemáticas relacionadas a la imagen de su cuerpo. Se desarrolla de que forma la “*corporalidad funcional*” lograda mediante la restitución del movimiento natural del sistema locomotor, las capacidades corporales expansivas y la técnica del enfoque corporal sirven como estrategias preventivas para favorecer la aceptación y la percepción que tienen los jóvenes sobre su cuerpo.

### 3.1 Imagen y Cuerpo como conceptos

El surgimiento de toda imagen, tiene su origen en lo real y todo el universo de lo real tiene una imagen. La raíz etimológica de *imagen* según la Real Academia Española (2016), es el latín *imago* que significa: figura, representación, imitación, apariencia de algo; o del griego *eikon* como: ícono o retrato. Cabe mencionar que, en el enfoque semiológico de Pierce *ícono* significa «todo signo que originariamente tiene cierta semejanza con el objeto a que se refiere». (Ferradini & Tedesco, 1997). Por lo que el concepto se refiere a aquello que es reproducido y se asemeja o es parecido a un objeto (cualquier persona, animal, planta o cosa que forma parte del universo humano) de la realidad, sin importar el medio que la produce o cuál sea su naturaleza.

La palabra imagen puede tener diferentes acepciones, dependiendo el contexto en que se use y cuál sea el medio que lo produjo fotografía, pintura, dibujo, escultura, retrato, reflejo. Sin embargo, el concepto de imagen va más allá, implica procesos como el pensamiento, la percepción, la memoria, la conducta, el cuerpo humano y sus sentidos. El paso de la realidad a la imagen, están mediadas por el proceso de sensación-percepción por lo que se debe considerar diferente nivel de realidad en la producción de una imagen en cada individuo.

La importancia que tiene la imagen en la vida del ser humano es vital, todo el cuerpo es receptor de sensaciones ambientales que entran por los sentidos para crear imágenes en la mente, dependiendo de la percepción y cual sea el origen que la emite. Así, la función de la imagen es representar la realidad, lo que significa que la imagen cambia y está en función de quien la siente. Para tratar de entender la imagen como elemento susceptible a cambio o modificable, se menciona la utilización que los individuos le dan y su relación con el constructo *imagen- corporal*.

La imagen a través del tiempo ha sido una forma de reproducir la realidad de los seres humanos, percibida por medio de los sentidos. En esta lógica, Jacques Aumont, (2005) en su libro “*La imagen*” dice:

Si hay imágenes, es que tenemos ojos: es una evidencia. Las imágenes, artefactos cada vez más abundantes y cada vez más importantes en nuestra sociedad, no dejan de ser, hasta cierto punto, objetos visuales como los demás, derivadas exactamente de las mismas leyes perceptivas.(Pp.17)

Si se asume esta postura, quiere decir que para que las imágenes existan deben estar implicados los ojos, uno de los sentidos del cuerpo al igual que la percepción visual que es la acción que cumplen. Sin embargo, una imagen no debe ser limitada únicamente a la vista, existen otros sentidos como el tacto, el olfato, el oído y de hecho en todo el cuerpo se perciben sensaciones por lo que constantemente se crean imágenes mentales. Es importante aclarar que las personas con capacidad de experimentar sensaciones corporales, serán significativas en este trabajo.

Desde otro tenor, ya en apartados anteriores se trabajó el concepto de cuerpo y corporalidad, determinando que el significado más relevante es el obtenido de la Real Academia Española (2016), que lo conceptualiza como “aquello que tiene extensión limitada, perceptible por los sentidos”, y que Montenegro, Ornstein y Tapia (2006) mencionan es una realidad objetiva que posee una forma definida.

Hablando más claramente, los seres humanos en el acontecer de su vida, han creado diversas imágenes de su cuerpo, conocidas cada una de ellas como *imagen corporal*. Ésta es susceptible a cambiar o modificarse mediante las situaciones y en el transcurrir del tiempo. Por ejemplo, hay ocasiones que al verse reflejado en una superficie o quizá en una fotografía, la imagen del cuerpo puede aparecer ante los ojos



de quien la mira de forma agradable y en otras repulsiva. Así, el “reflejo” de las personas llega a ser a veces cercana y otras una distorsión de la realidad percibida. Se detallará con más claridad en los apartados siguientes.

### **3.2 Construcción de la Imagen Corporal en el adolescente**

El concepto de *Imagen Corporal* ha sido esclarecido por muchos autores de forma similar, coincidiendo en que *es la imagen que forma la mente del propio cuerpo* (Vaquero, Alacid, Muyor y López 2013; Gimenez, Correché y Rivarola, 2013). Específicamente, Papalia (2005) dice que son las creencias descriptivas y evaluativas de la apariencia propia. Ésta depende de las opiniones, creencias, sentimientos y experiencias individuales de cada persona para determinar el modo en que el cuerpo se manifiesta mediante los sentidos.

Analizando *imagen-corporal*, desde los dos conceptos por los que se forma, se tiene que el primero se refiere a la reproducción de la realidad y el segundo como aquello limitado pero que responde a las sensaciones. Por lo tanto, como elemento Gestáltico se puede definir como, una reproducción de la realidad del cuerpo humano en sus límites, dependiente a la subjetividad y posible mediante la percepción de los sentidos, que cada individuo forma como totalidad en su mente. En cambio Trujano et al. (2010) comentan que responde a una dimensión cognitiva-conductual ya que además tiene que ver con el comportamiento, si se considera que ésta corriente toma tres aspectos a consideración la conducta, el pensamiento y los sentimientos se tiene entonces, que la forma en que se percibe la imagen corporal determina la forma en que se comporta el individuo.

Por otro lado, en cuanto a la adolescencia ésta es una etapa del desarrollo humano, se ubica entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales. Es de relevancia esta etapa de la vida para el presente trabajo, debido a que en ella se producen toda una serie de cambios físicos, psíquicos y sociales, generadores de crisis, conflictos y contradicciones. Es un periodo de adaptación del adolescente a su propio cuerpo y a las fases que lo dirigen hacia una independencia bio-psicológica y social.

De acuerdo a los términos convencionalmente aceptados por la *Organización Mundial de la Salud*, la adolescencia transcurre entre los 10 y los 19 años; comprende dos etapas, la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de los 15 a los 19. Sin embargo, es difícil establecer exactamente los límites cronológicos pues varía de una persona a otra debido a distintos factores (OMS, 2016; OMS en Pineda & Aliño, 2002).

Los cambios que experimenta la población adolescente repercuten directamente en la percepción de su imagen corporal, por ello “hacen que sea una etapa crítica en la conciencia e interés creciente por las cuestiones relacionadas con el cuerpo” (Griffoulière, Rivalora, Galarsi & Penna, 2013, p.98).

Específicamente, las características fisiológicas de la adolescencia que fomentan la preocupación por el cuerpo pueden considerarse de manera general las siguientes (Pineda & Aliño, 2002):

- 1) Crecimiento de estatura, cambios de la forma y dimensiones corporales, debido a los hábitos corporales o al aumento y pérdida de peso.
- 2) Incremento o decremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en la forma y la dimensión corporal, los procesos endocrino-metabólicos y la correspondiente maduración, no siempre ocurren de manera armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora, incoordinación, fatiga, alteraciones del sueño, entre otros, que pueden generar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.
- 3) Los aspectos psicosociales se presentan en mayor o menor grado, son: búsqueda de sí mismo y de identidad, necesidad de independencia, afiliación a grupos sociales.
- 4) Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y constantes fluctuaciones de su estado anímico.

Las características anteriores influyen en la construcción de la imagen corporal del adolescente. Además ésta se compone de los siguientes elementos los cuales provienen del propio individuo: el perceptual, consiste en la percepción del cuerpo por medio de los sentidos o bien de alguna de sus partes; el cognitivo y afectivo, estos dependen de la subjetividad del individuo, son las valoraciones, sentimientos o

actitudes respecto al cuerpo o una parte de éste; por último el componente conductual, que incluye las acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción (Vaquero, Alacid, Muyor & López, 2013).

Todos estos componentes permiten que el adolescente cree en su mente de forma global, una imagen de su propio cuerpo. Lo anterior habla únicamente de lo que transita en el interior del sujeto. Empero, es importante no dejar de lado lo que hay en el exterior; el ambiente y la sociedad. Ejemplo: las condiciones de vida, especialmente en el ámbito de la salud, el ejercicio físico y la alimentación, que también ejercen una notable influencia, ya que son factores importantes en la construcción de la imagen.

Hecha esta salvedad, se dice que la imagen corporal se encuentra socialmente determinada, debido a que desde el nacimiento hay influjo social que hace maleable la autopercepción del cuerpo, lo que es fundamental para el desarrollo. Esta autopercepción es un constructo dinámico que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias que determinan la forma en que se piensa y siente el cuerpo, la manera de procesar la información y de percibir el mundo alrededor (Baile, Raich & Garrido, 2003). Dicho más claramente “esta imagen que cada uno tiene de sí mismo nos sitúa en un plano físico, pero de manera simultánea, y ligada a la vivencia, incorpora una valoración y evalúa a la interacción con el contexto en el que ésta se construye” (Vaquero, Macias & Macazaga, 2014, p.165).

Entre las variables socioculturales de importancia para este constructo se encuentran la edad, los cambios biológicos-psicológicos, las normas de belleza que tienen lugar en cada época histórica y las presiones asociadas al rol genérico. El interés por cubrir los modelos sociales de la moda suele ser cada vez de mayor importancia conforme se avanza hacia la adolescencia, es parte del proceso de adquisición de la cultura.

En cuanto al género, se refiere a las diferencias de rol entre hombres y mujeres. Las ideas, los valores, los modos de actuar, corresponden a lo que su contexto social estipula significa ser hombre o mujer, ejemplo: las mujeres deben estar arregladas, atender a la familia y ser muy femeninas; en cambio los hombres tienen que proveer el sustento de la familia además de mostrarse masculinos y ser el padre ejemplar. Estas creencias tienen impacto ya sea en mayor o menor grado en las expectativas y

metas de los jóvenes. “Durante estas etapas, la autovaloración se debilita ya que el cuerpo cambia, lo que provoca que los adolescentes cuestionen su imagen corporal” (Aguilar Gil, et al., 1998; en Gimenez, Correché & Rivarola, 2013). La mayoría de las investigaciones coinciden en que el género femenino es más susceptible a presentar problemáticas relacionadas a su imagen corporal (Raich, 2004; Trujano, et al. 2010, p. 280).

Durante estas primeras etapas del desarrollo humano, es fácil que la valoración de la imagen del cuerpo de los jóvenes se base en su aspecto. Esto es a causa de los distintos y constantes cambios corporales que vivencian durante esta etapa evolutiva. Por lo que se convierte en el principal foco de atención de los adolescentes. Las transformaciones que presentan denotan todo un reto para los jóvenes ya que implican una necesidad por aceptar y asimilar cada nueva imagen corporal.

Constantemente los adolescentes expresan alguna clase de inconformidad por las características físicas que consideran desproporcionadas o que no cumplen con el estatuto sociocultural en el que se desenvuelven. Realizan comparaciones habituales entre ellos con sus pares, y cuando determinan estar menos desarrollados o poseer rasgos físicos no tan favorables, tienen sentimientos negativos como vergüenza, inadaptación, inadecuación que a su vez ocasionan algún efecto en los hábitos corporales que adquieren y en la manera como perciben sus propios cuerpos.

Una respuesta repetida con frecuencia, como una crítica, una desaprobación, una disuasión constante o bien un elogio, un gesto de aprobación, la aceptación de los rasgos físicos por los padres o de parte de los demás sumados a las experiencias introyectadas, pueden tener un efecto importante en el desarrollo del adolescente. Las construcciones sociales y los cambios corporales en esta etapa de la vida enfrentan el cuerpo percibido como real y el cuerpo modelo estipulado, direccionando al joven a adaptar conductas o a efectuar modificaciones para acercarse más a lo socialmente aceptado.

Dicho lo anterior, los adolescentes podrían experimentar una gran dificultad si es el caso, en considerar su cuerpo como un medio permitido de acercamiento o de contacto con el exterior, para percibirlo, para nombrarlo en su totalidad o en cada una de sus partes, para sentirlo parte de sí mismo o para identificar, integrar y significar

mediante la subjetividad los cambios corporales asociados con el crecimiento y el desarrollo (Gempeler, 2007); todas estas situaciones podrían entonces llegar a causar distintas problemáticas relacionadas con la percepción que el adolescente tiene de su imagen corporal como se esclarecerá en el siguiente apartado.

### **3.3 Insatisfacción y trastornos relacionados a la Imagen Corporal como problemáticas en el adolescente**

Los adolescentes viven experiencias y situaciones cotidianas que producen en algunas circunstancias un tipo de bienestar o malestar que se percibe manifestado a nivel corporal. Este trabajo abarca las consecuencias de aquellas respuestas fisiológicas ante estímulos, que se expresan como conductas negativas o dañinas que rompen el equilibrio natural del flujo de la motricidad del sistema locomotor o llevan al adolescente a la negación de su cuerpo y con ello desfavorecen la percepción que tienen de su imagen corporal. Entre ellas se contemplan las siguientes: la *insatisfacción corporal*, el *trastorno dismórfico corporal*, el *trastorno de síntomas somáticos* además de sus relacionados, el *trastorno de conversión* y el *trastorno facticio*; por último algunos *Trastornos alimentarios: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. A continuación se explica cada uno.

La definición de *satisfacción* según el Diccionario Oxford significa cubrir una necesidad (...) o dar respuesta o solución a una cosa. Por lo tanto *insatisfacción* como concepto opuesto, implica que hay necesidades no cubiertas o que tal vez se cubrieron pero no solucionaron lo requerido. En la Gestalt la satisfacción es un proceso que busca mantener el equilibrio y la autorregulación ante distintas necesidades físicas-psicológicas-biológicas mediante la interacción con el ambiente (Naranjo, 2011), la *insatisfacción* sería la falta de homeostasis.

La *insatisfacción* hablando de la imagen corporal implica que el cuerpo que tiene el sujeto, no cubre las necesidades que para él lo hacen óptimo. Otro problema asociado es la *distorsión*, ésta sucede cuando la representación del cuerpo no coincide con el que se presenta (Gempeler, 2007). En otras palabras, el cuerpo no cumple con las condiciones o las características de modelo ideal social, lo que produce malestar

debido a la imagen mental creada. Muy a menudo, el término utilizado para referirse a las afecciones derivadas de la insatisfacción de la imagen corporal es *trastorno*.

De la insatisfacción entonces puede decirse, es la condición que facilita la aparición de comparaciones valorativas de la imagen corporal en el adolescente, manifestadas a modo de malestar y percibidas como síntomas. Cuando una persona manifiesta insatisfacción, el cuerpo es afectado, al igual que los sentimientos, el pensamiento, el comportamiento y las relaciones sociales.

La insatisfacción parece ser hoy en día un fenómeno tan común que difícilmente puede ser considerado patológico, es una constante vista con naturalidad pero que esconde distintas afecciones (Gempeler, 2007). Si el cuerpo es negado, es percibido con disgusto, con rechazo o incluso con asco; hay una alteración de la funcionalidad asociada con malestar y muy probablemente esto lleva al individuo a evitar el contacto con su cuerpo y con las situaciones donde este puede verse expuesto. Esta insatisfacción y preocupación por el cuerpo puede ir desde una preocupación moderada hasta convertirse en un trastorno, es decir un malestar significativo, una intensa preocupación con grandes repercusiones en el desempeño global del adolescente. Así, los trastornos han adquirido importancia y significado.

Con respecto a los trastornos mencionados al inicio del apartado, ahora se esclarecen de acuerdo a los criterios de la Guía de consulta de los criterios del DSM-V de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Se toman a consideración los trastornos que se relacionan al cuerpo, la imagen corporal y la somatización.

El *Trastorno dismórfico corporal* se caracteriza por una preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas y que causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse al espejo, averse en exceso) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a esta preocupación. Si es el caso se debe especificar si el sujeto presenta *dismorfia muscular*, caracterizada por una preocupación de la estructura corporal, si es demasiado pequeña o poco musculosa.

El *Trastorno de síntomas somáticos* se identifica si uno o más síntomas somáticos causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria, ya que hay pensamientos, sentimientos o comportamientos a los que el sujeto destina tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud. Cabe mencionar que en la somatización el paciente presenta síntomas físicos que sugieren condición médica. Sin embargo, no hay evidencia de causa orgánica demostrable o mecanismo fisiopatológico conocido que los explique. Por otra parte, existe una presunción razonable de que dichos síntomas están asociados a factores psicológicos (García, 2007). En caso de presentarse, es necesario especificar si es *con predominio de dolor*; si es *leve, moderado, grave* o si es *persistente* cuando ha durado más de seis meses con síntomas intensos, alteración importante y prolongada.

El *Trastorno de conversión* o trastorno de síntomas neurológicos funcionales, consiste en uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria, tiene incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o médicas reconocidas, el síntoma causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Puede ser de siete tipos: con debilidad o parálisis, con movimiento anómalo (temblor, movimiento distónico, mioclonía, trastorno de la marcha), con síntomas en la deglución, con síntoma del habla (disfonía, mala articulación), con ataques o convulsiones, con anestesia o pérdida sensitiva, con síntoma sensitivo especial (alteración visual, olfativa o auditiva). Es importante especificar en este caso si hay *episodio agudo*, síntomas presentes durante menos de seis meses; si es *persistente*, síntomas durante seis o más meses; si hay *factor de estrés psicológico* es necesario decir el motivo o en caso de no haber, también.

El *Trastorno facticio* se caracteriza por haber una falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, asociada a un engaño identificado. El individuo se presenta a sí mismo frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado, el comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de una recompensa externa obvia. Se debe especificar si es *episodio único* o hay *episodios recurrentes* dos o más acontecimientos de falsificación de enfermedad y/o inducción de lesión.

De los trastornos alimentarios se tiene la *Anorexia nerviosa* y la *bulimia nerviosa*. La primera se considera una restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Pero significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o en niños y adolescentes inferior al mínimo esperado.

Existe miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso. Esto es debido a que hay alteración en la forma en que percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o de la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual. Es necesario especificar lo siguiente:

- Si es de *tipo restrictivo*: durante los últimos tres meses la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o ejercicio excesivo.
- Si es de *tipo con atracones/purgas*: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de vómito autoprovoado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas.

Ahora bien, la *bulimia nerviosa* consiste en episodios recurrentes de atracones, caracterizados por la ingestión en un periodo determinado (p. ej., dos horas) de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas y la sensación de falta de control sobre lo que se ingiere o que no se puede dejar de comer durante el episodio. También consta de comportamientos compensatorios inapropiados repetidos para evitar el aumento de peso, como el vómito provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Los atracones como los comportamientos compensatorios se producen por lo menos una vez a la semana durante tres meses. La autoevaluación del sujeto se ve influida por su constitución y su peso. Es importante especificar la gravedad, *leve* de 1 a 3 episodios por semana, *moderado* de 4 a 7 , *grave* de 8 a 13 y *extremo* de de 14 o más.

Es conveniente mencionar que, experimentar síntomas somáticos es un suceso muy habitual en el se humano, la mayoría de las personas con frecuencia padecen



algún tipo de dolor o malestar físico (García, 2007), causados por los procesos fisiológicos diarios, por situaciones y acciones problemáticas en parte no resueltas en la vida cotidiana. Los adolescentes en este caso representan una población susceptible a padecerlos ya que en esta etapa de la vida experimentan grandes cambios.

El problema surge desde las exigencias del entorno y las influencias sociales, la mayoría de ellas se centran en un modelo de belleza ideal. Para los adolescentes esto representa un reto de cada día, mientras más se acerque a dicho constructo es socialmente aceptado, “ser guapo o guapa abre puertas, y al contrario, carecer de atractivos físicos cierra posibilidades” (Trujano, et al. 2010, p. 280).

Lo anterior, expresa la importancia que se le da al modelo de belleza, pero deja de lado las capacidades corpóreas y su funcionalidad. A los adolescentes se les enseña a estar en constante oposición sobre las características que poco a poco adquieren en su cuerpo, sus vivencias les afectan en mayor grado por la etapa sensible en la que se encuentran, el rechazo, la desaprobación constante sobre sus decisiones, gustos, ideas, forma de vestir y el modo en cómo luce su imagen y su cuerpo los lleva a valoraciones negativas de este y sobre sí mismo.

De esta forma las ideas sobrevaloradas en los adolescentes acerca de lo que es normal o feo en el aspecto físico, llevan a un juicio que no corresponde a lo real y como consecuencia tienden a devaluar su apariencia física que termina siendo causa de una insatisfacción global. Con ello, los problemas y la negación respecto a su propio cuerpo aumentan, se interfiere con su funcionamiento diario (Trujano, et al. 2010), incluso en algunos caso llegan a padecer algún trastorno relacionado a su imagen corporal, como los antes vistos.

Esto no quiere decir que todos los adolescentes lleguen a padecer un trastorno, sino que pueden estar expuestos a padecerlo. Es importante por ello proponer estrategias preventivas, que les ayuden a contrarrestar los impactos sociales que en ellos aquejan al ser el cuerpo una de sus principales preocupaciones. En los apartados siguientes se desarrollan dos estrategias una en apoyo a la otra, para trabajar con la percepción de la imagen corporal del adolescente, para desarrollarla de manera

favorable a través del potencial y las características que el cuerpo posee, enfocándose en la funcionalidad y no en un modelo de belleza.

### **3.4 La restitución del movimiento natural del Sistema Locomotor como alternativa para favorecer la percepción de la Imagen Corporal del adolescente**

Las experiencias de vida de cada individuo determinan la forma y la constitución de su cuerpo. Llevan un proceso de adaptación por medio del cual adquieren hábitos corporales que en ocasiones producen restricción del flujo natural de movimiento del aparato locomotor, observados por ejemplo como un bloqueo en alguna región del cuerpo o una postura inadecuada.

La restitución del flujo natural del movimiento, llega a tener resultados favorables en el bienestar, físico, psicológico y social del individuo; en este caso del adolescente, ya que al encontrarse en un periodo de cambios, puede incorporar con mayor facilidad el conocimiento para adquirir la liberación total de su cuerpo a partir de las técnicas cinesiterapia y reflexoterapia, consideradas estratégicamente para potencializar la capacidad anatómica corporal del cuerpo humano.

La cinesiterapia sirve para conocer el potencial y el uso del cuerpo, al igual que los grados de libertad de movimiento natural en cada parte del sistema locomotor. Por medio de ella se puede determinar si hay o no algún defecto en la motricidad de la dinámica o estática. El flujo natural se recupera al realizar actividad física precisa y funcional, ejercicios secuenciales que poco a poco logran la libertad anatómica del movimiento, focalizados en los seis movimientos descriptivos básicos que son la base de toda la cinética cotidiana: flexión, extensión, abducción, aducción, circunducción y rotación (todos ellos descritos en el capítulo uno). La práctica de actividad física, contribuye de manera positiva en el desarrollo de la imagen corporal, debido a que proporciona bienestar, incorpora su carácter experiencial/social, trascendiendo los niveles de capacidad física, habilidad y forma corporal. (Vaquero, Macias & Macazaga, 2014).

Recuperar la libertad anatómica del movimiento en los adolescentes, es un medio que busca al mismo tiempo ayudarlos a conseguir la apertura necesaria para

conseguir la capacidades de expansión del cuerpo. Amy Cuddy (2012), psicóloga social y profesora de la Escuela de Negocios en la Universidad de Harvard, dice que cuando un individuo se expande, se hace grande, se estira, se toma su espacio o básicamente se abre, adquiere sentimientos de poder. Puede ser algo poderoso en un momento determinado. Por otro lado, si la persona hace lo opuesto se cierra; se envuelve en sí mismo o se hace pequeño; corre un sentimiento de ser dominado, de impotencia, de debilidad y con ello rechaza el contacto con los de a lado; entra en un estado de negación del cuerpo.

Este acto pretende en la medida de ser logrado, obtener el mayor potencial de la cinética del aparato locomotor del adolescente para auxiliarle en la realización de sus actividades cotidianas y desarrollar habilidades corporales expansivas que le permitan adquirir un sentimiento de poder sobre sí mismo, características que al conseguir las favorecen en su totalidad la percepción del cuerpo y la imagen de éste.

Desde otro tenor, el automasaje brinda al adolescente la capacidad de conectarse con su cuerpo a través de los sentidos, lo que facilita el reconocimiento (en ocasiones se identifican zonas con las que nunca se ha hecho contacto pero de las cuales se sabe su existencia) de las partes conformadoras de su cuerpo, que interactúan con el medio ambiente y comunican hacia el interior las experiencias. El tacto es la herramienta principal para ejecutar las manipulaciones, mecanismo que permite localizar y liberar aquellas restricciones a nivel corporal, manifestadas en bloqueos, nódulos, contractura o calambres. Además ayuda a la relajación.

La respiración trabaja en conjunto tanto con la cinesiterapia como con el automasaje. Cuando se realiza de forma adecuada al ejecutar actividad física, evita agotamiento ya que proporciona oxígeno al sistema y llena de vitalidad. Asimismo, proceder con una manipulación unida a una inhalación profunda, ayuda a liberar la energía acumulada, produciendo posiciones con más apertura o desbloques.

Todas estas observaciones, llevan a considerar que al liberar el flujo natural de la capacidad motora, se adquiere la posibilidad de producir movimientos y posturas expansivas, que inmediatamente pueden ser notadas. El adolescente puede lucir por ejemplo, más alto, relajado, con más porte e incluso seguro de sí mismo. Estas

técnicas son simples además de prácticas, en cualquier lugar se pueden llevar a cabo y no se necesita dedicarles mucho tiempo.

Es importante tener en cuenta que los adolescentes considerados en este trabajo, deben poseer la misma condición anatómica: el cuerpo de los individuos debe conformarse de cabeza/ cuello, tronco superior/medio/inferior y extremidades superiores brazos/manos e inferiores piernas/pies; todas estas estructuras bien desarrolladas, sin lesiones traumáticas (daño físico) por accidente, malformaciones, mutilaciones o miembros faltantes. Sin deficiencias cognitivas que le impidan ejecutar el movimiento total o parcialmente.

### **3.5 “Focusing” como técnica complementaria en la restitución del movimiento natural del adolescente**

Focusing, el método de enfoque corporal, consiste en prestar atención al cuerpo y a lo que se vivencia en él. La mayoría de las personas se extrañan al pedirles que hagan contacto o se enfoquen en su cuerpo. Sin embargo, éste único acto puede ser importante para resolver problemas de la vida diaria: enfrentarse a la tensión, establecer relaciones, entender las afecciones sociales.

En ocasiones las situaciones diarias que viven los adolescentes, son triviales o quizá se convierten en problemas grandes, pero que en cualquiera de los casos llegan a causar gran dolor físico y emocional, traducidos en sitios de bloqueo dentro de ellos que estropean partes de su vida. En esta ocasión se propone la técnica del enfoque corporal como medio para encontrar estas manifestaciones y poder darles solución. Ya que la restitución del movimiento se logra de modo más permanente o duradero si se combina con el método de enfoque corporal.

Focusing es una especie de conciencia corporal que influye profundamente en la vida de los seres humanos, esta conciencia, es posible mediante el cuerpo. A menudo se demuestra que los adolescentes no están a gusto con su existencia como seres físicos, ya que tal vez piensen que son feos o inadecuados o deformes, o un malestar mental lo convierten en afecciones corporales, por lo que prestar atención a

su cuerpo es una experiencia que hace que se sientan mal, cayendo en una negación del cuerpo, en otras palabras la división mente-cuerpo.

La restitución del movimiento natural del cuerpo junto con la técnica del enfoque corporal solucionan la escisión entre mente y cuerpo, pues implican estar consciente de los aspectos negados y los no negados del sí mismo, requieren tanto de la naturaleza corporal como la mental y la ambiental. Poner atención a la sensación-sentida de la experiencia corporal tiene importancia para tratar problemas aún más profundos sobre el sí mismo, baste como ejemplo: la confusión de la identidad, los conflictos emocionales o la percepción de la imagen del cuerpo. Por lo regular, se considera al “cuerpo” como algo distinto de sí “mismo” y, por lo tanto, irrelevante para el “yo” que está luchando con los problemas de vivir una vida plena y significativa (Kepner, 2011).

A medida que se trabaja la restitución a nivel físico y mental, cualquier malestar de tipo cotidiano o situacional se siente expresado mediante el cuerpo. La forma en cómo se percibe el cuerpo, las actitudes y sentimientos que esta percepción produzca derivan en distintas formas de comportamiento con uno mismo, con las demás personas y con el mundo en general.

Por medio de Focusing los adolescentes comprenden los problemas que les surgen, aprenden a comunicarse con su cuerpo, se van sintiendo mejor con su existencia corporal, así su imagen se ve favorecida y con ella la satisfacción hacia su propia vida (Vaquero, Macias & Macazaga, 2014). Es por ello que la técnica del enfoque corporal unida a la restitución del movimiento natural del sistema locomotor, plantea la corporalidad funcional como nueva meta terapéutica. “La corporalidad funcional se define como el uso del cuerpo según las situaciones a las cuales se expone el individuo con un patrón coherente de respuestas cognoscitivas, autónomas y motoras.” (Gempeler, 2007, p. 452). Además, contribuye a lograr en el adolescente un manejo funcional y adaptativo del propio cuerpo mejorando la percepción de su imagen corporal. Tener una imagen corporal positiva significa que los adolescentes adquirieron recursos para afrontar las situaciones, lo que se traduce a sentirse satisfecho con el aspecto físico, valorando su propio cuerpo por el potencial, su capacidad funcional y aceptando sus imperfecciones.

## **CÁPITULO IV: PROGRAMA DE MODIFICACIÓN CORPORAL PARA LA RESTITUCIÓN DEL MOVIMIENTO NATURAL DEL SISTEMA LOCOMOTOR**

En este capítulo se hace la propuesta de un programa de modificación corporal para intervenir con adolescentes entre 16-17 años de edad que se encuentren estudiando el último grado de preparatoria. Dicho programa, se enfoca en favorecer la percepción de su imagen corporal.

El programa se logra por medio de tres técnicas. La cinesiterapia, que consiste en restituir el flujo natural del sistema locomotor a través de actividades físicas, así como de expansión; la reflexoterapia, que incluye ejercicios auto manipulativos y de respiración; y por último Focusing el proceso y técnica del enfoque corporal de Eugene T. Gendlin. Se incluyen los manuales de uso para el Instructor, cartas descriptivas en las que se explica cómo se trabaja en cada sesión. También se incluyen los métodos de evaluación que consisten en estimar la libertad de movimiento natural del sistema locomotor, los defectos o deficiencias corporales y la valoración de la imagen corporal de los adolescentes.

El programa es propuesto para prevenir problemáticas que pudieran derivar de una percepción desfavorable de la imagen corporal, a causa de situaciones cotidianas inconclusas. Baste como ejemplo: la negación del cuerpo, la falta de aceptación de las características corporales o de contacto o simplemente cuando no hay un motivo aparente pero existe una manifestación de dolor o malestar físico. Igualmente, para proporcionar una visión global o total del cuerpo por medio de una propuesta gestáltica en la que mente y cuerpo son uno mismo.

### **4.1 Justificación del Programa**

Cuando los adolescentes sienten algún tipo de malestar que los impulsa a querer buscar ayuda, tienen a menudo la intención de deshacerse de alguna experiencia corporal desagradable ya que es típico de la edad una mayor preocupación por la constitución, forma y apariencia del cuerpo. Quieren aliviarse del malestar somatizado que los aqueja social, familiar, físico y ambiental.

Sin embargo, no suelen tener a dónde acudir o no se acercan por pena, debido al ¿qué dirán los demás?, ¿y si mis padres se enteran?, ¿qué van a pensar de mí?. Estas son preguntas que a menudo les impide, buscar o solicitar ayuda con profesionales. La situación es preocupante porque esta población si bien es una de las más vulnerables, aún se encuentra desprotegida en áreas de su interés.

Es por ello que este programa resulta de relevancia, debido a que aborda el tema del “cuerpo” el cual es atractivo para los adolescentes. También porque permite solucionar la división hecha entre mente-cuerpo, si se toma en consideración que el individuo está en constante interacción con toda su existencia corporal. Kepner (2011) menciona que mientras más se separa la identidad de la propia experiencia corporal, más cosas “parecen suceder”, lo que hace que el adolescente se sienta fuera de control o desfragmentado.

Es común que a los jóvenes se les enseñe a evaluar su cuerpo conforme a un modelo de belleza y no por las características que posee, por la función que desempeña o como parte de “sí mismo”. Las investigaciones existentes sobre la imagen corporal se enfocan en su mayoría, en los trastornos alimenticios a consecuencia de tratar de conseguir el cuerpo del modelo social estipulado (Rivarola, 2003; Baile, González, Ramírez & Suárez 2011; Valverde, Rivera, & Moreno, 2010). En cambio, esta propuesta se centra en la funcionalidad y el potencial del movimiento del cuerpo para tener efectos favorables en la imagen corporal de los adolescentes. De manera que la primera sensibiliza al adolescente de sus situaciones cotidianas mediante el “darse cuenta” y el segundo influye en el cuidado y la evitación de hábitos corporales que afectan la funcionalidad o modifican la forma del cuerpo.

En suma, se centra en el fortalecimiento de la interacción de los adolescentes con sus pares y su entorno social, debido a que se imparte de manera grupal. Así se fomenta el estado receptivo a experiencias sensitivas; como por ejemplo, el contacto a ellos mismos y a lo que hay en el exterior. Otro elemento importante que toma en consideración, es la actividad física que se realiza en el programa. Como es sabido el ejercicio influye en los sentimientos y la percepción de uno mismo de manera positiva (Vaquero, Macias & Macazaga, 2014).

Con todo lo anterior el Programa de Modificación Corporal cumple un papel reconstitutivo-preventivo, en torno a las afecciones cotidianas somatizadas de los adolescentes . Ya que a través de su implementación y práctica, que adquieren habilidades y herramientas que los mantienen alejados de caer en un malestar intenso que con el tiempo los haga padecer algún trastorno relacionado a su Imagen corporal.

## **4.2 Objetivos del Programa**

### GENERAL

El objetivo principal de éste trabajo es restituir el flujo natural del movimiento del aparato locomotor de los adolescentes, en caso de existir una cinética defectuosa, hábitos corporales desfavorables o dolor somático presente en algún área del cuerpo que impida la ejecución de actividad física cotidiana. Todos estos causados por las situaciones que se dan día a día en la vida del adolescente que derivan en problemáticas complejas o triviales para el adolescente y se manifiestan en lo corpóreo. Quedan excluidas aquellas que sean consecuencia de un trauma físico o por enfermedad.

### ESPECÍFICOS

Considerando lo planteado hasta este momento, se pone en marcha una experiencia que se plantea mediante los siguientes propósitos:

- ❖ Proporcionar un cambio global del cuerpo y modificarlo a una nueva gestalt enfocada su potencialidad.
- ❖ Tomar conciencia, a través de la respiración, la manipulación, la actividad motriz-corporal y la sensación-sentida de cómo el adolescente percibe, siente y valora su propio cuerpo.
- ❖ Conocer la funcionalidad de las partes del aparato locomotor y la cinética corporal como medio para la construcción de nuevos significados sobre el propio cuerpo.



- ❖ Fomentar las capacidades corporales expansivas del cuerpo como un lugar para la expresión individual.
- ❖ Modificar los hábitos corporales de forma favorable en el adolescente.
- ❖ Aumentar el interés por los aspectos relacionado con el propio cuerpo, que lo favorezcan y le brinden el cuidado necesario para mantenerlo con salud.
- ❖ Evaluar la percepción que tiene el adolescente sobre su *Imagen Corporal*.
- ❖ Identificar los problemas cotidianos manifestados en el cuerpo para darles solución y desbloquear la parte implicada.
- ❖ Prevenir Trastornos relacionados a la imagen corporal en los adolescentes e incrementar su valoración de forma positiva.

### **4.3 Características del Instructor**

Resulta conveniente mencionar que no existe un modelo ideal al que se tenga que ajustar un instructor y sus características no siempre embonan a la perfección. No obstante, éstas permiten el cumplimiento consecutivo de los objetivos por lograr, el éxito en el trabajo y la interacción grupal. Por ello, a continuación se mencionan las que son deseables en el instructor.

#### **PERSONALES**

- ❖ El programa se debe impartir por un profesional, que le preocupe la salud y la integridad de los adolescentes. Además de estar envuelto en la corriente psicológica de la Gestalt o tener conocimiento de ella.
- ❖ Saber el programa de modificación corporal su uso y aplicación.
- ❖ Mantener una actitud positiva que le permita tener apertura y disponibilidad para que se establezca una relación de confianza entre partes.
- ❖ Poseer habilidades para comunicarse con los jóvenes.
- ❖ Ser capaz de resolver conflictos de manera oportuna y con asertividad. En ocasiones llegan a presentarse cambios, a los cuales debe dar solución con los medios que se tengan.

- ❖ Saber adaptarse a las circunstancias que se presenten.
- ❖ La congruencia es fundamental, no debe perder la relación entre lo que dice, piensa y expresa corporalmente. Hacerlo llevaría a los participantes a la confusión.

## CORPORALES

- ❖ El tono de voz lo debe saber modular y ser claro, con buena pronunciación de forma que lo que intenta comunicar pueda ser escuchado y comprendido por los adolescentes. Un tono muy bajo, podría aburrirlos y crear confusión.
- ❖ Al igual que los participantes debe tener la condición anatómica corporal: conformarse de cabeza/ cuello, tronco superior/medio/inferior y extremidades superiores brazos/manos e inferiores piernas/pies; todas estas estructuras bien desarrolladas, sin lesiones traumáticas (daño físico) por accidente, malformaciones, mutilaciones o miembros faltantes. Sin deficiencias cognitivas que le impidan ejecutar el movimiento total o parcialmente.
- ❖ Debe permanecer de pie, en caso de ser necesario debe desplazarse para mantener una cercanía constante con los participantes.
- ❖ Sus habilidades al realizar acciones físicas, deben permitirle ejecutar cualquier ejercicio del programa.
- ❖ Los hábitos corporales que posea deben ser favorables, para moverse con naturalidad sin manifestar inseguridad o nerviosismo.

### 4.4 Contenido del Programa

- ❖ El Programa de Modificación Corporal, consta de 12 sesiones de 2 horas cada una.
- ❖ Se imparten cada tercer día durante un mes.
- ❖ Se trabaja de manera grupal.

## CONTENIDO

El programa para su implementación se divide en 5 secciones.

- SECCIÓN 1: PRESENTACIÓN

SESIÓN 1: Información y Pre-Evaluación I

SESIÓN 2: Pre-Evaluación II

SESIÓN 3: Pre-Evaluación III

SESIÓN 4: Introducción y Reflexoterapia: respiración

Consiste en obtener la selección de los participantes. Se evalúa el flujo natural del movimiento dinámico y estático del aparato locomotor y la valoración de la imagen corporal que tiene cada uno de los participantes. Se proporciona información sobre la unión mente-cuerpo, la negación del cuerpo y sobre la concepción global (como totalidad) del mismo. Se muestra el mecanismo para respirar de forma adecuada y se lleva a la práctica.

- SECCIÓN 2: FUNCIONALIDAD CINÉTICA DEL APARATO LOCOMOTOR

SESIÓN 5: Cinesiterapia, restitución del movimiento natural

SESIÓN 6: Ejercicios cotidianos

Se establece el movimiento natural por medio de la ejecución en grados de acciones físicas, para restituir las deficiencias en la dinámica y estática corporal encontradas con la evaluación. Además se enseña a realizar adecuadamente ejercicios cotidianos para prevenir hábitos desfavorables en el uso del cuerpo y la imagen del mismo.

- SECCIÓN 3: CONTACTO CON EL CUERPO

SESIÓN 7: Reflexoterapia, automasaje

SESIÓN 8: Focusing Parte I

Por medio de manipulaciones se pone atención por primera vez a las partes conformadoras del cuerpo para poder conocerlas, sentirlas y percibir las como un todo. Al igual, se ejerce contacto con otros participantes y con el entorno. Se localizan las problemáticas somatizadas a nivel corporal.

- SECCIÓN 4: MODIFICACIÓN PERMANENTE

SESIÓN 9: Focusing Parte II

SESIÓN 10: Conservación de la restitución

A raíz de la identificación de problemáticas, el adolescente comprende lo que le sucede “sensación-sentida” y se libera de ello. Ocurre un “cambio-sentido” en su interior y se restituye el flujo natural del aparato locomotor. Se exteriorizan capacidades corporales expansivas. Además de recalcar la importancia de poner en práctica el programa como herramienta importante para la salud.

- SECCIÓN 5: CIERRE

SESIÓN 11: Post-evaluación

SESIÓN 12: Resultados

Se evalúa nuevamente el flujo natural del movimiento dinámico y estático del aparato locomotor. Asimismo, de manera oral se obtiene la valoración de la imagen corporal global que tiene cada uno de los participantes. Las experiencias obtenidas a raíz del Programa de Modificación Corporal se comparten a nivel grupal, con el fin de

retroalimentarse. Se presentan los resultados y cambios obtenidos de la evaluación final.

*Cada sesión será puntualizada más adelante.*

#### **4.5 Sujetos a considerar para la aplicación del Programa**

El programa está diseñado para trabajar con 15 adolescentes del sexo femenino o masculino entre 16 y 17 años de edad, que se encuentren en la preparatoria y pertenezcan al mismo grupo escolar. Un grupo mayor dificultaría la atención considerada para los participantes.

Deben poseer la misma condición anatómica: el cuerpo de los individuos estará constituido de cabeza/ cuello, tronco superior/medio/inferior y extremidades superiores brazos/manos e inferiores piernas/pies; todas estas estructuras bien desarrolladas, sin lesiones traumáticas (daño físico) por accidente, malformaciones, mutilaciones o miembros faltantes. Sin deficiencias cognitivas que le impidan ejecutar el movimiento total o parcialmente. Mentalmente los participantes deben considerarse normales o levemente alterados, este criterio se obtiene con uno de los instrumentos de evaluación, se explica con más detalle en el apartado subsecuente.

Es importante aclarar que los adolescentes deben tener apertura, capacidad y voluntad de experimentar sensaciones corporales. Ya que estas características les permite incorporarse, participar y tener éxito al vivenciar el programa.

#### **4.6 Instrumentos de Evaluación del Programa**

##### **EXPEDIENTE E HISTORIAL CLÍNICO**

Es necesario realizar un expediente clínico de cada participante, éste es un conjunto de documentos escritos, gráficos o de cualquier otra índole, en el cual se lleva el registro, las anotaciones y las certificaciones correspondientes a la intervención (en este caso será la participación en el programa de modificación corporal), la evolución

que tenga el paciente y los datos obtenidos de los test que se le apliquen (Sánchez, 2008).

Debe incluir una carta de consentimiento informado, ésta será firmada por el tutor legal del adolescente como medio en el que acepta los beneficios y los riesgos del programa. En ella se le explica en qué consiste, cómo será impartido y de qué forma se verá implicado el trabajo con el adolescente. Se brinda toda la información que debe conocer el tutor sobre el Programa de Modificación Corporal. Este documento será redactado por el instructor a cargo, tomará en cuenta la edad de los participantes, así como los riesgos presentes al ser menores de edad (*Ejemplo, véase Anexo A-1*).

Otro documento que debe anexar es un resumen clínico mental, que incluye los datos necesarios para la identificación del participante, incluye información demográfica, historia personal y clínica, contexto familiar, contexto cultural, hábitos de salud y físicos. En éste programa se sugiere el uso de Formato *Historia Clínica Adolescentes*, propuesto por la *Facultad de Ciencias de la conducta, Centro de Estudios y Servicios Psicológicos Integrales de la Universidad Autónoma de México*, porque es práctico, de fácil lectura, llenado y su evaluación global está incluida. El uso se reduce a las categorías siguientes:

- ❖ Ficha de identificación
- ❖ Exploración, descripción del joven
- ❖ Antecedentes personales
- ❖ Desarrollo psicomotriz
- ❖ Antecedentes patológicos
- ❖ Evaluación Global

Las categorías que se mencionan son suficientes para cubrir el criterio de selección y obtener la información necesaria de los participantes. El historial clínico debe ser realizado por el profesional en psicología a cargo de la implementación del programa y no por los sujetos que estén en su apoyo en caso de contar con ayuda externa (*en los Anexos A-2-a y A-2-b, se presenta el formato original de la Universidad*

*Autónoma de México, seguido de el formato reducido sólo a las categorías útiles en el Programa).*

Los participantes que obtengan puntuación de 0=Normal a 1=Levemente alterado en la Evaluación Global mental, cumplen el requisito necesario para recibir los beneficios del programa. Debido a que el programa es dirigido a adolescentes normales o levemente alterados, que presenten síntomas somáticos a nivel físico que afecten la percepción de su imagen corporal. Por lo que los sujetos con puntuaciones superiores de 2=Moderadamente enfermo y 3=Está muy enfermo, quedan rescindidos para participar en el programa, ya que presentan afecciones mentales que inhabilitan su capacidad para desempeñar adecuadamente el contenido del programa.

En adición a lo anterior, se debe aplicar un cuestionario de cinco preguntas abiertas, de dónde se obtiene otro criterio de selección con la pregunta uno referente a los traumas físicos por accidente. En caso de ser positivo y del cual existan secuelas, el sujeto no podrá participar en el programa. Las cuatro preguntas posteriores dan un panorama con las propias palabras del participante, de las actividades cotidianas que realiza, lo que piensa de su apariencia física, si nota o no deformidades o defectos en su cuerpo, posibles causas y la forma en que éstas le afectan. (*Véase Anexo A-3*).

#### VERSIÓN ESPAÑOLA VALIDADA DEL *MULTIDIMENSIONAL BODY SELF RELATIONS QUESTIONNAIRE* (MBSRQ), REDUCIDO Y ADAPTADO

*Por Botella, Ribas y Benito (2009)*

La versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (*MBSRQ*) reducida y adaptada por Luis Botella, Emma Ribas y Jesús Benito (2009)(*Ver Anexo B*), la retoman del modelo Multidimensional Body Self Relations Questionnaire de Cash, 1990. Sirve para evaluar la imagen corporal. Incluye la valoración de los aspectos cognitivos de construcción del self o sí mismo, su relación con el ambiente y las variables vinculadas directamente con el aspecto “objetivo” (cuerpo) (Botella, Ribas y Benito, 2009). Es la medida más completa y multidimensional que existe actualmente (Íbidem, 2009). Su uso es recomendado a partir de los 15 años de edad.

La estructura de la versión española adaptada, reducida y validada mantiene los criterios de calidad en cuanto a sus propiedades psicométricas respecto a la versión original, pero difiere en algunos aspectos formales. Consta de 45 ítems y dos partes diferenciadas; una referida a la evaluación general de la imagen corporal y otra a la evaluación del grado de satisfacción con varias áreas corporales por separado. Además, saltan a la vista cuatro factores:

- 1) Importancia subjetiva de la corporalidad (ISC). Combina la preocupación por el aspecto físico, las conductas orientadas a mantener la forma física, las preocupaciones por el peso y las dietas, la preocupación por la salud y la enfermedad, y el atractivo autoevaluado de las diferentes áreas corporales (excepto la cara y la altura).
- 2) Conductas orientadas a mantener la forma física (COMF). Evaluación de la forma física y orientación hacia la forma física.
- 3) Atractivo físico autoevaluado (AFA). Evaluación de la apariencia física.
- 4) Cuidado del aspecto físico (CAF). Corresponde a la preocupación por el sobrepeso y evaluación de la forma física respectivamente.

Los ítems de la versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (*MBSRQ*) se responden en una escala Likert, que tiene por objetivo evaluar actitudes o predisposiciones individuales. En éste caso se establecen cinco opciones de respuesta:

- Totalmente en desacuerdo. Valor de 1 pt.
- Bastante en desacuerdo. Valor de 2 pt.
- Indiferente. Valor de 3 pt.
- Bastante de acuerdo. Valor de 4 pt.
- Totalmente de acuerdo. Valor de 5 pt.

En la presente propuesta es importante mencionar que debido a los objetivos que persigue el programa, el único resultado significativo del análisis de las



respuestas, es el que arroja al evaluar a los individuos de manera individual. El cual se obtiene porque la escala Likert es aditiva, quiere decir que cada sujeto obtiene como puntuación global la suma de los rangos otorgados a cada elemento (García, Aguilera y Castillo, 2011). De manera más clara, la regla que aplica para la medición e interpretación de la escala es la siguiente: *a mayor puntaje* más positiva y favorable la actitud hacia el objeto de investigación, *a menor puntaje* la actitud será más negativa y desfavorable, los puntajes intermedios expresan una actitud medianamente positiva, neutra o medianamente negativa (Blanco y Alvarado, 2005).

En el rango de puntuaciones se determinan dos valores relevantes. El primero corresponde a la evaluación general de la imagen corporal producto de los primeros 39 ítems; el resultado puede ir de los 150 pt. como mayor puntuación, a los 108 pt. considerado como puntaje intermedio y hasta los 63 pt. como menor puntaje. El segundo pertenece a la evaluación del grado de satisfacción de áreas corporales específicas. Se consigue con los últimos 6 ítems, el resultado más alto que se puede obtener es de 30 pt., el puntaje intermedio es a 15 pt. y el mínimo es de 5 pt.

Al utilizar la versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (*MBSRQ*) como uno de los métodos de evaluación en el programa, se recomienda personalizar las hojas y anexarlas al expediente de cada participante, esto permite tener una organización y un registro para comparar al aplicar el re-test al finalizar el programa.

## PROCEDIMIENTO

- ❖ Se lleva la aplicación de éste instrumento en modalidad test-retest. Con un lapso de tiempo entre ambas aplicaciones de un mes.
- ❖ Se aplica de forma grupal a los 15 participantes (adolescentes).
- ❖ El tiempo de aplicación es de 20 min.
- ❖ Al finalizar los participantes realizan una suma global de los valores dados y lo anotan en el lado superior derecho del instrumento.
- ❖ Después de la primer aplicación, no se comparten los resultados con los participantes.

- ❖ Posterior a la segunda aplicación se brindan los dos resultados a cada sujeto y se comparan para saber si hubo resultados favorables en ella.

## TEST DE LA PLOMADA

La plomada, está constituida por la suspensión de un pedazo de metal relativamente pesado por medio de una cuerda que se sujeta verticalmente desde el techo y cae hasta antes de tener contacto con el piso, muestra la línea de gravedad que divide en su totalidad el cuerpo en dos mitades. Sirve para observar la postura en diferente posición bípeda: ventral, dorsal, lateral, en los planos sagital y coronal. Se advierte la disposición y alineación de los segmentos corporales en relación con la postura anatómica de referencia, con ello saltan a la vista las desviaciones en el cuerpo producidas por hábitos corporales desfavorables o situaciones somatizadas.

La línea de gravedad en la postura anatómica bípeda (Imagen. E-1), determina el alineamiento ideal del cuerpo humano, en vista lateral, plano coronal, los puntos de referencia son (Daza, 2007):

- ❖ Pasa a través del conducto auditivo externo.
- ❖ Por el cuerpo de la mayoría de las vértebras cervicales.
- ❖ Por la articulación del hombro, por la parte central de la caja torácica.
- ❖ Por los cuerpos vertebrales lumbares.
- ❖ Por detrás del eje de la articulación de la cadera.
- ❖ Por delante del eje de la articulación de la rodilla.
- ❖ Cae por delante del tobillo.

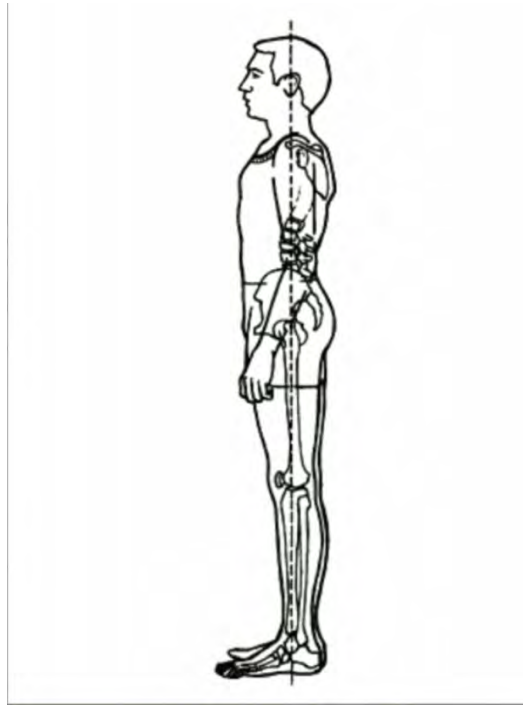


IMAGEN E-1. POSTURA BÍPEDA. VISTA LATERAL, PLANO CORONAL. LA LÍNEA VERTICAL REPRESENTA LA LÍNEA DE GRAVEDAD, LA CUAL SE MATERIALIZA CON EL USO DE LA PLOMADA. FUENTE DAZA, 2007, P-236

En vista dorsal plano sagital la línea de gravedad pasa por todo el centro del cuerpo (Imagen. E-2). Ambas partes deben ser simétricas, por lo que deben soportar la misma cantidad de peso, como se muestra en la siguiente distribución:

- ❖ Las escápulas deben estar horizontales.
- ❖ Si presionamos con un dedo la parte que se toca de las vértebras o la línea que las une debe ser vertical.
- ❖ Los glúteos deben ser horizontales y estar a la misma altura.
- ❖ Los tobillos deben estar juntos.



**IMAGEN E-2. POSTURA BÍPEDA. VISTA DORSAL. PLANO SAGITAL. LA LÍNEA VERTICAL REPRESENTA LA LÍNEA DE GRAVEDAD, Y LA DISTRIBUCIÓN SIMÉTRICA DEL CUERPO. USO DE LA PLOMADA. FUENTE RODRÍGUEZ, 2014, P-10**

En vista ventral o anterior, plano sagital, la línea de gravedad pasa por el centro del cuerpo dividiéndolo en dos (Imagen. E-3). Al igual que en vista dorsal, ambos lados deben ser simétricos y soportar el mismo peso, la disposición es:

- ❖ Ambas clavículas deben estar en forma horizontal.
- ❖ Las manos debes estar paralelas, palmas en posición ventral.
- ❖ Las crestas iliacas deben estar a la misma altura.
- ❖ La parte superior del femúr debe ser horizontal.
- ❖ Ambas rótulas deben estar a la misma altura.
- ❖ Los tobillos deben estar juntos.

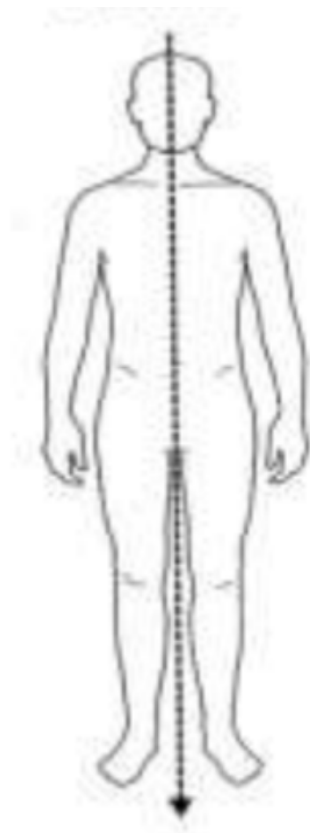


IMAGEN E-3. POSTURA BÍPEDA. VISTA VENTRAL. PLANO SAGITAL. LA LÍNEA VERTICAL REPRESENTA LA LÍNEA DE GRAVEDAD, Y LA DISTRIBUCIÓN SIMÉTRICA DEL CUERPO. USO DE LA PLOMADA. FUENTE RODRÍGUEZ, 2014, P-10

En el uso de la plomada el instructor puede apoyarse con una cuadrícula que tenga una dimensión suficiente que supere el alto y el ancho del adolescente. Se hace en plástico o acrílico y se adapta a la pared de modo que la línea central coincida con la caída de la plomada (Imagen. E-4). Cada cuadro de la cuadrícula es de 10 cm x 10 cm; de 12 cm x 12 cm o 15 cm x 15 cm (Daza, 2007), el participante debe colocarse de 30 a 50 cm de ella tomando como referencia la línea central vertical.

Con la cuadrícula se facilita la comparación detallada del cuerpo dividido por la línea de gravedad, el análisis por niveles de los diferentes segmentos corporales y la alineación postural de los adolescentes (*Íbidem*, 2007).

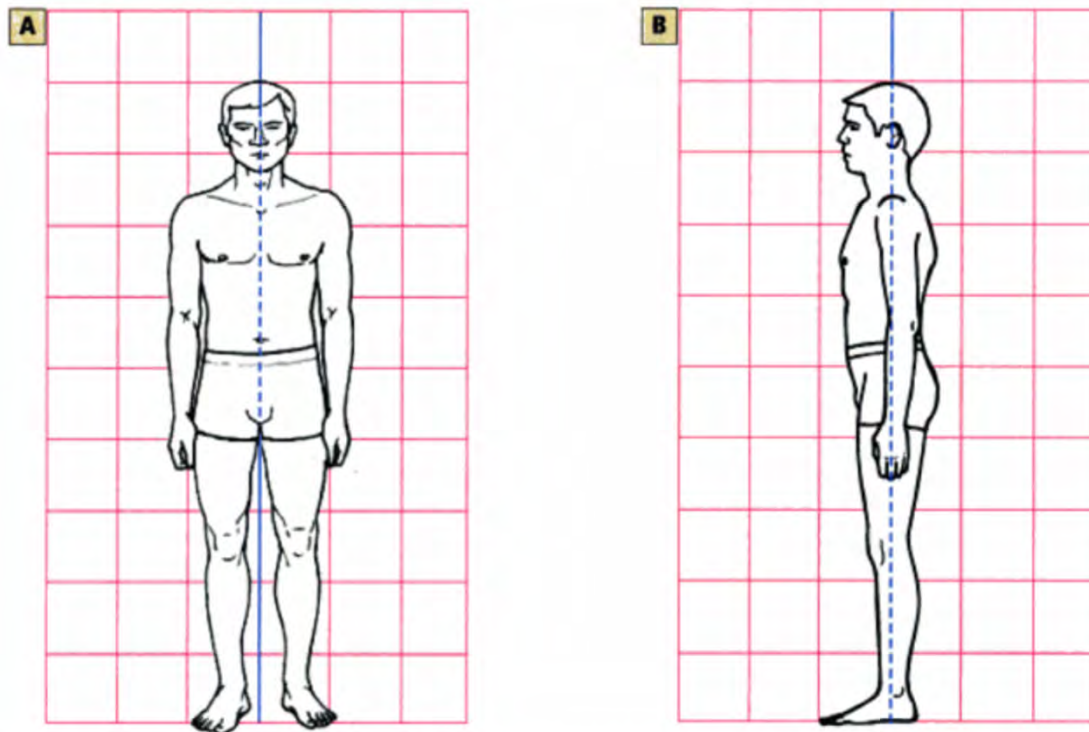


IMAGEN E-4. REPRESENTA EL USO DE LA CUADRÍCULA Y LA PLOMADA. VISTA VENTRAL PLANO SAGITAL (A) Y VISTA LATERAL PLANO CORONAL (B). FUENTE. DAZA, 2007, EVALUACIÓN CLÍNICO-FUNCIONAL DEL MOVIMIENTO CORPORAL HUMANO, P-242

Los resultados obtenidos por medio del test de la plomada y la cuadrícula deben registrarse en la hoja de *ALTERACIONES POSTURALES (Anexo-C)*. Las hojas deben ser personalizadas. Es necesario llevar un expediente de cada participante, ya que al finalizar el programa se hace una comparación entre la información obtenida al inicio y al término de éste.

La hoja muestra la línea de gravedad y las tres posiciones; la posición anatómica convencional (vista ventral), posición bípeda dorsal y posición bípeda lateral. En cada una sobresalen líneas del cuerpo que corresponden a las desviaciones más frecuentes localizadas mediante la observación. En caso de advertirse cualquiera de éstas descripciones se debe mencionar y especificar de qué tipo son (Navarrete, 2015):

- ❖ Cabeza: presenta inclinación hacia izquierda, derecha, adelante, atrás. En caso de presentar rectificación de la lordosis lumbar (Imagen. E-5), que es la pérdida de la curva cervical normal que se observa en una vista lateral, debe evaluarse

si es causada por hábitos corporales desfavorables, sí es así es posible llevar a cabo el programa.

Por otro lado si la causa es por cirugía cervical o por trauma, debe ser negada la participación en el programa.

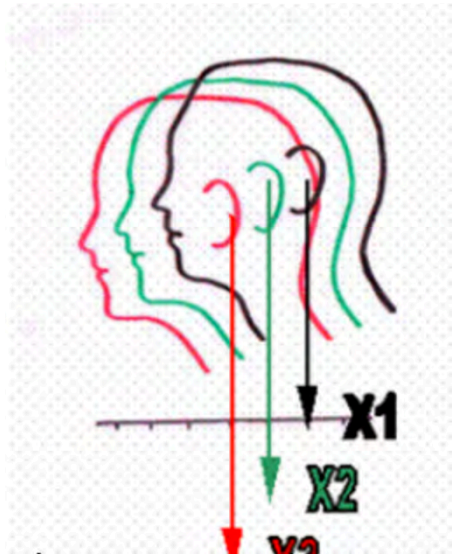


IMAGEN E-5. REPRESENTA LA RECTIFICACIÓN DE LA LORDOSIS LUMBAR, EL DESPLAZAMIENTO VENTRAL DE LA CABEZA. FUENTE. NAVARRETE ,2015, GUÍA EVALUACIÓN POSTURAL, DUOCUC

- ❖ Hombros: alguno de ellos o ambos llega a percibirse con un desplazamiento hacia abajo (hombro caído) o arriba. También en vista lateral se observa inclinación en dirección ventral-caudal o dorsal-coronal.
- ❖ Vértebras lumbares y dorsales (Figura E-6): las desviaciones más frecuentes corresponden a la *escoliosis* (desviación lateral de la columna vertebral), *cifosis* o espalda jorobada (e.palda gacha), *lordosis* (cintura hundida).

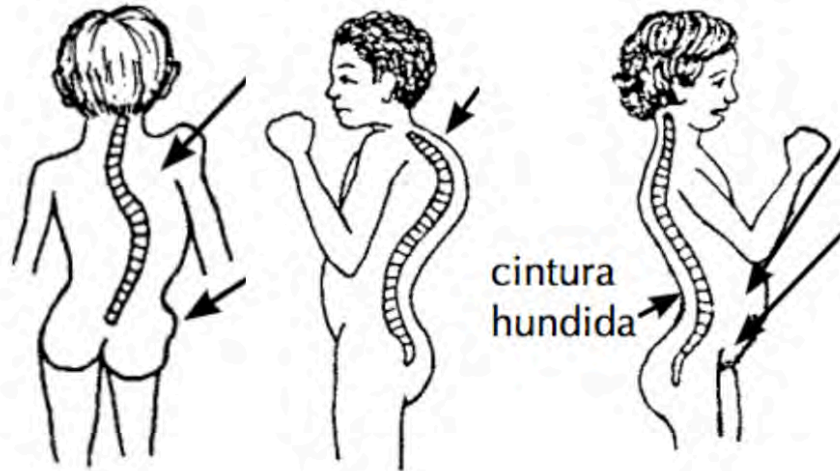


IMAGEN E-6. DE IZQUIERDA A DERECHA INICA CON LA REPRESENTACIÓN DE LA ESCOLIOSIS, SEGUIDA DE LA CIFOSIS Y POR ÚLTIMO LA LORDOSIS; TODAS DESVIACIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL. FUENTE. WERNER, 2012, EL NIÑO CAMPESINO DESHABILITADO PALO ALTO, CA: FUNDACIÓN HESPERIAN

- ❖ Rodillas y pies: la desviación puede ser de tres tipos (Figura E-7), *geno varo*, cuando se observa las rodillas separadas y los pies se van hacia adentro; *geno valgo*, cuando las rodillas se juntan y las piernas y el pie se separan; por último *geno recurvatum*, cuando la rodilla se desplaza hacia atrás.

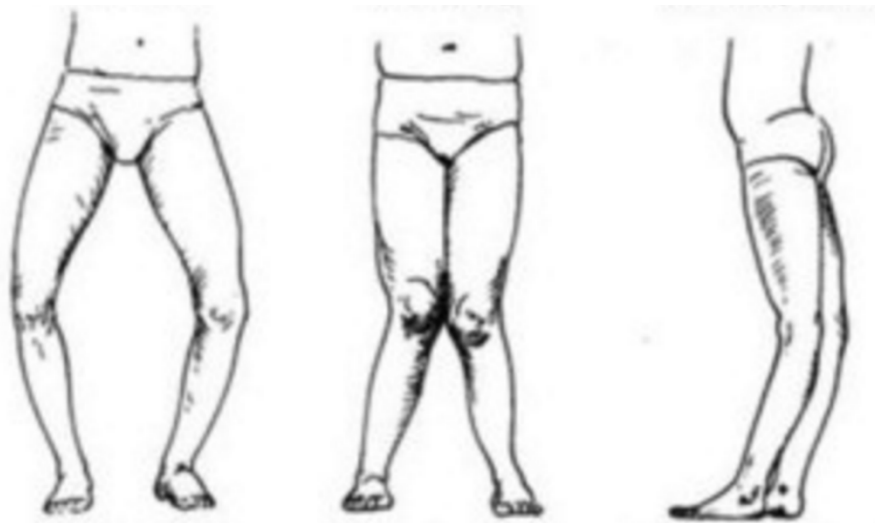


IMAGEN E-7 1. DE IZQUIERDA A DERECHA, GENO VARO, GENO VALGO, GENO RECURVATUM. FUENTE. [HTTP://PADELBOXVIGO.COM/TIPOLOGIA-MIEMBRO-INFERIOR/](http://PADELBOXVIGO.COM/TIPOLOGIA-MIEMBRO-INFERIOR/) EL 9 DE FEBRERO DE 2016



## PROCEDIMIENTO

- ❖ Se selecciona el lugar, éste debe ser un espacio mínimo de 2 x 2 m.
- ❖ La cuadrícula y la plomada se adaptan a la pared y al techo respectivamente, de modo que la línea central vertical de la cuadrícula coincida con la caída de la plomada.
- ❖ Se coloca uno por uno de los participantes a una distancia de 30 a 50 cm de la cuadrícula, entre ésta y la plomada. La línea central vertical de la cuadrícula y la línea de gravedad de la plomada, ambas deben dividir simétricamente al sujeto de forma vertical.
- ❖ El instructor hace una evaluación en modalidad test-retest (al inicio del programa y al finalizar), por medio de la observación determina las desviaciones corporales y de postura que presenta el sujeto en cuatro vistas: ventral, dorsal, lateral-izquierdo y lateral-derecho. Las registra en la hoja de *ALTERACIONES POSTURALES*, ambos laterales se registran en la misma imagen pero se indica al que pertenece.
- ❖ Después de la primera evaluación, no se comparten los resultados con los participantes.
- ❖ Posterior a la segunda evaluación, se brindan los dos resultados a cada sujeto y se comparan para saber si hubo resultados favorables en ella.

El test de la plomada por tanto tiene como objetivo proveer de manera gráfica los defectos físicos que posee el individuo. Los cuales generalmente son originados por una adaptación poco favorable del cuerpo a situaciones cotidianas. Además permite, llevar un registro de los cambios en los participantes al iniciar y al finalizar el programa, con el cual es posible realizar una comparación de resultados obtenidos por medio de la implementación.

## 4.7 Cartas Descriptivas

### Título: Programa de Modificación Corporal para la restitución del movimiento natural del sistema locomotor

#### Sección 1: Presentación

Sesión 1: Información y Pre-evaluación 1

Tiempo por sesión: 2 hrs.

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Información	- Consolidar el grupo de participantes voluntarios.	<p>-El instructor proporciona y explica información necesaria sobre el programa a tutores legales y participantes.</p> <p>-El instructor contesta y resuelve, dudas y preguntas que llegaran a tener sobre el programa tutores y participantes.</p> <p>-El instructor proporciona los documentos con las bases del programa para que sean firmados por los participantes y los tutores.</p> <p>-En caso de que los tutores legales no acepten que los menores participen, devolverán el documento y podrán retirarse.</p>	<p>-Salón o sala acondicionado con capacidad suficiente.</p> <p>-Documento de consentimiento informado.</p> <p>-Carta de consentimiento informado.</p> <p>-Pluma negra o azul.</p> <p>-Mesas y sillas necesarias para el número de tutores legales y menores que se encuentren presentes.</p>	85 minutos

Preevaluación I	-Obtener criterio de selección de los participantes voluntarios, en caso de tener o haber sufrido trauma físico por accidente.	-Se proporciona al participante una hoja con 5 preguntas que deberá contestar.  -El instructor revisa rápidamente la respuesta de la primer pregunta, en caso de ser positiva y tener efectos físicos que se manifiestan actualmente, se le pide al participante que abandone el programa.	-Salón o sala acondicionado con capacidad suficiente.  -Cuestionario: actividades cotidianas y cuerpo.  -Mesas y sillas necesarias para el número de participantes.  -Pluma negra o azul.	10 minutos
Preevaluación I	- Conocer la valoración que tiene el adolescente de su imagen corporal.	- El instructor distribuye a cada participante un test de imagen corporal y da las instrucciones para que este sea contestado.  -Los participantes deben responder el test.	- Salón o sala acondicionado con capacidad suficiente.  -Versión española del MBSRQ reducido y adaptado.  -Pluma negra o azul.  -Mesas y sillas necesarias para el número de participantes.	25 minutos

Nota: Al finalizar la sesión el instructor a cargo debe abrir un expediente de cada participante voluntario que haya decidido participar, revisará los documentos obtenidos y su respuestas para tener conocimiento de cada uno.

**Título: Programa de Modificación Corporal para la restitución del movimiento natural del sistema locomotor**

**Sección 1: Presentación**

**Sesión 2: Preevaluación II**

Tiempo por sesión: 2 hrs.

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Preevaluación II	<p>-Tener una descripción rápida de la apariencia del adolescente.</p> <p>-Conocer los antecedentes personales de cada participante.</p> <p>-Hacer una evaluación global mental del participante.</p>	<p>- Los participantes entran uno por uno después de ser evaluado al lugar donde se llevará a cabo la impartición del programa.</p> <p>-El psicólogo a cargo o el de apoyo (en caso de ser necesario), realiza observación de la apariencia física de cada adolescente.</p> <p>- El psicólogo a cargo o el de apoyo (en caso de ser necesario), entrevista a cada participante.</p> <p>-Al término de la entrevista el evaluador determina el estado mental del participante, con puntuación mayor a 1 se le solicita al participante, que abandone el programa.</p>	<p>- Salón o sala acondicionado con capacidad suficiente.</p> <p>-Historial Clínico Adolescentes.</p> <p>-Pluma negra o azul.</p> <p>- Una mesa y dos sillas.</p> <p>-Un lugar donde puedan esperar su turno los demás participantes.</p>	<p>8 minutos por persona</p> <p>-Tiempo total estimado: 120 minutos</p>

**Título: Programa de Modificación Corporal para la restitución del movimiento natural del sistema locomotor**

**Sección 1: Presentación**

Sesión 3: Preevaluación III

Tiempo por sesión: 2 hrs.

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Preevaluación III	<p>-Evaluar los defectos del cuerpo y de la postura que tenga el participante en hombros, cabeza, cadera, rodillas y pies.</p> <p>-Determinar el tipo de desviación en caso de presentarlo.</p> <p>-Hacer un registro de cada participante.</p>	<p>- Los participantes entran consecutivamente al lugar donde se imparte el programa.</p> <p>-El instructor pide al joven que se coloque a 30 cm entre la cuadrícula y la plomada en posición anatómica. La línea de gravedad y la vertical de la cuadrícula deben dividir al individuo de modo simétrico.</p> <p>-El instructor toma fotografías del sujeto en vista ventral, lateral y dorsal.</p> <p>-El instructor marca en la hoja de alteraciones posturales los defectos en cuerpo y postura que observe, además menciona el tipo.</p> <p>-Anexa fotografías y hoja al expediente.</p>	<p>- Salón o sala mínimo de 2m X 2m.</p> <p>-Plomada adaptada al techo, que cuelgue a 2cm antes de tocar el piso.</p> <p>-Cuadrícula de 12x12cm cada cuadro, adaptada a la pared de piso a techo.</p> <p>-Hoja de alteraciones posturales.</p> <p>-Cámara fotográfica.</p> <p>-Una mesa.</p> <p>-Pluma negra o azul.</p> <p>-los jóvenes visten, mayas y playera entallada sin mangas o parecida, descalzos.</p>	<p>8 minutos por persona</p> <p>-Tiempo total estimado: 120 minutos</p>

**Título: Programa de Modificación Corporal para la restitución del movimiento natural del sistema locomotor**

**Sección 1: Presentación**

Sesión 4: Introducción y reflexoterapia: respiración

Tiempo por sesión: 2 hrs.

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Introducción	<p>-Presentar la conformación del sistema locomotor incluidos huesos, tendones y músculos más relevantes para realizar movimiento.</p> <p>-Comprender la relación entre el cuerpo y el Sistema Nervioso Central (SNC) en la ejecución de movimiento.</p> <p>-Dar a conocer conceptos importantes como: unión mente-cuerpo, negación del cuerpo y la concepción global del mismo; para que cada participante</p>	<p>-Todos los participantes voluntarios seleccionados deben estar presentes.</p> <p>-El salón que usen debe tener capacidad suficiente para que los participantes realicen las actividades con libertad de movimiento.</p> <p>-Los jóvenes se colocan sobre el tapete en posición de loto mientras el instructor expone su presentación.</p> <p>-El instructor debe preparar una presentación con diapositivas que contengan los conceptos del Programa.</p> <p>-El instructor debe ser claro, concreto, hablar fuerte y atraer la atención de los participantes</p>	<p>- Salón o sala acondicionado con capacidad suficiente.</p> <p>-Ropa cómoda.</p> <p>-Tenis o zapatos de piso.</p> <p>-Tapete de yoga o cobija pequeña.</p> <p>-Cañón.</p> <p>-Lap-Top.</p>	60 minutos

	<p>los trabaje a nivel individual.</p> <p>-Exponer la importancia del cuerpo, su cuidado y su funcionalidad.</p>	<p>mientras presenta lo preparado.</p> <p>-Al finalizar dicha presentación, dará paso a los ejercicios de respiración.</p>		
Respiración	<p>-Aprender a respirar de forma adecuada.</p> <p>-Observar bloqueos corporales.</p>	<p>-Realizar diversos ejercicios respiratorios, mientras ponen atención a su cuerpo.</p> <p>-Dar tiempo de resolución para que los participantes se recuperen, se les pide a los participantes tomen asiento y permanezcan en su lugar.</p> <p>-Explica las ventajas de una adecuada respiración, además el uso que se le puede dar para obtener un estado de relajación.</p> <p>-Se comparten experiencias: cómo se sintieron al realizar los ejercicios, sentimientos, experiencia, y bloqueos encontrados.</p>	<p>-Tapete de yoga o cobija pequeña.</p> <p>-Ropa cómoda.</p> <p>-Tenis o zapatos de piso.</p> <p>-Manual de Técnicas de respiración para el instructor (Véase Anexo D).</p>	<p>Tiempo de ejercicios 30 minutos</p> <p>Tiempo de resolución de 5 a 8 minutos</p> <p>Tiempo para compartir 20 minutos</p> <p>-Tiempo total estimado: 60 minutos</p>

**Título: Programa de Modificación Corporal para la restitución del movimiento natural del sistema locomotor**

**Sección 2: Funcionalidad de la cinética del aparato locomotor**

Sesión 5: Cinesiterapia, restitución del movimiento natural

Tiempo por sesión: 2 hrs.

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Cuerpo, función del movimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar lesiones no traumáticas del aparato locomotor (bloqueos).</li> <li>-Identificar deficiencias en la movilidad del cuerpo y posturales.</li> <li>-Restituir los defectos en la dinámica y estática del movimiento corporal.</li> <li>-Liberar el cuerpo de bloqueos.</li> <li>-Mejorar la apariencia de la imagen corporal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los participantes ejecutan acciones físicas para calentar.</li> <li>- Después realizan actividades de cinética y estática corporal.</li> <li>-Los participantes observan defectos o deficiencias en su movilidad.</li> <li>-El instructor corrige a cada uno de los participantes.</li> <li>-Los participantes sienten las modificaciones en su cuerpo y luego practican mantenerlas.</li> <li>-El instructor observa y corrige nuevamente en caso de requerirlo.</li> <li>-Se le pide a los participantes practiquen lo aprendido en casa y en su diario vivir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salón o sala acondicionado con capacidad suficiente.</li> <li>-Tapete de yoga o cobija pequeña.</li> <li>-Ropa cómoda.</li> <li>-Tenis o zapatos de piso.</li> <li>-Manual de acciones físicas (ver Anexo E), para su uso apoyarse en el capítulo uno, apartado de cinesiología.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Calentamiento: 30 minutos</li> <li>Sensibilización del cuerpo: 45 minutos</li> <li>Caminata: 45 minutos</li> <li>-Tiempo total estimado: 120 minutos</li> </ul>



**Título: Programa de Modificación Corporal para la restitución del movimiento natural del sistema locomotor**

**Sección 2: Funcionalidad de la cinética del aparato locomotor**

Sesión 6: Actividades cotidianas

Tiempo por sesión: 2 hrs.

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Actividades cotidianas	<p>-Identificar hábitos corporales desfavorables.</p> <p>-Aprender a ejecutar acciones cotidianas, sin poner en riesgo la función y movilidad del sistema locomotor.</p>	<p>-Se inicia con calentamiento de acciones físicas, como la sesión anterior.</p> <p>-Se forma un círculo y se corrige nuevamente la cinética y estática de cada participante.</p> <p>-Practican caminata en el espacio.</p> <p>-El instructor muestra a los participantes cómo ejecutar diversas acciones que se realizan normalmente en la vida diaria.</p> <p>-Pide a los participantes practiquen en casa lo aprendido y procuren realizar sus actividades cuidando la función y el movimiento de su cuerpo.</p>	<p>- Salón o sala acondicionado con capacidad suficiente.</p> <p>-Tapete de yoga o cobija pequeña.</p> <p>-Ropa cómoda.</p> <p>-Tenis.</p> <p>-Almohada o cojín.</p> <p>-Escalón o banco de 20 cm.</p> <p>-Silla con respaldo.</p> <p>-Manual de actividades físicas (Anexo E), apartado: calentamiento.</p> <p>-Manual de actividades cotidianas (Anexo F).</p>	<p>Calentamiento: 30 minutos</p> <p>Caminata: 45 minutos</p> <p>Actividades cotidianas: 45 minutos</p> <p>Tiempo total estimado: 120 minutos</p>

**Título: Programa de Modificación Corporal para la restitución del movimiento natural del sistema locomotor**

**Sección 3: Contacto con el cuerpo**

Sesión 7: Reflexoterapia, automasaje

Tiempo por sesión: 2 hrs.

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Masaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sensibilizar en el conocimiento del cuerpo de otros.</li> <li>-Aprender a reconocer las zonas de bloqueo.</li> <li>-Identificar lesiones no traumáticas en el sistema locomotor.</li> <li>-Identificar defectos posturales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los participantes realizan en pareja masaje.</li> <li>-El instructor da las indicaciones paso a paso cómo se efectúa.</li> <li>-Observa si presentan dolor y en que zonas. Si es posible hace anotaciones que incluye en los expedientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salón o sala acondicionado con capacidad suficiente.</li> <li>-Ropa cómoda.</li> <li>-Tapete de yoga.</li> <li>-Tenis.</li> <li>-Suéter.</li> <li>- Manual de automasaje: masaje por parejas (Ver Anexo G).</li> </ul>	60 min
Automasaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sensibilizar en el conocimiento del propio cuerpo.</li> <li>-Identificar las zonas de bloqueo.</li> <li>-Aprender a autorelajarse, eliminar tensión.</li> <li>-Reconocer la relación de las situaciones cotidianas con las afecciones a nivel corporal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Los participantes ejecutan auto-masaje.</li> <li>-Ponen atención a las experiencias corporales que tienen mientras realizan la manipulación.</li> <li>-Piensan en el malestar que presentan y si hay una causa probable de ello.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salón o sala acondicionado con capacidad suficiente.</li> <li>-Ropa cómoda.</li> <li>-Tapete de yoga.</li> <li>-Tenis.</li> <li>-Suéter.</li> <li>- Manual de automasaje: auto-masaje (Ver Anexo G).</li> </ul>	60 min

**Título: Programa de Modificación Corporal para la restitución del movimiento natural del sistema locomotor**

**Sección 3: Contacto con el cuerpo**

Sesión 8: Focusing I

Tiempo por sesión: 2 hrs

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Proceso y técnica del enfoque corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñar el acto de acceso interno corporal.</li> <li>-Poner atención a lo que intenta comunicar el cuerpo.</li> <li>-Ubicar dónde se ha construido un significado en el cuerpo, descubrirlo por la experiencia.</li> <li>-Aprender a escuchar el cuerpo, para significar el ambiente.</li> <li>-Comprender el significado de las sensaciones corporales y molestias físicas.</li> <li>-Dar solución a problemas sin motivo aparente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El instructor inicia dirigiendo el automasaje.</li> <li>-Al finalizar el masaje se le pide a los participantes regresen a la posición decúbito dorsal.</li> <li>-Los participantes deben elegir una parte del cuerpo, en la que hayan detectado algún dolor o malestar físico, y se concentrarán en él.</li> <li>-Los participantes deben responder a: ¿El malestar tiene alguna causa probable?</li> <li>-En caso de ser positiva o negativa, la respuesta. El instructor guía en el Proceso y Técnica del Enfoque corporal. Pasos 1, 2 y 3; usar capítulo II.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salón o sala acondicionado con capacidad suficiente.</li> <li>-Tapete de yoga o cobija pequeña.</li> <li>-Ropa cómoda.</li> <li>-Tenis.</li> <li>- Manual de automasaje: auto-masaje (Ver Anexo G).</li> <li>-Capítulo II, apartado de: Proceso y Técnica del Enfoque Corporal: "Focusing" de Eugene Gendlin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Automasaje: 60 minutos</li> <li>Focusing: 60 minutos</li> <li>Tiempo total estimado: 120 minutos</li> </ul>

**Título: Programa de Modificación Corporal para la restitución del movimiento natural del sistema locomotor**

**Sección 4: Modificación permanente**

Sesión 9: Focusing II

Tiempo por sesión: 2 hrs.

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Proceso y técnica del enfoque corporal	<p>-Enseñar a los participantes a hablar desde las sensaciones que tienen y no solo sobre ellas.</p> <p>-Comprender afecciones o sensaciones borrosas percibidas por el cuerpo.</p> <p>-Dar una explicación a lo que acontece en el cuerpo como resonancia de la experiencia cotidiana.</p> <p>-Tratar cualquier tipo de bloqueo o presión corporal.</p>	<p>-Los participantes se colocan en posición decúbito dorsal.</p> <p>-El instructor guía en los pasos 1, 2, y 3, del Proceso y Técnica del Enfoque Corporal: "Focusing". Esto con el fin de practicar y dar seguimiento.</p> <p>-Posteriormente, continúa con los pasos 4, 5 y 6, de Focusing.</p> <p>-El instructor debe checar constantemente que los ejercicios se realicen adecuadamente, además de repetir los pasos las veces que sean necesarios para que los participantes comprendan y aprehendan cada uno.</p>	<p>- Salón o sala acondicionado con capacidad suficiente.</p> <p>-Tapete de yoga o cobija pequeña.</p> <p>-Ropa cómoda.</p> <p>-Tenis.</p> <p>-Capítulo II, apartado de: Proceso y Técnica del Enfoque Corporal: "Focusing" de Eugene Gendlin.</p>	<p>Focusing I: 60 minutos</p> <p>Focusing II: 60 minutos</p> <p>Tiempo total estimado: 120 minutos</p>

**Título: Programa de Modificación Corporal para la restitución del movimiento natural del sistema locomotor**

**Sección 4: Modificación permanente**

Sesión 10: Conservación de la restitución

Tiempo por sesión: 2 hrs.

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Proceso y técnica del enfoque corporal "Focusing"	<p>-Practicar el proceso paso a paso, para que los participantes puedan aplicarlo con frecuencia y cuando lo requieran, con o sin guía.</p> <p>-Reforzar el contacto con las sensaciones, sentimientos y percepciones del cuerpo, para comprender su significado, provocando la unión-mente cuerpo.</p> <p>-Fomentar la utilización de Focusing en la vida diaria como método para resolver problemas con poca claridad que llegaran a vivenciar los adolescentes.</p>	<p>-Los participantes se colocan en posición decúbito dorsal.</p> <p>- El instructor conoce el proceso y la realización adecuada de Focusing, por lo que guía en la ejecución de los 6 pasos.</p> <p>-El instructor revisa que los ejercicios se realicen correctamente.</p> <p>-En caso de ser necesario, explica y repite los pasos las veces que sean necesarios para que los participantes comprendan y aprehendan cada uno.</p>	<p>- Salón o sala acondicionado con capacidad suficiente.</p> <p>-Tapete de yoga o cobija pequeña.</p> <p>-Ropa cómoda.</p> <p>-Tenis.</p> <p>-Capítulo II, apartado de: Proceso y Técnica del Enfoque Corporal: "Focusing" de Eugene Gendlin.</p>	90 minutos

<p>Capacidades corporales expansivas</p>	<p>-Conocer la diferencia entre acciones de contracción y de expansión del cuerpo.</p> <p>-Adquirir sentimientos de poder sobre sí mismo.</p> <p>-Favorecer la manera en que los adolescentes perciben su imagen corporal.</p> <p>-Relacionar el uso e importancia de cinesiterapia, reflexoterapia y Focusing con las capacidades corporales expansivas.</p>	<p>-Los participantes trabajan en piso o en bipedestación según sea el caso.</p> <p>-El instructor guía en la ejecución de actividades, con ayuda del manual.</p> <p>-Al finalizar los participantes tienen un momento de resolución, en el cual el instructor plantea la importancia del conjunto de actividades del programa.</p>	<p>- Salón o sala acondicionado con capacidad suficiente.</p> <p>-Tapete de yoga o cobija pequeña.</p> <p>-Ropa cómoda.</p> <p>-Tenis.</p> <p>-Manual de expresión corporal: contracción y expansión (Véase Anexo H).</p>	<p>30 minutos</p>
--	---	---	---	-------------------

**Título: Programa de Modificación Corporal para la restitución del movimiento natural del sistema locomotor**

**Sección 5: Cierre**

Sesión 11: Post-evaluación

Tiempo por sesión: 2 hrs.

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Post-evaluación	<p>-Evaluar los cambios logrados en el cuerpo y la postura de los participantes, específicamente en hombros, cabeza, cadera, rodillas y pies.</p> <p>-Comparar resultados con la pre-evaluación.</p>	<p>- Los participantes entran consecutivamente al lugar donde se realiza la post-evaluación.</p> <p>-El instructor pide al joven que se coloque a 30 cm entre la cuadrícula y la plomada en posición anatómica. La línea de gravedad y la vertical de la cuadrícula deben dividir al individuo de modo simétrico.</p> <p>-El instructor toma fotografías del sujeto en vista ventral, lateral y dorsal.</p> <p>-El instructor compara las fotografías de la pre y de la post evaluación, hace anotaciones en una nueva hoja de alteraciones posturales.</p> <p>-Anexa las fotos y hoja al expediente.</p>	<p>- Salón o sala mínimo de 2m X 2m.</p> <p>-Plomada adaptada al techo, que cuelgue a 2cm antes de tocar el piso.</p> <p>-Cuadrícula de 12x12cm cada cuadro, adaptada a la pared de piso a techo.</p> <p>-Hoja de alteraciones posturales.</p> <p>-Cámara fotográfica.</p> <p>-Una mesa.</p> <p>-Pluma negra o azul.</p> <p>-Ropa: mayas y playera entallada sin mangas o parecida.</p> <p>-Pies descalzos .</p>	<p>8 minutos por persona</p> <p>-Tiempo total estimado: 120 minutos</p>

**Título: Programa de Modificación Corporal para la restitución del movimiento natural del sistema locomotor**

**Sección 5: Cierre**

Sesión 12: Resultados

Tiempo por sesión: 2 hrs.

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Pre-evaluación	- Revalorar la imagen corporal que tiene el adolescente, después de participar en el programa.	- El instructor distribuye a cada participante un test de imagen corporal y da las instrucciones para que sea contestado. -Los participantes deben responder el test. -El instructor compara los resultados obtenidos en la pre-evaluación del test con la post-evaluación.	- Salón o sala acondicionado con capacidad suficiente. -Versión española del MBSRQ reducido y adaptado. -Pluma negra o azul. -Mesas y sillas suficientes para el número de participantes. -Ropa cómoda.	25 minutos
Resultados	-Conocer los cambios obtenidos con el programa a nivel corporal y sobre su imagen corporal. -Compartir las experiencias y vivencias que tuvieron durante el programa. -Resolver y aclarar dudas	-El instructor solicita a los participantes, formen un círculo y se sienten en una silla. -A cada participante se le da parte de su expediente, únicamente las fotografías y hojas de alteraciones posturales (copiad de preferencia). Los demás documentos son para el Instructor, como resultados obtenidos del programa, para futuras aplicaciones.	-Sillas para el número total de participantes. -Ropa cómoda.	85 minutos.



	<p>que llegaran a presentar.</p> <p>-Conocer las opiniones de los participantes sobre el programa.</p>	<p>-Los participantes comparan los documentos que les fueron dados, del antes y después.</p> <p>-Expresan sus dudas o comentarios.</p> <p>-Los participantes, exponen las sensaciones, sentimientos y pensamientos sobre el programa, uno por uno.</p> <p>-El instructor se despide y agradece a los participantes su disposición para conectarse con sus experiencia corporal.</p>		
--	--	---	--	--

## CONCLUSIONES

En la búsqueda de prevenir afecciones relacionadas con la imagen corporal y antes de que se conviertan en patologías que lleguen a afectar la vida diaria de los adolescentes, se creó este programa de intervención con la finalidad de impactar en la vida de los jóvenes y lograr que tengan un mejor desarrollo e incremento en la manera de evaluarse físicamente a sí mismos, a los demás y acrecentar su calidad de vida. Esto mediante la modificación de los defectos y deficiencias de la cinética de su cuerpo, obtenidos por un mal uso o por la adquisición de hábitos corporales que estropean la funcionalidad del mismo.

Específicamente en el caso de una intervención con jóvenes adolescentes menores de edad, es indispensable contar con una carta de consentimiento informado de parte del tutor legal en la que autoriza su participación y asiente tener conocimiento vasto de la aplicación del programa. Además, se debe tener información suficiente sobre los antecedentes de los participantes, las afecciones que presentan y cuál es la meta a alcanzar. Dicha información se obtiene con una evaluación previa, que facilita la implementación de las técnicas para que se ajusten adecuadamente a las características de los individuos (Aragón & Silva, 2004).

Por otro lado, la intervención psicológica en el campo de la Terapia Gestalt, juega un papel fundamental; ya que permite combinar una serie de técnicas y procedimientos que unificados dan un mejor tratamiento a problemáticas que aquejan a distintas poblaciones. La propuesta en la presente tesis “Programa de Modificación Corporal” es un proceso de enfoque gestáltico, con el objetivo principal de restituir el movimiento natural del sistema locomotor de los adolescentes que presentan patologías físicas y/o mentales relacionadas al cuerpo y favorecer la percepción de su imagen.

Por lo que dicho programa es considerado adecuado ya que contempla al individuo como una totalidad dándole un tratamiento simultáneo en cuerpo y mente. Bajo este enfoque se incluyó la rehabilitación física y el tratamiento psicológico para el

logro de un tratamiento de mayor eficacia al abordar problemáticas cotidianas que se expresan en la corporalidad de los jóvenes.

El programa como base principal contempló la Terapia Gestalt planteada por Fritz Perls, que parte de la premisa de considerar la vivencia experiencial, la propia subjetividad y la percepción corporal, como una unidad (mente-cuerpo) que define y significa el mundo. Concebir los elementos unificados permite facilitar al adolescente su interacción con el ambiente y el proceso de “darse cuenta”; que es traducido en tomar conciencia de su vivir empírico (Perls, 2013), para mantenerse en equilibrio y brindarle una estructura sana o una buena gestalt. Y dicho proceso fue posible comprender a través de la psicoterapia “*Focusing*” desarrollada por Eugene Gendlin.

Focusing entonces como técnica de enfoque corporal fue útil para complementar el trabajo psicológico del programa, porque instruye al sujeto a poner atención en una parte específica de su cuerpo y *darse cuenta* del significado construido experiencialmente en ella. De ahí, los participantes consiguen comprender las afecciones y sensaciones adquiridas en su cotidianidad manifestadas en su cuerpo. En otras palabras el adolescente da una explicación plausible a lo que le acontece como resonancia de sus experiencias diarias (Alemany, 2011), siendo capaz de solucionar y dar un sentido funcional. De manera que todo acto corporal interno llámese dolor, bloqueo, tensión, postura, posición o hábito que afecta el flujo natural del movimiento del sistema locomotor es resuelto dando lugar a un cambio en el interior y exterior del individuo.

Asimismo, los seis pasos que componen Focusing: 1) *Despejar un espacio*, 2) *Formar la sensación-sentida del problema*, 3) *Lograr un asidero*, 4) *Resonar*, 5) *Preguntar* y 6) *Recibir*; tienen una afectación en el sujeto, incitándolo a contactar percibir y conceptualizar su ser corporal interior. De esta manera se justificó un cambio terapéutico de mayor alcance que incluso abarca áreas tales al crecimiento personal, la aceptación y la integración humana. En suma, si es implementa junto con el trabajo sobre el lenguaje corporal de expansión-contracción de la Psicóloga Social Amy Cuddy (2012), se logra en este cambio un sentimiento de poder sobre sí mismo.

Por lo tanto, el diseño del “Programa de Modificación Corporal” no sólo ayuda en la identificación de situaciones que aquejan al individuo, sino que plantea un

programa dirigido a los jóvenes adolescentes, a sus problemáticas manifestadas en su cuerpo y los trastornos relacionados a la imagen del mismo como: *insatisfacción corporal, trastorno de síntomas somáticos* entre los que se hallan el de *conversión* y el *facticio, trastorno dismórfico corporal, trastorno alimentario* como anorexia y bulimia nerviosa, entre otros.

Considerando lo anterior, el programa cumplió con el propósito de ser preventivo y repositivo. Ya que brinda a los participantes herramientas y habilidades con las cuales su valoración personal, su confianza en sí mismos y el control sobre sus situaciones diarias incrementa, por lo cual la incidencia en un malestar profundo es reducida sustancialmente. Y porque con los ejercicios físicos que realizan se sensibiliza para cuidar, valorar y evitar hábitos que afecten su corporalidad. Además, de potencializar su apariencia física pues se corrigen los defectos y las deficiencias corporales somáticas adquiridas.

En conclusión el “Programa de Modificación Corporal” es una medio de gran utilidad para intervenir con adolescentes abordando diversas problemáticas relacionadas a la percepción de la imagen corporal. Es atractivo para el adolescente debido a que las técnicas implementadas permiten un trabajo práctico, aborda un tema de importancia para los jóvenes y es de fácil ejecución. De manera que el interés en los participantes se mantiene.

En adición, se pudo observar, que la Terapia Gestalt, cuenta con un gran campo de acción y puede ser complementada con diversas técnicas para obtener mejores efectos. Sobre todo al trabajar con adolescentes, ya que permite de manera integral intervenir en temas que resultan importantes para ellos. En este caso para el tema del cuerpo, soluciona la negación que normalmente existe, previene problemáticas que pudieran derivar de una percepción desfavorable de la imagen corporal, a causa de situaciones cotidianas inconclusas, falta de contacto y aceptación de las características del cuerpo o simplemente cuando no hay un motivo aparente pero existe una manifestación de dolor o malestar físico con implicaciones en la salud.

Cabe mencionar que se deja la aplicación y evaluación para etapas posteriores.

## REFERENCIAS

- Aleman, C. (2011). De la Psicoterapia Experiencial al Focusing: La Trayectoria de Eugene Gendlin. En MISCELÁNEA COMILLAS, 69 (135), pp. 443-469.
- Alter, J. M. (2004). *Los estiramientos: Desarrollo de ejercicios*. Barcelona: Paidotribo.
- Álvarez, D. G., Molina, A. J., Monroy, N. Z. & Bernal, A. Y. (2012). Texto de apoyo didáctico: Historia de la psicología, unidades 4,5 y 6. México: UNAM, Facultad de Psicología.
- Aragón, L. E. & Silva, A. (2004). *Evaluación psicológica en el área clínica*. México: Pax México.
- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría 2013.
- Aumont, J. (2005). *La imagen*. Barcelona: Paidós.
- Baile, A. J. I., González, D. A., Ramírez, O. C. & Suárez, A. P. (2011). Imagen corporal, hábitos alimentarios y hábitos de ejercicio físico en hombres usuarios de gimnasio y hombres universitarios. En *Revista de Psicología del Deporte*. *Redalyc.org*, 20(2), pp. 353-366. España, Universitat de les Illes Balears.
- Baile, J. I., Raich, R. M. & Garrido, E. (2003). Evaluación de Insatisfacción Corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala. En *Anales de Psicología*. *Redalyc.org*, 19(2), pp. 187-192. España: Universidad de Murcia.

- Barbera, N. & Inciarte, A. (2012). Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. En *Multiciencias. Redalyc.org*, 12(2), pp. 199-205. Venezuela: Universidad de Zulia.
- Baumgardner, P. (1994). *Fritz Perls Teoría y Práctica: una interpretación*. Colombia: árbol editorial.
- Blanco, N. & Alvarado, M. (2005). Escala de actitud hacia el proceso de investigación científico social. En *Revista de Ciencias Sociales. Redalyc.org*, XI(3), pp. 537-544. Venezuela: Universidad de Zulia.
- Bolio, A. P. (2012). Husserl y la fenomenología trascendental: Perspectivas del sujeto en las ciencias del siglo XX. En *Reencuentro. Redalyc.org*, (65), pp. 20-29. México: Universidad Metropolitana Unidad Xochimilco.
- Botella, G. L., Ribas, R. E. & Ruiz, J. B. (2009). Evaluación Psicométrica de la Imagen Corporal: Validación de la Versión Española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). En *Revista Argentina de Clínica Psicológica. Redalyc.org*, XVIII(3), pp.253-264. Argentina: Fundación Aiglé.
- Burga, R. (1981). Terapia gestáltica. En *Revista Latinoamericana de Psicología. Redalyc.org*, 13(1), pp. 85-96. Colombia: Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Bustamante, Z. E. (2004). *El sistema nervioso: Desde las neuronas hasta el cerebro humano*. Colombia: Universidad de Antioquia.

- Cárdenas, G. Y. (2014). Factores que intervienen en la concepción de “normal” y “anormal” como conceptos. En *Revista electrónica Psicología, psicoanálisis y conexiones*, 6 (9), pp. 1-13.
- Cash, T. F. (1990). *Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image*. New York: Guilford
- Castellanos, J., Catalina, C. & Carmona, A. (2007). *Anatomía humana general*. España: Universidad de Sevilla.
- Chávez, L. (2000). Vigencia del existencialismo a través del pensamiento de Jean Paul Sartre. En Giusti, M. (Ed.). *La filosofía del siglo XX: balance y perspectiva*, pp. 371-380. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Clarkson, H. M. (2003). *Proceso evaluativo musculoesquelético*. España: Paidotribo.
- Cuddy, A. (2012). El lenguaje corporal modela nuestra identidad. En *Ted, Talks* [Archivo de Video]. Recuperado de [https://www.youtube.com/watch?v=Ks\\_Mh1QhMc](https://www.youtube.com/watch?v=Ks_Mh1QhMc)
- Daza, J. (2007). *Evaluación Clínico-Funcional del Movimiento Corporal*. Colombia: Médica Panamericana.
- De Castro, A. M. & Gómez, P. A. M. (2011). Corporalidad en el contexto de la psicología. En *Psicología desde el Caribe. Redalyc.org*, (27), pp. 223- 252. Colombia: Universidad del Norte.

Diccionario Oxford (2016). Recuperado de

<http://www.oxforddictionaries.com/es/definicion/espanol/>

Fernandez, P. C. & Melián, O. A. (2013). *Cinesiterapia: Bases fisiológicas y aplicación práctica*. España: ELSEVIER.

Ferradini, S. & Tedesco, R. (1997). Lectura de la imagen. En *Grupo Comunicar*. Redalyc.org, (8), pp. 157-160. España: Huelva.

Flores, L. J. C. (2008). Neuropsicología de lóbulos frontales, funciones ejecutivas y conducta humana. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), pp.47-58.

Frank, E. D., Long, B. W. & Smith, B. J. (2010). *Atlas de posiciones radiográficas y procedimientos radiológicos*. España: ELSEVIER.

García, C. (2007) Unexplained physical complains amongs prison inmates: diagnosis and treatment. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9(3), pp.34-41. ISSNn1575-0620

García, S. J., Aguilera, T. J. R. & Castillo R. A. (2011). Guía técnica para la construcción de escalas de actitud. En *Odiseo, Revista electrónica de pedagogía*, 8(16), pp. 1-13. ISSN1870-1477

Gempeler, R. J. (2007). La corporalidad funcional como meta terapéutica en el trabajo cognoscitivo-comportamental de los trastornos de la imagen corporal en los TCA: una reconceptualización. En *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Redalyc.org, XXXVI(3), pp. 451-459. Colombia: Asociación Colombiana de Psiquiatría.



- Gendlin, E. (1988). *Focusing: Proceso y técnica del enfoque corporal*. España: Mensajero.
- Gendlin, E. (1999). *El Focusing en Psicoterapia Manual del Método Experiencial*. España: Paidós.
- Gendlin, E. (2000). Introduces Focusing: International Conference. En *Simon, dO*. [Archivo de video] 24 de noviembre de 2008. Recuperado de <http://youtube.com/watch?v=j7PEC5Mh5FY>
- Gimenez, P., Correché, M. S. & Rivarola, M. F. (2013). Autoestima e Imagen Corporal. Estrategias de intervención psicológica para mejorar el bienestar psicológico en pre-adolescentes en una escuela de la ciudad de San Luis, Argentina. En *Fundamentos en Humanidades. Redalyc.org, XIV(27)*, pp. 83-93. Argentina: Universidad Nacional de San Luis.
- Gowitzke, B. A. & Milner, M. (1999). *El cuerpo y sus movimientos: Bases científicas: Medicina deportiva*. Barcelona: Paidotribo.
- Grande, I. & Silva, J. (2013). *Psicología: Historia, teoría y procesos básicos*. México: Manual Moderno.
- Griffoulière, L. M. E., Rivarola, M. F., Galarsi, M. F. & Penna, F. (2013). Imagen Corporal y Estrategias de afrontamiento en adolescentes escolarizados, de la ciudad de San Luis, Argentina. En *Fundamentos en Humanidades. Redalyc.org, XIV(27)*, pp. 95-117. Argentina: Universidad Nacional de San Luis.

- Kepner, J. (2011). *Proceso corporal: Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. México: Manual Moderno.
- Kolb, B. & Whishaw, I. Q. (2006). *Neuropsicología humana*. Madrid: Médica Panamericana.
- Lambert, C. (2006). Edmund Husserl: La idea de la fenomenología teológica y vida. *Redalyc.org*, XLVII (4), pp. 517-529. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Latarjet, R. L. (2006). *Anatomía humana*. Argentina: Médica Panamericana.
- Latner, J. (2007). *Fundamentos de la Gestalt*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Lewit, K. (2002). *Terapia manipulativa para la rehabilitación del aparato locomotor*. Barcelona: Paidotribo.
- Lloret, R. M. (2000). *Anatomía aplicada a la actividad física y deportiva*. Barcelona: Paidotribo.
- Monasterio, U. A. (2008). *Columna sana*. España: Paidotribo.
- Montalvo, A. M. V. (2011). *Sistema locomotor*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina.
- Montenegro, M. M. A., Orstein, L. C. & Tapia, I. P. A. (2006). Cuerpo y corporalidad desde el vivenciar femenino. En *Acta Bioethica. Redalyc.org*, 12(2), pp. 165-168. Santiago de Chile: Universidad de Chile.

Moore, K. L. & Dalley II, A. F. (2007). *Anatomía con orientación clínica*. México: Médica Panamericana.

Nada, L. (26 de Julio de 2012). *Felt sense, body, situation with Eugene Gendlin "The first world Focusing oriented psychotherapies Conference, November 2009"*. [Archivo de Video]. Recuperado de <http://www.youtube.com/watch?v=2pUoFQLLZE8>

Naranjo, C. (2011). *La Vieja y Novísima Gestalt*. Chile: Cuatro Vientos.

Navarrete, R. (2015). *Guía, Evaluación Postural*. Chile: DuocUC.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Recuperado de [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)

Papalia, D. (2005). *Desarrollo Humano*. México: McGRAW HILL.

Pastor, J. C., Torsa, F. M. & Civera, C. (2011). La Psicología de la Gestalt. En Sáiz, M. (Coord.). *Historia de la psicología* (pp. 250-272). Barcelona: UOC.

Perls, F. (2013). *El enfoque Gestalt y testigos de terapia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Pineda, P. & Aliño, S. (2002). El concepto de adolescencia. En Márquez, G., & Cólás, P. (Eds.), *Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la Salud en la adolescencia*, pp. 15-23. Cuba: MINSAP 1999

- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. En *Avances en Psicología Latinoamericana*. Redalyc.org, (22), pp.15-17. Colombia: Universidad del Rosario.
- Rains, G. D. (2004). *Principios de neuropsicología humana*. México: McGRAW-HILL.
- Real Academia Española. (2016). Recuperado de <http://www.rae.es/>
- Rivarola, M. F. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios. En *Fundamentos en Humanidades*. Redalyc.org, IV(7-8), pp. 149-161. Argentina: Universidad Nacional de San Luis.
- Riveros, E. (2013). Parafraseando a Eugene Gendlin en un Modelo Procesal. En *Ajayu*, 11(1), pp. 1-17. Chile: Universidad Adolfo Ibáñez.
- Romero, J. (2005). *Diccionario de Psicología*. México: San Pablo.
- Sánchez, E. (2008). *Psicología clínica*. México: Manual Moderno.
- Sanz, M. J. M. (2007). *Ejercicios que curan paso a paso*. Madrid: EMÁN.
- Sanz, M. J. M. (2007-b). *Masajes terapéuticos*. Madrid: EMÁN.
- Sassu, G. (2009). *Introducción a la terapia Gestalt y sus aplicaciones*. Reino Unido: LuLu.com.
- Silverthorn, D.V. (2009). *Fisiología humana: Un enfoque integrado*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

- Tamorri, S. (2004). *Neurociencias y deporte: Psicología deportiva: Procesos mentales del atleta*. España: Paidotribo.
- Tello, A. (2008). Reflexoterapia. En *Enciclopedia Familiar de las Medicinas Alternativas: Salud integral*. México: ECISA.
- Trilles, C. K. P. (2004). El cuerpo vivido: Algunos apuntes de Merleau-Ponty. En *Thémata. Revista de Filosofía*, (33), pp. 135-140. España: Universidad de Valencia.
- Trujano, P., Nava, C., Gracia, M., Limón, G., Alatríste, A. L., & Merino, M. T. (2010). Trastorno de la imagen corporal: Un estudio con preadolescentes y reflexiones desde la perspectiva de género. En *Anales de Psicología. Redalyc.org*, 26(2) pp. 279-287. España: Universidad de Murcia.
- Valverde, P. R., Rivera, S. F. & Moreno, R. C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. En *Psicothema. Redalyc.org*, 22(1), pp. 77-83. España: Universidad de Oviedo.
- Vaquero, B. A., Macías, M. O. & Macazaga, L. A. (2014). La práctica corporal y la imagen corporal: reconstruyendo significados. En *Revista Electrónica de Formación del Profesorado. Redalyc.org*, 17(1), pp. 163-176. España: Asociación Universitaria de Formación del Profesorado.

- Vaquero, C. R., Alacid, F., Muyor, J. M. & López, M. P. A. (2013). Imagen Corporal; Revisión Bibliográfica. En *Nutrición Hospitalaria. Redalyc.org*, 28(1), pp. 27-35. España: Grupo Aula Médica.
- Vásquez, F. L. (2000). La relación terapéutica del aquí y el ahora en Terapia Gestáltica. En *Anales de la Facultad de Medicina. Redalyc.org*, 61(4), pp. 285-288. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Velásquez, L. F. (2001). Terapia Gestáltica de Friedrich Solomon Perls Fundamentación Fenomenológica-Existencial. En *Psicología desde el Caribe. Redalyc.org*, (7), pp. 130-137. Colombia: Universidad del Norte.
- Villanueva, B. J. (2012). Las bases corporales de la subjetividad en la Fenomenología de Husserl. En *Revista da Abordagem Gestáltica. Redalyc.org*, XVIII (1), pp. 13-19. Brasil: Instituto e Pesquisa em Gestalt Terapia de Goiana.

# ANEXOS

## ANEXO A-1

### Ejemplo de CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ejemplo tomado de: <http://www.matem.unam.mx/acerca-de/avisos/documentos/documentos-modelando-la-obesidad-y-la-diabetes/consentimiento> el día 24 de Feb. de 16 a las 14:32



La carta de consentimiento informado lleva el membrete de la institución donde se aplica el programa

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título del documento



Título del Programa: **PROGRAMA DE MODIFICACIÓN CORPORAL PARA LA RESTITUCIÓN DEL MOVIMIENTO NATURAL DEL SISTEMA LOCOMOTOR**

Institución donde se aplicará el programa: \_\_\_\_\_

Nombre del Instructor: \_\_\_\_\_

Disciplina a la que pertenece: \_\_\_\_\_

Nombre del personal de apoyo (en caso de ser necesario): \_\_\_\_\_

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal del menor: \_\_\_\_\_

Se invita a participar en el programa de corriente psicológica. Antes de autorizar la participación del menor o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido en que consiste el programa, si usted autoriza la participación del menor, entonces se le pedirá que firme esta carta de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.



Breve descripción del tipo de documento que se le está brindando y para que sirve

## JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA



Se menciona cuál es la relevancia del programa

Cuando los adolescentes sienten algún tipo de malestar que los impulsa a querer buscar ayuda tienen a menudo la intención de deshacerse de alguna experiencia corporal desagradable, quieren aliviarse del malestar somatizado que los aqueja social, familiar, físico y ambiental. La situación es preocupante porque esta población si bien es una de las más vulnerables, aún se encuentra desprotegida en áreas de su interés.

Este programa resulta de relevancia, porque aborda un tema atractivo para los adolescentes y necesario para tomar en cuenta el “cuerpo”. Es común que a los jóvenes se les enseñe a evaluar su cuerpo conforme a un modelo de belleza. En cambio, éste programa se centra en la funcionalidad y el potencial del movimiento del cuerpo, para tener efectos favorables en la imagen corporal de los adolescentes.

## OBJETIVO DEL PROGRAMA



Metas o propósitos a alcanzar

Se invita a participar en este programa que tiene por objetivo sensibilizar al adolescente para que aprenda a cuidar, evitar hábitos corporales y “darse cuenta” de situaciones cotidianas que afecten su físico y con ello su imagen corporal.

Además ayuda a restituir los defectos en su sistema locomotor causados por la somatización y a prevenir un malestar intenso que con el tiempo los haga padecer algún trastorno relacionado con su Imagen corporal.

## BENEFICIOS DEL PROGRAMA



Qué ganancias obtiene el adolescente al participar en el programa

Este programa ayudará al adolescente a comprender mejor cuales son las afecciones cotidianas que presenta sean sociales, familiares, ambientales de tipo psicológico que tienen efectos somáticos a nivel corporal. Con ello serán capaces de analizar y encontrar soluciones oportunas a lo que les aqueja. Al igual, los malestares físicos ocasionados por dichas vivencias se rehabilitarán.

## PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA



En qué consiste



Si reúne las condiciones para participar en el programa y de aceptar su participación se le realizarán las siguientes pruebas y procedimientos:

1. Se evaluará su imagen corporal en dos ocasiones al comenzar y al finalizar el programa, así como sus hábitos físicos cotidianos.
2. Se le solicitará que responda una entrevista y un cuestionario para conocer sus antecedentes familiares y personales.
3. Se le evaluará el flujo natural de movimiento de su aparato locomotor, al igual que defectos en la forma del cuerpo, deben presentarse con ropa entallada al cuerpo, en este punto será necesario tomar fotografías del participante
4. Se le brindará información sobre conceptos como: unión mente cuerpo, negación del cuerpo e importancia de la concepción global del mismo.
5. Se le muestra el mecanismo para respirar de forma adecuada y se lleva a la práctica.
6. Se le enseña a realizar adecuadamente ejercicios cotidianos para prevenir hábitos desfavorables en el uso del cuerpo y la imagen del mismo.
7. Se realiza automasaje individual y en pares para identificar problemáticas somatizadas a nivel corporal.
8. Se le aplica el proceso y técnica del enfoque corporal, que sirve para identificar, poner nombre y trabajar con la problemática que presente el adolescente a nivel físico y mental.
9. Se le enseñan acciones corporales expansivas, que le permitan adquirir un sentimiento de poder sobre sí mismo.
10. Se le evalúa nuevamente el flujo del movimiento natural del aparato locomotor y se analizan los resultados previos con los recientes, nuevamente se toman fotografías del participante.
11. Se comparte las experiencias de forma oral, para la retroalimentación grupal.

## RIESGOS ASOCIADOS AL PROGRAMA ←

Evento o consecuencias negativas posibles

Durante el programa el adolescente posiblemente experimente cambios bruscos de ánimo; mareo al aprender a respirar. En casos muy particulares cambios de actitud, como enojo o rechazo al programa, mareo, desmayo.

## ACLARACIONES



Se hace más comprensible las normas de aceptar y de participación en el programa

- La decisión de participar en el programa es voluntaria en el adolescente y bajo el consentimiento de su tutor legal.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable, en caso de no aceptar la invitación de participar en el programa.
- Si decide que el adolescente a su cargo puede participar en el programa, podrá si es el caso abandonar el programa en el momento que lo desee, aun cuando el instructor a cargo no se lo solicite, si concede informar o no las razones de su decisión, ésta será respetada en su integridad.
- El instructor a cargo del programa, pedirá al participante que abandone el programa si no cumple con los demás criterios de selección, esto con el motivo de no poner en riesgo la integridad de la persona. Dichos criterios se darán a conocer en el momento de la obtención de resultados de las pruebas.
- El participante tendrá que llevar los materiales que se le soliciten (tapete o cobija, ropa deportiva entallada o que se le parezca, pluma negra, tenis o zapatos cómodos y suéter).
- No recibirá pago por su participación.
- El programa no tiene ningún costo.
- La información obtenida es confidencial y se compartirá con el resto del grupo sólo bajo consentimiento del participante.
- La institución y el Instructor únicamente se hacen responsables, si el adolescente presenta reacciones durante su participación en el programa de tipo físico-psicológico-somático y las comunica inmediatamente. En caso de que los efectos no sean a causa de su participación en el programa o sean comunicados posterior al término de la sesión, no tienen la obligación de hacerse cargo de dichos efectos.
- Si considera que no hay dudas o preguntas acerca de la participación del menor en el programa y si acepta si así lo decide, firme la carta de consentimiento informado que se presenta a continuación, la que formará parte del expediente del participante.

**NOTA: El instructor a cargo debe modifica el ejemplo en caso de que así lo considere.**



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ tutor legal de \_\_\_\_\_, he leído y comprendido la información anterior, mis dudas y preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Convengo para que el menor participe en el Programa de Modificación Corporal.

Recibiré una copia de consentimiento informado, firmada y fechada.

\_\_\_\_\_  
**Firma del tutor legal del participante**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del participante**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**NOTA: La siguiente parte debe ser completada por el Instructor a cargo de la implementación del programa.**

Yo, \_\_\_\_\_ instructor del programa, he explicado al Sr(a).\_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos del Programa de Modificación Corporal; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica la participación del menor. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normativa correspondiente para aplicar el Programa

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procede a firmar el presente documento.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Instructor a cargo**

**Fecha:** \_\_\_\_\_



## CARTA DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

**Título del Programa:** PROGRAMA DE MODIFICACIÓN CORPORAL PARA LA RESTITUCIÓN DEL MOVIMIENTO NATURAL DEL SISTEMA LOCOMOTOR

Nombre del Instructor: \_\_\_\_\_

Disciplina a la que pertenece: \_\_\_\_\_

Institución donde se aplicará el programa: \_\_\_\_\_

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal del menor: \_\_\_\_\_

Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme del Programa de Modificación Corporal por las siguientes razones (opcional):

NOTA: Si el participante así lo desea, podrá solicitar que le sea entregada toda la información que se haya recabado sobre él/ella, con motivo de su participación en el programa.

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor legal del participante

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Instructor a cargo

Fecha: \_\_\_\_\_

**c.c. para El participante.** ←

Se deberá proporcionar al participante una copia del documento

## ANEXO A-2-a

Formato original de Historia Clínica Adolescentes de la Facultad de Ciencias de la conducta, Centro de Estudios y Servicios Psicológicos Integrales de la Universidad Autónoma de México

Tomado de: [www.uaemex.mx/.../Historia%20clinica%20de%20adolescentes.doc](http://www.uaemex.mx/.../Historia%20clinica%20de%20adolescentes.doc) el día 22 de Feb. de 16 a las 17:27

### HISTORIA CLINICA ADOLESCENTES

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

No. De hermanos y lugar que ocupa entre los hermanos \_\_\_\_\_

Dirección actual \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista \_\_\_\_\_

Nombre del Psicólogo \_\_\_\_\_

Institución por la que se remite \_\_\_\_\_

Nombre de la persona por la que fue remitido \_\_\_\_\_

Informante(s) \_\_\_\_\_

Motivo de estudio:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Exploración, descripción del joven:**

\_\_\_\_\_ Edad aparente y cronológica

1. No difiere
2. Se observa de menor edad
3. Se observa de mayor edad

\_\_\_\_\_ Integridad física:

1. Integro
2. Falta miembro superior
3. Falta miembro inferior
4. Defecto visual
5. Defecto auditivo
6. Defecto facial

\_\_\_\_\_ Actitud general:

1. Libre
2. Forzada
3. Sugerida
4. Tensión

\_\_\_\_\_ Actividad general:

1. Normal
2. Hiperactivo
3. Pasivo

\_\_\_\_\_ Cooperatividad:

1. Coopera espontáneamente
2. Coopera forzadamente

3. No coopera
4. Se resiste a cooperar

\_\_\_\_\_Afectividad:

1. Normal
2. Angustiado
3. Deprimido
4. Enojado
5. Agresivo
6. Lábil
7. Temeroso

\_\_\_\_\_Tono de voz:

1. No habla
2. Normal
3. Bajo
4. Alto

\_\_\_\_\_Aliño

1. Bien aliñado
2. Descuidado, limpio
3. Descuidado, sucio
4. Muy desaliñado

\_\_\_\_\_Lenguaje forma:

1. Coherente
2. Incoherente

\_\_\_\_\_Contenido del lenguaje:

1. Normal para su edad
2. Prolijo

3. Perseverante
4. Pobre para su edad
5. Florido para su edad
6. Fantasioso en exceso

\_\_\_\_\_ Memoria:

1. Normal
2. Fallas leves
3. Fallas marcadas

\_\_\_\_\_ Alteraciones de la conciencia:

1. No hay
2. Somnoliento
3. Dormido
4. Hiperactivo

\_\_\_\_\_ Relaciones con el medio:

1. Se relaciona adecuadamente
2. Cooperera muy bien
3. No cooperera, lo hace pasivamente
4. Cooperera forzadamente
5. Se resiste a cooperar

\_\_\_\_\_ Orientación:

1. Normal
2. Des. Parcial
3. Des. Parcial persona
4. Des. Parcial lugar



### **Antecedentes Personales:**

\_\_\_\_\_No. De abortos

\_\_\_\_\_No. De embarazos

\_\_\_\_\_Condiciones del Embarazo:

1. Se ignora
2. Embarazo normal
3. Complicaciones en el 1 trimestre
4. Complicaciones en el 2 trimestre

\_\_\_\_\_Problemas de Oxigenación Durante el Embarazo

1. Se ignora
2. No hubo
3. Hipoxia moderada o leve
4. Hipoxia severa, cianosis
5. Amerito reanimación
6. Amerito incubadora y/u oxigenación

\_\_\_\_\_Problemas Durante el Embarazo

1. Traumatismos
2. Intoxicaciones
3. Medicamentos
4. Infecciones
5. Radiaciones
6. Incompatibilidad sanguínea
7. Problemas emocionales

\_\_\_\_\_Número de embarazos previos al paciente

\_\_\_\_\_Número de abortos

### **Desarrollo Psicomotriz:**

(Especificar en meses)

\_\_\_\_\_ Sostener la cabeza

\_\_\_\_\_ Sentarse

\_\_\_\_\_ Pararse solo

\_\_\_\_\_ Monosílabos

\_\_\_\_\_ Avisar del baño

\_\_\_\_\_ Control de esfínteres

\_\_\_\_\_ Hablar

\_\_\_\_\_ Caminar

Señale las enfermedades que padeció de niño:

---

---

Anotar si se presentaron convulsiones, caídas golpes, etc, y describa brevemente:

---

---

Especificar la edad en que se presentaron y tipo de tratamiento que recibió:

---

---

**Antecedentes Patológicos:**

Para las preguntas siguientes utilizar:

0 = No hay

1 = Leves

2 = Aparentes (sin atención medica)

3 = Motivo previo de atención

- \_\_\_\_\_ Síntomas físicos (cefaleas, dermatosis)
- \_\_\_\_\_ Ansiedad (miedo inmotivado, nerviosismo)
- \_\_\_\_\_ Problema emocional (aislamiento por temor a relacionarse, labilidad emocional, falta de interacción social, timidez)
- \_\_\_\_\_ Desorganización conceptual (problemas de concentración, ideas confusas, problemas de verbalización atribuibles al pensamiento no adecuado para su edad)
- \_\_\_\_\_ Sentimientos depresivos
- \_\_\_\_\_ Tensión (manifestaciones físicas y motoras de nerviosismo, tensión, hiperactividad)
- \_\_\_\_\_ Manierismos y posturismos (conducta motora peculiar, rara o poco usuales o de poder)
- \_\_\_\_\_ Hostilidad (desdén hacia otras personas, molesta a los demás con frecuencia, comportamiento agresivo)
- \_\_\_\_\_ Susplicacia (desconfianza, creencia que otros tienen intenciones discriminatorias o malintencionadas para el)
- \_\_\_\_\_ Conducta alucinatoria o ilusiones (percepciones sin estímulos externos correspondientes o alteraciones de estos estímulos)
- \_\_\_\_\_ Retardo motor (identificación de actividad motora)
- \_\_\_\_\_ Falta de cooperatividad (resistencia, rechazo o desdén de la autoridad)
- \_\_\_\_\_ Contenido inusual del pensamiento (contenido raro, extraño poco usual para su edad)
- \_\_\_\_\_ Embotamiento afectivo (reducción del tono emocional, de las manifestaciones del afecto o indiferencia a los estímulos afectivos)
- \_\_\_\_\_ Excitación (aumento del tono emocional, agitación)
- \_\_\_\_\_ Desorientación (confusión o pérdida de la orientación en persona, lugar y tiempo)
- \_\_\_\_\_ Problemas de carácter o personalidad
- \_\_\_\_\_ Trastornos psicofisiológicos
- \_\_\_\_\_ Psicosis o autismo infantil
- \_\_\_\_\_ Crisis convulsivas
- \_\_\_\_\_ Retraso mental aparente

\_\_\_\_ Uso de drogas

\_\_\_\_ Problemas de lenguaje

\_\_\_\_ Problemas de audición

\_\_\_\_ Evaluación Global: Considerando su experiencia que tan enfermo mentalmente considera al sujeto que entrevista en este momento:

0 = Es normal, no tiene problema alguno

1 = Levemente alterado, no amerita atención

2 = Moderadamente enfermo, debe tratarse

3 = Esta muy enfermo

### **Antecedentes Terapéuticos:**

Utilice 1 = Si 2 = No Especificar en cada caso, anote lugar, fecha y duración:

\_\_\_\_ Recibe tratamiento actualmente. Especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Ha estado alguna vez internado. Especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Ha recibido tratamiento psiquiátrico. Especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Ha recibido tratamiento psicológico. Especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Ha recibido tratamiento médico. Especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Especificar si estos terminaron, continúan o se abandonaron: \_\_\_\_\_

---

### Problemas Conductuales:

Utilice 0 = No 1 = Si, lo hace actualmente 2 = Lo hizo anteriormente. Y anote que medidas correctivas se han utilizado para cada caso.

- \_\_\_\_\_ Chuparse el dedo \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Onicofagia \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Agresivo \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Sonámbulo \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Habla dormido \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Bruxismo \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Tiene pesadillas con frecuencia \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Hiperactivo \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Mentiroso \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Hurta objetos \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Tímido y se relaciona con dificultad \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Desobediente \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Hay que forzarlo para completar una tarea \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Irritable \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Impulsivo \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Se muerde los labios \_\_\_\_\_

### Relaciones de los Padres con el Sujeto:

Anotar el tiempo que dedica a la familia: \_\_\_\_\_Padre \_\_\_\_\_Madre

Anotar el tiempo aproximado que pasan con el niño: \_\_\_\_\_Padre \_\_\_\_\_Madre

### Señalar quien de ellos realiza las actividades siguientes:

\_\_\_\_\_ Con quien se lleva mejor (anotar si el padre o la madre)

\_\_\_\_\_ Quien lo regaña con mayor frecuencia

\_\_\_\_\_ Quien es el que le pega con mayor frecuencia

\_\_\_\_\_ Con quien sale más seguido

\_\_\_\_\_ Quien es el que lo castiga con mayor frecuencia

\_\_\_\_\_ Actitud de los padres ante sus conductas

1. Castigo corporal
2. Encierro
3. Amenazas
4. Privaciones
5. Explicaciones
6. Otros

(especificar): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Actitud de los hermanos ante sus conductas:

1. Castigo corporal
2. Encierro
3. Amenazas
4. Privaciones
5. Explicaciones
6. Otros

(especificar): \_\_\_\_\_

**Mencione las actividades que realizan con mayor frecuencia en familia:**

---

---

---

---

¿Cuáles son los premios que recibe?

---

---

¿Cuáles son los castigos?

---

---

**Antecedentes Escolares:**

Anotar el número total de años estudiados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Guardería Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Kinder Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Primaria Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Secundaria Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Preparatoria Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

En caso de haber estado en Guardería, señalar el tiempo y motivo:

---

Señale brevemente como ha sido su rendimiento y su conducta:

---

---

Ha perdido algún año: (Especificar el motivo):

---

---

Utilice: 1 = Si 2 = No

\_\_\_\_ Le gusta la escuela                      En caso negativo, anotar el motivo:

---

\_\_\_\_ Asiste normalmente

\_\_\_\_ Realiza sus tareas

\_\_\_\_ Participa en sus actividades colectivas

\_\_\_\_ Recibe constantes quejas del maestro (Especificar problemas):

---

---

---

### **Antecedentes de Conducta Sexual:**

\_\_\_\_ Muestra curiosidad a los temas sexuales

\_\_\_\_ Ha recibido información sexual en su casa por sus padres y hermanos

\_\_\_\_ Ha recibido información sexual en la escuela

\_\_\_\_ Ha recibido información de sus amigos

\_\_\_\_ Edad aparente de las primeras informaciones

\_\_\_\_ Duerme en el mismo cuarto que los padres

\_\_\_\_ Duerme en el mismo cuarto que los hermanos

\_\_\_\_ Tiene actividad sexual (aparente):

0 = No o se ignora

1 = Juegos genitales

2 = Se masturba

3 = Juegos heterosexuales



4 = Juegos homosexuales

**Antecedentes Familiares:**

Estado civil de los padres: \_\_\_\_\_

Datos del Padre		Datos de la Madre	
	Edad al casarse o unirse		Edad al casarse o unirse
	Edad actual		Edad actual
	Ocupación		Ocupación
	Escolaridad		Escolaridad
	Lugar de Nacimiento		Lugar de Nacimiento

\_\_\_\_\_Numero de años que viven juntos

\_\_\_\_\_Numero de años separados

\_\_\_\_\_Numero de hijos

\_\_\_\_\_Como son las relaciones entre ellos

1. Buenas
2. Regulares
3. Malas

**Antecedentes Patológicos de los Padres:**

Utilizar: 0 = No lo son o se ignora 1 = Lo es el padre 2 = Lo es la madre 3 = Lo son ambos

\_\_\_\_\_Padres neuróticos o con alteraciones del carácter o personalidad aparentes

\_\_\_\_\_Padres alcohólicos

\_\_\_\_\_Padres con problemas psicofisiológicos

\_\_\_\_\_Padres psicóticos

- \_\_\_\_\_Padres epilépticos
- \_\_\_\_\_Padres con problemas neurológicos
- \_\_\_\_\_Agresividad de los padres hacia los hijos
- \_\_\_\_\_Alteraciones mentales o conductuales
- \_\_\_\_\_Padres afectivamente distantes con los hijos
- \_\_\_\_\_Padres sobre protectores
- \_\_\_\_\_Padres mayores de 65 años
- \_\_\_\_\_Padres fallecidos
- \_\_\_\_\_En caso afirmativo, edad del sujeto al fallecer el padre

**Antecedentes Patológicos de los Hermanos:**

Datos de los Hermanos: Anotar de mayor a menor

	1	2	3	4	5	6	7
Edad:							
Sexo:							
Ocupación:							

**Para las siguientes preguntas, utilizar:**

0 = No lo son o se ignora

1 = Los son (anotar numero de hermanos con problema)

- \_\_\_\_\_Hermanos neuróticos o con alteraciones del carácter o personalidad aparentes
- \_\_\_\_\_Hermanos alcohólicos
- \_\_\_\_\_Hermanos con problemas psicofisiológicos
- \_\_\_\_\_Hermanos psicóticos
- \_\_\_\_\_Hermanos Epilépticos
- \_\_\_\_\_Hermanos con problemas neurológicos

- \_\_\_\_\_ Hermanos agresivos habituales
- \_\_\_\_\_ Hermanos con antecedentes de espasmo del sollozo
- \_\_\_\_\_ Hermanos con retraso mental
- \_\_\_\_\_ Hermanos en problema constante con sujeto
- \_\_\_\_\_ Hermanos con problema de sordera
- \_\_\_\_\_ Hermanos con problema visual y que usen anteojos
- \_\_\_\_\_ Hermanos que ya trabajan
- \_\_\_\_\_ Hermanos que estudian
- \_\_\_\_\_ Hermanos que abandonaron la escuela y no trabajan
- \_\_\_\_\_ Hermanos que usan drogas
- \_\_\_\_\_ Hermanos que tienen conflictos frecuentes con los padres y hermanos
- \_\_\_\_\_ Hermanos que han tenido problemas con las autoridades
- \_\_\_\_\_ Hermanos con problemas de lenguaje

## ANEXO A-2-b

Formato reducido a las categorías útiles para el Programa de Modificación Corporal

### HISTORIA CLINICA ADOLESCENTES

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

No. De hermanos y lugar que ocupa entre los hermanos \_\_\_\_\_

Dirección actual \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista \_\_\_\_\_

Nombre del Psicólogo \_\_\_\_\_

Institución por la que se remite \_\_\_\_\_

Motivo de estudio:

---

---

---

---

## Exploración, descripción del joven:

\_\_\_\_\_ Edad aparente y cronológica

1. No difiere
2. Se observa de menor edad
3. Se observa de mayor edad

\_\_\_\_\_ Integridad física:

1. Integro
2. Falta miembro superior
3. Falta miembro inferior
4. Defecto visual
5. Defecto auditivo
6. Defecto facial

\_\_\_\_\_ Actitud general:

1. Libre
2. Forzada
3. Sugerida
4. Tensión

\_\_\_\_\_ Actividad general:

1. Normal
2. Hiperactivo
3. Pasivo

\_\_\_\_\_ Cooperatividad:

1. Coopera espontáneamente
2. Coopera forzadamente

3. No coopera
4. Se resiste a cooperar

\_\_\_\_\_Afectividad:

1. Normal
2. Angustiado
3. Deprimido
4. Enojado
5. Agresivo
6. Lábil
7. Temeroso

\_\_\_\_\_Tono de voz:

1. No habla
2. Normal
3. Bajo
4. Alto

\_\_\_\_\_Aliño

1. Bien aliñado
2. Descuidado, limpio
3. Descuidado, sucio
4. Muy desaliñado

\_\_\_\_\_Lenguaje forma:

1. Coherente
2. Incoherente

\_\_\_\_\_Contenido del lenguaje:

1. Normal para su edad
2. Prolijo

3. Perseverante
4. Pobre para su edad
5. Florido para su edad
6. Fantasioso en exceso

\_\_\_\_\_ Memoria:

1. Normal
2. Fallas leves
3. Fallas marcadas

\_\_\_\_\_ Alteraciones de la conciencia:

1. No hay
2. Somnoliento
3. Dormido
4. Hiperactivo

\_\_\_\_\_ Relaciones con el medio:

1. Se relaciona adecuadamente
2. Coopera muy bien
3. No coopera, lo hace pasivamente
4. Coopera forzadamente
5. Se resiste a cooperar

\_\_\_\_\_ Orientación:

1. Normal
2. Des. Parcial
3. Des. Parcial persona
4. Des. Parcial lugar

**Antecedentes Personales:**

\_\_\_\_\_No. De abortos

\_\_\_\_\_No. De embarazos

\_\_\_\_\_Condiciones del Embarazo:

1. Se ignora
2. Embarazo normal
3. Complicaciones en el 1 trimestre
4. Complicaciones en el 2 trimestre

\_\_\_\_\_Problemas de Oxigenación Durante el Embarazo

1. Se ignora
2. No hubo
3. Hipoxia moderada o leve
4. Hipoxia severa, cianosis
5. Amerito reanimación
6. Amerito incubadora y/u oxigenación

\_\_\_\_\_Problemas Durante el Embarazo

1. Traumatismos
2. Intoxicaciones
3. Medicamentos
4. Infecciones
5. Radiaciones
6. Incompatibilidad sanguínea
7. Problemas emocionales

\_\_\_\_\_Número de embarazos previos al paciente

\_\_\_\_\_Número de abortos



**Desarrollo Psicomotriz:**

(Especificar en meses)

\_\_\_\_\_ Sostener la cabeza

\_\_\_\_\_ Sentarse

\_\_\_\_\_ Pararse solo

\_\_\_\_\_ Monosílabos

\_\_\_\_\_ Avisar del baño

\_\_\_\_\_ Control de esfínteres

\_\_\_\_\_ Hablar

\_\_\_\_\_ Caminar

Señale las enfermedades que padeció de niño:

---

---

---

Anotar si se presentaron convulsiones, caídas golpes, etc, y describa brevemente:

---

---

---

Especificar la edad en que se presentaron y tipo de tratamiento que recibió:

---

---

---

## Antecedentes Patológicos:

Para las preguntas siguientes utilizar:

0 = No hay

1 = Leves

2 = Aparentes (sin atención medica)

3 = Motivo previo de atención

\_\_\_\_\_ Síntomas físicos (cefaleas, dermatosis)

\_\_\_\_\_ Ansiedad (miedo inmotivado, nerviosismo)

\_\_\_\_\_ Problema emocional (aislamiento por temor a relacionarse, labilidad emocional, falta de interacción social, timidez)

\_\_\_\_\_ Desorganización conceptual (problemas de concentración, ideas confusas, problemas de verbalización atribuibles al pensamiento no adecuado para su edad)

\_\_\_\_\_ Sentimientos depresivos

\_\_\_\_\_ Tensión (manifestaciones físicas y motoras de nerviosismo, tensión, hiperactividad)

\_\_\_\_\_ Manierismos y posturismos (conducta motora peculiar, rara o poco usuales o de poder)

\_\_\_\_\_ Hostilidad (desdén hacia otras personas, molesta a los demás con frecuencia, comportamiento agresivo)

\_\_\_\_\_ Susplicia (desconfianza, creencia que otros tienen intenciones discriminatorias o malintencionadas para el)

\_\_\_\_\_ Conducta alucinatoria o ilusiones (percepciones sin estímulos externos correspondientes o alteraciones de estos estímulos)

\_\_\_\_\_ Retardo motor (lentificación de actividad motora)

\_\_\_\_\_ Falta de cooperatividad (resistencia, rechazo o desdén de la autoridad)

\_\_\_\_\_ Contenido inusual del pensamiento (contenido raro, extraño poco usual para su edad)

\_\_\_\_\_ Embotamiento afectivo (reducción del tono emocional, de las manifestaciones del afecto o indiferencia a los estímulos afectivos)

\_\_\_\_\_Excitación (aumento del tono emocional, agitación)

\_\_\_\_\_Desorientación (confusión o pérdida de la orientación en persona, lugar y tiempo)

\_\_\_\_\_Problemas de carácter o personalidad

\_\_\_\_\_Trastornos psicofisiológicos

\_\_\_\_\_Psicosis o autismo infantil

\_\_\_\_\_Crisis convulsivas

\_\_\_\_\_Retraso mental aparente

\_\_\_\_\_Uso de drogas

\_\_\_\_\_Problemas de lenguaje

\_\_\_\_\_Problemas de audición

\_\_\_\_\_ **Evaluación Global: Considerando su experiencia que tan enfermo mentalmente considera al sujeto que entrevista en este momento:**

0 = Es normal, no tiene problema alguno

1 = Levemente alterado, no amerita atención

2 = Moderadamente enfermo, debe tratarse

3 = Esta muy enfermo

## ANEXO A-3

Cuestionario para criterio de selección de participantes por trauma físico por accidente. Además para determinar las afecciones de su apariencia física y posibles causas

### CUESTIONARIO: ACTIVIDADES COTIDIANAS Y CUERPO

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: conteste de forma breve y precisa las preguntas que se muestran a continuación.

1. ¿Ha tenido alguna lesión física causada por un accidente? Mencione de qué tipo y si aún se manifiesta físicamente.
2. Describa qué actividades físicas realiza con frecuencia, posteriormente describa lo que realiza normalmente en un día.
3. ¿Qué piensa de su apariencia física?
4. ¿Considera que tiene alguna deformidad o defecto en su cuerpo? Mencione de qué tipo.
5. ¿Cuál cree que sea la causa de dicha deformidad o defecto en su cuerpo, le afecta en su vida cotidiana?

## ANEXO B

**264**

LUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, EMMA RIBAS RABERT Y JESÚS BENITO RUIZ

### ANEXO 2: VERSIÓN ESPAÑOLA VALIDADA DEL MBSRQ REDUCIDO Y ADAPTADO MBSRQ® CUESTIONARIO DE IMAGEN CORPORAL (VERSIÓN ESPAÑOLA)

Ribas, Botella y Benito (2008)

#### Instrucciones

A continuación encontrará una serie de preguntas acerca de cómo la gente piensa, siente o se comporta. Indique por favor su grado de acuerdo con cada afirmación con respecto a Vd.

No hay respuestas verdaderas o falsas. Dé la respuesta que más se ajuste a usted mismo.

Use la escala que encontrará al principio del cuestionario para puntuar las afirmaciones.

Anote el número en la casilla que se encuentra a la izquierda de cada afirmación.

Por favor sea lo más sincero posible.

Gracias.

	1 Totalmente en desacuerdo	2 Bastante en desacuerdo	3 Indiferente	4 Bastante de acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					
-----					

Use una escala del 1 al 5 para mostrar el grado de satisfacción o insatisfacción con cada una de las partes del cuerpo que aparecen a continuación

1. Muy insatisfecho/a
2. Bastante insatisfecho/a
3. Punto medio
4. Bastante satisfecho/a
5. Muy satisfecho/a

- 40. Parte inferior del cuerpo (nalgas, muslos, piernas, pies)
- 41. Parte media del cuerpo (abdomen y estómago)
- 42. Parte superior del cuerpo (pecho, hombros, brazos)
- 43. Tono muscular
- 44. Peso
- 45. Aspecto general

## ANEXO C

Hoja de alteraciones posturales para registrar los resultados obtenidos por medio del test de la plomada y la cuadrícula

### HOJA DE ALTERACIONES POSTURALES

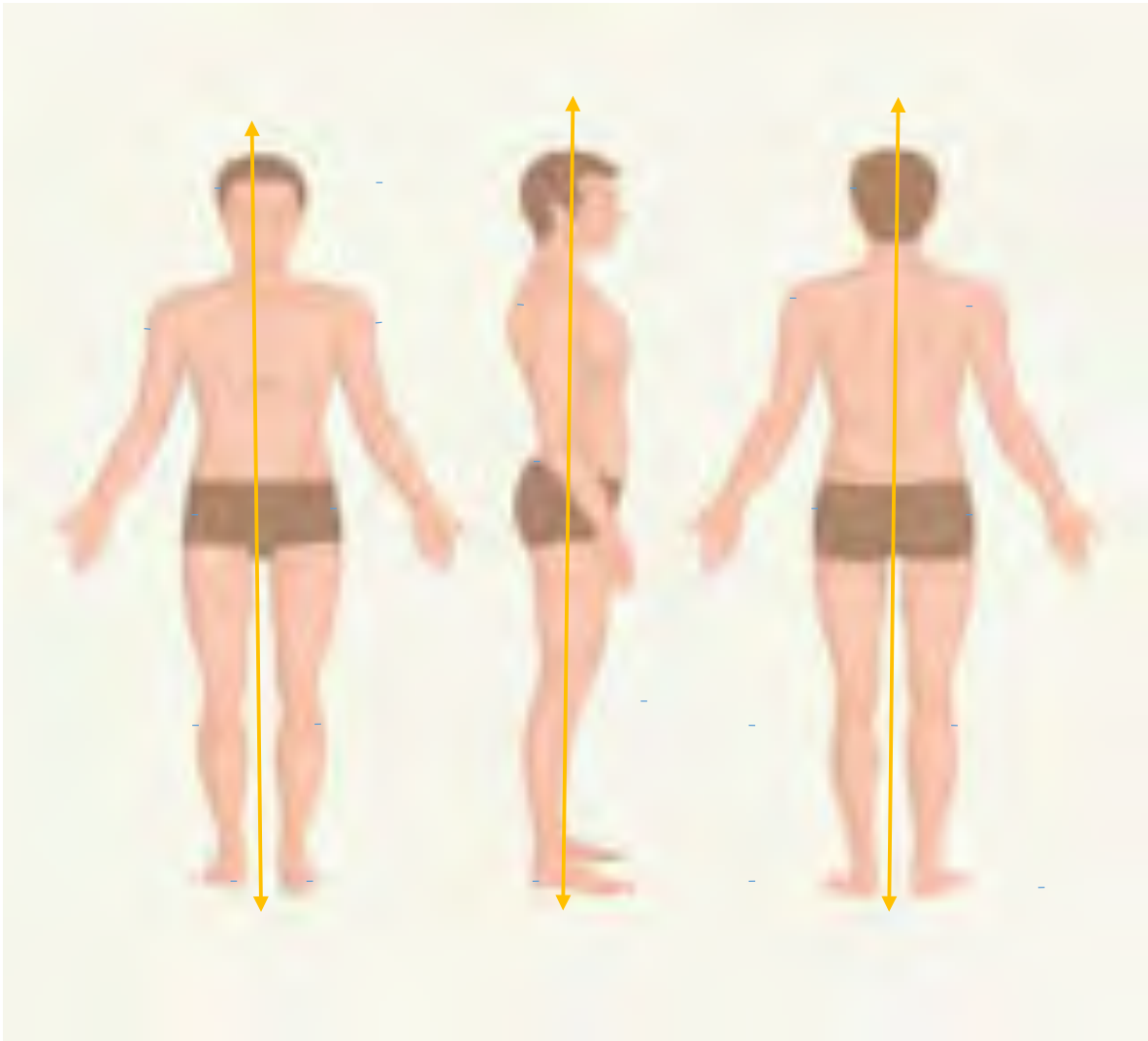
FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_



ALTERACIONES POSTURALES: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

ALTERACIONES PRESENTES EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES FÍSICAS:

---

---

---

---

ESPECIFICAR:

---

---

---

---

## ANEXO D

### Manual de Técnicas de respiración para el Instructor

Elissa Ixtzihu Sánchez Galicia

#### MATERIALES

- Ropa cómoda
- Tapete de yoga

#### ACLARACIONES

- ✓ El instructor a cargo debe conocer la realización adecuada de cada ejercicio de respiración.
- ✓ Debe vigilar que los participantes ejecuten correctamente las actividades y sigan al pie de la letra las indicaciones.
- ✓ En caso de que un participante se sienta mareado, pedirá que se siente hasta que haya pasado, es importante mencionar al comenzar los ejercicios que si los pacientes llegan a presentar malestar, lo comuniquen inmediatamente.
- ✓ En caso de desmayo de un participante pedirá a los demás se alejen, mientras el instructor lo asiste. Checará su pulso y esperará a que se incorpore. A pesar de que ocurre muy eventualmente, el instructor debe estar preparado y tener los números de emergencia al alcance.



## **EJERCICIOS E INSTRUCCIONES**

Tomado de: Fisiólogo, José M. Sanz Mengíbar (2007)

### **Tumbados boca arriba**

1. Recostarse sobre el tapete boca arriba, relajados. Poner atención a la respiración que se está realizando en ese momento.
2. Tomar aire suave y lentamente por la nariz, dirigirlo hacia la zona baja de los pulmones.
3. El abdomen se elevará durante la inspiración.
4. A continuación el aire se expulsa muy lentamente por la boca, mientras el abdomen desciende progresivamente, mientras se busca una agradable sensación de relajación.
5. Repetir el proceso durante 3 minutos.

### **Dirección del flujo del aire**

1. Tumbados boca arriba, se intentará controlar la dirección del aire que se introduce, imaginando que el oxígeno llega a diferentes partes de los pulmones.
2. Colocar las manos en la región inferior de un pulmón y llenar e hinchar más esa zona durante un minuto.
3. Después colocar las manos en la región baja del otro pulmón.
4. Se irá ascendiendo progresivamente por ambos pulmones, hasta llegar a la región por debajo de la clavícula.
5. La inspiración por nariz y la espiración por boca se realiza lenta y suavemente.
6. El tiempo estimado por pulmón es de 1 minuto 30 segundos

### **Respiración alta**

1. Decúbito dorsal, se intenta controlar una respiración más superficial, que se realiza en la parte superior de los pulmones.
2. Se toma aire al mismo tiempo que se elevan los hombros intensamente en dirección coronal a la altura de las orejas.
3. Al expulsar el aire, los hombros descienden el máximo que se pueda.
4. El proceso respiratorio será igual que los descritos anteriormente, inhalar por la nariz y exhalar por la boca.
5. Repetir proceso durante 2 minutos.

### **Inspiración resistida por las costillas**

1. Tumbados boca arriba, las manos se apoyan en ambas costillas.
2. Los brazos ejercen resistencia al movimiento de expansión de las costillas, al introducir el aire en los pulmones.
3. Respirar a un ritmo normal.
4. El proceso parecerá más fatigoso, ya que las manos comprimen suavemente el tórax durante la inspiración.
5. Se mantiene el proceso respiratorio, durante 2 minutos.

### **Decúbito lateral**

1. Recostados sobre un costado, pierna en contacto con la superficie semiflexionada y brazo a 90° extendido.
2. El pulmón sobre el tapete, tiene menor movilidad y más resistencia al movimiento inspiratorio.
3. Tomar aire suave y lentamente por la nariz,
4. A continuación el aire se expulsa muy lentamente por la boca
5. Permanecer en esta posición durante 1 minuto en cada lado.

### **Expansión lateral de la caja torácica**

1. Decúbito lateral, trabajar la movilidad de las costillas del lado que queda arriba.
2. Al mismo tiempo que se toma aire, separar el brazo superior a 90°, de modo que la musculatura de la cintura escapular arrastre con ella a la caja torácica.
3. Durante la expulsión de aire, bajar el brazo hasta juntarlo con el cuerpo.
4. El proceso respiratorio será igual que los descritos anteriormente, inhalar por la nariz y exhalar por la boca.
5. Repetir esta secuencia con cada uno de los brazos 10 veces. Tiempo 2 minutos.

### **De lado con resistencia**

1. Decúbito lateral, en la parrilla costal se verá limitada su expansión, en la parte inferior por el plano de apoyo y en la parte superior por el brazo.
2. Colocar la mano a la altura de las últimas costillas para resistir la expansión costal durante la inspiración.
3. Al expulsar el aire mantenerla relajada.
4. Repetir el ejercicio con cada lado 1 minuto 30 segundos.

### **Respiración a cuatro puntos**

1. Se adopta la posición de apoyo a cuatro puntos (rodillas y manos hacen contacto con la superficie) para realizar el ejercicio respiratorio.
2. Tomar aire por la nariz y expulsándolo por boca de forma relajada.
3. Cuando esté controlado el ritmo, durante la inspiración estirar la espalda sacando el abdomen.
4. Durante la espiración aumentar la curva de la espalda hacia arriba.
5. La frecuencia de respiración debe ser lenta y moviendo el máximo posible de aire, es decir, respirando de forma profunda.
6. Tiempo 1 minuto 30 segundos

### **Respiración en posición bípeda**

1. En posición bípeda, con pies abiertos a la altura de la cadera. Y brazos estirados en aducción hacia el eje vertical.
2. Tomar aire por la nariz, al mismo tiempo que se separan los brazos por los lados, elevándolos a 90°. Esto ayudará a expandir la caja torácica, elevando aún más las costillas durante la inspiración.
3. La expulsión de aire se verá acompañada por la aducción de brazos, comprimiendo los pulmones para facilitar la espiración de aire que contiene.
4. Repetir proceso durante 3 minutos, muy lentamente.

### **Boca abierta rápido y fuerte**

1. En posición bípeda.
2. La toma de aire será por la boca completamente abierta, el mayor contenido posible.
3. El flujo será intenso sacando todo el aire de los pulmones en pocos segundos.
4. Repetir durante 1 minuto.

### **Labios fruncidos con flujo lento y largo**

1. De pie.
2. La posición de los labios será ahora en contracción con boca abierta, dejando poco espacio para la expulsión de aire.
3. Tomar lentamente aire por la boca.
4. Esto provocará resistencia, se deja salir el aire de forma muy lenta.
5. Repetir ejercicio 10 veces, tiempo estimado 2 minutos

### **Labios fruncidos con flujo rápido y fuerte**

1. En bipedestación.
2. La posición de los labios en este ejercicio es igual al anterior, pero varía la intensidad del flujo del aire.

3. La inspiración es rápida lo más que pueda entrar.
4. La espiración e aire será lo más rápido que permita la apertura de labios.
5. Repetir 10 veces. Tiempo estimado 1 minuto

**Con apnea durante periodos cortos** (Apnea: retención de aire)

1. En posición bípeda, tomar aire intensamente.
2. Retenerlo durante 10 segundos.
3. Expulsarlo completamente.
4. Tiempo 1minuto 30 segundos.

## Anexo E

### Manual de acciones físicas para el Instructor

Elissa Ixtzihu Sánchez Galicia

#### MATERIALES

- Ropa cómoda
- Tapete de yoga

#### ACLARACIONES

- ✓ El presente manual, debe leerse con detenimiento, para poder visualizar cada ejercicio.
- ✓ El instructor debe leer el capítulo 1, para conocer las graduaciones, ejes planos y direcciones anatómicas.
- ✓ El instructor a cargo debe conocer la realización adecuada de cada ejercicio, antes de aplicarlo.
- ✓ Debe vigilar que los participantes ejecuten correctamente las actividades y sigan al pie de la letra las indicaciones.
- ✓ En caso de que el instructor observe que los ejercicios se están realizando de forma equivocada, debe detener a los participantes, explicar, corregir y comenzar de nuevo la actividad.
- ✓ Las imágenes que se mencionan en el manual, corresponden al capítulo 1, apartado 1.5.2 Cinesiología.
- ✓ Cada movimiento debe ir acompañado de la técnica adecuada de respiración según sea el caso.
- ✓ El instructor, conociendo el manual puede simplificar las indicaciones mientras respete la forma de ejecución, conteo y técnica de respiración implementada. Esto con el fin de hacer práctica la ejecución y de forma que las indicaciones puedan ser claras para los participantes.
- ✓ Cada tiempo corresponde a “uno Mississippi”.
- ✓ El instructor debe poner atención a las deficiencias o defectos que presente cada participante al realizar las acciones físicas y anotarlas en la Hoja de Alteraciones Posturales, en el apartado de *ALTERACIONES PRESENTES EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES FÍSICAS (Anexo C)*.

## EJERCICIOS E INSTRUCCIONES

### Calentamiento

#### Cabeza-Cuello

1. Se efectúa movimiento de extensión cervical y cabeza. Es una secuencia que realiza en 4 tiempos (cada tiempo corresponde a un Mississippi) en dirección craneal (hacia arriba). (*Imagen 12*).  
Empieza de 0° a 45° en 1, luego de 45° a 90° en 2, regresa de 90° a 45° en 3 y de 45° a 0° en 4. Repetir 5 veces.
2. Se inhala por nariz en 1-2 y se exhala por boca en 3-4.
3. Continuar con movimiento de flexión de la columna cervical y cabeza, se realiza también consecutivamente y bajo la misma apertura en grados. Se ejecuta en 4 tiempos en dirección caudal (hacia abajo). (*Imagen 13*).  
Inicia de 0° a 45° en 1, luego de 45° a 90° en 2, regresa de 90° a 45° en 3 y de 45° a 0° en 4. Repetir 5 veces.
4. Se inhala en 1-2 y se exhala en 3-4, misma técnica de respiración.
5. Perfiles, se realizan con movimiento de rotación del cuello de izquierda a derecha en 8 tiempos. (*Imagen 14*).  
Comienza en el lado izquierdo de 0° a 60° en 1, pasa de 60° a 90° en 2, regresa de 90° a 60° en 3 y de 60° a 0° en 4; prosigue en lado derecho, de 0° a 60° en 5, de 60° a 90° en 6, regresa de 90° a 60° en 7 y de 60° a 0° en 8. Repetir 5 veces.
6. Inhalar en 1-2, exhalar en 3-4, inhalar 5-6 y exhalar 7-8, proceso de respiración por nariz y boca.

#### Miembros superiores e inferiores

1. Se inicia con brazos extendidos en dirección ventral, seguido del movimiento de flexión de muñecas y dedos. (*Imagen 33*). Continúa con extensión de dedos y muñeca. Se realiza en 4 tiempos. Repetir 5 veces.
2. Los brazos se separan, se elevan a 90° sobre el eje transversal, después se elevan a 180°, regresan a 90° y por último se bajan a la posición anatómica, se repite la secuencia 5 veces, en 4 tiempos.
3. Se realiza movimiento de circunducción a 90°, los brazos realizan círculos en el aire, realizando flexión de hombro, abducción de brazo, extensión de hombro y aducción de brazo, y a la inversa. En 4 tiempos con cada brazo. (Imágenes 23, 24, 25)
4. Respirar con normalidad por nariz.

#### Espalda: movimiento dorsal y lumbar

1. Se realiza primero movimiento de flexión cervical, se pega la barbilla a la altura de las clavículas.
2. Continúa el movimiento en dirección caudal, se flexionan las vértebras dorsales. (*Imagen 15*).
3. Posteriormente se flexionan las vértebras lumbares entre 90° y 180° dependiendo de la capacidad de cada participante.
4. Los pasos 1, 2, 3 se realizan de manera lenta y fluida, en 8 tiempos, se respira normalmente por nariz.
5. En el paso 3, se hace una pausa y se cuenta 5 tiempos mientras la parte superior del cuerpo junto con brazos y cabeza cuelgan, se inhala por boca y se exhala por nariz lentamente.
6. Continuar con la incorporación, se extienden las vértebras lumbares, dirección craneal hasta la vertical o posición anatómica. (*Imagen 1*).
7. Seguidas de la extensión de vértebras dorsales hasta la vertical. En este punto los brazos que colgaban, se acomodan por sí solos.
8. Y por último la extensión de cervicales y cabeza, hasta la posición natural.



9. Los pasos 6, 7, 8 se realizan de forma lenta y fluida, en 8 tiempos, se respira por nariz con normalidad.
10. Repetir pasos del 1 al 9, 3 veces.

#### Miembros inferiores

1. Se pone la punta del pie en el piso y rodilla ligeramente flexionada, se realiza movimiento de rotación externa de cadera, seguido de rotación interna de cadera. En 2 tiempos. Repetir 5 veces en cada pierna. (*Imágenes 39 y 40*).
2. Proseguir con movimiento de abducción de cadera a 90°, luego a aducción de pierna cerca de la vertical, continuar con flexión de rodilla a 90° dirección ventral, pasar a extensión de rodilla. Ejecutar en 4 tiempos. Repetir secuencia 5 veces, con cada pierna. (*Imágenes 37, 38, 41 y 42*).
3. El calentamiento termina con Flexión de tobillo dorsal y flexión de tobillo plantar, en 2 tiempos. Repetir con cada pie 5 veces. (*Imágenes 43 y 44*).

### ACTIVIDADES DE CINÉTICA Y ESTÁTICA CORPORAL

#### Sensibilización de la percepción global del cuerpo

1. Los participantes forman un círculo amplio en el aula. Se encuentran de pie.
2. El instructor explica la importancia de mantener una postura y alineación adecuada del cuerpo al caminar o al realizar cualquier movimiento.
3. Posteriormente se le pide a los participantes que pongan atención a su sistema locomotor, hagan un escaneo de abajo hacia arriba de las partes conformadoras de su cuerpo.
4. Mientras efectúan los ejercicios deben sentir la experiencia corporal de la cinética ubicada en cada acción que realicen.
5. Inician por los dedos del pie, se les pide que los muevan uno por uno, lentamente.

6. Intentan mover la planta del pie, de un lado a otro.
7. Continuar ahora con la atención en los tobillos, presionándolos contra el piso ligeramente, alternando peso.
8. Poner atención a las pantorrillas, apretando lo más fuerte que puedan y después soltándolas.
9. Seguir con una ligera flexión y extensión de las rodillas, observar la dirección que tienen respecto a la punta de los pies.
10. Apretar los muslos con fuerza y soltar.
11. Mover la cadera despacio adelante y atrás, observar su alineamiento respecto a las rodillas y punta de los pies.
12. Apretar el abdomen, contraerlo y relajarlo.
13. Balancear ligeramente los brazos y manos en dirección ventral-dorsal, al mismo tiempo mover los dedos.
14. Elevar y presionar los hombros hasta las orejas, luego relajar.
15. Mover el cuello y la cabeza acercando las orejas a los hombros, alternando lados lentamente.
16. Al finalizar el escaneo, se le pide a los participantes cierren sus ojos, luego creen en su mente la imagen global o total de su cuerpo, se les pide que la retengan junto con las sensaciones sentidas.

### Caminata en el espacio

1. Para el siguiente ejercicio, se le pide a los participantes sean respetuosos, y se les recuerda que la información de los participantes es confidencial.
2. Los participantes se encuentran formando un círculo, se pide que formen dos filas, una frente a otra.
3. Cada adolescente, camina en línea recta de ida y regreso.
4. El instructor y los demás sujetos, observan la caminata que realiza cada joven e intentan determinar si hay deficiencias o defectos en el movimiento, como: chicoteo en la cabeza al caminar, bamboleo en el cuerpo, si alguna parte del cuerpo está fuera de lugar en comparación con la alineación del resto y la línea

vertical, hombro caído, rodillas o pies encontrados, espalda encorvada, cintura hundida

5. Al ser observados, el instructor corrige las deficiencias o defectos de la cinética o estática de los participantes.
6. Ya que todos los miembros del programa hayan realizado este ejercicio y sean corregidos por el instructor. Realizan una caminata grupal por el espacio.
7. Deben tratar de caminar, mantenido en las correcciones y sintiendo la nueva constitución.
8. Algunos probablemente se sientan raros, o chuecos. Esto es debido a que durante 16-17 años han mal usado su cuerpo o han adquirido hábitos corporales desfavorables.

## ANEXO F

### Manual de actividades cotidianas para el instructor

Elissa Ixtzihu Sánchez Galicia

#### MATERIALES

- Ropa cómoda
- Tapete de yoga
- Tenis
- Escalón o banco de 20 cm de alto
- Almohada
- Silla con respaldo

#### ACLARACIONES

- ✓ El instructor a cargo debe conocer la realización adecuada de cada ejercicio, antes de aplicarlo.
- ✓ Debe vigilar que los participantes ejecuten correctamente las actividades y sigan al pie de la letra las indicaciones.
- ✓ En caso de que el instructor observe que los ejercicios se están realizando de forma equivocada, debe detener a los participantes, explicar corregir y comenzar de nuevo la actividad.
- ✓ Algunas actividades son al aire libre.

## **INSTRUCCIONES Y EJERCICIOS**

Tomado de: Fisiólogo, José M. Sanz Mengíbar (2007)

### **Actividades cotidianas**

1. Se le pide a los participantes extiendan el tapete de yoga, se les explica las siguientes acciones cotidianas una por una para que las lleven a la práctica.
2. La postura más idónea para dormir es apoyarse sobre un costado o decúbito lateral, con las piernas flexionadas ligeramente, colocando una almohada o cojín entre las piernas para separarlas.
3. Para levantarse, primero se debe estar en decúbito lateral, cerca del borde, se sacan las piernas progresivamente y simultáneamente con ayuda de las manos se incorpora el tronco hasta quedar en sedestación.
4. La forma adecuada de sentarse o estar en sedestación cuando uno trabaja frente a la computadora o en un escritorio es; la altura de la silla o el objeto en el que se esté debe permitir el apoyo completo en el respaldo y a la vez tener ambos pies en el suelo, tanto la cadera como las rodillas y los tobillos están flexionados a 90°, la rodilla no queda nunca por encima de la cadera para no sobrecargar el apoyo en la pelvis y el sacro.
5. Para incorporarse se apoyan las piernas y se mantiene en todo momento la espalda recta.
6. Si se trabaja de pie o se está parado mucho tiempo, se debe cambiar los pies de posición de manera frecuente, alternar el peso de una pierna a otra. Se flexiona una pierna de preferencia sobre un banquito de unos 20 cm de alto. Por igual se alternan las posturas que hagan más fácil el movimiento.
7. Cuando se va a levantar peso, se debe considerar que sea el menor posible, lo primero que se hace es doblar las rodillas para acercarse al suelo (se puede poner una rodilla sobre el suelo), pero nunca inclinar el cuerpo hacia delante. Luego se eleva con el apoyo en las piernas, contrayendo los abdominales y levantando la carga, se pega lo más posible al cuerpo.

8. Si se trabaja en alto, es necesario evitar que los brazos se coloquen por encima de los 90°, se utilizan pequeñas escaleras o banquitos para elevarse hasta situarse a la altura de la tarea.
9. Para subir o bajar escaleras, es importante sostener el peso del tronco superior de modo que no resuene cada paso. Se debe cuidar que el cuerpo no se incline hacia delante o atrás, para que las rodillas no carguen peso de más. También es importante que estas últimas no estén encontradas o de lado, para no lastimar los huesos ni los ligamentos.
10. Cada ejercicio se debe practicar hasta que sea ejecutado correctamente por todos los participantes.
11. Se debe respirar con normalidad durante la realización de ellos, inspirar y espirar por nariz, llevando el aire a la parte baja de los pulmones.

## ANEXO G

### Manual de Automasaje para el Instructor

Elissa Ixtzihu Sánchez Galicia

#### MATERIALES

- Ropa cómoda
- Tapete de yoga
- Tenis
- Suéter

#### ACLARACIONES

- ✓ El instructor a cargo debe conocer la realización adecuada de cada ejercicio, antes de aplicarlo.
- ✓ Debe vigilar que los participantes ejecuten correctamente las actividades y sigan al pie de la letra las indicaciones.
- ✓ En caso de que el instructor observe que los ejercicios se están realizando de forma equivocada, debe detener a los participantes, explicar corregir y comenzar de nuevo la actividad.
- ✓ Se realizarán manipulaciones de persona a persona, en caso de que el instructor encuentre que alguno de los participantes falta al respeto a sus compañeros, debe de recibir sanción. En caso de reincidencia se le solicitará abandone el programa.
- ✓ Los participantes deben tener las manos limpias, por lo que se destina un tiempo para que vayan a lavarse las manos o se les proporciona gel antibacterial.

## INSTRUCCIONES Y EJERCICIOS

### Masaje por parejas

1. Se le pide a los participantes forme parejas. Es importante que sean mujeres con mujeres y hombres con hombres, para evitar poner en riesgo la integridad de los participantes, así como malos entendidos ya que son menores de edad.
2. Por parejas se deben colocar sobre el tapete de yoga.
3. Se debe mantener la una distancia apropiada entre parejas para que los ejercicios puedan realizarse con libertad.
4. Se pide a los participantes que decidan quien inicia, la persona seleccionada ejecutará primero el masaje a su pareja.
5. Las manipulaciones deben ser con fuerza moderada de modo que sean percibidas, pero no con demasiada como para lastimar a la persona.
6. El sujeto que no aplicará en primera instancia el masaje, debe mantener los ojos cerrados, estar de pie y sentir cada manipulación que realiza el otro.
7. La persona que comienza el masaje, toma la mano del otro participante y hace leves manipulaciones sobre los dedos, inicia en el dedo pulgar y termina en el dedo meñique, de la uña hacia la palma.
8. Continuar con la parte interior de la palma de la mano, si en alguna zona el joven al que se le aplica el masaje manifiesta dolor, el ejecutante debe detenerse unos segundos más haciendo presión sobre dicha área.
9. Proseguir ascendiendo por la muñeca, con manipulación leve, sostener la mano y realizar circunducción.
10. Reanudar la manipulación por el brazo en dirección coronal, detenerse en el codo, flexionar y extender el codo un par de veces.
11. Seguir pulsando hasta el hombro y sostener todo el brazo realizar movimiento en círculo.
12. Cambiar de brazo y repetir proceso.
13. Pasar a la cara, se colocan las yemas de los dedos a la mitad de la frente y se tiente, de la frente hacia las sienes, de ahí a las mejillas, proseguir hacia la nariz.



14. Luego colocarse detrás de la persona, las manos sobre el cuello de la persona y los pulgares hacen una ligera presión de la nuca hacia abajo.
15. Después las manos se ubican en los hombros y se manipulan con toda la mano, los dedos se acercan a la palma un par de veces.
16. Se desciende por la espalda, ambas manos presionan al mismo tiempo desde arriba a la altura de los hombros, hacia abajo hasta la cintura.
17. No debe tocarse el pecho, el abdomen y los glúteos.
18. De la cintura pasar a los muslos, primero una pierna y luego la otra. Con ambas palmas de las manos se desciende haciendo presión de la mitad superior hasta los chamorros y de ahí a los tobillos.
19. Al finalizar en este punto se pide a los participantes que cambien de rol, los que realizaron el masaje ahora lo reciben y viceversa.
20. Se sigue el proceso nuevamente del paso 5 al 18.
21. Durante el masaje, los participantes deben respirar con normalidad por nariz.

#### Auto-masaje

1. Se le pide a los participantes se coloquen sobre su tapete de yoga, en sedestación, en flor de loto.
2. Comenzar con masaje de cabeza, con la yema de los dedos se hacen presiones circulares encima de las sienes. Se deslizan los dedos en dirección coronal hasta el cuero cabelludo, el pulgar se desliza por el cuello simultáneamente, al llegar al destino, amasar con presión media o realizar círculos concéntricos.
3. Después se colocan los dedos en el mentón, se hacen círculos abarcando también, las mejillas y la frente, levantando el tejido de forma suave.
4. Se golpea suavemente con el dorso de los dedos debajo del mentón y a los lados de forma rítmica y alternada, varias veces.
5. Con el interior de las manos de forma plana, se desliza una mano a cada lado de la cara desde el centro de la barbilla hacia las orejas, varias veces.
6. Con todos los dedos colocados en el cuello se friccionan las cervicales de arriba abajo.

7. Se baja y se colocan las yemas de los dedos en los hombros sobre la escápula de ambos lados y se desliza con fuerza moderada en dirección coronal, toda la zona que se forma entre la escápula y las cervicales. Si hay dolor, repetir hasta que éste haya disminuido.
8. Posteriormente deslizar hacia delante del hombro hacia el pecho las yemas de los dedos.
9. A continuación colocarse decúbito dorsal, con rodillas flexionadas, se realiza con las yemas y la palma de la mano unos círculos en dirección a las manecillas del reloj, alrededor del ombligo. Mínimo 10 repeticiones.
10. Si presenta dolor leve o moderado continuar con, poca presión y despacio. En caso de haber dolor intenso, suspender el ejercicio con ese participante, que permanezca acostado y en silencio hasta la siguiente indicación.
11. Después en el abdomen con toda la palma de la mano, realizar movimientos de izquierda a derecha.
12. Pasar a las piernas, los participantes colocan en sedestación con piernas estiradas, comienzan en la pierna derecha, amasan con ambas manos con intensidad leve, de la ingle hacia la rodilla, cambian a la pierna izquierda y repiten. Por lo menos de dos a tres veces por pierna de arriba hacia abajo.
13. Los participantes permanecen sentados, flexionan las piernas y trabajan con la parte que se ubica debajo de las rodillas hasta los tobillos, se continua con el amasamiento de arriba hacia abajo en la zona dorsal. Realizar movimiento dos o tres veces.
14. Cambiar de dirección de abajo para arriba, se presiona con los pulgares y se deslizan desde el talón de Aquiles hasta la zona ubicada debajo de las rodillas.
15. Durante la ejecución de los ejercicios anteriores, los participantes deben respirar con flujo normal por nariz. La inhalación y exhalación puede ser intensa y profunda en caso de dolor.
16. Regresar a posición de loto, colocar las manos sobre las piernas con palmas hacia arriba.

17. Respirar con normalidad, con ojos cerrados. Se le pide a los participantes recuerden cual es la zona en donde presentaron mayor molestia con los masajes.
18. Se les pregunta ¿Cuál piensan que es la causa de ese malestar, dolor? y se les pide recuerden esa sensación y la respuesta.
19. Al finalizar la sesión deben ponerse su suéter e irse abrigados.

# ANEXO H

## Manual de Expresión Corporal de Contracción y Expansión

Elissa Ixtzihu Sánchez Galicia

### MATERIALES

- Ropa cómoda
- Tapete de yoga

### ACLARACIONES

- ✓ El presente manual, debe leerse con detenimiento, para poder visualizar cada ejercicio.
- ✓ La mayoría son ejercicios de exploración, los participantes deben buscar la forma de representar la corporalidad en cada caso, pueden hacerlo como ellos gusten, siempre y cuando realmente lo intenten.
- ✓ El instructor, conociendo el manual puede simplificar las indicaciones mientras respete la forma de ejecución, conteo y técnica de respiración implementada. Esto con el fin de hacer práctica la ejecución y de forma que las indicaciones puedan ser claras para los participantes.
- ✓ Se debe considera que no hay una forma específica para la realización de los ejercicios, depende de la creatividad de cada participante.
- ✓ En caso de que la expresión corporal sea de expansión, el instructor debe pedir a los participantes que las realicen con movimientos amplios, largos, grandes. Es importante mencionar a los participantes que en este tipo de acciones, deben notarse con poder, seguridad y fuerza.
- ✓ Por otro lado, si son de contracción deben ser movimientos chiquitos, pequeños, que se envuelvan en sí mismos.
- ✓ Cada tiempo corresponde a “uno Mississippi”.

## EJERCICIOS E INSTRUCCIONES

### Posición Fetal

1. Se le pide a los participantes se recuesten en el tapete, en posición decúbito dorsal.
2. Pasar a decúbito lateral. Izquierda o derecha es opcional para cada participante. Estirar miembros superiores e inferiores.
3. Flexionar rodillas y llevar hacia el pecho.
4. Al mismo tiempo flexionan codos y de igual manera llevar hacia el pecho.
5. Posteriormente, se extienden rodillas y brazos al mismo tiempo hasta quedar extendidos, en posición decúbito lateral.
6. Con miembros extendidos, se cambia de lado. Se flexionan nuevamente rodillas y codos, llevándolas hacia el pecho.
7. Se extienden nuevamente miembros, en posición decúbito lateral.
8. Regresar a decúbito dorsal.
9. Realizar secuencia en 16 tiempos.
10. Reposar 3 tiempos, cada vez que se encuentren en decúbito dorsal.
11. Repetir 3 veces la secuencia en cada lado.

### Viejit@

1. Los participantes, se ponen de pie lentamente.
2. Se les solicita imaginen que son viejos y les cuesta mucho trabajo caminar, además cargan una piedra muy, muy pesada en la espalda.
3. A continuación, se pide que vayan adoptado la forma corporal de la persona vieja.
4. Los participantes ejecutan, se contraen corporalmente, les cuesta mucho trabajo caminar, moverse y además sienten que la piedra pesa mucho.
5. Realizan una pequeña caminara en el espacio (en el aula), despacio manteniendo la corporalidad de anciano.
6. El tiempo estimado de este ejercicio es a consideración del instructor.

## Liberado

1. Los participantes, en voz alta deben decir "Liberado".
2. La palabra se repite constantemente durante el tiempo que dura el ejercicio.
3. En cada emisión, los participantes deben realizar cualquier movimiento, de expansión como: estirar los brazos lo mas lejos de su cuerpo que puedan, levanta una pierna muy alto, tratar de alcanzar el techo, abrir los brazo para dar un abrazo gigante, o cualquier otro que ellos quieran. También si lo desean, pueden moverse en el espacio.
4. Pueden mover una o más partes del cuerpo al mismo tiempo, en distintas direcciones o iguales, siempre y cuando sean movimientos grandes, que estiren todo su cuerpo, que se note cada movimiento.
5. El tiempo para realizar este ejercicio es a consideración del instructor.

## Posturas de poder

1. Se les pide a los participantes, comiencen a sentirse poderoso, que poseen el control de sus acciones, de su vida, de sí mismos.
2. A continuación, se les solicita que piensen en una posición corporal que refleje esa grandeza y traten de imitarla, deben mantenerla durante unos 5 tiempos.
3. Pensar en otra y cambiar a la nueva posición corporal, mantener durante 5 tiempos.
4. Solicitar mínimo 6 posiciones distintas.
5. En ocasiones es conveniente destinar un tiempo específico para pensar nuevas posiciones de 3 a 5 segundos, y luego pedir que la ejecuten. Esto es a consideración del Instructor.