

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PSICODANZA. UNA PROPUESTA DE TRATAMIENTO
COMPLEMENTARIO PARA PERSONAS CON ASMA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE: LICENCIADA
EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Mónica Reyes Cárdenas

Asesor: Dr. José de Jesús González Núñez.
Revisor de tesis: Ma. Concepción Morán Martínez.
No. De cuenta. 099550220



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.

Agradecimientos.

A Dios, porque me ha dado vida y salud para darle diálogo a esa niña asmática que aún habita en mí y a esa adulta psicóloga que se está formando. Porque me da esperanza.

A mis papás, porque no me dejan olvidarme de que detrás de cada transformación e integración de nuevos nombres, colores, amores y sinsabores a mi identidad; nunca dejo de ser su hija muy querida y aceptada. Por las largas pláticas con olor a café que me han servido de amoroso soporte y sabia guía.

A Domingo. Porque su amor y su confianza me iluminan y me ayudan a creer en mí. Porque no me deja conformarme y me reta a soñar y convertirme en la mejor yo que pueda ser. Por toditos sus abrazos y suspiros, que multiplican mi fuerza para caminar.

A Flor y a Tania; por esta vida compartida que sabe a amistad, confianza, paciencia (¡mucha!) confianza, complicidad, risas, diálogos sin palabras, hermandad del alma y mucho helado.

A mis abuelitas Tina y Lupita, por todos sus rezos y bendiciones. A mis abuelitos, Mica y Tilo, por todos los cuentos del Pato Donald; que hicieron de mí ávida lectora. A mis padrinos, siempre presentes; a mis amables tíos; a mis aguerridos primos, y a mis guapísimos sobrinos. A toda mi familia que nunca deja de creer en mí y me ha acompañado en mi vida escolar en espíritu. A Elvira, que también es de mi familia y no deja de nutrirme con verduras y comprensiva escucha.

A cada uno de mis amigos. A los del West por compartir conmigo el lunch y la niñez. A mis colegas y comadres de la UNAM, por presentarme con mi alma bailarina y por ayudarme a recuperar mi insospechada sensatez. A mis comparsas de LU por prestarme su sueño de hermanar a los jóvenes. A mis compañeros de Gestalt, por cada taza de empatía. Gracias a cada uno por sus voces de aliento, de arraigo, de maestros, de juicio de realidad, de perder el juicio alegremente. Por llamarme a descubrir mi voz y a dejar que el mundo la descubra.

A los asmáticos que conozco, por prestarme un poco de sus historias, por una búsqueda compartida.

A la UNAM, por prestarme la biblioteca más grande que hubiera podido soñar de libros y almas entretejidas en ese universo azul y oro.

Al INER, por la información médica proporcionada. A Patty Camacho, Mariana y Ale del CENIDI danza, por proporcionarme escritos para mi tesis e introducirme tan cálidamente al mundo de la danzaterapia. A Amparo de la Vega, de Hékate, por instarme a convertir mi enojo en la mejor tesis que yo pudiera hacer. A Rosario Muñoz y a David Velásquez por prestarme material para mi tesis, así como por su tiempo. A Fernando Servín, por la ayuda y motivación para llevar a cabo mi programa. A la maestra Concepción Morán, por su apertura y disposición a colaborar en mis planes.

Sobre todo a mi asesor, el Dr. José de Jesús González que escuchó cada una de mis locas y no tan locas ideas.

A mis comprensivos y agradables terapeutas oficiales, Paco, Chela y Alex. A mi terapeuta no oficial, Miss Alpha. Que me ayudaron a conocer y enamorarme de la Psicología

A mis maestros de ayer y hoy. Por motivarme a buscar la excelencia.

A mis amigos mayores del servicio social, particularmente al grupo de Copilco. Porque con su gran apertura de espíritu y mente confiaron en una psicóloga en pañales y compartimos seis meses de aprendizaje mutuo. Porque con su vida me enseñan que a cualquier edad se puede seguir exprimiendo las cosas buenas de la vida, acompañar a los amigos con un buen dominó, abandonarse a la saludable risa, y a reírse de la salud, convertir las preocupaciones de la familia en un suéter de punto y cruz, mirar la vida como si fuera la primera vez y también como si fuera la última, a aprender que uno nunca deja de aprender de la vida, y la vida nunca deja de aprender de uno.

A cada persona que preguntó con insistencia: ¿y la tesis?

Bien, gracias.

ÍNDICE

I INTRODUCCIÓN

- 1.1 Planteamiento del problema. Pág. 7
- 1.2 Pregunta de investigación y objetivos. Pág. 11
- 1.3 Justificación. Pág. 11

II EL ASMA.

- 2.1- ¿Qué es el asma? Factores predisponentes y desencadenantes. Pág. 13
- 2.2- La respiración normal. La respiración asmática. Pág. 16
- 2.3- Síntomas físicos y consecuencias psicológicas. Pág. 19
- 2.4- Alteraciones en la respiración y el ciclo de la experiencia. Pag. 23
- 2.5- El asma: una enfermedad psicosomática. Las ganancias secundarias. Pág. 25

III TRATAMIENTOS TRADICIONALES PARA EL ASMA

- 3.1- Tratamiento médico. Pág. 35
- 3.2- Terapia Cognitivo Conductual para personas con asma. Pág. 40
- 3.3- Terapia familiar. Pág. 42
- 3.4- Limitaciones de los tratamientos tradicionales para el asma. Pág. 45

IV LA PSICODANZA.

- 4.1-Antecedentes. Pág. 47
- 4.2-Definiciones y Objetivos de la Psicodanza. Pág. 49
- 4.3-Elementos de la Psicodanza. Pág. 52
- 4.4-La respiración en la danza. Pág. 57
- 4.5-Psicología y danza. Pág. 59

V LA PSICODANZA Y EL ASMA.

- 5.1-El movimiento como instrumento terapéutico. Pág. 63
- 5.2-Trabajar el narcisismo en la persona con asma por medio de la danza. Pág. 67
- 5.3-Trabajar la imagen corporal de la persona con asma por medio de la danza. Pág. 70
- 5.4-Ejercicios recomendados para pacientes asmáticos. Pág. 72
- 5.5-La evaluación. Pág. 77
- 5.6-Sugerencias y contactos. Pág. 78

VI CONCLUSIONES. Pág. 79

Referencias bibliográficas. Pág. 84

Anexos. Pág. 97

RESUMEN

En este trabajo se investigó si la psicodanza es una propuesta de tratamiento complementario adecuada a las necesidades de personas mexicanas con asma. Para esto se ofreció un panorama teórico sobre el asma y su aspecto psicosomático, así como de los tratamientos que tradicionalmente se utilizan para ella en México. La terapia Cognitivo-Conductual, la terapia familiar y el tratamiento médico son discutidos por su amplia difusión y práctica entre los pacientes asmáticos. También se explicó qué es la psicodanza, cuáles son sus antecedentes, sus objetivos, su metodología y beneficios; buscando difundir una terapia exitosa aunque poco conocida. Se habló de la respiración y el movimiento (temas fundamentales en el estudio del asma) que son bases de las terapias psicocorporales. Para ello se utilizaron propuestas relacionadas con el trabajo en Psicomotricidad, Psicoballet, Psicodanza y el Análisis Bioenergético de Alexander Lowen. Finalmente, se concluyó que la psicodanza es una propuesta necesaria para complementar el tratamiento de personas con asma. Se realizaron sugerencias para la puesta en práctica de un primer taller de psicodanza; relacionadas con los objetivos, la estructura de las sesiones y formas de evaluación.

ABSTRACT

The purpose of this work was to investigate if Dance Therapy, in addition to the medical treatment, is a helpful option for mexican people with asthma. For that matter, this work offered a general theoretical view about asthma and its psychosomatic aspects. Also, the main treatments traditionally used with asthmatics were explained. Cognitive-Behavioural therapy, Family therapy and alopatic medicine for asthmatics; were discussed. To help spread the knowledge about Dance Therapy; its antecedents, goals, methodology and beneficts were added. It was discussed how Psychophysical Therapies have breathing and movement at its core (as a study of asthma should have). Proposals based on Psychoballet, Dance Movement Therapy, Psychomotricity techniques and Lowen's Bionergetic analysis; helped trace a route to a better understanding of the use of movement as an element of expression. In the end, it was concluded that Dance Therapy is a necessary option to complement the treatment of asthmatics. To enhance the proposal of creating and putting in practice of a first Dance Therapy workshop for mexican people with asthma; suggestions related to objectives, session structure and forms of evaluation were made.

I. INTRODUCCIÓN.

1.1. Planteamiento del problema.

El maestro trajo la tetera, empezó a servir el té y continuó vertiéndolo. La taza estaba llena y el té empezó a rebosar el platillo, pero él seguía echando. Entonces se llenó también el platillo. Una gota más y el té empezaría a derramarse por el suelo; y el profesor gritó:

- ¡Alto! ¿Qué haces? ¿Estás loco o qué? ¿No puedes ver que la taza ya está llena? ¿No ves que el platillo está lleno?

Y el Maestro zen dijo:

-Esta es la situación exacta en la que te encuentras: tu mente está tan llena de preguntas que, aunque las responda, no tienes lugar para las respuestas. Pero pareces un hombre inteligente. Te has dado cuenta de que, ahora, una gota más no habría ido a la taza ni al platillo, habría empezado a derramarse por el suelo. Y eso mismo te digo, desde que entraste aquí tus preguntas rebosan por todas partes. Este lugar, es pequeño, ¡pero lo has llenado con tus preguntas! Vuelve, vacía la taza y después regresa. Primero has de crear un poco de espacio dentro de ti.

Osho, (1999, edición castellana 2000, p.37)

Este trabajo surge de la necesidad de ofrecer una alternativa de tratamiento complementario a un problema de salud que año con año afecta a más personas: el asma. En los años noventa, se calculaba que la prevalencia (cantidad de enfermos en una población y momentos determinados) del asma en México era del 8%. (Huerta y Penagos, 2004). Otros estudios calculaban que era del 10 al 12%. Esto quiere decir que 10 de cada 100 mexicanos han tenido o tendrán un episodio de asma. (Alba, 1998). El INER (1999, citado en Arce, 2003) reportó que el 10% de la población general del país padece o ha padecido asma. Aunque las cifras varían dependiendo de los criterios de inclusión, todos los estudios reportan que ha habido aumentos significativos en la incidencia (número de casos nuevos) del asma.

Los beneficios de los avances que se han logrado en el manejo del asma no han alcanzado todavía a cubrir la extensión total del problema en México. El asma se vuelve un problema social porque aunque no es causal frecuente de mortalidad (4,000 muertes al año se ocasionan debido al asma, Iniciativa Global para el Asma, 2005, citada en Gutiérrez & Anaya, 2005); sí crea importantes costos en asistencia médica. Estos son más elevados de lo que deberían ser debido a falta de información, mal manejo del personal y falta de apoyo psicológico y social a nivel comunitario.

Pero los principales problemas derivados del asma se reflejan en el paciente y su salud.

El paciente, mal informado y sin un adecuado manejo racional emotivo de la enfermedad tendrá una adherencia al tratamiento menor a la requerida y esto redundará en consecuencias negativas en la salud de su sistema respiratorio. Lehrer, Vaschillo, E., Vaschillo B., Lu, Scardella, Siddique, & Habib (2004) mencionan que los pacientes asmáticos no siguen adecuadamente el tratamiento médico porque les preocupa demasiado los efectos secundarios de las medicinas. En Madrid se reporta que de los casos diagnosticados, (el 52% de asmáticos ignora que tiene el padecimiento), el 26 por ciento no sigue el tratamiento médico, mientras que de los que lo hacen, sólo la mitad están bien controlados. En México, la situación parece ser peor. En una investigación realizada en el INER, España (1997) calculó que sólo el 17% de los pacientes del estudio tomaron los medicamentos correctos y en la cantidad preescrita. Esto es más preocupante porque Bush e Ianotti (1990, citados en Bierman, Pearlman, Shapiro y Busse, 1996) alertan que hay niños que se automedican a edades cada vez más tempranas.

Ante los diversos problemas que hacen que el asmático tienda a concebir su cuerpo como “incontrolable”; los pacientes tienden a actuar ansiosamente buscando reestablecer la sensación de salud, o a deprimirse y olvidar los intentos encaminados a recuperar su bienestar. En una investigación realizada por Centanni, Di Marco, Castagna et al. (2000, citada en Miller, 2001) se encontró que los pacientes asmáticos presentaban significativamente más ansiedad y depresión en comparación con otros pacientes y personas del grupo control. Tanto la ansiedad como la depresión obstaculizan que la persona reconozca e interprete adecuadamente las señales que su cuerpo le manda y por tanto impiden la puesta en marcha de programas de acción que favorezcan la recuperación de la homeostasis.

Además de experimentar la sensación de falta de control sobre el cuerpo, la conciencia de enfermedad incide directamente sobre el autoconcepto, por lo que la persona puede empezar a vivir un proceso de duelo por la “salud perdida”. Si no se elabora este duelo, el enojo, miedo o tristeza incontenibles pueden generar una ruptura en la dualidad cuerpo mente. “Una mala identificación yoíca con el propio cuerpo produce una

disociación en la que el cuerpo es rechazado, comprometiendo las posibilidades de aprendizaje que tienen necesidad de él.” (Paín y Jarreau, 1971, edición castellana, 1994, p. 90). Esto tenderá a reforzar la enfermedad psicósomática.

Cabe mencionar que no sólo los pulmones se ven afectados por estas deficiencias en la comprensión y tratamiento integral del asma. La rinitis alérgica es una enfermedad asociada al 70% de los casos de asma. Ésta y otras quejas somáticas son frecuentes en los pacientes asmáticos. Pueden presentarse síntomas antes de una crisis como conjuntivitis, rinitis, traqueitis, halitosis, y constipación. (Vázquez y Buceta, 1996)

Desde la perspectiva de la Psicología de la Gestalt, las quejas somáticas indican una falta de integración y aceptación de la gestalt mente-cuerpo. Así, la elaboración de tratamientos eficaces para las personas con asma, debería abordar todas las esferas de la persona (biopsicosocial) y la forma en que éstas interactúan entre sí. Esto rara vez ocurre.

Si la persona con asma se siente inferior, tenderá a alejarse de las personas que percibe como superiores. Adler (1956, citado en Ansbacher y Ansbacher, 1967) menciona que los niños que sufren enfermedades o males, están propensos a volverse sumamente egocéntricos. Se alejarán de los demás por un sentimiento de inferioridad e inhabilidad para competir con los niños. Sólo si vence estas dificultades tratando de sobrecompensar sus anteriores deficiencias, desarrollarán sus habilidades hasta grados poco usuales.

Al mismo tiempo, las personas con asma continuarán buscando compulsivamente su mirada de aprobación, un reconocimiento de valía interno.

La búsqueda narcisística de aprobación, y la no resolución de la misma, generan gran parte de los problemas de ansiedad, depresión, y distorsiones en su autoimagen.

Lowen (1984) considera la negación y represión de sentimientos (uno de los síntomas psicológicos en las personas con asma) como el principal problema en el trastorno narcisista.

No permitir que la persona exprese por medio del cuerpo lo que desea que se comunique, hace que este contenido presione por aparecer y salga a escena en forma de enfermedad psicósomática: asma, úlcera, etc. O en cuadros médicos más graves.

La represión emocional también se asocia a la rigidez corporal. Es por eso que el trabajo en enfermedades psicosomáticas puede potenciarse al centrarse en liberar estos bloqueos corporales que afectan la experiencia consciente integral.

Además, como menciona Arnheim (1966, ed. castellana 1988, p.241), “la danza es un indecente abandono al instinto, lo que da razón de su efecto terapéutico saludable sobre las personas emotivamente inhibidas.” Por ejemplo, González M. (1998) menciona que bailar puede ser una forma de establecer contacto con otros, tocar y ser tocado, un espacio que permite la expresión de la sexualidad, de la sensualidad.

Todo esto hace claro que se requiere un tratamiento integral (no solamente médico o psicológico) para que el asmático empiece a conocer su enfermedad y a vivirla no como una desgracia, sino como una de tantas circunstancias vitales para el autodescubrimiento y así ampliar su panorama. No se propone eliminar el tratamiento médico, se propone complementar el trabajo médico con alternativas que multipliquen la disposición y apertura de la persona con asma para trabajar hacia el reestablecimiento de su salud en la medida de lo posible.

Las enfermedades psicosomáticas, particularmente el asma, requieren de manera intrínseca de un trabajo interdisciplinario exploratorio integral. Un taller de psicodanza puede coadyuvar al trabajo de prevención y tratamiento del asma ofreciendo ciertos beneficios adicionales.

1- Promover una mejoría en la autoimagen del paciente asmático por medio de técnicas encaminadas a un conocimiento más profundo del propio cuerpo.

2- Se debe buscar que a través de los otros participantes en el taller, el paciente pueda aprender y desarrollar formas creativas de comunicación y relación.

3- Un mayor conocimiento del cuerpo debe conducir a la eutonía. Esto es, la disposición y uso de la energía disponible por medio de una tonicidad flexible y adecuada a las demandas del medio ambiente. Evitar así los excesos de la ansiedad o los déficit de la depresión.

4.- La hipersensibilidad característica del asmático, al ser sublimada por medio de la danza permitirá encontrar y desarrollar en él habilidades artísticas que puedan brindar un aporte a la sociedad y así favorecer su interés social.

Es por esto que esta investigación busca resolver la pregunta:

1.2- Pregunta de investigación.

¿La psicodanza es una propuesta de tratamiento complementario adecuada a las necesidades de personas mexicanas con asma?

Objetivos.-

Como primer paso, esta investigación propone:

1.- Elaborar un marco teórico que permita enmarcar y fomentar la puesta en práctica de un primer taller de psicodanza para mexicanos con asma. Debido a que se busca realizar un trabajo integral, la investigación se realizará desde diversos enfoques teóricos.

2.- Dar a conocer la psicodanza, sus objetivos, metodología y beneficios a nivel psicológico.

3.- Ofrecer un panorama general sobre el tratamiento del asma como enfermedad psicosomática y elaborar una justificación teórica que permitiera integrar la psicodanza como tratamiento adicional para el paciente con asma.

1.3- Justificación.-

El asma es una enfermedad que se conoce bien y se ha venido tratando desde hace mucho tiempo por diversos medios y con diferentes resultados. Sin embargo, los esfuerzos realizados no han alcanzado a cubrir la extensión total del problema. Cada vez hay más personas con asma y los problemas que esto conlleva. Los profesionales de la salud tenemos la responsabilidad de trabajar de manera conjunta para que este sector de la población se beneficie con programas que busquen favorecer el bienestar biopsicosocial del individuo.

Se han realizado estudios que buscan una mayor integración del trabajo psicológico a realizar en las personas con asma, con los síntomas médicos. (Martín, 1976; Gavito, 1980; Rabadán, 1985; Blanco, 1989; Ávalos, 1996; De Hinojosa, 2000; y Flores, M. y Jiménez. 2001).

Pero en el estado actual de la investigación sobre las relaciones bidireccionales entre factores psicológicos y enfermedades; Buela, De los Santos, Carretero y Cochinero (2002, p. 28) sugieren que todavía no se puede hablar de certeza total.

(...) encontramos que la gran mayoría de las veces no se conoce ni el origen de ciertas alergias que podrían deberse a factores psicológicos (o no) ni la influencia que algunos factores psicológicos tienen en su desarrollo (...) Es escaso el conocimiento sobre las implicaciones que las alergias podrían tener (sobre el funcionamiento psicológico de las personas que los padecen)

Knapp y Creer (1963, citados en Locke y Colligan, 1986), al observar mayor dependencia en los niños con asma; comentan que en realidad, no se puede saber si ésta es resultado de la enfermedad o más bien su causa.

Respecto al desarrollo de un programa de psicodanza como terapia complementaria para problemas relacionados con la salud, se encuentra que es una propuesta novedosa y potencialmente útil en varios sentidos.

En Cuba, el empleo del arte en la atención a individuos y grupos es relativamente popular, pero Llera de la, y Reyes (2000) consideran que su desarrollo técnico y sistematización desde el punto de vista científico aún son insuficientes.

La psicodanza es un tipo de terapia utilizada en nuestro país, pero existe relativamente poca bibliografía que permita un mayor desarrollo y sistematización. Esto ha hecho que por el momento, la psicodanza sea poco conocida y menos aún canalizada a toda la población que podría beneficiarse de ella.

En México, se han realizado algunos trabajos que proponen la utilización de la psicodanza como medio de trabajo terapéutico (Reyes, 1995; López, Orozco y Pérez, 1996; Rogel y Servín, 2000). Pero estos trabajos se han realizado enfocados a poblaciones con distintas necesidades a las de personas con asma.

En Cuba se han realizado trabajos de psicoballet con personas asmáticas y se han obtenido resultados exitosos (Fariñas y Hernández, 1993). Sin embargo, no existe bibliografía disponible de este trabajo. Sólo se realizó un video a la venta en Cuba.

No existe bibliografía sobre trabajos de psicodanza realizados con población mexicana con asma.

II EL ASMA

En este capítulo se tratarán aspectos relacionados con el asma. Primero se ofrecerá una definición del asma y se hablará sobre su etiología. Después se hará una comparación entre la respiración normal y la respiración asmática. Se expondrán síntomas físicos y consecuencias psicológicas para la persona con asma. Se explicará la relación del asma con el ciclo de la experiencia propuesto desde el enfoque de la psicoterapia Gestalt. Finalmente, se hablará del asma como una enfermedad psicosomática y se mencionará el tema de las ganancias secundarias. En el anexo 1 se muestra una sinopsis sobre el tema del asma.

2.1. ¿Qué es el asma? ¿Cuáles son sus causas?

De pronto, me siento perseguido por la buena suerte. Todo me sale bien. Disfruto de salud, de amor y de dinero. ¿Qué hice? ¿Qué debo hacer para merecerlo? ¿Es una más de tus pruebas Dios mío?
(Sabines, 1997 en *Preocupación de Job*, p.75)

En griego, asma significa estrechez del pecho. (Dethlesen y Dahlke, 1991). La raíz de angustia significa angosto, podría ser como la sensación de pasar por un lugar estrecho.

El asma es una enfermedad respiratoria crónica y controlable. No es una enfermedad contagiosa. Los bronquios son la parte de las vías respiratorias formada por dos brazos en que se divide la tráquea. (Ver Anexo 2) Las principales características del asma son: hipersensibilidad en los bronquios y sus ramificaciones ante factores ambientales, infecciosos, alérgicos, endocrinos o psicológicos; e inflamación de la vía aérea. Los músculos de las glándulas bronquiales se expanden y se comprimen provocando que las cavidades por donde pasa el aire queden inflamadas, llenas de mucosa y obstrucción. Los síntomas principales son: tos, silbidos en el pecho (sibilancia), dificultad para respirar y a veces flemas. En ataques graves de asma, labios y uñas pueden presentar un tinte gris o azul.

El reporte del panel de expertos en educación nacional sobre el asma (Bierman et al., 1996) define el asma como una enfermedad de los pulmones con las características de: 1) obstrucción aérea reversible (aunque no en todos los pacientes ocurre por completo), 2) inflamación de las vías respiratorias y un 3) incremento en la respuesta del sistema ante una gran variedad de estímulos.

Gómez, Bocanegra y Sierra (1982, p.353) definen así el asma:

El asma es un síndrome de etiología diversa, que se identifica por crisis paroxísticas de disnea fundamentalmente respiratoria condicionada por una disminución del calibre de los bronquios y bronquiolos produciéndose estertores silbantes y jadeo al paso del aire con la respiración, con atrapamiento (sic.) del mismo en los pulmones

No existe una etiología claramente descrita, sin embargo, diversos factores de riesgo han sido estudiados como coadyuvantes en la aparición de la enfermedad.

En la Guía para el manejo del asma en pacientes adultos (1996) se habla de que algunos factores predisponentes incluyen una historia familiar de asma y la exposición a factores alérgenos. La alergia se refleja en una tendencia a producir niveles anormalmente elevados de Inmunoglobulina E en respuesta a la exposición a agentes ambientales.

Algunas sustancias pueden estimular al sistema inmunológico para que reaccione y tras una primera exposición, la persona puede quedar sensibilizada a una sustancia. La siguiente vez que se expone a la misma, una reacción inmunológica puede conducir a la inflamación de las vías aéreas, que a su vez, conducen a la aparición de los síntomas. Sobre factores causales comunes, se puede mencionar: ácaros, animales domésticos, mohos, pólenes, productos químicos, aspirina y ciertos analgésicos antiinflamatorios.

Algunos otros factores predisponentes incluyen: la exposición al humo del tabaco, bajo peso al nacimiento e infecciones virales. Sobre este último punto, existen especulaciones sobre cómo la presencia de ciertos tipos de infecciones en las etapas tempranas pueden disminuir el riesgo de alergia, y por lo tanto, el riesgo de que se presente el asma alérgica (Huerta y Penagos, 2004). Como factor contribuyente al aumento del asma se indica la “*hipótesis higiénica*, según la cual, la excesiva higiene de los niños en la actualidad, impide que su organismo madure en el aspecto inmunológico y eso propicia que se padezcan enfermedades de tipo alérgico”. (López, 2004, citado en Madrid, 2005)

Se ha clasificado como desencadenantes de una crisis de asma a: cambios bruscos de clima, humedad, irritantes en el aire, contaminación, ejercicio, infecciones respiratorias, inhalación pasiva del cigarro, reflujo gastroesofágico, embarazo, períodos menstruales, menopausia y tensiones emocionales.

Entre estas tensiones emocionales, cabe mencionar síntomas depresivos y de ansiedad, como lo reportan investigaciones hechas por Fisher y Creer (1991, citados por Ávalos, 1997)

Es importante saber que el asma tiene distintas manifestaciones en cada paciente, por lo que es necesario que la persona conozca las características generales del asma, la forma en que la enfermedad se manifiesta en sí mismo y las causas que la desencadenan.

Existen diversas formas de clasificar el asma, sin embargo, la más usada por el personal médico y los pacientes es la que toma en cuenta la severidad de los síntomas. (Ver anexo 3)

La correcta clasificación es importante, porque redundan en buenas decisiones sobre opciones de tratamiento a seguir. Sin embargo, el estudio realizado por España (1997) sugiere que tal vez no se están haciendo suficientes esfuerzos en esta área. Sólo el 40% de los pacientes del estudio fueron clasificados y medicados de acuerdo a la norma. Valdría la pena ampliar la muestra de este estudio para tener conclusiones más definitivas.

Cabe mencionar que existen diversos protocolos en cada país sobre la forma de tratamiento del asma. Para mayor información se pueden consultar en la página <http://www.asmayepoc.com> los siguientes consensos sobre asma bronquial:

- 2004 British Guideline on the Management of Asthma
- Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA)
- Iniciativa global para el asma, GINA 2004 (OMS)

Las especificaciones que muestran estos protocolos internacionales tratan principalmente sobre formas de tratamiento médico. También señalan la influencia de factores social-afectivos en el desarrollo de la sintomatología. Pero para abordar este problema sólo se aconseja la educación del paciente y su familia sobre el asma y el uso de planes de automanejo relacionados con la medicación y los síntomas. Se menciona la terapia familiar muy brevemente, pero no se ofrecen directrices claras sobre el apoyo psicológico que ésta deba brindarle al asmático. Refieren estudios sobre el uso del deporte, la yoga, la hipnosis y medicinas complementarias para el tratamiento contra el asma y se discute su impacto sin resultados concluyentes ni detalles u observaciones a seguir.

2.2. La respiración normal. La respiración asmática.

“Respirar es vivir. Respirar es espíritu, es movimiento. (...) La respiración refleja el espíritu y cuando el espíritu está quebrantado, se respira poco o nada.” (Braddock, 1995. ed castellana, 1999, p. 68)

La respiración normal.-

Chiozza (1997) explica que durante la inhalación, la acción muscular baja el diafragma y levanta las costillas ensanchando el pecho. Entonces la presión empuja el aire dentro de la cavidad del pecho ensanchada. (Ver Anexo 4.)

Nuernberger, (1996) señala que exhalamos aire cuando las contrapresiones (influidas por la elasticidad de los pulmones y la estructura externa de la cavidad del tórax) fuerzan a la totalidad de la estructura a adquirir la posición original. Chiozza (1997) continúa diciendo que durante la exhalación, los músculos descansan, el pecho se estrecha y el aire es expelido. La frecuencia es controlada principalmente por el centro respiratorio bulbar, que responde a cambios en el nivel iónico de hidrógeno y anhídrido carbónico en la sangre; así como por otros factores: cambios de temperatura, actividades motoras, alteraciones neurovegetativas.

El oxígeno que se difunde a través de las membranas capilares de la red que rodea a los alvéolos, se combina con la hemoglobina en los glóbulos rojos. Esta sangre oxigenada, bombeada por el corazón llega por las arterias a las células de los tejidos (los cuales necesitan quemar oxígeno par obtener energía para sus procesos)

El anhídrido carbónico realiza el camino inverso, circulando en la sangre como ión combinado con la hemoglobina y como gas disuelto. Después se difunde en los pulmones y se exhala.

Nuernberger señala que la respiración profunda, o diafragmática ejerce un masaje en los órganos internos, empujándolos hacia atrás y hacia delante. Esto contribuye al intercambio gaseoso de la sangre en estos órganos y es uno de los beneficios de esta respiración.

Sánchez y Lima (1969) subrayan que incrementar la capacidad vital (volumen de aire que expulsan los pulmones por medio de una espiración forzada después de haber realizado una inspiración profunda) es importante, pues permite la existencia en la sangre

de una cantidad suficientes de oxígeno y una muy conveniente eliminación del CO₂. Sugieren aprender la manera correcta de respirar, en particular, aprender a espirar lenta y prolongadamente el aire de los pulmones. Vaciando nuestros pulmones, podemos volverlos a llenar con aire nuevo que contenga un alto porcentaje de oxígeno. Cabe mencionar que no se debe ir al otro extremo: la hiperventilación (donde se respira rápido y profundamente) porque se perderá demasiado bióxido de carbono y se producirá alcalosis respiratoria. Principalmente se debe buscar que la respiración sea rítmica y lenta para conservar el equilibrio.

Además, podría ser que reproduciendo ciertos patrones respiratorios (con sus correspondientes posturas y gestos faciales), la persona pueda conectarse mejor con determinadas emociones. Bloch (2002) y su equipo han estudiado patrones respiratorios específicos de cada una de seis emociones básicas (amor erótico, ternura, alegría, miedo, tristeza y enojo). Proponen así un método terapéutico el *alba emoting*; según el cual toda persona puede conectarse físicamente con sus emociones básicas, expresarlas, reconocerlas y modularlas creativamente; así como reconocerlas en otros y transmitir las. Así, la respiración podría empezar a verse como una herramienta que permite a la persona reconectar su mundo interno con su cuerpo.

La respiración asmática.-

“Sólo se recuerda lo que no cesa de doler”
(Nietzsche, s.f. citado en Aguilera et al. 1998, 2ª reimp. 2002, p.76)

Es muy difícil hacer una generalización en cuanto al asma, pues cada paciente vive de manera diferente los síntomas de la enfermedad. Pueden variar los factores desencadenantes, la intensidad y los factores psicológicos asociados.

Schilder (1935) sugiere que todo cambio operado en la función de un órgano interno, puede modificar con el tiempo, su anatomía. Refiere en específico que cuando el asma es de origen psicógeno, no tarda en registrarse un cambio en la estructura del órgano implicado.

Debido a la inflamación en los bronquios, la respiración se torna difícil particularmente en la fase pasiva de la misma (la exhalación). La obstrucción de las vías

aéreas, así como la hiperreactividad bronquial influyen en que la persona desarrolle una respiración anormal, una respiración superficial.

Ésta hace que el aporte de oxígeno a la sangre sea deficiente, haciendo que el corazón y los pulmones trabajen más para lograr la cantidad de oxigenación apropiada. (Nuernberger, 1996) Y no limpiar suficientemente el CO₂ del torrente sanguíneo y su difusión a los órganos del cuerpo, ha sido sugerido como posible factor de riesgo para quedar más susceptible al cáncer. (Reich, 1955)

Además, cualquier estado emocional, como la ansiedad (que tiende a presentarse en el ataque asmático) o el enfado, interrumpe los patrones respiratorios. Se producirá una respiración irregular y arrítmica, lo que redundará en un desequilibrio de la descarga simpática y parasimpático en otras palabras, estrés.

Los medicamentos broncodilatadores que se pueden usar para contener un acceso agudo de asma, tienen como posibles efectos secundarios un aumento en la frecuencia cardiaca, nervios y temblores. Así, el niño puede aprender a relacionar la calma y alivio producido por el medicamento, con sensaciones corporales de excitación.

La repetición de los episodios asmáticos termina por debilitar al sistema inmunológico por la presencia de sustancias como el cortisol y otras derivaciones del hipotálamo que atacan directamente las células del sistema inmunológico; como las NK, linfocitos T y otras. (Ávalos, 1996) Bajo el estrés, se anula la resistencia inmune (aunque de forma temporal), para lograr una conservación de energía que dé prioridad a la emergencia más inmediata. Pero si el estrés es constante e intenso, esta anulación puede volverse duradera. (Rabin, 1989, citado en Goleman, 1995, edición castellana 1996)

Un desequilibrio entre las dos ramas del sistema nervioso vegetativo, unido a mecanismos inmunológicos; ha sido propuesto como base fisiopatológica del asma bronquial. Tanto el sistema inmune como el equilibrio del sistema nervioso vegetativo están regulados por la función hipotalámica. Y éste a su vez, desempeña una función de regulación de la vida instintivo-afectiva. (Gila y Mateos, 1991)

La comprensión del mecanismo de la respiración asmática y de la diferencia con la respiración normal es necesaria para que la información sea inscrita en el autoconcepto de la persona con asma con mínimos sentimientos de vergüenza y autorrechazo. Pero también,

la comprensión de las consecuencias, debe hacer que el asmático se motive y busque aprender y practicar una respiración adecuada.

Asimismo, el trabajo interdisciplinario requiere que el psicólogo sea capaz de establecer una comunicación eficaz con el personal médico.

2.3. Síntomas físicos y consecuencias psicológicas en el paciente.

“(…) ¿Cómo podía arriesgar la única vida que conocía, cuando parecía una posibilidad tan remota llegar a ser una gloriosa criatura alada?(…)”
(Paulus, 1992, p. 80)

Además de los síntomas principales físicos antes mencionados, (tos, silbidos en el pecho, dificultad para respirar, a veces flemas y en ataque graves de asma, labios y uñas pueden presentar un tinte gris o azul), se calcula que entre el 75 y el 85% de los pacientes asmáticos también tiene alergias.

Generalmente, el asma aparece entre el primer y el tercer año de vida, aunque hay pacientes que desarrollan asma tardía (les inicia en otras etapas de su vida). Considerando las etapas del desarrollo de la personalidad según la teoría de Freud, podemos situar la génesis del conflicto asmático en las etapas oral, anal. Sin embargo, se considera que el asma es un conflicto primordialmente de rasgos orales porque involucra el proceso de respiración, que aparece tan pronto nace el individuo.

Para Erikson, (1950, ed. castellana, 1976, pp. 222-223) cada etapa de la vida conlleva un reto. La primera etapa involucra la adquisición de confianza en sí mismo y en el mundo:

El estadio general de confianza implica no sólo que uno ha aprendido a apoyarse en la igualdad y continuidad de proveedores externos, sino también en que uno confía en sí mismo y en la capacidad de los propios órganos para superar las urgencias, y que uno es capaz de considerarse a sí mismo lo suficientemente merecedor de confianza como para que los proveedores no necesiten ponerse en guardia, temerosos de ser atacados.

Si bien nunca se resuelven de todo los retos, es importante que se resuelvan en una medida suficiente para encarar las demandas de la siguiente etapa del desarrollo. Conflictos en esta etapa minarán la confianza básica de la persona durante su desarrollo.

Vázquez (1996) menciona que el asma tiene consecuencias psicológicas en el paciente:

La ansiedad se presenta durante el episodio asmático porque los esfuerzos por compensar la limitación en el flujo aéreo aumentan la activación emocional que desencadena la hiperventilación, lo que aumenta la bronco-constricción aún más. La ansiedad se presenta al no poder controlar la situación. Hay una intermitencia de las crisis por la gran variedad de estímulos provocadores y esto provoca una mayor incertidumbre y un aumento de actividad cognitiva considerable en relación con la aparición de las crisis (expectativas, creencias, etc.). La ansiedad se presenta por el aumento en la activación física y una atención excesiva a estímulos circundantes. Este exceso de atención se presenta cuando el paciente no conoce cuáles son las circunstancias que favorecen o empeoran el desarrollo de su enfermedad.

También lo confirman Gila y Mateos (1991). Explican que tres características fundamentales del asma: intermitencia, variabilidad y reversibilidad; colaboran a dar un matiz diferente a la ansiedad asociada con el asma respecto a otras patologías crónicas. La intermitencia y reversibilidad del estado asmático otorga un carácter de imprevisibilidad al ataque, lo que provoca problemas cognitivos o de expectativas. La gran variedad de estímulos que pueden provocar una crisis crea una ansiedad que puede desembocar en ataques de pánico.

La depresión se da cuando se percibe una falta importante de control sobre la enfermedad, lo que conlleva a pasividad e inhibición (indefensión aprendida). A partir de aquí la depresión puede desarrollarse cuando la pérdida de salud es importante. El paciente hará un peor seguimiento del tratamiento y se desarrollará una mala evolución de la enfermedad.

Gila y Mateos (1991) alertan que el estado depresivo desencadena falta de motivación, apatía, reacciones pobres ante las señales de crisis y mala adherencia terapéutica. Y como irónicamente señala Siegel, B. (1989) ver muchos médicos diferentes,

reunir montones de opiniones contradictorias y fármacos experimentales, para luego no seguir ningún tratamiento hasta el final; es una forma segura de empeorar si uno ya está enfermo.

Cabe mencionar que las quejas somáticas son frecuentes debido a la necesidad del paciente de estar atento a cada síntoma físico. El paciente desarrolla una actitud ansiosa y vigilante. (Vázquez, 1996).

También pueden presentarse las quejas somáticas debido a que cuando hay dolor orgánico, se altera de inmediato la estructura libidinal del modelo del cuerpo. Ahora todas las energías fluyen hacia el órgano enfermo y el modelo postural del cuerpo recibe una sobrecarga de libido narcisística en la parte dolorida. (Schilder, 1935). Esta sobrecarga hará que la energía libidinal disponible en el resto del cuerpo disminuya.

Freud (1914) señala que la energía libidinal dirigida a objetos eróticos se retrae en presencia de una enfermedad orgánica; hacia el yo, para destacarla de nuevo hacia la curación.

Békei (1984) menciona como característica típica del niño con enfermedad psicósomática, una imagen corporal distorsionada y una disociación entre la mente y el cuerpo que redundan en fallas en la simbolización de los afectos. La carencia de palabras para nombrar o distinguir afectos se llama alexitimia.

Fine (1963) indicó que los niños con asma tienen más baja su tolerancia a la frustración y fallas en el control afectivo y esto puede redundar en trastornos del comportamiento. Vázquez también menciona que los trastornos del comportamiento se pueden presentar como consecuencia de la tensión y frustración que se producen ante las restricciones al hacer ejercicio en los niños en edad escolar. Esto baja su competencia social y aumenta en algunos casos el comportamiento agresivo

También pueden presentarse déficit perceptivos y de atención en asmáticos graves persistentes, así como alteraciones a la hora de planear y ejecutar tareas visuales y táctiles. Esto no se explica con problemas de falta de oxígeno en el cerebro, por lo que se hipotetiza que puede deberse a bajo funcionamiento psicosocial, absentismo escolar y una actividad motora reducida (por sobreprotección familiar).

Buela et al. (2002) suponen lógico que a consecuencia de síntomas alérgicos incapacitantes (que es una de las causas posibles del asma más frecuentes) se presenten sentimientos de vergüenza, miedo, inhibición, ansiedad y aislamiento.

Al trabajar con pacientes con cáncer, Halprin (1997) encontró que la gente que está crónicamente enferma siente vergüenza y desconfianza de su cuerpo (y por extensión, de sí mismos). Es común que traten de escapar a estos sentimientos y empiecen a depender totalmente del exterior como medio de escapar al dolor de tener un cuerpo enfermo. La dependencia en los demás es un comportamiento común en los asmáticos. No sólo sus familias comienzan a sobreprotegerlos, sino que ellos empiezan a buscar ser protegidos o auxiliados por alguien más.

Sin embargo, cabe resaltar que aún no hay acuerdo entre los síntomas psicológicos que pueden esperarse relacionados con el asma. De Hinojosa (2000) reportó diferencias significativas entre el grupo de asmáticos y el de no asmáticos sólo en los rasgos de dependencia. Esto confirma una de las conclusiones de Fine (1963) sobre la personalidad del niño asmático. Pero De Hinojosa no encontró diferencias en agresión, rasgos orales y temor al abandono. Esto contradice los resultados de Fine, quien estableció que los asmáticos son más hostiles que el promedio (aunque tienden a reprimirlo), y tienen impulsos orales prominentes (posiblemente encubiertos en las niñas asmáticas).

Pocos autores señalan rasgos positivos relacionados con la personalidad del asmático o como resultado de la enfermedad.

Pierson (1988, citado en Blanco, 1989) reportó que en los Juegos Olímpicos de Los Ángeles en 1984, 11.2% de los atletas tenían bronco espasmos inducidos por el ejercicio; y aún así obtuvieron buenos resultados en las competencias. El autor menciona que sí es posible llevar un adecuado control de la enfermedad y lograr altos méritos deportivos.

En México, un ex medallista olímpico de natación es asmático y dedica parte de su tiempo a dar pláticas motivacionales. Y existe un exitoso músico mexicano que toca instrumentos de viento y que también es asmático.

Obstfeld y colab. (1975, citados en Chiozza, 1997) señalan que la función pulmonar que implica compartir algo en común (el aire) se conecta con la capacidad de empatía y deseo e comunión. Vázquez (1996) menciona que una característica positiva que es factible

de desarrollarse en el niño con asma es la empatía y la sensibilidad. A los asmáticos se les pregunta a menudo cómo se sienten, por lo que deben desarrollar capacidades de introspección.

Békei (1984) menciona que los niños con enfermedad psicosomática tienden a ser inteligentes y exitosos.

En general, la connotación de la enfermedad tiende a ser negativa y esto puede incidir directamente en el autoconcepto y la confianza básica de la persona con asma.

2.4 Las alteraciones en la respiración y su relación con el ciclo de la experiencia.-

Desde el punto de vista de la Psicoterapia Gestalt la respiración es un ancla que favorece el proceso básico del *awareness*. El ciclo de la experiencia es un modelo que describe la versión Gestalt del funcionamiento orgánico (que involucra la totalidad de la persona) y la relación que guarda con los procesos corporales; por lo que se explicará aquí la relación entre el ciclo de la experiencia y la respiración. La interrupción de la base corporal de este funcionamiento es la base del dolor emocional y la enfermedad.

La persona puede intervenir activamente para disminuir o modificar la respiración. Reich (1955) explica que la respiración superficial puede involucrar contener el aliento, mantener tensión en la región abdominal (a menudo iniciada como forma de impedir la expresión de una emoción intensa como la ira o el miedo), los hombros echados hacia delante rígidamente, la frente presionada; y otras acciones intencionadas del sujeto.

Kepner (1987) explica cómo los problemas respiratorios afectan cada una de las fases del ciclo de la experiencia; y propone líneas de tratamiento surgidas a partir de éstas formas de interacción.

La primera fase está relacionada con las sensaciones y la capacidad para experimentarlas. Cuando las sensaciones son perturbadoras y no es posible evitarlas, una manera de enfrentarlas es alterar la percepción de la sensación. Y una de las formas de desensibilizarnos de la experiencia es por medio de interferencias en la respiración; lo cual limita la capacidad de sensación adormeciendo tejidos corporales y limitando la aparición de sentimientos.

La segunda fase está relacionada con la organización de las sensaciones en “todos significativos” que guíen e influyan en nuestro comportamiento. Una limitación en la capacidad de organizar la información se manifiesta en el mecanismo de la proyección de la experiencia corporal. Se niega parte de la experiencia cuando la persona considera su cuerpo (como es el caso de muchas enfermedades psicosomáticas) como algo que le sucede, ajeno al sí mismo.

La fase de movilización y preparación para la acción involucra cargar y contener la energía necesaria de manera rápida (estando alerta) y por medio de apoyos internos (postura, alineación corporal y tono muscular). La regulación del nivel de energía está a cargo de la respiración. Pero la energía es bloqueada comúnmente por temor a la excitación o a las emociones fuertes. Y de nueva cuenta, una forma de bloquear la regulación de la energía es alterando la respiración. El proceso por el cual la movilización se inhibe o distorsiona es la *retroflexión*. Consiste en: 1) hacer a uno mismo lo que originalmente estaba dirigido hacia el entorno. Esta es la base de muchos síntomas psicosomáticos; 2) cuando el movimiento hacia el entorno es inhibido físicamente, y éste se contrarresta por una fuerza equivalente en los grupos musculares opuestos; o 3) hacer a uno mismo lo que se quisiera recibir del entorno. En este mecanismo, presente en la respiración asmática, se envuelve una polaridad entre la expresión y la contención; y esto conduce a tensión.

Para poder poner al organismo en contacto con los aspectos del entorno que son necesarios para el crecimiento en relación con el entorno presente; se requiere de una fase de acción saludable. Esta se apoya de una respiración natural. Pero la fase de acción puede interrumpirse por medio de la *dispersión*. Esto consiste en utilizar y dividir la energía en diferentes objetivos; distrayéndola de su objetivo real.

La fase de contacto incluye el intercambio que ocurre en el encuentro del sí mismo y del otro. Se considera la contracción/relajación muscular una forma de regular el contacto. Cuando hay problemas en la permeabilidad uno queda a merced de fuerzas externas, por lo que quedan dos opciones: renunciar al sí mismo o sobrelimitarse.

Puede considerarse que esta polaridad queda expresada por medio de la obstrucción de los bronquios y la consecuente alteración en el funcionamiento de la respiración.

Finalmente, el ciclo de la experiencia termina con una fase de retroceso y asimilación, que es importante para el reestablecimiento del límite del sí mismo y conlleva a la liberación de energía y atención para algún nuevo ciclo. Las dificultades se observarían como forma de desorientación, sentimientos de vacío y temores de ser abandonados en ese vacío interior.

2.5. El asma: una enfermedad psicosomática.

“Si partimos de la premisa de que a menudo los fracasos son sumamente funcionales, podemos ver que, en cualquier tipo de relación, encontramos con frecuencia que un aparente callejón sin salida está puesto al servicio de algún propósito todavía indefinido e indeterminado.”

(Siegel, B. 1986, citado en Siegel, B. 1992, edición castellana 1995, p.146)

El término “psicosomático” proviene de las raíces griegas Psyché (Alma, soplo, aliento, ser vivo, vida y espíritu) y Soma (cuerpo). En general, se utiliza para mencionar la relación bidireccional existente entre el cuerpo y factores psicológicos y más comúnmente para definir la relación ente enfermedades y factores de personalidad e historia psicoafectiva.

Lipowski, 1986 (citado en Caballo, Buela-Casal & Carrobles, 1996, p.442) define la medicina psicosomática como:

Una disciplina que trata sobre el estudio de las correlaciones entre los fenómenos psicológicos y sociales con las funciones fisiológicas, normales o patológicas, y sobre la interrelación de los factores biológicos y psicosociales en el desarrollo, curso y resultado de las enfermedades; y la defensa de una aproximación holista respecto al cuidado del paciente y la aplicación de los métodos y técnicas derivadas de las ciencias conductuales para la prevención y el tratamiento de la morbilidad humana.

Doltó (1984) menciona que el trastorno psicosomático es la repetición amplificada de una disfunción pasada, real o imaginaria del cuerpo del paciente. El cuerpo pasa a “ser como” un sustituto del compañero contemporáneo de un duro trance asociado al trance de hoy. Es como un compañero que lo comprendería y no lo dejaría solo con su herida.

González J. (1992) menciona que cuando los afectos y emociones (hostilidad y cariño) no pueden expresarse abiertamente, se presentan con mayor facilidad los trastornos psicosomáticos. La alergia queda encerrada en el cuerpo de forma crónica y modifica el

comportamiento de uno o más órganos de forma permanente o en períodos cíclicos donde el mal funcionamiento del órgano acumula o da contenido a la expresión de un conflicto. No es la acumulación de energía, sino el contenido inconsciente simbolizado lo que da sentido al trastorno psicosomático.

Uno de los ejes en los trastornos psicosomáticos es la sensación de angustia ante la presencia del síntoma. Para Freud (1895, citado en Rabadán, 1985), el ataque de angustia era consecuencia de una condición hereditaria o constitucional a la que se agregaba una causa específica: acumulación de excitación sexual somática que al llegar al aparato psíquico se desvía y se produce un aprovechamiento anormal de dicha excitación. Se pueden unir causas auxiliares, tales como influencias nocivas como el sobresalto, la emoción, el agotamiento por exceso de trabajo o enfermedad.

La aparición del asma generalmente es en los primeros años de vida. El pequeño se relaciona con el mundo por medio de sensaciones corporales, y es por este medio que expresa sus necesidades. Un trauma en este primer estadio o bien una actitud materna que no satisfaga las demandas del niño ocasiona mayor propensión a los trastornos psicosomáticos. (González, J., 1992)

Quizás por eso Dychtwald (1977) señala que siguiendo el método de *rolfing* (mediante el cual se masajea el cuerpo con el fin de liberar traumas crónicos y así incrementar salud y vitalidad); aparecen repetidas veces sentimientos de abandono y descuido cuando se trabaja en liberar el pecho de la persona.

Los niños pequeños cuando se pelean con los padres tienen los músculos del abdomen muy tensos, lo cual los fuerza a respirar con el pecho. El miedo tensa los músculos del estómago, impidiendo los movimientos diafragmáticos. Los traumas psicológicos que se enfrentan a medida que el individuo crece, inciden en la adopción de patrones respiratorios poco saludables. (Nuernberger, 1996) Esto coincide con la observación sobre la tensión abdominal que hace Reich (1955, edición castellana 2002, p. 240). “La inhibición de la respiración, tal cual se encuentra regularmente en los neuróticos, tiene, desde el punto de vista biológico, la función de reducir la producción de energía en el organismo, y, de tal forma, reducir la producción de angustia.”

La forma de neurosis dependerá del factor etiológico específico procedente del desarrollo de la libido. La primera huella de angustia se resignificará cuantas veces se sienta: la separación de la mamá, angustia de castración, miedo a perder el amor de los padres, etc. Freud (1926) propone que quizás los síntomas son creados para librar al *yo* de tal situación. Si se impide la formación de síntomas, surge la situación de peligro, análoga a aquella primera en que el *yo* estaba inerme contra las exigencias instintivas en aumento continuo; la primera y más primitiva condición de angustia.

Sobre la situación de desamparo por la separación materna, Szyniak (2005) menciona que se formarán huellas corporales de este duelo no realizado, y así, él considera a las afecciones corporales como una forma de llamado al otro.

En relación al asma, Sheldon Selesnik (1963, citado en Rabadán, 1985) habla de una falta de herramientas en los niños asmáticos para tolerar los cambios del crecimiento.

Aunque se conoce desde hace tiempo la relación de los conflictos emocionales internos con la enfermedad, la importancia de los primeros es reconocida tardíamente. De los pioneros en hablar de esta relación y que se reconocen como base en el estudio psicosomático del asma son French y Alexander (1943). Ellos mencionan que el asma bronquial se relaciona con conflictos emocionales diversos, supresión de emociones intensas, amenaza a la relación de dependencia y a la seguridad basada en ella y conflictos sexuales reprimidos.

Franz Alexander (1971, citado en Rabadán, 1985) dice que en el asma bronquial la necesidad no es la de ser alimentado, sino la de ser protegido por la madre o por la imagen interna de ella. El asma es como el llanto reprimido hacia la madre. Resalta entonces, lo señalado por Knapp (1963), quien nos recuerda que una fuerte descarga del sistema parasimpático (que sufre un desequilibrio en la crisis asmática), tiene como resultado el llanto.

Es interesante anotar que un ejercicio de danzaterapia que Fux (1989) califica de “tremendamente conmovedor y muy impactante”; sea un reencuentro entre el mundo de adultos y el cordón que nos liga a la propia madre desde lo interno.

Cabría preguntar: ¿porqué las personas con asma reaccionan con tan extremo desamparo a conflictos que son en general universales? ¿Por qué se reprime el llanto en las

situaciones que precipitan los ataques de asma? ¿Y por qué el conflicto neurótico elige en algunos casos el camino de la exteriorización somática en vez del de la psíquica? Como menciona Onnis (1985), los autores que han intentado responder a estas interrogantes, terminan con la necesidad de incluir factores constitucionales. Por ejemplo, French y Alexander (1943) sólo aventuran que tal vez se deba a tipos emocionales hereditarios asociados a hipersensibilidad alérgica; y a hechos típicos en la historia infantil de los pacientes, como excesivas demandas maternas de independencia y autosuficiencia prematura.

Un autor que modifica la comprensión del problema es Erikson (1950, ed. castellana, 1976, p. 224), quien señala que “los niños no se vuelven neuróticos a causa de frustraciones, sino a la falta o pérdida de significado social de estas frustraciones.” No es entonces, el abandono materno, en general universal; o la cantidad de tiempo con la madre lo que determina el problema. Es la pobre calidad del vínculo y de la comunicación lo que parece aumentar las probabilidades de desarrollar sentimientos de desconfianza básica.

Lowen (1985) también apunta sobre las repercusiones de las fallas en la relación materna temprana. Menciona que la represión del anhelo (que atendiendo a sus raíces significa: respirar con dificultad) materno da lugar a un niño prematuramente independiente. Suelen ser precoces en el habla y en la inteligencia, pero son niños que en realidad no se sienten seguros sobre sus piernas. Los primeros recuerdos del carácter oral tienden a revelar sentimientos de abandono y desesperanza.

Y es que según Viorst (1986) la presencia de la madre es el equivalente a la seguridad. El temor de perderla es el que más tempranamente aparece. Con el temor de la separación se establecen vínculos ansiosos y furiosos y se termina por ahuyentar a quien se ama.

El enfado es una señal de alarma que nos permite identificar cuando nos están haciendo daño y cuando nuestras necesidades no están siendo atendidas. No debería ser reprimido y acumulado hasta el punto en que éste, de manera natural, tienda a expresarse de algún modo inadecuado o disfuncional para el individuo. Acostumbrarse al enojo, hará que la persona crea que forma parte de su ser y el enfado empezará a formar parte de la identidad del individuo. Kúbler-Ross (2002) nos propone que se debe aprender a escuchar

las sensaciones físicas que nos alertan sobre sensaciones de enojo. Se deben separar viejos sentimientos de enojo de lo que constituye nuestra identidad. Y empezar a recordar las verdaderas raíces del individuo.

Miller y Baruch (1967, citados en Rabadán, 1985) mencionan que en el asmático hay un bloqueo de los sentimientos hostiles como si a través de la enfermedad el chico se liberará de su hostilidad, pero paradójicamente la dirigirá hacia sí mismo.

Este bloqueo es un problema, porque se requiere de la movilización de energía agresiva y su expresión como enojo; para poder recuperar la integridad corporal perdida después de que la frustración del placer conduce a la persona a un retiro del impulso. (Reich, 1955, citado en Lowen, 1995)

Otra teoría es manejada por Gauthier (1978, citado en Rabadán, 1985), quien habla de que el ataque puede preceder a una posible crisis emocional significativa dentro de la familia. La crisis se presentaría entonces como ahorro para el sufrimiento familiar.

También Siegel, B. (1992) menciona casos en los que el paciente descubrió que su enfermedad podía mantener unida a su familia, ya que los padres, al colmarlo de atenciones, se centraban en la enfermedad del niño y se olvidaban de sus problemas matrimoniales.

Pero ¿qué es lo que hace que se presente un determinado trastorno psicosomático y no otro?

El Manual de Psicopatología y trastornos de la personalidad (Caballo et al., 1996) menciona como trastornos relacionados con el estrés los trastornos vasculares, respiratorios, inmunológicos, la artritis reumatoide, los trastornos endocrinos, los gastrointestinales, la diabetes y la hipoglucemia, el dolor crónico y las cefaleas, los trastornos bucodentales, los dermatológicos, los sexuales y los musculares. Entre ellos está el asma.

¿Existe alguna ventaja en la simbolización del problema por medio del trastorno respiratorio sobre otros tipos? ¿Significa algo los problemas en la respiración?

Algunos autores así lo consideran.

Schnake (2001) lamenta que se ha despersonalizado a los órganos, que no se les reconozca lo bien diseñados y organizados que están para cumplir sus funciones y la extrema armonía que logran mantener entre ellos. Para ella es deplorable que no se pueda

captar que los mensajes se expresan del modo más claro en el órgano en que lo hicieron. En el trabajo con síntomas, se consideran características de la persona análogas a características de la estructura del cuerpo donde se presenta el síntoma. Por ejemplo, considera que el pulmón es: “dependiente, pasivo, no discrimina, flexible, blando, permeable, (tiene) gran capacidad de contacto, delicado, vulnerable, recibe como sea.” (Schnake, 2001, p. 108) Y considera que los bronquios son: “irritables, semi rígidos, transmisores.” (Schnake, Op. Cit. p.107) Una vez que se ha adquirido conocimiento sobre el órgano en cuestión, se organiza una fantasía guiada y un diálogo; anotándose cualquier dificultad, descubrimiento o sensación y actitud percibida. El objetivo es ayudar a que la persona se haga responsable de su enfermedad y entienda el mensaje que éste le trae a su persona, aprovechando esta formidable vía para trabajar con toda la estructura caracterológica de quien consulta.

Dethlefsen y Dahlke (1983) traducen el intercambio de gases con el medio ambiente --presente en la respiración-- en temas relacionados con el contacto de la persona asmática con su medio. En específico mencionan que el asmático:

1) desequilibra la relación dar-recibir. Toma demasiado, se asfixia y ya no le es posible dar a los demás;

2) tiene un deseo de inhibirse. La estrechez en el pecho tiene relación con el miedo, con el miedo a admitir ciertos aspectos de la vida;

3) tiene un afán de dominio e insignificancia. Algunos autores consideran que las ganancias secundarias que obtiene el asmático son razón suficiente para afirmar que el asmático se sirve activamente de sus síntomas para ejercer el poder sobre su entorno. En ese sentido, el carácter del asmático comparte algunas similitudes con el histérico. Sin embargo, así como crece su pretensión de poder, también crece su sensación de insignificancia y desamparo. Esto se relaciona con los resultados de Flores y Jimenez, (2001), quienes encontraron que las personas con padecimientos psicósomáticos de su investigación, estaban en general de acuerdo con la idea de que *para ser considerado valioso se debe ser muy competente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos*. Lógicamente, esta creencia en el enunciado traerá sentimientos de frustración y autodevaluación.

Es por esto que plantean que el asmático debería preguntarse sobre aspectos de su vida en que quiera tomar sin dar; si puede reconocer concientemente su agresividad y exteriorizarla; cómo se plantea el conflicto dominio/desvalimiento; aspectos de la vida que valora negativamente y rechaza; si le es posible sentir el miedo y aspectos de su vida que trate de evitar, que considere sucios, bajos o inmundos.

Canteros (1979, citado en Chiozza, 1997) dice que el ataque asmático repite un modelo basado en el nacimiento. El primer momento del ataque es retentivo simbiótico (como un útero que no estimula el desprendimiento del feto) y el segundo momento es como el nacimiento mismo; un corte brusco que lleva a la sensación de desamparo y a desarrollar angustia catastrófica.

La primera acción de independencia psíquica es la respiración al nacer. Quizás por eso el conflicto entre dependencia (apego) e independencia se manifieste en problemas de respiración en personas con enfermedades psicosomáticas. (Békei, 1984)

Los problemas respiratorios, según González, J. (2001), podrían representar la necesidad de recuperar su espacio y sus límites ante una madre asfixiante. Célérier, Oresve y Janiaud-Gouitaa (1999) mencionan que en el asma hay una interacción entre el discurso de la mamá y el síntoma del hijo, Éste responde a las expectativas de la madre quien le considera asmático, teniendo un ataque. Parece como si la ruptura entre madre e hijo no se consumara de verdad. Así, estos autores proponen que el médico debe tratar de separar el discurso de la madre del síntoma del hijo.

Bajo el enfoque psicocorporal, la persona con carácter oral (en el que podría inscribirse la problemática de la persona con asma); gasta más energía de la que posee (ya que no ha sido alimentado por otros ni por sí mismo y la energía que sí posee la gasta en reprimir hostilidad), dando por resultado una baja en los niveles bioenergéticos del individuo, observable en la respiración.

Dethlefsen y Dahlke (1983) señalan que la enfermedad hace curable al ser humano, pero sólo si éste aprende a oír y ver lo que su enfermedad viene a decirle.

Este mensaje corporal se constituye, según Kepner (1987) de polaridades, o de la escisión del funcionamiento de la persona en fuerzas opuestas. Por ejemplo, al contener el llanto, existe una necesidad de expresión y una necesidad de detener la expresión. La forma

de trabajo deberá entonces, permitir que ambas partes se expresen, se hagan conscientes, se desarrolle la aceptación de las mismas y se encuentren nuevas formas de ajustes creativos entre el sí, el entorno y el funcionamiento orgánico propio.

Brofman (1993) aventura que cuando se comprenda el lenguaje expresado a través del cuerpo, se aprenderá a leer cada vez con mayor rapidez los mensajes del Yo y se empezará a funcionar hacia la armonía interior. Entonces, ya no habrá razón para escuchar mensajes yoicos a través del síntoma y se caminará hacia la salud.

Las ganancias secundarias.-

“Una mañana, después de un sueño intranquilo, Gregorio Samsa se despertó convertido en un monstruoso insecto”
(Kafka en *La metamorfosis*, 1915, edición castellana 1988, p. 11)

Doltó (1984) señala que existen diferencias entre el trastorno psicossomático y el histérico. El paciente con trastorno psicossomático encaminará sus energías hacia el personal médico y el paciente histérico lo hará hacia sus relaciones afectivas importantes.

Además, el trastorno psicossomático en general tiene sus síntomas en el sistema vegetativo y el paciente histérico en el sistema autónomo.

Célérier et al. (1999) distinguen entre los mecanismos neuróticos de condensación y desplazamiento causa de trastornos funcionales (como en la conversión histérica); de los mecanismos narcisistas; que consideran causa de la descompensación en las enfermedades psicossomáticas. Señalan que la persona se verá afectada cuando la pongan en una situación en que a sus propios ojos, ella ya no valga nada.

También, el trastorno psicossomático se diferencia de la hipocondriasis porque sí es posible encontrar evidencia médica de la enfermedad. Existen signos físicos que ayudan a diagnosticar asma. Las dificultades se centran más bien en los síntomas del asma. En general, la manera de vivenciar la enfermedad conlleva angustia y esto hace que la evaluación de los síntomas por parte del paciente sea exagerada o desproporcionada para el personal médico.

Muchos autores consideran que hay una gran manipulación de los síntomas del asmático en busca de ganancias secundarias.

Por ejemplo, French y Alexander (1943) hacen un paralelo de esta búsqueda de ganancias secundarias en el paciente con asma, con la utilización de los síntomas histéricos; ya que mencionan que ambos son utilizados con el deseo de lograr determinados fines.

Gardner, J. (1969, citado en Gavito, 1980) menciona como características del asmático la hiperreactividad y la manipulación talentosa. Y Creer y Yoches (1971, citados en Gavito, 1980) mencionan que los asmáticos manipulan profesores y a otras personas para que los ayuden, además de que exhiben patrones inadecuados en su interacción con otros y conductas no académicas.

Oldham, J.; Key, T.; y Yaro, I. (1988) señalan que la manipulación del otro a menudo se convierte en un hábito y se realiza ya de manera inconsciente. La manipulación puede conducir a resultados negativos porque llega a sustituir la comunicación genuina con los otros y mantiene la dependencia de las respuestas que el otro pueda dar a las necesidades de la persona.

El término “manipulación” que se utiliza en estas descripciones del asmático, contiene una carga peyorativa referente a formas de control injustas y fraudulentas. Sin embargo, Kepner (1987, p. 142) comenta sobre el tema, que la primera definición del término en realidad habla sobre: trabajar; operar con las manos, especialmente con habilidad. Su acepción positiva se refiere entonces a “la capacidad para funcionar de modo activo y hábil para cumplir con las propias necesidades” (...)

¿Dónde está la línea que separa el modo sano de cumplir con las propias necesidades del modo injusto y fraudulento? Pongamos un ejemplo: Ramírez, Flores, Pedroza y Valle (2003), mencionan que hay pacientes que pueden utilizar sus síntomas o provocárselos para conseguir ganancias. La frase “si no me dan lo que quiero me va a dar asma” sugiere 3 cosas: a) que el niño quiere algo y está pidiéndolo, b) que considera que tiene cierto control sobre su enfermedad, c) y que considera que evitar el síntoma es razón suficiente para obtener lo que pide. Ante esta frase, los padres generalmente reaccionan dándole al niño lo que pide (lo cual puede acentuar la creencia de que los síntomas de asma merecen recompensa) o negándoselo sin explicar claramente en qué consiste el problema (lo cual puede acentuar la creencia de que el niño no merece pedir y no obtendrá lo que busca). Ramírez et al. (2003), recomiendan decirle al niño que él es responsable de su

problema y tratamiento, y consideran que así el niño dejará de utilizarlo para obtener ganancias. Pero esto no ayuda al niño a comprender que sus necesidades sí son válidas y que el problema está en exigir ganancias por medio de síntomas costosos para toda la familia (incluyéndolo). No le ayuda tampoco a lidiar con los sentimientos normales de frustración cuando no obtiene lo que pide. La familia continuará con este problema mientras el niño no sustituya la conexión hecha entre síntomas y ganancias secundarias (aunque sean frustradas) por habilidades de comunicación genuina y directa con su familia.

La manera en que el médico conciba la falla del asmático y su familia en la expresión de sus necesidades, influirá en su trabajo terapéutico con él. Tizón, (1988) enumera esperanzas y miedos que en general se presentan en los pacientes y en los doctores a la hora de entrar en una relación terapéutica. El paciente por un lado, tiende a esperar que se le permita descargar su ansiedad y sus quejas y que le quieran y le traten bien. Y es frecuente que tema que se le culpe, que se le castigue, que se le abandone y no se le haga caso. El doctor espera ser útil y demostrarlo, comprender y ser tolerante con el paciente. Tiene temor de que no se le valore y que se la abandone.

El grado de éxito en la formación de la alianza terapéutica necesaria será determinado por la forma en que se trabajen (por medio de un equilibrio entre gratificación y frustración) estas esperanzas y miedos con base en las características tanto del terapeuta como del paciente.

González, J. (2001) apunta que en el trabajo con adolescentes, el terapeuta debe promover el desarrollo de la alianza terapéutica con el paciente, para brindar la confianza y seguridad que promueven el insight necesario para descubrir factores psíquicos que aumenten la vulnerabilidad psicosomática.

Por esto, también se deberían realizar estudios sobre la contratransferencia negativa que el paciente con asma puede despertar en el terapeuta. Un paciente del que se desconfía (porque intentará manipularlo) y sobre el que se tiene un mal concepto (Rabadán, 1985, encuentra que el niño asmático tiene problemas emocionales, ansiedad, agresión reprimida, sentimientos de inadecuación, es depresivo, regresivo, dependiente, se aísla, no socializa normalmente y tiene necesidad de expulsar), difícilmente inspirará una relación de confianza y honestidad entre terapeuta y paciente. Célérier et al. (1999) señalan que puede

haber enfermos que los médicos no pueden curar porque más o menos inconscientemente no quieren curarlos. Se despiertan sentimientos de rebelión y de asco ante pacientes percibidos como agresivos o muy negativos; lo cual impide que la consulta se lleve a cabo como corresponde. Se anima inconscientemente al paciente a que no vuelva más por su consulta.

La relación terapéutica no implica tampoco, que el terapeuta se convierta en proveedor de las necesidades del paciente, reproduciendo o favoreciendo así los vicios en las relaciones objetales del paciente. El diálogo terapéutico que favorece el desarrollo de la persona, involucra una relación de persona a persona en donde ambos se ponen en contacto con toda la honestidad que les es posible.

El diálogo terapéutico involucra a la totalidad del paciente y del terapeuta. Chiozza, (1992, citado en Schnake, 2001, p.49) menciona que:

Para que el órgano hable es necesario que el psicoanalista pueda contraparticipar en la conversación, a partir de la conciencia de su contratransferencia, teñida con la especificidad de cada uno de los órganos y cada uno de los trastornos que le impone.

III TRATAMIENTOS TRADICIONALES PARA EL ASMA.

En este capítulo se expondrán tres tratamientos tradicionales para el asma; el tratamiento médico, la terapia Cognitivo Conductual y la terapia familiar.

Finalmente, se expondrán algunas limitaciones de estos tratamientos tradicionales para asmáticos.

3.1. Tratamiento médico.

(Unión internacional contra la tuberculosis y las enfermedades respiratorias, 1996).

El manejo de los pacientes con asma a largo plazo tendrá como objetivos: evitar hospitalizaciones y las visitas a urgencias; minimizar el ausentismo escolar y estimular la práctica de actividades deportivas. Todos estos objetivos deberán lograrse con el menor número de medicamentos y efectos secundarios.

Por eso, el manejo del niño asmático incluye educación sobre el asma, eliminación en lo posible de estímulos ambientales y farmacoterapia.

El tratamiento médico debe organizarse de acuerdo a cuatro puntos importantes:

1) Escuchar al paciente.

Se debe comprender el modo en que percibe la enfermedad, los conocimientos que posee sobre el asma y su tratamiento, el impacto de la enfermedad sobre su calidad de vida y la demanda terapéutica (qué espera conseguir con el tratamiento). Esto concuerda con las recomendaciones de Bierman et al. (1996) quienes señalan que el médico debe tomarse el tiempo para preguntar al niño: qué significa su asma para él, qué le molesta sobre su asma, qué problemas le ha creado, qué tratamientos ha probado y con qué resultados, qué espera del tratamiento, qué le preocupa sobre las medicinas y qué espera de esa visita al doctor. Mencionan que a menudo, los pacientes tienen reservas ante los medicamentos por sus efectos secundarios o las posibilidades de adicción a las mismas; pero no las expresan. Por eso, para evitar que los pacientes disminuyan su adherencia al tratamiento, el doctor debe asegurarse de establecer una relación de confianza y honestidad para resolver junto con el paciente sus inquietudes.

El niño con asma rara vez acude solo al doctor. Ante los padres y el niño, el doctor debe tomar una postura neutral, dándole a cada uno la oportunidad de expresarse. Si el doctor sólo escucha a los padres o al niño, estará entrando en una dinámica familiar nociva, tomando así alianzas y dando como resultado que la consulta se contamine con energía transferencial negativa. Rodríguez (2000) señala que la relación con el médico es intermediada por la madre en ambos sentidos de la información: niño-madre-médico y médico-madre-niño. Pero en una investigación realizada con niños asmáticos de países de la UE y de EU, se encontró en sus relatos, que “el niño se siente fuera del circuito de la información, a pesar de ser el protagonista principal de la consulta.” (Op cit. p, 6) No se debe olvidar quién es el protagonista principal a quien también se debe escuchar.

2) Educar al paciente.

La enfermedad debe ser explicada con un lenguaje sencillo que le permita comprender el diagnóstico exacto. Es importante que se le explique lo que puede conseguir con el tratamiento para que se convenza de la necesidad de seguir un tratamiento prolongado. Rodríguez (2000) registró el testimonio de algunos niños que señalan que al ir al pediatra, no entienden sus términos y tienen vergüenza de preguntar.

Los conocimientos básicos que el asmático debe tener son sobre: los tipos de medicamentos, qué hacer en caso de empeoramiento y cambios en su estilo de vida. Esto es importante porque redundará en una adecuada adherencia al tratamiento, o en mal seguimiento del mismo y en futuras complicaciones. Por ejemplo, los medicamentos que sirven para atenuar una crisis, no deben confundirse con los que son preventivos, éstos contienen sustancias (corticoesteroides) de las que no debe abusarse; ya que a largo plazo debilitan el sistema inmunológico. Algunos de los síntomas secundarios relacionados con los medicamentos indicados para el asma son: temblores, aumento en la frecuencia cardíaca, nervios, dolor de cabeza, de estómago, dolor abdominal, náuseas, vómito. Con respecto a los medicamentos que contienen cortisona, pueden ocasionar aumento de peso, elevación de la presión arterial, cataratas, debilidad ósea, debilidad muscular e hinchazón.

También se debe educar al paciente con conocimientos sobre la salud. Dyer (1976) sostiene que hay personas que eligen activamente la enfermedad. Constantemente elegimos lo que creemos que es mejor para nosotros. Si la salud deja de ser una utopía y el paciente

adquiere conocimientos que le permitan incorporar la salud a las decisiones presentes en su vida cotidiana, y comparar las ventajas de la salud contra las ventajas de la enfermedad; idealmente elegirá la salud.

3) Entrenar al paciente.

El paciente debe aprender la forma correcta de inhalar sus medicamentos y la forma de medir el flujo respiratorio máximo. Esta medición representa la mayor velocidad de flujo (litros/minuto) que se puede obtener durante una espiración forzada después de una máxima inspiración. Una vez que se determina el valor ideal, se clasifica conforme a porcentajes y al paciente le sirve para que sepa cuándo es urgente acudir a consulta y recibir algún broncodilatador de acción rápida.

Se debe seguir de forma metódica el tratamiento y ajustarlo para que responda a los cambios en los síntomas. De Hinojosa (2000) apunta que el tratamiento farmacológico debe atender el acceso agudo de asma, el factor etiológico y el preventivo. El éxito del tratamiento requiere que se desarrolle una estrecha y positiva relación entre el paciente y el trabajador sanitario.

La elección del tratamiento debe realizarse junto con el paciente para asegurarse de que será seguido. ¿El paciente puede pagar los medicamentos? ¿Sabe cómo inhalar? ¿Comprende el papel de cada medicamento?

4) Responsabilizar al paciente de su propia salud.

El objetivo final es conseguir que el paciente comprenda la forma en que su organismo responde ante la enfermedad para que él se responsabilice de cambiar de tratamiento cuando sea necesario. Para lograr este objetivo se crearon los planes de automanejo. En ellos, el paciente debe registrar su flujo respiratorio máximo en la mañana y en la noche. Debe anotar los síntomas que ha presentado, en qué magnitud y con qué frecuencia; y finalmente, debe registrar observaciones que le permitan a él y a su doctor comprender mejor las circunstancias que rodean los síntomas.

Estos planes de automanejo deben recibirlos todo paciente con asma grave o moderada que sepa leer y escribir y que tenga dispositivos para medir el flujo respiratorio.

En el tratamiento del asma, se recomienda la práctica regular de actividad física, aunque el personal médico no se encarga de diseñar programas de ejercicio para personas

con asma ni de prestar facilidades para la misma. El ejercicio no cura el asma, pero facilita y permite el correcto desarrollo físico y psicológico del niño, favorece la integración en el grupo, mejora la autoestima del individuo adolescente, mejora la condición física en general, permite mayor tolerancia al ejercicio, las crisis, en caso de aparecer, lo hacen para trabajos mucho más intensos, permite un mayor control de las crisis, mejora el conocimiento de su enfermedad y conlleva un establecimiento de dosis de medicamentos mejor ajustados.

Es mucho lo que la persona con asma puede hacer para mejorar su calidad de vida y prevenir, en la medida de lo posible; las consecuencias negativas del asma. Sin embargo, es importante que cada plan de acción tenga relación directa con las características individuales de la persona, sus recursos y sus deseos. De otra manera, el paciente se perderá en un mar de información que no lo llevará a ninguna parte y terminará por paralizarse y caer en la desesperanza. Cuando la identificación del objeto persecutorio en el medio externo resulta tan ambigua, es común que la persona termine por identificar dentro de sí los objetos persecutorios.

Un problema al que se enfrenta el asmático y su familia es que la lista de recomendaciones generales para la prevención del ataque asmático en el hogar, es muy larga, variada y pocas veces realizable.

Por ejemplo, Bustos y Bracamonte (1977) recomiendan a los padres de un niño con asma alérgica que: los muebles que acumulen polvo se retiren de la habitación, se aire la habitación y cierren ventanas y puertas en el dormitorio, se eviten corrientes de aire, se utilice el cuarto sólo para dormir, no guardar juguetes que puedan acumular polvo, no tener animales domésticos en casa, no usar insecticidas, talco o espirales para mosquitos cerca del niño y no fumar en la habitación. Además, las almohadas o colchones deben ser cubiertos con funda plástica o reemplazarse por material no alérgico y que las alfombras y cortinas sean de fibra sintética y lavadas con frecuencia.

Bajo el esquema de la medicina natural también se listan numerosas recomendaciones para la persona con asma. Lezaeta (1992) menciona que se debe congestionar la piel del enfermo con asma y normalizar su digestión, refrescando el interior del vientre con baños genitales y cataplasmas de lodo durante toda la noche. Sugiere una

dieta sin carnes, aliños ni excitantes y mejor frutas crudas o ensaladas. En casos agudos ortigar todo el cuerpo antes de cada frotación de agua fría para así descongestionar los bronquios.

Ante estas demandas de cuidado y atención de la persona con asma, comúnmente la dinámica familiar se ve fuertemente alterada y además se produce frustración al no poder realizar completamente la lista de recomendaciones. Gila y Mateos (1991) mencionan como consecuencia psicológica de la crisis asmática sobre la familia; que la madre puede (ante una mala información y apoyo médico) aprender a temer los más leves síntomas y en general al medio ambiente. Puede encerrar cada vez más al niño, sobreprotegerlo y coartarlo. Finalmente alertan que si su tolerancia llega al máximo, la madre del niño con asma puede derrumbarse.

Por eso debe explicársele a la familia del niño con asma que es importante prevenir en la medida de lo posible una reacción alérgica, pero es más importante aun que la familia conserve un adecuado clima afectivo. La comunicación equilibrada y afectuosa en los padres con el niño crea seguridad y ayuda a una maduración progresiva de cada miembro de la familia de la persona con asma.

3.2. El tratamiento Cognitivo Conductual.

“Las palabras que usas para describir tu experiencia crean tus creencias y por lo tanto tu realidad.”

(Brofman, 1993, ed castellana 2000, p.23)

Algunas características psicológicas que inciden en la evolución y pronóstico de la enfermedad del asma son:

- Comportamientos de autocuidado.
- Conocimientos objetivos sobre la enfermedad.
- Capacidad de estimar la obstrucción aérea. En caso de que no sea adecuada, esto va a conducir al paciente a medicarse en exceso o falta.
- Variable de personalidad pánico-miedo (lo que hará que haya una mala adecuación de las dosis de medicamento).
- Actitud hacia la enfermedad.
- Percepción subjetiva de los síntomas.

Es por esto que la Psicología Cognitivo-Conductual propone líneas de tratamiento específicas para el cuidado del paciente asmático. Vázquez (1996) menciona que los objetivos de estas líneas de tratamiento son lograr una mejor comprensión del trastorno, corregir creencias erróneas y cogniciones desadaptativas y estimular la creación de estrategias de afrontamiento que contribuyan a modificar secuelas conductuales y emocionales.

Entre las estrategias, para la modificación de cogniciones y emociones desadaptativas, se encuentran: la desensibilización sistemática, la terapia racional emotiva, la inoculación del estrés y paquetes Cognitivo Comportamentales.

La desensibilización sistemática asocia la relajación con elementos generadores de ansiedad relacionados con el asma. Estos elementos se clasifican según su capacidad de generar ansiedad y gradualmente se avanza hasta terminar trabajando con los elementos que más ansiedad le crean al paciente.

La terapia racional emotiva (TRE) emplea la representación de roles, psicodrama y otras ideas tales como la aceptación incondicional, reducir al absurdo las ideas creadoras de trastornos (“nunca habrá suficiente”), convencer a los clientes de que los demás pueden aceptarlos con sus fallas y establecer contacto con sus sentimientos “vergonzosos”. Ellis (1977, citado en Flores y Jiménez, 2001) agrupa en cuatro las formas de ideas irracionales más comunes. Estas son: demandas, incapacidad personal (locus de control externo), condenas, y catastrofización (esperar lo peor). De ellas, los pacientes con padecimientos psicósomáticos tienden a elegir la catastrofización como forma de lidiar con la angustia de la enfermedad. (Flores y Jiménez, 2001).

Griffith, J. & Griffith, M. (1994) indican que cuando la persona tiene historias personales que son destructivas, culpan, quitan poder o generan sufrimiento; se deben buscar narrativas contrarrestantes que protejan y curen al cuerpo.

Los paquetes Cognitivo Comportamentales tienen como objetivo revisar la historia de aprendizaje de conductas relacionadas con el cuidado de la salud y mejorar las habilidades de afrontamiento. Desde este enfoque, se puede considerar el asma como una respuesta aprendida. Por eso se busca que la persona con asma aprenda a respirar adecuadamente y a llorar.

Ávalos (1996) menciona que la autorregulación se refiere a acciones deliberadas que los individuos realizan con el propósito de percatarse de sus procesos internos para modificarlos en la dirección y en la medida de lo posible hacia donde se desea. Dyer (1976) propone que las personas que se preocupan en exceso (por ej. por su salud) podrían programar períodos exclusivos para la preocupación y hacerlos cada vez más cortos. También sugiere hacer un diario de preocupaciones en el que se anote si las consecuencias negativas se presentaron, en qué medida y si hubieron gratificaciones. Este diario de preocupaciones puede aumentarse a los planes de automanejo propuestos en *El manejo del asma en los adultos. Guía para países con escasos recursos económicos* (1996). El INER maneja actualmente un diario personal en que se indican datos de la flujometría, síntomas y tratamiento de la persona con asma.

Otra forma de regulación de los procesos internos se relaciona con el *biofeedback*, que consiste en utilizar un aparato externo para obtener información y mejorar el control de funciones corporales (como la respiración) reguladas por reflejos automáticos. Se han obtenido resultados mixtos con ésta técnica. Miller (2001) apunta que el biofeedback enfocado en la relajación y la respiración diafragmática; ayuda a que disminuya la severidad de los síntomas, el uso de medicinas y visitas de emergencia y aumenta la función pulmonar. Pero Coen, Philip, McGrady et al. (1996, citados en Huntley, White y Ernst, 2002) sólo observaron una disminución de la severidad en los síntomas (no significativa estadísticamente), pero no el aumento en la función pulmonar. Y Lehrer et al. (2004) alertan que es necesaria mayor investigación para entender bien los mecanismos de acción del biofeedback y sus efectos a largo plazo, antes de recomendarse como alternativa al uso de medicamentos contra el asma.

Finalmente, Brofman (1993) considera que el terapeuta debe ofrecer retroalimentación al paciente, reconociendo y estimulando los avances en su tratamiento. La retroalimentación no solo incluye información sobre cambios físicos, sino también sobre cambios en los patrones mentales asociados a la enfermedad. Para la persona es de capital importancia saber que áreas se han aclarado de su conciencia y que formas de pensar estaban relacionadas con el síntoma.

3.3. La terapia familiar

“Rabí, ¿quién pecó, él o sus padres para que haya nacido ciego?” Respondió Jesús: “Ni él pecó ni sus padres; es para que se manifiesten en él las obras de Dios.” (...) Dicho esto, escupió en tierra, hizo barro con la saliva, y untó con el barro los ojos del ciego y le dijo: “Vete, lávate en la piscina de Siloé. Él fue, se lavó y volvió ya viendo.

(Juan 9:1-6, en la *Biblia de Jerusalén*. 1992)

McDougall (1989, citado en González, J., 2001) indica que los elementos relacionados con el inicio y formación de los trastornos psicossomáticos son:

- 1) Madre desamparadora. Se trata de una mamá con problemas para interpretar las comunicaciones de su hijo, las que coacciona por sus propios deseos. Esto lleva al bebé a sentir rabia y frustración; lo que a su vez puede llevarlo a construir radicales modelos de prevención contra las crisis afectivas.
- 2) Imagen escindida de la madre. Una es la madre idealizada y la otra la frustrante y rechazante, con la cual tiende a identificarse el adolescente.
- 3) Rol del padre sin importancia. La madre no encuentra un complemento en su esposo y le transmite al hijo la idea de que no le otorga valor al padre.
- 4) Alexitimia y pensamiento operatorio (palabras desligadas de los sentimientos); son características esenciales que se instalan en la persona con trastornos psicossomáticos.
- 5) Angustia ante el desamparo materno. Las defensas del niño se ven rebasadas.
- 6) Vulnerabilidad a los trastornos psicossomáticos, ante acontecimientos relevantes como pérdidas o abandonos.

Se subraya entonces, que las relaciones objetales primarias juegan un papel importante en la génesis de los trastornos psicossomáticos. Debido a lo anterior, existen líneas de investigación que proponen que estos trastornos deben ser tratados por medio de la terapia familiar.

Vázquez (1996) postula que en la familia “psicossomática” se presenta algunas de las siguientes alteraciones en su dinámica:

- 1) Sobreprotección.
- 2) Sobreinvolucramiento de la familia. Son miembros que viven aglutinados entre sí. Son intrusivos en pensamientos, sentimientos y acciones del otro.

- 3) Alteración de la cohesión familiar. Es común que hayan distintos criterios educativos, lo que termina por originar nuevas peleas entre la pareja a cargo del niño. Por otro lado, los hermanos pueden estar secretamente envidiosos de la atención que recibe el hermano con asma y esto dificultará la relación con el paciente.
- 4) Reglas rígidas sobre el alimento, horarios para salir a la calle, actividad diaria, juego y ropa.
- 5) Los papás pueden usar al niño para agredir a la pareja o chantajearla. Cuando hay un conflicto conyugal oculto, el asma funciona como economía de conflictos, pues la atención se centra en los problemas relacionados con el asma y el sistema disfuncional familiar pasa a un segundo plano. Sin embargo, no debe considerarse que la persona con asma es una víctima, pues la familia trabaja como sistema en el que todos colaboran en el estado actual de la misma.

Es por esto que el psicólogo familiar debe analizar el significado que la enfermedad tiene para la familia, la historia y conducta del niño, la relación entre estados emocionales y la enfermedad, la relación y comportamientos de los miembros del grupo familiar y las modalidades de comunicación de la pareja y sus relaciones con el niño.

Cualquier concepción que la familia tenga sobre la enfermedad debe ser externalizada y reconocida por el psicólogo para así poder elegir la mejor estrategia terapéutica.

Bustos & Bracamonte (1977, p.117) alertan sobre las consecuencias de una connotación negativa del asma en la familia:

La palabra asma tiene una profunda connotación cultural de incurabilidad e invalidez. Por ello, la información de que el niño tiene asma, por lo general conmueve al grupo familiar y la angustia que se moviliza se traduce en sobreprotección. (...) Cuando la enfermedad se prolonga y se agrava es frecuente que se altere el clima emocional de la familia y que se desequilibre su economía.

La sobreprotección es una situación que puede ser controlada y superada en la medida en que se tome conciencia del problema y se empiecen a considerar los factores condicionantes del mismo, que se encontraban presentes en la personalidad de

(posiblemente) todo el grupo familiar. A veces el problema es sencillo y es resuelto con la sola información adecuada. “(...) padres informados, que saben exactamente qué tiene su hijo y cómo actuar, se sienten más seguros y transmiten esa seguridad al niño.” (Bustos et al., 1977, p.114)

Para Perls (1973, citado en Oldham y colab. 1988), es importante que exista un equilibrio entre nuestra capacidad para ser independientes y nuestra habilidad para pedir y aceptar ayuda externa. Así, se tendrá libertad máxima para elegir la fuente de nuestro apoyo; ya sea interna o externa.

La familia puede ayudar al asmático con inseguridad emocional, ayudándole a saber que sus padres lo aceptan y lo quieren. “La única forma de transmitirle seguridad a un hijo, de demostrarle que se le quiere, es comunicarse con él.” (Bustos & Bracamonte, 1977, p.114)

También, la familia debe procurar mejorar sus redes de apoyo. Bierman et al. (1996) encontraron que el aislamiento o pobres redes de apoyo de la familia, se correlacionaba en un 70% con variabilidad en la adherencia al tratamiento; y en un 17% con aumentos en las visitas a emergencias. Estas mejoras pueden lograrse en grupos de apoyo para asmáticos y familiares; donde no sólo obtengan información médica, sino apoyo afectivo y social.

3.4. Limitaciones de los tratamientos tradicionales para el asma.

“El cuerpo que habla constituye el inverso del cuerpo del cual se habla; pero para que se sepa, es menester que hable en su propio nombre y que se hable de él. Para que se sepa que se habla de él con el objeto de que no hable.”

(Le du, 1976, edición castellana, 1981, p.82)

Se ha escrito mucho sobre las características de personalidad del asmático, pero han faltado esfuerzos por resumir e integrarlas en un cuadro clínico más claro y que permita líneas de acción más eficaces. Considerar a la persona con asma como Martín (1976); quien menciona que el asmático: puede ser dependiente, infantil, pasivo, rígido, con pensamiento ingenuo, egocéntrico, con labilidad emocional, pobre comprensión de sus acciones y motivaciones, baja tolerancia a la frustración, susceptible, sentimental, desconfiado, suspicaz, apático, tímido, superficial, sumiso, excesivamente respetuoso con la autoridad, y psicosexualmente inmaduro e infantil; nos llevará a la conclusión a la que llega el autor: el

asma es un trastorno desadaptativo mayor con el cual difícilmente se podrá realizar un buen tratamiento. ¿Qué queda por hacer entonces? ¿No habrá forma de mejorar los mapas conceptuales relativos a la personalidad del asmático para que, guiados por ellos se puedan realizar esquemas de tratamiento coherentes y capaces de ayudar a la persona con asma?

No parece haber suficiente coherencia entre la cantidad y calidad de los problemas que aquejan a las personas con asma según diversos autores; y los objetivos de los tratamientos: médico, Cognitivo Conductual y terapia familiar dedicados al problema del asma.

Además de la obstrucción aérea, se considera que los asmáticos: pueden utilizar los síntomas para obtener ganancias secundarias, se enfrentan a ansiedad, depresión, múltiples quejas somáticas, pobres herramientas para enfrentarse a los cambios del desarrollo, imagen corporal distorsionada, dependencia-sobreprotección familiar, agresión, temor al abandono, alexitimia, baja tolerancia a la frustración, fallas en el control afectivo, estrés, seguridad básica deficiente y posibles déficit perceptivos y de atención.

En cambio, los objetivos de los tratamientos médico, Cognitivo Conductual y familiar se reducen en general a métodos para: restaurar la salud de las vías aéreas o mitigar los efectos de los síntomas, que el paciente aprenda técnicas de automanejo para disminuir la ansiedad, información sobre la enfermedad y mejores estrategias de afrontamiento y cuidado de la salud; y en la terapia familiar se habla sobre cómo disminuir la sobreprotección.

Cada uno de los tratamientos antes descritos tiene importantes contribuciones para el tratamiento y el mejoramiento de vida para la persona con asma. Sin embargo, el trabajo integral que el asmático requiere, queda limitado por estos enfoques ya que se abocan a tratar a la persona de manera parcial, en algunos casos buscando mejoras sólo en la esfera social, emocional o física; y en otros la simple disminución de los síntomas, sin buscar de fondo la salud de la persona.

No existe el tratamiento perfecto, por eso es importante conocer lo que diferentes enfoques han hecho y ha funcionado, para aumentar el panorama de posibilidades de la persona con asma. El mundo no es un lugar angosto y patógeno. Sí hay recursos. Como comunidad, debemos trabajar porque éstos sean difundidos y puedan llegar a quien los

necesite. Entonces, la persona con asma deberá trabajar por asimilarlos e integrar las nuevas posibilidades a su vida diaria.

IV LA PSICODANZA.

En este capítulo se ofrecerán antecedentes de la psicodanza, definiciones y objetivos; y se explicarán elementos constitutivos de esta terapia. Además, se integrará el tema de la respiración en la danza. Se finalizará con un apartado que desarrolle la relación entre la Psicología y la danza.

4.1. Antecedentes.

“As long as there is life, there will be dance.” (H’Doubler, 1998, p.168)

El hombre primitivo invocaba encantamientos y ejecutaba danzas tribales para ahuyentar espíritus del mal en el cuerpo del enfermo.

En Egipto antiguo se trataba con música a las enfermedades psicosomáticas.

En Grecia, el rito de la danza se dedicaba a los dioses paganos y socialmente se consideraba la danza como parte del entrenamiento físico y mental de los ciudadanos. (Fuentes, 1990)

En Italia, la tarantela daba ocasión a que grupos de personas danzaran al ritmo de la música durante largos períodos hasta que consiguieran “sacar los demonios”.

Pero fue hasta la Edad Media cuando la música y la danza se empezaron a ver con fines terapéuticos más expresamente.

Hasta 1904 se creó la escuela del Denishaw, donde se formaron algunas de las más grandes figuras de la danza moderna, entre ellas Marian Chance. (Vella, 2004). En ella se integraron elementos de la mitología griega y de la cultura oriental con los que expresaban sus ideas sobre la espiritualidad (Panhofer & Rodríguez, 2005).

Marian Chance es invitada en 1942 a desarrollar mejorías en la terapia de grupo para tratar a los veteranos de guerra y empieza a utilizar la danza como una forma de terapia. Sus aportaciones más importantes incluyen el uso del movimiento en la relación terapéutica; el uso de la palabra como reflejo del proceso individual y grupal; el uso de la

danza para la cohesión del grupo y el uso del ritmo como fuerza que ayuda organizar y clarificar. (Vella, 2004).

Otras figuras de la danza moderna, como Graham, Humphrey y Wigman; hicieron significativas contribuciones al reaccionar contra la disciplina en la danza tradicional, y sobre todo al cuerpo obediente de las limitantes de una danza creada por otros para otros. Como alternativa plantearon la concientización del propio cuerpo, su apropiación como instrumento expresivo y de libertad; y así proyectar al cuerpo no como objeto, sino ser un cuerpo vivido. Dieron preferencia al tacto sobre lo visual y buscaban primero que la danza fuera un vehículo de expresión de emociones. (Tortajada, 2001).

En 1965 se funda la Asociación Americana de Danza Movimiento Terapia.

Algunas escuelas sufi emplean ejercicios que buscan una sincronización ideal del cuerpo y mente. El baile del derviche es uno de los más conocidos y “su objetivo consiste en producir un estado de éxtasis ritual y acelerar el contacto de la mente del sufi con el mundo del cual forma parte.” (Burke, 1967, citado en Fadiman y Frager, 1976, ed. castellana 1979, p. 472) El éxtasis se considera una condición física que permite comprender ciertas experiencias interiores.

El psicoballet nace en Cuba en 1973 buscando la mejoría o cura de niños con alteraciones en la conducta. Después se amplió la gama de alteraciones tratadas y entre ellas se incluyó el tratamiento del asma por medio del psicoballet obteniendo buenos resultados.

En 1975 se funda la Asociación de Danza Terapia del Reino Unido. Países como España, Holanda, Italia, Alemania, Austria, Suecia, Noruega y Finlandia también cuentan con centros de formación en danza movimiento terapia (DMT). (Panhofer & Rodríguez, 2005).

Fariñas y Hernández (1993) mencionan que se están llevando a cabo estudios relacionados con el uso del movimiento y la música con fines terapéuticos en EU, Hungría, Munich, Hamburgo, Uruguay, Colombia, Nicaragua, Cuba, y Argentina.

En 2003, la Asociación de DMT del Reino Unido se integró al Consejo Nacional de las Profesiones de la Salud, con lo cual se reguló la danza movimiento terapia como

profesión propia del servicio nacional de la salud. (Scarth, 2003, citado en Panhofer & Rodríguez, 2005).

El psicoballet en México está representado en grupos en Córdoba Veracruz, en la UAP y en la Academia de ballet de Puebla; y en Oaxaca, donde existe un Instituto de Psicoballet.

En la ciudad de México, la academia de ballet de Coyoacán desarrolló durante años un programa para el tratamiento de invidentes con la práctica del psicoballet.

Actualmente, el departamento de investigación sobre la danza del CENART realiza un taller introductorio a la sensibilización por medio de la danza. Asimismo, los talleres libres de Coyoacán ofrecen cursos de danzaterapia.

Otras instituciones también ofrecen cursos limitados a públicos con determinadas necesidades, como el hospital psiquiátrico de San Fernando, que organiza desde 1997, talleres de psicodanza para los pacientes en hospital parcial, esto es, pacientes no dados de alta ni internos que regresan a realizar actividades periódicamente como rehabilitación. Rogel y Servín (2000) iniciaron e implementaron ahí un programa dirigido a pacientes con psicosis para mejorar su autoconcepto. Actualmente está a cargo de Servín y su población es más universal. También lleva a cabo el programa “danzaterapia para la atención de población vulnerable”. Aunque no se llevan registros estadísticos con los resultados de estos programas, se ha observado mejorías en el autoconcepto de los participantes y disminuyó el grado de reincidencia de los pacientes con los que se trabajó en el hospital Psiquiátrico de San Fernando del IMSS.

4.2. Definiciones y objetivos.

-“¿Me podría indicar por favor, hacia donde tengo que ir desde aquí?”

-“Eso depende de a dónde quieres llegar.” Contestó el gato.

-“A mí no me importa demasiado a dónde.” Contestó Alicia.

-“En ese caso da igual hacia donde vayas.” Interrumpió el gato.

“... siempre que llegue a alguna parte.” Terminó Alicia a modo de explicación.

“¡Oh! Siempre llegarás a alguna parte,” dijo el gato, “si caminas lo bastante.”

(Carroll, 1907, ed. castellana 1972 en *Alicia en el país de las Maravillas* p. 110)

Debido a que la técnica de la psicodanza es de reciente aparición y por ser una técnica que utiliza el lenguaje del cuerpo, se tienen pocos registros dedicados a limitar el terreno de la psicodanza. La danzaterapia y la psicodanza poseen límites poco definidos entre sí, por lo que en este trabajo se usarán los dos términos para referirse al proceso terapéutico que se propone como alternativa de tratamiento.

El psicoballet se encuentra un poco más definido, ya que el ballet es una técnica artística más estudiada y delimitada. Por sus características, podemos encontrar, una mayor necesidad de disciplina para desarrollar la técnica, uniformidad en cuanto a postura corporal y objetivos adicionales como el introducir a los participantes al arte del ballet. Y como López et al. (1996) señalan, el Psicoballet enfatiza más el aspecto médico y rehabilitador del individuo.

La psicodanza es un procedimiento psicoterapéutico mediante el cual, a través de la danza individual y grupal, así como técnicas de expresión corporal y juegos de rol, se busca aprender a expresarse en el lenguaje del propio cuerpo siendo dicho cuerpo y la danza los vehículos para comunicarse y el sonido y la música los soportes de la comunicación.

La American Dance Therapy Association (1965, citado en Fischman, 2004, p.1) define la danza movimiento terapia (DMT) como el “uso terapéutico del movimiento en un proceso que busca la integración física, cognoscitiva y emocional del individuo.”

Hölter y Panhofer (2005) establecen diferencias entre la danza terapéutica (en la que incorporan el trabajo de María Fux) y la danza movimiento terapia. Señalan que los objetivos de la DMT están dirigidos a las necesidades terapéuticas del grupo y población; mientras que la danza terapéutica tiene objetivos educativos, artísticos y terapéuticos pero en un sentido más amplio. En los grupos de danza movimiento terapia se tiene a menos participantes en general, y no se pone énfasis en componentes estéticos de su movimiento. Además establecen que se requiere indispensablemente de fundamentos teóricos de Psicología, terapia personal y supervisión clínica; a diferencia de la danza terapéutica donde pueden no presentarse.

Fuentes (1990, p.156) ofrece una definición de danzaterapia con base en sus objetivos y herramientas:

La danzaterapia constituye una terapia dinámica integral, es decir, se establece una dinámica especial de grupo que evita los sentimientos de insociabilidad y favorece la ayuda mutua y el compañerismo. También esta terapia da lugar a la autodisciplina, a la independencia responsable, a la educación de relaciones padre-hijo, etc. La danzaterapia al mismo tiempo cumple con un carácter específico al interactuar con el medio ambiente, hogar, escuela, familia, amigos, etc., imprimiéndose así un carácter dinámico. (...) La danzaterapia cuenta con los elementos suficientes para propiciar la sensibilización y el desarrollo de la posibilidad expresiva del cuerpo, así como la posibilidad de integrarse grupalmente. La danzaterapia demuestra que el lenguaje corporal funciona como elemento integrador y permite el logro de un intercambio expresivo.

El psicoballet utiliza al movimiento como instrumento terapéutico. Combina técnicas y métodos psicológicos, danza, música, expresión corporal, pantomima, dramatización y juego.

El estudio de la expresión corporal ofrece diversas herramientas que sirven de columna vertebral a la psicodanza y al psicoballet, por lo que también se mencionarán algunos autores del campo de la expresión corporal.

Objetivos de la danzaterapia

En el psicoballet propuesto por Fariñas (1999), se busca lograr el equilibrio psíquico y social del individuo por medio de la habilitación, rehabilitación o reeducación así como la corrección o compensación del defecto y el mecanismo de la autorrealización.

Además, se busca mejorar físicamente y crear habilidades motrices y artísticas. Éstas incluyen la corrección de posturas, coordinación muscular, elasticidad, salto, equilibrio, etc.

Es importante posibilitar la autoestima y la autorrealización al haber desarrollado confianza en el sí y en sus posibilidades e incrementado la autodisciplina y el autocontrol.

Se busca desarrollar relaciones interpersonales adecuadas, fortaleciendo lazos familiares, eliminando conductas sociales negativas y facilitando el aporte directo de la persona con deficiencias a la comunidad.

Al mismo tiempo, Llera de la, y Reyes (2000) consideran que la creación de grupos de danza en la comunidad, resulta un movilizador para la respuesta activa de la misma, a los problemas de salud; promoviendo la atención primaria de la salud.

Alexander (1976) menciona que, restaurando la sensibilidad de toda la superficie del cuerpo, habrá un mejoramiento de la imagen corporal.

Se busca complementar la educación integral y aumentar el horizonte cultural.

Sefchovich y Waisburd (1992, p.17) proponen que los objetivos al trabajar con la expresión corporal deben entenderse a partir del respeto a la unicidad de cada uno de los participantes y sus formas de aprender,

(...) movidos por la intención de desarrollar en ellos formas variadas de expresión creativa y autoconocimiento, de modo de propender al fortalecimiento tanto del cuerpo (músculos, articulaciones, etc.) como de su seguridad personal, su autoestima, su potencial creativo y la construcción de recursos internos a partir del conocimiento de sí mismo, sus límites y sus posibilidades.

Finalmente, para Fischman (2004), se debe percibir a la persona como totalidad dentro de un contexto. La función terapéutica implica como intencionalidad el contener todos los aspectos de la personalidad; como una “madre suficientemente buena que integra las distintas experiencias del bebé excitado, el bebé tranquilo, el satisfecho y el enojado” (Winnicott, 1957, citado en Fischman, 2004 s.p.).

4.3. Elementos en la psicodanza.

Además de la totalidad de la persona, la psicodanza involucra otros elementos:

1) El instructor. Muchas veces toma el rol de “padre” simbólico. Sandler (1973, citado en Rogel, 2000) menciona que la transferencia es cuando tras el contacto con una persona se desconoce al sujeto real, quien representa en alguna de sus características un volver hacia figuras objetivas primarias en el paciente.

Fux (1989, p.94) menciona las condiciones en que el danzaterapeuta ayuda al que lo requiere al encuentro de sí y la realización por medio del movimiento.

(El danzaterapeuta debe) integrar a través del movimiento creador al otro, al que está limitado, tratando de darle confianza en este cuerpo limitado, rescatar por medio de los estímulos con palabras que se hacen cuerpo, imágenes que ayudan, música, líneas, color y forma e impulsarlo, dejando el no puedo, confirmando con paciencia el tiempo del otro para que este encuentro sea un permanente estado de amor frente al otro, creyendo en sí y haciendo de puente hasta el infinito para recuperarlo y darle la extraordinaria alegría de realizarse con el movimiento.

Sefchovich y Waisburd (1992) hablan de que el instructor de expresión corporal es la persona responsable de crear un ambiente en el cual los alumnos puedan desarrollar sus habilidades y potencialidades (seguridad psicológica). Es quien conoce las necesidades de los participantes y el momento del proceso en que se encuentra cada uno de ellos y el grupo. El instructor debe respetar el ritmo, el “tiempo” personal de cada uno de los participantes y del grupo en general.

2) El otro. La persona desea ser objeto de deseo, y así mismo ser sujeto actuante y libre; para esto requiere al “otro”. Salzer (1981) señala que la expresión corporal tiene como un objetivo descubrir cómo el propio cuerpo es percibido por los demás; ya que existe un deseo fundamental de ser reconocido, de encontrar los contornos de la propia identidad, de ser amado o amada. También añade que por este medio se puede aprender a conocer el cuerpo de los demás, reconocer diferencias entre lo que el otro y la persona sienten al respecto de sus cuerpos, aprender a significar con el cuerpo y evolucionar en las dificultades y posibilidades en la relación con el otro.

La *función de contacto* puede ser terapéutica, porque el contacto corporal, en especial la caricia; moviliza, transforma y refuerza el continente de nuestra unidad. (Dropsy, 1973) Esto concuerda con lo expresado por Schilder (1935), quien menciona que los contactos con los demás y su interés por las distintas partes de nuestro cuerpo; son de gran importancia para el desarrollo del modelo postural del cuerpo.

Lowen, A. y Lowen, L. (1977) mencionan que hacer ejercicios en grupo es siempre más placentero y con mejores resultados que hacerlos solo. El grupo facilita aprender a observar la tensión corporal (porque es más fácil verla en otro) y proporciona apoyo y aliento ante la dedicación al trabajo corporal.

El otro puede ser alguien que participa en la misma clase pero también puede ser el espectador. “(...) El bailarín expone sus movimientos y su cuerpo para que lo vean los demás. Arte contagioso y suscitador, la danza atrae. Debe ser vista, percibida. (...)” (Dallal, 1988, citado en Carrera, 1993, p.53)

3) El objeto. “Para que el niño adquiera una cierta independencia, una cierta autonomía afectiva, es necesario que salga progresivamente de esa simbiosis tónico-

afectiva con la madre. Que ponga una cierta distancia, en principio, que acepte su ausencia.” (Lapierre y Aucouturier, 1967, versión castellana 1983, p.54).

Pero la angustia que la ausencia del otro provoca es tan fuerte que para superarla se requiere en un principio por un símbolo de su presencia, en este caso, el objeto transicional. Diferentes materiales como pelotas, telas de colores, periódico, serpentinas, etc. pueden servir como objetos transicionales.

4) El espacio, que representará el espacio psíquico. El salón donde se lleven a cabo las sesiones de danzaterapia debe posibilitar que cada participante pueda desenvolverse sin sentirse invadido, pero al mismo tiempo debe facilitar la interacción entre los mismos.

Laban (1975) concibe el espacio a partir del cuerpo del bailarín y sus límites, estando estos últimos delimitados por el radio de acción normal de los movimientos del cuerpo en su máxima extensión a partir del cuerpo inmóvil (kinesfera). Concibe 12 direcciones que resultan de combinar el movimiento a la izquierda o a la derecha y el movimiento hacia atrás o hacia delante.

5) El suelo. Es el contacto con la madre simbólica. “(...) vivir cerca del suelo es buscar la seguridad, la regresión que puede ir hasta el contacto afectivo con una superficie lisa (...)” (Lapierre y Aucouturier, 1967, versión castellana 1983, p.38).

6) La música. Sefchovich y Waisburd (1992) mencionan que es muy importante como herramienta de trabajo ya que tiene repercusiones en el inconsciente y la memoria auditiva. Asimismo, Fuentes (1990) señala que la danzaterapia se alía con la música para permitir una mayor sensibilización corporal. La música es un elemento que induce a la distensión y permite la adquisición del primer estadio de relajación: la hipotonía muscular. Esta relajación favorece la regulación de la respiración y facilita un mejor control tónico emocional, por lo que tiene un gran valor terapéutico.

Carrera (1993) apunta que la música debe poder acompañar y contribuir al significado de la danza rítmica y emocionalmente. Por eso es importante que el ritmo de la música y el movimiento puedan ser tanto up-beat como down beat. Halprin (1997) también resalta que en esta polaridad se encuentra una liga corporal y emocional. Relaciona ritmos up-beat con sentimientos de gran alegría y victoria; y ritmos down-beat con sentimientos de enojo y poder.

La danzaterapia permite la liberación y expresión de contenidos inconscientes, para lo cual puede ayudarse de la música pues:

Escuchar música es una actividad que permite al individuo descargar libido y agresión por medio de una identificación con el contenido de la obra. La salida de los impulsos y fantasías produce placer con goce por lo estético. Puede sentirse a la música como contenedor de fantasías inconscientes, como objeto que lo complementa y comunica algo. (Radchik, 1990, citado en Radchik, 1994, p. 15)

La música puede ser utilizada como objeto transicional, lo que se interrelaciona con la percepción de una madre idealizada. (Radchik, 1994)

7) El ruido. Es la afirmación de la presencia fuera de los límites corporales. Lapierre y Aucouturier (1967) mencionan que el ruido es la proyección simbólica del yo en el espacio. El ruido da volumen a la presencia del individuo y llena el espacio.

8) El movimiento. Simboliza la vida, la confirmación del sí.

Orlic (1967) propone seis movimientos básicos (proyección hacia arriba, hacia atrás, sobre sí mismo, extensión, hacia delante y toma de posición para la proyección de la fuerza) los cuales simbolizan emociones y pulsiones básicas en la naturaleza humana.

Los ocho movimientos básicos de Laban (1975) son: 1) presionar, 2) dar latigazos leves, 3) dar puñetazos o arremeter, 4) flotar o volar, 5) retorcerse, 6) dar toques ligeros, 7) hendir el aire y 8) deslizarse.

Existen numerosas clasificaciones del movimiento por diversos autores, lo que parece responder a una necesidad importante de clasificación y estructuración del movimiento. Según el autor, el análisis del movimiento es benéfico porque puede conducir a movimientos más precisos y a ahorros de energía. Así, se desarrolló el Labanotation, que fue uno de los primeros sistemas de escritura del movimiento.

Laban (1975) propone que el movimiento puede analizarse tomando en cuenta el espacio (direccionalidad y cercanía), tiempo (que es regulado internamente por el ritmo presente en la respiración y en el ritmo cardíaco; se observa rapidez, aceleración y fluidez), el peso (liviano y firme), y el flujo de energía (flujo libre o ligado). Desarrolló el concepto de *efford* (cualidad del movimiento) que, junto con el concepto de *shape* (adaptación física en el espacio) se utiliza con frecuencia en la DMT actual. Laban y Lamb desarrollaron el Laban Movement Analysis (1948, citados en Panhofer y Rodríguez, 2005) el cual sirve

para describir, medir y clasificar el movimiento; describe patrones de movimiento individualizados y muestra que algunos aspectos del comportamiento están relacionados con procesos neurofisiológicos y psicológicos. (Wilke, 1999, citado en Panhofer y Rodríguez, 2005)

Existen también, variaciones en las calidades asociadas con el movimiento. Ossona (1984) señala que hay cuatro calidades del movimiento. Si éste es fluido en su sucesión se llama movimiento ligado; el movimiento marcado o cortado tiene un acento final, se detiene ahí o en una parte de su trazado y ahí permanece en una pausa de igual o mayor duración; el movimiento picado es de trazo más breve, y éste se repite o encadena con otro; finalmente, el movimiento sostenido está relacionado con la tensión necesaria para hacer estos movimientos.

9) La creación. H'Doubler (1998) menciona que mediante los sentidos recibimos impresiones no sólo del mundo sino de nosotros mismos, por medio de la inteligencia se logra mayor entendimiento y significado, por medio de la imaginación se combinan estas impresiones, a través del pasado se pueden crear nuevas impresiones y por medio de la voluntad y energía son traídas al mundo. Eso es el acto creativo.

La creatividad es un medio para superar la angustia de muerte, para responder a ese deseo de supervivencia. La creación se transforma en comunicación, que al socializarse convierte el deseo de crear propio en deseo de crear para el otro.

10) Las propias capacidades. Flores, A. (2002) encontró aumentos en las calificaciones del WISC y el Frostig en un grupo de niños que había tomado clases de danza clásica y folklore, en comparación con el grupo control. Las cinco áreas de la percepción visual (coordinación motora ocular, discernimiento de figuras, constancia de formas, posición en el espacio y relaciones espaciales) redundan en beneficios para el esquema corporal.

Según John Martin (1965, citado en Gardner, H., 1983, edición castellana 1999, p. 277) “todos contamos con un sexto sentido de la cinestesia –la capacidad de actuar con gracia y de aprender directamente las acciones o habilidades dinámicas de otras personas u objetos.” Implica utilizar el aprendizaje previo adquirido al manipular otros objetos o circunstancias similares. El autor señala que esta capacidad de imitar y pasar por

sentimientos y experiencias de otros, es lo que nos permite comprender y participar en las formas del arte.

Gardner, H. (1983) desarrolló la teoría de las inteligencias múltiples, en la que esquematizó diferentes tipos de inteligencia y sus áreas de aplicación. La inteligencia corporal involucra el uso hábil del cuerpo para manipular, disponer y transformar los objetos en el mundo; y el control de los movimientos propios para fines funcionales o expresivos. De todos los usos del cuerpo, el autor considera que ninguno ha alcanzado mayores alturas ni formas tan variadas como la danza. En esta forma de expresión se puede constituir un vocabulario común al analizar cualidades como rapidez, dirección, distancia, intensidad, relaciones espaciales y fuerzas variadas. Barishnikov (1976, citado en Gardner, H. 1983, edición castellana, 1999, p. 275) refuerza la idea de que es posible hablar de la danza como herramienta para el desarrollo de la comunicación; comentando que “la danza es como muchos nuevos lenguajes, todos los cuales expanden la flexibilidad y alcance de uno. Igual que el erudito de los lenguajes, el bailarín necesita el mayor número de lenguajes posibles, jamás hay suficientes.”

4.4. La respiración en la danza.

“La respiración puede ser nutritiva, como un masaje que uno mismo da al interior de sí mismo (...) Trabajar la respiración supone dar aliento al espíritu para que reviva.”
(Braddock, 1995, ed castellana 1999, p. 59)

La respiración es esencial para la salud. Nos proporciona los medios para obtener la energía que necesitamos. Es por eso que es importante prestarle atención y conocer nuestros patrones respiratorios naturales. Se deben comprender estos patrones, saber por qué se ven trastornados y aprender a liberar las tensiones que impiden el patrón respiratorio normal. Pero la respiración no es algo de lo que uno deba estar demasiado conciente. Se debe respirar de manera natural. Alertar sobre la respiración muchas veces hace que uno empiece a adoptar patrones respiratorios artificiales.

Ya que la respiración saludable es una acción corporal total, no debe tratarse como si fuera un fenómeno aislado. Por ejemplo, para que la ventilación pulmonar sea correcta es importante tener una buena postura corporal. Tener los hombros atrás (no encorvados hacia

adelante), hace que se levante la caja torácica, haciéndose más cuadrada, así se libera el abdomen de presión y peso innecesarios. Esto facilita los movimientos respiratorios. (Sánchez y Lima, 1969)

En Psicodanza, el instructor debe buscar la manera en que la respiración se realice con toda la energía disponible en el individuo y esto se va a lograr realizando un trabajo integral de psicomotricidad con el individuo.

La “respiración es ritmo, el ritmo la base de toda la vida.” (Dethlefsen y Dahlke, 1983, ed. castellana 1991, p.112)

Existen cuatro fuentes de organización rítmica en la danza según Carrera (1993), el primero se relaciona con la respiración, que dictará el ritmo del fraseo (sucesión de movimientos que expresa ideas en la danza). También están fuentes relacionadas a otras funciones orgánicas (como el latido de corazón), movimiento de desplazamiento por medio de las piernas y el ritmo emocional.

Así, en la danza, el ritmo del movimiento también puede ser producido de acuerdo a su estado emocional. Fux (1981, 1ª reimpresión 1985, p. 43) menciona que cuando se encuentra con una persona con ritmo alterado:

(...) lo acepto (el ritmo inicial), pero lentamente voy encauzándolo hacia la búsqueda de ese equilibrio emocional y voy llevando la agitación en dirección a otras posibilidades; éstas me dan las palabras para impulsarlo hacia una respiración más lenta y más serena que lo ayude a comprender cómo puede ir dominándose y reencontrándose en la línea de ese encuentro que los va serenando.

Cooper (1970, citado en Hanna, 1988), menciona que la práctica regular del ejercicio aeróbico, hace que el cuerpo trabaje más, demande más oxígeno y lo use de manera más eficiente. Se presenta una sensación vigorizante en todo el cuerpo gracias a la presencia del oxígeno trasladado al cerebro y a otros tejidos del cuerpo y a la eliminación del CO₂.

Además, se producen varias endorfinas (como β endorfina y β lipotrofina) en el cerebro, la parte anterior de la glándula pituitaria y otros tejidos al bailar con vigor. Estas endorfinas pueden disminuir la percepción del dolor y producir sensaciones de euforia.

López, Orozco y Pérez (1996) comentan que respiraciones profundas durante el ejercicio de psicodanza, disminuyen la tensión y aumentan la atención voluntaria.

Pert (1997, citado en Cornejo, 2003) describe que en la alegría, los neurotransmisores y sus receptores se abren y flotan libres a través de la red psicosomática, integrando y coordinando sistemas, órganos y células con un movimiento rítmico y suave.

Esto parece confirmar lo mencionado por Halprin (1997) con respecto a usar el trabajo con la respiración como forma de meditación. Así, limpiando la mente de pensamientos estresantes y entrando en un estado de conciencia purificado, se alteran los patrones de ondas cerebrales; lo que conduce a un estado de receptividad y calma.

4.5. Psicología y danza.

“(…) Toda persona está preñada de proyectos, aunque temerosa del deleite aterrador de expresarlos plenamente (…)”
(Zinker, 1977, edición castellana, 2002, p.18)

Freud enfatizaba al cuerpo como la base del Yo, (la instancia del self que media entre las demandas internas y las demandas externas.) La motricidad es entonces parte del aparato yoíco. (Siegel, E., 1984). La danzaterapia ayuda a liberar y sublimar impulsos psicosexuales y agresivos anteriormente reprimidos.

La expresión corporal según Salzer (1981, edición castellana, 1984, p.71) puede ayudar a la persona porque:

(…) admitir el propio grito o la propia historia a la gente presente, que, en el fondo, reemplaza a los personajes, a las figuras paternas (paterna, materna y otras) ante cuya presencia no estaba permitida su expresión es aquí una realidad; que surja y sea reconocida viene a ser un acto de reparación, de cicatrizar la herida, de renacimiento, de apropiarse de nuevo de una existencia carnal ignorada.

Bajo el sistema Jungiano, la danzaterapia evoca fantasías conscientes e inconscientes, así como conflictos; los que se vuelven disponibles para el análisis y la catarsis. La clave “consiste exclusivamente en vigilar objetivamente el desarrollo de cualquier fragmento de la fantasía.” (Jung, 1938, citado en Read, 1943, edición castellana,

1986, p.199) Así, cuando se da la integración del material inconsciente (por ej. en los ensueños diurnos, elaboración de la fantasía y en expresión creadora) se posibilita el equilibrio psíquico.

Para Read (1986) la persona puede recordar, utilizar e integrar su experiencia en la medida en que toma una forma artística. Y la conciencia está integrada socialmente sólo en la medida en que aprehende la realidad estéticamente (con armonía y estabilidad).

La teoría interpersonal de la personalidad de Sullivan ve la participación en la danza como parte del proceso de sanar ya que se busca nuevas formas de socialización en el estilo interpersonal del individuo para que pueda desarrollar relaciones sociales exitosas y menos estresantes.

La teoría del aprendizaje conceptualiza la danza como una forma segura para que el individuo explore sentimientos y creencias y así renueve viejos valores o introduzca nuevos más funcionales.

La danza es el arte del presente (aquí y ahora) y la Gestalt es la visión de la integralidad de la persona en el aquí y el ahora. Para Camacho (2003), la danza genera una conciencia de tiempo y espacio absolutamente personales, lo cual se inscribe de manera paradójica en el espacio y tiempo convencionales. Hacer interactuar ambos niveles es facilitado por la teoría de la Gestalt.

Algo de gran importancia para la terapia Gestalt es la teoría paradójica del cambio. Sostiene que mientras más se trate de promover un cambio, menos se modifica. Y paradójicamente, al no buscar el cambio, se incrementa la autoaceptación y se echa a andar el proceso natural de desarrollo. Esto no quiere decir que se busque entonces una actitud de total pasividad. Perls afirmaba (1973) que no hay mejor método para que algo fluya que ponerse en contacto con eso que no fluye, aunque eso implique acercarnos a nuestro dolor. Al entrar en contacto con ese “atore” en el proceso de la experiencia, se pueden descubrir rutas de exploración terapéutica que antes no estaban disponibles. Pero esto va a ocurrir sólo ante una relación cálida entre cliente y facilitador. (Muñoz, 1995).

Esta teoría también se ocupa de actitudes de aceptación positiva incondicional, empatía y congruencia en el terapeuta; las cuales facilitarán que el paciente adquiera nuevo

conocimiento sobre sí mismo y autoaceptación. De esta manera, se puede facilitar que la danzaterapia potencie la capacidad del individuo de entrar en contacto consigo mismo.

Fariñas y Hernández, (1993) señalan que para garantizar un trabajo terapéutico adecuado, el Psicoballet se basa en principios psicológicos como:

1) Aceptación incondicional del paciente, valorando en cada uno de ellos el aspecto positivo que cada persona posee. Este concepto rogeriano, habla fundamentalmente de una actitud de respeto hacia la persona, no de displicencia ante sus aspectos negativos.

2) Motivación positiva hacia la actividad, altamente estimulante y propiciatoria de alegrías, trabajo colectivo, salud mental y cultura artística.

3) Necesidad de movimientos, inherentes al ser humano, a través de los cuales expresan emociones y sentimientos y se comunican con sus semejantes.

Autocontrol y disciplina, tomados como factores importantes en el desarrollo de la personalidad.

4) Independencia responsable. Se estimula su independencia y autoconfianza, se le reconoce su individualidad y se logra respeto hacia la actividad grupal; llega a comprender que del respeto por el trabajo ajeno y por el esfuerzo propio, se deriva un exitoso trabajo colectivo.

5) Valoración y autovaloración. Se establece una positiva valoración hacia él por las habilidades que va adquiriendo y la educación o la mejoría de sus características individuales; de forma objetiva se siente más seguro e independiente.

6) Dinámica de grupo especial. Aprender a valorar a sus compañeros, ayudarlos y respetarlos, transformando su autorrealización personal en social.

7) Relación equipo-alumno-familiares. Se trata que al alumno lo rodee una atmósfera de seguridad, comprensión y mutuo respeto.

8) Principio integrativo o de no segregación del minusválido. De esta forma se logra desarrollar los sentimientos gregarios, la ayuda mutua y la solidaridad con el más débil. Locke y Colligan (1986) recomiendan a los pacientes asmáticos relacionarse con otros pacientes, de manera que se sensibilicen a sus propias fortalezas y reencuadren sus limitaciones para dejar de ser lo que ellos llaman “pacientes profesionales”.

9) Aprendizaje social activo. Se trata de lograr la sensibilización progresiva de personas con dificultades ligeras o sin ellas, en el conocimiento de las dificultades severas que presentan los deficientes.

En la terapia, la interpretación es una herramienta que promueve el insight y ayuda a recuperar material inconsciente y a hacer el enlace con el “aquí y el ahora” y el “allá y el entonces”. La mayor parte del proceso de interpretación, incluye la elucidación de los mecanismos de defensa del paciente.

González, J. (1992), menciona que los mecanismos de defensa en las enfermedades psicosomáticas son la negación, represión, regresión y formación reactiva. French (1943) incluye un tipo especial de mecanismo de defensa al que le llama *gratificación compensatoria*. El asmático consuela y gratifica al otro como él quisiera ser tratado. Esto se relaciona con lo que Kepner (1987) señala del mecanismo de *proflexión* que se puede observar en el hecho de hacer al otro lo que en realidad quisiera recibir del entorno.

Rogel (2000, pp.16-17), menciona las ventajas de la interpretación terapéutica de las defensas por medio de la danza:

La interpretación verbal (...) tal vez asuste o frustre al paciente. En cambio el danzaterapeuta tiene varios caminos; a) relajando el movimiento, el terapeuta acepta los sentimientos del paciente; b) expandiendo el movimiento el terapeuta atrae la atención hacia las potencialidades del paciente; c) disminuyendo el movimiento el terapeuta ofrece la posibilidad de contener los sentimientos expresados; d) enfatizando el movimiento el terapeuta expresa un aspecto que tal vez sea particularmente importante y e) mediante contrastar el movimiento el terapeuta propone caminos alternativos de ser que tal vez sean más adaptativos.

Ya Freud en 1930 (citado en Kris, 1952, edición castellana 1955, p.30) se refirió a los poetas, escritores, filósofos como “los pocos a quienes se les está concedido (...) casi con ningún esfuerzo salvar del torbellino de sus emociones la más profunda verdad, a la que nosotros, los demás, tenemos que llegar forcejeando, buscando incesantemente a tientas por entre torturantes incertidumbres.”

Entonces, en esa búsqueda; la terapia creativa no suprime los conflictos, posibilita que la persona tome contacto con la energía y simbolismo atrapados en el conflicto y los convierte en disponibles para la propia realización.

Jung (1938, citado en Read, 1943) propone que el equilibrio psíquico, base de toda estabilidad e integración intelectual, sólo es posible cuando se alienta la integración del inconsciente, lo que sucede en todas las formas de actividad imaginativa.

Hanna (1988) menciona que la actividad física de la danza puede causar cambios emocionales y estados alterados de conciencia, fluir, y éxtasis secular o religioso. Csikszentmihalyi (1975, citado en Hanna, 1988) describe este fluir como una sensación de logro creativo, funciones aumentadas, atención centrada, pérdida del retraimiento, conciencia de tener el control y felicidad al estar tomando acción.

La creatividad en las personas autorrealizadas descritas por Maslow (1968), tiene que ver con una capacidad de integración dentro de la persona (facilitada por la autoaceptación de las polaridades inherentes al ser humano) que redundaría en capacidad de integrar aquello que se está realizando en el mundo. Y para Zinker (1977), la creatividad y la psicoterapia se interconectan en la búsqueda de la transformación, la metamorfosis y el cambio.

V. LA PSICODANZA Y EL ASMA

En este capítulo se integran datos sobre la psicodanza que pueden fomentar el empleo terapéutico de la misma para pacientes con asma. Se hablará del movimiento como instrumento terapéutico. Se desarrollarán dos objetivos para el tratamiento de asmáticos, trabajar el narcisismo y la imagen corporal por medio de la danza. Se explicarán algunas características y sugerencias para planear ejercicios para pacientes asmáticos. El tema de la evaluación se expondrá brevemente. El capítulo finalizará con sugerencias generales y contactos.

5.1. El movimiento como instrumento terapéutico.

Si sobrevives, si persistes, canta,
Sueña, emborráchate.
Es el tiempo de frío: ama,
Apresúrate. El viento de las horas
Barre las calles, los caminos.
Los árboles esperan: tú no esperes,
Éste es el tiempo de vivir, el único.
(Sabines, 1997, p.49)

El movimiento es vida, es la posibilidad de comunicación del yo con los otros y más importante aún, con el sí mismo.

Mittelman (1957, citado en Panhofer y Rodríguez, 2005, p. 71) considera que “el movimiento está relacionado a necesidades fisiológicas y psicológicas como la oralidad, los genitales, la evolución del self, la agresión, la dependencia y las relaciones interpersonales en general.” Entonces observar el movimiento puede ayudar a comprender y profundizar conceptos psicoanalíticos.

Penfield (1992) propone que el movimiento ofrece características terapéuticas que no ofrece el lenguaje verbal:

- 1) Clarificación. El movimiento proporciona información diferente a la que se presenta por medio del lenguaje verbal. Por ejemplo, la expresión de una emoción por medio del gesto, siempre será diferente a la expresión verbal que el cliente pueda hacer.

- 2) Acceso directo al inconsciente. Lapierre y Aucouturier, (1967) explican por qué el cuerpo (por medio de sus reacciones tónico-emocionales) es considerado como el lugar de resonancia del discurso psicoanalítico:

Una vez ha desaparecido el lenguaje verbal e incluso el pensamiento verbal, la persona entra en otro estado de conciencia; vive y actúa directamente a nivel subcortical, es decir, a un nivel muy próximo del inconsciente y con un mínimo de control consciente. (...) Son las tensiones emocionales subyacentes las que se expresan a través del simbolismo de la acción, y precisamente es ahí donde la persona encuentra su autenticidad, su verdad. (p.136)

- 3) Memoria kinestésica. Las primeras huellas de independencia psíquica se dan a nivel pre-verbal, cuando el niño tiene que respirar separado de la madre, y en general, durante el proceso de separación-individuación. Es por eso que el proceso de acceso a la memoria relacionada a los primeros años de vida, puede facilitarse por medio de un trabajo psicocorporal. Además, Rothschild (2000) considera que la memoria kinestésica puede fungir como ancla para la persona, pues le ayuda a permanecer en el aquí y el ahora. También puede funcionar como un recurso, al remitirla a situaciones o lugares nutricios donde había calma. Esta sensación puede hacer que disminuya la ansiedad ante recuerdos o situaciones estresantes.
- 4) Simultaneidad. Por medio del movimiento pueden presentarse al mismo tiempo dos ideas o dos sensaciones presentes, lo que no ocurre con el lenguaje verbal. Esto puede clarificar sentimientos ambiguos. Whitehouse (s.a. citado en Panhofer y Rodríguez, 2005) señala que en la danza se pueden recoger simultáneamente los 2 extremos o polaridades de cada emoción de forma espontánea y libre; y así evitar que el polo no elegido mediante las formas de expresión comunes se quede en el inconsciente y ejerza presión y conflicto en la persona.
- 5) Transmutación de las emociones. Mediante el movimiento es más rápido observar cuando hay un cambio anímico de una emoción hacia otra.
- 6) Catarsis de la tensión. La liberación de la tensión contenida se dará con más fuerza cuando esté relacionada a la liberación energética por medio del movimiento con el trabajo corporal.

- 7) Integración. El movimiento ayuda a integrar al cuerpo cuando éste se haya escindido y provoca una mayor armonía interna.

Así mismo, el baile es una actividad lúdica y placentera, lo que sin duda hace de la misma un complemento atractivo al trabajo terapéutico. El trabajo con el asmático implica liberar cargas libidinales atoradas en el aparato respiratorio y encausarlas hacia el resto del cuerpo, buscando así un equilibrio corporal.

La relación entre el tono muscular y la vida psíquica.

Con el tiempo, el caballero se enamoró hasta tal punto de su armadura que se la empezó a poner para cenar y a menudo para dormir. Después de un tiempo ya no se tomaba la molestia de quitársela para nada. Poco a poco su familia se fue olvidando de qué aspecto tenía sin ella.

(Fisher, en *El caballero de la armadura oxidada*, 1987, edición castellana, 1997, p.8)

La relación entre el tono muscular y la vida psíquica podría remontarse a las etapas más tempranas en la vida de un niño. Wallon (citado en Bernard, 1976) sugiere que la adaptación emocional necesaria en los bebés, es esencialmente de tipo postural y su núcleo es el tono muscular. Todas las manifestaciones emotivas requieren contracciones tónicas de los músculos. Bernard (1976, ed. castellana, 1988, pp.52-53) resume entonces que:

(...) la función tónica al asegurar la regulación de las reacciones emotivas, y por lo tanto de la vida afectiva, permite al mismo tiempo exteriorizarla, expresarla y, por consiguiente obrar sobre los demás, cuyas respuestas ella asimila simultáneamente.

Reich (1948, citado en Fadiman y Frager, 1976) estableció que un conflicto que ha estado activo en cierta época de la vida siempre dejará su huella en el carácter, en la forma de una rigidez. Zimmermann (1983, p.38) se refiere a esto cuando dice: “el cuerpo es el lugar donde está escrita la historia de cada uno (...)” Podemos establecer que el conflicto psicosomático dejará también su huella en el carácter.

Szyniak, (1999) explica que la coraza caracterológica consume energía vegetativa, la cual, en condiciones de inhibición motriz crearía angustia.

Menciona que (1945, citado en Rogel, 2000) la labor terapéutica es la liberación e integración de emociones (placer, ira, ansiedad) mediante el trabajo corporal. Mediante el masaje de los músculos y la liberación de la tensión, el terapeuta puede liberar los sentimientos que habían sido congelados en el cuerpo mediante esta coraza muscular. Es por esto que es necesario trabajar con el cuerpo a nivel del tono muscular.

“Nada puede integrarse realmente a no ser que pase primero por su organización tónico emocional.” (Rogers, s.a., citado en Lapiere y Aucouturier, 1967, versión castellana, 1983, pp. 33-34)

Movimiento de energías físicas y psíquicas para una mejora global.

El movimiento posibilita una toma de conciencia en que se localicen nudos físicos y psíquicos. Dropsy (1973) menciona que estos nudos pueden manifestarse como un triple problema de relaciones:

- 1) Mala autorrelación.
 - Con su organismo físico
 - Con su vida interior y con el flujo viviente y móvil de la creatividad y de las imágenes nacidas del inconsciente.
- 2) Mala relación con la realidad física espacial y temporal.
- 3) Mala relación con los demás, incluyendo proyecciones, transferencias y resistencias.

El cambio positivo parecería conducir de la rigidez nodal a la flexibilidad, del estereotipo a la adaptabilidad, de la cerrazón a la apertura; hacia un funcionamiento más preciso de la persona en su totalidad.

Por medio del trabajo con el tono muscular se da la regulación del equilibrio vegetativo, que además de actuar sobre la respiración inconsciente, atenúa o suprime en muchos casos los trastornos psicósomáticos, las neurosis orgánicas y de angustia. La desaparición de tales distonías libera energía y así aumenta la vitalidad de la persona. (Alexander, 1976)

El ballet puede ser una respuesta a la necesidad de regulación del equilibrio vegetativo.

El ballet provoca una estimulación muy fuerte en la actividad nerviosa superior, en los llamados receptores propioceptivos, o sea en el cuadro referencial del individuo, permitiendo establecer una referencia adecuada con el mundo exterior. Esos receptores son estimulados a través de los movimientos y, además, cuanto mayor sea la delicadeza del gesto, desarrollado con la técnica del ballet, son creadas las condiciones para la reestructuración de la coordinación motora, modificando y refinando la conducta.” (Fariñas, citada en <http://www.psiquiatria.com/enlaces/filter/385/651>)

5.2. Trabajar el narcisismo en la persona con asma por medio de la danza.

“Creo que el mejor regalo que puedo recibir de alguien es que me vea, que me escuche, que me entienda y que me toque.
El mejor regalo que puedo dar es ver, escuchar, entender y tocar a otra persona.
Cuando se ha hecho esto, siento que se ha establecido contacto.”
(Satir, 1976, edición castellana 1994, p.5)

El narcisismo es un proceso pendiente en el asmático que se debe retomar en su trabajo psicoterapéutico. Se considera que el asmático tiene su energía libidinal centrada en sí mismo, particularmente en sus síntomas. Adler (1956) menciona que los niños que sufren enfermedades o males están propensos a volverse sumamente egocéntricos, y Freud (1914) señala que la energía libidinal se retrae en presencia de una enfermedad orgánica hacia el *yo*, para destacarla de nuevo hacia la curación. Pero la energía libidinal retraída hacia el *yo*, no se distribuye de forma integral, sino que como señala Schilder (1935) hay una sobrecarga en la parte dolorida y la energía del resto del cuerpo disminuye.

El psicoanálisis es de donde surge la acepción psicológica del término narcisismo, particularmente de Freud, quien retoma el mito de Narciso para explicar el proceso de centrar la energía libidinal en uno mismo.

Freud (1914, edición castellana 1979, p. 20) decía que “(...) hemos de comenzar a amar para no enfermar y enfermamos en cuanto una prohibición interior o exterior nos impide amar.” Explicaba esto diciendo que un exceso de energía libidinal que no es depositado en el otro; sino que se almacena y estanca en el ser, da lugar a la formación de elementos patógenos.

Baz (2000, p. 218) apunta que ante la presencia del conflicto narcisista, sí puede haber una reorganización.

(...) en todo ser humano, el narcisismo juega un papel crucial en su estructura psíquica primero, y en la dinámica libidinal posterior: desde la identificación primordial con la forma humana y con la imagen del semejante –cuya mediación es invariablemente el deseo de la madre, y que sostiene así el surgimiento del “yo”–, hasta el destino ineludible del sujeto que le impone enfrentar y sortear las duras pruebas de la castración: la renuncia a la omnipotencia y la pérdida de las ilusiones derivadas de ella, lo cual implica reorganizar o reconstituir permanentemente el propio narcisismo.

Célérier et al. (1999) señalan que algunos psicoanalistas han utilizado técnicas de relajación por medio del tacto como analogía de la función estructurante de la madre en la psique del hijo.

“Las distinciones entre adentro/afuera, self/no self y entre yo/otro pueden afianzarse gracias a la presencia del relajador cuya función de “continente” permite al paciente dejarse llevar a cierta regresión y reconocer que aquellas distinciones, tan evidentes en apariencia, no las asimiló por completo en un nivel profundo.” (Célérier et al. 1999, versión castellana 2001, p. 51)

El tacto puede remitir a la madre que se ocupó del cuerpo del hijo. Aunque se corre el riesgo de que las palabras que lo acompañan evoquen un pasado doloroso y un sistema añejo de defensa; puede ser que a partir de una regresión de confianza se creen nuevos vínculos entre uno mismo y el otro, entre cuerpo y pensamiento, favoreciendo así la ocurrencia al margen de la patología.

Desde el enfoque Psicocorporal, se mencionan tipos de defensa, que aunque nunca son puros en una persona, uno predomina. En el asma podemos suponer que la defensa principal sea oral. Según Galindo (2002), un problema que comúnmente lleva al paciente oral a terapia puede ser prolongadas convalecencias físicas (como de las vías respiratorias).

Aunque la persona con defensa predominantemente de carácter oral, también puede tener rasgos narcisistas. Para Lowen (1984), el carácter narcisista habla de que hubo un exceso de seducción de uno o ambos padres que despiertan en el niño falsas esperanzas de ser “especial” para papá o mamá. Pero no son más que promesas, pues nunca habrán de reemplazar al padre del mismo sexo. El niño narcisista experimentará el rechazo y la traición de unos padres que exigen el sometimiento a sus deseos (explícita o implícitamente). La necesidad de llegar a ser superior, ya instalada en el niño exige disociar

al cuerpo y los sentimientos (de naturaleza inferior) y concentrarse en la imagen que proyecta. El contacto con el cuerpo y los sentimientos quedará dificultado por una profunda barrera narcisista.

Lowen (1958) opina que las relaciones amorosas para las personas con carácter oral serán difíciles, ya que tienen intereses narcisistas, exigencias elevadas y respuesta limitada. Es común que experimenten sentimientos de rechazo, resentimiento y hostilidad ya que la pareja casi nunca cumplirá con las demandas narcisistas de la persona con carácter oral.

Pero la persona que devalúa su cuerpo buscará constantemente una confirmación de su *yo*. Habrá un gran miedo a la evaluación negativa por parte de otro, (Buela-Casal et al. 2002); y al mismo tiempo, una gran expectativa por que el otro refleje al ser, para entender el propio valor. Baz (2000, p. 220) ejemplifica este deseo de ser mirado por el otro, en las bailarinas profesionales, quienes se arriesgan a:

(...) mirarse y a ser miradas, en un proceso de reconstrucción narcisística en el que invierten considerable energía. Este proceso adopta en ellas la forma privilegiada de dialogar intensamente con el reflejo de su cuerpo físico, desde un imaginario que determina la experiencia: así elaboran la aceptación de ese cuerpo, la desilusión por ese cuerpo, la apropiación de sus potencialidades.

El paciente asmático ha aprendido que tiene un cuerpo “enfermo” y como resultado de la connotación social del asma, aprende a devaluar su cuerpo y a sí mismo. Es importante para el asmático resolver esta autodevaluación física y su constante deseo de ser reafirmado por el otro.

Es por ello que se retoma la danza como una opción de trabajo para el asmático. Mientras que en otras artes el creador puede distanciarse de la obra a cierto nivel, en la danza, el creador tiene que volverse la obra de arte. Utiliza su cuerpo y el movimiento para comunicar al espectador aquello que quiso ser expresado a través de la creación. Arnheim (1966) menciona que la danza es una justificación del Narciso porque implica un interés centrado en el *yo*. El bailarín no actúa sobre el mundo, sino que se desenvuelve en él. Su comportamiento sólo adquiere significado cuando lo manifiesta en presencia de personas. La vanidad creativa moldea el aspecto del *yo* en una imagen del mundo.

Como señala Baz (2000, pp. 222-223), la danza puede ser una experiencia reparadora del narcisismo.

La experiencia de transformación del cuerpo, producto de la actividad dancística, evoca necesariamente el arcaico y fundamental proceso del despertar del cuerpo erógeno. (...) La mujer bailarina se reconcilia consigo misma en gran medida gracias a esa creación que ella atribuye en forma importante a su esfuerzo, a su persistencia. Y es un hecho que nada repara mejor el narcisismo (como no sea el amor correspondido) que la creación: sea una obra, el producto de un trabajo dedicado e imaginativo, un hijo (...) o un cuerpo danzante.

5.3. Trabajar la imagen corporal de la persona con asma por medio de la danza.

“Debes ponerte en pie y actuar como un ser humano. Debes honrar al hombre o la mujer que eres. Debes respetar tu cuerpo, disfrutarlo, amarlo, alimentarlo, limpiarlo y sanarlo. Ejercítalo y haz todo lo que le haga sentir bien. Esto es una puja para tu cuerpo, es una comunión entre Dios y tú.”

(Ruiz, 1997, edición castellana 1998, p. 106)

Bruchon (1990, ed. castellana 1992, pp. 161-162) define la imagen corporal como una:

(...) configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas normas (de belleza, de rol) y la imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa.

El autor también define la satisfacción corporal: como una especie de Gestalt percibida de un cuerpo amado o no, en general conforme o no con unas normas ideales del que se puede obtener placer o sufrimiento.

Para Fuentes (1990), la imagen corporal es una configuración resultado de las experiencias y la relación que se establezca entre el individuo, su medio y la vivencia de su cuerpo.

Frostig (1984) distingue entre imagen corporal, esquema corporal y concepto corporal. Se refiere a la imagen corporal como la suma de sentimientos y sensaciones concernientes al cuerpo. Es el cuerpo como se lo siente. El esquema corporal es “la adaptación automática de las partes esqueléticas y a la tensión y relajación de los músculos necesarios para mantener una posición, para moverse sin caerse y para mover otros objetos con eficacia.” (Frostig, 1984, edición castellana 1987, p. 40) Por último, llama concepto corporal al conocimiento fáctico del cuerpo.

Doltó (1984) señala que la imagen interiorizada del cuerpo se relaciona con los lazos afectivos, con lo que el otro nos devuelve del cuerpo por medio del lenguaje. Ella propone que la imagen del cuerpo tiene 3 subestructuras: imagen de base (que asegura la percepción de la constancia del sí mismo), imagen funcional (relacionada con el cumplimiento de una demanda ante una carencia) e imagen erógena (que se refiere a la relación con los otros). Estas 3 subestructuras aseguran el deseo del sujeto en cada estadio de su evolución.

También es importante revisar junto con la persona con asma la satisfacción corporal, ya que algunos estudios la encuentran ligada a posibles problemas de ansiedad, autodesprecio y otros trastornos somáticos; así como a la satisfacción del sí mismo en general. (Secord y Jourard, 1953, citados en Bruchon, 1992).

Asimismo, la concepción teórica que el facilitador adopte en lo relativo al cuerpo influirá en el trabajo terapéutico y sus líneas de acción. Es importante que el equipo de trabajo en un taller de psicodanza revise adecuadamente sus concepciones sobre el cuerpo para poder partir desde una base sólida y coherente.

Aguilera et al. (1998), dividen en siete los modos en que los modelos terapéuticos se refieren al cuerpo:

1) El modelo atóxico: en éste, el cuerpo sólo existe como vehículo de la conducta, que es concebida como entidad independiente.

2) El modelo psiquiátrico, que considera al cuerpo como causa de la psiqué. Por ejemplo, desde la neurología, se describe la alexitimia como problemas en las conexiones entre el sistema límbico (encargado de regular las emociones) y los centros corticales.

3) El modelo conductual se ocupa del cuerpo en tanto condición biológica en la que se soporta la conducta, verdadero objeto de estudio.

4) El modelo biológico considera que se requiere una estructura psicológica más una afección orgánica para que surja un trastorno mental. La afección orgánica es condición *sin qua non* para la aparición del trastorno.

5) El modelo cognoscitivo considera al cuerpo como una especie de hardware que guarda bites de información, verdadero objeto de estudio.

6) El modelo psicoanalítico tiende a centrarse en el cuerpo simbólico, pocas veces ocupándose del cuerpo real. Sin embargo, sí parte de sus reacciones tónico-emocionales para observar y analizar las tensiones emocionales subyacentes.

7) Los enfoques psicocorporales consideran el cuerpo en relación a la totalidad de la persona. La bioenergética considera incluso que cuerpo y mente son fundamentalmente idénticos. Sin embargo, no buscan sustituir la terapia tradicional, buscan complementarla. (Lowen, A. y Lowen, L. 1977) En estos enfoques, se estudia la manera en que la herencia, la actividad y exposición físicas, la actividad y exposiciones emocionales y psicológicas, la nutrición y el ambiente; influyen en la formación de la unidad cuerpo-mente humanos. (Dychtwald, 1977).

Mendelsohn (1999, citado en Panhofer y Rodríguez, 2005) señala que el tratamiento con Danza Movimiento Terapia puede ayudar a encausar el dolor físico y el estrés, a reducir la ansiedad; y a mejorar la imagen corporal en niños hospitalizados. Los niños con asma grave persistente que estén hospitalizados podrían mejorar su imagen corporal con la adición de la Danza Movimiento Terapia a su tratamiento.

5.4. Ejercicios de psicodanza sugeridos para la persona con asma.

(...) Es como una casa donde ocurre el cambio. Es un paso enorme ya que nunca puedes volver a la vida de oruga.

Durante el cambio, te parecerá a ti o a cualquiera que mira, que no está pasando nada –pero la mariposa ya se está formando (...)

(Paulus, 1992, p. 76)

El trabajo corporal con las personas de carácter oral debe buscar: fortalecer las piernas y establecer un buen contacto con el suelo (lo que favorece la independencia) y movilizar la agresividad. En general, se debe orientar al aumento de la sensación y de la capacidad de descarga genital. (Lowen, 1977)

Además, Galindo (2002) recomienda sensibilizar a la persona en relación a su respiración, que suele ser corta y superficial para poder fortalecer la carga energética del cuerpo. Se requiere también, un espacio adecuado en el cuerpo para contener la energía y se requiere mejorar la capacidad de los tejidos para absorber y distribuir el flujo a través de los tejidos

En el plano interpersonal, la estrategia de nutrición emocional en relación a otros es la interdependencia. Debe poder pedir directamente y escuchar empáticamente para así negociar y establecer relaciones de mutualidad. Estas habilidades deben aprenderse y practicarse a través de ejercicios como el rol playing o el modelaje.

No hay un programa que pueda seguirse rígidamente, porque uno de los principios de la danzaterapia es adecuarse a las necesidades y al ritmo del paciente. Sin embargo, los programas se pueden estructurar con base en la observación del orden en que ocurren comúnmente ciertos procesos en la educación y terapia psicomotriz, y así permitir más coherencia y que la evolución sea fluida.

Lapierre y Aucouturier, (trad., 1980) sostienen que todo ser humano experimenta una ambivalencia entre un deseo fusional y un deseo de identidad. Y ambos están relacionados con la corporeidad. Es a este nivel en que hay que trabajar y por ello mencionan que la educación psicomotriz debe estructurarse de manera que se cubran dos fases de distanciamiento del cuerpo.

La primera etapa es regresiva, se suprimen los mediadores y se da una relación tónica de contacto que remita a la fusión primitiva. La segunda etapa es progresiva y se reintroducen los mediadores y se encamina a la persona hacia una evolución más armoniosa.

En este sentido concuerda con Sefchovich et col. (1992), quienes integran este deseo fusional en la primera etapa de sus programas, promoviendo la relación de confianza con el guía y la expresión de pulsiones internas. En la tercera etapa se busca que el niño pueda ir tomando distancia poco a poco tanto del maestro, como del grupo y el espacio; de esta manera promover la independencia.

Las autoras dividen los talleres de expresión corporal en tres etapas.

La primera etapa, la sensoriomotriz; tiene entre objetivos:

- Reconocer el cuerpo.
- Adaptarse al espacio.
- Adquirir seguridad personal
- Conocer los materiales.
- Desarrollar una relación basada en la confianza con el guía.

- Expresar pulsiones internas sin sentirse culpable o juzgado.

La segunda etapa, basada en lo simbólico tiene entre sus objetivos:

- Ejercitar la imaginación y la fantasía.
- Modificación del espacio en el plano simbólico
- Profundizar en la labor de equipo.
- Trabajar con la voz y la palabra.

La tercera etapa, en la que se busca llegar a la abstracción, tiene entre sus objetivos:

- Ayudar al desarrollo de la capacidad de construcción, expresión y comunicación creativas.
- Promover el distanciamiento afectivo en relación con el salón, los materiales y en particular con el maestro.
- Implicar a los padres ayuda mucho y es en esta etapa cuando se debe posibilitar por medio de sesiones de convivencia.

En esta etapa se sugiere retomar el tema del dar y pedir en la familia del paciente. El terapeuta debe ayudar a los padres a comunicarse mejor con el niño y a explicarle que sí tiene derecho a necesitar y que es válido que pida, pues aprender a pedir es parte importante de su desarrollo social-afectivo. Pero deben aclararle que los síntomas de asma no son razón para darle o negarle algo, y que existen otras razones por las cuáles ellos toman sus decisiones. Sus padres pueden aprender a mostrarse comprensivos con sus emociones y enseñarlo a lidiar con la frustración, sin renunciar a los límites puestos. Mejorar la comunicación y ser empáticos con el niño, sí lo ayudará a buscar una forma menos costosa y más directa de satisfacer sus necesidades. Finalmente, debe aprovecharse que el niño crea tener algún control sobre su enfermedad, y por lo tanto sobre su salud; haciendo que participe activamente en su tratamiento.

La población de pacientes con asma no pasa mucho tiempo en los hospitales, por lo que el trabajo debe ser planteado tomando en cuenta la frecuentemente corta duración de la estancia en él.

Rigel y Servín (2000) realizaron un taller de danzaterapia para personas con psicosis funcional buscando mejorar su autoconcepto. Al realizarlo, encontraron mejoras

en sus pacientes en su yo familiar, su autocrítica y en su conciencia del propio cuerpo. Los siguientes fueron objetivos que sirvieron como base para la creación de sus sesiones:

- La conciencia corporal: que fortalezca una imagen realista del cuerpo. Que reconozca e integre su esquema corporal y que tome conciencia de su uso y flujo de la energía corporal armonizando la respiración con el tono muscular. Que tome conciencia también sobre el funcionamiento de sus órganos internos y externos.
- La conciencia espacial: que ayude a reconocer las distintas características del espacio circundante y promueva el movimiento en los distintos niveles del espacio con confianza en si mismo y en los demás.
- La conciencia del movimiento que esclarezca las posibilidades expresivas del cuerpo a través del movimiento. Enriquecer su vocabulario del movimiento. Conocerse más a sí mismos y a los demás.
- La expresión corporal. Explorar y practicar posibilidades de expresión a través del movimiento y la danza. Resignificar la interacción social con mayor seguridad y satisfacción. Incrementar la percepción del mundo. Mejorar su autoestima movilizand la iniciativa, creatividad y productividad.

Tomando en cuenta estos objetivos y la problemática planteada sobre el asmático, se sugieren los siguientes temas para ser revisados en un programa de 15 sesiones, la cual requiere ser puesta en práctica y revisada continuamente.

- 1- Autoconcepto.
- 2- Conciencia corporal. 1 El sistema propioceptivo.
- 3- Conciencia corporal 2. El tacto, la vista, el oído, el olfato, el gusto.
- 4- Conciencia corporal 3. Integración sensorial.
- 5- Conciencia espacial. 1 El espacio ambiental.
- 6- Conciencia espacial. 2 Mi espacio.
- 7- Conciencia del movimiento. 1 Características del movimiento.
- 8- Conciencia del movimiento 2. Movimiento, espacio y tiempo.
- 9- Conciencia del movimiento 3. El movimiento y la imagen corporal.
- 10- Conciencia del movimiento 4. El movimiento y la relación con el otro.
- 11- Expresión corporal 1. Los sentimientos.

- 12- Expresión corporal 2. Los pensamientos.
- 13- Expresión corporal 3. Mi salud, mi enfermedad.
- 14- Expresión corporal 4. La responsabilidad personal.
- 15- Cierre.

Con respecto a la estructura de las sesiones, Marian Chace (citada en Panhofer y Rodríguez, 2005) proponía 4 fases en la sesión: chequeo inicial; calentamiento y movilización de la expresión emocional, presencia física y conciencia corporal; proceso y cierre. Halprin (1997) agrega una fase en las sesiones; en ellas hay 1) un chequeo inicial, 2) ejercicios que despierten la conciencia sensorial en cuanto a respiración y circulación, 3) el ejercicio central, 4) relajación, y un 5) chequeo final. (Ver anexo 5).

El psicoballet de Fariñas (1999) estructura las sesiones en 3 etapas que cubren un calentamiento, ejercicios técnicos de ballet y expresión creativa.

La estructura de las sesiones que se siga deberá considerar algunos de los siguientes objetivos:

- un espacio de inicio y de despedida que sirvan para que la persona pueda expresar cómo se encuentra ese día, cómo queda después de la sesión y en general cómo está con el programa.
- ejercicios que promuevan que la persona avance en su capacidad de sentir y reconocer su cuerpo.
- ejercicios de calentamiento y que permitan que la persona vaya adquiriendo un lenguaje del movimiento cada vez más amplio.
- ejercicios lúdicos y/o creativos.
- ejercicios de psicodanza.
- un espacio de relajación y enfriamiento.

5.5. La evaluación.

“Estamos aquí para sanarnos los unos a los otros y también a nosotros mismos. Y no me refiero a la sanación del cuerpo físico, sino a una sanación mucho más profunda, a la sanación de nuestro espíritu, de nuestra alma.”

(Kübler-Ross, 1997, edición castellana 2002, p.12)

Fariñas (1993) propone que en el contenido de la sesión terapéutica se debe observar aspectos como: funcionamiento de grupo, relaciones con el terapeuta y con los psicólogos; atención, comprensión, lenguaje, motivación, disciplina, afectividad, creatividad, actividad y coordinación motora. Además, cualquier otro índice que sea útil para establecer la evaluación clínica de los pacientes.

Debido a que se desea observar si el taller podría incidir o no el autoconcepto, ansiedad y depresión en el asmático; se recomienda usar pruebas específicas que permitan obtener resultados más concretos.

Para obtener datos sobre la autoimagen de la persona con asma, Siems (1986) propone un ejercicio en que la consigna es dibujar el cuerpo, y explicita que se deben dibujar también los lugares donde se presenta alguna enfermedad. El ejercicio se completa contestando a las preguntas: si ese cuerpo pudiera hablar, ¿qué diría?; ¿cuál es su mensaje? ¿Cuál será su sentimiento básico y qué estrategia y sistema de creencias querrá expresar? Se deben anotar también cualquier sensación presente en el pecho y el abdomen al experimentar con estas preguntas. Este ejercicio podría aplicarse como un pretest y un postest al finalizar el curso.

También, ya que se busca que éste sea un trabajo interdisciplinario, conviene utilizar pruebas que permitan medir la capacidad pulmonar de la persona así como otros signos médicos y así observar a la persona desde un enfoque más integral.

Una última línea de evaluación debería provenir de las mismas personas con asma. Se deben buscar métodos que permitan que el asmático incorpore libremente datos sobre su propia vivencia de la enfermedad y la propuesta de tratamiento; para así lograr una evaluación integral. Siegel, B. (1989) encuentra que las personas con una enfermedad que son más fáciles de ayudar, son las que cuentan cómo viven su enfermedad. Las descripciones más vívidas de la misma pueden resultar fuente de descubrimientos sobre las circunstancias en que se originó, formas en que la enfermedad altera su relación con otros; y sentimientos y problemas de los que quizás no sea consciente. También puede ayudar a que la persona sea más conciente y responsable de la fuerza con la que participa en la búsqueda de equilibrio entre salud y enfermedad. Y esa fuerza puede usarse para reorientarse y buscar nuevas alternativas.

5.6. Sugerencias y contactos.

“ Opportunity dances with those already on the dance floor” (Jackson, 1991)

Sugerencias.-

El taller tendrá diversas e importantes consecuencias en la persona que asista, por lo que López et col. (1996) recomiendan que se cuente con un personal interdisciplinario experto que entienda y esté preparado para asistir a la persona en cada una de las áreas; médica, socio- afectiva y psicomotriz. Por ejemplo, Rothschild (2000) alerta que se debe observar al paciente y evaluar adecuadamente las señales del Sistema Nervioso Autónomo para saber cuándo se debe parar el trabajo terapéutico porque el paciente está en un estado traumático.

Se requiere la colaboración de hospitales encargados del tratamiento del asma, por lo que se debe ampliar la investigación médica de los beneficios en la respiración relacionados con la práctica de la danza y la danzaterapia. Factores como la edad, el sexo y la intensidad de los síntomas deben ser estudiados para conocer su influencia en los resultados del taller.

La psicodanza puede beneficiar no sólo a asmáticos sino a la población en general. Es necesario aprovechar (entre la comunidad de psicólogos, médicos y pacientes) el taller de psicodanza propuesto para empezar un trabajo de difusión que permita que la población conozca la psicodanza.

Hacia allá debemos encaminarnos.

Contactos.-

En la ciudad de México se pueden atender problemas relacionados con el asma en muchos hospitales, pero no en todos existen comunidades de atención específicas para personas con asma.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias cuenta con un pabellón dedicado a esto, se encuentra ubicado en Calzada de Tlalpan #4502. Col. Sección XVI.

El Instituto Nacional de Pediatría organiza frecuentemente cursos para padres de niños asmáticos. Éste se encuentra ubicado en Insurgentes Sur #3700 Letra C. Colonia Insurgentes Cuicuilco.

El Centro de Asma y alergia de México se encuentra en Uxmal #425, colonia Narvarte.

La Asociación Mexicana de Asma se puede contactar por medio de la Dra. Nelly Ramírez, cuyo consultorio se encuentra en Mérida 170-126. Colonia Roma. Esta asociación realiza periódicamente actividades de fomento al deporte para asmático, así como actividades de integración y educación sobre la enfermedad.

El día mundial del asma se lleva a cabo el primer martes de mayo de cada año. El 29 de abril se celebra el día mundial de la danza.

Más información al respecto de clínicas y organizaciones que dan seguimiento a las personas con asma; así como información relevante sobre medidas globales contra el asma; puede ser encontrada en las páginas:

<http://www.salud.gob.mx> (Secretaría de salud del gobierno de México)

<http://www.comaaipe.org.mx> (Colegio mexicano de asma, alergia e inmunología pediátrica).

<http://www.ginasthma.org> (Iniciativa global para el asma).

VI CONCLUSIONES.

Al principio de esta investigación se plantearon 3 objetivos principales de los cuales se desprenden las siguientes conclusiones.

1- *Elaboración del marco teórico para un primer taller de psicodanza para mexicanos con asma utilizando e integrando diversos enfoques. Fomentar la puesta en práctica del mismo.*

Para realizar el marco teórico se utilizó información precedente del Psicoanálisis, de la Psicoterapia Gestalt, la Medicina, la Psicoterapia Cognitivo Conductual, la Psicoterapia familiar, y de la Psicología del arte. Además se incorporaron investigaciones sobre la Danza, el Psicoballet, la Psicodanza y la expresión corporal. Así, se realizó un antecedente teórico sobre el cual se pueden realizar futuras investigaciones que continúen ampliando la base teórica para la Psicodanza como tratamiento alternativo para pacientes con asma.

De este trabajo se desprendieron algunas características importantes para el diseño, implementación y mejoramiento continuo del taller de psicodanza para asmáticos.

A) Debe diseñarse conforme a la meta de alcanzar y utilizar el máximo potencial de respiración en la persona. Si la respiración y el sistema respiratorio en general se fortalecen y flexibilizan, la energía podrá utilizarse conforme a un funcionamiento más equilibrado, armonioso y preciso de la persona en su totalidad.

B) El tratamiento debe diseñarse atendiendo a generalidades del asma y al mismo tiempo, buscando flexibilidad para que cada persona aprenda a reconocer y trabajar sus necesidades específicas, pues no hay asmáticos iguales. El asmático debe conocer los detonadores, la intensidad y extensión de sus síntomas, y las consecuencias (positivas y negativas) físicas, emocionales y sociales que ha tenido la enfermedad en su vida. Técnicas de evaluación eficaces apoyarán al paciente a integrar todas sus fuentes de información. Observar el material no verbal y utilizar el movimiento como instrumento terapéutico; enriquece profundamente la cantidad de información sobre la enfermedad y la persona. El lenguaje del cuerpo no sólo comunica contenidos emocionales y deseos reprimidos, sino que favorece la integración de los mensajes de la persona en una forma de comunicación eficaz y sistémica.

C) Se deben manejar las áreas saludables de la persona como fundamento del autoapoyo. Que la persona se dé cuenta de que posee áreas saludables a las que pocas veces pone atención, puede hacer que redimensione y contextualice mejor las consecuencias de su enfermedad. Y que la comunidad divulgue y fortalezca sus opciones de apoyo redundará en una mejor ayuda para el asmático. La persona obtiene un conocimiento más profundo del cuerpo y su funcionamiento por medio de la psicodanza. Además, mejora sus habilidades físicas y artísticas, por lo que adquiere más seguridad en sí misma mejorando sus relaciones sociales y principalmente su relación consigo mismo.

D) La salud nunca está del todo ausente en una persona, se trata de un *proceso* gradual de búsqueda del bienestar biopsicosocial de la persona. El tratamiento contra el asma debe reflejar este aspecto dinámico de la salud, por lo que se requiere retroalimentación continua. Para ella se requiere un espacio para el diálogo en un ambiente de confianza y respeto que permita evaluar cambios en sus esferas física, emocional, intelectual y social. Mediante la psicodanza se promueve una atmósfera cálida que sirva para que la persona pueda explorar de manera segura nuevas formas de relación consigo mismo y con los demás.

E) La manera en que la persona responde ante el impacto de sus síntomas involucra al organismo en su totalidad pero generalmente, su esfera física es la que posee más energía para expresarse y por ende se tiende a obviar el mensaje de las demás como si no sufrieran un impacto. Por eso el tratamiento contra el asma debe ir dirigido a todos los aspectos de la persona, atendiendo no sólo los signos físicos de enfermedad, sino las emociones, cogniciones y actitudes adyacentes. Ignorar alguno de estos aspectos reforzará el desequilibrio en que la persona se encuentra.

F) El tratamiento debe responder a dos aspectos de la persona con asma tradicionalmente ignorados en el diseño del tratamiento médico: el narcisismo y la imagen corporal del asmático. Restaurar la sensibilidad de la superficie corporal de la persona en un taller de psicodanza mejorará su imagen corporal. Y las posibilidades creadoras de las terapias con recursos artísticos ayudan a reparar las heridas narcisistas y a recuperar la mirada y el diálogo perdido con los demás.

2- Difundir la psicodanza, sus objetivos, metodología y beneficios psicológicos.

En el capítulo sobre psicodanza se trataron los objetivos, beneficios en el ámbito psicológico y metodología de esta terapia. Con respecto a la metodología, se consultó con personas encargadas de 3 diferentes programas de psicodanza (Instituto Psiquiátrico de San Fernando, CENIDI- danza y Hécate). Los tres coinciden en que la metodología consultada es un punto de partida, pero se encuentran desarrollando su propia metodología en la cual incorporan datos de su propia experiencia con mexicanos. De llevarse a cabo el taller para personas con asma mexicanas; se deberá buscar la continua renovación de la metodología para obtener una mejora constante.

3- Hablar sobre el tratamiento del asma como enfermedad psicosomática y elaborar una justificación teórica que permita integrar la psicodanza como tratamiento adicional para el paciente con asma.

Después de realizar un panorama general sobre los tratamientos tradicionales para el asma, se concluyó que aunque cada uno realiza contribuciones substanciales, su limitación más importante es abocarse a tratar a la persona de manera parcial, en algunos casos buscando mejoras sólo en la esfera social, emocional o física; y en otros la simple disminución de los síntomas, sin buscar de fondo la salud de la persona.

El objetivo principal en la terapia es la integración de todos los aspectos del *yo*; físicos, emocionales y mentales; por lo que el tratamiento debe ser holístico. Esto justifica la necesidad de complementar el tratamiento médico del asma con la psicodanza.

Pero la justificación principal proviene de una voz disminuida: la de los pacientes. Pocos pacientes toman los medicamentos que deberían en las dosis que deberían, muchos no regresan a una visita subsecuente, son frecuentes otras quejas somáticas en estos pacientes; y como sociedad, cada vez tenemos más asmáticos. Estos son indicios de que el tratamiento médico actual no está cubriendo con todas las necesidades de los asmáticos. Se deben ampliar los espacios para que ellos participen activamente en el diseño e implementación de programas dirigidos a su salud.

No estamos tratando sólo con órganos, funciones disminuidas, estados anímicos alterados, regresiones, fijaciones, cogniciones equivocadas, relaciones sociales desadaptativas, etc. Estamos tratando con personas, con nombre, identidad; con el derecho a una vida mejor.

La psicodanza es un tratamiento de joven aparición, que sin embargo ha registrado resultados consistentemente exitosos en su uso. No debemos descartar los esfuerzos hechos en este campo en diferentes países, sino que debemos enriquecerlos con información sistematizada y veraz sobre sus resultados al utilizarse con población mexicana. Este trabajo buscó sentar un precedente que permita más adelante poner en marcha un necesario taller de psicodanza para personas con asma mexicanas.

4-Reflexión.

Debido a que yo soy asmática, esta investigación respondió también al objetivo personal de ampliar mis conocimientos teóricos sobre el tema de *mi* asma. En el camino fui descubriendo que aunque sabía bastante sobre la enfermedad, en realidad desconocía en gran medida el significado de mi salud y cómo buscarla. Al integrar el tema de la respiración saludable a la investigación sobre el asma, logré contextualizar la enfermedad y me sentí bastante más motivada a estudiar cómo era mi participación y cómo debía ser, en el tratamiento del asma y de mi bienestar en general. Considero que es posible que otros asmáticos no estén familiarizados con el tema de la salud. Aunque la respiración es por todos experimentada, no se acostumbra poner atención ni educar sobre su proceso y relación con la persona.

Al hablar tan extensamente del tema del asma con todo tipo de personas, recibí retroalimentación sobre mis expectativas y creencias con respecto de mi ser asmática. Me fue particularmente provechoso expresar mi enojo ante el concepto de asmático manipulador que he escuchado desde pequeña. Esta idea me hacía sentir terrible persona y no me daba ninguna esperanza de poder remediarlo. Cuando en Hécate me dijeron que mucha gente aprovecha sus problemas (no sólo de salud) y les saca ganancia; me sentí un poco más humana. Y cuando me dijeron que tener idea de cómo surgieron mis problemas de salud no era excusa para vivir enferma; entendí que saber sobre un problema no es lo mismo que buscar resolverlo. Por primera vez dejé el tema de mis vivencias previas con el asma y empecé a contestarme cómo quería que fuera mi salud de ahora en adelante. Entendí la diferencia entre vivir con culpas y enojos y vivir con responsabilidad personal.

En el proceso de hacer la tesis, tomé parte de un taller de sensibilización por medio de la danza en el CENART. Esos 6 meses gocé de buena salud y espléndida alegría y

energía vital. Aunque no puedo generalizar este resultado a todos los asmáticos, sí puedo compartir que mi experiencia en la sensibilización por medio de la danza me deja contenta y motivada a proponer un taller de psicodanza para mexicanos con asma.

En la noche de Brahma, la naturaleza está inerte, y no puede danzar hasta que Shiva lo desea: Él sale de Su éxtasis y danzando envía a través de la materia inerte ondas pulsantes de sonido despertador, y ¡ahí está!, la materia también danza, apareciendo como un círculo de gloria a Su alrededor. Danzando, Él sostiene sus múltiples fenómenos. En la actualidad del tiempo, todavía danzando, Él destruye todas las formas y nombres mediante el fuego y da nuevo descanso. (...)

(Coomaraswamy, 1969, citada en Capra, 1975, ed castellana, 1987, pp. 275- 276)

ANEXO 1. EL ASMA. SINOPSIS

I Definición: Enfermedad crónica controlable no contagiosa caracterizada por hipersensibilidad en los bronquios e inflamación de las vías aéreas. *Síntomas principales:* Tos, silbidos, dificultad para respirar y flemas. *Síntomas asociados:* Rinitis, alergias, conjuntivitis, traqueitis, halitosis y constipación (antes de una crisis). *Predisponentes:* Historia familiar, exposición a alérgenos, bajo peso al nacer, exposición al humo del tabaco e infecciones virales. *Desencadenantes:* Cambios bruscos de clima, humedad, inhalación pasiva del cigarro, contaminación, ejercicio, períodos menstruales, depresión y ansiedad. (Entre otros).

II

Respiración normal.	vs.	respiración asmática.
Inspiración por ensanchamiento del tórax.	-	Variable.
Exhalación pasiva.	-	Dificultad en la exhalación.
Entrada de O ₂ y salida de CO ₂ .	-	Posible ↓O ₂ y ↑CO ₂ .
Ritmo y equilibrio.	-	Arrítmica inestable ↔ estrés.
Relacionada con dif. Emociones.	-	Relacionada con ansiedad.
Profundidad.	-	Superficial y obstructiva.

III Síntomas psicológicos. (Probables).

Inicia principalmente en la etapa oral, en el estadio de adquisición de confianza.

- Ansiedad→hiperventilación →broncoconstricción →ansiedad.
- Depresión. Pasividad e indefensión aprehendida → baja adherencia terapéutica.
- Concentración de energía libidinal en el órgano afectado con disminución en el resto. A) Imagen corporal distorsionada. B) Falla en la simbolización de afectos, alexitimia.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Fallas en control afectivo→baja competencia social y comportamiento agresivo
- Déficit perceptivos y de atención en asmáticos graves y persistentes.
- Vergüenza, miedo, inhibición, ansiedad y aislamiento
- Dependencia del medio social (reforzada por el mismo).
- Rasgos de agresión, impulsos orales prominentes y temor al abandono. (Controversial).

-Asociados a: empatía, sensibilidad, motivación para el buen rendimiento atlético y musical, inteligencia y éxito. (Entre otros).

-Las acciones propositivas con que el sujeto altera su respiración tienen consecuencias en cada fase del ciclo de la experiencia. Se *desensibiliza*, proyecta su cuerpo como *experiencia ajena al sí mismo*, altera su movimiento de la energía que lo relaciona con el medio externo, se *dispersa* en objetivos diferentes al original, se dificulta su forma de regular el contacto (*sobrelimitándose o renunciando al sí mismo*; y esto se apoya en *síntomas físicos*) y finalmente, la persona se niega a separarse del satisfactor (aun cuando este ya no continúe siendo tal) por *sentimientos de vacío y temor* de ser abandonado.

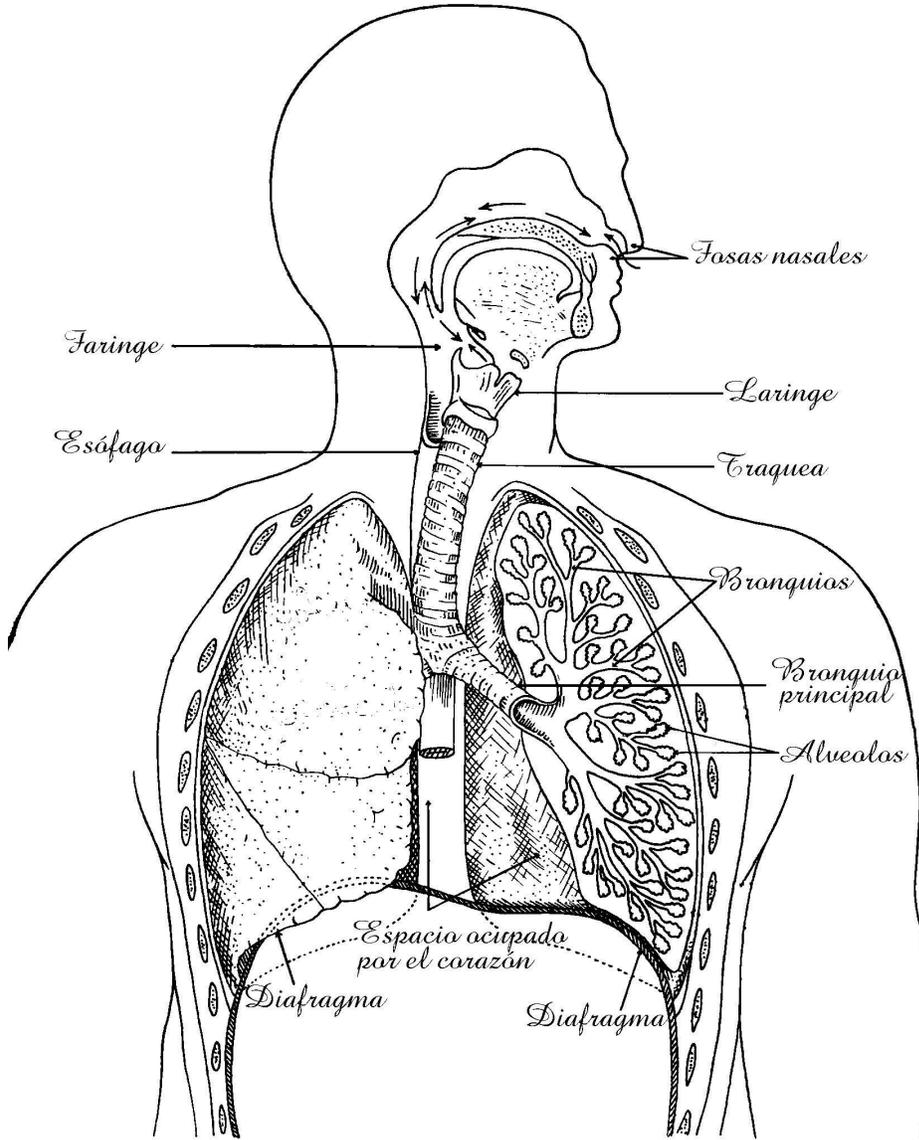
IV Asma: enfermedad psicosomática.

Cuerpo ↔ factores psicológicos. Los síntomas de asma pueden ser: *repetición* amplificada de una disfunción pasada, *contenido emocional* de un conflicto no expresado, acumulación de *energía sexual desviada* por una condición hereditaria, *economizar* o disminuir el impacto de *conflictos en la familia*, llamado al otro, *fallas para tolerar* cambios del crecimiento, buscar *protección* materna, tipos hereditarios relacionados con *hipersensibilidad alérgica* más excesivas *demandas de independencia*, pobre calidad en el vínculo materno y su comunicación que *impiden asignar un significado social a las frustraciones maternas* normales, *represión* del anhelo materno o de sentimientos hostiles, *desequilibrio en la relación dar-recibir*, sentimientos de dominio e insignificancia, repetición del modelo basado en el nacimiento: *retención/ simbiosis- corte brusco/ desamparo*, conflictos entre independencia y apego. (Entre otros).

V Ganancias secundarias.

Problemas de comunicación dentro de las familias psicosomáticas. Los niños asmáticos pueden usar sus síntomas para obtener ganancias secundarias. El niño debe aprender a reconocer sus necesidades, a pedir directamente y a lidiar con la frustración cuando no lo obtenga. Los padres deben establecer límites claros con el niño y no favorecer que asocie los síntomas de asma con premios ni castigos. Deben ayudar enriqueciendo con comprensión y empatía las habilidades de comunicación del niño.

ANEXO 2. Esquema del aparato respiratorio



Aparato respiratorio del ser humano.

Basado en el esquema del aparato respiratorio de Sánchez y Lima, 1969.

ANEXO 3. Clasificación del asma.

“El sentido de nuestra vida está condicionado por las vivencias de nuestro propio cuerpo, al modo como lo experimentamos.” (Zimmermann, 1983, p. 50)

El asma se clasifica por sus síntomas en:

- A) Asma intermitente. Los síntomas son ocasionales y la flujometría es mayor al 80% del predicho.
- B) Asma leve persistente. Los síntomas se presentan varias veces a la semana y la flujometría es mayor al 80% del predicho.
- C) Asma moderada persistente. Los síntomas se presentan diariamente y afectan la actividad y el sueño al menos una vez por semana. La flujometría es entre el 60 y 80% del predicho.
- D) Asma grave persistente. Los síntomas son continuos con ataques frecuentes, limitando la actividad y presencia de síntomas nocturnos. La flujometría es menor al 60% del predicho.

El asma es una enfermedad cambiante y la gravedad varía espontáneamente o por el tratamiento.

Otra clasificación, basada en las causas probables del asma, divide a la enfermedad en: extrínseca, intrínseca y mixta.

El asma extrínseca (o alérgica) se produce por una hiperreactividad ante un elemento alérgico. La reacción se manifiesta poco después de la exposición al alérgico. El anticuerpo se fija en los mastocitos liberando mediadores químicos que reaccionan en receptores específicos de la célula del músculo liso. Así se produce la broncoconstricción, el edema de la mucosa y la hipersecreción en los bronquios.

El asma intrínseca no hay evidencia de una etiología relacionada con el sistema inmune, son otros los factores que desencadenan el ataque, como ejercicio, irritantes, fármacos, enfermedades virales, factores ambientales y psicosociales. De Hinojosa (2000)

menciona que el asma intrínseca puede asociarse a factores irritantes, reflujo gastroesofágico, o procesos infecciosos del tracto respiratorio.

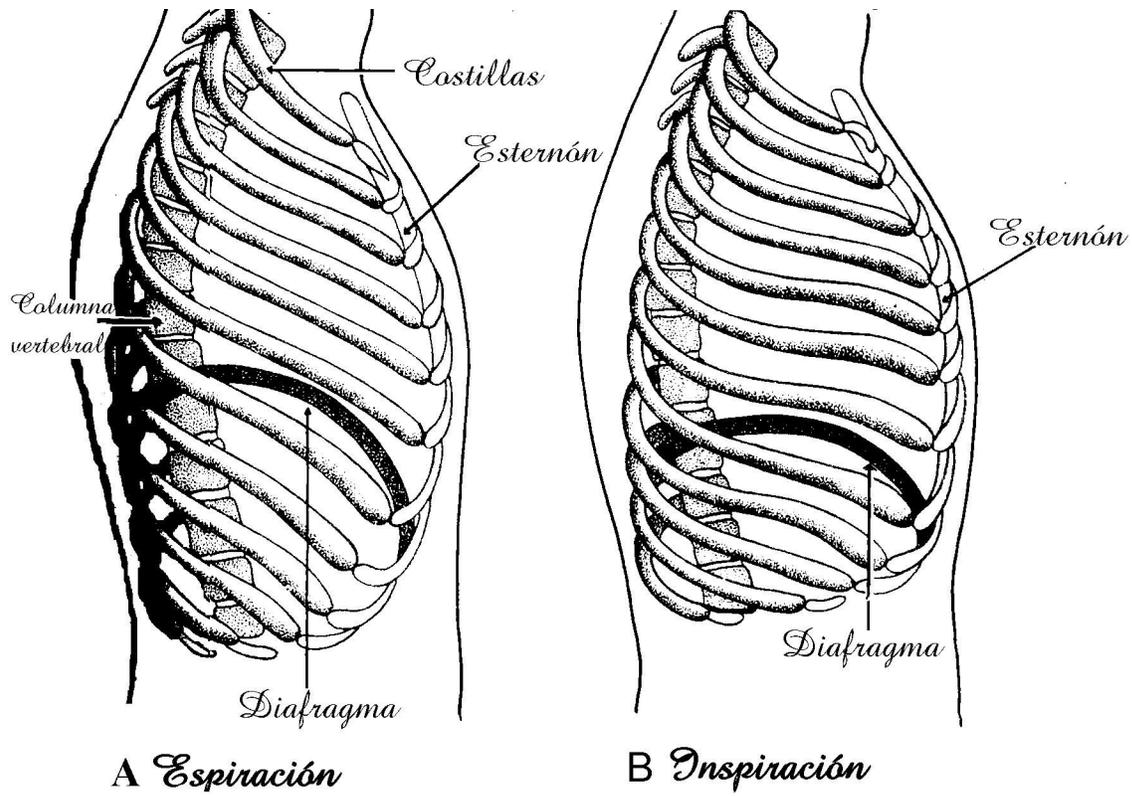
El asma mixta es una combinación de ambas.

Algunos ambientes laborales y el ejercicio en personas ya asmáticas pueden relacionarse con la obstrucción de la vía aérea y la hiperreactividad bronquial. Es por esto que también debe clasificarse si el asma es inducida por el ejercicio, si se trata de asma ocupacional o si no se desarrolla en un contexto determinado.

El asma inducida por el ejercicio se refiere a la broncoconstricción o aumento temporal de la resistencia inmune de las vías aéreas después de la realización de ejercicio físico por parte de pacientes con asma. (Huerta y Penagos, 2004)

El asma ocupacional es una enfermedad caracterizada por obstrucción en la vía aérea vinculada a hiperreactividad bronquial atribuible a causas y condiciones del ambiente de trabajo.

ANEXO 4. Cambios en la posición del diafragma y las costillas debidos a la inspiración y espiración de aire.



A la izquierda, se observan los cambios de posición del diafragma durante las fases de la respiración. Estos son motivos de cambios en el volumen de la cavidad torácica. También se observan cambios en la posición de las costillas durante la espiración e inspiración. Los extremos anteriores de las costillas se elevan por la acción de los músculos intercostales y esto causa un aumento de la dimensión del tórax, y de toda la cavidad. Estos dos factores, ambos dilatadores del tórax hacen ingresar la cantidad necesaria de aire. Basado en la imagen de Ville, 1962.

ANEXO 5. Sesión inicial.

Esta sesión se integra a manera de ejemplo, ya que puede resultar difícil visualizar una sesión de danzaterapia. Cabe señalar que las sesiones deben planearse dentro de un contexto que tome en cuenta a los participantes, los objetivos, el marco teórico de referencia, las características del lugar donde vaya a realizarse y las circunstancias que permitan contar con los permisos para llevarlo a cabo. Halprin (1997) desarrolló este manual como apoyo auxiliar para maestros que lleven a cabo programas encaminados al tratamiento de pacientes con cáncer. No se pretende que esta sesión sea reproducida fuera de este contexto.

La sesión comienza con un chequeo inicial en que se le pide a cada persona que hable acerca de la naturaleza y forma de su enfermedad, así como de lo que espera ganar asistiendo a las sesiones. Esto se realiza en círculo y cada persona es libre de compartir cuanto desee. El facilitador debe estar alerta a la atmósfera de la clase y de las personas para poder ir modificando los chequeos iniciales conforme a sus necesidades.

Después se realizan ejercicios para despertar la conciencia sensorial. La persona de pie, con los ojos cerrados comienza a imaginar que se está disolviendo y paulatinamente empieza a soltar cada parte del cuerpo, desde la cabeza hasta los pies. Después se realiza el movimiento inverso, levantando poco a poco cada parte del cuerpo. Es importante que mientras se vaya experimentando, no se descuide la respiración. El ejercicio se realiza varias veces, centrando la atención primero en las sensaciones en la espina y la espalda, luego en la parte frontal del cuerpo, luego en los lados, en todo el cuerpo y sus interconexiones. Se termina el ejercicio con un último movimiento que finaliza con los participantes acostados en el piso.

La meditación centrada en la respiración se realiza tomando en cuenta su ritmo, como si fuera olas del mar. Comienza con una fantasía guiada en la que se le pide a la persona que se imagine que se encuentra acostada en una playa soleada. Después de un par de inhalaciones y exhalaciones se le pide que comience a masajear cada parte de su cuerpo,

comenzando desde la cara hasta la pelvis, con especial atención a cualquier parte del cuerpo que considere que requiera atención y continuando con ese ritmo de respiración profundo y armonioso. Terminado este ejercicio, se les puede pedir a las personas que comiencen a moverse suavemente al ritmo de su respiración.

Después de un receso, necesario para la asimilación de lo anterior, se cambia hacia movimientos que contrastan con los anteriores. Los basados en el pulso. Con música alegre y vibrante, se inicia en círculo y se le pedirá a los participantes que sigan los movimientos del líder. El líder hará un movimiento vibratorio, rebotando desde las rodillas y dejando que el cuerpo sienta el impacto de esos rebotes. Separando los pies, y contactando firmemente con el piso, se dejará que el cuerpo se balancee de un pie a otro. Se harán movimientos ondulantes desde la espina, buscando la postura de “S” natural. La tensión se liberará con movimientos pulsantes desde el cuello, los hombros y bajando por la espina. Se varía el ritmo y se le pide a los participantes que encuentren sus propias diversificaciones.

Un ejercicio de caminata tomando en cuenta los latidos del corazón, les permitirá encontrar un ritmo en sus movimientos. Después de encontrar su pulso, se le pide a cada persona que camine en este ritmo. Continúan caminando hasta que se descubre un pulso común al grupo mediante consenso no verbal. Después se pide a cada uno que acompañe a otro en su caminata, se rompen las parejas y se forman nuevas hasta que todo mundo haya caminado con todo mundo.

El ejercicio central involucra hacer un autorretrato. Después de hacer ejercicios para soltar a las personas y desinhibirlas para que puedan dibujar sin reservas; se les pedirá que cierren los ojos y retomen las sensaciones de cada parte de su cuerpo. Al abrir los ojos, se les pedirá que hagan un autorretrato. Se les pide que escriban palabras que asocien al ver su dibujo, relativas a aspectos físicos, emocionales o asociativos. Después, una pareja deberá sostener el dibujo a la vista de la persona, mientras ella persona realiza un pequeño baile relativo a lo que ve. Se intercambian roles. Se vuelven a observar y se agregan nuevas palabras. Se circulan las palabras más representativas y se forma una oración con ellas que comiencen con YO SOY... Se vuelve a realizar una danza con esta nueva frase y se intercambian los roles.

Se realiza un chequeo que permita que las personas reflexionen sobre el mensaje de su retrato y si tendrá una relación con su enfermedad. Se pide a los participantes que compartan sus dibujos y los mensajes en ellos.

Finalmente, se realiza un movimiento en grupo que permita cerrar la sesión. Tomados de las manos, de pie, se balancean los brazos se cuenta hasta cuatro y se deja salir un intenso y fuerte grito grupal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- *Biblia de Jerusalén*. (1992). Bilbao: Porrúa.
- Aguilera, G., Alcaraz, J., Ávila, J., Herrera, I., López, S., López, O. et al. (1998). *Cuerpo, identidad y psicología*. México: Plaza y Valdés. 2ª reimposición, 2002.
- Alba, M. (1998, abril) *Verdades y mentiras*. Novedades. PC2.
- Alexander, G. (1976). *Einweg der Körperliche*. Munich, Alemania: Kösel-Verlag. Edición castellana (1993). *La Eutonía: Un camino hacia la experiencia total del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Ansbacher, H. & Ansbacher R. (1967). *The individual psychology of Alfred Adler: a systematic presentation in selections from his writings*. New York, NY: Harper & Row Publishers.
- Arce, G. (2003). *Efectos de un programa de educación para el manejo del asma sobre el nivel de ansiedad*. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, DF, México.
- Arnheim, R. (1966). *Towards a Psychology of Art*. Berkeley, California, USA: University of California Press. Edición castellana. *Hacia una Psicología del arte*. Madrid: Alianza editorial, 1988.
- Ávalos, F. (1996). *Mecanismos de autorregulación y asma*. Tesis de maestría en Psicología General experimental. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, DF, México.
- Baz, M. (2000). *Metáforas del cuerpo. Un estudio sobre la mujer y la danza*. (2ª ed.) Universidad Nacional Autónoma de México, PUEG, DF, México.
- Bekei, M. (1984). *Trastornos psicósomáticos en la niñez y la adolescencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bernard, M. (1976). *Le corps*. París: Editions Universitaires Jean Pierre Delarge. Edición castellana. *El cuerpo*. Buenos Aires: Paidós, 1988.
- Bierman, C., Pearlman, D., Shapiro G. & Busse, W. (1996). *Allergy, asthma and Immunology from infancy to adulthood*. USA: The National Asthma Education program expert panel Report.
- Blanco, M. (1989). *Asma bronquial: una revisión y propuesta de programas de automanejo*. Tesis de doctorado en Psicología clínica. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. DF, México.

- Bloch, S. (2002). *Al alba de las emociones. Respiración y manejo de las emociones.* (2ª ed.) Santiago, Chile: Grijalbo.
- Braddock, C. (1995). *Body voices.* California, CA: Page Mill Press. Edición castellana. *Las voces del cuerpo.* España: Desclée de Broker, 1999.
- Brofman, M. (1993). *Anything can be healed.* Scotland, United Kingdom: Findhorn Press. Edición castellana. *Todo se puede curar.* Barcelona: Sirio, 2000.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1990). *Une Psychologie du corps.* París: Presses Universitaires de France. Edición castellana. *Psicología del cuerpo.* Barcelona: Herder, 1992.
- Buela, G., de los Santos, M., Carretero, H., & Cochiner, J. (2002). Análisis de la interrelación entre alergia y variables Psicológicas. *Revista Salud Mental.* 25 (5), pp. 23-28.
- Bustos, G & Bracamonte, F. (1977). *El niño asmático: Libro para padres.* Buenos Aires: Galerna.
- Caballo, V., Buela-Casal, G. & Carrobbles, J. (1996). *Manual de Psicopatología y trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación.* España: Siglo XXI.
- Camacho, P. (2003, octubre). *Gritos y Susurros del cuerpo en Psicodanza Gestalt.* Ponencia presentada en el congreso *El cuerpo descifrado*, Centro Nacional de las Artes, DF, México.
- Capra, F. (1975). *The tao of physics.* Boston: Shambhala. Edición castellana. *El tao de la física. Una exploración de los paralelos entre la física moderna y el misticismo Oriental.* Madrid: Luis Cárcamo, editor, 1987.
- Carrera, C. (1993). *La danza es comunicación.* Tesis de licenciatura en Periodismo y Comunicación colectiva, Universidad Nacional Autónoma de México. ENEP Acatlán, DF, México.
- Carroll, L. (1907). *Alice's Adventures in Wonderland.* London: William Heinemann. Edición castellana. *Alicia en el país de las maravillas.* Madrid: Alianza editorial, 1972.
- Célérier, M, Oresve, C. & Gouitaa, F. (1999) *La recontre avec le malade.* París: Dunod. Edición castellana. *El encuentro con el enfermo.* Madrid: Síntesis, 2001.

- Chiozza, L. (1997). *Los afectos ocultos en: psoriasis, asma, trastornos respiratorios, varices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas, accidentes cerebro vasculares*. (2ª ed.). Buenos Aires: Alianza.
- Cornejo, S. (2003). *La representación de las emociones en la dramaterapia*. Buenos Aires: Panamericana.
- De Hinojosa, V. (2000). *Manejo grupal en niños asmáticos*. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. DF, México.
- Dethlefsen, Th. & Dahlke, R. (1983). *Krankheit als weg*. München, Germany: Fundación Bertelsmann y Verlag GmbH. Edición castellana. *La enfermedad como camino*. Barcelona: Plaza & Janes, 1991.
- Doltó, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris: Editions du Seuil. Edición castellana. *La imagen inconsciente del cuerpo*. México: Paidós, 1984.
- Dropsy, J. (1973). *Vivre dans son corps*. Paris: Epi Editeurs. Edición castellana. *Vivir en su cuerpo*. Argentina: Paidós, 1982.
- Dychtwald, K. (1977). *Bodymind*. New York, NY: Pantheon Books. Edición castellana. *Cuerpo mente*. México: Lasser Press, 1981.
- Dyer, W. (1976). *Your erroneous zones*. New York, NY: Funk & Wagnalls. Edición castellana. *Tus zonas erróneas*. DF, México: Grijalbo, 1987.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and Society*. New York, NY: Norton. Edición castellana. *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Hormé, 1976.
- España, O. (1997). *Costo de la enfermedad para el paciente asmático*. Tesis de especialidad en Neumología clínica. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. DF, México.
- Fadiman, J. & Frager R. (1976). *Personality and personal growth*. New York, NY: Harper & Row Publishers. Edición castellana. *Teorías de la personalidad*. México: Harla, 1979.
- Fariñas, G. & Hernández, I. (1993). *Psicoballet. Método psicoterapéutico cubano*. México: Ducere.
- Fine, R. (1963). The personality of the asthmatic child. En H. Schneer (Ed.). *The asthmatic child*. pp. 39-57. New York, NY: Harper and Row publishers.

- Fisher, R. (1987). *The knight in rusty armor*. North Hollywood, CA: Wilshire Company. Edición castellana. *El caballero de la armadura oxidada*. Barcelona: Obelisco, 1997.
- Flores, A. (2002). *La influencia de la música y la danza en el desarrollo cognitivo del niño en edad escolar*. Tesis de licenciatura en Pedagogía. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras. DF, México.
- Flores, M. & Jiménez, M. (2001). *Ideas irracionales y enfermedades psicosomáticas*. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. DF, México.
- French, Th & Alexander, F. (1943). *Psychogenic factors in bronchial asthma*. Washington, DC: Psychosomatic medicine Monograph. Edición castellana *Psicología y asma bronquial*. México: Horme, 1966.
- Freud, S. (1914). *Zur Einführung des Narzissmus*. Viena: Internationaler Psychoanalytischer Verlag. Edición castellana. Introducción del narcisismo y otros ensayos. En *Obras completas de Sigmund Freud*. V. 14. (6ª reimpresión) Buenos Aires: Amorrortu, 1979. pp. 65-98.
- Freud, S. (1926). *Hemmung, Symptom und Angst*. Leipzig, Viena: Internationaler Psychoanalytischer Verlag. Edición castellana. Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas de Sigmund Freud*. V. 20. (6ª reimpresión) Buenos Aires: Amorrortu, 1979. pp. 71-164.
- Frostig, M. (1984). *Movement Education. Theory and Practice*. Chicago, Il.: Follett Publishing Company. Edición castellana. *Educación del movimiento. Teoría y práctica*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1987.
- Fuentes, M. (1990). *La danzaterapia. Un medio esencial que permite el desarrollo integral del individuo con atipicidad múltiple*. Tesis para obtener el grado de licenciatura en educación especial. Secretaría de Educación Pública, Escuela Normal de Especialización, DF, México.
- Fux, M. (1981). *Danza experiencia de vida*. Barcelona: Paidós. 1ª reimpresión, 1985.
- Fux, M. (1989). *La formación del danzaterapeuta. Vivencias con la danzaterapia*. Buenos Aires: Gedisa.

- Galindo, J. (2002). *Enfoque centrado en la persona y análisis bioenergético; aportaciones del trabajo Psicocorporal a un modelo humanista*. Tesis de Maestría en Orientación y Desarrollo Humano. Universidad Iberoamericana, Departamento de Psicología. DF, México.
- García, A. (1988). *La psicodanza como medio para desarrollar la creatividad infantil*. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad de Mazatlán, Mazatlán, México.
- Gardner, H. (1983). *Frames of Mind. The Theory of multiple intelligences*. New York, NY: Basic Books. Edición castellana. *Las estructuras de la mente. La teoría de las inteligencias múltiples*. DF, México: Fondo de Cultura Económico, 1999.
- Gavito, M. (1980). *La terapia conductual en el asma*. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. DF, México.
- Gila, A. & Mateos, M. (1991). *El niño asmático*. Barcelona: Martínez Roca.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. United States: Bantam Books. Edición castellana. *La inteligencia emocional*. México: Vergara Editor, 1996.
- Gómez, L. Bocanegra M. & Sierra J. (1982). Asma aguda. En *Urgencias en pediatría*. México: Hospital Infantil de México.
- González, J. (1992). *Interacción grupal*. México: Planeta.
- González, J. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. México: Manual Moderno.
- González, M. (1998). Bailar, vibración del self, vibración de la vida. En *Figura y Fondo. Revista del Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt*. 2 (2), Pp. 79-106.
- Griffith, J. & Griffith, M. (1994). *The body speaks. Therapeutic dialogues. Mind-body problems*. New York, NY: Basic Books. Edición castellana (1996). *El cuerpo habla. Diálogos terapéuticos para problemas mente-cuerpo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Halprin, A. (1997). *Dance as a healing art. A teacher's guide and support manual for people with cancer*. Kentfield, CA: Tamalpa Institute.
- Hanna, J. (1988). *Dance and stress*. New York, NY: American Press.

- H'Doubler, M. (1998). *Dance: A creative art experience*. (3ª ed.) Wisconsin, USA: Univ. of Wisconsin Press.
- Hölter, G. & Panhofer, H. (2005). Relación entre la danza educativa y la Danza Movimiento Terapia. En Panhofer, H. (Comp.) *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Huerta, J. & Penagos, M. (2004). *Asma en niños*. México: Intersistemas.
- Kafka, F. (1915). *Die Verwandlung*. Leipzig, Deutschland: Kurt Wolff ed. Edición castellana. *La metamorfosis. Carta al padre*. DF, México: Tomo, 1998.
- Kepner, J. (1987). *Body Process*. New York, NY: Gradner Press. Edición castellana. *Proceso corporal. Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. México: El Manual Moderno, 1999.
- Knapp, P. (1963). The asthmatic child and the psychosomatic problem of Asthma: towards a General Theory. En Schneer, H. (Ed.) *The asthmatic child*. New York, NY: Harper and Row publishers. pp. 234-255.
- Kris, E. (1952). *Psychoanalytic Explorations in Art*. New York, NY: International University Press. Edición Castellana. *Psicoanálisis y arte*. Buenos Aires: Paidós, 1955.
- Kübler-Ross, E. & Kessler, D. (1997). *Life Lessons*. New York, NY: Touchstone editions. Edición castellana. *Lecciones de vida*. Barcelona: Bailén, 2002.
- Laban, R. (1975). *Modern Educational Dance*. (3ª ed.) London: MacDonald & Evans Edición castellana (1989). *La danza moderna*. Barcelona: Paidós.
- Lapierre, A. & Aucouturier, B. (s.a.). *Fantasmés corporels et pratique psychomotrice en éducation et thérapie*. París: Editions du Seuil. Edición castellana. *El cuerpo y el inconsciente en educación y terapia*. Barcelona: Científico médica, 1980.
- Lapierre, A. & Aucouturier, B. (1967). *La symbolique du mouvement*. París: Editions du Seuil. Edición castellana. *Simbología del movimiento*. (2ª ed) Barcelona: Científico Médica, 1983.
- Le du, J. (1976). *Le corps parlé. Essai sur l'expression corporelle analytique*. París: Jean-Pierre Delarge. Edición castellana. *El cuerpo hablado. Psicoanálisis de la expresión corporal*. España: Paidós Ibérica, 1981.

- Lehrer, P., Vaschillo, E., Vaschillo, B., Lu, Sh., Scardella, A., Siddique, M. & Habib, R. (2004). Biofeedback treatment for asthma. *The Cardiopulmonary and Critical Care Journal*. 126 (2), pp. 352-361.
- Lezaeta, M. (1992). *La medicina natural al alcance de todos*. (49 ed). México: Pax.
- Llera de la, E. & Reyes, W. (2000). Las terapias con recursos artísticos, su utilidad en la atención primaria de la salud. *Revista cubana de medicina general integral*. 16 (3) pp. 285-294.
- Locke, S. Colligan, D. (1986). *The healer within*. New York, NY, USA: Dutton. Edición castellana. *El médico interior*. Colombia: Hermes, 1991.
- López, E., Orozco, M. & Pérez, A. (1996). *Taller vivencial de danzaterapia*. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. DF, México.
- Lowen, A. (1958). *The language of the body*. New York, NY: Macmillan Edición castellana. *El lenguaje del cuerpo*. Barcelona: Herder, 1985.
- Lowen, A. (1984). *Narcissism*. New York, NY: Macmillan. Edición castellana. *El narcisismo, enfermedad de nuestro tiempo*. España: Paidós Ibérica, 2000.
- Lowen, A. (1995). *Joy: The surrender to the Body and to Life*. New York, NY: Penguin Books. Edición castellana. *El gozo. La entrega al cuerpo y a los sentimientos*. Buenos Aires: Era Naciente, 1995.
- Lowen, A. & Lowen, L. (1977). *The way to vibrant health. A manual of bioenergetic exercises*. New York, NY. Harper Collins. Edición castellana. *Ejercicios de bioenergética*. Barcelona: Sirio, 2000.
- Maslow, A. (1968). *Toward a Psychology of being*. New York, NY: Litton Educational Publishing y Ed. Kairós. Edición castellana. *El hombre autorrealizado*. México: Colofón, 1988.
- Martín, R. (1976). *Características de personalidad de un grupo de asmáticos. Discrepancia entre flujometría y estado patológico*. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. DF, México.
- Miller, A. (2001). The Etiologies, Pathophysiology and Alternative/Complementary Treatment of Asthma. *Alternative Medicine Review*. 6 (1) pp. 20- 47

- Muñoz, M. (1995). *La sensibilización Gestalt. Una alternativa para el desarrollo del potencial humano*. (Publicación Interna). DF, México: Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt.
- Nuernberger, P. (1996). *The Quest for personal Power. Transferring stress into strength*. New York, NY: G.P. Putnam's sons. Edición castellana. *La transformación de estrés en energía vital positiva*. Barcelona: Paidós, 1998.
- Oldham, J., Key, T. & Yaro, I. (1988). *Risking being alive*. (2a ed.) Bundoora, Australia: Pit Publishing. Edición castellana. *El riesgo de vivir*. México: El manual moderno, 1992.
- Onnis, L. (1985). *Corpo e Contesto. Terapia familiare dei disturbi psicosomatici*. Roma: La Nuova Italia Scientifica. Edición castellana. *Terapia familiar de los trastornos psicosomáticos*. España: Paidós, 1990.
- Orlic, M. (1967). *Méthode de rééducation psychomotrice. L'éducation gestuelle*. París: É.S.F. Edición castellana. *Método de reeducación psicomotriz. La educación gestual*. Madrid: Cincel-Kapelusz, 1979.
- Osho (1999). *Neo Tarot*. Zurich: Osho International Foundation. Edición castellana. *Juego de la transformación*. España: Gaia Ediciones, 2000.
- Ossona, P. (1984). *La educación por la danza. Enfoque Metodológico*. Barcelona: Paidós.
- Paín, S. & Jarreau, G. (1971). *Sur les traces du sujet. Théorie et technique d'une approche art-thérapeutique*. Neuchatel, Suisse et Paris: Delachaux et Niestlé Ed. Edición castellana *Una psicoterapia por el arte*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1994.
- Panhofer, H. & Rodríguez, S. (2005). La Danza Movimiento Terapia: una profesión se introduce en España. En Panhofer, H. (Comp.) *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Paulus, T. (1992). *Esperanza para las flores*. México: Dante.
- Penfield, K. (1992). Individual Movement Psychotherapy: dance movement therapy in private practice. En Payne, H. (Ed) *Dance movement therapy: theory and practice*. New York, NY: Routledge.

- Perls, F. (1973). *The Gestalt Approach and Eye Witness to Therapy*. California: Science & Behavior Books. Edición castellana. *El enfoque Gestáltico. Testimonios de terapia*. Chile: Cuatro Vientos, 1976.
- Rabadán, M. (1985). *Análisis psicodinámico en dibujos de un grupo de niños con asma*. Tesis de maestría en Psicología clínica. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. México, DF.
- Radchik, A. (1994). *Relación entre la utilización de la música como objeto transicional y la idealización de la imagen materna*. Tesis de maestría en Psicología Clínica. Universidad Nacional Autónoma de México, DF.
- Ramírez, N., Flores, V., Pedroza, M. & Valle, J. (2003). *Asma Infantil. Guía para el paciente asmático*. DF: Impretei.
- Read, H. (1943). *Education through Art*. London: Faber and Faber. Edición castellana. *Educación por el arte*. DF, México: Paidós, 1986.
- Reich, W. (1955). *The discovery of the orgone. The function of the orgasm*. New York, NY: Institute Press. Edición castellana. *La función del orgasmo*. México, DF: Paidós, 2002.
- Reyes, A. (1995). *Danzaterapia, tratamiento alternativo para niños que presentan retraso en su maduración*. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. DF, México.
- Rogel, M. & Servín, F. (2000). *Danza como terapia para mejorar el autoconcepto de personas con psicosis funcional*. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. DF, México.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers. The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York, NY: Norton & Company.
- Ruiz, M. (1997). *The four agreements: a practical guide to personal freedom*. San Rafael, California: Amber Allen Pub. Edición castellana. *Los cuatro acuerdos*. Barcelona: Urano, 1998.
- Sabines, J. (1997). *Recogiendo Poemas*. México: Zarebska/ Telmex.
- Salzer, J. (1981). *L'expression corporelle*. París: Editions Universitaires Jean-Pierre Delarge. Edición castellana. *La expresión corporal. Una enseñanza de la comunicación*. Barcelona: Herder, 1984.

- Sánchez, O & Lima, S. (1969). *Biología. Primer curso.* (3ª ed.) México: Herrero.
- Satir, V. (1976). *Making Contact.* California: Celestial Arts. Edición castellana. *En contacto íntimo.* México: Paidós, 1994.
- Schilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body. Studies in Constructive Energies of the Psyche.* London: Kagan, Paul French, Trubner & Co. Edición castellana. *Imagen y apariencia del cuerpo humano.* Barcelona: Paidós, 2ª reimpresión, 1989.
- Schnake, A. (2001). *Los diálogos del cuerpo.* (6ª ed.) Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Sefchovich, G. & Waisburd, G. (1992). *Expresión corporal y creatividad.* Venezuela: Trillas.
- Siegel, B. (1989). *Peace, love and healing.* New York, NY: Harper & Row Publishers. Edición castellana. *Paz, amor y autocuración.* Barcelona: Urano, 1999.
- Siegel, B. & Lowe, E. (1992). *The patient who cured his therapist and other tales of therapy.* New York, NY: Penguin Group. Edición castellana. *El paciente que curó a su terapeuta y otras historias de terapia.* Barcelona: Urano, 1995.
- Siegel, E. (1984). *Dance Movement Therapy. The mirror of ourselves. The psychoanalytic approach.* New York, NY: Human Sciences Press.
- Siems, M (1986). *Dein korper weiss die antwort. Focusing als Methode der Selbsterfahrung. Eine praktische Anleitung.*(2ª ed.). Hamburg, Germany: Rowohlt. Edición castellana. *Tu cuerpo sabe la respuesta: focusing como método de autoconocimiento; una guía práctica.* (2ª ed.) Bilbao: Mensajero, 1999.
- Szyniak, D. (1999). *Discursos del cuerpo. Intervenciones en la clínica.* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tizón, J. (1988). *Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria.* Barcelona: Doyma.
- Tortajada, M. (2001). *Frutos de mujer.* México: Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura/ Centro Nacional de Investigación Documentación e Información de la danza.

- Unión internacional contra la tuberculosis y las enfermedades respiratorias. (1996). *El manejo del asma en los adultos. Guía para países con escasos recursos económicos*. DF: Autor.
- Vázquez, M. & Buceta, J. (1996). *Tratamiento psicológico del asma bronquial*. Madrid: Pirámide.
- Ville, C. (1962). *Biology*. Philadelphia, United States: Saunders Company. Edición castellana. *Biología*. México: Interamericana, 1985.
- Viorst, J. (1986). *Necessary losses*. New York, NY: Fawcett Gold Medal. Edición castellana. *El precio de la vida*. Buenos Aires: Emecé editores, 1999.
- Zimmermann, S. (1983). *El laboratorio de danza y movimiento creativo*. Buenos Aires: Humanitas.
- Zinker, J. (1977). *Creative Process in Gestalt Therapy*. New York, NY: Brunner/ Mazel. Inc. Edición castellana. *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. México: Paidós Mexicana. 1ª reimpresión, 2002.

Medios electrónicos.

- Colegio Mexicano de Asma, Alergia e Inmunología Pediátrica. [17 de marzo del 2005]. <http://www.comaaipe.org.mx>
- Iniciativa Global para el Asma. [22 de octubre 2005] <http://www.ginasthma.org>
- Fariñas, G. *Psicoballet, una experiencia cubana. (Entrevista)*. [4 de julio de 2004]. <http://www.psiquiatria.com>.
- Fischman, D. *Contribuciones de Dance Movement Therapy en psicoterapia*. (2002). Disponible en la sección de tratamientos en <http://www.delcuerpo.com>. [8 de noviembre del 2004].
- Fischman, D. *Danzaterapia*. (2002). Disponible en la sección de artículos en: <http://www.brecha.com.ar>. [8 de noviembre del 2004].
- GlaxoSmithKline (2004) *Consensos, protocolos y guías*. Disponible en: <http://www.asmayepoc.com>. [22 de octubre 2005].
- Gutiérrez, M., & Anaya, L. (2005) “Controla tu asma” Curso para niños con asma y sus padres. Disponible en la sección sala de prensa, asma. En <http://www.msd.com.mx/msdmexico/corporate/index.html>. [6 de julio de 2006].
- Jackson, H. [10 de agosto del 2005]. <http://www.thinkexist.com>. Disponible en *Life's little instruction book*. USA: Rutledge Hill Press, 1991.

- Huntley, A., White, A., Ernst, E. (2002). *Relaxation Therapies for asthma: a systematic review*. Disponible en: <http://thorax.bmjournals.com/cgi/content/full/57/2/127>. [27 de julio 2005].
- Madrid, M. (2005). *El asma aumenta progresivamente en países desarrollados*. Disponible en <http://www.ondasalud.com>. [22 de octubre 2005].
- Rodríguez, C. (2000, junio). *Conceptos y actitudes de los niños asmáticos y sus familias ante la salud, la enfermedad y las medicinas*. Ponencia presentada en el XXIX Congreso Nacional Ordinario de Pediatría de la A.E.P. Tenerife, España. Disponible en la sección de congresos y cursos, Tenerife. En <http://www.comptf.es/pediatria>. [22 de octubre 2005].
- Secretaría de Salud del Gobierno de México <http://www.salud.gob.mx> [17 de julio de 2004].
- Syniak, D. [4 de octubre del 2005]. *Los duelos del cuerpo*. Disponible en: <http://herrerros.com.ar/melanco/szyniak.htm>.
- Vella, G. (2002). *Precursores de la danzaterapia*. Disponible en la sección de tratamientos en: <http://www.delcuerpo.com>. [8 de noviembre del 2004].

- **Otros medios.**
- Video. Fariñas, G. (1999). El psicoballet cubano. Televisión Latina.