



Actualidades en Psicología

ISSN: 0258-6444

actualidades.psicologia@ucr.ac.cr

Instituto de Investigaciones Psicológicas

Costa Rica

Salas-Calderón, Saskia

Psicoterapia del movimiento: herramienta terapéutica con pacientes esquizofrénicos

Actualidades en Psicología, vol. 21, núm. 108, 2007, pp. 97-115

Instituto de Investigaciones Psicológicas

Jan sosé, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133212641005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Psicoterapia del movimiento: herramienta terapéutica con pacientes esquizofrénicos <sup>1</sup>

Saskia Salas-Calderón

*Instituto de Investigaciones Psicológicas  
Universidad de Costa Rica*

Dirección postal: 13231-1000 San José  
Ce: sas1610@yahoo.com

---

**Resumen.** En el presente trabajo se presenta la psicoterapia del movimiento como una herramienta terapéutica cuyo principal canal de abordaje del conflicto es el cuerpo, siendo éste el medio de expresión de la transformación y al mismo tiempo su instrumento. Se explicitan los antecedentes teórico-prácticos de la psicoterapia del movimiento, así como sus alcances y limitaciones en el tratamiento de las dificultades de comunicación de emociones con pacientes adolescentes diagnosticados con esquizofrenia.

**Palabras clave:** psicoterapia del movimiento, esquizofrenia, comunicación de emociones, movimiento corporal.

**Abstract.** Movement psychotherapy is presented as a therapeutical tool which main approach to the conflict is the body. The body is the way of expression of transformation and, at the same time, its instrument. Theoretical and practical backgrounds of movement psychotherapy are stated, as well as its achievements and limitations in the treatment of emotional communication difficulties in adolescents diagnosed with schizophrenia.

**Key words:** Movement psychotherapy, schizophrenia, emotional communication, body movement.

---

---

<sup>1</sup>Este artículo es subproducto de Salas, S. y Arce, L. (2005). *Psicoterapia del movimiento: una propuesta de trabajo en la comunicación de emociones de pacientes esquizofrénicos*. Tesis de licenciatura en psicología, Universidad de Costa Rica.

## Introducción

El movimiento es inherente a todo ser vivo. Históricamente ha sido utilizado como el medio de comunicación por excelencia, permitiendo expresar conflictos internos y sentimientos que las palabras, tal vez aún desconocidas, no podrían describir. Sucede lo mismo con el individuo al inicio de su historia personal. El bebé, que aún desconoce la palabra, utiliza el movimiento corporal para comunicarse con el mundo convirtiendo el cuerpo en su principal medio de expresión. Es así como éste sirve al sujeto como conexión con el mundo, enviando y recibiendo mensajes que en ocasiones no requieren o no toleran la palabra como medio de codificación.

Es de esta premisa que parte la investigación de la cuál se desprende el presente artículo: “Psicoterapia del movimiento: una propuesta de trabajo en la comunicación de emociones de pacientes esquizofrénicos”, estudio realizado como tesis de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Su objetivo general fue indagar los efectos sobre la comunicación de emociones en adolescentes diagnosticados con esquizofrenia de un programa o plan de sesiones estructurado según el modelo de la psicoterapia del movimiento.

Este proyecto se desarrolló con pacientes adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico. La duración de la intervención terapéutica fue de tres meses, con una sesión grupal por semana de una hora cada una. El número de pacientes a trabajar inicialmente fue de cuatro y las sesiones fueron presididas por las sustentantes en el rol de terapeutas. Finalmente, se realizaron evaluaciones repetidas a lo largo del tratamiento, incluyendo una medición anterior y posterior al mismo para detectar si la variable comunicación de emociones sufrió algún tipo de modificación. El análisis de los datos se hizo de manera individual para cada uno de los participantes.

En dicha investigación se puso a prueba un modelo terapéutico diseñado por las investigadoras y cuya principal característica es la utilización del cuerpo como herramienta de trabajo más importante: la psicoterapia del movimiento (Salas & Arce, 2005). En el presente trabajo se intenta dar cuenta de esta herramienta terapéutica, sus antecedentes y fundamentos teórico-prácticos, así como sus alcances y limitaciones.

## El movimiento corporal como herramienta terapéutica

El movimiento corporal natural ha evolucionado a través de la historia hacia formas estéticamente más refinadas y ha logrado convertirse en arte. Estas nuevas formas artísticas de movimiento no sólo fueron adoptadas por

las distintas sociedades en su sentido estético, sino que también fueron relacionadas con capacidades curativas o de sanidad. Sachs (1944) hace referencia en su “Historia Universal de la Danza” a las danzas medicinales, utilizadas por todas las culturas shamánicas para ahuyentar y vencer a los espíritus que amenazan el bienestar de las personas.

Aunque la utilidad del arte como medio de curación se conoce desde hace tanto, las terapias de arte surgen como tales en el Siglo XX (Murow, 1998). Actualmente existen distintas corrientes terapéuticas que utilizan recursos del arte, incluyendo el movimiento, para lograr el acercamiento y la posterior resolución de los conflictos del paciente, convirtiéndose en una alternativa viable en el proceso psicoterapéutico. Estas nuevas corrientes son los principales antecedentes teórico-prácticos de la psicoterapia del movimiento. Entre ellas encontramos a la danzaterapia y la terapia psicomotora, pero también a la expresión corporal, herramienta pedagógica que se centra en el desarrollo de las habilidades expresivas y motoras de los individuos.

La expresión corporal ha sido concebida desde un sentido amplio como “toda conducta observable;...las manifestaciones externas –generalmente inconscientes- de procesos emocionales” (Vládich, 1998, p. 47). Lo general es que a la expresión corporal se la considere como un lenguaje no verbal a través del cual el ser humano envía mensajes a los otros y, si se habla del lenguaje del cuerpo “el lenguaje natural del hombre, el más inmediato y propio de él”, como afirma Santiago (1985, p. 26), se identifica lo corporal con lo no verbal. Sin embargo, es importante tener presente que la expresión corporal se constituye a partir de las posibilidades verbales y no verbales empleadas indistintamente y de modo complementario; es un error pensar que se desarrolla en ámbitos exclusivamente no verbales dejando de lado la palabra. “La palabra es tan del cuerpo como el movimiento, el gesto o el sonido” (Santiago, 1985, p. 27).

No obstante, desde una concepción más pragmática la expresión corporal se ha desarrollado como un recurso pedagógico cuyo objetivo general consiste en:

...rescatar y desarrollar una condición intrínsecamente humana: la capacidad de absorber o recibir por su aparato sensoriopercetivo impresiones del mundo interno y externo, y la de manifestar y comunicar respuestas personales propias de esas impresiones, por medio del lenguaje corporal. (Stokoe, 1978, citada en Dinámica de la relación docente-grupo de alumnos en expresión corporal, s.f.)

Por su parte, Santiago (1985) define como objetivos de la expresión corporal los siguientes: toma de conciencia, espontaneidad, creatividad,

relaciones con lo otro y con los otros. “La expresión corporal como el juego, es una forma de exteriorizar los estados anímicos; comunica y traduce la vida interior a través del gesto, el sonido, la actitud, el ademán y el movimiento” (Unikel & Galeano, 1995, p. 35). Es así como se convierte en el área que más desarrolla la capacidad expresiva (Arteaga, Viciano & Conde, 1997).

La expresión corporal, como resultado de la percepción reflexiva y del movimiento expresivo, debe estar centrada en la presencia, conciencia y vivencia del cuerpo como totalidad personal en el movimiento. Debido al desarrollo evolutivo, el niño/a debe lograr la conciencia de su propio cuerpo como espacio de percepción propia que le posibilita la expresión y comunicación de forma intencional y creativa (Arteaga et al., 1997).

La expresión corporal ha sido también definida por Brikman (s.f., citada por Tizón, s.f.), como una disciplina que se propone rescatar y desarrollar todas las posibilidades humanas inherentes al movimiento corporal; que requiere redescubrir el propio cuerpo por la vía de la sensibilidad, la vivencia y la concientización, es decir percibir los aspectos físicos y psíquicos del cuerpo y sus interrelaciones. La expresión corporal como disciplina de movimiento busca un reencuentro con la actividad lúdica, lo espontáneo, teniendo conciencia del propio cuerpo, sus posibilidades y limitaciones.

En la expresión corporal el cuerpo es el principal medio de comunicación, y lo que se busca es ampliar el repertorio de movimientos que maneja el individuo para así poder brindarle un espectro más amplio de formas de expresión.

Según Murow y Unikel (1998), estas técnicas permiten

...descubrir la relación que tenemos con nuestro cuerpo, observar nuestra autoestima en relación con el cuerpo, gozar y desinhibir el movimiento, estimular el movimiento, conectar emociones y movimiento, dramatizar, descargar energía a través del cuerpo y la voz. (p. 13)

Por su parte, la Terapia Psicomotora (TPM) fue postulada por Da Fonseca (1996) como

...una terapia que actúa por intermedio del cuerpo sobre las funciones mentales perturbadas y considera al individuo en su unidad y en su medio de vida (...) La TPM se sitúa entre la pedagogía y la psicoterapia, es un medio que, haciendo actuar al cuerpo, se dirige al individuo en su totalidad somatopsíquica. (p. 115)

El objetivo fundamental de la TPM es el de descondicionar al niño de ciertas formas de reacción a través de adaptaciones progresivas y compensar

así algunos problemas motores en él existentes. Desde esta postura psicoterapéutica los desórdenes se consideran consecuencia de atrasos en la maduración, fijaciones o regresiones evolutivas, lesionales o funcionales que provocan la desorganización de la motricidad en diferentes niveles, y alterarán la relación y la evolución de varias estructuras comportamentales. La conducta motora que se encuentra alterada y origina reacciones de inmadurez, de inestabilidad e incluso de debilidad, es responsable del desajuste motor a nivel de las vivencias corporales (Da Fonseca, 1996). Partiendo de la premisa de que los problemas psicomotores son reflejo de problemas afectivos subyacentes mediados por el pensamiento, se postula reeducar la psicomotricidad del niño para acceder así a una re-estructuración de sus problemas afectivos, pues en la medida en que se enseñen nuevas formas de movimiento se desarrollan nuevas formas de pensamiento y de relación con el mundo. El trabajo terapéutico, entonces, va de lo externo a lo interno, intentando modificar los problemas afectivos a través de la enseñanza de nuevas formas de movimiento. La TPM es una educación del pensamiento a través del acto motor.

Ahora bien, la danzaterapia, antecedente más cercano de la psicoterapia del movimiento, es definida por la Asociación Estadounidense de Danzaterapia (ADTA por sus siglas en inglés) como “el uso terapéutico del movimiento como un proceso que impulsa la integración emocional, cognitiva, social y física del individuo” (ADTA, s.f., citado por Murow & Unikel, 1998). Se fundamenta en la naturaleza expresiva de la danza y principalmente es una terapia de tipo creativo. Ambos componentes facilitan el desarrollo psicosocial, afectivo y cognitivo del individuo (Escobar, 1998).

La danzaterapia, como la mayoría de las terapias centradas en el cuerpo, tiene sus más profundas raíces en el trabajo de Wilhelm Reich, quien fue el primero en reconocer que no sólo era importante lo que decía el paciente, sino cómo lo decía (Hendricks, 1986). En el campo práctico, a partir de 1930 el personal de las instituciones psiquiátricas comenzó a reconocer que las clases de danza moderna impartidas a sus pacientes tenían efectos terapéuticos. Alrededor de una década después aparece de manera formal la danzaterapia, principalmente con el trabajo pionero de Marian Chace en el Hospital Saint Elizabeth, en Washington D.C. (Schmais & Whitte, 1986). Como precursoras de la danzaterapia es importante también mencionar a Trudi Schoop y Mary Whitehouse, quienes comenzaron a trabajar en 1940 en California, basadas únicamente, al igual que Chace, en su experiencia como bailarinas y coreógrafas (Hendricks, 1986).

Posteriormente, y desde la psicología, Lowen (1976, citado por Quesada & Quesada, 2004), desarrolla el concepto de bioenergética, según el cuál cada persona es su cuerpo, ninguna persona existe aparte de su cuerpo viviente, a través del cual se expresa y se relaciona con el mundo que lo rodea. Rescata que, mientras la expresión verbal permite a la persona negar u

ocultar sentimientos propios, el cuerpo y su expresión no verbal develan siempre los más internos y contradictorios conflictos de cada ser humano.

Ahora bien, en la danzaterapia se utiliza el movimiento o la danza como vehículo primario de la comunicación (Hoban, 2000), partiendo de la concepción de que el movimiento es reflejo de las dinámicas intrapsíquicas y las formas de relación social previamente desarrolladas por el individuo. El repertorio de movimientos de un sujeto constituye un espejo de su mundo interno, por lo que al modificar dicho repertorio, el mundo interno es también modificado. De esta manera, un amplio repertorio de movimientos es un signo de salud, porque se es capaz de responder de distintas formas ante el estrés (Schmais & Whitte, 1986).

La Asociación Estadounidense de Danzaterapia define como objetivos básicos de esta práctica:

1. Desarrollar la imagen corporal, el concepto personal y un repertorio amplio de movimiento.
2. Incrementar la conciencia de los estados fisiológicos y su contraparte psicológica, tensiones emocionales y físicas y alternativas para la conducta verbal y no verbal.
3. Expresión de la integración mente-cuerpo, interacción social y ritual, incluyendo patrones individuales y grupales. (ADTA, 1981, citado por Murow & Unikel, 1998)

Uno de los objetivos de la danzaterapia es abrir canales de comunicación en el ser humano (Benenzon, 2000). Hablar de danzaterapia es hablar de comunicación pero en el sentido de la teoría de la comunicación de Watzlawick, Beavin y Jackson (1967/1991) cuyo axioma es: “No hay posibilidad de no comunicarse”. La danzaterapia formaría parte del proceso de la comunicación dentro del gran mundo del contexto no verbal. Es así como pensar en danzaterapia es pensar en una serie de metodologías y técnicas diferentes en pos de la comunicación.

En el trabajo terapéutico, las actividades con movimiento son utilizadas para motivar la expresión de emociones y desarrollar la psicomotricidad, para obtener efectos terapéuticos y profilácticos, en la medida en que es posible producir cambios en la relación del individuo consigo mismo y con los otros, por medio de la aceptación del propio cuerpo, la integración y el cambio del esquema corporal y la capacidad de vincularse; el goce por el juego, la afirmación creativa, la exteriorización de los afectos y la aceptación del colectivo, la adquisición de seguridad, de mayor autoestima, y la construcción de recursos internos a partir del conocimiento de sí mismo, de sus límites y sus posibilidades (Sefchovich & Waisburd, 1992, citados por Murow & Unikel, 1998).

En el ámbito investigativo el movimiento humano ha sido objeto de estudio desde distintas disciplinas y por tanto, con perspectivas disímiles. Los aspectos fisiológicos, neurológicos, sociales, culturales y psicológicos que están relacionados con él han sido abordados por investigadores(as) y autores(as) a través de la historia. La utilización de recursos del arte en forma psicoterapéutica ha sido sustentada sobre bases teóricas diversas, entre las que se pueden encontrar aquellas de tipo guesáltico, psicoanalítico, transpersonal-humanista e incluso marxista, coincidiendo todas en que el arte es un medio de acceso directo a aquello que no se puede expresar con las palabras, a lo preverbal.

La revisión del material existente en el campo de las llamadas terapias de arte permite observar que éstas han sido utilizadas no sólo para fines psiquiátricos y psicológicos, sino que también se han realizado investigaciones de corte médico para verificar las consecuencias que tienen a nivel fisiológico, pues en muchos casos son utilizadas en el tratamiento de dolencias físicas (Martí, 1999; Petterson, 2001; Pellizzari, 1999; Nordoff y Robbins, 1962; Norris, 1999; Kumar, Tims, Cruess, Mintzer, Ironson, et al., 1999; Burns, Harbuz, Hucklebridge & Bunt, 2001; Verdes & Fernández, 1994; Humphrey, 2000; Le Scouranec et al., 2001; Kaplan, s.f.; Schaverien, s.f.).

Desde un enfoque psicoterapéutico (es decir, el movimiento como agente de cambio psíquico) se logró acceder únicamente a cuatro investigaciones, una de las cuales no se refiere a la utilización psicoterapéutica del movimiento, sino a la danza como factor de promoción ético-moral en adolescentes marginados (Murcia & Jaramillo, 1997). Dos de estas investigaciones fueron realizadas en Costa Rica (Quesada & Quesada, 2004; Mora, 2001).

En un ambiente clínico, Unikel, Tiburcio y Rascón (1998) buscaron fomentar la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia crónica a través de un programa de terapia de danza y movimiento en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. Algunas de las áreas en las cuales se observaron más claramente los cambios de los pacientes después del tratamiento (de un año de duración) son: socialización, expectativas a futuro, capacidad creativa, expresión de emociones, participación, miedo a la crítica y capacidad para disfrutar la actividad. De esta manera, la investigación muestra que los principales beneficios que se pueden alcanzar mediante la terapia de danza y movimiento expresivo con pacientes esquizofrénicos, se ven reflejados en dos áreas características de la sintomatología de esta enfermedad: los trastornos de la volición y los del afecto.

En este caso la metodología de investigación fue cualitativa, hecho que permitió reflejar el tipo de proceso que se da durante esta terapia. El trabajo con el cuerpo demostró abarcar también lo inconsciente, la mente y el espíritu. La apropiación del espacio corporal incentiva la apropiación



también del espacio emocional e intelectual, siendo un instrumento terapéutico de suma importancia y utilidad. No obstante, es necesaria una investigación más exhaustiva en cada una de las áreas y en cada uno de los trastornos en los que se utiliza la danzaterapia para poder así sustentar de forma más satisfactoria una práctica como esta.

En Costa Rica el estudio realizado por Mora (2001) consistió en un tratamiento experimental con música y danza para determinar los efectos agudo y crónico sobre el comportamiento no verbal de individuos con discapacidad múltiple severa. Los resultados de la investigación demuestran que las conductas analizadas se incrementaron significativamente con los tres tipos de tratamiento, aunque el de música-danza fue superior a los otros, además de presentar efecto de retención a los quince días de finalizar el tratamiento, es decir, que los cambios conductuales se mantuvieron después de este período.

Más recientemente, Quesada y Quesada (2004) desarrollaron y evaluaron un programa de danza y/o movimiento creativo como una estrategia alternativa para fomentar el bienestar psicológico de adolescentes con discapacidad visual. Entre los principales resultados obtenidos se evidencian una mayor autoaceptación de los participantes y empoderamiento para emprender una vida independiente, mayor asertividad en la exploración, expresión y manejo de sentimientos y una mejor relación con su corporeidad y con el movimiento. Además los participantes lograron establecer relaciones interpersonales nuevas y más significativas, lo cual resulta importante para fortalece sus redes de apoyo y aprender de los otros nuevas modalidades de enfrentar la vida.

Al analizar las investigaciones ya existentes en el campo de la utilización del movimiento de forma terapéutica, cabe resaltar algunos elementos importantes. Uno de ellos es la escasez de investigaciones que evalúen este tipo de terapia. Es evidente la enorme dificultad de demostrar mediante experimentos e investigaciones, cuantitativas o cualitativas, la existencia de los elementos básicos de las teorías que sustentan esta práctica. Sin embargo, una terapia es un medio para el cambio y si el cambio no se produce (a corto, mediano o largo plazo) la terapia no cumplió su cometido. Pero ¿cómo saber si una terapia en particular es beneficiosa en el tratamiento de un determinado tipo de patología si no se le pone a prueba? Los resultados obtenidos en las pocas investigaciones realizadas en psicología o psiquiatría en el campo del movimiento como herramienta terapéutica son favorables y apoyan su efectividad; no obstante, es necesario profundizar en su estudio.

Otro enfoque que se le ha dado al movimiento corporal es el de la expresión corporal. Aunque inicialmente ésta no fue concebida como una técnica terapéutica, su utilización también ha sido sometida a verificación científica. Unikel y Galeano (1995), buscaron establecer una relación entre la conducta del niño y la práctica de la expresión corporal como técnica del

movimiento, partiendo de la hipótesis de que el medio social, en la mayoría de los casos, no tiene los recursos para el desarrollo pleno del niño, hecho que interviene en la formación de perturbaciones de la conducta. La práctica de la expresión corporal se plantea como un elemento para detectar y tratar estos problemas en forma no agresiva para los niños, los padres y los maestros.

Los autores afirman que efectivamente la práctica de la expresión corporal disminuyó significativamente la problemática conductual estudiada, quedando así confirmadas las hipótesis del estudio, ya que el trabajo con las imágenes corporales y el lenguaje inconsciente brindó una opción válida para su representación y modificación. Al término de la investigación existió una modificación conductual importante basada en la experimentación de la corporeidad por medio del movimiento de los niños.

A partir de las conocidas propiedades psicoterapéuticas del movimiento corporal, se han planteado modelos de tratamiento que también han sido sometidos a investigación. En Cuba, Presmanes y Alonso (1996) utilizaron el Modelo Psicoterapéutico de Acción Corporal (M.P.A.C.) para el tratamiento de niños con trastornos de conducta, incluyendo en esta categoría patologías como hiperactividad, timidez e inadaptación neurótica, entendidas según el Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas. El modelo consiste en una serie de ejercicios corporales que van desde la movilización e interrelación grupal hasta la relajación y los ejercicios de formación o terapia. Cada sesión tiene además un período para hablar sobre lo sentido o vivenciado mediante la ejecución de los ejercicios.

Al finalizar el tratamiento 54 de los 67 pacientes (80.5%) se ubicaron en las categorías “altas” (desaparición total de la problemática) y “mejorados” (eliminación parcial de la problemática). La patología que mayor mejoría obtuvo fue la de timidez, seguida por inadaptación neurótica e hiperactividad. El M.P.A.C. se presenta así como un modelo terapéutico efectivo para este tipo de problemas.

Como se puede observar, el movimiento corporal como herramienta terapéutica ha sido utilizado con éxito con distintos trastornos y distintas poblaciones. Sin embargo, los enfoques ya existentes presentan algunas debilidades, frente a las cuáles se plantea la psicoterapia del movimiento como posible alternativa.

## Hacia una psicoterapia del movimiento

Como se mencionó anteriormente el modelo psicoterapéutico denominado psicoterapia del movimiento fue diseñado como parte de un proyecto de investigación que intentaba trabajar sobre los procesos de comunicación de adolescentes entre 14 y 18 años con un diagnóstico de

esquizofrenia. Es por esta razón que las raíces y alcances de esta herramienta terapéutica deben entenderse en este contexto específico.

La psicoterapia del movimiento pone énfasis en lo psíquico más que en la conducta motora. Se parte del supuesto de que el movimiento evoluciona conforme evoluciona el psiquismo y por tanto no se enseña el movimiento, sino que éste se transforma por sí solo cuando se transforma el conflicto psíquico. El cuerpo es el medio de expresión de la transformación y al mismo tiempo su instrumento.

Este modelo terapéutico se diferencia de la expresión corporal y la terapia psicomotora en que no es una pedagogía, es decir, no se enseña al paciente a utilizar su cuerpo de una forma determinada, sino que se le incita a descubrir su propio movimiento a través de ejercicios que fomentan la autoexploración y la expresión. En este sentido, aunque se hace uso de la expresión corporal como recurso básico, no se atiende a sus objetivos pedagógicos, sino que se responde a objetivos meramente terapéuticos. Es necesario diferenciarla también de la danzaterapia, ya que ésta se posiciona como una corriente psicoterapéutica en donde se intenta acceder a los conflictos intrapsíquicos únicamente a través del cuerpo y no de la palabra para modificar el repertorio de movimientos del sujeto y por tanto su conflicto interno. En el caso de la danzaterapia la palabra es un complemento terapéutico, no un instrumento protagónico. La psicoterapia del movimiento se postula como una herramienta psicoterapéutica, no una corriente, basada en los supuestos psicológicos básicos, y en donde el trabajo con el cuerpo cobra sentido en tanto posibilite la resolución posterior de los conflictos internos del paciente, o al menos una aproximación terapéutica a ellos. No se intenta modificar el movimiento para modificar el conflicto; el movimiento se modifica conforme cambia la realidad psíquica del paciente y en este proceso la palabra juega un papel importante, pues la palabra es tan del cuerpo como el movimiento.

En el trabajo de investigación del que se desprende este artículo se trató directamente con pacientes esquizofrénicos.

La etiología de esta enfermedad resulta todavía un misterio. La complejidad del trastorno y sus múltiples variantes impiden establecer una causalidad directa con alguno de los factores que influyen en su aparición y curso.

Es innegable que existe evidencia de una predisposición genética y alteraciones del neurodesarrollo que favorecen su surgimiento. Es evidente también, que el ambiente socioafectivo influencia este surgimiento, al igual que las características intrapsíquicas del individuo. Es por esta razón que en este caso se aborda la esquizofrenia como un trastorno de origen y desarrollo multifactorial, es decir, se reconoce la diversidad de influencias en su etiología y la interrelación entre unas y otras. No obstante, se intenta trabajar únicamente sobre los aspectos psicológicos del trastorno.

Desde una perspectiva psicodinámica la realidad intrapsíquica del individuo cobra mayor importancia, resaltando lo subjetivo y lo social-relacional del sujeto. El paciente esquizofrénico no es únicamente un producto de su estructura genética o biológica, o las condiciones sociales en las que nace o crece, es también un producto de su propia psicodinamia y de los mecanismos intrapsíquicos que utiliza para lidiar con ella. Esto posibilita un abordaje terapéutico desde el cual el sujeto es partícipe de su propia recuperación y no simplemente el objeto de procesos neuroquímicos que intentan regular su estado. No se intenta de ninguna forma negar la influencia que una predisposición genética o problemas del neurodesarrollo puedan tener en la aparición de la enfermedad. Por el contrario, se reconocen estas influencias en tanto se ven interrelacionadas con la imposibilidad del sujeto de resolver en forma exitosa sus conflictos intrapsíquicos.

Es así como en este trabajo se asume el conflicto esquizofrénico como poseedor de las siguientes características:

1. El conflicto esquizofrénico implica una vuelta a etapas preverbales del desarrollo en las que los límites entre el Yo y los otros no se encuentran definidos claramente.
2. Los síntomas psicóticos tienen un significado que puede contextualizarse en la problemática intrapsíquica ulterior y refieren a la pérdida de contacto con la realidad y a los límites del sí mismo.
3. Para los pacientes esquizofrénicos la relación humana está cargada de terror, asociado especialmente al temor de fusionarse con otros. Esto provoca el aislamiento físico y emocional del paciente como medida defensiva.

Con respecto a los procesos de comunicación verbal y no verbal en la esquizofrenia, los mismos se ven entorpecidos por la falta de límites del Yo y por lo tanto del Otro.

Uno de los principales axiomas de la teoría de la comunicación de Watzlawick, Beavin y Jackson (1967) se refiere a la imposibilidad del ser humano de no comunicarse.

Para los autores un mensaje es cualquier unidad comunicación al singular. Una serie de mensajes intercambiados entre personas recibirá el nombre de interacción. Desde esta perspectiva teórica, toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje y por lo tanto es comunicación. Es así como el no comunicar se vuelve imposible y ésta es la base del dilema esquizofrénico.

Si la conducta esquizofrénica se observa dejando de lado las consideraciones etiológicas, parecería que el esquizofrénico trata de no comunicarse. Pero, puesto que incluso el sinsentido, el silencio, el retraimiento, la inmovilidad (silencio postural) o cualquier otra forma de negación constituye en sí mismo una comunicación, el esquizofrénico intenta la tarea imposible de negar que se está comunicando y, al mismo tiempo, de negar que su negación es una comunicación. (Watzlawick et al., 1967, p. 51)

Ahora bien, este dilema conlleva particularidades que afectan todas las áreas de la comunicación de los pacientes esquizofrénicos (semántica, sintáctica y pragmática) debido a su estrecha interrelación, haciendo que en estos casos la comunicación sea poco eficaz.

Laguna (2002) afirma que muchos de los problemas cotidianos de los pacientes mentales crónicos tienen su origen en su incapacidad de expresar sentimientos o para comunicar sus intereses y deseos. Las peculiaridades anteriormente mencionadas provocan déficit social que afectan la calidad de vida de estos pacientes.

Esto se asocia directamente con el papel que, según Greenberg y Paivio (1997), juegan las emociones en la vida cotidiana de los individuos. Para estos autores, las emociones regulan el funcionamiento mental organizando tanto el pensamiento como la acción. Son un determinante crucial de la conducta humana, pues dirigen las cogniciones y las acciones. El concepto de emoción propuesto por Greenberg y Paivio (1997) se basa en el concepto de Gendlin (1982, citado por Greenberg & Paivio, 1997) de “Sensación-sentida”, la cual “se produce cuando uno puede sentir más de lo que comprende, cuando lo que hay ahí es más que palabras y pensamientos, cuando algo está bastante experimentado pero todavía no está claro, no se ha abierto, o no se ha liberado” (Gendlin, 1982, citado por Greenberg & Paivio, 1997, p. 23, nota al pie).

Las emociones cumplen una función adaptativa y dirigen las acciones del ser humano hacia el bienestar. Una de sus funciones más importantes es la de conectar la naturaleza biológica de las personas con el mundo en el que están inmersas (Greenberg & Paivio, 1997). Además tienen una función de comunicación a lo interno y externo del individuo, ya que proporcionan información acerca de las reacciones ante una situación, la valoración que se hace de ésta y de las necesidades y metas que están operando en ese momento. Por otro lado, proporcionan información a los demás sobre las intenciones y disponibilidad para actuar de un sujeto en una situación específica, ya que se presenta como resultado de una valoración automática de la situación relacionándola con aquello que necesitamos/constituye nuestra meta/nos importa y con la habilidad existente para enfrentarla. La

valoración puede ser rápida y automática o lenta y deliberada; la inmediatez de la respuesta puede variar de acuerdo a la intensidad de la experiencia que se está produciendo y con las experiencias asociadas al pasado (Greenberg & Paivio, 1997).

Como se ha mencionado anteriormente, en el paciente esquizofrénico la comunicación de las emociones se encuentra afectada, ocasionándole dificultades para entrar en contacto con el mundo externo que les rodea. El proceso natural de surgimiento y terminación de la emoción se ve interrumpido, impidiendo que la emoción cumpla su función adaptativa al ser comunicada a otros o reconocida por sí mismo.

Al ser las emociones instancias primitivas en el desarrollo del individuo que coadyuvan a su adaptación al medio, se inscriben dentro de las etapas preverbales del desarrollo, con la característica de ser allí “sensaciones-sentidas”, como diría Gendlin (1982, citado por Greenberg & Paivio, 1997), pues aún no existen concepciones lingüísticas que logren explicar lo que se vivencia. En estas etapas únicamente existe el lenguaje analógico como medio de comunicación y por lo tanto la comunicación de las emociones se limita a la expresión por medios no verbales.

La regresión a períodos arcaicos del desarrollo de los pacientes esquizofrénicos, su vuelta a estas etapas que anteceden a la palabra, implican a su vez la dificultad para poner en palabras sus “sensaciones-sentidas”, o para adaptar la expresión de sus emociones a los cánones sociales a los que se accede en etapas posteriores del desarrollo. Es por esta razón que las emociones difícilmente cumplen su función adaptativa.

Tomando en cuenta estas características de la comunicación de emociones en los pacientes de esta investigación, se estudiaron todas las manifestaciones verbales que provinieron de los pacientes, pero se dio una mayor importancia a las manifestaciones del lenguaje no verbal que se evidenciaron durante las sesiones terapéuticas. Dadas las características de la investigación realizada, existió un énfasis en los componentes no orales o corporales de la comunicación no verbal, asociados directamente a lo que Watzlawick et al. (1967/1991) denominan “pragmática de la comunicación”.

Debido a que la esquizofrenia es conceptuada como una vuelta al narcisismo, una fijación en etapas preverbales del desarrollo, se consideró que la utilización del movimiento podía ser de gran utilidad en el tratamiento de dicha enfermedad, pues éste también antecede a la palabra y es inherente al ser humano desde el vientre materno. El paciente, entonces, trabaja su conflicto desde un lenguaje propio que no le es desconocido y para el cual no necesita acceder desde el primer momento al lenguaje verbal. Entendiendo que desde la pragmática de la comunicación toda conducta es comunicación, el movimiento constituirá para el paciente un medio para el intercambio con el otro y este intercambio afectará la conducta tanto del emisor como del receptor, permitiéndoles desarrollar un lenguaje común que

puede evolucionar hacia formas de comunicación convencionales (el lenguaje socialmente reconocido).

Al trabajar los procesos comunicativos desde un ámbito preverbal, que es en el que se encuentra atrapado el esquizofrénico, la psicoterapia del movimiento podría ser una herramienta útil para el mejoramiento de la comunicación eficaz. Incentivando estos procesos comunicativos a través del movimiento, se beneficiaría al paciente en su adaptación al medio externo, pues esto permitiría que sus emociones fueran realmente reguladoras de la adaptación (Greenberg & Paivio, 1997). Posteriormente, la utilización de la palabra cobra también una importancia trascendental, pues todo intento de comunicar emociones a través de las palabras implica un acceso, al menos momentáneo, a etapas posteriores del desarrollo y por tanto un reconocimiento de los límites del Yo y los Otros. Cuando esto sucede se puede intentar una comunicación eficaz y simétrica con Otro que no absorbe, sino que posee sus propios límites y esto significa un paso adelante en la resolución del dilema esquizofrénico.

Aunque no se plantea la psicoterapia del movimiento como la solución a los problemas subyacentes a las deficiencias en la comunicación de los pacientes esquizofrénicos, al poner a prueba el modelo se obtuvieron resultados alentadores en el sentido de que abren la posibilidad de ir más allá en el estudio de dicha problemática.

En el proceso analizado con psicoterapia del movimiento se produjeron cambios importantes a nivel comunicativo en los pacientes. El movimiento corporal, lenguaje que antecede a la palabra y principal herramienta terapéutica empleada, logra ser un canal efectivo para la codificación de los mensajes y permite una comunicación más eficaz entre el paciente y los Otros. A través del cuerpo se evaden mecanismos de defensa que entorpecen la comunicación y las emociones logran ser expresadas con más facilidad, pues no requieren de su “traducción” al lenguaje digital. Además el lenguaje analógico y los aspectos relacionales de la comunicación permean los mensajes de los pacientes y logran dar sentido a los símbolos emitidos. Las acciones de los pacientes dejan de ser simples movimientos para convertirse en un código que, tanto investigadoras y cuidadoras primarias como los mismos pacientes, llegan a comprender y a asumir como propios, estableciendo así intercambios comunicativos claros sin necesidad de decir una palabra.

Por otro lado, se da una creación de vínculos paulatina, la cual supone la disminución de las barreras de defensas psicóticas construidas alrededor del núcleo del conflicto. El temor al Otro, característica central del trastorno esquizofrénico, disminuye porque el trabajo con el cuerpo refuerza el imaginario corporal de los pacientes y los límites del Yo. Cuando esto ocurre disminuyen también las interferencias de la comunicación. El ruido y la redundancia, por ejemplo, dan lugar a mensajes transparentes y permiten la

adopción de símbolos del contexto psicosocial del individuo, acercándolo más a los Otros que le rodean y poniendo en evidencia la disminución del miedo a la fusión.

Este miedo a la fusión, que aparece más fuerte cuando los pacientes se encuentran en estado de crisis, inscribe al sujeto en intercambios comunicacionales de tipo complementario. El esquizofrénico responde a la pregunta del Otro, pero limitando el intercambio lo más que pueda para no acercarse demasiado y no ser succionado. Con los cambios en los límites del Yo y la apertura a la comunicación lograda a través de la psicoterapia del movimiento, estos intercambios se vuelven más simétricos y el paciente logra percibirse en una condición de igual con su interlocutor, estableciendo así relaciones interpersonales equivalentes en donde ambos tienen establecidos sus límites personales. “Yo soy yo y él es él, por eso nos comunicamos en igualdad de condiciones”.

Uno de los alcances más importantes de la psicoterapia del movimiento fue lograr que, a pesar de la aparición de mecanismos de defensa en los pacientes que provocaron un repliegue en el proceso, las conductas ya desarrolladas dentro de un código para la comunicación se mantuvieran tres meses y medio después de finalizado el tratamiento<sup>1</sup>, impidiendo así que el dilema esquizofrénico se volviera a apropiarse por completo del paciente y beneficiándolo en cuanto a sus procesos comunicativos.

### Limitaciones del modelo y recomendaciones para su puesta en práctica

Aún y cuando la psicoterapia del movimiento tuvo resultados positivos en su primera puesta a prueba como herramienta psicoterapéutica, es importante tomar en cuenta las limitaciones del estudio realizado y algunas recomendaciones que se desprenden de él para trabajos similares posteriores.

Una limitación importante para el proceso terapéutico en análisis es la existencia de un clímax en las posibilidades de apertura comunicacional de los pacientes, después del cual aparecieron resistencias e incluso el abandono del tratamiento. Debido a que dichas resistencias surgieron en la última etapa del tratamiento, resultaba muy arriesgado intentar vencerlas. Traspasar el límite de apertura se presenta como un reto para posteriores investigaciones sobre este tipo de terapia, especialmente por la posibilidad del retroceso y un nuevo repliegue en la situación segura (delirio psicótico).

---

<sup>1</sup> En el caso específico del único paciente que completó el proceso terapéutico sin faltar a ninguna sesión. Este periodo corresponde al momento de la última entrevista de seguimiento realizada a los participantes del proyecto.



El efecto de las variables extrañas no debe obviarse en ningún momento. Entre ellas deben contarse la diversidad de tratamientos a los que están sometidos los pacientes participantes, los acontecimientos de su vida cotidiana durante el proceso, el curso natural de su enfermedad y la posible influencia de factores inherentes a la terapia, como la activación motora y el efecto del trabajo en grupo. Desde un estudio de tipo cuasiexperimental, como fue el llevado a cabo, estas variables resultan imposibles de controlar. Resultaría de mucha utilidad que posteriores investigaciones permitieran conocer el efecto de la psicoterapia del movimiento controlando al máximo estas variables.

Algunos síntomas negativos de la esquizofrenia, como la apatía, la anhedonia y las dificultades de concentración, resultan en ocasiones una limitante para un trabajo que implica la movilización y activación corporal de los pacientes, como en el caso de la psicoterapia del movimiento. Flexibilizar al máximo las sesiones es una medida recomendada para quien desee trabajar con este tipo de terapia. Éstas deben adaptarse al estado de ánimo y posibilidades del paciente en ese momento.

Ahora bien, mientras el delirio se apodera del psiquismo del individuo lo mantiene sumergido en los conflictos básicos del trastorno. Conforme va desapareciendo el delirio, las barreras se desmoronan y es más fácil acceder al centro del conflicto utilizando el cuerpo como medio principal. Es en este momento que la psicoterapia del movimiento puede ser más útil al paciente. No obstante, durante el estudio se presentó el caso de una paciente para la que se obtuvieron resultados positivos a partir del tratamiento aún y cuando la paciente atravesaba crisis constantes. Resulta de vital importancia, entonces, explorar las posibilidades terapéuticas de la psicoterapia del movimiento durante el brote psicótico para comprobar su efectividad.

Por las características inherentes a la psicoterapia de movimiento, se recomienda realizarla en grupo; sin embargo, debe existir un cuidado riguroso de la información generada para no reemplazar el proceso terapéutico individual por el proceso grupal. Cada paciente debe recibir atención individualizada de acuerdo a sus necesidades y a la hora de analizar los logros y limitaciones de la terapia cada caso debe ser explorado en forma individual. El desarrollo de las sesiones debe, por tanto, tomar en cuenta no sólo el proceso terapéutico del grupo, sino también el de cada paciente, intentando adaptarse así a las necesidades de cada uno.

Al trabajar con pacientes esquizofrénicos debe tomarse en cuenta que, en muchos de los casos, no existe una remisión total y permanente de los síntomas positivos y por lo tanto son sensibles a las recaídas en cualquier momento. Esta fragilidad se incrementa aún más cuando los pacientes niegan o no comprenden el trastorno y deciden abandonar el tratamiento farmacológico cuando ya se sienten mejor. Un trabajo estrecho con el médico psiquiatra y el (los) psicoterapeuta (s) tradicional (es) que trabaja (n)

con el paciente se recomienda como medida para controlar el estado de éste, o al menos entender algunas situaciones que podrían darse durante el proceso con psicoterapia del movimiento.

Resulta también importante adaptar la continuidad del tratamiento al proceso psíquico del paciente, no forzando ni alargándolo más allá de sus posibilidades y tomando en cuenta el compromiso ético de buscar su bienestar en todo momento.

Cada paciente posee características específicas en las manifestaciones del trastorno y por tanto éstas deben tomarse en cuenta a la hora de trabajar con este tipo de psicoterapia y a la hora de analizar sus resultados. Hacer generalizaciones a partir de estos resulta muy riesgoso pues se pueden crear falsas expectativas e incluso causar un efecto placebo.

Una recomendación importante generada a partir de las entrevistas con los pacientes participantes y sus cuidadoras primarias está relacionada con el espacio físico de trabajo. Este debe ser un espacio alternativo y neutral donde los pacientes puedan trabajar sin sentirse estereotipados como enfermos mentales, pues en ocasiones estos sentimientos negativos pueden traspasarse al proceso terapéutico.

Por otra parte, los procesos de cierre deben ser cuidadosamente planificados y llevados a cabo. El espacio que abre la psicoterapia del movimiento es un espacio de apertura emocional. Un cierre abrupto o mal manejado podría significar el repliegue del sujeto y la pérdida de los avances logrados, situación que conllevaría el fracaso de la terapia. Desde un inicio debe establecerse claramente el propósito del proceso, ya sea de tipo investigativo o terapéutico, los límites y las características de éste. En ningún momento debe permitirse la mala interpretación de la relación o el espacio terapéutico. Límites claros resultarán en concepciones claras sobre lo que realmente es el proceso y a lo que se aspira con él.

## Conclusiones

De ninguna manera es posible finalizar sin mencionar la enorme puerta que se abre al trabajar con los pacientes esquizofrénicos a través del cuerpo. Sin intenciones de establecer esta propuesta psicoterapéutica como la solución a los conflictos internos psicóticos, sus resultados evidencian una luz que debe ser aún más explorada para conocer sus alcances reales. La búsqueda de métodos alternativos de tratamiento para aquellos que no tienen una vida mental saludable debe ser el norte de posteriores investigaciones que partan de los resultados encontrados en ésta. Aún quedan muchos misterios sin esclarecer. Una investigación con principios éticos fuertes y

rigurosidad metodológica podría aportar al avance de la ciencia que beneficie a ese 1% de la población que aún vive encerrada en sus propios temores.

## Referencias

- Arteaga, M., Viciano, V. & Conde, J. (1997). *Desarrollo de la expresividad corporal. Tratamiento globalizador de los contenidos de representación*. Barcelona, España: INDE Publicaciones.
- Benenzon, R. (2000). *Musicoterapia: de la teoría a la práctica*. España: Paidós.
- Burns, S., Harbuz, M., Hucklebridge, F. & Bunt, L. (2001). A pilot study into the therapeutic effects of music therapy at a cancer help center. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 7 (1), 48-56.
- Da Fonseca, V. (1996). *Estudio y génesis de la psicomotricidad*. Barcelona, España: INDE Publicaciones.
- Dinámica de la relación docente-grupo de alumnos en expresión corporal. (s.f.). Recuperado el 10 de octubre de 1998 de [http://pcau.galeon.com/mo\\_psi012.htm](http://pcau.galeon.com/mo_psi012.htm).
- Escobar, T. (1998). Conferencia en el Centro Cultural de la Universidad Católica de Perú. Recuperado el 3 de septiembre de 1998, de <http://www.terapiasdearte.perucultural.org.pe>.
- Greenberg, L.S. & Paivio, S.C. (1997). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.
- Hendricks, K. (1986). Dance Therapy. The shape and content. *JOPERD*, 57(6), 72-74.
- Hoban, S. (2000). Motion and emotion: The dance/movement therapy experience. *Nursing Homes*, 49 (11), 33-34.
- Humphrey, M.A. (2000). Alzheimer's disease meets the "Mozart effect". *Nursing Homes*, 49 (6), 50-52.
- Kaplan, R. (s.f.). *Dissociative Identity Disorder*. Recuperado de <http://serendip.brynmawr.edu/bb/neuro/neuro98/202s98-paper2/Kaplan2.html>.
- Kumar, A., Tims, F., Cruess, D.G., Mintzer, M.J., Ironson, G., Loewenstein, D., et al. (1999). Music therapy increases serum melatonin levels in patients with Alzheimer's disease. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 5 (6), 49-57.
- Laguna, E. (2002). Aplicaciones del análisis de la conversación en prevención y rehabilitación de la esquizofrenia. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/5400/>.
- Le Scouranec, R., Poirier, R., Owens, J., Gauthier, J., Taylor, A. & Foresman, P. (2001). Use of binaural beat tapes for treatment of anxiety: A pilot study of tape preference and outcomes. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 7 (1), 58-63.
- Martí, P. (1999). Aplicación de la música en medicina: la musicoterapia como coadyuvante en el tratamiento de un adolescente con leucemia. *Revista del grupo AgupArte*, 8. Recuperado de <http://www.agruparte.com/agruparte/revista/numero8.html>.
- Mora, D. (2001). *Efectos de la musicoterapia y la danzaterapia en el comportamiento no verbal de personas con discapacidad múltiple severa*. Tesis de Magister Scientiae en Ciencias del Movimiento Humano. Universidad de Costa Rica.
- Murcia, N. & Jaramillo, L. G. (1997). La danza, factor de promoción ético moral en adolescentes marginados. *Revista de Educación Física y Recreación*, 2 (2), 65-86.
- Murrow, E. (1998). El uso de la musicoterapia para mejorar las relaciones interpersonales de los pacientes con esquizofrenia. *Psicología Iberoamericana*, 6 (4), 40-47.
- Murrow, E. & Unikel, C. (1998, manuscrito no publicado). *La musicoterapia y la terapia de danza y movimiento expresivo: aproximaciones novedosas al tratamiento del paciente con esquizofrenia crónica*.

- Nordoff, P. & Robbins, C. (1962). *Music Therapy Project*. Report September 1959-December 1961. EE. UU.: Foundation for Advancement of Arts and Letters.
- Norris, R. (1999). Tried-and-true alteranative remedies. *New woman*, 29 (1), 40-45.
- Pellizzari, P. (1999). El proceso creador, una alternativa preventiva y clínica. Investigación presentada en la conferencia de inauguración de La Casa de las Terapias de Arte del Equipo de Terapias de Arte. Recuperado el 20 de setiembre de 1999, de <http://www.terapiasdearte.perucultural.org.pe>
- Petterson, M. (2001). Music for healing: The creative arts program at the Ireland cancer center. *Alternative therapies in Health and Medicine*, 7 (1), 88-89.
- Presmanes, L. & Alonso, C. (1996). El modelo psicoterapéutico de acción corporal y su aplicación en niños con trastornos de conducta. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 37 (1), 39-44.
- Quesada, I. & Quesada, N. (2004). *Desarrollo y evaluación de un programa de danza y/o movimiento creativo: una estrategia alternativa para fomentar el bienestar psicológico de adolescentes con discapacidad visual*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Sachs, C. (1944). *Historia Universal de la Danza*. Centurión, Buenos Aires.
- Salas, S. & Arce, L. (2005). *Psicoterapia del movimiento: una propuesta de trabajo en la comunicación de emociones de pacientes esquizofrénicos*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Santiago, P. (1985). *De la expresión corporal a la comunicación interpersonal: teoría y práctica de un programa*. Madrid, España: Narcea.
- Schaverien, J. (s.f.). *El dibujo como objeto transaccional en el tratamiento de la anorexia*. Recuperado de <http://www.tcams.org>.
- Schmais, C. & Whitte, E. (1986). Introduction to dance therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 9, 23-30.
- Tizón, F. (s.f.). *La expresión corporal y la esquizofrenia*. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos10/esqui/esqui.shtml>.
- Unikel, C., Tiburcio, M. & Rascón, D. (1998). La terapia de danza y movimiento expresivo: su uso en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia crónica. *Psicología Iberoamericana*, 6 (4), 48-55.
- Unikel, C. & Galeano, J. (1995). La expresión corporal como instrumento de detección y tratamiento en problemas de la conducta. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8 (1), 29-42.
- Verdes, M. & Fernández, T. (1994). Aplicación de un programa de musicoterapia en pacientes portadores de insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis. *Revista Cubana de Psicología*, 11 (1), 89-95.
- Vládich, S. (1998). *Expresión corporal. Actividades para docentes, escolares y colegiales*. San José, Costa Rica: EUNED.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D.D. (1967/1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona, España: Herder.

Recibido: 22 de junio de 2005  
Aceptado: 12 de diciembre de 2005



