

La Vivencia Corporal y sus Trastornos Abordaje Psicosomático.

Manuel Álvarez Romero

I. INTRODUCCIÓN:

El cuerpo que nos constituye en personas forma parte esencial de la unidad psicosomática que es el ser humano personificado como hombre o como mujer. La vivencia corporal en la normalidad o la patología, constituye un elemento fundamental para conocer y abordar la aventura antropológica, psicológica y médica que es preciso vivir a la hora de ayudar y ayudarnos para el buen vivir en el curso de la vida. Es un amplio tema que por ser escasamente abordado en la literatura resulta poco conocido. Pretendemos con este trabajo abrir horizontes de profundización en los diversos ámbitos diagnósticos, clínicos, técnicos y terapéuticos que aquí se esbozan.

Como explicaba recientemente, Gerardo González en la Web del Seminario Interdisciplinar de Antropología, el hombre actual mantiene una relación conflictiva y paradójica con su cuerpo. Oscilamos, en efecto, entre el desprecio y la sobrevaloración de nuestra natural condición corporal. Si con frecuencia no dudamos a la hora de someter nuestra naturaleza física a todo tipo de excesos y peligros contrarios a la racionalidad e instinto de conservación; optamos también en ocasiones por convertir nuestra apariencia externa en un valor absoluto, incluso modificable por la cirugía a dictados de la moda.

En nuestra sociedad desarrollada, la relación que mantiene el hombre con su cuerpo se rige demasiado a menudo por poderosos arquetipos colectivos, proyectados por influyentes agentes de opinión y regidos por motivaciones puramente mercantiles. Al cuerpo estandarizado por la publicidad se le aplica un canon de belleza, muy a menudo inalcanzable, que es fuente habitual de frustración espiritual y, en ocasiones, de graves patologías psíquicas. Hace una treintena de años, por ejemplo, la tasa de anorexia nerviosa en las sociedades avanzadas se situaba en un caso por cada 400.000 habitantes. Hoy, no existe centro hospitalario que se precie que no disponga de una unidad para el tratamiento de los diversos trastornos de conducta alimentaria, producto de una inadecuada relación con el propio cuerpo, con la imagen corporal. Pero lo más grave es que este tipo de patologías afectan de forma especialmente virulenta a la población juvenil, que debe sumar a las circunstancias propias de la pubertad y adolescencia, la enorme presión de quienes han convertido el cuerpo en una industria y una denigrante mercancía, haciendo de la juventud no una etapa de edificación personal, de ilusionada apertura a la vida y a la madurez, sino un valor absoluto y un callejón sin salida.

El pensamiento antropológico contemporáneo no puede permanecer, aquí y ahora, ajeno e inconsciente a esta nueva idolatría que convierte el cuerpo en un simple objeto de consumo, en un mundo en el que no hay apenas nada admirable fuera de ese cuerpo objeto de culto y de una idealizada eterna juventud, en una sociedad en la que el mundo afectivo, el mundo del querer personal, es cada vez más reducido, automático y pobre. En una sociedad hedonista que ha sustituido el erotismo y el amor en toda su riqueza espiritual por la simple pulsión genital que destruye la dignidad del otro es muy oportuno considerar lo que concierne a la imagen y vivencia corporal en la salud y en la enfermedad. Hoy más que nunca, frente a los trastornos de la relación con el propio cuerpo, la minusvaloración del terreno de los afectos y el olvido del espíritu –donde reside la verdadera grandeza del ser humano- hay que reivindicar el papel corrector de la educación en valores y el especial e insustituible protagonismo de la familia, que debe velar por un desarrollo armónico de la condición personal. Cuerpo, sentimientos y mundo de las ideas hacen del ser humano una obra admirable del Universo y son –todos ellos en equilibrio integrador y dinámico- la condición imprescindible para el

progreso del hombre, para su crecimiento como persona y para el señorío que le compete en una sociedad que aspira al progreso y la excelencia.

Debemos reivindicar, por tanto, que la Ciencia no hurte al ser humano esa triple dimensión; que la mal llamada “gestión del cuerpo” no nos haga olvidar nuestra condición afectiva y espiritual en toda su rica diversidad y pluralidad, y nos ayude a cooperar inteligentemente con nuestro propio cuerpo a lo largo de todas las edades del hombre: desde la infancia y la juventud, hasta la madurez y la vejez.

Devolvamos a nuestra condición corporal su dignidad esencial y primigenia y hagamos de nuestra realidad encarnada motivo de alegría y satisfacción, no de frustración y tristeza.

II. CONCEPTOS BÁSICOS.

1.- LA VIVENCIA

Siendo fundamental y básico el conocimiento de la realidad que nos constituye –a nosotros mismos y a lo que nos circunda-, es importante la consideración de la visión subjetiva. Es la vivencia personal de la realidad, mediatizada por sus sesgos atribucional, perceptivo y atencional lo que condiciona la dinámica psicosomática de cada persona, sana o enferma. Vivencia es, dice el diccionario, el “hecho o experiencia propios de cada persona, que contribuye a formar su carácter o personalidad”. Y también, “la intensidad con que una imagen psíquica aparece en la conciencia”. Y lo vivencial tiene una especial importancia en el campo de los Trastornos de la imagen corporal y de la conducta alimentaria. Constituyen los sesgos elementos básicos a la hora de valorar una vivencia. Porque la atribución original y sucesiva que apliquemos a un estímulo sensorial (volumen corporal, deformación, etc.) vendrá condicionada por datos verdaderos o falsos, conscientes o no, queridos o impuestos, etc. Ese es el Sesgo atribucional. Igualmente resulta ser un elemento de interés el Sesgo perceptivo, constituido por el estado psicosomático de la persona (estado febril, cansancio, rasgos de personalidad, etc.). Y por último hemos de contar con el Sesgo atencional que es delimitado por la amplitud, intensidad y cualidad de la atención que prestemos a la percepción del estímulo sensorial. Es el objetivo angular, con su correspondiente “zoom”, que aplicamos en la percepción de los estímulos que nos llegan desde nuestro propio cuerpo, desde la memoria,... y desde el entorno. Estas ideas básicas resultan de gran interés para estudiar la imagen corporal alterada tanto en su diagnóstico y comprensión como en el abordaje terapéutico. Así es como vivenciamos, mediante la cenestesia, nuestro mapa corporal, en reposo o movimiento, como estado postural o insertado en el mundo que le rodea. Mediante la percatación de que somos capaces adquirimos una mejor riqueza cognoscitiva, una mejor integración de nuestro yo y una capacidad de elaboración de respuestas adecuadas a los estímulos recibidos.

La cultura, la estética, el autoconocimiento de la propia biografía serán, igualmente, elementos a tener en cuenta en nuestro estudio. En la consulta diaria de Medicina Psicosomática solemos entregar a nuestros pacientes, el Cuestionario denominado “Inventario de Si” que entre sus siete ítems incluye, como nº 2 el referido a la imagen del propio cuerpo. Dice así:

“2. Aspecto físico

- a) Haga referencia a su altura, peso, aspecto facial, cualidad de la piel, pelo, tipo de indumentaria y también ponga características de su cuello, pecho, cintura, piernas, etc.
- b) ¿Cómo se ve, y se siente?
- c) ¿Hay algo de su aspecto físico que desearía cambiar: color de ojos, nariz, estatura, peso, figura, piernas...?”

Arroja luz en muchas ocasiones. Adelantamos que los factores más citados en son de disconformidad son: el peso, el perímetro abdominal, la calvicie, la anchura de caderas, el volumen de las piernas, el tamaño de las mamas, el vello y la nariz. Suelen descubrirse así dismorfofobias larvadas conocidas o mantenidas en el preconscious del paciente. Al brindar la oportunidad, con nuestras preguntas, se facilita la expresión del

problema y quizá la demanda explícita de resolución.

2.- CUERPO Y PERSONA

El cuerpo es la sede de la experiencia del crecimiento, dolor y placer, sensaciones y emociones. La multiplicidad sensorial desborda, muchas veces, la propia capacidad de integración mental, siendo imprescindible desarrollar una expresión “no-verbal” para evitar el conflicto y la enfermedad. El hombre es un ser personal. Es la persona quien percibe, integra y vivencia –de modo normal o anormal- lo que sucede. La persona como unidad psicosomática, como expresión de la condición única e irrepetible que le es propia, viene a condicionar la patología que le afecta. Siempre habrá –y así debe ser considerado- un denominador común propio de su condición humana y a la vez un peculiar numerador que comprende las características específicas y peculiares de ese concreto individuo.

El cuerpo es la persona, no toda ella, pero es persona. Y la persona tiene su cuerpo, que vivencia, modela y modula a lo largo del proceso que es su vivir. Las vivencias simbolizadas son percibidas por el terapeuta; las imaginarias y los conflictos son transferidas como fantasías; sin embargo las emociones y experiencias traumáticas son disociadas, muchas veces, y transmitidas al cuerpo. Y el terapeuta, tantas veces, tampoco puede ayudar al paciente a sentir las, pensarlas o registrarlas mentalmente. El cuerpo, puede tener múltiples lecturas, médica, evolutiva, sexual, vincular, social, como objeto de consumo, como síntoma de conflictos, como somatización de experiencias no asimiladas, como sustrato del dolor, etc. La experiencia del sujeto tiene un correlato corporal, y si no, el pensamiento y la emoción se distancian y se disocian, provocando malestar y síntomas. El vínculo se estructura en el contacto corporal y accede directamente desde el tacto a las áreas emocionales sin atravesar con frecuencia, las estructuras neurológicas del córtex.

El cuerpo es el reloj del sujeto, le indica los momentos para levantarse a andar, desarrollarse, le anuncia la presencia de la sexualidad y también le trae constantemente noticias sobre sus límites, algo que el pensamiento, muchas veces, desea y procura olvidar. El esquema corporal no solo responde a las leyes de la biología, sino que adquiere un nivel de integración superior: lo psicosocial. A través de los vínculos, se desarrolla un cuerpo sentido, en relación con otro ser humano, que aportan sus percepciones y dan sentido a la experiencia. El esquema corporal va a ser, a la par, sujeto receptivo y expresivo, en virtud de los niveles que integran el paradigma Bio-Psico-Eco-Social-Espiritual.

3.- LA PERSPECTIVA PSICOSOMÁTICA

Sólo procede hacer un esbozo conceptual para mayor claridad de nuestra exposición. Hace ya muchos años que la palabra “Psicosomática” se introdujo en medicina para denotar las profundas influencias que experiencias vitales, estados emocionales e incluso procesos cognitivos tienen, para bien o para mal, en la salud y en el funcionamiento del cuerpo humano.

Desde sus orígenes la Medicina ha basculado entre una concepción amplia y psicosomática y las diferentes posiciones reduccionistas. No es el momento de analizar estos cambios, siguiendo el curso de la historia y contemplarlos junto a las consecuencias a que dieron lugar. Nos ceñiremos a unos pocos datos:

- Según el trabajo del Prof. Demetrio Barcia sobre la obra del español Miguel Sabuco, Médico psicosomático del siglo XVI, en él puede hablarse ya de un modelo de Patología psicosomática, sin que todavía existiera explícitamente el término “Psicosomática”.
- Se debe a Heinroth en el año 1818, la aparición del término Psicosomático, como adjetivo, para caracterizar una forma de insomnio.
- La implantación de lo Psicosomático como sustantivo es debida a Holliday, en 1943.
- El desarrollo de la Psicosomática se da en USA en torno a 1950, y de la mano de Médicos Internistas psicoanalizados, tras la emigración de psicoanalistas alemanes huidos del nazismo.
- Las corrientes Antropológicas, Psicológicas y Existenciales centroeuropeas, desde 1930 a 1950, cuentan con personalidades tan notorias para la Psicosomática como Viktor Von Weizaecker, Jores, Kütemeyer, Balint, etc.

- Las aportaciones de Pierre Marty con su producción bibliográfica y el Instituto de Psicología de París tuvieron lugar entre los años 1950 a 1980 y fueron de gran interés.

Hoy, el pensamiento psicossomático trata de superar visiones parciales y abstracciones reduccionistas, buscando la integración de manifestaciones biológicas, psicológicas y sociales en una comprensión unitaria del ser humano. El modelo bio-psico-social de Engels, tan valioso en la comprensión de la persona enferma como antes hemos citado, lo completamos mediante la integración de dos componentes: lo “ecológico” nos aporta el entorno medioambiental físico-químico y mediante el título “espiritual” subrayamos el importante papel que la libre decisión del hombre que vive y decide va a tener para sanar o enfermar respecto al proceso que consideremos. Así es como se entiende nuestro paradigma psicossomático: bio-psico-socio-eco-espiritual.

Desde una perspectiva clínica distinguiremos la Psicossomática como Ciencia Básica, como Orientación Médica y como Práctica Clínica:

Como Ciencia Básica, observa e interpreta las relaciones entre estados, procesos y acontecimientos psicológicos y biológicos, tal como son influenciados por el medioambiente físico y humano, en la salud y en la enfermedad. Su relación con la Psicología Médica y la Psicología Clínica es muy íntima.

Como Orientación Médica, la Psicossomática representa una actitud o estado de opinión que insiste en considerar al paciente en su totalidad, resultando muy afín a la antropología médica y constituyendo una “sabia y eficaz manera de practicar la Medicina”.

Como Práctica Clínica Especializada, la patología psicossomática constituye la principal actividad de la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace en el ámbito hospitalario, en la Atención Primaria y en la Práctica Ambulatoria, así como una técnica capaz de abordar y resolver frecuentes situaciones de enfermedad, en las que el proceso psicossomático alcanza tal magnitud que resulta precisa una específica intervención de tipo psicológico para beneficiar la evolución del proceso, acelerar la rehabilitación y prevenir las recidivas.

Tal sucede, de modo especialmente claro, con ciertas entidades tales como los Trastornos de Conversión, Disociación y Somatoformes, que se presentan clínicamente con manifestaciones características de la patología médica, necesitándose una cierta especialización para su detección precoz, diagnóstico diferencial y tratamiento.

Con estas ideas cabe el detenerse a considerar:

1. Las demandas del paciente con la necesidad de parar el abordaje del proceso por el que se consulta, desde la demanda expresa hasta la demanda real. En muchas ocasiones es solo conocida por el paciente de un modo velado y preconsciente.
2. Es preciso considerar el clásico principio “primum non nocere”, es decir “ante todo no causar daño”. De ahí la serena necesidad de escuchar, observar, reflexionar para actuar como último acto.
3. Los ejes diagnósticos del DSM-IV son muy oportunos en esta perspectiva psicossomática. De ahí la conveniencia de considerar la entidad morfológica que diagnosticuemos, la personalidad previa, los apoyos sociales, la patología acompañante cualquiera que sea su entidad, etc.
4. La visión biográfica del proceso en cuestión enmarcado en sus dos dimensiones:
 - La temporal o longitudinal, con un antes y un después
 - La transversal o develadora de las circunstancias acompañantes.

4.- LOS TRASTORNOS

Pueden darse trastornos cualitativos y cuantitativos en la percepción anómala de la propia imagen corporal. Así aparecerán las dismorfofobias. La hipocondría, la histeria conversiva, los trastornos facticios, etc. De los que trataremos a lo largo de este estudio.

Todas las experiencias son sentidas por los órganos de los sentidos y el cuerpo, antes de que sean pensadas. La persona se prepara para responder de forma automática al placer, al dolor, al miedo,... Por ello en cada experiencia es el cuerpo el primero que responde y en el que se observan las emociones. Todos observamos el ritmo cardiaco, el calor de las mejillas o el nudo en el estomago para saber que sentimos.

Cuando las experiencias son especialmente dolorosas, terroríficas, reiteradas, siniestras (heridas a la dignidad, al cuerpo, a la sexualidad, abandono, etc.) y allí no hay nadie para, con su apoyo, salvar al sujeto de la experiencia negativa, entonces la persona, incluso el niño, disocia la experiencia y la emoción. Así, el sujeto se disocia y desconecta de su cuerpo perdiendo la capacidad para interpretar sus emociones. Con la disociación pierde la capacidad de sentir pero “salvando la cabeza.”

5.- CUERPO Y PUDOR

Tomemos al saber filosófico de la mano de Gerardo González, Psiquiatra, Antropólogo y Filósofo, y dirijamos nuestra atención hacia nuestro propio cuerpo, ese que nos puede llegar a esclavizar o encarcelar, tal como sucede tantas veces. Yo puedo describir mi cuerpo, pesarlo, medirlo, valorarlo emitiendo un juicio concreto, etc. Y eso mismo puedo hacer con cualquier objeto, por ejemplo con una silla. Cuando establezco este tipo de relación con mi cuerpo, decimos que lo estoy objetivando, por ello al cuerpo así contemplado y tratado se le llama “*cuerpo objetivado*”.

Pero el hombre, y sólo el hombre, establece una singular relación con su cuerpo, distinta de la descrita –el cuerpo objetivado–, que da lugar al llamado “*cuerpo vivido*”. Si hablamos con propiedad, lo correcto es afirmar que “*yo soy cuerpo vivido*”. La mano que se estrecha, el abrazo que se da o se recibe, la mirada que habla, el suspiro que conforta... todo esto son manifestaciones del “*cuerpo vivido*”, cuerpo de riqueza inaudita, de posibilidades impensables. Lo expresaba bien un poeta español cuando decía: “*que el alma que hablar sabe con los ojos, también sabe besar con la mirada*”. (Gustavo A. Bécquer). Si nos preguntamos por qué somos “*cuerpo vivido*”, la respuesta es estrictamente personal, biográfica, argumental. La persona que yo soy es radical novedad, única, irrepetible y pura intimidad.

El modo, la manera en la que la intimidad –la persona que yo soy– comparece, es como “*cuerpo vivido*”. Por esta razón, el cuerpo es depositario de radical dignidad, no es un objeto más –“*cuerpo objetivado*”– sino la condición para que la persona comparezca, se haga presente, especialmente en el rostro, y es así como manifiesta a la persona que lo vivifica. ¡Cuánta riqueza es así expresada! La intimidad es la riqueza insondable de la persona. Es insondable porque remite a lo que trasciende al hombre, en un afán de “*culminar*”.

La superficialidad, la frivolidad en el manifestarse, el exhibicionismo, etc., son expresiones de un vivir poco íntimo y por consiguiente, poco personal, que deja al margen la dignidad de la persona en un alto grado. Cuando la persona palidece, cuando el subjetivismo nos cosifica, cuando la superficialidad se transforma en modo estable de vida, el pudor se hace innecesario, no tiene sentido, se presenta como una ñoñería. El pudor es la consecuencia de la riqueza y la hondura de la persona. Así, el pudor no es timidez o mojigatería. El pudor es la protección amorosa de lo digno, de lo íntimo. Al “*cuerpo objetivado*” no le corresponde el pudor, no necesita de él. En una sociedad en donde el cuerpo es, tantas veces, mercancía, “*mercadería*”, lo que prevalece es su exhibición, la audacia en su presentación que aspira a ser provocativa, para transformarse en producto de consumo.

Lo trágico es que con estos criterios, con estas normas, con estos falsos “logros”, a la persona se le arrincona, surge el anonimato y las negativas consecuencias de la desaparición del “compromiso” en la relación consigo y con los demás. A la persona, pura intimidad, pretensión amorosa de culminación, riqueza, como ya se ha dicho, inaudita, insondable, se le impide vivificar su cuerpo, hacerlo personal.

Tenemos que estar alerta ante las sociedades que pierde el pudor en su vivir, porque ello sería signo inequívoco de que la persona es sustituida por la generalización de lo anónimo y el ámbito del amor anulado y sustituido por una filosofía netamente cosificante, consumista, sin salida.

Sociedad enferma, como enunciaba el Dr. Jáuregui en el título de uno de sus libros. Sociedad capaz de provocar, inducir, y mantener esos síndromes de nuestros/as pacientes con TCA, que tanto sufren y tanto sufrimiento causan.

III. EL SUFRIMIENTO/MALESTAR DE LA PERSONA PUEDE SER EXPRESADO MEDIANTE EL CUERPO.

Es lo que sucede en procesos tales como:

- 1.- La Somatización
- 2.- Los Trastornos de Conversión
- 3.- La Hipocondría
- 4.- Los Trastornos Ficticios
- 5.- Los Trastornos de la Conducta Alimentaria
- 6.- El Temblor emocional, etc.

Muy interesante sería, para una mejor comprensión, describir estas entidades pero el espacio disponible y la amplitud del horizonte temático nos obligan a la sinopsis y el aplazamiento de una mayor extensión.

IV. EL DIAGNÓSTICO DESDE LA PSICOSOMÁTICA Y SU APLICACIÓN TERAPÉUTICA.

El paradigma psicósomático, con sus cinco factores, ha de ser modelo protocolario a la hora de diagnosticar. A la vez, la consideración de los cinco ejes que desde la Clasificación Internacional de Enfermedades DSM-4 se nos recomienda, será otra gran ayuda para un correcto y completo diagnóstico en psicósomática. Por otra parte, hemos de recordar que la primera herramienta para lograr la “alianza terapéutica” es de índole no-verbal o sea corporal.

Los 3 recursos corporales principales en la Psicoterapia serían:

- El encuentro
- La observación del cuerpo: Presentación general, estética, olores, tamaño, peso, rigidez-flexibilidad, tono, vitalidad, mirada, proximidad, gestos, postura.
- La intervención corporal: Es muy útil saber qué tipo de registros tiene el paciente de sus emociones y de sus síntomas: ¿En qué lugar del cuerpo siente ese mal? Ese dolor, ¿es un pensamiento, un sentimiento o una sensación del cuerpo? ¿Cómo comienza ese malestar? ¿Por dónde avanza? ¿Cómo cree que va a desaparecer?

Algunos conceptos básicos en Psicoterapia corporal son:

- **LA CORAZA:** Se trata de ciertas áreas del cuerpo donde las defensas psicológicas han sido corporalizadas a través del tiempo, con la repetición de traumas, dándose una restricción de los flujos naturales de energía, impulsos nerviosos, etc. Implica el aumento de la musculatura, engrosamiento estructural, menor movilidad, debilidad tisular o grasa subcutánea extra. Es el síndrome del Enclaustramiento corporal.

- **LA ENERGÍA CORPORAL** es descrita ampliamente como una realidad que ha sido denominada, a lo largo de la historia de la humanidad de variadas formas: Ki, Chi, Prana, Luz, etc. Y su flujo ha sido mapeado de formas diversas en disciplinas como Ayurveda, Acupuntura, Vegetoterapia, etc. Este tipo de energía puede ser medida por ciertas técnicas tales como las respuestas cutáneas galvánicas.

- Existe la **ETICA DEL CONTACTO:** El contacto físico puede ser utilizado para sanar desde la imposición de manos a las terapias corporales particulares. El contacto es muy poderoso y a su vez puede estar abierto al abuso.

V. ABORDAJE TERAPEÚTICO DEL CUERPO A TRAVÉS DE LA MENTE:

Las patologías radicadas en el cuerpo, en cuanto a su expresión puesto que en realidad todas lo son de la persona, pueden ser abordadas a través de determinados procedimientos terapéuticos que parten de procedencias extra corporales. Es el caso de:

1.- LA SOFROLOGÍA. Una disciplina científica surgida en España, y en el estricto campo de la medicina, que investiga cómo potenciar las dimensiones positivas de la conciencia humana que crece hasta llegar a modificar las anormalidades en la imagen percibida del cuerpo.

2.- LAS PSICOTERAPIAS CONVENCIONALES. Por Psicoterapia entendemos en un sentido amplio toda actuación curativa mediante la intervención personal del terapeuta especialmente mediante la palabra y en un sentido estricto un procedimiento terapéutico concreto, reglado en sus objetivos, medios, límites, plazos e indicaciones. La esencia de la Psicoterapia es el descubrimiento de la verdad y la instauración de una nueva mirada hacia la realidad, ahora más veraz y positiva. Intenta desentrañar la forma en que se ha constituido un sujeto y abrir nuevos caminos, ayudando a inscribir en el cuerpo del sujeto experiencias vitales, creativas y positivas.

Se trata de considerar holísticamente toda enfermedad humana, estimando la personalidad del enfermo, el sentido existencial de sus trastornos, la modulación psíquica de los mismos, la forma singular de padecer la enfermedad y la alteración que supone en el proyecto vital del paciente. (Escuela de Medicina Interna de Heidelberg. W. Weizsäcker. Integración de la psicósomática en la Medicina interna).

3.- EL PSICOANÁLISIS. Resulta obvio el papel terapéutico de esta corriente de pensamiento y acción sanadora. Lo es particularmente de los casos instaurados sobre lo que podríamos llamar “personalidad psicósomática”, entidad frecuente, de difícil tratamiento y que en su neuroticismo incluye elementos obsesivos, paranoides y narcisistas.

4.- EL PSICODRAMA. Mediante la supervisión psicodramática se experimentan los agujeros emocionales y se encuentra sentido al malestar vincular. Podemos rescatar del cuerpo las vivencias disociadas, liberar al cuerpo para las experiencias positivas y permitir el trabajo mental, creativo y psicoterapéutico.

5.- LA MEDITACIÓN. Es una técnica con especiales características cognitivas, fisiológicas y psicoterapéuticas propias que la diferencian de la relajación y que pretende cambiar la atención desde estímulos identificables hasta alcanzar un estado de atención no focalizado. Se trata, por tanto, de un método que pretende la disuasión del pensamiento repetitivo y la reorientación cognitiva. Sus efectos, sobre todo a largo plazo, la dotan de interés práctico. En la meditación desciende la presión arterial, la ansiedad, el control voluntario, etc. y aumenta el riego sanguíneo, la actividad mental, la temperatura, etc. Conviene distinguir la “Meditación clínica” del ejercicio meditativo utilizado en diversas disciplinas místicas o religiosas.

VI. ABORDAJE TERAPEÚTICO DE LA PERSONA A TRAVÉS DEL CUERPO

En numerosas ocasiones es el cuerpo el mejor acceso a la persona enferma con el fin de curarla en base a propiciar la recuperación de la homeostasis deteriorada o perdida.

Los feed-back que se instauran en los sistemas metabólicos corporales y en la dinámica psicoemocional de la persona colaboran y permiten la normalización de los estados y funciones. Otro tanto sucede con los fármacos que actuarán en solitario o en sinergia con los otros mecanismos descritos anteriormente y a lo largo de este trabajo.

Modelos utilizados, con este fin, en la clínica psicósomática, y tantas veces en la medicina, cualquiera que sea su especificidad, son:

1. La relación médico- paciente como efecto psicoterapéutico corporal: gestos, actitudes, contacto, ternura, etc.

2. El Bio-feed-back convencional

3. La coherencia cardiaca
4. La relajación funcional en sus diversos modelos
5. La relajación autógena de Schultz
6. La psicoterapia corporal o “Body Psychotherapy”

La Body Oriented Psychotherapy (BP) ha vivido un notable auge en las últimas décadas. Es la más compleja y eficiente de este grupo y nos detendremos en ella y en sus formas. La Psicoterapia Corporal es una rama muy específica de la Psicoterapia. Tiene en cuenta la complejidad de las interacciones e intersecciones entre el cuerpo y la mente, La persona en su totalidad exige una unidad funcional entre mente y cuerpo. Incluye: contacto, relajación, movimiento y respiración.

Son elementos comunes en todas las modalidades de Psicoterapia Corporal:

- La observación del cuerpo.
- Tocar el cuerpo.
- Provocar respuestas verbales y catarsis emocionales.
- Relación paciente y psicoterapeuta corporal para interpretar y evaluar las respuestas emocionales e imaginadas.

Para Lidau la definición del trabajo de un psicoterapeuta corporal (1991): sería la que hace posible que determinados aspectos mentales, emocionales, sociales y espirituales de la persona se hagan conscientes, conociendo e integrando las distintas partes del yo.

Debe tener habilidad para diferenciar los signos en el organismo que indican flujo vegetativo, hipertensión e hipotensión muscular, bloqueo energético, integración energética, etc.

La Body Psychotherapy incluye diferentes modelos y técnicas que han sido creadas, descritas y difundidas por expertos y destacados Psicoterapeutas que han dado nombre específico a su método.

Veamos algunos de ellos:

1. Método de Wilhelm Reich. Padre de la “Psicoterapia Corporal”
2. El “Análisis Bioenergético” de Alexander Lowen
3. La “Relajación Progresiva” de Frederick Matthias Alexander
4. El “Metodo De Educación Somática” del Dr. Moshe Feldenkrais
5. La “Integración Estructural” de la Dra. Ida P. Rolf
6. El “Método Sinérgico” DE LA Dra. Ilana Rubinfeld
7. El “Método Hakomi” desarrollado por el Dr. Ronkurtz
8. Terapia De Danza-Movimiento

Pasaremos a una breve descripción de todos ellos:

1) Método de Wilhelm Reich. Padre de la “PSICOTERAPIA CORPORAL” Wilhelm Reich es el padre de la psicoterapia corporal. En 1930 descubre el concepto de coraza. Advirtió que los niños responden a los traumas emocionales y físicos con una contractura muscular. Durante un evento traumático la parte del cerebro que gobierna la respuesta instintiva toma relevancia y una gran cantidad de energía es movilizada en defender el yo luchando o protegiéndose de la embestida de dolor físico o psíquico. Esta reacción constrictiva se da en el niño o en el adulto y limita su capacidad/habilidad para vivir el presente en plenitud, con gozo y espontaneidad. Sus sentimientos se enfrían por el trauma en un patrón de anclaje. De hecho en ocasiones el trauma se ancla y oculta en las estructuras anatómico-funcionales del SNC y posteriormente es sacado a flote, desencadenando manifestaciones externas, por situaciones similares al trauma original.

Las experiencias almacenadas, que la percepción filtra, distorsionan relaciones y contribuyen a la progresión de la enfermedad física. Así experiencias no resueltas en ocasiones, generan síntomas de estrés postraumático tales como: ansiedad, ataques de pánico, migrañas, etc., y varios niveles de desconexión en el cuerpo. De ordinario, hablando sobre el evento se puede ayudar. El trauma da lugar a una respuesta del SNC, que pretende ser fisiológica, pero que daña y debe ser trabajada con y a través de la fisiología del cuerpo.

Reich aplicó presión profunda en ciertas partes del cuerpo y trabajó con las emociones, imágenes, memoria y sonidos que fueron logrando la liberación. Estaba dispuesto a romper la armadura y liberar el material inconsciente, subyacente, almacenado en los músculos y tejidos circundantes en el momento del trauma. También describió una gran cantidad de técnicas basadas en la hipótesis psicósomática de que la mente mueve al cuerpo y el cuerpo mueve a la mente. Premisas de este planteamiento son que las personas encarnan sus neurosis y que esta encarnación puede ofrecer gran parte de las resistencias del trabajo psicoterapéutico o psicoanalítico y que muchas de las neurosis no se aclararán hasta no resolver la afectación corporal. También Reich desarrolla su Técnica de Vegetoterapia profundizando y liberando la respiración para mejorar e intensificar la experiencia emocional.

2) El “ANÁLISIS BIOENERGÉTICO” de Alexander Lowen. Alexander Lowen y John Pierrakos, discípulos de Reich, desarrollaron posteriormente su método en lo que hoy se llama Análisis Bioenergético. Afirma que lo más importante en las experiencias humanas es que encuentran su expresión no solo en la función mental-psíquica sino también en el cuerpo: En la postura, en patrones de reacción y también en inhibiciones de la movilidad, respiración y expresión. Estos patrones corporales representan una estructura caracterológica que influye en la percepción física del yo, en la autoimagen y en los patrones básicos de intercambio con el medioambiente.

Pensaba Lowen que nosotros suspendemos nuestros sentimientos e impulsos como resultado de una vuelta atrás en la expresión, y que esta regresión expresiva se convierte en una actitud habitual e inconsciente del cuerpo. Argumenta que la depresión puede ser curada a través del trabajo corporal, porque la relación entre la depresión y la respiración deprimida es tan grande que una técnica que active la respiración, suelta la agarradera del estado de ánimo depresivo.

El trabajo corporal se convierte en eficiente psicoterapéuticamente en dos vías complementarias:

1.- Movimientos previamente indicados, sentimientos y experiencias son reactivadas por las intervenciones utilizando el cuerpo. Esto permite que el material inconsciente aflore a la luz y sea accesible a una elaboración mental y a su tratamiento ulterior.

2.- Otros modos de actuación consisten en la movilización de la energía de sanación por la activación energética en un nivel corporal mediante técnicas de respiración profunda, liberación de la tensión muscular por respiraciones especiales y técnicas expresivas e intervenciones de relajación muscular.

El análisis bioenergético como actualmente se entiende es un acercamiento terapéutico que combina el trabajo del cuerpo con la mente para ayudar a las personas a resolver sus problemas emocionales y a darse cuenta de su potencial para mejorar y vivir alegremente. El trabajo corporal incluye procedimientos manipulativos y ejercicios especiales. Estos ejercicios están dirigidos a ayudar a los pacientes a tomar contacto con sus tensiones corporales y a liberarlas a través de movimientos físicos.

3) La “RELAJACIÓN PROGRESIVA” de Frederick Matthias Alexander. Viene a desarrollarse en los principios del siglo XX. Es un sistema de enseñar a las personas como de buenos pueden llegar a ser sus cuerpos en una acción ordinaria para prevenir o reducir el estrés físico innecesario que está inevitablemente unido al dolor y al discomfort. La técnica procede de la premisa de que muchas personas han perdido el sentido cenestésico y la habilidad de determinar vía feedback neuromuscular si sus cuerpos están siendo usados adecuadamente. De hecho este feedback ha sido tan distorsionado con posturas erróneas, como las

escoliosis o las lordosis, que se sienten más normales que las realmente correctas.

La técnica de Alexander enfatiza sobre la relación de la cabeza, cuello y torso a lo que los profesionales llaman “control primario”. Centrándose en la técnica hay cuatro conceptos de buen uso que se focalizan en la liberación de los músculos con tensiones innecesarias; éstos son:

- Permite a tu cuello relajarse. Así tu cabeza puede balancearse hacia delante y atrás.
- Permite a tu torso relajarse a lo largo y ancho.
- Permite a tus piernas relajarse más allá de tu pelvis.
- Permite a tus hombros relajarse fuera de sus omoplatos

En este estado el terapeuta reeduca posturas y alinea el cuerpo en un estado de especial conciencia corporal que favorece la homeostasis postural.

4) El “MÉTODO DE EDUCACIÓN SOMÁTICA” del Dr. Moshe Feldenkrais (1904-1984). Es éste un método de educación somática que utiliza movimientos suaves y una atención directa en la mejora de la movilidad y de la funcionalidad. Está basado en los principios de la física, la biomecánica y la comprensión empírica del aprendizaje y el desarrollo humano. Es un tipo de terapia de apoyo que puede ayudar en cualquier situación en la que se precise mejorar los patrones cenestésicos dañados por accidentes o enfermedades. Es útil en muchos tipos de dolor crónico, cefaleas, disfunción temporomandibular, en patología neuromuscular tipo esclerosis múltiple, ictus, etc. Incluye dos componentes:

1- Integración funcional, en la que se utilizan las manos de un terapeuta que con el contacto ayuda a mejorar las sensaciones y los patrones de movimiento. Sentado, tumbado o de pie el terapeuta manipula suavemente los músculos y articulaciones

2- Movimiento a través del darse cuenta, que focaliza en movimientos lentos no aeróbicos y en los movimientos específicos de todos los días tales como sentarse o levantarse.

5) La “INTEGRACIÓN ESTRUCTURAL” de la Dra. Ida P. Rolf. En resumen es un sistema de manipulación del tejido músculo- esquelético y educación del movimiento para realinear y reorientar el cuerpo. Trabaja en el alargamiento y apertura de nuevos patrones en el tejido conectivo. Como resultado el tejido engrosado y endurecido se vuelve blando, rehidratado y más flexible, permitiendo así el movimiento y la flexibilidad. La Structural Integration (Rolfing) es pues un proceso de reeducación del cuerpo a través del movimiento y del contacto corporal que se apoya en la facilitación de la relación entre la gravedad y el cuerpo humano, logrando así efectos psicológicos y de bienestar.

6) El “MÉTODO SINÉRGICO” de la Dra. Ilana Rubinfeld. La Dra. Ilana Rubinfeld crea el Rubinfeld Synergy Method en 1960. Es un sistema elegante de integración de cuerpo, mente, emociones y espíritu. Contactos suaves y movimientos ayudan a la persona a acceder a emociones y liberar patrones de bloqueo. Incluye a la persona en su totalidad. Trabaja con el cuerpo-mente a nivel físico, cognitivo, intuitivo, emocional y espiritual, produciendo una acercamiento sinérgico que es más poderoso que ninguno de sus componentes individuales.

Utilizando contactos suaves, movimientos, imaginación, humor y expresión verbal, el método Rubinfeld abre vías a elecciones conscientes sobre relaciones con nosotros mismos, nuestra familia, nuestros amigos, y nuestro ser /estar en el mundo.

I. Rubinfeld resume sus fundamentos teóricos en 19 puntos:

- 1.- Cada individuo es único
- 2.- El cuerpo, la mente, las emociones y el espíritu son parte de un sistema dinámico interrelacionado.

- 3.- El “darse cuenta” es la primera llave del cambio.
- 4.- El cambio ocurre en el momento presente
- 5.- La responsabilidad última para cambiar reside en el sujeto paciente.
- 6.- Las personas tienen una capacidad natural para la auto-sanación y autorregulación
- 7.- La fuerza vital del cuerpo y su campo de energía puede ser sentida.
- 8.- El contacto es viable y constituye un sistema preciso de comunicación.
- 9.- El cuerpo es una metáfora
- 10.- El cuerpo dice la verdad
- 11.- El cuerpo es el santuario del alma
- 12.- El placer necesita ser estimulado para contrarrestar el dolor
- 13.- El humor puede curar e iluminar
- 14.- Reflejar las expresiones verbales de los pacientes valida su experiencia
- 15.- La confusión que, como tal, se hace consciente, inclina a desear el cambio y lo facilita.
- 16.- Los “estados alterados de conciencia” hacen más asequible la curación.
- 17.- La integración es necesaria para los buenos resultados últimos.
- 18.- El autocuidado es el primer paso para hacer posible el cuidado del paciente.
- 19.- El reconocimiento del sufrimiento y del dolor permite la transformación.

A través de una atención activa, contactos suaves y movimientos se pueden hacer conscientes las tensiones físicas o emocionales y los patrones mal estructurados y anclados. Se trata de concienciar la experiencia de cómo viejos sentimientos y creencias han tenido una gran influencia incluso de forma inconsciente sobre como uno se siente y actúa en el presente. Hemos de experimentar esas creencias desde una nueva perspectiva y decidir cambiarlas.

7) El “MÉTODO HAKOMI” desarrollado por el Dr. RON KURTZ. El Método de Ron Kurtz y otros, en el instituto Hakomi, en Boulder (Colorado) está basado en la repercusión muscular de los traumas pretéritos. La coraza física que se instala, sirve como de anclaje para las creencias principales inconscientes que rigen nuestros pensamientos, sentimientos y conductas. El terapeuta ha de usar una técnica especial para acceder a esta información inconsciente y así ayudar al paciente en un proceso hacia la mejora de su entendimiento.

El Hakomi ayuda a los pacientes a cambiar el material vivencial, que se compone de memorias, imágenes, creencias, patrones neurológicos y disposiciones emocionalmente ancladas profundamente, y que ha formado estilos, hábitos, conductas, percepciones y actitudes que definen a los individuos en situación de sufrimiento. Parte de este material nos permite entender el mundo como es y ser como queremos ser, pero otra parte es la causante de las situaciones difíciles y conflictivas que se padecen. El Hakomi nos ayuda a diferenciarlo y a resolverlo.

8) TERAPIA DE DANZA-MOVIMIENTO. Admite gran variedad de formas.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ ROMERO, M. (2005). ¿Sabes pensar? Claves para poner rumbo al viaje de tu vida. Capítulo I, Vayamos pensando: 6, Pensamiento y cuerpo y 7, Cuerpo y pensamiento. Ed. Almuzara. Córdoba.
- ÁLVAREZ ROMERO, M., GARCÍA-VILLAMISAR, D. (2007). El síndrome del perfeccionista: El anancástico. Cómo superar un problema tan común y devastador. Capítulo VI, El Perfeccionismo en el ámbito clínico: 5, los trastornos de la alimentación en el Perfeccionismo; Capítulo IX, El papel de los medicamentos en el Perfeccionismo, 3, ¿Pastillas o gafas? ¿Ortodoncia? Ed. Almuzara. Córdoba.

- CAMPAGNE, D.M. (2004). Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. 69-70. Enero-Febrero-Marzo/Abril-Mayo-Junio. Artículo Teoría y fisiología de la meditación, p.15. Ed. Universidad de Barcelona.
- FRANK, V.E. (1955). La psicoterapia en la práctica médica. Una introducción casuística para médicos. Ed. Plantin. Buenos Aires.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, J.L. (1999). Psicoterapia Autógena. Manual teórico-práctico de iniciación terapéutica. Ed. UNED. Madrid.
- HAWIT, J. (1998). Aprende tú sólo relajación. Ed. Pirámide. Madrid.
- JÁUREGUI LOBERA, I. (2008). Conducta alimentaria y sus alteraciones en la picaresca española. Ed. Díaz de Santos. Madrid.
- JÁUREGUI LOBERA, I. (2006). La imagen de una sociedad enferma. Ed. Grafema. S.C.P. Barcelona.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1999). Qué es el hombre. Evolución y sentido de la vida. Ed. Nobel. Oviedo.
- LÓPEZ SÁNCHEZ, J.M^a. (2004). El pensamiento. Capítulo III, el pensamiento y el cuerpo. Ed. Universidad de Granada.
- LÓPEZ SÁNCHEZ, J.M^a. (2004). Mirando personas. Capítulo II, cuerpo enfermo y depresión. Ed. Lichtung libro, Granada.
- LOWEN, A. (2001). La depresión y el cuerpo: la base biológica de la fe y la realidad. Ed. Alianza Editorial. Madrid.
- LUZÓN PEÑA, J. (1998). Amar con el cuerpo. Claves antropológicas de la moral sexual católica. Ed. Alto la cruz. Córdoba.
- PAYNÉ, R.A. (1996). Técnicas de relajación. Ed. Paidotribo. Badalona.
- PEASE, A. (1977). El lenguaje del cuerpo. Cómo leer el pensamiento de los demás a través de sus gestos. Ed. Eunsa. Pamplona.
- SCHULTZ, J.H. (1969). El entrenamiento autógeno. Auto relajación concentrativa. Ed. Científico-Médica. Barcelona.
- SERVAN-SCHREIDER, D. (2002). Curación emocional. Ed. Kairós. Barcelona.
- SERRANO NOGUERA, V. (2005). Nuevas aportaciones a la medicina psicosomática. Capítulo IV, funcionamiento afectivo en pacientes con patología somática. Ed. Universidad de Málaga.
- VILA PILLADO, L. F., AREA CARRACEDO, R. M. (2005). VI Congreso da Asociación Galega de Saúde Mental. "O saber holístico". Homenaxe ó Profesor Rof Carballo. Pág. 33: "Me lo dice el cuerpo". Expresión somática y trabajo corporal en psicoterapia. Ed. Asociación Galega de Saúde Mental. Lugo.

Publicado en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2744794>

Volver a Bodyreaders
Volver a Newsletter 26-ex-52