

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**LA DANZA COMO HERRAMIENTA PSICOTERAPÉUTICA EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS EN TRATAMIENTO PROLONGADO.**

**Estudio realizado desde el enfoque psicosocial en un Hospital
Psiquiátrico con 10 pacientes en internamiento prolongado en el
periodo de enero a junio del 2020 en la ciudad de Quito.**

GISSELL ESTEFANY MOLINA BURBANO

DIRECTOR

MTR. ERNESTO FLORES SIERRA

QUITO, 2020

DEDICATORIA

*A mis padres, quienes con su amor, paciencia
y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir
hoy un sueño más, a ustedes por ser la alegría
en cada cantar, en cada trotar, en cada risa y
en cada silencio.*

*A mis hermanos por estar siempre presentes y
sobre todo a mi hermana quien me toma de la
mano en esta montaña rusa, gracias por
darme impulso- fortaleza en este andar, por
los cuestionamientos y la escucha, gracias
por darle color morado a este monocromático
vivir.*

A la danza y a la vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres, por su ejemplo, su apoyo, su comprensión y todo su amor, pero sobre todo gracias infinitas por la paciencia que me han tenido. Gracias por tanto sacrificio, por cada palabra, por cada abrazo y por cada caminata donde los conozco cada vez más. Pa y Ma, esto es una parte de mi gratitud hacia sus esfuerzos. Con mucho amor a ustedes.

Gracias a mi tutor de tesis, por haberme guiado, no solo en la elaboración de este trabajo de titulación, sino a lo largo de mi colegiatura y carrera universitaria. Gracias por haberme brindado sus enseñanzas y apoyo para desarrollarme profesionalmente y como persona.

A ti: Haktgy haktgy. Rg bojg e za, so iagxzu e tuyuzxgy, rg noyzuxog jk gsux ixkik kt kyk nakiu iut iuhopgy soktzxgy sk ghxgfghgy yoktju norgxgtzk gikxig jkr hruwak jk vxulkyuxky. Gwagr nkrju, gwagr ikboinuinu, iutluxsgy so bojg, iutluxsgy so ktkxmíg, kxky rg vgf jkr yutoju jk ruy gxhurky, kxky rg sgmog jk rg ioajgj tuizaxtg yot rktzky, kxky rg grkxmíg tgbojkñg, kxky kr gsux jk so bojg, zk voktyu, zk kdzgxñu, zk yue e zk gsu Yur. (Yusuy at 6 e at 8). Ozikqia xwz lizum bwlia tia umtólqkia, uibqkma g oiuia lm ti dqli, ozikqia xwz kili xitijzi, xwz kili tiozqui tquxqili kwv bc uivw, xwz kili jmaw lm kikipmbqbw, xwz iuizum g uqzizum, mabwg ttwzivlw, yqmqzw amocqz makzjqmvlw xmzw um bwuizti wbzi bmaqa. Aqmuxzm amzáa: Iuwz uíw xwxwbm. (Qyamzbi dwh lm Riqum Zwtlwa) Piabi aqmuxzm g xizi aqmuxzm dqdi ti xwxwbm (wami bc).Jmawa mv ti vitoi. O hw sbqfwdhorc dcfeis sg ibc rs bisghfcg dfwasfcg zsbuioxsg rs oacf (6aog8)

Mi agradecimiento al grupo de danza contemporánea, a toda mi familia, amigos y profesores.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	1
AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
1. La danza	8
1.1 Origen de la danza, la danza clásica y la danza libre	8
1.2 La danza contemporánea en el mundo	9
1.3 La danza contemporánea en el Ecuador	10
1.3.1 Principios y técnicas de la danza contemporánea	12
1.3.2 El cuerpo, el movimiento y expresión corporal en la danza	14
1.4 Beneficios de la danza contemporánea	16
2. Esquizofrenia	18
2.1 Definición	18
2.2 Curso	24
2.2.1 Tipos de esquizofrenia	25
2.2.2 Sintomatología de la esquizofrenia	28
2.3 Antipsiquiatría	33
2.4 Arte y esquizofrenia	39
3. La danza como herramienta psicoterapéutica en pacientes esquizofrénicos en internamiento prolongado	42
3.1 Metodología	42
3.1.1 Universo	42
3.1.2 Población	42
3.1.3 Instrumentos	43
3.2 Análisis de resultado	43
3.3 Resultados de observación	50
Conclusiones	59
Recomendaciones	61
Bibliografía	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	44
Tabla 2	45
Tabla 3	50
Tabla 4	51
Tabla 5	53
Tabla 6	54
Tabla 7	56

RESUMEN

La presente investigación se centró en el estudio de la danza como herramienta psicoterapéutica en pacientes esquizofrénicos en tratamiento prolongado, desde el enfoque psicosocial, utilizando la danza contemporánea como herramienta, con la finalidad de contribuir con el mejoramiento continuo en las habilidades sociales básicas en los pacientes de un hospital psiquiátrico, tomando en cuenta al psicólogo clínico como eje primario para la intervención psicosocial con la danza en pacientes esquizofrénicos. Esto nos lleva a investigar y hacer una interpretación de los diferentes factores que influyen actualmente en el mejoramiento de los procesos comunicativos y su adaptación al medio externo dentro del hospital psiquiátrico, con el objetivo de obtener un plan de mejora por medio de la danza. A lo largo de esta disertación se descubrirá el potencial que tiene la danza como herramienta psicoterapéutica, y el aporte que puede representar para la Psicología y los pacientes psiquiátricos. El estudio se llevó a cabo con herramientas de investigación como son la observación participante y entrevistas semiestructuradas.

INTRODUCCIÓN

Se encuentra que el arte es una herramienta que puede ser funcional en cuanto ayuda a mejorar la vida, tanto a nivel físico como a nivel emocional y mental, por lo que existe una brecha abierta para aplicar la danza como herramienta psicoterapéutica con pacientes esquizofrénicos. La presente investigación se refiere a la danza como herramienta psicoterapéutica con pacientes esquizofrénicos en tratamiento prolongado.

Varios pueblos prehistóricos y posteriores toman como concepción del mundo al movimiento, a su vez la danza es relacionada con sus cuerpos y experiencias con ciclos de vida. Para comprender con mayor claridad es necesario realizar un recorrido histórico para así conocer sus fundamentos y técnicas. La danza es el tema que se aborda en el primer capítulo donde se realiza un recorrido histórico sobre la danza en el mundo y en el Ecuador, con un énfasis en la danza contemporánea y sus diversas técnicas, se toma en cuenta varias referencias literarias y de bailarines, para así lograr comprender su nacimiento, cambios y beneficios que otorga.

Por otro lado, las personas esquizofrénicas muchas veces han sido excluidas de la sociedad por los mismos prejuicios que existen, siendo así que son las herramientas otorgadas pueden llegar a ser limitadas, lo que busca la danza desde una mirada social es lograr vincularlos con el lenguaje corporal y así encontrar otras maneras de comunicación con los otros.

El segundo capítulo se enfocó en la descripción de la esquizofrenia, abordando su definición, curso y sintomatología. Así mismo, se realiza un breve recuento histórico de la antipsiquiatría y sus diversas intervenciones, Moffatt (1997) realiza una crítica al modelo manicomial tomando como premisa la descalificación y cosificación de la persona, la imposición de una serie de estándares o expectativas de comportamiento junto con las condiciones infrahumanas a las que se somete al paciente, van marcando el ritmo de un deterioro constante de la actividad mental, la readaptación al mundo convencional después de un diagnóstico supone un problema grave debido al estigma y el aislamiento del contexto familiar, laboral, etc.

Se plantea varias experiencias de arte y esquizofrenia, donde varias investigaciones vinculan a la esquizofrenia con música, teatro, pintura, creando espacios donde son participes como una radio, un huerto, una obra de danza, como menciona Fuchus (2003) la locura no es incompatible con la genialidad y que el arte de los esquizofrénicos aparece como la voluntad de manifestarse. El esquizofrénico crea sus símbolos para dar significado a su mundo, para imponer un orden al caos interior.

Lo que se propone en este trabajo es analizar la danza como herramienta psicoterapéutica y si esta otorga beneficio alguno en los pacientes esquizofrénicos, para dar respuesta a este análisis se han realizado encuentros de danza contemporánea, donde han puesto en práctica varias técnicas y ejercicios; los cuales se han empleado en 10 semanas consecutivas, tomando en cuenta que los ejercicios que se ejecutan tienen un objetivo terapéutico y no técnico, los resultados serán expuestos a lo largo del tercer capítulo.

La metodología empleada ha sido cualitativa, la cual permite describir lo que sucede en cada encuentro, conocer a través de los relatos y opiniones que los pacientes tienen acerca de sí mismos, al igual que conocer y describir su comportamiento frente al contacto, su corporalidad y relaciones sociales. Se ha realizado la entrevista semiestructurada la cual permite conocer y analizar las historias de vida de los pacientes, al igual que sus pensamientos y sentimientos, antes de iniciar el grupo y al concluir el mismo. La observación participante es otra de las técnicas utilizadas para el presente trabajo, el uso de un registro de observaciones permite llevar por escrito los hechos importantes

1. La danza

En este capítulo se realiza una pequeña reseña sobre el origen de la danza y la evolución que esta ha tenido con el paso de los años. Se abarca la historia de la danza contemporánea en el mundo y en la cultura del Ecuador, se aborda a distintos pioneros, fundadores y críticos que fueron partícipes de la evolución de la danza, sin embargo, se debe tomar en cuenta que la historia no es exacta ya que fue una inclinación artística que se desarrolló en diferentes períodos, culturas y territorios.

A continuación, se expone las técnicas y principios de la danza contemporánea que se ponen en práctica y son ejecutadas. Finalmente, se aborda el tema del cuerpo, el movimiento, expresión corporal en la danza y sus beneficios; entendiendo que al momento de realizarla se está expresando diversas situaciones físicas, mentales y emocionales de la vida.

1.1 Origen de la danza, la danza clásica y la danza libre

Para comprender el origen de la danza se toma en cuenta que el movimiento y la respiración marcan el comienzo de la vida y son anteriores al lenguaje y al pensamiento. Los gestos fueron desde el comienzo un medio para vincular la necesidad humana de comunicación y así ha sido a lo largo de toda la historia de la humanidad (Wengrower & Chaiklin, 2008).

Vilar en el texto *Viaje a través de la historia de la danza* (2011) afirma que, la danza permite percibir como los hombres han conocido y se han relacionado con el mundo y sus elementos. Varios pueblos prehistóricos y posteriores toman como concepción del mundo al movimiento, a su vez la danza es relacionada con sus cuerpos y experiencias con ciclos de vida. Así mismo, la danza abre diversas posibilidades de decir lo que se quiere comunicar con este medio; el cuerpo como palabra aún no escrita, siendo tomada a la danza como una expresión del cuerpo en su totalidad.

Siguiendo en la misma línea, el movimiento del cuerpo humano es, entonces, la clave de la danza. Las más primitivas expresiones de movimiento están unidas a una visión ritual del acontecer humano como son las danzas para el nacimiento y la muerte, para la

salud y la enfermedad, para el matrimonio y la fertilidad, para aplacar o adorar a las fuerzas ocultas de la naturaleza o a las deidades que regían los destinos del hombre, por otra parte, la danza revela la idiosincrasia de los pueblos, su identidad y su cultura (Ivelic, 2008).

El siglo XX fue partícipe de varios cambios políticos, sociales y de guerra; por lo que se comenzó a hacer eco de una rebelión ajena a las convenciones sentimentales y así los desarrollos artísticos empezaron a crear nuevas formas de expresión alejadas de la ideología romántica planteada en ese tiempo, rompiendo moldes, tradiciones y todo código establecido (Guerra, 2003).

Así mismo, una de las artes que más tarda en desarrollarse es la danza. Isadora Duncan fue una bailarina y coreógrafa estadounidense, considerada por muchos como la creadora de la danza moderna, siendo una de las representantes de la nueva danza a principios del siglo XX, la cual buscaba liberar el cuerpo, así como una nueva forma de expresión, distinta de la forma predominante de danza escénica clásica. Duncan revoluciona a toda Europa con una danza que transmite libertad inspirándose en la naturaleza y en las formas teatrales griegas (Henríquez & Sánchez, 2019).

La danza moderna rompe varios principios impartidos por la danza clásica, Vilar (2011) sugiere que “el movimiento fue en sí el elemento fundamental sobre el que se descasaba gran parte de la estructura de la danza moderna, fuera vinculado a la música o desprovisto de ella, desarrollado individualmente o en grupo” (p. 119), por lo tanto, este fue el comienzo del abandono clásico y de la liberación de los movimientos y elementos formales clásicos.

1.2 La danza contemporánea en el mundo

El término de danza contemporánea es utilizado a finales de los años 40, pasada la Segunda Guerra Mundial, se prefiere hacer uso de este término ya que la danza evoluciona gracias a varios sucesos socio-políticos de la época y los diversos resultados de la guerra. Varios creadores que aportan en la actualidad nacieron con su danza en dicha época, fundadores de varias escuelas de danza y de varias técnicas como son: Martha Graham, Doris Humphrey, Mary Wigman, José Limón y Lester Horton (Daza, 2014).

La teoría de la danza comienza a generar diferentes estudios, el aporte del teórico Von Laban¹, quien se formó dentro del expresionismo alemán de los años treinta, sus principios inducen a una danza determinada por movimientos generados por la energía física del cuerpo en la cual el bailarín expresa lo que vive, habla a través del cuerpo, y siente su baile; estos principios no se basan en la simple consecución de pasos como se lo hacía tradicionalmente (Guerra, 2003). La técnica refuerza cierta personalidad adquirida al bailar, es decir, cada individuo o grupo adquiere una forma particular de bailar ya que la danza es una forma de expresión corporal (Baril, 1987).

Este bagaje histórico posiciona a la danza contemporánea como una verdad realista, es decir, el cuerpo del bailarín transmite una variedad de vivencias y sentimientos. Se formula la pauta de “todo vale” dentro de la danza contemporánea, dando paso a la búsqueda y a la exploración de nuevas figuras, nuevas teorías sobre el movimiento, la des-humanización del cuerpo, el uso del tiempo y espacio; por tal razón la danza se torna más rica e interesante al proponer al público otros elementos teatrales, deportivos, cineastas, etc (Daza, 2014).

1.3 La danza contemporánea en el Ecuador

La danza contemporánea es renovada por el bailarín, director, maestro y coreógrafo Wilson Pico. Bailarín que se formó en la danza clásica y moderna, para luego incursionar en la danza contemporánea con nuevas propuestas en el arte escénico latinoamericano (Loja, 2018). Wilson Pico, Diego Pérez, Julio Pico y Grace Fierro, fundan su primer grupo de danza en la ciudad de Quito en el año de 1972 al cual nombraron Ballet experimental Moderno, este fue el primer grupo experimental de danza moderna y contemporánea creado en el país, en el cual participaron varios bailarines que formaban parte de la Escuela Experimental de Danza de la Casa de la Cultura (Universidad de las Artes, 2015).

¹ (1879-1958) fue un maestro de danza moderna húngaro. Fundador del Instituto Coreográfico en Zúrich.

Pico incorporó la danza contemporánea en el Ecuador con diferentes propuestas en los escenarios alternativos quiteños como: prostíbulos, mercados, plazas, cárceles, y así logrando modificar el arte clásico por artes escénicas con diversas temáticas que iban desde lo cotidiano a lo marginal, de lo ancestral a lo urbano, lo nacional, lo popular y lo no convencional (Universidad de las Artes, 2015). Por este bagaje artístico, Wilson Pico es considerado el pionero de la danza contemporánea en el Ecuador.

Kléver Viera, bailarín ecuatoriano y miembro fundador del Frente de Danza Independiente, inició sus estudios en el Instituto Nacional de Danza, fundó el Ballet Contemporáneo Alternativa en la ciudad de México donde continuó su preparación. Viera en los años 80 dirige en el Centro de Danza en Ecuador y desarrolla la danza contemporánea promoviendo técnicas contemporáneas de la danza y del lenguaje coreográfico, creando un cuestionamiento político y estético en la danza contemporánea. Este bailarín promueve la creación de obras de danza contemporánea y su difusión a los sectores de la población más amplios y lejanos (Apuntador, 2017).

Asimismo, Terry Araujo bailarín, maestro y coreógrafo en el Frente de Danza Independiente de Quito, es uno de los fundadores de la danza contemporánea en el Ecuador. Su contacto con la danza inicia antes de sus 20 años, inspirado por su hermano mayor empieza su formación en el Frente de Danza Independiente, que tuvo sus inicios en un colectivo de varios pequeños grupos: de Wilson Pico, Klever Viera, Carlos Cornejo y Susana Reyes (Coffey, 2019).

Araujo entrelaza la danza y la política, menciona que en los años 80 la danza contemporánea era un factor importante que reivindicaba temas sociales dentro de un país lleno de dictaduras (Coffey, 2019). La danza contemporánea pretendía alcanzar un vínculo más cercano con la gente y su cotidianidad.

Donoso (2019) afirma que “la danza en Ecuador ha sido sin duda un lugar de encuentro intercultural, entre tradiciones escénicas occidentales y formas ancestrales” (p. 65). Esto favorece a una apertura con otros puntos de narrativas, disciplinas y al

desarrollo de técnicas como la técnica Limón, el reléase, Cunningham, el volando bajo, Graham y el contacto improvisado (Mora, 2015).

1.3.1 Principios y técnicas de la danza contemporánea

Se conoce que los principios de la danza clásica se basan en la conexión con lo etéreo, lo celestial, lo estructurado, buscando y basando sus técnicas en la perfección; llevando su arte escénica a lo apolíneo, es decir, una representación de posturas rígidas, pasos codificados, de orden y de belleza. La danza contemporánea busca innovar con la creación de nuevas formas de movimiento, sus principios se basan en el concepto de lo dionisiaco, es decir, la no estructura, la transgresión, la expresión de la vida con la naturaleza para así obtener un componente pasional y vital (Álvarez Estrada, Castillo Rodríguez, & Jacomino Ruiz, 2018).

El notable desarrollo de la danza determina técnicas y principios que se fueron impulsando de acuerdo con las distintas épocas, no existe una técnica pura que rija a la danza contemporánea, sin embargo, los distintos procedimientos que se han utilizado para emplearla y transmitir su saber se encuentran vigentes hasta hoy en día. Dentro de la danza contemporánea se encuentran técnicas como:

- **Técnica Graham**

Esta técnica sitúa como eje fundamental el uso de la una inhalación y una exhalación, es decir, de la respiración y su consciencia en el cuerpo. El principal motor que genera el movimiento en esta técnica es la pelvis y a su vez se emplean contracciones que son la concentración de fuerza en el cuerpo (Torrijos, 2017).

Cuando se ejecuta esta técnica, el cuerpo experimenta una expansión llamada release en la que se integran emociones y pensamientos partidas por el movimiento. Por otra parte, se utilizan las espirales que son creadas en la columna vertebral por fuerzas opuestas (Torrijos, 2017).

- Técnica Limón

La técnica limón recurre a varios principios de las leyes de la física en donde el cuerpo libera su energía, se renueva, reacciona y se recupera a partir del movimiento. Así mismo, la técnica limón se basa en principios del movimiento que residen en: respiración consciente, peso, caída, suspensión, alineación, recuperación, rebote, sucesión, oposición, energía potencial y energía cinética. Por otra parte, es primordial la dinámica del movimiento, el uso del ritmo, y el uso consciente del espacio personal y general para desarrollar dicha técnica (Torrijos, 2017).

- Técnica Cunningham

Esta técnica pretende que sus movimientos y estructura coreográfica se acerquen lo más posible a la vida real, jugando con diversos elementos que no tienen relación entre sí, sin embargo, preexiste una serie de secuencias preliminarmente seleccionadas que se pueden combinar aleatoriamente con el fin de que no exista la necesidad de ensayar con antelación y llevarlo a estreno. La técnica se presenta bajo un carácter autónomo e independiente con respecto a la música, su puesta en escena y la noción del espacio en una coreografía (Tiscareño, 2016).

- Técnica Reléase

Se basa en la relajación del cuerpo, movimientos sorprendidos e incontrolados que ponen a prueba la estabilidad del cuerpo, sus capacidades de recuperarse y de reorganizarse. Busca la creación de espirales en diferentes niveles del espacio con el movimiento del cuerpo. El reléase tiene como principios la elevación, articulación, desarticulación, dirección, generar energía y no colapsar el cuerpo, de esta forma se crea un movimiento consciente, es decir, movimiento con claridad (Torrijos, 2017).

Así mismo, el uso del piso facilita la comprensión de la gravedad y su relación con el cuerpo, en el piso el bailarín genera movimientos primarios del desarrollo del ser humano como el lugar levantarse y caminar. El eje

primordial es el concepto creativo de cada individuo puesto en escena, se centra en el sentimiento y movimiento del bailarín, su desarrollo coreográfico y no lo que este puede resultar ante los ojos del espectador (Torrijos, 2017).

- Técnica de la improvisación del contacto o Contact improvisación

Contact improvisación es una práctica interna en la cual no hay un grupo fijo, no hay personajes establecidos, no hay pasos marcados, ni repetición sino exploración personal, su eje fundamental es la improvisación, manipulación e interacción de cuerpos a partir del contacto físico, es decir, no son movimientos establecidos, el movimiento sigue trayectorias gracias a que es direccionado con impulsos de uno de los cuerpos. En el Contact se realizan acciones primarias como: gatear, caer, caminar, saltar, levantarse, deslizar, agacharse, etc (Torrijos, 2017).

Así mismo, se ponen en práctica algunas de las leyes físicas que se relacionan al contacto de los cuerpos como son: adherencia, fuerza, masa, velocidad, puntos de apoyo, peso y gravedad momentum (momento en cual el cuerpo halla el punto exacto para hacer una transición). El Contact no se trata solamente de una técnica, sino también de una forma de comunicación sin palabras, el cuerpo puede tener la capacidad de explorar la cualidad que tiene el cuerpo y usar de apoyo el cuerpo de otros bailarines para poder moverse en otros planos, sublimar su propio peso explorar otras cualidades y adaptarse a nuevas superficies o a otros cuerpos, es decir, poder transitar por ellos y con ellos (Torrijos, 2017).

La danza contemporánea no se trata solamente de una técnica, es una creación antiestética en la que se integra todo lo posible, donde no existe limitación del cuerpo y del movimiento.

1.3.2 El cuerpo, el movimiento y expresión corporal en la danza

“La danza es el único arte en el que nosotros mismos somos el material del que el arte está hecho” (Baril, 1987). El cuerpo es una existencia física dada al nacer y es parte de

una construcción social, sin embargo, cada individuo moldea su cuerpo, lo transforma con conocimiento, al hacerlo visible, teniendo aprecio o valoración, de acuerdo con el contexto histórico y social al cual pertenecen, etc (Botana, Sampedro, & Castro, 2008).

Se debe tomar en cuenta que “el cuerpo siempre se expresa hasta que fenece, va tomando forma con las experiencias vividas en la familia, la sociedad y la cultura, el individuo interactúa con su medio y de éste recibe información” (Vega, 2009, p. 17). El cuerpo en danza se muestra imaginario, concreto, moldeable, transformable, juega con lo natural, real y abstracto. El cuerpo y el movimiento alcanzan una democratización, donde lo importante es transmitir, se rompen todos los bloqueos corporales existentes y se esparce con su alrededor (Botana, Sampedro, & Castro, 2008).

De esta manera el cuerpo, el sentimiento y el movimiento son instrumentos primordiales para el desarrollo de la expresión corporal, ya que la expresión se vincula al mundo y a las representaciones mentales ya existentes (Vega, 2009). El cuerpo se muestra desde su concepción hasta el momento de su muerte, en este proceso va construyendo su propio lenguaje, exteriorizando su creatividad, sensibilidad, pensar, sentir, decir, sentimientos e ideas de manera consciente o inconsciente y constituyendo una forma de expresión con su propio esquema corporal. Vega (2009) explica el esquema corporal como “la representación mental del propio cuerpo y del otro” (p. 22).

Por otra parte, la expresión corporal se centra en la búsqueda del bienestar con el propio cuerpo, creando un lazo continuo con lo que se dice, se siente y se hace. La expresión corporal no es directiva, es decir, el individuo lo realiza en base a su creatividad e imaginación (García Sánchez, Pérez Ordás, & Calvo Lluch, 2013).

La expresión corporal elabora su lenguaje a partir del uso del ritmo y el movimiento, asimismo dado el hecho de su antigüedad, está influida por todo un proceso socio-cultural, se afirma que la expresión corporal es más antigua que el lenguaje escrito y hablado, el hombre desde sus orígenes toma a la expresión corporal como instrumento de comunicación con los otros y consigo mismo (Vega, 2009).

Vega (2009) afirma que “la expresión corporal se visualiza como el medio que permite reconocer habilidades, destrezas y capacidades en escenarios de enseñanza aprendizaje, por medio de espacios creativos, llenos de imaginación, espontaneidad, goce e improvisación” (p. 15).

1.4 Beneficios de la danza contemporánea

Los beneficios de la danza contemporánea son encontrar y proponer movimientos libres que relatan el pasado, presente y futuro de cada individuo que ejecuta la danza. Ya que permite al individuo expresar y mejorar la relación consigo mismo, gracias a que se maneja el concepto libre, los movimientos propuestos no se basan en una historia ya planteada (Álvarez Estrada, Castillo Rodríguez, & Jacomino Ruiz, 2018).

Así mismo, en la Universidad de Wolverhampton en Reino Unido se observó que varias personas tras tomar una clase de danza contemporánea presentaron mejoras en su estado de ánimo. Por tanto, la ejecución de la danza contemporánea ya sea puesta en práctica por única vez, ayuda a mejorar la vida, tanto a nivel físico como a nivel mental y emocional; cabe recalcar que estos beneficios no limitan el estado de ánimo de la persona (Tierra, 2019).

La danza contemporánea armoniza “el cuerpo, mente y alma”. En el momento en que se ejecuta la danza “el cuerpo, mente y alma” se integran ya que se aprende a escuchar al cuerpo, se comprende el impacto que las emociones y vivencias tiene en nuestra vida. Se trata de exponer lo más natural y orgánico cuerpo; y así descubrir diversas maneras de eliminar tensiones que alteran nuestro bienestar (Tierra, 2019).

De esta forma se trabaja con la historia del sujeto, beneficiando en su presente, y reconectando con su pasado, esto sucede ya que “el cuerpo desde la expresión corporal se proyecta como territorio de representación escénica cuando contempla personajes, esos seres que de alguna manera se instalan en el cuerpo y que se van desarrollando a través de voces y sonidos” (Vega, 2009, p. 22). Es decir, se trabaja desde su realidad, desde los movimientos propuestos y el desarrollo de sus personajes puestos en el baile.

La ejecución de la danza contemporánea permite estar en contacto con la libre expresión en cuanto a emociones y sentimientos, mucho más que en otros géneros de baile. La danza al enfatizar la libre expresión fortalece la autoestima ofreciendo la oportunidad de expresar en su propio baile sus ideas, vivencias, emociones y sentimientos; esto previene la depresión, aumenta la motivación y mejora el bienestar de cada sujeto (Tierra, 2019).

En la danza contemporánea también se emplea mucho la improvisación, ya que el baile se crea a partir de los impulsos orgánicos del cuerpo, ayuda a desarrollar, descubrir y conocer la relación de nuestro cuerpo con el alma. En este proceso se libera tensiones físicas, mentales, emocionales y ayudando a entrar a un estado de relajación con el mínimo de esfuerzo muscular (Tierra, 2019).

Por otra parte, al poner en práctica la danza contemporánea se forja la comunicación a partir del desarrollo expresivo, la expresión verbal y no verbal entra en acción, este actor favorece a los diversos trabajos desde lo pedagógico, psicológico, artístico, médico y didáctico para aportar grandes beneficios al bienestar y a la salud (Vega, 2009).

La expresión artística, la expresión del cuerpo y el lenguaje son necesarios para desarrollar una enseñanza significativa en la danza contemporánea. Vega (2009) sostiene que la danza como lenguaje del cuerpo “aborda aspectos no verbales y verbales como medio expresivo, donde la palabra y el cuerpo coexisten. Lo verbal y no verbal de la expresión van unidos y se desarrollan y fortalecen mutuamente. La palabra se convierte en un gesto” (p. 22).

2. Esquizofrenia

En este apartado, se propone contextualizar aspectos importantes como definición, curso, sintomatología y clasificación de la esquizofrenia, siendo el principal diagnóstico de los pacientes que participaron en el presente trabajo de disertación. Así mismo, en este capítulo a partir de autores como Foucault, Cooper, Moffatt, entre otros, se abordará el discurso médico, la relación con las instituciones y el poder que estas ejercen sobre los pacientes en relación con la imagen del enfermo mental.

2.1 Definición

Para comprender la esquizofrenia, es pertinente comenzar con su definición y sus variables apreciaciones. Por un lado, la palabra esquizofrenia se deriva del griego clásico σχίζειν schizein que significa dividir, escindir, hendir, romper y φρήν phrēn, que significa razón o mente; siendo una enfermedad con una percepción alterada de la realidad, que se caracteriza por alucinaciones, delirios, lenguaje y conductas desorganizadas, abulia, alogia, etc (Belloch, Bonifacio Sandín, & Ramos, 2009).

Así mismo, lo que actualmente llamamos esquizofrenia, ha tenido diferentes definiciones desde finales del siglo XIX donde fue el comienzo para clasificar la locura. La guía práctica clínica española (GPC-España) (2009) afirma que, las personas afectadas por una alteración sustantiva del funcionamiento mental, visual y auditivo; fueron denominadas de diversas formas, en Francia se las denominó como “dementes precoces”, en Alemania a la gente joven en estado demencial se las catalogó como “hebefrenicas”, también se la llamó “catatonia” debido a los trastornos psicomotores que presentaban. Por otra parte, Kraepelin, psiquiatra alemán, definió a todos estos tipos como “demencia precoz”, otorgó categorías que hasta hoy en día se utilizan para el diagnóstico de lo que conocemos como esquizofrenia, estas categorías se distinguían en tres formas clínicas: simple o hebefrénica, catatónica y paranoide, esta última caracterizada por ideas delirantes.

El psiquiatra suizo Bleuler en 1911, designa a la disociación o pérdida de unidad de la vida psíquica con el término esquizofrenia, afirmaba que las características de esta patología ocurrían gracias a un proceso de disociación continuado de episodios delirantes, disociación, un síndrome de producción de ideas y de sentimientos. Es así como actualmente

se observan los signos y síntomas que afectan los diversos procesos psicológicos, utilizando la definición otorgada por Bleuler sobre la esquizofrenia (GPC-España, 2009).

Por otra parte, se encuentra que en la OMS (Organización Mundial de la Salud) (2019) define a la esquizofrenia como:

(...) es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. La esquizofrenia se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más frecuentes son las alucinaciones (oír voces o ver cosas inexistentes) y los delirios (creencias erróneas y persistentes). (OMS, 2019).

Esta enfermedad mental es más frecuente en hombres que en mujeres, los hombres la desarrollan a una edad más temprana. De igual forma, se considera que las posibles causas de la esquizofrenia se deben a una serie de interacciones genéticas, psicosociales y ambientales. Este es un tipo de enfermedad mental o también llamada psicosis que se caracteriza por alteraciones de la realidad, distorsión del pensamiento, emociones, las percepciones, la conciencia de sí mismo y la conducta (OMS, 2019).

De acuerdo con los manuales de diagnóstico DSM- V (2014) y CIE- 10 (2000) mencionan que la esquizofrenia rara vez se manifiesta en la primera infancia, los factores de la infancia influyen en el inicio de la enfermedad en la edad adulta, la esquizofrenia se clasifica como una enfermedad crónica que puede atravesar distintas fases, aunque la duración y los patrones de cada una de ellas son variables. Siendo un trastorno psicótico que puede ser diagnosticado cuando el paciente cumple con ciertos criterios o síntomas como: lenguaje desorganizado, ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos y han tenido síntomas psicóticos una media de 12-24 meses antes de acudir a la consulta médica.

Se debe tomar en cuenta la disfunción laboral, relaciones sociales, el cuidado de sí mismo y la calidad de la vida del paciente y a su vez la persistencia de los síntomas. Es decir, existen síntomas positivos, negativos o de desorganización, síntomas positivos se

comprenden por delirios y alucinaciones; los síntomas negativos (de déficit) incluyen una escasa motivación y una disminución del sentido de propósito, de objetivos, alogia, abulia o apatía, dificultad para concentrarse, afecto aplanado; los síntomas de desorganización, que pueden ser considerados un tipo de síntoma positivo, consisten en trastornos del pensamiento y conductas extrañas como por ejemplo la catatonía que consiste en mantener una postura rígida sin objetivo ni estímulo y resistirse a ser movido (DSM-V, 2014).

Desde el psicoanálisis, Freud (1924) hace referencia a la esquizofrenia como una paranoia como forma de psicosis que se vincula con la perturbación entre el Yo y el mundo exterior; para comprender esto se explica a la neurosis como la causa del conflicto entre el Yo y el Ello². El autor menciona que en la psicosis el Yo crea una nueva realidad que es diferente a la abandonada, o por lo menos con una distinta conflictiva, esto se da ya que el Yo está al servicio del Ello cumpliendo sus deseos, por lo que el mundo interior pierde su investidura, pasando a transformar el mundo exterior y las representaciones del mundo interno. La psicosis desmiente la realidad y trata de sustituirla, sin embargo, esta nueva realidad adquiere nuevas percepciones que surgen por medio de las alucinaciones y delirios (Freud, 1924).

Freud en el texto *La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis* (1924) afirma lo siguiente:

En la psicosis, el remodelamiento de la realidad tiene lugar en los sedimentos psíquicos de los vínculos que hasta entonces se mantuvieron con ella, o sea en las huellas mnémicas, las representaciones y los juicios que se habían obtenido de ella hasta ese momento y por los cuales era subrogada en el interior de la vida anímica... De igual modo, a la psicosis se le plantea la tarea de procurarse percepciones tales que correspondan a la realidad nueva, lo que se logra de la manera más radical por la vía de la alucinación. (p.195).

² El ello es quien se encarga de la relación con el mundo exterior por medio de las percepciones actuales y las percepciones anteriores por el camino mnémico, que forman a su vez, el componente del Yo y el mundo interno.

La esquizofrenia desde la teoría sistémica hace referencia a la interacción, estructura, dinámica y herencia familiar. La sistémica, propone que el desarrollo de síntomas esquizofrénicos se deriva de una relación llamada "doble vinculo" en donde existe una comunicación o intercambio de información tanto verbal como no verbal de manera desviada, confusa, contradictoria, ambigua, dobles mensajes y roles confusos, siendo un problema comunicacional y relacional generalmente de la relación de madre e hijo (Bateson, 1956). Juan Luis Linares fundador de la Escuela de Terapia Familiar Sant Pa, propone el concepto de triangulación desconfirmadora como un elemento fundamental en una teoría relacional de la psicosis "vivir inmerso en un proceso de desconfirmación resulta letal para la identidad individual que reacciona transformándose en una identidad alternativa, de naturaleza delirante" (Linares, Castelló, & Colilles, 2001, p. 25).

La fenomenología existencial, Ronald David Laing³ propone que en la esquizofrenia la persona no se percibe como completa sino como si estuviese dividida en dos partes en las cuales se experimenta a sí mismo y al mundo, por lo que es necesario reconocer esta diferencia al intentar entender su mundo. En la primera parte, el cuerpo y el alma experimentan una división en la cual pueden existir dos o más yos, como una mente más o menos tenuemente ligada a un cuerpo. En la segunda parte la persona esquizofrénica se aísla completamente, existe una fractura en la relación con el mundo, siendo así que experimenta mucha soledad. La persona ontológicamente insegura manifiesta tres formas de angustia, las cuales son: el ser tragado, la implosión, la petrificación y despersonalización, el autor propone que son formas de angustia que la persona puede experimentar al perder su yo (Laing, 1994).

La primera forma es el ser tragado, donde el individuo teme la relación con alguien, con algo o consigo mismo ya que estas relaciones son un peligro y amenazan con la pérdida de su identidad y su autonomía, por lo que, para salvar la identidad el individuo se aísla. La implosión es la segunda forma de angustia, en la cual el individuo percibe que está vacío, pero este vacío es él, así mismo, experimenta temor por el mundo, ya que este puede ser persecutorio, de amenaza y de aplastamiento, lo cual compone una amenaza a la identidad que el individuo supone tener. Por último, la petrificación y despersonalización, alude a que

³ Psiquiatra Escocés, parte del movimiento llamado antipsiquiatría y quien propone la fenomenología existencial

la persona percibe que cualquier otro es una amenaza para a su “sí mismo”. Estas angustias son defensas que surgen ya que el individuo no se encuentra seguro de su propio ser, esto es un proceso que culmina en la psicosis (Laing, 1994).

Laing (1994) explica que la persona con inseguridad ontológica forja una relación compleja, ya que se experimenta a sí mismo como dividido en cuerpo y mente. Por otra parte, se alude a un yo encarnado, como a la persona que tiene la seguridad de estar biológicamente viva, que es dotada de un cuerpo real, vivo y sustancial que presenta deseos, satisfacciones y frustraciones; lo contrario de la persona con un yo no encarnado, donde experimenta a su yo separado de su cuerpo, se asimila como invulnerable al daño físico. El autor propone que, la persona esquizofrénica se experimenta como dividido, por lo que, funda un falso yo, que le permite estar y tener una relación con el mundo y otras personas, su yo se encuentra unido al otro y separado de su cuerpo, esto es un mecanismo que le permite estar en el mundo, sin embargo, “el falso yo es una manera de no ser uno mismo” (p.90).

Laing en su texto *Razón, demencia y locura* (1987) expone que la cordura o la psicosis (esquizofrenia) se prueba en cuanto a la conjunción o disyunción entre dos personas, en cuanto una de ellas presenta una dificultad fuera de lo común y la otra es cuerda, por consenso universal. El autor plantea a una madre simbiótica-sometedora que absorbe, e imposibilita todo núcleo yoico del hijo. Laing y Esterson (1995) proponen que la esquizofrenia puede ser una liberación ante la soledad, opresión, asilamiento, agobio y desesperación en las que el psicótico se encuentra encerrado tanto por psiquiatras, su familia y hospitales.

Cooper en su texto *Psiquiatría y Antipsiquiatría* (1976) plantea que la esquizofrenia envuelve la vida total de las personas, considera que no es un ataque o dosis de algo nocivo, esta existiría a partir de la absorción por otro de la existencia de una persona, o de existencia exprimida de sí por la persona misma, por lo que no le queda nada de ella misma, siendo que se encuentra desnuda para el otro, el autor plantea que la esquizofrenia no se la debe comprender como entidad nosológica, sino como una situación de todos nosotros, es decir, la esquizofrenia es algo que sucede “entre” personas más que “en” la persona.

Así mismo, Cooper (1976) afirma que:

La esquizofrenia es una situación de crisis microsocia en la cual los actos y la experiencia de cierta persona son invalidados por otros, en virtud de razones culturales y microculturales (por lo general familiares) inteligibles, hasta el punto de que aquélla es elegida e identificada de algún modo como "enfermo mental", y su identidad de "paciente esquizofrénico" es luego confirmada (por un proceso de rotulación estipulado, pero altamente arbitrario) por agentes médicos. (p.14).

Desde la Psicología social, Alfredo Moffatt⁴ en su libro *Psicoterapia Existencial* (2011) menciona en la esquizofrenia no hay pérdida del yo, pues no hay más yo; además, toma a la esquizofrenización como la enfermedad básica en donde se extienden el resto. El autor alude que la enfermedad más esencial es la esquizofrenia, la perturbación más arcaica, a la cual hoy en día el ser humano se va encaminado a un sistema de realidad fragmentada, teniendo como efecto una disolución del yo. Por otra parte, indica que la persona esquizofrénica sufre un quiebre de la cadena que constituía el yo, ya que se da la fragmentación de lo histórico al vivenciar el fin del mundo, lo cual es la crisis más grave y típica de estas personas.

El autor del libro expone la posición de Pichon Riviére⁵ al manifestar a la depresión como enfermedad básica y no a la esquizofrenización, la fragmentación del yo, ya que lo que produce más tristeza es la pérdida de uno mismo. Moffatt utiliza parte del enunciado de Riviére y propone el "núcleo básico de la enfermedad", el cual trata a la melancolía-esquizofrenia como eje central, donde se une la pérdida del sí mismo por fragmentación, por lo tanto, el sentimiento de vacío-soledad, la desorganización de la temporalidad, la fragmentación caótica del yo, conforman la enfermedad básica. "Recordemos que las llamadas enfermedades: depresión, paranoia, neurosis obsesiva, histeria, etc., son, en realidad, defensas contra el sentimiento insoportable de vacío y soledad, porque instalan diálogos imaginarios con el objeto perdido. Con estos vínculos, aún imaginarios, se evita ese vacío" (Moffatt, 2011, p. 62).

⁴ Fundador de la Escuela de Psicología Argentina, representante de la Psicología Social y discípulo de Pichon Riviére

⁵ Fue un médico psiquiatra argentino nacido en Suiza, generador de la teoría de grupo, herramienta de suma importancia en la Psicología social.

Así mismo, el autor expone que cada cultura determina sus criterios de salud, se encarga de crear lo que está dentro de lo normal y lo patológico, por lo que cada enfermedad es dada por su cultura. Además, añade que la locura es una forma más de enfermedad, siendo una respuesta del pasado y del presente en torno a su vivencia, la locura es una construcción social que se instala en lo imaginario, donde la representación del acto es lo que más lo enferma y no el acto en sí (Moffatt, 2011).

2.2 Curso

Cabe recalcar que su inicio por lo general se sitúa al final de la adolescencia e inicio de la etapa adulta, dentro de un rango de edad entre los 16 a 50 años (GPC-España, 2009). Con respecto al curso de la enfermedad, gran parte de cuadros se manifiestan de forma leve hasta llegar a una fase activa donde son más notorios, es decir, en una fase premórbida o periodo anterior al comienzo de los síntomas, el primer episodio de esta puede presentarse de forma insidiosa, abrupta o paulatina, donde los síntomas no son tan evidentes (Belloch, Bonifacio Sandín, & Ramos, 2009).

La mayoría de los pacientes presentan una fase prodrómica⁶ en la que aparecen ciertos síntomas atenuados en diversos aspectos de la enfermedad donde se evidencian signos y síntomas que se van desarrollando de manera gradual, los cuales son caracterizados por una desviación del funcionamiento emocional, cognitivo, conductual o social, físicos y de percepción; estos pueden durar semanas o meses, además, puede haber uno o más episodios con remisión completa o incompleta. En esta fase se presenta inestabilidad en el estado de ánimo, falta de interés en las actividades diarias, pérdida del contacto social, ideas extrañas, vaguedad en el lenguaje, enojo e irritabilidad constante. Así mismo, se suele tratar los síntomas presentes e intentar reducir el riesgo de empeorar su gravedad o su evolución a un primer episodio psicótico (Belloch, Bonifacio Sandín, & Ramos, 2009).

La Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico de España, (GPC-España) (2009) afirma que, se han identificado tres fases que pueden presentarse, sin embargo, se toma en cuenta que no existe un límite claro entre una y otra. Por otra parte, el curso clínico de la enfermedad de pacientes con tratamiento va entre episodios psicóticos agudos y periodos de remisión casi total o parcial. La fase aguda o de crisis se caracteriza

⁶ Anteriormente, el concepto de pródromo se utilizaba como elemento precursor y predictor de la evolución a psicosis.

por la aparición de un episodio psicótico agudo en donde es importante tomar especial atención a la presencia de potencialidad suicida, de pensamiento confuso, delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, conducta desorganizada y cambios en los sentidos. Siguiendo de la fase de estabilización o postcrisis, en donde la sintomatología psicótica aguda se reduce y corresponde a los 6 o 12 meses posteriores a un episodio agudo. En la fase de mantenimiento o estable, los síntomas desaparecen o se mantienen parcialmente estables (irritabilidad, depresión y de deterioro cognitivo) los cuales no son tan graves como en la fase aguda. Sin embargo, se pueden presentar síntomas propiamente psicóticos (alucinaciones, ideas delirantes o alteraciones del comportamiento) pero en menor magnitud que en la fase aguda.

Antes de que un paciente que se encuentra en la fase estable presente una recaída, habitualmente se produce un período prodrómico en el que pueden manifestarse síntomas disfóricos no psicóticos, formas atenuadas de síntomas positivos o conductas idiosincrásicas. Este período prodrómico puede durar entre varios días y unas semanas, pero en ocasiones puede persistir durante varios meses. (GPC-España, 2009, p36).

Alfredo Moffatt (2011) menciona que la infancia de la persona esquizofrénica es una infancia perturbada con relaciones familiares deficientes, manipulaciones paradójales, contradicciones del doble vínculo donde se afirma algo en un nivel comunicacional y se niega en otro, lo cual promueve que exista un yo fragmentado. “Es un mundo donde las anticipaciones no se cumplen, y el yo, en su salto hacia delante, cae fuera de sí” (Moffatt, 2011, p.64).

2.2.1 Tipos de esquizofrenia

Sluchevski (1960) plantea una subdivisión de la esquizofrenia donde se puede observar la hebefrénica, catatónica, paranoica, simple, depresiva, circular, e hipocondríaca. De acuerdo con los parámetros de los manuales de diagnóstico DSM-IV (2014) y CIE-10 (2000) ubica a la esquizofrenia y su clasificación dentro de la categoría de Esquizofrenia, trastornos esquizotípico y trastorno de ideas delirantes, además, refiere las alteraciones en

el comportamiento manifestados por síntomas positivos y negativos, estos pueden ser como: aplanamiento afectivo o trastornos psicomotores, delirios y alucinaciones persistentes; comportamiento y pensamiento desorganizado. Además, distinguen 6 subtipos: paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, residual y simple.

a) Esquizofrenia paranoide

Se caracteriza por la conservación de la personalidad y la edad más tardía de aparición. Predominan las ideas delirantes, las cuales son paranoides, presenta alucinaciones, en su mayoría auditivas y alteraciones perceptivas (World Health Organization, 2000).

b) Esquizofrenia hebefrénica

Suele comenzar en edades tempranas como en la pubertad (adolescentes o adultos jóvenes), por eso también puede obtener el nombre de esquizofrenias juveniles. Se caracteriza por cambios afectivos, comportamiento errático, desorganizado primitivo y pueril; desinhibición sexual, ideas delirantes, apetito exagerado, alucinaciones transitorias y fragmentarias (World Health Organization, 2000).

c) Esquizofrenia catatónica

Predominan las alteraciones psicomotoras notables, trastorno del movimiento o movimientos motores la cual se manifiesta como desde hipercinesia a estupor o de obediencia automática a negativismo y excitación. En la fase de estupor se evidencia disminución de los movimientos espontáneos que pueden llegar a la inmovilidad total durante largos periodos de tiempo. En la fase de excitación que pueden ser intensa se presenta agitación, conducta violenta, movimientos estereotipados y además muestran un lenguaje con ecolalia o verberación (World Health Organization, 2000).

d) Esquizofrenia indiferenciada

Su principal característica es que no predomina un síntoma concreto para el diagnóstico ya que presenta características de más de uno de los anteriores subtipos (World Health Organization, 2000).

e) Esquizofrenia residual

Se puede presentar como un cuadro permanente o como un cuadro de transición a una remisión completa, Además, existe una progresión de síntomas negativos, debe existir por lo menos un episodio agudo de esquizofrenia anteriormente, puede no presentar síntomas psicóticos importantes y si los presenta, estos no son muy llamativos. Sin embargo, los síntomas negativos predominan (comunicación no verbal pobre por la expresión fácil, afectividad embotada, abulia, alogia, aislamiento social, trastornos de la atención.) (World Health Organization, 2000).

f) Esquizofrenia simple

Se caracteriza por la incapacidad de cumplir demandas sociales, singularidades en la conducta y deterioro del rendimiento en general, esto se debe a su desarrollo insidioso y progresivo del trastorno. Es evidente el fracaso laboral, escolar y social. En este caso predominan los síntomas negativos (pérdida de capacidades cognitivas, pérdida de iniciativa, embotamiento afectivo) sin embargo, es clara la ausencia de síntomas perceptivos y no presenta alucinaciones ni delirios (World Health Organization, 2000).

Los exámenes, valoraciones neurológicas, diagnósticos diferenciales físicas y psicológicas, diagnóstico diferencial con cuadros psíquicos tóxicos u orgánicos, son necesarios evaluar para realizar un diagnóstico de esquizofrenia. Además, los síntomas presentes no deben surgir a consecuencia de otro trastorno mental y del comportamiento. Así mismo, es pertinente a tomar en cuenta la frecuencia en la cual se presentan los síntomas, gravedad, curso de la enfermedad, estado clínico del paciente, tratamiento y episodios pasados; para poder realizar un tratamiento (GPC- España, 2009).

2.2.2 Sintomatología de la esquizofrenia

El enfermo durante su brote psicótico habla desde su significación la cual es distinta a la nuestra, expresa una palabra que no separa entre el signo y lo que señala, siendo una palabra con significación delirante. Así mismo, el brote crea un sentimiento de vacío insoportable donde siente absoluta soledad, por lo que, para vincularse con alguien crea su delirio, muchas veces este vínculo delirante es un perseguidor, sobre todo en el delirio paranoide, donde el perseguidor controla de él, aun así, tiene otro con el cual puede dialogar, teniendo en cuenta que este diálogo es delirante. Al no poder construir el mundo racional, la persona regresa al estado de percepción no secuenciada, al aislamiento primigenio de la conciencia y a la paralización del tiempo, por lo que, el brote psicótico llega a ser una vivencia aterradora, en la cual, se cae al vacío, se disuelve la autoconciencia y la realidad. En el delirio la persona consigue compañía, llega a formar genera una acción con la interacción delirante y así obtiene una forma de temporalidad (Moffatt, 2011).

Por otra parte, dentro de la sintomatología de la esquizofrenia se ha realizado diversas propuestas, una de ellas es la división entre la sintomatología positiva y negativa, la cual ha demostrado tener ciertas limitaciones en cuanto al comportamiento desorganizado y el lenguaje, esto se debe a que no es claro que sea un síntoma positivo o negativo. Actualmente, se habla de tres categorías o dimensiones: factor positivo, factor negativo y factor desorganizado; así mismo, se pueden presentar síntomas de una o de varias de estas categorías (Caballo, Salazar, & Carrobles, 2014).

2.2.2.1 Síntomas positivos

La sintomatología positiva principalmente se caracteriza por estar presente en fases agudas de la enfermedad, además de conductas motoras inusuales, graves desorganizaciones del comportamiento, alteraciones en la percepción, ideas delirantes, alucinaciones (auditivas, visuales y somáticas), por lo general son comportamientos psicóticos, sin embargo, se toma en cuenta la permanencia de las alucinaciones auditivo-visuales las cuales prevalecen a lo largo del día y desaparecen en el sueño, mientras que las alucinaciones en los cuadros de psicosis afectivas se presentan de forma fugaz e intermitente (Vélez, Rojas, Borrero, & Restrepo, 2010).

Los principales síntomas positivos de la esquizofrenia son:

a) Ideas delirantes, o creencias fijas y erróneas.

Una idea delirante implica un deterioro de la capacidad para hacer inferencias lógicas o puede llegar a conclusiones de la persona o de sí misma, esta creencia no es compartida por los demás, se implica emocionalmente, llega a crear malestar en la persona, social o laboral. Pueden existir ideas delirantes en torno a la conspiración o persecución (creer que es espiado, seguido, observado, engañado o ridiculizado), control (mantiene la convicción que una fuerza externa controla sus pensamientos, sentimientos o conductas), referencia (la persona cree que detalles, hechos o frases que acontecen se refieren a ella o tienen un significado especial, es decir, se dirigen específicamente a ella), grandiosidad (creen poseer poderes especiales, que ha realizado algún hecho extraordinario, puede ser un personaje famoso, creencias basadas en aspectos místico-religioso, posesión demoníaca o venida de Cristo, culpa o pecado), celos (la preocupación se dirige a que la pareja le pueda ser infiel), somáticas (creer en que padecen alguna enfermedad o alguna anomalía) (Caballo, Salazar, & Carrobbles, 2014).

b) Alucinaciones o experiencias sensoriales.

Estas se presentan sin estímulo real externo, en la esquizofrenia las alucinaciones auditivas son las más frecuentes y en la cual la persona oye ruidos, voces o sonidos, en este caso las voces hablan con la persona, hablan entre sí o le llaman de diversas maneras. Estas voces en su mayoría pueden emitir comentarios severos sobre su comportamiento, críticas, amenazas y juicios sobre sí mismo, por lo que llegan a ser negativas o desagradables, sin embargo, no siempre es así. Las alucinaciones de orden son un tipo de alucinación auditiva, en la que las voces ordenan a la persona hacer ciertas cosas, en su mayoría estas resultan peligrosas. Las alucinaciones visuales se caracterizan por observar diversas figuras complejas como la de personas, puede ver formas y colores que no existen realmente. En las alucinaciones olfativas

o gustativas, la persona experimenta olores o sabores desagradables, los cuales tampoco existen realmente. Las alucinaciones corporales pueden presentarse como sensaciones de quemadura, estar siendo ahogados, hormigueo, cambios de forma o tamaño (Caballo, Salazar, & Carrobles, 2014).

Laing (1994) propone que algunos psicóticos remiten sentirse en llamas, quedarse atrapados, ser ahogados o que sus cuerpos se están quemando, esto es una forma de describir que su identidad y autonomía se ve amenazada, experimentando el temor de ser tragado.

c) Síntomas motores o comportamiento catatónico.

Se toma en cuenta que los síntomas motores pueden surgir como efecto secundario de la medicación, aun así, son producto directo de la esquizofrenia. La persona puede presentar cambios en la apariencia, en la conducta sexual y social, estos cambios van en su mayoría acompañados de agresividad, agitación, movimientos ritualistas y conductas repetitivas. El comportamiento catatónico que se llega a presentar se caracteriza por estados de estupor donde permanece paralizado, asilado del mundo externo, sin hablar, puede presentar inhibición o agitación psicomotriz, catalepsia o inmovilidad con posturas inverosímiles (poco habituales) las cuales se mantienen durante largos periodos de tiempo. Así mismo, se evidencia varias estereotipias motoras como la del negativismo ante cualquier movimiento que se ordena, la ecopraxia (repetición de movimientos que acaba de realizar otra persona), los manierismos (exageración de los movimientos intencionales) (Caballo, Salazar, & Carrobles, 2014).

2.2.2.2 Síntomas negativos

Los síntomas negativos están presentes de forma constante en el paciente, estos se caracterizan por la pérdida de funciones normales, alteración de las emociones, aplanamiento afectivo, pérdida de sentimientos de placer, pérdida de motivación y

aislamiento social (Caballo, Salazar, & Carrobles, 2014). “La intensidad de la sintomatología negativa se incrementa después de cada episodio delirante alucinatorio y es la responsable del cuadro de deterioro que se ha observado en la esquizofrenia” (Vélez, Rojas, Borrero, & Restrepo, 2010, p.137).

Los principales síntomas negativos de la esquizofrenia son:

a) Alogia.

Se refiere a una disminución del pensamiento, la disminución de la producción y comunicación verbal, como la falta de fluidez. La persona pierde facilidad para producir pensamientos y del lenguaje, muchas veces sus respuestas se limitan a una sola palabra, son lacónicas, vacías, monosílabas o breves sin producción de habla espontánea. Se puede tardar en encontrar palabras por breves instantes, a su vez puede presentar bloqueos en su discurso y no los finaliza (Caballo, Salazar, & Carrobles, 2014).

b) Abulia-apatía.

Se caracteriza por la falta de energía o motivación que le impiden iniciar o finalizar diversas actividades. Consiste en una falla de motivación, carencia de energía para iniciar o mantener una conducta de manera regular y constante; esto se refleja en la alteración de aspecto personal (dejadez en el aseo e higiene), social y laboral (Vélez, Rojas, Borrero, & Restrepo, 2010).

c) Anhedonia.

Se manifiesta en la baja sensación de experimentar placer al realizar actividades, el aislamiento social, la ausencia de aficiones y la pérdida de interés por cosas o actividades que antes si lo tenían (Caballo, Salazar, & Carrobles, 2014).

d) Aplanamiento afectivo o embotamiento.

Es la disminución de la reacción emocional donde la persona presenta un déficit en la capacidad para expresar emociones. Se observa poco

contacto visual o mantener la mirada fija, lenguaje reducido, no existe tonalidad a las palabras, pobre expresión fácil e inmovilidad (Caballo, Salazar, & Carrobles, 2014).

2.2.2.3 Síntomas de desorganización

El Manual de psicopatología y trastornos psicológicos, afirma que “los síntomas que se incluyen bajo el rotulo de síntomas de desorganización anteriormente habían sido incluidos en el grupo de síntomas positivos, sin embargo, investigaciones posteriores (p.ej., Lindenmayer, Bernstein-Hyman y Grochowski, 1994; Peralta, De León Y cuesta 1992) han concluido que representaría una dimensión diferente a la que se ha llamado también «factor de desorganización» o «factor del trastorno del pensamiento»” (Caballo, Salazar, & Carrobles, 2014, p.402-403).

a) Lenguaje desorganizado o trastorno formal del pensamiento.

Se caracteriza por presentar fugas de ideas, descarrilamiento, la persona va pasando de una frase-tema a otra sin enlazar contenidos. Además muestran síntomas como: taquilalia (presión del habla), asindesis (habla distraible), tangencialidad (incoherencia en una respuesta y discurso incomprensible), ilogicidad (la persona emite conclusiones que no se derivan de forma lógica), circunstancialidad (inhabilidad de responder a una pregunta sin dar detalles excesivos e innecesarios), esquizofasia (uso confuso de palabras sin significado aparente) y asociaciones fonéticas, donde el significado no toma mucha importancia y los sonidos son los que rigen la elección de palabras (Caballo, Salazar, & Carrobles, 2014).

b) Comportamiento desorganizado.

La conducta en la esquizofrenia siempre varia, el comportamiento extraño es característico con esquizofrenia de tipo de desorganizada o catatónica. La conducta desorganizada muchas veces es consecuencia de las alucinaciones que se pueden presentar a lo largo de la enfermedad, estas conductas pueden ser extrañas, excéntricas, risas inmotivadas, falta

de lógica, por lo que pueden presentar desorganización de sus acciones en su vida diaria (Caballo, Salazar, & Carrobles, 2014).

c) **Afecto inapropiado.**

Se caracteriza por tener manifestaciones afectivas incongruentes, se puede presentar angustia profunda, ira repentina, sensación de vacío y falta de empatía. En ocasiones el aplanamiento afectivo se puede confundir con el afecto inapropiado, sin embargo, el aplanamiento afectivo alude a la ausencia del afecto, mientras que el afecto inapropiado a la descoordinación, desorganización o incongruencia de éste. La persona manifiesta emociones que muchas veces no se encuentra relacionada con la situación en la que se encuentra o con el contexto (Caballo, Salazar, & Carrobles, 2014).

2.3 Antipsiquiatría

El termino de antipsiquiatría surge en los años sesenta, momento en el cual se dieron diversos cambios sociales, de crítica y de lucha principalmente en EE. UU. y Europa. Para lograr definir un modelo de crítica hacia la lógica manicomial y la psiquiatría de la época junto con sus prácticas y las condiciones de vida en los lugares destinados para enfermos mentales, Cooper acuña el termino de antipsiquiatría en 1967. Así mismo, gracias a los aportes de Erving Goffman y Foucault fue posible desarrollar y fundamentar los principios de la propuesta antipsiquiátrica (Pérez, 2012).

Foucault en su libro *Historia de la locura en la época clásica* (1964) sostiene que la alienación de los pacientes psiquiátricos aparece de diferente forma al encontrarse con la persona social, de este modo puede manifestarse en dos formas: primero, limita la subjetividad del loco estableciendo irresponsabilidades que se deben al proceso mismo de la locura y que habilitan una interdicción jurídica que entregará el poder a otro, que generalmente se presenta como un sanador; la segunda es, por otro lado, “una toma de conciencia por la cual el loco es reconocido por su sociedad como extranjero en su propia patria” (Foucault, 1964/1998, p.112). Es así como le es asignada una culpabilidad moral que

lo excluye sistemáticamente, es decir, somete al individuo bajo el poder de otro y lo transforma en otro excluido.

Así mismo, Goffman en su ensayo *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (1961) explica que un interno nuevo llega a una institución con expectativas respecto a disposiciones sociales sobre sí mismo que se rompen de manera sutil pero sistemática, mediante degradaciones, depresiones, humillaciones o profanaciones que mortifican al yo, así:

La barrera que las instituciones totales levantan entre el interno y el exterior marca la primera mutilación del yo. (...) En las instituciones totales, por el contrario, el ingreso ya rompe automáticamente con la programación de rol, puesto que la separación entre el interno y el ancho mundo 'dura todo el día', y puede continuar durante años. (Goffman, 1961, p.27)

En Inglaterra la antipsiquiatría tuvo un gran impacto. Allí, grandes psiquiatras como Cooper y Laing dirigieron el movimiento modificando las instituciones hospitalarias creando verdaderas comunidades terapéuticas. En consecuencia, dentro del marco de los ideales de transformación social en el ámbito profesional e intelectual característicos de la década de los 60, Cooper propone a la antipsiquiatría como una disciplina antitética del enfoque clínico convencional sobre el tratamiento de la esquizofrenia; para esto se propone estudiar el contexto humano real que rodea a la persona y los efectos que tiene la asignación de un rótulo asociado a una enfermedad, además, considera que la psiquiatría surge como una respuesta a la necesidad de satisfacer expectativas sociales (Cooper, 1976).

De acuerdo con esto, plantea que “la psiquiatría representa los intereses o pretendidos intereses de los sanos, descubrimos que, en realidad, la violencia en la psiquiatría es la violencia de la psiquiatría” (Cooper, 1976, p. 27). Refiriéndose a práctica médica violenta desde aquellos que se consideran “normales”, hacia quienes son marcados como locos. Con esto busca denotar que toda la experiencia psiquiátrica, y quienes están asociados a ella, ignora con ímpetu la diversidad de la mentalidad, dado que no todos estos procesos son explicables bajo el paradigma biológico, provocando una cadena de violencia que coarta la libertad de manera sutil pero continua, hasta un punto crítico en el que el enfermo debe escoger entre la sumisión y la angustia de una devastación profetizada por

quienes le rodean. “Mientras tanto, si uno tiene que enloquecer, la táctica que debe aprender en nuestra sociedad es una táctica de discreción” (Cooper, 1976, p. 47).

De esta manera, Cooper (1976) utiliza el término violencia para describir un fenómeno institucionalizado que se configura en función de la amenaza percibida por el entorno social, real o ilusoria, estableciendo una dicotomía de roles entre los sanos y los llamados locos o enfermos, por la que se busca justificar la segregación y el encierro. El autor explica que la violencia surge inicialmente cuando otros niegan a la persona mediante un rótulo diagnóstico, segregación física o un dictamen judicial para después sostener “que la persona se invalidó a sí misma, o que fue invalidada por su debilidad intrínseca o por el proceso de la enfermedad, sin que otras personas hayan tenido nada que ver al respecto” (Cooper, 1976, p. 45).

Entonces, para hacer frente al despropósito de la psiquiatría, Cooper conduce un pabellón psiquiátrico conocido como Villa 21 en respuesta a tres necesidades específicas: la estratificación de los pacientes, la investigación de datos comparativos diversos y el establecimiento de un prototipo de unidad comunitaria autónoma que constituya un medio terapéutico fuera del contexto psiquiátrico; para esto no se requirió del uso de psicoterapia individual, shocks, ni lobotomías, se mantuvo un nivel bajo de tranquilizantes y dio como resultado que todos los pacientes fueran dados de alta dentro del primer año de internación, es importante mencionar que solo el 17% tuvo que ser re internado (Cooper, 1976).

Los resultados obtenidos de esta intervención han sido un “antecedente para la revisión radical de la estrategia terapéutica empleada en la mayor parte de las unidades psiquiátricas relacionadas con el esquizofrénico y su familia” (Cooper, 1976, p. 139).

Ya sea que se considere a la enfermedad que sufren los esquizofrénicos como orgánica, social, psicológica, genética, químico-molecular o psicobiológico-social, creo que es bastante exacto afirmar que, si bien casi todo el mundo concuerda en que existe una enfermedad llamada esquizofrenia (...), las opiniones difieren cuando se trata de establecer en qué consiste esa enfermedad. (Laing, 1969, p. 60)

De esta manera Laing quien fue el fundador la Philadelphia Association⁷, cuestiona la escasa validez que tiene el modelo psiquiátrico para evaluar e incluso definir el fenómeno de la esquizofrenia; siguiendo esta línea, Laing en el texto *El cuestionamiento de la familia* (1969) afirma que las conductas asociadas a los esquizofrénicos se pueden aprender por individuos considerados normales y viceversa en un contexto que permita este aprendizaje. Además, identifica el contexto familiar inmediato como el seno de la conducta aparentemente irracional y reflexiona sobre la escasa atención que recibe la realidad contextual del paciente al momento de ser evaluado, a tal punto que el mismo autor en el texto *La política de la experiencia* (1967) afirma que “sin excepción alguna, la experiencia y la conducta denominadas esquizofrénicas no son más que una estrategia especial inventada por la persona para poder vivir en una situación insostenible” (Laing, 1967, p. 101).

La respuesta de Laing frente a las limitaciones que presenta el modelo psiquiátrico se centra en la utilización de la filosofía existencial, de este modo, la relación psicoterapéutica se convierte en un proceso de constante indagación de la experiencia del paciente (Laing, 1967). Siendo así que, el proceso que se lleva a cabo con los pacientes esquizofrénicos se centra en el autoconocimiento y la reflexión objetiva de la experimentación completa del ser, la vida y la muerte, el tiempo y el ego, con el fin de alcanzar un renacimiento existencial más acercado al contexto real de la persona; con esto busca aclarar que la esquizofrenia forma parte de la diversidad de la mentalidad remarcando que “en este sentido existencial, la «esquizofrenia» tiene muy poco que ver con el examen clínico, el diagnóstico, pronóstico y sus prescripciones terapéuticas” (Laing, 1967, p. 114).

Franco Basaglia (1924-1980) revolucionó la psiquiatría en Italia y el modelo médico tradicional internista en su país, quien se opuso al encierro, el aislamiento y al abuso de medicación. Fue quien denominó “psiquiatría democrática” al medio de desinstitucionalizar el tratamiento los trastornos mentales, promoviendo el cierre de los manicomios como infraestructura para los pacientes mentales, para así lograr crear centros de acogida y lugares de encuentro social en los que se fomentaba el arte y la cultura (Pérez, 2012).

⁷ Entidad benéfica británica que desde sus inicios ha creado más de veinte casas comunitarias que buscan dar apoyo, asilo y cuidados a personas con enfermedades mentales.

A finales de los 70's la histórica Ley 180 es aprobada en el parlamento gracias al ímpetu de Basaglia posicionando a Italia como uno de los países en donde la atención psiquiátrica está descentralizada del Estado, cuya ley “[...] consagra con fuerza jurídica los principios de la “psiquiatría democrática” y establece por primera vez un ámbito de derechos y de deberes correspondientes del Estado, para las personas que viven alteraciones del comportamiento” (Pérez, 2012, p.17).

Por otra parte, Pichon-Riviére parte de la perspectiva psicoanalítica y explica que la esquizofrenia se sigue de las series complementarias de Freud que condicionan la neurosis, así:

la primera serie complementaria, (...) está condicionada por la herencia tomada en su sentido genotípico y por las modificaciones que la vida fetal puede sufrir (...). La intrincación de estos factores condiciona la constitución del individuo, que junto a las experiencias infantiles configura lo que en psicoanálisis se llama disposición a la neurosis (...), constituyendo ésta la segunda serie complementaria. La tercera serie estará condicionada por dichos factores disposicionales y la situación actual desencadenante. (Pichon-Riviére, 1977, p.34)

Según explica Pichón-Riviére (1977), se descarta la efectividad de la terapia electroconvulsiva bajo el argumento de que su único efecto es descargar la destructividad de la acumulación de las tensiones del yo dilatando el proceso de la esquizofrenia, debido a que las condiciones psicodinámicas previas nunca fueron modificadas dando lugar a que permanezcan activas en el inconsciente; en este contexto el analista deberá tomar especial atención de los fenómenos de transferencia.

Sumado a estas posturas, Moffatt en su libro *Socioterapia para sectores marginados* (1997), critica el modelo manicomial tomando como premisa la descalificación y cosificación de la persona, señala que la imposición de una serie de estándares o expectativas de comportamiento junto con las condiciones infrahumanas a las que se somete al paciente, van marcando el ritmo de un deterioro constante de la actividad mental, en un vaivén lleno de prejuicios entre un éxtasis continuo y un terror de pesadilla; sostiene además que la readaptación al mundo convencional después de un diagnóstico supone un problema grave debido al estigma y el aislamiento del contexto familiar, laboral, etc. En este sentido condena al accionar social en general pues “Evidentemente, para una comunidad de "sanos"

es muy cómodo tener un "tacho de basura psicológico" donde proyectar las partes locas y sentirse más sanos todos" (Moffatt, 1997, pág. 18).

Moffat propone un modelo teórico conocido como psiquiatría popular, esta se diferencia de la experiencia psiquiátrica convencional en el sentido en que busca que los internos alcancen autonomía y autodeterminación, utiliza la cultura popular para construir un estilo de comunidad, redistribuye el fenómeno de la locura de modo que la salud mental se estandariza y retroalimenta sus bases teóricas con conocimiento empírico; operativamente este modelo busca analizar el sistema y sus relaciones desde el contexto familiar más cercano hasta un contexto cultural amplio, procurando identificar patrones de exclusión u opresión que incidan en la angustia de la soledad psicótica; el siguiente paso consiste en reconstruir el sistema de realidad y condicionar el campo ambiental, esto tiene que ver con la asignación de roles, estilos de comunicación no verbal y la configuración del espacio a fin de evitar situaciones límite desencadenadas por un contexto alejado de una comunidad inclusiva (Moffatt, 1997). Por último, remarca la importancia de una distancia prudente por parte del terapeuta, esto permite un desarrollo comunitario autónomo, pues "se tiene que tener cuidado de ser sólo el partero del cambio y no pretender ser el padre del cambio: ser asesor y no el dueño" (Moffatt, 1997, p. 176).

Por otro lado, la acepción histórica de la esquizofrenia en el Ecuador está impregnada de constructos sociales asociados con el poder, por lo que las condiciones económicas y geográficas serán determinantes para la calidad de vida y el cuidado de la salud mental. Durante la época de la colonia existía una perspectiva demonológica que fomentó el encierro del loco para evitar el descontento popular; más adelante durante la Real Audiencia de Quito aparecen hospicios financiados por la caridad, más específicamente por los bethlemitas, y que tenían cuatro principios generales: el miedo ocasionado en la población, la caracterización de improductivo, la desvalorización del lenguaje y la exclusión familiar; es importante notar que "los aparatos de dominación ejercidos tanto con el loco como con el indio, fueron sistemas que sirvieron para controlar a los sujetos temidos" (Jaramillo Tejada, 2010, p.57).

En el contexto ecuatoriano actual no encontramos con que la experiencia psiquiátrica se ve marcada por la marginalidad, pues, de acuerdo con lo mencionado por Jaramillo Tejada, la mayoría de los hospitales psiquiátricos se encuentran en las afueras de la ciudad,

tratando de evitar el miedo y el desconcierto de la población; a esto se debe añadir el hecho de que no exista una Ley de Salud Mental que rijan la actividad psiquiátrica en el país, este es otro factor que impide que se exija el trato digno y la implantación de un modelo social de atención. Se sabe que por cada 100.000 habitantes existen 12 camas en hospitales psiquiátricos a nivel nacional; también se conoce que la mayor incidencia de pacientes internados corresponde a cuadros de esquizofrenia (Jaramillo Tejada, 2010).

El Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS (2014) propone la desinstitucionalización psiquiátrica como un proceso en el cual las personas con una enfermedad mental no permanezcan confinadas en hospitales psiquiátricos, por su parte pone énfasis en brindar una atención curativa e individual, continua, integral y digna en esta dimensión de la salud, por lo que se busca incorporar salud mental comunitaria, basada en modelos teóricos de calidad de vida buscando llegar a toda la población. La reorientación de los servicios de salud es una visión que amplía el concepto para que los servicios sean vistos más que como atención curativa e individual, como un proceso continuo e integral que va desde la promoción hasta la rehabilitación.

2.4 Arte y esquizofrenia

A principios del siglo XIX los artistas plásticos y literatos del Romanticismo pusieron gran interés por el arte producido por los “locos” ya que la consideraban más cercana a las verdades más profundas de la condición humana. La esquizofrenia, por sí misma, no convierte a nadie en un artista, sin embargo, las personas con este trastorno desprenden un atractivo especial en sus diversas expresiones artísticas, teniendo un acercamiento a su mundo particular a través del arte (Fuchs, 2003).

Hans Prinzhorn⁸ reunió el material pictórico de las creaciones artísticas realizadas por sus pacientes con esquizofrenia y en 1922 redactó su libro *Expresiones de la locura: El arte de los enfermos mentales*, en el cual aborda las pinturas de los enfermos mentales, piezas que fueron realizadas por distracción y placer. Prinzhorn, menciona que la locura no es incompatible con la genialidad y que el arte de los esquizofrénicos aparece como la

⁸ El psiquiatra e historiador de origen alemán

voluntad de manifestarse. El esquizofrénico crea sus símbolos para dar significado a su mundo, para imponer un orden al caos interior (Fuchs, 2003).

En 2003 el Programa de Rehabilitación Integral de Pacientes con Esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en la Ciudad de México utiliza la experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica, tomando a la música como una forma de comunicación no verbal que permite trabajar con los pacientes en cuanto a su expresión de emociones y así facilitar la permanencia y la participación activa en su tratamiento, ya que, la experiencia musical puede llegar a ser sencilla hasta muy compleja, sin embargo, esta se puede adaptar a las necesidades de cada persona (Troice & Juan José , 2003).

Actualmente en Argentina existe una radio llamada Radio la Califata «loco querible», esta es la radio de los internos y ex internos del hospital Borda de Buenos Aires y es la primera radio en el mundo en transmitir desde un neuropsiquiátrico, la cual fue iniciada el 3 de agosto de 1991, por iniciativa del psicólogo Alfredo Olivera como parte de la terapia de recuperación para pacientes del hospital, su finalidad era otorgarles un espacio de autonomía y proporcionar herramientas para recuperar la iniciativa necesaria para su reinserción a la salida de su internación (Zibechi, 2009).

En 2015 la Línea de Rehabilitación Psicosocial (LRHP) de las Hermanas Hospitalarias de Madrid desarrolla 'E-motion' un proyecto en el que un grupo de personas con esquizofrenia experimentan durante 12 semanas prácticas de danza en el Conservatorio Profesional de Mariemma, basándose en una serie de parámetros que evalúan el desarrollo e interacción social de las personas, en el cual los participantes redujeron algunos síntomas propios de la patología e incluso se impulsó a desarrollar la propia identidad alejada de la de enfermo, lo cual influye positivamente en su autoestima, se observó un progreso de las relaciones interpersonales y entre otras variables sociales. Así mismo, se realizó un documental El gran salto, el cual recoge las conclusiones del proyecto sobre el efecto de los movimientos de danza en un grupo de personas con esquizofrenia (Naranjo, 2018).

Siguiendo la línea de la danza, Vaslav Nijinsky quien fue bailarín de ballet y coreógrafo ruso de origen polaco, se alzó como una de las figuras más famosas de los escenarios de medio mundo y, con pasión desmedida, facilitó las primeras pautas para la danza clásica y contemporánea del siglo XX. Nijinsky es aquel que hizo de la esquizofrenia

la esencia de su danza, en la cual plasmó sus intereses políticos, la literatura y mucho de su devenir mental, para ser parte de fundamental del quinto arte (Usón, 2015).

El artista esquizofrénico posee más actividad creadora, ya que es un ser que se ha retirado del mundo y se encuentra necesitado de crear lazos; su actividad artística llega a ser un esfuerzo para ingresar nuevamente en este mundo y auto curarse. La creación artística desarrollada por la necesidad de reparación representa llegar a una síntesis entre lo "externo" y lo "interior", lo "extraño" y lo "últra", en el caso de canalizarse artísticamente, será más fácil experimentar la música, el canto o, mejor aún, la danza (Lema, 1993).

3. La danza como herramienta psicoterapéutica en pacientes esquizofrénicos en internamiento prolongado

El presente capítulo se analiza la aplicación de la danza contemporánea como herramienta psicoterapéutica en pacientes esquizofrénicos en tratamiento prolongado.

3.1 Metodología

El estudio se enfocó en pacientes diagnosticados con esquizofrenia que se encuentren en tratamiento prolongado, la metodología empleada fue cualitativa, la cual se refiere a “la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (Quecedo & Castaño, 2002, p. 7). Este método permitió describir lo que sucedía en cada encuentro, conocer a través de sus relatos y opiniones que los pacientes tenían acerca de sí mismos, al igual que conocer y describir su comportamiento frente al contacto, su corporalidad y relaciones sociales. Para este trabajo de disertación se ha propuesto trabajar desde el enfoque de la Psicología Social mediante herramientas de investigación como son la observación participante y las entrevistas semiestructuradas.

3.1.1 Universo

El universo de la investigación ha sido de 10 pacientes en internamiento prolongado de un Hospital Psiquiátrico en el periodo de enero a junio del 2020 en la ciudad de Quito.

3.1.2 Población

Al ser una investigación de tipo cualitativo, la población en este estudio es seleccionada de manera intencional, los cuales son casos disponibles a los que el investigador tiene acceso (Sampieri, Fernández , & Baptista, 2016). Los pacientes participaron de forma opcional y voluntaria, así mismo, se permitió que cualquier persona del hospital (no sujetos de estudio) pueda formar parte de este proceso. Como se mencionó anteriormente, la muestra seleccionada fueron 10 pacientes que cumplieran los criterios de inclusión como: internamiento prolongado en el hospital, pacientes que han sido diagnosticados previamente con esquizofrenia y que sean hombres o mujeres mayores de edad. El criterio de exclusión fue que los pacientes consuman medicina incapacitante para la actividad física.

3.1.3 Instrumentos

El presente trabajo de disertación utilizó la técnica denominada entrevista semiestructurada, la cual es una especie de conversación formal entre investigador e investigado que cuenta con flexibilidad y no directividad lo cual ayuda a adquirir determinada información para confirmar una hipótesis previamente planteada, también sirven cuando se desea profundizar una opinión o los motivos de un comportamiento (Ñaupas, Valdivia, Palacios, & Romero, 2018). La entrevista semiestructurada permitió conocer y analizar las historias de vida de los pacientes, al igual que sus pensamientos y sentimientos, antes de iniciar el grupo y al concluir el mismo.

La observación participante fue otra de las técnicas utilizadas para el presente trabajo, la observación es la mejor técnica de investigación social ya que esta no interfiere con la realidad, no la manipula ni la modifica, el investigador se integra a un determinado grupo social recolectando datos o información fuera de vista de los miembros de un grupo, teniendo en cuenta que su presencia no sea un agente de distorsión para el estudio (Ñaupas, Valdivia, Palacios, & Romero, 2018). En esta investigación se hizo uso de un registro de observaciones el cual permitió llevar por escrito los hechos relevantes y datos obtenidos para su posterior análisis.

Así mismo, se incluyen varios ejercicios de danza los cuales se emplearon en 10 semanas consecutivas, se dio a conocer brevemente la introducción de lo que es la danza contemporánea y sus diferentes técnicas, al igual que mencionar las reglas para realizar los ejercicios (no sobre exigir al cuerpo, no existe movimiento correcto o incorrecto, todo movimiento es válido, respeto mutuo y al espacio, etc.). Se debe tomar en cuenta que los ejercicios que se ejecutaron tienen un objetivo terapéutico y no técnico.

3.2 Análisis de resultado

La entrevista inicial constó de siete preguntas que fueron desarrolladas de manera sencilla y las cuales intentaban determinar si el hospital brinda formas no convencionales de tratamiento, autonomía, autopercepción emocional y social; y sentido de prospectiva como se muestra en la Tabla N°1. Se realizará una tabla de codificación de pacientes (Tabla N°2)

Tabla 1

PREGUNTA	DETERMINAR
1. ¿Considera que la institución le brinda actividades extras para su proceso terapéutico? 2. ¿Al momento de ingresar al hospital ha perdido contacto con actividades que disfrutaba?	Autonomía Métodos no convencionales de tratamiento
3. ¿Tiene facilidad para expresar lo que siente y piensa? 4. ¿Tiene facilidad para identificar sus emociones?	Autopercepción emocional
5. ¿Tiene capacidad para vincularse con las otras personas? 6. ¿Siente que es una persona agradable para los demás?	Autopercepción social
7. ¿Tiene metas y objetivos en su vida a corto o largo plazo?	Sentido de prospectiva

Realizado por: Molina, Gissell. (2020)

Tabla 2

PACIENTE	CÓDIGO
Paciente 1	P1
Paciente 2	P2
Paciente 3	P3
Paciente 4	P4
Paciente 5	P5
Paciente 6	P6
Paciente 7	P7
Paciente 8	P8
Paciente 9	P9
Paciente 10	P10

Realizado por: Molina, Gissell. (2020)

- **¿Considera que la institución le brinda actividades extras para su proceso terapéutico?**

Varios de los pacientes mencionaron con la primera pregunta que desarrollan actividades pero que estas no les aporta en gran medida en su tratamiento, más bien refieren sentirse infantilizados por la clase de actividades que desarrollan. P2 menciona: *“solo nos tienen haciendo cosas para niños, yo no soy un niño, nos tienen pintando, pegando cosas y los doctores no hacen nada, solo nos dan órdenes. Solo cuando nos llevan a jugar y a tomar sol me siento bien y recuerdo cuando estaba afuera.”*. Los pacientes refirieron que cuentan con terapia ocupacional, sin embargo, esto no es del agrado de todos, como menciona P1: *“Mas o menos, se supone que esas actividades de terapia ocupacional nos deben ayudar, pero siempre son las mismas, ¿Ha visto esa vitrina? Ahí guardan las cosas que hacen, hasta polvo tienen, por eso no me gusta ir y prefiero quedarme viendo la tele o pidiendo películas a los enfermeros.”*. Mencionaron que varias de estas actividades son aburridas, las cuales realizan por obligación y lo sienten como un trabajo mas no como una actividad que los ayude o disfruten, varios aludieron sentirse muy anulados al momento de proponer nuevas

actividades o realizar actividades de su agrado, como señalada P5: “... *los de terapia ocupacional solo nos hacen trabajar y no nos pagan. A mí me gustaría vender mis productos, pero no se puede, luego luego ponen reportes y a uno lo castigan.*”

- **¿Al momento de ingresar al hospital ha perdido contacto con actividades que disfrutaba?**

En cuanto a la segunda pregunta los pacientes mencionaron extrañar las actividades que realizaban fuera del hospital como menciona P8: “*Claro, extraño echar la lengua con mis amigos y salir en la noche porque aquí ya parezco pingüino. Aquí no hago nada, solo paso frío.*” P2 por su parte mencionó: “*Claro, antes salía con mis compañeros de trabajo, hablaba con otra gente, conocía más personas. Ahora aquí, mire usted, solo nos tienen encerrados, antes nos dejaban salir a comprar pan y cada tres meses salíamos de paseo con el dinero de lo que vendíamos en terapia, ahora con sus reglas no dejan ni respirar.*” Mencionan que no les permiten proponer actividades que sean de su agrado y con el paso del tiempo les han privado de algunas actividades como el salir a otros lugares, algunos pacientes refieren no recordar con claridad que actividades disfrutaban antes de su internamiento, sin embargo, varios de ellos disfrutaban jugar cartas, mirar películas, jugar fútbol o básquet, las tardes de literatura, los días de radio y de teatro, como lo menciona P6: “*Sí, aquí no nos dejan elegir nada, creen que somos niños y uno ya está grande para hacer esas cosas Deberían darnos más actividades para activar el cuerpo como lo de teatro o las tardes donde escribimos ahí se activa la mente y el espíritu mejora.*”

Recalcando lo que los pacientes mencionan en cuanto a su sentir con las actividades impuestas por la institución, las cuales son planteadas sin la opinión de ellos, esto se puede relacionar a lo que Moffatt (1974) menciona que los profesionales y autoridades de los hospitales estatales pertenecen a una clase burguesa y los pacientes a otra, siendo así que las intervenciones entran en una situación de sometedor-sometido. Erving Goffman (Citado en Moffatt,1973) refiere que “la institución degrada al paciente mental al nivel de objeto, de cosa, de "loco" (habla de la "carrera del paciente crónico" a quien se lo obliga a "guardarse", vale decir, a "adaptarse" al hospital)” (p.188). Tomando en cuenta esto, dentro de la aplicación investigativa, los pacientes pudieron elegir si participar o no, rompiendo la situación de sometedor-sometido, al igual se generó un espacio donde sus opiniones o

propuestas fueron escuchadas y a la vez tenían validez en el desarrollo de las actividades, siendo así que cumplían un rol activo dentro de esta. Así mismo, se observa una pérdida de autonomía de los pacientes, Moffatt (1974) menciona que no existe una red comunicacional en los hospitales psiquiátricos, por lo que los estímulos verbales se vuelven ordenes e imposiciones, de esta manera la autonomía del paciente sufre amputaciones dolorosas, donde sus opiniones, gustos, mensajes son tomadas como cosas de locos.

- **¿Tiene facilidad para expresar lo que siente y piensa? ¿Tiene facilidad para identificar sus emociones?**

Estas dos preguntas pretenden indagar sobre la autopercepción emocional de los pacientes, es decir, la capacidad que tienen para sentir, identificar y expresar los sentimientos e ideas de forma adecuada, varios pacientes mencionaron no poder expresar su sentir o pensamientos y que al momento de hacerlas no eran transmitidas con claridad, como menciona P1: *“Si mmmm algunas veces no encuentro palabras o cuando hablo la gente piensa cosas que no son, por eso ya no estoy casado.”*, al igual que P8: *“Si, aunque la gente me dice que estoy medio loco, pero así son solo hablan y hablan, yo mejor ni les hago caso a esos locos.”* Así mismo, refirieron no conocer o estar confundidos en si tenían emociones o pensamientos como lo menciona P9: *“mmmm a veces me confundo, verá me ha pasado que estoy como cabra, así todo enojado, pero al final solo tenía ganas de comer algo y se me pasa, pero si hay días donde me entra el diablo y ni quien me pare.”*, algunos de ellos se sentían limitados cuando los daban a conocer, como menciona P5: *“Si señorita, pero aquí no me hacen caso.”* P3 menciona: *“Yo soy callado, es mejor así porque luego me reportan.”*. Moffatt (2011) utiliza parte del enunciado de Pichon Rivière y propone el “núcleo básico de la enfermedad”, el cual trata a la melancolía-esquizofrenia como eje central, donde se une la pérdida del sí mismo por fragmentación, por lo tanto, el sentimiento de vacío-soledad, la desorganización de la temporalidad, la fragmentación caótica del yo, conforman la enfermedad básica. “Recordemos que las llamadas enfermedades: depresión, paranoia, neurosis obsesiva, histeria, etc., son, en realidad, defensas contra el sentimiento insoportable de vacío y soledad, porque instalan diálogos imaginarios con el objeto perdido. Con estos vínculos, aún imaginarios, se evita ese vacío” (Moffatt, 2011, p. 62).

Laing (1994) afirma que el nacimiento biológico es un acto en el cual el niño es expuesto en el mundo, donde “se siente real y vivo, y posee un sentido de ser, una entidad, con continuidad en el tiempo y un lugar en el espacio” (p.37). Por tanto, para el autor, el resto los distinguen como personas biológicamente visibles y a su vez se experimentan a sí mismos como tal, son individuos donde su identidad y autonomía nunca son puestas en tela de juicio, esto se denomina seguridad ontológica. Sin embargo, los individuos que desarrollan una psicosis son aquellos que no pueden experimentarse a sí mismo como un todo, sino más bien de forma fragmentada, que pueden sentirse más irreal que real, son aquellos que no obtiene seguridad ontológica primaria, es decir, no tienen seguridad de estar biológicamente vivos ni de ser visible. Son individuos que no poseen un sentido de ser, lo cual lleva que se sientan irreales o muertos, la relación con el otro no es agradable ni satisfactoria, así mismo, su identidad y autonomía es puesta en tela de juicio; por lo que son individuos que se experimentan a sí mismos como divididos en cuerpo y mente, no existe un sentido de unidad básica y su yo está parcialmente separado de su cuerpo (Laing,1994). Como menciona P2: “*Emociones mmm yo no tengo emociones.*”

- **¿Tiene capacidad para vincularse con las otras personas? ¿Siente que es una persona agradable para los demás?**

La quinta y sexta pregunta se pretende indagar su autopercepción social, en otras palabras, indagar sobre cómo se configura la imagen de cada uno de ellos en el mundo y como esa realidad externa cobra autonomía en su interior. Cabe tomar en cuenta que los pacientes se encuentran en internamiento prolongado por lo que la configuración de su imagen se relaciona en su mayoría dentro de un ambiente psiquiatrizante, como menciona P8 el vincularse y generar nuevos lazos es complicado: “*No siempre y peor aquí, en este lugar soy un muerto viviente, un fantasma, es mejor que ni me vean porque mucho molestan, no me dejan ni caminar tranquilo.*” lo mismo comenta P5: “Aquí me siento como en una cárcel, por eso prefiero pasar en mi habitación haciendo esto, así pasa el tiempo más rápido.” Varios pacientes añadieron que prefieren aislarse ya que, si se relacionan entre ellos o con otros, muchas veces los reportan y los castigan. P7 añade: “*No puedo hablar mucho porque si ya hago algo ahí me andan diciendo que no haga esas cosas, verá me siento bien cuando veo la tele o me quedo bien dormido en el*

sillón.” al igual que P10: *“También, más o menos es que aquí no nos dejan hablar, no ve ahí ya están las enfermeras viendo todo lo que uno hace.”* Como mencionan los pacientes el hospital es un lugar que los limita en generar vínculos con los demás o establecer grupos, por lo que no se pueden singularizar, como menciona Moffatt (2007) el grupo es el eje central de la identidad de cada sujeto, si no es en un grupo uno no puede singularizarse.

Así mismo varios de ellos refieren que en ocasiones no se consideran personas agradables, P1 menciona: *“Mas o menos oiga, no sé qué pasa, la gente que no es mi amiga tiene miedo acercarse porque como me mareo cree que estoy borracho y se van, los locos son ellos.”* P3 también comenta: *“No por eso estoy aquí pues, a mí me tienen miedo allá afuera.”* P10 relata: *“Yo diría que sí, no me llevo con todos eso sí, pero, no sé, me parece raro estar hablando de mis cosas, y si lo hago yo no quiero problemas.”* Refieren que las relaciones entre sí no son muy buenas ya que para evitar problemas con el personal y con otros pacientes prefieren no hablar y ser puntuales con que decir para no ser mal interpretados. La interacción que una persona realiza en su vida se llega a considerar como un solo y largo mensaje el cual es un largo diálogo lleno de argumento, ese argumento es su identidad, su singularidad, sin embargo, la enfermedad mental tiene que ver con la mutilación de ese sentido singular, con una falla de la estructura, que se desdibuja (Moffatt,2007).

- **¿Tiene metas y objetivos en su vida a corto o largo plazo?**

La última pregunta buscaba indagar sobre su sentido de prospectiva, es decir, que piensan realizar en el futuro, varios de ellos mencionaban que deseaban buscar un trabajo, volver con sus familias, retomar actividades que realizaban antes de su internamiento, aun así, refirieron P5: *“Quiero terminar de estudiar y ponerme una zapatería para hacer tacos y vender a las señoritas.”* P9 relata: *“Quiero ver si me cortan este pelito porque ya parezco el tío cosa y luego que será, déjeme pensar mmmmm ir a mi casita.”* Al igual que P10: *“Creo que ya mismo salgo y lo que quiero es estar con mi familia y buscar algo donde pueda trabajar”*. Durante el desarrollo de algunas psicosis, las circunstancias usuales de la vida cotidiana componen una amenaza continua y mortal, Laing (1994) menciona que si el individuo no puede dar por descontadas la realidad, la identidad de sí mismo y de otros, la

autonomía y la vitalidad, entonces tiene que absorberse en descubrir formas de tratar de ser real, de mantenerse a sí mismo vivo, o vivos a los demás, de preservar su identidad, tiene que absorberse en realizar esfuerzos, para evitar perder su propio yo.

3.3 Resultados de observación

A continuación, se exponen los resultados obtenidos de los registros observacionales en base a la variable independiente, la danza como herramienta terapéutica. En las siguientes tablas se exponen los siguientes resultados, estado de ánimo (Tabla N°3) postura y movimiento corporal (Tabla N°4), desenvolvimiento (Tabla N°5) contacto con los otros cuerpos/ miradas (Tabla N°6) y las socializaciones de los pacientes las cuales fueron realizadas al final de cada encuentro (Tabla N°7).

Tabla 3

Estado de ánimo registrado antes y después de la intervención de la danza como herramienta terapéutica.

Paciente	Antes	Después
P1	Irritabilidad, somnolencia	Alegría
P2	Abulia, irritabilidad	Tranquilidad
P3	Letargo, hipotimia	Alegría
P4	Somnolencia, tristeza	Entusiasmo
P5	Enojo, tristeza, alegría	Tranquilidad
P6	Relajación	Emoción
P7	Cansancio	Tranquilidad
P8	Felicidad	Entusiasmo

P9	Tranquilidad	Tranquilidad
P10	Pereza	Tranquilidad

Realizado por: Molina, Gissell. (2020)

En esta tabla, se puede apreciar que el estado de ánimo de los pacientes mejoraba debido a los ejercicios realizados en danza, los cuales fomentó su autonomía, la comunicación, permito que generaran lazos sociales entre sí y con ellos mismos, la mayoría de los pacientes mencionaban en los primeros encuentros que la sensación de tranquilidad, entusiasmo, emoción, etc. Duraba por periodos largos, lo cual fue mejorando hasta el último encuentro, en donde referían que se sentían motivados y con mejor estado de ánimo para realizar las actividades, ellos mencionaban que el espacio de danza les permitía ser ellos mismos, podían compartir con sus compañeros en ejercicios grupales o de parejas, al igual que sus sugerencias o recomendaciones fueron tomadas en cuenta para el desarrollo de los encuentros. La integración de personas con trastornos mentales graves en la comunidad tiene efectos en su salud mental y emocional, ya que promueve la creación de recursos propios para afrontar nuevos retos, tomando en cuenta que esta integración es un complemento al tratamiento integral del paciente (Gracia Fuster, 1998).

Tabla 4

Postura y movimiento corporal registrado antes y después de la intervención de la danza como herramienta terapéutica.

Paciente	Antes	Después
P1	Movimientos repetitivos y cortos. Postura rígida.	Movimientos secuenciales con el cuerpo completo y seguros
P2	Cuerpo rígido y tenso de hombros y brazos. Movimientos cortos y en el mismo sitio.	Cuerpo relajado, movimientos fluidos con todo el cuerpo.
P3	Movimientos lentos con cuerpo encorvada y vista al piso.	Movimientos amplios, mejor postura, con movimientos seguros.

P4	Postura caída y no encuentra una posición cómoda. Movimientos pesados, sin control y cerca de su cuerpo.	Utiliza todo el cuerpo con movimientos fluidos y grandes. Utiliza diferentes niveles.
P5	Movimientos repetitivos. Brazos y hombros tensos.	Movimientos fluidos con seguridad, utiliza el espacio.
P6	Postura ligera, observa a los demás para empezar a realizar sus movimientos.	Movimientos amplios empleando todo el cuerpo, con cuerpo relajado.
P7	Postura rígida, movimientos solo de brazos.	Los movimientos son seguros y relajados, salta y experimenta en el espacio.
P8	Movimientos unidireccionales, con postura encorvada.	Se desplaza por el espacio con el cuerpo y prueba el nivel del piso.
P9	Brazos y cabeza relajada. Movimientos sin límites.	Movimientos amplios y utiliza todo el cuerpo con postura relajada.
P10	Cuerpo alerta y sus movimientos dependen de los movimientos de los demás compañeros.	Postura relajada, ocupa todo su cuerpo con movimientos seguros.

Realizado por: Molina, Gissell. (2020)

En los primeros encuentros se observó que algunos pacientes presentaban una desconexión con la respiración, no se mantenía una respiración constante y al momento de realizar os movimientos algunos producían amneas de algunos segundos. Esto se puede explicar a una de las características de la esquizofrenia en cuanto a la carencia de imagen corporal relacionada con la consciencia de cuerpo. En cuanto a la postura, se observó una postura rígida, encorvada, mirada más baja, rigidez corporal, cuerpos en estado aparente de perplejidad. En el momento de ejecutar los movimientos estos cuerpos eran rígidos, hipotónicos, descontrolados, con imagen corporal incompleta y varios de los pacientes no podían definir donde empezaba una extremidad percibiendo a su cuerpo como un todo, se presentaba la dificultad en relación con los límites propios y con los límites en relación con

los demás. Al ir avanzando las sesiones, existió un aumento de movimientos, se observaron más controlados, variaron su imagen corporal, lograron reconocer que existía todo un mundo de posibilidades expresivas en su propio cuerpo.

Tabla 5

Desarrollo registrado antes y después de la intervención de la danza como herramienta terapéutica.

Paciente	Antes	Después
P1	El paciente se encuentra alejado de todos, le toma tiempo poder socializar con los demás, pero se mantiene aislado.	Muestra mayor creatividad y confianza con él y con sus compañeros.
P2	Se muestra con falta de energía durante todo el encuentro.	Se integra mejor a las actividades, teniendo confianza y comunicación.
P3	Se aísla, se limita en las interacciones y se encuentra pendiente del entorno.	Se integra manteniendo respeto y toma la iniciativa.
P4	Muestra desmotivación al estar en contacto con sus compañeros.	Comienza con confianza y busca trabajar en equipo.
P5	Busca a sus compañeros para realizar las actividades, sin embargo, no existe un límite con los demás.	Se desenvuelve en el espacio con confianza y respeto.
P6	Necesita que sus compañeros realicen los ejercicios para el hacerlos, pero se aísla de ellos.	Se desenvuelve con más libertad, realizando sus propios movimientos y generando comunicación.
P7	Se muestra nervioso y se acerca solo con ciertas personas.	Comienza con confianza y busca el trabajo en equipo.

P8	Se muestra animado y termina el encuentro tranquilo.	Muestra confianza y respeto.
P9	Se aísla del grupo y evita el contacto con los demás	Se integra directamente con sus compañeros y promueve a la comunicación.
P10	En todo el encuentro permanece apegado a uno de sus compañeros, rechazando el contacto con los demás.	Existe comunicación con sus compañeros, generando un espacio de confianza y respeto

Realizado por: Molina, Gissell. (2020)

Así pues, en esta tabla se puede apreciar como los pacientes se fueron desenvolviendo con mayor seguridad en sí mismos y con sus compañeros en relación con sus movimientos e interacción con ellos, ya que se el espacio impulsaba a la exploración de su corporalidad, generando confianza y respeto entre sí. A finalizar los encuentros se observaba mayor comunicación y solidaridad, esto se manifestaba en las salas, pasillos, dormitorios y en las horas de almuerzo. Mediante la estimulación de actividades placenteras entre otros se realiza el reforzamiento de factores ambientales como su red social/ apoyo, lo cual son métodos que benefician la recuperación del paciente (Caballo, Salazar, & Carrobbles, 2014).

Tabla 6

Contacto con los otros registrado antes y después de la intervención de la danza como herramienta terapéutica.

Paciente	Antes	Después
P1	Evita el contacto visual y se aleja de sus compañeros.	Participa con todos sus compañeros, mantiene la mirada.

P2	El contacto visual no se mantiene en el tiempo y el contacto físico se da fuera de las instrucciones.	Mejora el contacto visual y físico. Se comunica con los demás antes de realizar un ejercicio.
P3	No tiene contacto con sus compañeros, está más pendiente de las cosas que suceden en el exterior.	Mejora la relación con sus compañeros y se integra al espacio manteniendo contacto visual.
P4	No mantiene contacto visual. No encuentra límites físicos.	Mayor contacto visual y físico
P5	Mantiene contacto visual con específicas personas, y con las demás lo evade.	Mayor contacto visual y físico. Respeta los límites corporales y lo que dicen sus compañeros
P6	Evita el contacto visual.	Mejor contacto visual y físico, sonrío a los demás.
P7	Evita el contacto físico con los otros.	Participa con los demás, mantiene la mirada.
P8	Mantiene contacto con sus compañeros, pero con recelo.	Mejor contacto con los otros y confía en sus compañeros.
P9	Realiza los ejercicios solo y evita el contacto físico.	Más confianza con sus compañeros con acercamientos más seguros.
P10	Se aísla para no tener contacto con sus compañeros.	Existe comunicación y mayor seguridad en el movimiento compartido con otra persona.

Realizado por: Molina, Gissell. (2020)

De la misma forma, en esta tabla se puede apreciar que los pacientes presentaron cambios y no solo al nivel físico, sino que la implementación de la danza influyó en la forma de relacionarse con ellos mismos y con los demás. Al inicio se pudo observar dificultad en mantener contacto ya sea físico o visual, poca confianza y escasa comunicación entre ellos, posteriormente, en el transcurso de los encuentros se observó que los pacientes generaron confianza, empatía, comunicación, trabajo en equipo, no se aislaban, mantenían contacto

visual, mostraron mayor contacto entre ellos, cuidado de sí mismas y de los demás, se encontraban seguros y con confianza, desarrollaron facilidad para formar parejas y grupos. La relación de personas con trastornos mentales graves junto a sus pares promueve una mejoría en sus relaciones sociales, sin embargo, en los hospitales psiquiátricos se mira limitado este tipo de vínculos, lo cual fomenta un deterioro en las mismas (Gracia Fuster,1998). Sin embargo, al generar espacios como el de la danza se otorga recursos de apoyo disponibles generando un clima de confianza y de sentido de comunidad.

Tabla 7

Sociabilización/observaciones antes y después de la intervención de la danza como herramienta terapéutica.

Paciente	Antes	Después
P1	El paciente menciona no poder identificar como se siente porque le parece un poco extraño y raro tener que relacionarse con sus compañeros. “Yo soy malo para estas cosas”	“Al inicio me sentí raro y esto de bailar me hace sentir mejor”
P2	El paciente menciona que el dolor de cabeza que tenía mejoró.	“Disfrute de las cosas que hicimos” “Estoy centrado”
P3	Participa, pero siente que el lugar (hospital) no le permite hacerlo.	“Me reí mucho” “Puedo moverme mejor”
P4	Siente cariño por sus compañeros.	“Quiero bailar más”
P5	Paciente menciona sentir el cuerpo liviano. “No me gusta cerrar los ojos”	“Debo respetar a la gente” “Me siento menos estresado”

P6	“Se interactúa con los compañeros, los ejercicios permiten unirnos entre los compañeros”	“Me siento más ágil con mi cuerpo y con mi cabeza”
P7	“A mí tampoco me gusta cerrar los ojos”	“Me ayudo a poder moverme mejor”
P8	“Me siento muy bien, eso es, mover el esqueleto”	“Estoy mejor físicamente, esto me hace sentir mejor y olvidarme un poco de mis las cosas malas”
P9	“Caminar un poco más ligero y un poco más despacio, así es a vida”	“Estoy con ánimo bueno, aprendí muchas cosas”
P10	“Me quitó la pereza, pero no puedo relajarme”	“Aprendí cosas físicas y ahora me siento muy bien”

Realizado por: Molina, Gissell. (2020)

Los comentarios expresados por los pacientes, fueron varios en cuanto a las sensaciones, impresiones y emociones percibidas a lo largo de los encuentros, varios de ellos lograron identificarlas desde el primer encuentro, logrando poner en palabras lo que su cuerpo sentía, se pudo ver también que se fue desarrollando un espacio de aceptación, confianza, seguridad, respeto ya que se realizaban actividades en pareja o grupales, en estas actividades el paciente tenía que dirigir el trabajo del otro o en otros casos, confiar en sus compañeros, por lo cual la comunicación fue un factor clave, dadas estas situaciones se percibió un mejor vínculo entre cada uno de ellos. Gracia Fuster (1998), señala que, para promover el dominio emocional y cognitivo en personas con trastornos mentales graves, es debe empear un sistema de apoyo donde existan vínculos sociales duraderos, como se lo fue realizando en todos los encuentros de danza.

Al realizar el cierre del encuentro todos los pacientes mencionaron que las actividades físicas deberían mantenerse, así mismo, les pareció una buena experiencia en la cual pudieron conocer a sus compañeros, bailar solos, pero con ellos, confiar y sentirse más conectados con ellos mismos. Igualmente, indicaron aprender que cada cuerpo es distinto,

pero se lo debe respetar. También, refieren que pueden mantener contacto visual entre ellos sin sentirse atacados, nerviosos o juzgados. Mencionan que la danza y la interacción entre todos los hizo reflexionar sobre sus metas y objetivos de vida, teniendo un sentido de prospectiva más amplio, con ideas más claras, mejor toma de decisiones, mejorando la parte física y cognitiva. Aluden que la relación con las personas ha mejorado y que se sienten capaces de transmitir sus ideas y pensamientos, ya que hacer eso es una toma de decisión importante para ellos. Refieren lograr una conexión con su cuerpo ya que observaron que son capaces de generar nuevos movimientos en diferentes niveles (alto, medio y bajo) en base a su creatividad, al igual que poner varias de sus vivencias y emociones al momento de improvisar con su cuerpo.

Tras los resultados que se obtuvieron, se puede decir de modo general que los pacientes tras la aplicación de la danza como herramienta terapéutica mejoraron en su nivel emocional, cognitivo, en coordinación, en su movimiento corporal y en sus relaciones sociales.

Conclusiones

- La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales graves más comunes a nivel mundial, la cual es más frecuente en hombres que en mujeres, los hombres la desarrollan a una edad más temprana, así mismo, se caracteriza por alteraciones de la realidad, distorsión del pensamiento, emociones, las percepciones, la conciencia de sí mismo y la conducta.
- La arteterapia, terapia comunitaria, psicodrama, danza movimiento terapia, entre otros, son algunas de las de intervenciones psicoterapéuticas que tienen gran eficacia en trastornos como la esquizofrenia. Este tipo de intervenciones hace evidente el progreso en cuanto a los procesos desmanicomiales los cuales incorporan una forma distintita de intervención teniendo en cuenta el trato humanitario y la concepción integral.
- Desde la experiencia adquirida en el transcurso que llevó realizar la danza como herramienta terapéutica y con las vivencias de cada paciente es notable la recuperación en la autonomía con cada ejercicio realizado, ya que se puede dar cuenta que la danza es una forma metafórica de la existencia y convivencia con el cuerpo donde se expresa la emoción de la vida, es dejar que el lenguaje transmitido por esta actividad sea de completa libertad sin etiquetas que al paciente muchas veces lo cohibe para poder expresar sus sentimientos y pensamientos dentro del internamiento prolongado.
- Alcanzar una integración en procesos corporales, emocionales y cognitivos por medio de la danza es un recurso para llegar a lograr una personalidad que cada paciente tiene escondido, con este método implementado se favoreció la automatización de las partes involucradas dentro del proceso terapéutico se adquirió vínculos sociales duraderos entre los pacientes y personas involucradas en la práctica.
- La danza como tratamiento no convencional dentro del internamiento propone ser un instrumento alternativo que incorpora experiencias sobre la memoria corporal, desarrolla una percepción personal del paciente e integra vínculos afectivos que ayuden en su complementariedad personal haciendo una exteriorización de las

sensaciones producidas por esta práctica a través de los sentires del cuerpo en general.

- Los movimientos son parte de la expresión de lo que se tiene bloqueado en la vida cotidiana, siendo así, que la danza como herramienta terapéutica facilita esta expresión, el movimiento es un poema en forma de gesto, con la identificación de diferentes sentimientos se exterioriza para con el mismo cuerpo comprenderlos, eliminarlos o cambiarlos, este proceso requiere la estimulación de movimientos personales y auténticos para mejorar la autonomía y percepción de cada paciente.
- De esta manera, en base a los resultados obtenidos y analizados, a través de las entrevistas y observaciones, se pudo apreciar que la danza contemporánea aplicada como herramienta terapéutica en pacientes esquizofrénicos en tratamiento prolongado, puede favorecer al desarrollo de las relaciones sociales, el auto reconocimiento, el fortalecimiento del autoestima, pues los pacientes manifestaron una mayor aceptación de sí mismos y de sus vidas, interés en retronar las actividades que les causaba felicidad, así como también, el restablecimiento del sentido de prospectiva y de autonomía.

Recomendaciones

- Se recomienda que los profesionales de la salud puedan acercarse a las distintas formas de intervención con la intención de tener un contacto más humano con los individuos y a su vez a la creación de más espacios de difusión sobre salud mental, logrando combatir así el estigma existente en la sociedad ecuatoriana.
- Se recomienda la implementación de programas alternativos de tratamiento dentro de los hospitales psiquiátricos, como: teatro, deporte, danza, música, entre otros, que tengan como finalidad estimular diversas funciones de los pacientes, teniendo en cuenta que estos espacios permiten que la institución psiquiátrica no se vuelva en una institución carcelaria y así los pacientes sean acreedores de herramientas que les puedan ser de utilidad en su alta médica y reintegración social.
- Así mismo, se recomienda tomar como referencia la experiencia de otros países en cuando a la danza como herramienta terapéutica par así implementar nuevas formas de intervención con pacientes psiquiátricos, tomando en cuenta las necesidades y la singularidad de nuestra sociedad
- Se recomienda fomentar la aplicación de la danza como herramienta psicoterapéutica con pacientes esquizofrénicos para disminuir algunos síntomas que pueden aparecer como secuela del daño psicológico, así mismo, fomenta a desarrollar herramientas que ayudar en su desarrollo social, de autonomía y otorga un sentido de prospectiva.
- Dados los cambios mencionados que se observó en los pacientes, se recomienda a la Facultad de Psicología un mayor involucramiento investigativo sobre los beneficios psicológicos que proporciona la danza contemporánea, para así promover el bienestar a personas con trastornos mentales graves.

Bibliografía

- Álvarez Estrada, A., Castillo Rodríguez, G., & Jacomino Ruiz, A. (2018). La Danza como expresión del alma. *Revista Científica Cultura, Comunicación y Desarrollo*, 58-63. Obtenido de <https://rccd.ucf.edu.cu/index.php/aes/article/view/172/206>.
- Apuntador, E. (2017). Kléver Viera. *El Apuntador*, <https://www.elapuntador.net/portal-escenico/klver-viera>.
- Baril, J. (1987). *La danza moderna*. Buenos Aires: Paidós SAICF .
- Bateson, G. (1956). Hacia una teoría de la esquizofrenia. *Behavioral Science*, 231-256.
- Belloch, A., Bonifacio Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mc Graw- Hill.
- Botana, M., Sampedro, J., & Castro, E. (2008). Acción social de la danza. Cuerpo, espacio y movimiento. *Kronos VII (14)*, 19-24.
- Caballo, V. E., Salazar, I., & Carrobles, J. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Piramide.
- Coffey, G. (2019). Terry Araujo: el otro bailarín . *La línea de fuego. Revista digital*, Obtenido de <https://lalineadefuego.info/2019/05/29/terry-araujo-el-otro-bailarin-por-gerard-coffey/>.
- Cooper, D. (1976). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Locus hypocampus . Obtenido de <https://colectivoantipsiquiatria.files.wordpress.com/2014/08/psiquiatria-y-antipsiquiatria-david-cooper-colectivoantipsiquiatria-wordpress-com.pdf>
- Daza, A. (12 de Octubre de 2014). *La danza contemporánea en el mundo y ecuador*. Obtenido de <https://madacultura.wordpress.com/2014/10/>
- Donoso, E. (2019). Ecos y Susurros: Re-narrar la memoria de la danza en Quito, Ecuador. *AKADEMOS*, 57-69.

- Española, R. A. (2020). *Diccionario Lengua Española*. Madrid: Versión digital.
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica I*. Proyecto Espartaco.
Obtenido de https://proletarios.org/books/Foucault-Historia_de_la_locura_I.pdf
- Fuchs, T. (2003). Esquizofrenia y arte. *Mente y Cerebro, No. 4*, 28-35.
- Freud, S. (1924 [1923]). *Neurosis y Psicosis*. En Obras completas XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1924). *La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis*. En Obras completas XIX.. Buenos Aires.
- García Sánchez, I., Pérez Ordás, R., & Calvo Lluch, Á. (2013). Expresión corporal. Una práctica de intervención que permite encontrar un lenguaje propio mediante el estudio y la profundización del empleo del cuerpo. *Retos. Nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación (23)*, 19-22. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3457/345732289004.pdf>.
- Goffman, E. (1961). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu-Murguía. Obtenido de <https://papers.uab.cat/article/view/v6-almarcha/pdf-es>
- Gracia Fuster, E. (1998). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Guerra, R. (2003). *Apreciación de la danza*. La Habana: Letras Cuabanas .
- Henríquez, C., & Sánchez, L. (2019). Una historia de la danza. *Transfórmate. Acotaciones N°43*, 231.
- Incipiente, G. d. (2009). *Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ivelic, R. (2008). El lenguaje de la danza. *Aisthesis N°43*, 27-33. Obtenido de <https://www.resad.com/Acotaciones.new/index.php/ACT/article/view/359/555?fbclid=IwAR2tsTTmjs2b5OIJiASjIjpo-KLiReroTlnGh6sN-l-JcNZYA0YeNtgf6GA>
- Jaramillo Tejada, H. (2010). *La construcción del enfermo mental en una institución psiquiátrica de Quito*. Quito: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede

Ecuador. Obtenido de

<https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/2027/3/TFLACSO-2010HFJT.pdf>

- Laing, R. (1967). *La política de la experiencia*. Barcelona: Critica.
- Laing, R. (1969). *El cuestionamiento de la familia*. Buenos Aires: Paidós.
- Laing, R. (1987). *Razón, demencia y locura. La formación de un psiquiatra*. Barcelona: Crítica.
- Laing, R. (1994). *El yo dividido*. Bogotá : Fondo de Cultura Económica.
- Laing, R., & Esterson, A. (1995). *Cordura, locura y familia. Familias de esquizofrénicos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lema, V. Z. (1993). *Conversaciones con Enrique Pichón Riviere. Sobre el arte y la locura*. Buenos Aires : Ediciones Cinco.
- Linares, J. L., Castelló, N., & Colilles, M. (2001). *La Terapia Familiar de las psicosis como un proceso de reconfirmación*. Redes 8.
- Loja, F. d. (03 de Noviembre de 2018). Wilson Pico: La magia de la danza contemporánea ecuatoriana. *Festival Internacional de Artes Vivas*, 1.
- Moffatt, A. (1974). *Psicoterapia del oprimido*. Buenos Aires: Humanitas.
- Moffatt, A. (1997). *Socioterapia para sectores marginados*. Buenos Aires : LUMEN HUMANISTAS.
- Moffatt, A. (2007). *Terapia de crisis. La emergencia psicológica*. Buenos Aires: El autor.
- Moffatt, A. (2011). *Psicoterapia Existencial*. Buenos Aires: Esperanza.
- Mora, G. (2015). *Diálogos que trazan la historia de la danza moderna y contemporánea del Ecuador*. Quito: El apuntador .
- MSP. (2014). *Modelo de Atención de Salud Mental en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)- con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural*. Ecuador

- Naranjo, J. C. (18 de 08 de 2018). *CRÓNICA GLOBAL MEDIA*. Obtenido de https://cronicaglobal.elespanol.com/creacion/danza-rehabilitar-trastornos-mentales_160931_102.html
- Ñaupas, H., Valdivia, M., Palacios, J., & Romero, H. (2018). *Metodología de la investigación Cuantitativa - Cualitativa y Redacción de la Tesis*. Bogotá: Ediciones de la U.
- OMS. (4 de Octubre de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia#>
- Organization, W. H. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Pérez, C. (2012). *Una nueva antipsiquiatría: Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. Santiago: LOM ediciones.
- Pichon-Riviere, E. (1977). *La psiquiatría, una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires : Ediciones Nueva Visión.
- Psiquiatría, A. A. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Quecedo, R., & Castaño, C. (2002). *Introducción a la metodología de investigación cualitativa*. Revista de Psicodidáctica(14), 5-39.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). *A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia*. Plos Medicine, 413-433. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1140952/pdf/pmed.0020141.pdf>.
- Sampieri, R., Fernández , C., & Baptista, M. (2016). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill Education.
- Sánche, I., Pérez Ordás, R., & Calvo Lluch , Á. (2013). Sánche, I. G., Ordás, R. P., & Lluch, Á. C. (2013). *Expresión corporal. Una práctica de intervención que permite encontrar un lenguaje propio mediante el estudio y la profundización del empleo del cuerpo*. Retos. Nuevas tendencias en educación física, deporte y

- recreación (23), 19-22. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3457/345732289004.pdf>.
- Sluchevski, I. F. (1960). *Psiquiatría*. México DF: Grijalbo.
- Tierra, C. (2019). *8 beneficios de la danza contemporánea para mejorar tu vida*. About en Español Recuperado de <https://www.aboutespanol.com/8-beneficios-de-la-danza-contemporanea-para-mejorar-tu-vida-297987>.
- Tiscareño, E. V. (2016). *La estética del collage en la propuesta dancística de Merce Cunningham*. México: Taller Multinacional. Obtenido de: <https://www.tallermultinacional.org/wp-content/uploads/2016/07/EDGAR-VITE-TISCARENO3.pdf>.
- Torrijos, A. L. (2017). *Técnicas de la Danza Contemporánea*. México: Material de consulta. Obtenido de <https://es.slideshare.net/anghelysalinas/tecnicas-de-danza-contempornea>.
- Troice, E. M., & Juan José , S. (2003). La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica. *Salud Mental, Vol. 26, No. 4*, 47-58.
- Universidad de las Artes. (28 de septiembre del 2015). Wilson Pico: *entre lo contemporáneo y lo ancestral*. [Archivo de video]. Obtenido de: <https://www.youtube.com/watch?v=3dLv9HBEhVA>
- Usón, B. (30 de 11 de 2015). *La danza de la locura de Nijinsky*. Zero Grados , pág. 1. Obtenido de <http://www.zgrados.com/la-danza-de-la-locura-de-nijinsky/>
- Vega, M. D. (2009). Enfoques teóricos sobre la expresión corporal como medio de formación y comunicación. *Horizontes pedagógicos vol 11 no 1*. Obtenido de <file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-EnfoquesTeoricosSobreLaExpresionCorporalComoMedioD-4892962.pdf>.
- Vélez, H., Rojas, W., Borrero, J., & Restrepo, J. (2010). *Fundamentos de la medicina psiquiátrica (quinta ed)*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB.

Vilar, J. R. (2011). *Viaje a través de la historia de la danza*. Estados Unidos de América: Palibrio.

Wengrower, H., & Chaiklin, S. (2008). *La vida es danza: el arte y la ciencia de la danza en movimiento*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Zibechi, R. (S.f de Mayo de 2009). Poder colifato. *El periódico de lavaca N°24*, págs. 2-5
Obtenido de: <http://www.lavaca.org/media/pdf/mu/mu24.pdf>.

ANEXOS

TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS

ENTREVISTA INICIAL

Paciente 1

Entrevistador: ¿Considera que la institución le brinda actividades extras para su proceso terapéutico?

Paciente 1: Mas o menos, se supone que esas actividades de terapia ocupacional nos deben ayudar, pero siempre son las mismas, ¿Ha visto esa vitrina? Ahí guardan las cosas que hacen mis compañeros, hasta polvo tienen, por eso no me gusta ir y prefiero quedarme viendo la tele o pidiendo películas a los señores enfermeros.

Entrevistador: ¿Al momento de ingresar al hospital ha perdido contacto con actividades que disfrutaba?

Paciente 1: Si porque no me dejan hacer nada. Cuando estaba afuera antes que me diera ese mareo hacia muchas cosas, caminaba por el centro, cuidaba a mi sobrina, construía cosas, mmmmm verá a mí me gusta pintar, eso hacía y en el ejido vendía mis cuadros, pero ya aquí me tienen encerrado y no me quieren dejar salir, esto es una injusticia señorita.

Entrevistador: ¿Tiene facilidad para expresar lo que siente y piensa?

Paciente 1: Si mmmm algunas veces no encuentro palabras o cuando hablo la gente piensa cosas que no son, por eso ya no estoy casado.

Entrevistador: ¿Tiene facilidad para identificar sus emociones?

Paciente 1: Si, ahorita estoy enojado porque no me dejaron hacer una llamada para que me saquen de aquí.

Entrevistador: ¿Tiene capacidad para vincularse con las otras personas?

Paciente 1: No, yo soy un lobo solitario, mejor paso en mi cuarto.

Entrevistador: ¿Siente que es una persona agradable para los demás?

Paciente 1: Mas o menos, no sé qué pasa, la gente que no es mi amiga tiene miedo acercarse porque como me mareo cree que estoy borracho y se van, los locos son ellos.

Entrevistador: ¿Tiene metas y objetivos en su vida a corto o largo plazo?

Paciente 1: Buscar trabajo mmmmm ir a ver si no me quitaron mi puestito en el parque.

Paciente 2

Entrevistador: ¿Considera que la institución le brinda actividades extras para su proceso terapéutico?

Paciente 2: Solo nos tienen haciendo cosas para niños, yo no soy un niño, nos tienen pintando, pegando cosas y los psicólogos no hacen nada, solo hablan con nosotros y nos dicen que debemos hacer. Solo cuando nos llevan a jugar y a tomar sol me siento bien y recuerdo cuando estaba fuera.

Entrevistador: ¿Al momento de ingresar al hospital ha perdido contacto con actividades que disfrutaba?

Paciente 2: Claro, antes salía con mis compañeros de trabajo, hablaba con otra gente, conocía más personas. Ahora aquí, mire usted, solo nos tienen encerrados, antes nos dejaban salir a comprar pan y cada tres meses salíamos de paseo con el dinero de lo que vendíamos en terapia, ahora con sus reglas no dejan ni respirar.

Entrevistador: ¿Tiene facilidad para expresar lo que siente y piensa?

Paciente 2: Si, pero también me enojo.

Entrevistador: ¿Tiene facilidad para identificar sus emociones?

Paciente 2: Emociones.....no.

Entrevistador: ¿Tiene capacidad para vincularse con las otras personas?

Paciente 2: Soy callado, uno no sabe aquí, uno dice algo y luego hay castigos o le reportan.

Entrevistador: ¿Siente que es una persona agradable para los demás?

Paciente 2: Creo que por mi tamaño y estas cosas de la cara que me salieron por la medicación no.

Entrevistador: ¿Tiene metas y objetivos en su vida a corto o largo plazo?

Paciente 2: Supongo que salir y visitar a mi familia.

Paciente 3

Entrevistador: ¿Considera que la institución le brinda actividades extras para su proceso terapéutico?

Paciente 3: No, solo me pasan castigando, no me dejan hacer nada, recién nomas me castigaron por estar jugando, disque no se puede me dijeron.

Entrevistador: ¿Al momento de ingresar al hospital ha perdido contacto con actividades que disfrutaba?

Paciente 3: Sí, a mí me gustaba rapear.

Entrevistador: ¿Tiene facilidad para expresar lo que siente y piensa?

Paciente 3: Yo soy callado, es mejor así porque luego me reportan.

Entrevistador: ¿Tiene facilidad para identificar sus emociones?

Paciente 3: A veces.

Entrevistador: ¿Tiene capacidad para vincularse con las otras personas?

Paciente 3: Si creo.

Entrevistador: ¿Siente que es una persona agradable para los demás?

Paciente 3: No por eso estoy aquí pues, a mí me tienen miedo allá afuera.

Entrevistador: ¿Tiene metas y objetivos en su vida a corto o largo plazo?

Paciente 3: mmmm no, no quiero hacer nada.

Paciente 4

Entrevistador: ¿Considera que la institución le brinda actividades extras para su proceso terapéutico?

Paciente 4: Nos hacen terapias grupales donde nos hacen hacer manualidades o nos enseñan a escribir.

Entrevistador: ¿Al momento de ingresar al hospital ha perdido contacto con actividades que disfrutaba?

Paciente 4: No me acuerdo.

Entrevistador: ¿Tiene facilidad para expresar lo que siente y piensa?

Paciente 4: Lo que pienso sí, pero lo que siento no.

Entrevistador: ¿Tiene facilidad para identificar sus emociones?

Paciente 4: mmmm sí?

Entrevistador: ¿Tiene capacidad para vincularse con las otras personas?

Paciente 4: Sí, yo los quiero a todos.

Entrevistador: ¿Siente que es una persona agradable para los demás?

Paciente 4: Sí.

Entrevistador: ¿Tiene metas y objetivos en su vida a corto o largo plazo?

Paciente 4: Sí, pero no sé cuáles son.

Paciente 5

Entrevistador: ¿Considera que la institución le brinda actividades extras para su proceso terapéutico?

Paciente 5: No señorita, los de terapia ocupacional solo nos hacen trabajar y no nos pagan. A mí me gustaría vender mis productos, pero no se puede, luego luego ponen reportes y a uno lo castigan. Lo que me gusta son las tardes que leemos libros y escribimos poemas.

Entrevistador: ¿Al momento de ingresar al hospital ha perdido contacto con actividades que disfrutaba?

Paciente 5: Sí, yo antes cortaba leña, pero ahora vendo mis productos calladitos por los castigos.

Entrevistador: ¿Tiene facilidad para expresar lo que siente y piensa?

Paciente 5: Si señorita, pero aquí no me hacen caso.

Entrevistador: ¿Tiene facilidad para identificar sus emociones?

Paciente 5: Como ahorita que me siento frustrado.

Entrevistador: ¿Tiene capacidad para vincularse con las otras personas?

Paciente 5: Aquí me siento como en una cárcel, por eso prefiero pasar en mi habitación haciendo esto, así pasa el tiempo más rápido.

Entrevistador: ¿Siente que es una persona agradable para los demás?

Paciente 5: Sí pero aquí solo me tratan mal y me castigan.

Entrevistador: ¿Tiene metas y objetivos en su vida a corto o largo plazo?

Paciente 5: Quiero terminar de estudiar y ponerme una zapatería para hacer tacos y vender a las señoritas.

Paciente 6

Entrevistador: ¿Considera que la institución le brinda actividades extras para su proceso terapéutico?

Paciente 6: Lo que nosotros necesitamos es hacer deporte, para que nuestro cuerpo respire y se ventile como cuando vamos a teatro con ustedes.

Entrevistador: ¿Al momento de ingresar al hospital ha perdido contacto con actividades que disfrutaba?

Paciente 6: Sí, aquí no nos dejan elegir nada, creen que somos niños y uno ya está grande para hacer esas cosas.

Entrevistador: ¿Tiene facilidad para expresar lo que siente y piensa?

Paciente 6: Lo que pienso podría decir que sí, ahí cuando vamos a la radio me gusta porque puedo dar a conocer mis pensamientos y sabiduría a los radioescuchas.

Entrevistador: ¿Tiene facilidad para identificar sus emociones?

Paciente 6: Que le diré, no sé.

Entrevistador: ¿Tiene capacidad para vincularse con las otras personas?

Paciente 6: No con todos, aquí es mejor pasar como un fantasma.

Entrevistador: ¿Siente que es una persona agradable para los demás?

Paciente 6: mmmmm creo que sí, pero prefiero estar solo.

Entrevistador: ¿Tiene metas y objetivos en su vida a corto o largo plazo?

Paciente 6: Pienso salir y buscar un trabajo.

Paciente 7

Entrevistador: ¿Considera que la institución le brinda actividades extras para su proceso terapéutico?

Paciente 7: Hay algunos días que nosotros nos hacen cocinar y vender esa comida.

Entrevistador: ¿Al momento de ingresar al hospital ha perdido contacto con actividades que disfrutaba?

Paciente 7: No me acuerdo.

Entrevistador: ¿Tiene facilidad para expresar lo que siente y piensa?

Paciente 7: mmmmm no sé, cuando me dejan.

Entrevistador: ¿Tiene facilidad para identificar sus emociones?

Paciente 7: Así como alegría, tristeza o hambre?

Entrevistador: Sí

Paciente 7: entonces sí.

Entrevistador: ¿Tiene capacidad para vincularse con las otras personas?

Paciente 7: No me gusta estar con gente desconocida, me siento bien cuando veo la tele o me duermo en el sillón.

Entrevistador: ¿Siente que es una persona agradable para los demás?

Paciente 7: Sí.

Entrevistador: ¿Tiene metas y objetivos en su vida a corto o largo plazo?

Paciente 7: mmmm creo que, si los tengo, pero no quiero hablar de eso.

Paciente 8

Entrevistador: ¿Considera que la institución le brinda actividades extras para su proceso terapéutico?

Paciente 8: No ya me estoy cansando y volviendo loco, solo me tienen encerrado, me da la pereza cuando nos llaman para estar pinta que pinta o pegando cosas.

Entrevistador: ¿Al momento de ingresar al hospital ha perdido contacto con actividades que disfrutaba?

Paciente 8: Claro, extraño echar la lengua con mis amigos y salir en la noche porque aquí ya parezco pingüino.

Entrevistador: ¿Tiene facilidad para expresar lo que siente y piensa?

Paciente 8: Si, aunque la gente me dice que estoy medio loco, pero así son solo hablan y hablan, yo mejor ni les hago caso a esos locos.

Entrevistador: ¿Tiene facilidad para identificar sus emociones?

Paciente 8: Claro, yo soy un hombre enamorado de la vida, puedo dar amor a todos y mejor si son a todas.

Entrevistador: ¿Tiene capacidad para vincularse con las otras personas?

Paciente 8: No siempre y peor aquí, en este lugar soy un muerto viviente, un fantasma, es mejor que ni me vean porque mucho molestan, no me dejan ni caminar tranquilo.

Entrevistador: ¿Siente que es una persona agradable para los demás?

Paciente 8: Ya le dije oiga, la gente piensa que estoy loco, pero yo soy bien chévere.

Entrevistador: ¿Tiene metas y objetivos en su vida a corto o largo plazo?

Paciente 8: Claro pues, mi meta es salir, seguir vendiendo mi comida en la noche y darle a la cháchara con mis amigos y las amiguitas también.

Paciente 9

Entrevistador: ¿Considera que la institución le brinda actividades extras para su proceso terapéutico?

Paciente 9: A nosotros nos llevan a jugar y cuando gano jugando me siento bien, pero cuando pierdo me pago de mal humor y ni ganas me da de comer.

Entrevistador: ¿Al momento de ingresar al hospital ha perdido contacto con actividades que disfrutaba?

Paciente 9: mmmmm supongo que sí, ya no me acuerdo que hacía antes, hay que dejar que el tiempo pase volando.

Entrevistador: ¿Tiene facilidad para expresar lo que siente y piensa?

Paciente 9: No sé, supongo que sí.

Entrevistador: ¿Tiene facilidad para identificar sus emociones?

Paciente 9: mmmm a veces me confundo, verá me ha pasado que estoy como cabra, así todo enojado, pero al final solo tenía ganas de comer algo y se me pasa, pero si hay días donde me entra el diablo y ni quien me pare.

Entrevistador: ¿Tiene capacidad para vincularse con las otras personas?

Paciente 9: No me gusta estar de amiguito con la gente.

Entrevistador: ¿Siente que es una persona agradable para los demás?

Paciente 9: Claro, uno debe ser respetuoso con los demás, ser cordial y esas cosas que son como de etiqueta, no ve que a mí me dieron eso en la escuela.

Entrevistador: ¿Tiene metas y objetivos en su vida a corto o largo plazo?

Paciente 9: A corto plazo quiero ver si me cortan este pelito porque ya parezco el tío cosa y a largo plazo que será, déjeme pensar mmmmm ir a mi casita.

Paciente 10

Entrevistador: ¿Considera que la institución le brinda actividades extras para su proceso terapéutico?

Paciente 10: Tenemos lo de terapia ocupacional pero no me gusta, me siento mejor cuando son los días que tenemos que ir a cuidar las plantas ahí atrás porque ahí salgo del bloque y tomo sol, pero a veces nos hacen trabajar y no nos pagan con nada, ni agua me dan, no ve como estoy todo quemado.

Entrevistador: ¿Al momento de ingresar al hospital ha perdido contacto con actividades que disfrutaba?

Paciente 10: Extraño estar con mi mamá y ya quiero salir para estar con ella.

Entrevistador: ¿Tiene facilidad para expresar lo que siente y piensa?

Paciente 10: mmmm más o menos.

Entrevistador: ¿Tiene facilidad para identificar sus emociones?

Paciente 10: más o menos.

Entrevistador: ¿Tiene capacidad para vincularse con las otras personas?

Paciente 10: También, más o menos es que aquí no nos dejan hablar, no ve ahí ya están las enfermeras viendo todo lo que uno hace.

Entrevistador: ¿Siente que es una persona agradable para los demás?

Paciente 10: Las personas me dicen que sí, aquí me llevo bien con mis compañeros, pero para mi familia no por lo que pasó con mi papá.

Entrevistador: ¿Tiene metas y objetivos en su vida a corto o largo plazo?

Paciente 10: Creo que ya mismo salgo y lo que quiero es estar con mi familia y buscar algo donde pueda trabajar.

Registro de observaciones

Observadora: Gissell Molina

Fecha: 28/08/2019

N.º	Descripción de estado de animo	Postura	Movimiento corporal	Desenvolvimiento	Contacto con los otros	Socialización	Observaciones
P1	Irritabilidad	Rígida	Repetitivo y con movimientos cortos	Al iniciar el encuentro el paciente se encuentra alejado de todos, en el intermedio logra tener contacto con las otras personas, sin embargo, al culminar retoma el estado inicial.	Evita el contacto visual y se aleja de sus compañeros	El paciente menciona no poder identificar como se siente porque le parece un poco extraño y raro tener que relacionarse con sus compañeros. Novedad	“Yo soy malo para estas cosas” Se muestra nervioso al comenzar. No se integra a las actividades completamente.
P2	Abulia e irritabilidad	Brazos y hombros tensos	Se mueve en su propio sitio con movimientos cortos	Al comenzar se muestra con falta de energía y en el desarrollo de las actividades toma iniciativa para realizarla.	El contacto visual no se mantiene en el tiempo y el contacto físico se da fuera de las instrucciones.	El paciente menciona que el dolor de cabeza que tenía mejoró. Calma	Se ríe con uno de sus compañeros.
P3	Letargo e Hipotimia	Encorvada y con vista al piso	Movimientos lentos	En el desarrollo de la actividad el paciente se limita	No tiene contacto con sus	El paciente menciona querer participar, pero	Observa constantemente

				desenvolverse, está pendiente de su entorno.	compañeros, está más pendiente de las cosas que suceden en el exterior.	siente que el lugar no le permite hacerlo. Enojado	lo que sucede en el exterior.
P4	Somnolencia “Me siento triste” “Quiero bailar”	Postura caída y no encuentra una posición cómoda	Movimientos sin control y cerca de su cuerpo, con pesadez.	Paciente muestra desmotivación al estar en contacto con sus compañeros.	No mantiene contacto visual. No encuentra límites físicos.	“Me sentí cariñoso ya que quiero a mis compañeros”	Se muestra inquieto al realizar las actividades.
P5	Enojo “Me siento un poco alegre pero un poco triste y enojado”	Brazos y hombros tensos	Movimientos repetitivos	Paciente busca a sus compañeros para realizar las actividades.	Mantiene contacto visual con específicas personas, en actividad de caminata grupal desvía el contacto visual.	Paciente menciona sentir el cuerpo liviano. “Me sentí bien porque socialicé con mis amigos” Diversión	“No me gusta cerrar los ojos”
P6	Eutímico “Me siento relajado por escuchar música”	Ligera	Observa a los demás antes de realizar un movimiento.	Movimientos solo de brazos y manos	Evita el contacto visual. Toma iniciativa.	“Se interactúa con los compañeros, los ejercicios permiten unirnos entre los compañeros” Unión	Se mueve muy lento por el espacio

P7	“Me siento cansada”	Rígida	Emplea solo brazos	Solo se acerca a unas personas específicas.	Evita el contacto físico con los otros, pero no con su compañera.	“A mi tampoco me gusta cerrar los ojos”	Al momento de cambio de parejas no realiza la actividad
P8	“Me siento feliz”	Relajada	Movimientos amplios, dirección en un sentido.	Paciente toma iniciativa	Mantiene contacto con sus compañeros.	“Me siento muy bien, eso es, mover el esqueleto”	
P9	“Me siento tranquilo”	Brazos relajados y cabeza	Movimiento libre sin un límite	Paciente se centra en su movimiento que olvida que está en un grupo.	Realiza los ejercicios solo	“Caminar un poco más ligero y un poco más despacio, así es a vida”	
P10	“Me siento con pereza”	Cuerpo alerta	Sigue una misma línea de sus compañeros	Se pega solamente a uno de sus compañeros.	“Me siento nervioso”	“Me quitó la pereza, pero no puedo relajarme”	

Nota: Al realizar las caminatas los pacientes seguían el mismo camino, en círculos, fueron muy pocos los que buscaban la mirada de sus compañeros y al realizar las otras actividades de contacto o improvisación se limitaban al movimiento, observando lo que hacían los demás para así poder comenzar o realizar lo mismo.

N.º	Descripción de estado de ánimo	Postura	Movimiento corporal	Desenvolvimiento	Contacto con los otros	Socialización	Observaciones
P1	“Me siento animado”	Cuerpo relajado	Cuerpo atento y en alerta	Empieza a ocupar otras partes del cuerpo.	Evita el contacto visual y ya no	“Ahora me siento activo y quiero repetir ese	

					se aleja de sus compañeros	ejercicio de las manos”	
P2	Abulia	Hombros tensos	Se mueve rápidamente	Se observa que disfruta de las actividades	Observa y se acerca a sus compañeros.	“Me pareció divertido” “Estaba nervioso”	Su estado de ánimo mejoró y socializó la razón por la que se encontraba sin energía.
P3	“Ahora si ya estoy listo”	Relajada Ágil	Pausados	Continúa estando pendiente del exterior, pero se integra mejor al grupo.	Mayor contacto, toma la iniciativa	“Me gustó porque todo es cuestión de concentrarse”	Ayuda a uno de sus compañeros en la actividad.
P4	“Estoy emocionado”	Postura caída.	Movimientos sin control.	Paciente trata de levantar su rostro cada que su postura se cae.	Empieza a mantener contacto visual. Observa a los otros para realizar una actividad.	“Me daba miedo caerme, pero sé que me van a ayudar”	
P5	Colabora con sus compañeros	Atento	Cuerpo relajado	Permanece con sus compañeros.	Sigue a sus compañeros.	“Me daba risa, pero ya pude cerrar los ojos y no tener miedo”	
P6	“Estaba intentado esto para relajarme”	Hombros rígidos	Movimientos de la parte superior del cuerpo. No tiene	Mira a otros para empezar, Sigue un mismo sentido.	Evita menos el contacto visual	“Me sentí satisfecho por estar en movimiento y respirar”	

			iniciativa de movimiento, pero sí de actividad.				
P7	Se limita al contacto con los otros	Rígida	Movimientos desganados	Continúa realizando las actividades con solo una persona, sin embargo, se observa que quiere socializar con sus otros compañeros.	Se limita a socializara con los demás.	“Cuando hago estas cosas me siento rara”	
P8	“Ahorita tengo la ansiedad”	Tenso	Movimientos bruscos dirección en un sentido.	Se observa que su cuerpo se va relajando al realizar las actividades	Mayor contacto y confianza	“Me daba ganas de intentar otras cosas” “Ya me activé, ya estoy pepa para un partido”	
P9	“Tengo miedo”	Cuerpo rígido	Movimientos cortos y sigue el patrón de movimiento colectivo	Observa y se acerca a sus compañeros hasta integrarse	Mantiene contacto visual, pero se muestra con distancia en ejercicios de pareja	“Me quería reír” “Pensé que iba a tener miedo, pero se fue con el viento”	
P10	“Me siento emocionado”	Suelta	Emplea movimiento en otras partes del cuerpo.	Trabaja solamente con un compañero.	Ya no evita el contacto visual.	“Me quitó la pereza, pero no puedo relajarme”	

Nota: Se mantiene la misma dirección de la caminata, sin embargo, se empieza a observar que algunos mantienen el contacto visual entre ellos. Se empieza a reconocer el movimiento del otro “Me gustó lo que hiciste con la cabeza”.

N.º	Descripción de estado de ánimo	Postura	Movimiento corporal	Desenvolvimiento	Contacto con los otros	Socialización	Observaciones
P1	“Para poder pintar hice ese ejercicio del cuerpo y la respiración”	Rígida	Explora otros movimientos “Voy a moverme como un pincel”	Empieza a comentar con sus compañeros el cómo se siente y pone límites.	Contacto adecuado	“Me dolía la espalda y con ese masaje se me quitó” “Hablando me van a entender lo que quiero pues”	
P2	“Quiero descansar”	Cuerpo relajado	Movimientos suaves, no ejerce mucho peso.	Pregunta a su compañero el cómo se siente y se concentra	Contacto fluido.	“Yo también me sentí bien, era como sentir tranquilidad”	
P3	“No sé cómo moverme”	Alerta	Movimiento con cierta tensión	Se centra en el trabajo grupal	Contacto adecuado, muestra confianza	“Ese silencio me gustó, aunque si quería reírme, pero era porque no estaba concentrado”	
P4	“Me gusta bailar, me siento feliz”	Rígida	Los movimientos empiezan a tener control	Mantiene la cabeza en alto, sin embargo, la mirada no es constante	Mejora su decisión de movimiento, lo cual potencia el contacto y confianza	“Me sentí tranquilo”	

P5	“Sigamos así todo el día”	Cuerpo relajado	Movimiento seguro	Se mira entusiasmado a la realidad la actividad	Muestra confianza	“Debo respetar el cuerpo de la otra persona” “En momentos me dio cosquillas”	
P6	“Ahora si a mover el cuerpo”	Cuerpo ligero	Ocupa todo el cuerpo en el movimiento “Mire lo que hago con el codo”	Comienza a generar sus propios movimientos y lo hace cerrado los ojos.	Contacto adecuado	“Hacemos la curva y eso está bien para socializar”	
P7	“Tengo sueño”	Tensión en los brazos	Movimiento precavido	Se integra con recelo a grupo	Mejora el contacto con los otros	“Me relajé, ya no me duele la espalda, pero si las piernas”	
P8	“Estoy listo para todo”	Cuerpo relajado	Movimientos seguros.	Observa a sus compañeros y empieza a ocupar todo el cuerpo	Se muestra confianza	“Fue raro estar en silencio, pero en eso recordé algunas cosas que debo hacer con mi mamá” “No cumplí algunas promesas”	
P9	“No sé qué es lo que siento”	Se observa tensión	Parece dudar del movimiento	Se muestra inseguro en algunas actividades, pero su cuerpo se relaja en el masaje y socializa con su pareja	Contacto un poco inseguro	“Se sintió raro, pero bien” “Ahora me siento un poco triste”	Pedía repetir el masaje
P10	Solo sonrío	Ocupa más partes del cuerpo	Movimientos suaves	Se integra de forma insegura a los demás	Mejor contacto visual e	“Me pareció chistoso, pero me sentí bien”	

					inseguro contacto físico		

Nota: Los pacientes reaccionaron con un poco de temor e inseguridad al contacto directo de sus compañeros. Se mantiene el mismo sentido de caminata e imitación, sin embargo, en la socialización se evidencia su individualidad.

N.º	Descripción de estado de ánimo	Postura	Movimiento corporal	Desenvolvimiento	Contacto con los otros	Socialización	Observaciones
P1	Se muestra callado y con somnolencia	Cuerpo atento	Fluido y prueba niveles	Se muestra callado pero atento con sus compañeros	Contacto inseguro	“Tenía miedo de que nos caigamos” “Toco hablar para ver que se hacía”	Resolución de conflicto
P2	“Creo que nos vamos a caer”	Cuerpo en Alerta	Movimiento lento y cuidadoso.	Realiza el ejercicio sin percatarse en la fuerza de su compañero y al final le pregunta sobre si está bien lo que el esta haciendo	Al inicio el contacto es brusco, pero luego es inseguro con comunicación social	“Parece que le iba aplastar, pero me dijo que le estaba dando mucho peso” “Nosotros hablamos”	
P3							No forma parte del grupo porque fue castigado.
P4	“Triste”	Decaído	Sin fuerza y tímido	Se muestra tímido y realiza el ejercicio con temor, pero al	Contrato tímido	“Tenía miedo, pero el abrazo me hizo bien”	

				momento toma confianza y comienza a reírse		“Extraño a mi familia”	
P5	Disperso	Adecuada	Brusco	No mantuvo comunicación, aunque la otra persona le hablaba Creatividad	No presta atención a lo que le dicen su compañero. Logra escuchar el cuerpo de la otra persona.	“Me pareció chistoso” “No escuchaba lo que me decía” “Me hablaba con su cuerpo”	No comunicación verbal. Su cuerpo se comunica
P6	Se muestra nervioso	Sin tensión	Movimiento, lento, ligero, fuerza	Al realizar el ejercicio el paciente cierra los ojos ya que menciona que así pude escuchar mejor su cuerpo y el de su compañero y poder guiar.	Buena comunicación	“Toca hablar porque si nos podemos caer” “Me muevo mejor”	
P7	Socializa con sus compañeros	Cuerpo en ocasiones relajado	Movimientos repetitivos	Al iniciar no se involucra con el grupo. Se integra y se ríe	Contacto visual y empieza a preguntar a sus compañeros	“El cuerpo está más relajado”	Realiza pocas actividades con la misma persona
P8	Menciona estar molesto	Al inicio su cuerpo se muestra tenso y en el transcurso	Movimientos creativos y no repetitivos	Al inicio comienza un poco molesto y después con creatividad y ocupando el	Mientras realiza el ejercicio el paciente cuenta a su compañero el	“Soy otro” “Mejor me rio de mi situación como lo hizo el P1”	Encuentra empatía al comentar sus sentimientos

		se mira relajado		espacio, contado la razón de su enojo	porque estaba enojado		
P9							No forma parte del grupo porque fue castigado.
P10	Presenta inseguridad porque no cree tener la fuerza necesaria para realizar las actividades	Tímido, pero al momento de bailar toma una postura adecuada	Lento y fluido	Se muestra preocupado por que bailar con uno de sus compañeros. Termina riendo junto a el	Evoluciona la seguridad y toma la iniciativa	“Parecía pescado moviéndome” “Me sentí como si estuviera nadando en el río”	.

Nota: De a poco los pacientes toman direcciones distintas en el camino, se rompe la misma secuencia. Son pocos los que observan los otros movimientos para comenzar los suyos. Se observa creatividad y originalidad. Mejora el contacto visual. Dos pacientes

N.º	Descripción de estado de animo	Postura	Movimiento corporal	Desenvolvimiento	Contacto con los otros	Socialización	Observaciones
P1	Presta atención	Relajado	Seguro y fluido	Realiza los movimientos con más confianza y trata de entablar conversación con sus compañeros	Mantiene contacto visual y mejora el contacto físico	“Disfrutaba el movimiento”	Resolución de conflicto
P2	Se encuentra participativo	Relajado	Se desplaza por el espacio	En todo el encuentro apoya a sus compañeros	Contacto más fluido y seguro	“No pensaba tanto”	

			y separa larga los brazos				
P3							No forma parte del grupo porque fue castigado.
P4	Se observa ansioso y alegre	Relajado	Movimientos continuos y nuevos	Empieza a caminar por lugares diferentes y no observa mucho a sus compañeros para comenzar	Mejor contacto con sus compañeros	“Me sentí libre”	
P5	Animado	Relajado	Fluido	Muestra iniciativa	Fluidez del movimiento y contacto visual, Mejor contacto físico.	“Todo tenía ritmo”	Respeto el espacio de los demás
P6	Somnolencia	Atento	Movimientos fluidos y grandes	Al momento de iniciar se encuentra somnoliento y finaliza activado	Serie con sus compañeros y mejora contacto visual	“Muchas ideas pasaban por mi mente y bailar hacía que se fueran”	
P7	Abulia	Decaído	Grandes	Se integra con mayor facilidad con sus compañeros y realiza caminata individual	Mejor contacto visual	“Me divertí”	Trabaja con otros compañeros

P8	Animado y sonríe	Relajado	Se desplaza y prueba otros niveles	Se nota fluidez en las relaciones que entabla con el grupo “Me siento como en la playa”	Participa con los demás. Contacto adecuado	“Yo también me sentí libre”	Encuentra empatía al comentar sus sentimientos
P9							No forma parte del grupo porque fue castigado.
P10	Somnolencia	Sin tensión	Prueba otros niveles	Participa con todos, aunque al inicio se mostró lejano	Mayor contacto visual	“No estaba pensando como otros días”	.

Nota: Se pueden apreciar movimientos mas libres y el estado de animo de los pacientes al finalizar es mejor, entre ellos socializan, mantienen contacto visual y se sonríen al encontrarse. Se nota mas independencia al caminar y bailar.

N.º	Descripción de estado de animo	Postura	Movimiento corporal	Desenvolvimiento	Contacto con los otros	Socialización	Observaciones
P1	Somnoliento	Relajada	Movimientos nuevos, continúa explorando los niveles y formas	Se preocupa por algunos de sus compañeros y cierra los ojos para realizarlos	Contacto físico adecuado y mantiene contacto visual, sonríe con el resto	“Me sentí muy bien”	

P2	Ansioso	Tensa, pero mejora a lo largo	Movimientos continuos y libres, no muestra tensión	Se integra de mejor forma y realiza los ejercicios	Mejora la comunicación y el contacto visual	“Sentí que todos nos apoyamos”	
P3	Somnoliento	Rígido	Movimientos reservados y se desplaza por el espacio	Le cuesta integrarse a las actividades	No es permanente el contacto	“No entiendo que estaban haciendo”	
P4	Triste	Cuerpo decaído, pero con mejor postura y baja el rostro, a lo largo se observa relajado y seguro	Fluidos y controlados	El contacto con sus compañeros se mejora y su estado de animo también, se observa que se concentra en los movimientos de su cuerpo	Se acerca a sus compañeros y baila con ellos	“Me gusta bailar con los ojos cerrados y ya no me da miedo”	
P5	Animado	Relajado	Creativos, utiliza mas los brazos	Toma confianza con el grupo desde el inicio.	Respeto el espacio de sus compañeros y se comunica con la mirada	“A mí tampoco me dio miedo”	
P6	Entusiasmado	Relajado	Involucra más partes de su cuerpo en los movimientos	Intenta integrar a sus compañeros en el baile	Trata de trabajar en equipo e involucrar más a sus compañeros	“Me sentí alegre porque podemos ayudarnos entre todos y eso se debe hacer”	

P7	Somnolencia	Decaído y mejora su postura a lo largo	Ocupa el tronco para sus movimientos y experimenta con otros niveles con timidez	Al medio del encuentro mejora su relación con los compañeros y comparte risas	contacto visual	“Me sentí libre y me gusto reírme”	
P8	Motivado	Relajado	Involucra el cuerpo con objetos de alrededor “Voy a bailar con la silla”	Optimo	Contacto adecuado	“Todo fue confianza y tranquilidad” “Sentí que conversé con el cuerpo”	Encuentra empatía al comentar sus sentimientos
P9	Abulia	Rígido y mejor a lo largo de las actividades	Observa a sus compañeros para realizar los movimientos	Muestra recelo en las actividades y sigue a sus compañeros	Comparte con sus compañeros	“Yo también no sabia que hacer”	
P10	Animado	Relajado	Son fluidos y controlados	Optimo e intenta explicar a sus compañeros que se debe hacer y como se siente	Contacto adecuado	“Me gustó reírme”	.

Nota: Se observa más unión en el grupo, se validan entre ellos, movimientos creativos, grandes e independientes, al igual que continua el contacto visual, sin embargo, el físico no se desarrolla en todos.

N.º	Descripción de estado de animo	Postura	Movimiento corporal	Desenvolvimiento	Contacto con los otros	Socialización	Observaciones
P1	Animado	Relajada	Grandes, nuevos movimientos que los realiza seguro	Comienza con confianza y busca trabajar en equipo	Contacto con respeto y se comunica	“Siento que me escuchan”	
P2	Alegre	Relajada	Seguros	Se desenvuelve de mejor forma	Mejor contacto visual	“Puedo escoger lo que me gusta o no”	
P3	Abulia	Suelta	No imita los movimientos de los demás	Se integra de mejor manera	No es permanente el contacto	“Dije lo que sentía”	
P4	Entusiasmo	Relajada	Fluidos	Se desenvuelve de mejor	Establece contacto respetuoso	“Me gusta bailar con los ojos cerrados y ya no me da miedo”	
P5							No forma parte del grupo porque fue castigado.
P6	“Estoy cansado”	Relajada	Lentos Seguros Cuando baila el paciente cierra los ojos, menciona	Se apropia del espacio y toma la iniciativa	Se comunica con sus compañeros y mantiene contacto respetuoso	“Puedo explicar mejor mis ideas”	

			que así se puede conectar mejor con su cuerpo				
P7	Somnolencia	Relajada	Utiliza dos niveles para realizarlos y son fluidos	Se integra manteniendo respeto	contacto visual	“Me gusta escuchar”	
P8	“Quiero seguir moviendo el cuerpo”	Relajada	Sus movimientos le permiten desplazarse por el espacio	Se integra manteniendo respeto	Contacto adecuado	“Yo siento que debo hablar más de lo que me pasa”	
P9	“Hoy voy a entender más”	Relajada	Realiza sus propios movimientos	Se integra manteniendo respeto	Comparte con sus compañeros	“Me gusta escuchar”	
P10	Eutímico	Relajada	Fluidos	Se integra manteniendo respeto y toma iniciativa	Contacto adecuado	“Sé que pudo decidir”	

Nota: Los pacientes se desplazan por el espacio, toman decisiones y expresan sus sentimientos, varios de ellos toman iniciativa y mejora el contacto físico mantenido respeto.

N.º	Descripción de estado de animo	Postura	Movimiento corporal	Desenvolvimiento	Contacto con los otros	Socialización	Observaciones
-----	--------------------------------	---------	---------------------	------------------	------------------------	---------------	---------------

P1							Paciente en sujeción
P2	Entusiasmo	Relajada	Emplea niveles en el espacio con movimiento fluido	Se integran mejor a las actividades	Contacto con todos	“Me siento mejor”	
P3	Entusiasmo	Relajada	Se desplaza por el espacio	Se integran mejor a las actividades	Se comunica	“Ya sé lo que de verdad es la tranquilidad”	
P4	Enérgico	Relajada	Fluidos y amplios	Se integran mejor a las actividades	Contacto respetuoso	“Me siento amado”	
P5	Alegría	Relajada	Niveles Movimiento fluido	Se integran mejor a las actividades	Contacto con todos y con respeto	“Siento que las cosas van mejorando”	
P6	Alegría	Relajada	Movimiento amplio, ligero y fluido	Se integran mejor a las actividades	Comunicación con sus compañeros	“Me quiero más”	
P7	Tranquilidad	Relajada	Claros	Se integran mejor a las actividades	Contacto adecuado	“Tengo una sensación de calma”	
P8	Motivación	Relajada	Se desplaza por el espacio	Se integran mejor a las actividades	Contacto adecuado	“Creo que ya sé que me pasa cuando pienso” “Sé quién soy” “Tengo unos movimientos bien locos”	
P9	Curiosidad	Relajada	Amplio	Se integran mejor a las actividades	Comparte con respeto	“Tengo tranquilidad”	

P10	Pensativo	Relajada	Expresivos	Se integran mejor a las actividades	Contacto adecuado	“Creo que me gusta estar en silencio”	.

Nota: Los pacientes mencionan sentir confianza al hablar y moverse, no sienten que son juzgados por sus movimientos. La comunicación mejora. Son mas independientes. (Se socializa que quedan 3 encuentros más)

N.º	Descripción de estado de animo	Postura	Movimiento corporal	Desenvolvimiento	Contacto con los otros	Socialización	Observaciones
P1	Entusiasmo	Relajada	Seguros y todo el cuerpo	Muestra mayor creatividad	Respeto Mayor confianza	“Me sentí incluido”	
P2	Tranquilidad	Relajada	Fluidos y todo el cuerpo	Con confianza	Comunicación visual y física	“Fue una buena experiencia”	
P3	Alegre	Relajada	Emplea todo el cuerpo de forma segura	Con confianza	Mejor contacto con sus compañeros	“Mi cuerpo está más relajado”	
P4	Tranquilidad	Relajada	Fluidos y con todo el cuerpo	Con confianza	Contacto con respeto	“Feliz por bailar”	
P5	Tranquilidad	Relajada	Movimiento fluido	Con confianza	Contacto con todos	“Hoy recordé cosas de mi vida y lo que quiero hacer”	.
P6	Entusiasmo	Relajada	Movimiento amplio y con	Con confianza	Mejor comunicación	“Ojalá pudiéramos tener más espacios	

			todo el cuerpo		con sus compañeros	así, para mover el cuerpo, ejercitarse”	
P7	Tranquilidad	Relajada	Emplea todo el cuerpo de forma segura	Con confianza	Mayor contacto	“Estoy en calma”	
P8	Emoción	Relajada	Se desplaza por el espacio con el cuerpo y prueba el nivel del piso	Con confianza	Mayor confianza en las actividades	“Soy más fuerte”	
P9	Felicidad	Relajada	Amplio y con todo el cuerpo	Con confianza	Comparte con respeto	“Sé que puedo hacer nuevas cosas”	
P10	Tranquilidad	Relajada	Movimientos con todo cuerpo	Con confianza	Mayor contacto	“Me siento libre, contento y relajado”	

Nota: Los pacientes mencionan que al inicio se sintieron extraños al realizar las actividades porque eran nuevas, ahora desear tener más encuentros de danza. Se observa mas confianza individual y grupal. Mencionan identificar sus emociones y pensamientos, al igual que encuentran nuevas formas para transmitir sus pensamientos.

N.º	Descripción de estado de animo	Postura	Movimiento corporal	Desenvolvimiento	Contacto con los otros	Socialización	Observaciones
P1	Alegría	Relajada	Movimientos secuenciales con el cuerpo completo y seguros	Muestra mayor creatividad y confianza	Respeto Mayor confianza	“Al inicio me sentí raro y esto de bailar me hace sentir mejor”	

P2	Tranquilidad	Relajada	Fluidos y todo el cuerpo	Con confianza y respeto	Contacto visual y física comunicación	“Disfrute de las cosas que hicimos” “Estoy centrado”	
P3	Alegre	Relajada	Movimientos seguros	Con confianza y respeto	Se relaciona con sus compañeros	“Me reí mucho” “Puedo moverme mejor”	
P4	Entusiasmo	Relajada	Todo el cuerpo. Niveles y fluidos	Con confianza y respeto	Mayor contacto visual y físico	“Quiero bailar más”	
P5	Tranquilidad	Relajada	Movimiento fluido y seguro	Con confianza y respeto	Mayor contacto visual y físico respetado lo que dicen sus compañeros	“Debo respetar a la gente” “Me siento menos estresado”	
P6	Emoción	Relajada	Amplios y con todo el cuerpo	Con confianza y respeto	Mejor contacto visual y físico comunicación	“Me siento más ágil con mi cuerpo y con mi cabeza”	
P7	Tranquilidad	Relajada	Seguros	Con confianza y respeto	Confianza y comunicación	“Me ayudo a poder moverme mejor”	
P8	Entusiasmo	Relajada	Fluidos Todo el cuerpo	Con confianza y respeto	Mejor contacto con los otros	“Estoy mejor físicamente, esto me hace sentir mejor y olvidarme un poco de mis las cosas malas”	

P9	Tranquilidad	Relajada	Amplio y con todo el cuerpo	Con confianza y respeto	Más confianza	“Estoy con ánimo bueno, aprendí muchas cosas”	
P10	Tranquilidad	Relajada	Seguros	Con confianza y respeto	Existe comunicación	“Aprendí cosas físicas y ahora me siento muy bien”	

Nota: Los pacientes mencionan que las actividades físicas deberían mantenerse, les pareció una buena experiencia en la cual pudieron conocer a sus compañeros, bailar solos, pero con ellos, confiar en ellos y sentirse mas conectados con ellos mismos. Así mismo, indican que al inicio de los encuentros se sentían extraños al tener que bailar y sentir el cuerpo de los demás. Mencionan aprender que cada cuerpo es distinto, pero se lo debe respetar. También, refieren que pueden mantener contacto visual entre ellos sin sentirse atacados, nerviosos o juzgados. Mencionan que varios ejercicios los hizo reflexionar sobre sus metas y objetivos de vida, recordando lo que realmente quieren hacer en su futuro ya que lograron ser sinceros en sus sentimientos y emociones. Aluden que la relación con las personas ha mejorado y que se sienten capaces de transmitir sus ideas y pensamientos, ya que hacer eso es una toma de decisión importante para ellos. Refieren lograr una conexión con su cuerpo ya que observaron que son capaces de generar nuevos movimientos en diferentes niveles (Alto, medio y bajo) en base a su creatividad, al igual que poner varias de sus vivencias y emociones al momento de improvisar con su cuerpo (Alegres, de angustia, dolor, risa, etc.). Al comenzar con los encuentros se evidencio que varios de los pacientes no mantenían relación entre ellos lo cual se fue desarrollando a lo largo, al igual que la individualidad en los movimientos y decisiones. Se mantuvo contacto visual y físico respetando los límites dichos por los demás.

