

Violencia sexual y empatía: la danza en contextos terapéuticos¹

Martha Isabel Córdoba Arévalo², Álvaro Roberto Vallejo Samudio³
Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia)

Recibido: 30/03/2013

Aceptado: 15/08/2013

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo revisar los temas de violencia sexual, empatía y danza como herramientas terapéuticas en Colombia. Con la intención de asegurar que el material bibliográfico fuese seleccionado por su consistencia y afinidad teórica en estos temas, se revisaron bases de datos como Proquest, Sage, Scielo, PsycINFO, Redalyc, así como las bases de datos de diferentes universidades. Tras haber realizado esta revisión, se encontraron aproximadamente un total de 700 documentos (artículos, libros, capítulos de libros), de los que se seleccionaron 60 referencias, de las cuales 40 fueron artículos de investigación relacionados con el tema. La revisión de este material permitió observar que las terapias corporales son: (a) modalidades que trabajan con poblaciones de edades y diagnósticos variados, entre éstas, suelen trabajar con mujeres y adolescentes sobrevivientes de violencia sexual; (b) la intensidad en tiempo y frecuencia de las intervenciones varía según el encuadre de los tratamientos; y (c) las técnicas utilizadas son puestas en marcha de acuerdo con el punto de partida epistemológico, el enfoque teórico - práctico del terapeuta y las necesidades del sujeto. Respecto al tema de la violencia sexual contra las mujeres, se concluye que es una problemática silenciada, que deja graves secuelas en la salud física y psicológica de las sobrevivientes. Sus efectos se focalizan, entre otros, en la incapacidad de establecer relaciones estables y vínculos empáticos. Las terapias corporales funcionan como herramienta estimuladora de la empatía tanto en ésta como en otras poblaciones.

Palabras clave. Terapia, empatía, violencia sexual, adolescente, psicoterapia.

Sexual Violence and Empathy: Dance in Therapeutic Contexts

Abstract

The purpose of this article is to review issues of sexual violence in Colombia, focusing on empathy and dance as a therapeutic tool. The bibliographical material was selected for its consistency and theoretical affinity with these subjects. We examined the Proquest, Sage, Scielo, PsycINFO, and Redalyc databases, together with databases from universities, and found a total of approximately 700 articles, books, book chapters. 60 of these were selected, and of these, 40 references are research papers pertaining to the matter. Review of the material

¹ El presente artículo hace parte de la revisión del estado del arte del proyecto de investigación titulado "Experiencias de movimiento en adolescentes violentadas sexualmente", desarrollado en la Pontificia Universidad Javeriana en convenio con el Instituto Micaeliano, y avalado por el grupo de investigación Desarrollo Emocional y Salud Mental (Desam), con el apoyo del Instituto Colombiano de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias) del programa "Jóvenes investigadores e innovadores, Virginia Gutiérrez de Pineda. 2012".

² Psicóloga.

³ Doctor en Psicología. Profesor asociado al Departamento de Ciencias Sociales, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Javeriana Cali. Coordinador del grupo de investigación Desarrollo Emocional y Salud Mental (Desam). Correo electrónico: arvallejo@javerianacali.edu.co; vasarioazul@gmail.com

led to the observation that body therapies are: (a) modalities that work with populations of varied ages and diagnoses, among them women and adolescent survivors of sexual violence; also (b) that the intensity in time and frequency of interventions varies by framing treatments, and that; (c) the techniques used are implemented according to the starting point, epistemological, theoretical and practical approach of the therapist, and the needs of the subject. Regarding the issue of sexual violence against women, it is concluded that this is a problem which has been silenced, and has serious consequences for the physical and psychological health of the survivors. Its effects are focused, among others, on the inability to establish stable and empathic links. Body therapies work as empathy stimulating tools with these and other populations.

Key words. Therapy, empathy, sexual violence, adolescent, psychotherapy.

Violência sexual e empatia: a dança em contextos terapêuticos

Resumo

O presente artigo tem como escopo revisar os temas de violência sexual, empatia e dança como ferramentas terapêuticas na Colômbia. Com a intenção de assegurar que o material bibliográfico fosse selecionado por sua consistência e afinidade teórica nestes temas, foram revisados bases de dados como Proquest, Sage, Scielo, PsycINFO, Redalyc, assim como as bases de dados de diferentes universidades. Depois de ter feito esta revisão foi achados aproximadamente um total de 700 documentos (artigos, livros, capítulos de livros), dos que foram selecionados 60 referencias, das quais 40 foram artigos de pesquisa relacionados com o tema. A revisão deste material permitiu observar que as terapias corporais são: a) modalidades que trabalham com populações de idades e diagnósticos variados, entre estas, geralmente trabalham com mulheres e adolescentes sobreviventes de violência sexual; b) a intensidade no tempo e frequência das intervenções varia segundo o enquadre dos tratamentos; e c) a técnicas utilizadas são aplicadas de acordo ao ponto de partida epistemológico, o enfoque teórico-prático do terapeuta e as necessidades do sujeito. Respeito ao tema da violência sexual contra as mulheres, conclui-se que é um problema silenciado, que deixa graves sequelas na saúde física e psicológica das sobreviventes. Seus efeitos estão focalizados, entre outros, na incapacidade de estabelecer relações estáveis e vínculos empáticos. As terapias corporais funcionam como ferramenta estimuladora da empatia tanto nesta como em outras populações.

Palavras chave. Terapia, empatia, violência sexual, adolescente, psicoterapia.

Introducción

El presente documento forma parte del proyecto de investigación titulado "Experiencias de movimiento y empatía en adolescentes violentadas sexualmente", el cual tuvo como objetivo principal promover habilidades empáticas en un grupo de adolescentes violentadas sexualmente, usando como herramienta el movimiento corporal y la danza. En la primera fase de este estudio, que corresponde al presente trabajo, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva relativa a la danza movimiento terapia, la danza terapia, la danza, la empatía y la violencia sexual. Metodológicamente, se procedió a revisar diferente material bibliográfico como artículos

de revistas, libros, páginas electrónicas, tesis de maestría, documentos institucionales, videos. Adicional a lo anterior, se revisaron bases de datos de artículos científicos como Proquest, Sage, Scielo, PsycINFO, Redalyc, entre otros. Los criterios empleados para la elegibilidad de los estudios se relacionaron según las fechas de su publicación (últimos 20 años), la naturaleza del documento (artículos de investigación, capítulos de libro), la validez metodológica (instrumentos validados para la recolección de datos, muestras consistentes, estudios de caso) y la coherencia de los documentos teóricos (consistencia con el tema investigativo de referencia).

El documento inicia con una introducción sobre la temática de la que subyace el interés crítico del proyecto: la violencia sexual. Este tema se aborda de manera general como problemática pública en Colombia, denunciando la deficiencia en materia de tratamientos y atención especializada para estos casos. En contraste, se presentan datos concretos acerca del tipo de tratamientos que han funcionado en otros países a la hora de abordar los principales síntomas que se presentan. Estos últimos se dan a conocer de manera concreta en la primera parte del manuscrito. De este apartado se desprenden las definiciones conceptuales necesarias de la empatía, que permiten comprender las secuelas que deja la violencia sexual.

Una vez presentados dichos temas, se procede a indagar la danza como terapia. Para ello se realiza un recorrido por algunos antecedentes, definiciones y características de la danza. Finalmente, se discute sobre la viabilidad de la danza como alternativa terapéutica para tratar los temas de empatía y violencia sexual.

La violencia sexual en Colombia

Colombia es un país que atraviesa un conflicto interno desde hace décadas, en medio de éste se han desarrollado crisis sociopolíticas y económicas; la violencia sexual, como problemática subyacente, hace parte de la violencia de género, es devastadora tanto en escenarios urbanos como en contextos de conflicto armado. Sus alcances son desestructurantes para el desarrollo personal, social y comunitario de las sobrevivientes, y aunque los datos reales del problema no se conocen a ciencia cierta, debido a las amenazas, la desconfianza, las consecuencias traumáticas, la falta de apoyo institucional y psicosocial, según diferentes investigaciones son las mujeres, las adolescentes, los niños y niñas la población mayormente desprotegida y vulnerada (Carrillo, 2006; Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, 2012; Jiménez, 2010; Vallejo y Córdoba, 2011).

Según la descripción epidemiológica de los exámenes sexológicos forenses en Colombia, elaborada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el año 2011, hubo un incremento anual progresivo de las denuncias por violencia sexual, pasando de 15.000 casos reportados, en el 2003, a casi 25.000, en el 2011. Estos mismos exámenes indican que este problema

afecta principalmente al sexo femenino, a la infancia y a la adolescencia (Vergel, 2011):

En el 2011, se practicaron 22.957 exámenes sexológicos forenses en presuntas víctimas de delitos sexuales, 11% más que en el 2010, para una tasa nacional de 49 casos por 100.000 habitantes. La relación hombre a mujer fue de 1 a 5, el 72% del total correspondió a casos de abuso sexual, un 13% casos de asalto sexual y del 15% restante no se tiene información (p. 212).

Según el informe del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (2012), las violaciones más graves registradas fueron el reclutamiento, la utilización de menores por grupos armados, las muertes y mutilaciones de niños y los actos de violencia sexual contra las adolescentes. En este informe se citan casos desgarradores al respecto:

En agosto de 2010, en Meta, una adolescente de 14 años fue asesinada por miembros del Ejército Revolucionario Popular Anticomunista de Colombia (Erpac) después de ser torturada, violada y mutilada por sus agresores, quienes le cortaron los senos. Como consecuencia de ello, la familia de la víctima se desplazó. En marzo de 2011, en Nariño, una joven de 17 años fue violada, torturada, obligada a limpiar un lugar público desnuda y a comer excrementos por miembros de Los Rastrojos, quienes finalmente la mataron delante de la comunidad y advirtieron de que ese sería el procedimiento de represalia que seguirían contra quienes presentasen denuncias (p. 10).

En su texto sobre la violencia sexual contra la mujer en los conflictos armados, Jiménez (2010) cita uno de los testimonios de las víctimas:

Un grupo de hombres armados nos echó abajo la puerta de la casa mientras dormíamos; derribaron los muebles y rompieron todo. Ataron a mi padre a una silla. Me abrieron de piernas y me ataron una pierna a un armario y la otra a la cama. Nos insultaron y amenazaron. Nos violaron a mi hermana y a mí. Más adelante supimos que lo mismo les había sucedido a los vecinos y que a una joven

de la aldea la habían llevado al hospital para curarle las lesiones (p. 160).

Según el estudio de Ochoa, Arteaga, Contreras y Orozco (2010), realizado en Santander (Colombia), con una muestra de 175 víctimas de abuso sexual, el 88% de la población era menor de edad. En este estudio, se evidencia cómo este fenómeno afecta mayormente a los estratos socioeconómicos menos favorecidos (1 y 2) con un 79% de representación en la muestra analizada. Al respecto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2011) ha subrayado cómo las estadísticas oficiales en todas las esferas públicas no dan cuenta de la magnitud del problema de la violencia contra las mujeres, considerando que en todas sus manifestaciones y contextos, es mucho más frecuente de lo que las estadísticas y registros oficiales lo sugieren. Esto indica que se cuenta solo con una visión parcial de la dimensión del problema:

La violencia sexual está ocultada por el denominado pacto de silencio que en estos casos no sólo desestimula la denuncia para la protección a la privacidad o el “honor” sexual, sino que lo hace también por temor a la retaliación (CIDH, 2011, p. 6).

La problemática de violencia sexual emerge en contextos de injusticia y discriminación, en los que la desigualdad mediatiza los delitos. Las diferencias de edad, etnia, clase y género agravan el desequilibrio en las relaciones, exponiendo a un mayor riesgo a menores, negras, indígenas, mujeres y “pobres” (CIDH, 2011).

Los delitos sexuales cometidos contra las mujeres se ocultan bajo las prácticas culturales patriarcales que contextualizan la violencia sexual como parte de la violencia de género. Las conductas violentas ocurren dentro de las relaciones de poder, construidas a partir de las diferencias sexuales en las que el hombre “domina” con su fuerza el cuerpo y la mente de la mujer. En el caso de la masacre de El Tigre (Putumayo-Colombia), ocurrida en el año 1999, los arreglos de género prevalecientes permeaban la forma cómo las mujeres se relacionaban con los actores armados, siendo la sexualidad femenina un vehículo del honor masculino y familiar. Estos arreglos de género causaron el silencio de las mujeres respecto a sus experiencias como víctimas, aumentando así la exclusión de sus

relatos en las confesiones públicas oficiales y no oficiales sobre la masacre (Azuero, 2009).

Colombia, un país con estado “de derecho”, debería velar por la sujeción propia de su actuar a las normas legales nacionales e internacionales y a la Constitución. Es por este motivo que Sánchez (2010) afirma que se deben combinar las exigencias del Estado, en materia de protección y defensa de la vida de las mujeres, con políticas públicas que les posibiliten ser y estar en la vida. La violencia contra las mujeres no es una cuestión que deba ser abordada como un problema privado, sino como un problema de salud pública, que exige para su afrontamiento acciones político - estatales y programas de intervención (Vallejo y Córdoba, 2011; Villela y Lago, 2007).

Aproximaciones al abuso sexual: tratamientos y síntomas

La deficiencia en la atención de los síntomas que emergen después del trauma en las sobrevivientes de violencia sexual, es un problema de salud pública inconcluso y postergado en Colombia. Aunque las organizaciones del Derecho Internacional Humanitario promulgan y denuncian la necesidad de resolver esta falta, el apoyo disponible es inversamente proporcional a la magnitud del problema (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2011; Ramos, Jiménez, Saltijeral, 1997; Ramos, Saltijeral, Romero, Caballero y Martínez, 2001). Del mismo modo, se esperan acciones de apoyo y orientación a favor de las sobrevivientes. Hasta el momento, se han encontrado tanto conductas revictimizantes por parte de las entidades judiciales, médicas y educativas, así como discriminación, culpabilización, y desconocimiento de las secuelas que deja el hecho traumático. Todos estos factores imposibilitan el acceso de las sobrevivientes a intervenciones terapéuticas que aporten a su resiliencia y elaboración del trauma (Vallejo y Córdoba, 2012).

La Corte Constitucional de Colombia (2008) establece la necesidad de implementar programas e intervenciones especializadas en los casos de violencia sexual, producto del conflicto armado, proponiendo una serie de medidas que deben ponerse en marcha para socorrer a las mujeres. Pese a esto, los tratamientos disponibles para las sobrevivientes de violencia sexual en Colombia aún son insuficientes en calidad y cobertura de intervención.

Según Vallejo y Córdoba (2011), existen dos perspectivas en relación con las secuelas que deja el abuso sexual: la primera, la perspectiva que se desenfoca del carácter traumático al evento y señala particularmente que las dificultades se generan a partir de las reacciones del mundo familiar, social y judicial de la sobreviviente. La segunda perspectiva, por el contrario, resalta claramente que el enfoque debe ser traumático, es decir, la violencia sexual debe ser asociada indudablemente a los síntomas y secuelas psiquiátricas posteriores.

Para Vallejo y Córdoba (2011) existen tratamientos interdisciplinarios efectivos a la hora de tratar los síntomas psicológicos asociados a la violencia sexual. Los investigadores describen programas exitosos implementados, principalmente, en Estados Unidos y Europa. Las terapias psicológicas más utilizadas son las individuales y grupales, de enfoque psicoanalítico y comportamental.

Por su parte, Watson (2007) afirma que las etapas del tratamiento psicoanalítico individual con sobrevivientes de abuso sexual deben focalizarse en el alivio de los síntomas y el dolor personal. Así, el terapeuta debe acercarse a focos distintos del trauma, abordándolo de una forma indirecta, de manera que el paciente pueda elaborarlo de acuerdo con sus posibilidades, fomentando la capacidad de acceder a una resignificación distinta de su historia. Respecto a las terapias grupales Nicholas y Forrester, (citados en Vallejo y Córdoba, 2012), encontraron que éstas deben: (a) proporcionar un escenario adecuado para identificar y corregir el problema de aislamiento y estigmatización, (b) promover la reparación de vínculos objetales internos y externos dañados por el trauma, (c) fomentar el reconocimiento de las culpas y la expresión de afectos, y (d) la exploración de patrones de relación. La farmacoterapia, los grupos focales, las terapias de escritura, la musicoterapia y la Danza Movimiento Terapia (DMT) son otros de los tratamientos y técnicas utilizados en casos de violencia sexual.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT), los trastornos del sueño, el consumo de drogas, las disfunciones sexuales, la bulimia, la anorexia, las ideaciones y tentativas de suicidio, los trastornos de ansiedad, la baja autoestima, los dolores orgánicos y físicos, entre otros, son los síntomas asociados a la violencia sexual más discutidos en la literatura (Ben-Ezra et al., 2010; Bietzer y Koss, 2006; Manero y Villamil, 2005; Messman, Coates, Gafeey y

Johnson, 2008; Narvaz y Oliveira, 2009; Ramos et al., 2001; Saldanha y Cunha, 2004; Uribe, 2010).

La incapacidad de establecer vínculos afectivos estables y profundos con otras personas es una de las primeras manifestaciones del trauma, ya que éste rompe con la confianza básica en el otro como ser humano, siendo bloqueada la capacidad para intimar, conectarse con el otro y establecer relaciones empáticas de amistad y de pareja. La autculpa y la baja autoestima aparecen reiteradamente en las investigaciones como dos síntomas persistentes que afectan de manera directa la vida relacional y afectiva de las mujeres sobrevivientes de abuso sexual. El sentirse culpable del evento e "inferior" a los demás ubica a la sobreviviente en un lugar de desventaja en el establecimiento de vínculos empáticos. Los autores encuentran relación entre estas secuelas y conductas como el suicidio, la autoagresión y el abuso de drogas (Brown, 1991; Cachelin, Shung, Juárez y Monreal, 2005; Herman y Palmer, citados en Wasco, 2003; Vallejo y Córdoba, 2011).

Empatía

La empatía es la habilidad que posee un individuo para inferir pensamientos y sentimientos de otro, generando sentimientos de simpatía, comprensión y ternura. Esta se desarrolla en dos componentes, uno emocional y otro cognitivo. En el primero, existe una preocupación empática, es decir, una activación de sentimientos de compasión y afecto frente al malestar ajeno (Moya - Albiol, 2011). En el segundo, hay una toma de perspectiva que alude a la habilidad para comprender el punto de vista del otro, haciendo o no uso de la capacidad imaginativa para situarse en situaciones ficticias (Moya - Albiol, 2011). Estos dos componentes funcionarían a nivel cerebral a partir de circuitos neuronales diferentes. Rogers (1965) plantea que la empatía es la habilidad de percibir el marco de referencia interno de otro sujeto, con los componentes emocionales y de significado. Por su parte, Hoffman (1981) afirma que la capacidad empática se manifiesta en la respuesta afectiva que genera un individuo respecto al estado emocional de otra persona, en un nivel de congruencia que alude a la respuesta afectiva de preocupación o compasión por el sufrimiento ajeno. Para Hoffman (1981), la capacidad empática representa una condición fundamental de la moralidad que favorece conductas de ayuda y solidaridad.

Lozano y Extebarria (2007), después de analizar la relación entre autoestima, empatía y concepción del ser humano, en una muestra de 264 adolescentes, entre los 14 y 16 años, concluyeron que los jóvenes capaces de ponerse en el lugar de los otros y de responder afectivamente frente al sufrimiento de los demás presentan mayores niveles de tolerancia a la diversidad. Los autores definen que la capacidad empática está estrechamente relacionada con otros constructos como la autoestima y las actitudes de tolerancia. Garalgordobil y Maganto (2011), después de una investigación con 941 participantes, entre los 8 y 15 años de edad, en la que se midieron los niveles de empatía, los estilos de resolución de conflictos y el índice de empatía para niños y adolescentes, plantean que la empatía es una variable diferenciadora de género, presentándose mayormente en las mujeres. De acuerdo con esto, la condición de género femenino, las capacidades de tolerancia y las cualidades de cooperación son variables predictivas para el desarrollo de la capacidad empática.

Las investigaciones sobre la empatía han puesto al descubierto cómo funcionan las bases neuronales involucradas en el proceso empático. Investigaciones realizadas con técnicas de neuroimagen mostraron que la misma red neuronal involucrada en el procesamiento y control de las acciones, sensaciones y emociones propias se activa cuando cualquiera de éstas se observa en otros. Este proceso automático de simulación inconsciente está constituido por las neuronas espejo. Moya - Albiol (2011) plantea que los cerebros más empáticos poseen disposiciones estructurales, particularmente, de la corteza prefrontal, lóbulo temporal, amígdala, entre otras estructuras del sistema límbico, en las que diversos neurotransmisores y hormonas juegan un papel primordial.

Según Acaín (2007), las neuronas espejo fueron descubiertas por el equipo de Giacomo Rizzolatti, de la Universidad de Parma, quienes al conectar electrodos en los cerebros de monos descubrieron cómo cada vez que estos observaban las acciones realizadas por sus compañeros, aumentaba el flujo sanguíneo en el lóbulo frontal, encargado de controlar y ejecutar los propios movimientos, sugiriendo la presencia de neuronas espejo. Este hallazgo también se ha comprobado en seres humanos, particularmente, Patrick Haggard realizó un experimento con un bailarín, al cual se le solicitaba observar un video con pasos familiares de danza, encontrando que con el solo hecho de

observar los movimientos, y sin ejecutarlos, se activaba la corteza premotora (encargada de la planificación de los movimientos propios). Este hallazgo condujo a suponer que la evaluación de un movimiento visualizado implica la actividad no solo en las áreas visuales, sino también motoras, particularmente, en los individuos expertos en la realización de dicha acción, así como la presencia de neuronas espejo en esta zona de la corteza cerebral humana (Acaín, 2007; Brown y Parsons, 2008; Walsh, 2011).

Ricciardi y Pietrini encontraron que el sistema de neuronas espejo no depende estrictamente de la visión para su organización, pues los estudios realizados con personas ciegas de nacimiento muestran cómo las mismas áreas cerebrales se activan en estas personas cuando perciben la realización de movimientos, por ejemplo, al escuchar el rasgado de un papel (Sánchez, Slater y Moya, 2007). En este orden de ideas, la constelación de neuronas espejo especializadas en las diversas regiones del cerebro, van a ser estimuladas siempre que existan relaciones que impliquen un otro, y que este otro sea percibido realizando una acción motriz, un gesto facial o diálogos verbales. Ahora bien, las lesiones ocurridas en las áreas cerebrales implicadas dificultarían experiencias de contagio emocional y empatía kinestésica, como las que aparecen en algunos trastornos psiquiátricos como el autismo (Sánchez et al., 2007).

Dollan y Gallese (citados en Berrol, 2006), plantean que la empatía funciona en un nivel corporal y sensoriomotor. En este último nivel, se llama empatía kinestésica a la capacidad de “encarnar” o corporeizar cualidades afectivas de experiencias presentes o pasadas, propias o ajenas a través de respuestas kinestésicas. De esto da cuenta la técnica del espejamiento en danza movimiento terapia (DMT), pues el terapeuta refleja, a través de su propia actividad muscular y verbal lo que percibe en el movimiento corporal del paciente. A través de la sintonización de los canales kinestésicos extrae la cualidad y esencia afectiva de la conducta no verbal del otro, incorporando dicha esencia en la propia manera de moverse. Así, lo que a un observador podría parecerle mímica o imitación, en danza movimiento terapia lo que se realiza es un apareamiento de los aspectos emocionales de la conducta no verbal mediante una interpretación kinestésica por parte del terapeuta de aquello que el paciente está vivenciando o trata de comunicar (Fishman, 2005a).

En este sentido, Jackson, Meltzoff y Decety (2005) plantean que la empatía es la capacidad de comprender no solo lo que vive y siente el otro, sino sus sentimientos, deseos, pensamientos y otras fuerzas que estén puestas en su conducta. Para Olden (1953), en este fenómeno el otro siente la respuesta del que empatiza y se percata de que por un breve lapso “ambos se han fusionado”. La persona que empatiza transita por dos momentos específicos en su experiencia empática: el primero, es la fusión afectiva que siente en el propio cuerpo, es decir, el estado afectivo del sujeto con el que empatiza; el segundo, es el aspecto cognitivo en el que reflexiona acerca de la experiencia que vive el otro (Fishman, 2005a).

La danza y la terapia

La danza es una forma creativa de expresión, materializada en la unión sucesiva de movimientos en el espacio y tiempo. La danza permite el acceso al mundo interno del danzante, dando lugar al diálogo con el mundo, de acuerdo a la cosmovisión particular de cada cultura. La danza cumple fundamentalmente cuatro funciones: (a) comunicativa, (b) socio-cultural, (c) artística y (d) terapéutica. La función comunicativa tiene que ver con la emisión y recepción de aquello que se expresa, ya sea un mensaje, una historia, un sentimiento o una experiencia. La función socio-cultural se refiere al carácter simbólico por medio del cual la danza representa las experiencias sociales, creencias y costumbres de una comunidad. La función artística hace referencia al carácter estético y escénico de la acción. Asimismo, la función terapéutica hace alusión al uso curativo, antiguo, contemporáneo y moderno que se le atribuye (Blázquez, Javierre y Nierga, 2011; Castaño, 2011; Larraín, 2009; Ulloa, 2003, 2010).

En cuanto a su función comunicativa, la danza permite transmitir estados internos y hablar sobre la identidad en la medida en que los movimientos corporales equivalen a las palabras en el lenguaje digital, aunque su carácter sea analógico (no verbal). Así como lo afirma Castaño (2011), cuando se mueve el cuerpo se performatiza un discurso kinestésico individual que es anterior a las palabras. En este sentido, la historia de una persona se comunica a través del cuerpo, en su respiración, en sus gestos, en su rostro, en su manera de moverse, en su postura.

Retomando la función socio-cultural, se ha afirmado que la danza es una vía de socialización fundamental (Ulloa, 2003, 2010). En todas las culturas danzar con el otro posibilita el establecimiento de vínculos, sin importar que éstos se definan como sociales, terapéuticos, pedagógicos, políticos, religiosos o sexuales. La danza se constituye en un símbolo cultural que caracteriza a una comunidad en su modo de ser.

Según Larraín (2009), la danza, en su función estética, se vincula con el arte desde el Renacimiento, para ir más allá de su aspecto placentero, al considerar por primera vez su valor simbólico. Según esta misma autora, la belleza que se contempla en la danza es captada por una percepción sensible (aísthesis). Aquí la danza se aprecia desde el elemento espacial y temporal. En el primero, predomina la arquitectura del movimiento y la percepción se centra en el sentido de la vista. En el segundo, predomina el aspecto musical y rítmico, y centrándose la percepción en el sentido auditivo.

La relación entre cuerpo y mente es mencionada por Juvenal, escritor romano, en su recopilación poética llamada *Sátiras*, data de los siglos I y II; desde dichos tiempos se reconoce que el cuerpo en movimiento tiene un poder sanador, permite al individuo experimentar maneras originales de generar una nueva experiencia de estar en el mundo (Blázquez et al., 2011). El uso de la danza como un instrumento terapéutico es tal vez tan antiguo como la danza misma. En algunas sociedades la danza ha sido tan esencial como alimentarse o dormir, posibilitando la expresión, comunicación y conexión con la naturaleza (Berger, citado en Fishman, 2005a). Al igual que los sueños, los dibujos, los deslices de la lengua (Freud, 1901/1981, 1905/1981), el movimiento del cuerpo es una evidencia de procesos no conscientes (Blázquez et al., 2011). “Las personas que no pueden hablar de ciertos eventos de su vida o traumas, pueden eventualmente expresar y darse cuenta de sus emociones guardadas en el cuerpo a través del movimiento” (Chodorow y Hartley, citados en Lesecho y Maxwell, 2009, p.19).

Bloom (2008) plantea que el psicoanálisis siempre ha asociado las sensaciones corporales con aquello que no puede ser traído al nivel del pensamiento consciente. Este autor considera que en las terapias corporales la tarea no solo es restaurar el acceso al lenguaje primitivo no

verbal, sino, encontrar y traducir las experiencias psicofísicas primitivas en palabras. Monte (2010) utiliza su estudio de caso personal para concluir que la eficacia del trabajo corporal es una vía de acceso al inconsciente:

Me hice cada vez más consciente de lo que estaba sucediendo en mi cuerpo físico, al mismo tiempo, aprendí a comprender la dimensión psicológica de mis sentimientos y mis sensaciones corporales: lo que yo experimentaba somáticamente era la imagen especular de lo que he vivido a nivel psicológico (p. 151).

La facultad de curarse por medio de la danza es una práctica ancestral que funda sus raíces en las dimensiones de lo sagrado, “donde lo musical evoca los latidos cardiacos, y las verdades profundas” (Cerruto, 2005, p.1). La investigación realizada por Córdoba, Vallejo y Saa (2012) sobre los fenómenos trasferenciales entre el médico indígena y los tomadores de ayahuasca en los rituales urbanos de la ciudad de Cali (Colombia) muestra cómo el ritual de yagé es una práctica ancestral utilizada por los médicos indígenas del piedemonte amazónico, que utiliza la danza y los cantos, para trabajar aspectos centrales del ritual de curación de enfermedades de índole física y/o psicológica. Los autores afirman que las intervenciones dancísticas y musicales del médico indígena permiten orientar, simbolizar y dar trascendencia a la experiencia de los participantes de las tomas de ayahuasca, a través de los movimientos realizados con plumas y cascabeles, el uso de la armónica, “la chupada” (movimiento realizado por el chamán en el que con su boca extrae el espíritu o energía maligna del cuerpo del participante), entre otros más.

Serlin (1993) afirma que la danza como práctica chamánica tiene como propósito principal mediar entre lo sagrado y lo profano. Desde un punto de vista externo, la fe y la sugestión operan durante el ritual, así como el uso de elementos dramáticos y la influencia del chamán para movilizar y conectar al paciente con la experiencia. Este autor hace una analogía entre el papel que desempeña el chamán en un ritual, y el papel que desempeña el danzaterapeuta en una sesión de psicoterapia corporal. A pesar de que el primero entiende la enfermedad metafóricamente y el segundo la entiende de forma concreta, ambos usan la transferencia como elemento de cura, diagnostican,

separan síntomas y utilizan elementos dramáticos en el ritual o sesión terapéutica. Ambos desde una perspectiva psicósomática, funcionan como una caja de resonancia y no como una pantalla negra en la experiencia de cura del paciente, haciendo surgir en estos últimos movimientos espontáneos.

La danza si bien ha sido utilizada en su connotación terapéutica, actualmente es posible clasificarla bajo dos modalidades de acuerdo con las implicaciones de sus usos. La primera, hace referencia al uso de la danza como un recurso que promueve la sensación de bienestar físico y psicológico, la cual es conocida como danza terapia (Cerruto, 2005); la segunda, se define como el uso psicoterapéutico de la danza y/o el movimiento para generar procesos de integración física, mental y social del individuo, la cual ha sido conceptualizada como danza movimiento terapia. Ambas estarían clasificadas dentro de las modalidades de terapias corporales.

La danza movimiento terapia (DMT) surge en Estados Unidos, en los años 40, liderada por un grupo de bailarinas (Marian Chace, Trudy Schoop, Lilian Espenak y Mary Whitehouse), sensibilizadas frente a los temas del conflicto humano y la crisis social (Bartenieff, 1980). La DMT toma fuerza hasta expandirse, en los años 60, a través de la creación de la American Dance Therapy Association (ADTA, s. f.). En el año 2000, se crea la Asociación Europea de Danza Movimiento Terapia (Aedmt, s. f.) y la Asociación Argentina de Danza Movimiento Terapia (AADT, s. f.). En el año 2001, se funda la Asociación de Danza Movimiento Terapia Española (Admte, s. f.). La ADTA (s. f.) la define como: “el uso psicoterapéutico del movimiento en un proceso que promueve la integración física, emocional, mental y social del individuo” (p.15). Las asociaciones que se fundan posteriormente retoman esta primera definición, partiendo de que todo movimiento corporal puede llevar, a su vez, a cambios en la psique, promoviendo la salud y el crecimiento personal.

La DMT es clasificada como una de las modalidades dentro de las terapias creativas, al emplear el medio y proceso artístico para promover la resolución de conflictos emocionales o psicológicos de las personas. Esta modalidad terapéutica se fundamenta básicamente en la investigación sobre la comunicación no verbal, la psicología del desarrollo humano y los diferentes sistemas del análisis de movimiento (Admte, s. f.). Estos han sido utilizados por los profesionales formados para orientar sus tratamientos.

De éstos, se destacan en Europa Laban (1879-1958), coreógrafo e investigador del movimiento del expresionismo alemán que crea el método Laban de Análisis Corporal (LMA), un sistema para registrar gráficamente el movimiento, explorarlo y analizarlo desde variables como el espacio, el tiempo, el cuerpo, la calidad energética e integración cuerpo - mente (Fishman, 2005b; Levy, 1988). Por otro lado, Judith Kestenberg (1910-1999) desarrolló el perfil de movimiento como parte de su teoría sobre las diferentes etapas del desarrollo, afirmando que dichas etapas se relacionan con el uso de diferentes planos y cualidades del movimiento, como los gestos, las posturas corporales y los ritmos. Dichos sistemas de análisis utilizan el movimiento y sus cualidades psicológicas como información valiosa acerca del aparato psíquico del individuo, puesto que los movimientos reflejan los estados emocionales del individuo, y los cambios emocionales generan a su vez cambios en la salud mental (Fishman, 2005b).

Investigaciones sobre la danza como terapia

La danza movimiento terapia ha sido utilizada en tratamientos de desórdenes de ansiedad, desórdenes alimenticios, enfermedad de Parkinson, adicciones, daño cerebral, personalidad múltiple, abuso infantil, maltrato femenino, entre otros. Esta modalidad terapéutica ha trabajado con pacientes ciegos, personas de la tercera edad, personas con dificultades de aprendizaje, personas con discapacidad física y sobrevivientes de abuso sexual (Mills y Daniluk, 2002).

Strassel et al. (2011) realizaron un análisis documental sobre las investigaciones que se han publicado sobre la DMT y la danza como herramienta curativa. La mayoría de los artículos mostraron que la DMT se utiliza en desórdenes mentales, incluyendo la esquizofrenia. Estas revisiones sugieren que los pacientes deprimidos y ansiosos pueden beneficiarse de esta modalidad terapéutica. La mayoría de estos estudios fueron llevados a cabo en Estados Unidos, entre 1989 y 2009, en los que la media del tamaño muestral fue de 37 sujetos, de éstos la mitad recibían sesiones de DMT, durante 12 semanas, y la mayoría se enfocaban en probar la efectividad de la DMT en enfermedades específicas. En estos mismos estudios, no se empleó grupo control y muchos de ellos no ofrecían información suficiente de los diseños de estudio empleados. De esta revisión,

se concluye que el componente social de la danza es valioso terapéuticamente, ya que la interacción humana es importante en todos los aspectos del funcionamiento psicológico.

Ahondando un poco más, Mills y Daniluk (2002) exploraron las experiencias de vida y significado que cinco mujeres, entre los 25 y 48 años, de origen caucásico y raíces euroamericanas, otorgaban a la DMT después de haber asistido, a por lo menos, seis sesiones. Los cambios encontrados apuntan a una mayor conexión de las participantes con su mundo emocional y psíquico, al tener la posibilidad de conocer y expresar dolores emocionales intensos. Además, se encontró mejoría respecto a la seguridad y comodidad con el propio cuerpo. Dentro de las principales conclusiones, los investigadores resaltaron que la danza terapia constituye un desafío para el trabajo del dolor emocional y psicológico, que se propone estimular la simbolización de aspectos inconscientes del analizante. Los investigadores agregan que la espontaneidad que se logra al moverse con otras personas en sincronía fomenta la empatía dentro del grupo.

Por su parte, Blázquez et al. (2011) se propusieron describir el proceso terapéutico y la posible influencia de las neuronas espejo en la empatía kinestésica, empleando la DMT en el manejo del cáncer de mama. La metodología que utilizaron fue el estudio de un caso, con una frecuencia de una hora semanal y una duración total de cinco meses. Al finalizar, los autores concluyeron que la DMT fue, principalmente, un lugar de encuentro entre la paciente y el terapeuta. La empatía entre ambos fue un fenómeno valioso en tanto permitió compartir estados emocionales y tomar en cuenta respuestas afectivas. Ambos lograron disponer de sus cuerpos en la sesión hacia la empatía kinestésica. El terapeuta funcionó como un espejo al acompañar a la paciente en su experiencia, percibiendo sensaciones, asociando imágenes y recuerdos asequibles a la conciencia. Después del proceso, la paciente logró acceder a una gama más amplia de símbolos, obteniendo una dimensión interna más profunda de sí misma; pudiendo evaluar, razonar y elegir entre varias posibilidades de acción, comprendiendo mejor su dimensión afectiva.

Otra investigación que estudió la efectividad de la danza terapia en 51 adolescentes con depresión, distribuidas en un grupo control y uno de terapia (el cual realizó 36 sesiones, tres veces

por semana, durante 12 semanas), se les midió el nivel de serotonina y dopamina antes y después de aplicar la DMT.

El grupo que participó de la terapia, trabajó la conciencia del cuerpo, la conciencia espacial, la conciencia del grupo, las expresiones del movimiento y sus cualidades simbólicas, la diferenciación e integración de sentimientos, entre otros. Al finalizar la aplicación de la DMT, los síntomas psicológicos negativos tales como la somatización, los síntomas obsesivos compulsivos, la ansiedad, la hostilidad, la ideación paranoide disminuyeron de frecuencia e intensidad en el grupo que recibió el tratamiento, mejorando los niveles de autoestima, concentración y relajación. También, se encontró un aumento en los niveles de serotonina y reducción en los de dopamina en las personas del grupo intervenido (Jeong, Soo lee y Park, 2005).

La DMT también ha probado efectividad en el tratamiento de 12 hombres, entre los 15 y 18 años, excombatientes de la guerra en Sierra Leona (África), que recibieron sesiones de esta terapia durante seis meses. Los investigadores evaluaron la significación del evento traumático y los efectos posttraumáticos de los participantes en el primer, tercer y quinto mes de tratamiento; encontraron mejorías en los comportamientos agresivos, la depresión, la ansiedad, los pensamientos intrusivos y los niveles de excitación de los participantes. Los participantes redujeron las tendencias de aislamiento, aumentaron el control de impulsos agresivos y se reintegraron a la comunidad después de participar de las sesiones de la DMT (Harris, 2007).

Por su parte, Maarit y Marja (2009) se propusieron crear un modelo de intervención corto con danza y dibujos en niños inmigrantes con riesgo de desplazamiento social. El grupo de terapia se realizaba una vez por semana durante 45 minutos cada sesión. Dentro de las dinámicas de la terapia, se realizaban juegos con materiales e improvisación libre. Los investigadores hacían reuniones semanales entre el terapeuta y el líder para el análisis de las experiencias corporales y los dibujos de los niños; a su vez, el terapeuta tenía sesiones de supervisión mensual. Después de finalizada la terapia se registraron cambios positivos en las habilidades de comunicación verbal, así como en la expresión de experiencias emocionales y en las estrategias de comunicación con adultos y pares. Los autores concluyen que la danza es un

método efectivo para fortalecer la identidad y la autoestima a través del medio simbólico, en niños.

Otro estudio sobre la efectividad de la DMT para disminuir los efectos negativos de la vivencia de experiencias traumáticas, en la infancia, quienes se reunían una vez por semana durante 60 - 90 minutos, demostró que los movimientos y gestos directivos exagerados son útiles para disminuir estados de ansiedad asociados a la incertidumbre. A partir de estos resultados, los autores del estudio sugieren emplear la DMT con pacientes sobreexcitados emocional y físicamente, siendo recomendables las posiciones corporales sostenidas en las que el paciente resista su propio peso, así como invitarlos a expresar con sonidos y palabras sus sensaciones internas. Para los pacientes con agresividad, las pautas que se recomiendan tienen que ver con actividades en las que se les muestra que ni el terapeuta ni los demás participantes les tienen miedo, proponiendo movimientos fuertes que incluyan puños, gruñidos, pisoteos, para disminuir los niveles de exaltación y aumentar la atención (Brooke, 2006).

Entre tanto, Fishman (2005a), realizó una investigación sobre la mejora de la capacidad empática en profesionales de la salud y la educación, a través de talleres de danza terapia, partiendo de la hipótesis de que estos talleres modificarían la percepción de cualidades de movimiento, tonalidades afectivas y relacionales en función de la empatía kinestésica en los sujetos de la investigación. En total, se llevaron a cabo ocho sesiones filmadas. Antes y después del proceso, se pasó el Interpersonal Reactivity Index, un cuestionario autoadministrado que mide los niveles de empatía. En su pos - aplicación, se encontró un aumento en los niveles de fantasía y preocupación empática relativos a los aspectos cognitivo y afectivo, respectivamente, de la empatía. En concreto, hubo un aumento en el bienestar psicológico, gracias a los cambios en la percepción de las cualidades de movimiento y las tonalidades emocionales de los participantes.

Otros autores han escrito sobre diversos efectos de la danza en la vida de las personas, aunque no han sido evaluados rigurosamente, estos han servido de testimonios, a la hora de afirmar que la danza promueve el bienestar personal y la salud mental. Como ilustración, (Rosler et al., citados en Lesecho y Maxwell, 2009) afirman que el baile de salón tiene efectos positivos en pacientes con Alzheimer y personas de la tercera edad; Peidro

(2007), director del centro de día de la Fundación Favalaro de Buenos Aires (Argentina), afirma en su libro *Con el corazón en el tango*, que el tango bailado en forma regular y metódica, ayuda a mejorar la salud cardiovascular, interviene sobre la presión arterial e incide sobre el estado anímico al provocar “estrés positivo”. Parece ser ésta la razón por la cual el tango es utilizado en hospitales psiquiátricos argentinos para generar cambios en la recuperación del habla de sus pacientes.

Iniciativas similares se han propuesto desde otras latitudes geográficas. Por ejemplo, se conoce de un proyecto en México, que incluye el trabajo con 600 pacientes psiquiátricos del Instituto Mexicano del Seguro Social para participar en sesiones de danza terapia, empleando clases folklóricas y de danza popular (Gobierno del estado de Yucatán, 2012). En Cali (Colombia), más de 70 escuelas de salsa cumplen una función social preventiva al formar profesionalmente a jóvenes de los estratos más desfavorecidos de la ciudad (Ulloa, 2010).

En general, el abuso sexual, el maltrato físico, la depresión, la ansiedad, los desórdenes alimenticios, el abuso infantil, el cáncer, las dificultades de aprendizaje, la discapacidad física, el trauma, el Alzheimer son los diagnósticos más frecuentemente abordados por los estudios sobre DMT. Los marcos de referencia metodológica desde los cuales se han investigado estas modalidades terapéuticas trabajan con muestras que fluctúan entre 5 y 51 participantes, con tiempos de intervención de mínimo 6 y máximo 36 sesiones, de 45 a 90 minutos. Las frecuencias de las sesiones fluctúan entre un mínimo de una vez por semana, hasta tres veces por semana, alcanzado una duración promedio entre tres y seis meses. Las edades de los participantes, de ambos géneros, se encuentran en un rango entre los 12 y 67 años de edad.

La mayoría de los investigadores y terapeutas utilizan tanto entrevistas, así como cuestionarios para la pre y postevaluación, para corroborar los efectos de los tratamientos. Cabe mencionar que los estudios revisados no ofrecían información en cuanto a las características psicométricas de dichos instrumentos (Brooke, 2006; Harris, 2007; Jeong et al., 2005).

Conclusiones

La danza es una herramienta poderosa de crecimiento humano. Actualmente, los profesionales de las terapias creativas validan el lenguaje del

cuerpo dentro del espacio terapéutico, entendiendo que es a través del cuerpo que se va conociendo el mundo, y es a través del movimiento de ese cuerpo que el ser humano puede comunicarse y resignificar sus experiencias aun cuando no pueda nombrarlas. El movimiento corporal refleja, entonces, estados emocionales en un proceso de integración psicofísica, siendo un concomitante de la vida psíquica. Partiendo de esto, es posible lograr cambios en la vida emocional de adolescentes que han experimentado situaciones de violencia contra su cuerpo, a partir de modificaciones en las cualidades, contenidos e interpretaciones de sus movimientos.

Como lo afirman los autores, un cuerpo danzante es un cuerpo que modifica de manera inventiva el espacio y tiempo, acción que posibilita la danza, al abrir caminos de transformación en los que el cuerpo tiene la oportunidad de crear y encarnar un discurso pre-verbal que da cuenta del yo consciente e inconsciente. Así, la danza y las terapias corporales se constituyen en estímulos potencializadores de respuestas empáticas en vidas humanas que han perdido la confianza básica en el otro.

En cuanto a la empatía, esta se manifiesta en el movimiento y tiene todo un sustento bioquímico en las respuestas de las regiones fronto-temporales del cerebro, particularmente, en el funcionamiento de las neuronas espejo. Por consiguiente, determinados movimientos, acciones y comportamientos van a posibilitar la estimulación de circuitos neuronales moduladores de las respuestas empáticas en personas violentadas sexualmente. Como lo enuncia Berrol (2006), el ser humano está dotado neurológicamente para conocer, comprender y sentir al otro. En consonancia, los espacios de trabajo corporal bien orientados son escenarios idóneos para fomentar la empatía kinestésica en cuerpos hablantes, marcados y silenciados.

Finalmente, se hace un llamado a la reflexión sobre la forma cómo las secuelas del trauma quedan ancladas a los cuerpos de mujeres, niñas y adolescentes sobrevivientes de la violencia sexual. En muchos casos, la expresión de sus dolencias emocionales quedan imposibilitadas, la capacidad de establecer vínculos sanos con otras personas queda minimizada debido a la repetición de cadenas de violencia y maltrato, y la pérdida de la confianza básica en el otro a quien se percibe como amenazante, hace que el tipo de vínculos que se establecen tengan características sadomasoquistas

y paranoides, siendo bloqueada la capacidad de comunicación empática.

El proyecto de investigación del que subyace el presente artículo le apuesta al trabajo en el vínculo como una operación clave para restaurar el bienestar personal, pues es el vínculo el que se daña, el que se repara, y a través del cual se dan los procesos de cura. Para ello, la danza y las terapias corporales se constituyen como herramientas poderosas de transformación, que deben seguir siendo aprovechadas e investigadas rigurosa y científicamente.

Referencias

- American Dance Therapy Association. (s. f.). American Dance Therapy Association, Healing Through Movement [página web]. Recuperado de <http://www.adta.org/>
- Asociación Argentina de Danza Movimiento Terapia. (s. f.). Asociación Argentina de Danza Movimiento Terapia [página web]. Recuperado de <http://www.aadt.org.ar/>
- Asociación de Danza Movimiento Terapia Española. (s. f.). Asociación de Danza Movimiento Terapia española [página web]. Recuperado de <http://www.danzamovimientoterapia.com/>
- Azuero, A. (2009). *Las sobrevivientes cuentan: la experiencia de las mujeres en las masacres de Chengue y el Tigre*. Colombia: Ediciones Ántropos Ltda.
- Bartenieff, I. (1980). *Body movement*. New York: Gordon and Breach publishers.
- Ben-Ezra, M., Palgi, Y., Sternberg, D., Berkeley, D., Eldar, H., Glidai, Y. y Moshe, L. (2010). Losing My Religion: A Preliminary Study of Changes in Belief Pattern After Sexual Assault. *Traumatology*, 16(7), 7-13. doi: 10.1177/1534765609358465
- Berrol, C. (2006). Neuroscience Meets Dance Movement Therapy: Mirror Neurons, the Therapeutic Process and Empathy. *The Arts in Psychotherapy*, 33(5), 302-315. doi: 10.1016/j.aip.2006.04.001
- Bietzer, K. y Koss, M. (2006). After rape Among Three Populations in the Southwest: A Time of Morning, a Time For Recovery. *Violence Against Women*, 12(5), 5-29.
- Blázquez, A., Javierre, C. y Nierga, J. (2011). Terapia a través de la danza y el movimiento en mujeres con cáncer de mama: el impacto psicofísico del proceso empático. *Psicosociología*, 8(1), 31-44. doi: 10.5209.
- Bloom, K. (2008). *On The Meaning Of The Body From a Psychoanalytic Perspective*. Londres: Karnac.
- Brooke, S. (2006). *In School Dance Movement Therapy for Traumatized Children*. Springfield: Charles Thomas.
- Brown, S. y Parsons, L. (2008). The Neuroscience of Dance. *Scientific American Journal*, 299(1), 32-37. doi: 10.1038
- Cachelin, F., Shung, R., Juárez, L. y Monreal, T. (2005). Sexual Abuse and Eating Disorders In a Community Simple of Mexican American Women. *Hispanic Journal of Behaviural Sciences*, 27(4), 533-546.
- Carrillo, A. (2006). Los delitos sexuales en Colombia, entre el desconcierto y la impunidad. *La sociología en sus escenarios*, 13(9), 1-11. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/view/DownloadInterstitial/1376/1069>
- Castaño, J. (2011). Las políticas de las coreografías en el Festival Mundial de Salsa de Cali. En Carozzi, M. J. (Ed.), *Las palabras y los pasos: etnografías de la danza en la ciudad* (pp.155). Buenos Aires: Gorla y ediciones de periodismo y comunicación.
- Cerruto, E. (2005). *Dançaterapia "Como?"*. Recuperado de <http://www.dancaterapia-dmt.com.br>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2011). *Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual: la educación y la salud*. Recuperado de <http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/VIOLENCIASEXUALEducySalud.pdf>
- Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas. (2012). *Informe general del secretario de las Naciones Unidas sobre los niños y el conflicto armado en Colombia*. (Reporte No S72012/171). Recuperado de http://www.semana.com/documents/Doc-2305_201253.pdf
- Córdoba, M., Vallejo, A. y Saa, J. (2012). Fenómenos transferenciales en las tomas rituales urbanas de ayahuasca. *Revista Universidad y Salud*, 15 (1), 67-77.
- Corte Constitucional de Colombia. (2008). *Auto 092/08*. (Reporte No A092-08). Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2008/a092-08.htm>

- European Association Dance Movement Therapy. (s. f.). *European Association Dance Movement Therapy*. Recuperado de <http://www.eadmt.com/>
- Fishman, D. (2005a). *La mejora de la capacidad empática en profesionales de la salud y la educación, a través de talleres de danzaterapia* (Tesis Doctoral). Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina. Recibido de http://www.brecha.com.ar/tesis_doctorado_diana_fischman.pdf
- Fishman, D. (2005b). *¿Por qué el movimiento y la danza en psicoterapia? En búsqueda de la especificidad que aporta la exploración del movimiento y la danza en psicoterapia*. Recuperado de http://www.brecha.com.ar/xq_movimiento.pdf
- Freud, S. (1901/1981). Psicopatología de la vida cotidiana. En L. Ballesteros (Trad.), *Obras Completas* (pp. 755-906). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1905/1981). Nuevas Lecciones Introductorias al Psicoanálisis. En L. Ballesteros (Trad.), *Obras Completas* (pp. 2123-2413). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Garalgordobil, M. y Maganto, C. (2011). Empatía y resolución de conflictos durante la infancia y la adolescencia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(2), 255-266
- Gobierno del Estado de Yucatán (2012). *Quinto Informe del Gobierno*. Recuperado de http://www.yucatan.gob.mx/transparencia/informes/5to_informe/texto5inf.pdf
- Harris, D. (2007). Pathways to Embodied Empathy and Reconciliation After Atrocity: Former Boy Soldiers in a Dance Movement Therapy Group in Sierra Leona. *Intervention*, 5(3), 203-231.
- Hoffman, M. (1981). Is Altruism Part of Human Nature? *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(1), 121-137. doi: 10.1037/0022-3514.40.1.121
- Jackson, P., Meltzoff, A. y Decety, J. (2005). How do we perceive pain of others? A window into the neural process involved in empathy. *Neuroimage*, 24, 771-779. doi: 10.1016
- Jeong, Y., Soo Lee, M. y Park, M. (2005). Dance Movement Therapy Improves Emotional Responses and Modulates Neurohormones in Adolescents With Mild Depression. *International Journal of Neuroscience*, 115(12), 1711-1720. doi: 10.1080/00207450590958574
- Jiménez, A. (2010). *Violencia sexual contra la mujer en los conflictos armados*. Recuperado de http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?searchword=violencia+sexualyordering=ysearchphrase=allyItemid=78yoption=com_search
- Larraín. (2009, Enero 5). Filosofía de la danza [Web post]. Recuperado de <http://revista.escaner.cl/node/1276>.
- Levy, F. (1988). *Dance Movement Therapy a Healing Art*. Virginia: The American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.
- Lesecho, J. y Maxwell, L. (2009). Coming Alive: Creative Movement as a Personal Coping Strategy on the Path and Growth. *British Journal of Guidance and Counseling*, 38(1), 17-30.
- Lozano, A. y Extebarria, I. (2007). La tolerancia a la diversidad en los adolescentes y su relación con la autoestima, la empatía y el concepto de ser humano. *Infancia y Aprendizaje*, 30(1), 109-129. doi:10.1174/021037007779849673
- Maarit, E. y Marja, H. (2009). Kinaesthetic Narratives: Interpretations for Children's Dance Movement Therapy Process. *International Journal for Theory, Research and Practices*. 4(3), 215-230.
- Manero, R. y Villamil, R. (2005). El síndrome de estrés postraumático y las víctimas de violencia sexual. *Psicología y Salud*, 13(1), 1-11.
- Messman, T., Coates, A. Gafeey, K. y Johnson, C. (2008). Sexuality Substance Use and Susceptibility to victimization. *Journal Interpersonal Violence*, 23(12), 1730-1746. doi: 10.1177/0886260508314336
- Mills, L. y Daniluk, J. (2002). Her Body Speaks: The Experience of Dance Therapy for Women Survivors of Child Sexual Abuse. *Journal of Counselling and Developing*, 80(1), 77-85. doi: 10.1002/j.1556-6678.2002.tb00169.x
- Monte, C. (2010). The Body and Movement in Analysis. En Stein, M. (Ed.), *Jungian Psychoanalysis* (pp. 150-156). Chicago: Caush Publicity Company.
- Moya-Albiol, L. (2011). La violencia: otra cara de la empatía. *Mente y cerebro*, 47, 14-21.
- Narvaz, M. y Oliveira, L. (2009). A relacao entre abuso sexual e trastornos alimentares: uma revisao. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(1), 22-29.
- Ochoa, M, Arteaga, J, Contreras, L. y Orozco, L. (2010). Estrés postraumático y abuso sexual:

- estudio descriptivo en víctimas denunciantes. *Salud UIS*, 42, 25 - 33.
- Olden, C. (1953). On Adult Empathy with Children. *The Psychoanalytic study of the child*, 8, 111 - 126.
- Peidro, R. (2007). *Con el corazón en el tango*. Buenos Aires: Guadal.
- Ramos, L., Jiménez, R., Saltijeral, M. y Caballero, M. (1997). Necesidades de atención a la salud mental en mujeres violadas. *Salud Mental*, 20(2), 47-57.
- Ramos, L., Saltijeral, M., Romero, M., Caballero, M. y Martínez, N. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública*, 43(3), 182-191.
- Rogers, C. (1965). *Client Centred Therapy*. Boston: Houghtonmifflin.
- Saldanha, M. y Cunha, P. (2004). Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estudios de Psicología*, 9(1), 53-61.
- Sánchez, M., Slater, M. y Moya, F. (2007). Representación del esquema corporal. *E-Boletín SENC Revista Electrónica de la Sociedad Española de NeuroCiencias*, 1, 14-19.
- Sánchez, O. (2010). *¿Será que a las mujeres nos matan porque nos aman?* Bogotá: G2 Editores.
- Serlin, I. (1993). Root Images of Healing in Dance Movement Therapy. *American Dance Therapy Association*, 15(2), 65-76.
- Strassel, J., Cherkin, D., Stevten, L., Sherman, K., Hubertus, J. y Vrijhoef, M. (2001). A Systematic Review of the Evidence for the Effectiveness of Dance Therapy. *Alternative Therapies*, 17(3), 50-59.
- Ulloa, A. (2003). *El baile: un lenguaje del cuerpo*. Cali: Secretaría de Cultura y Turismo.
- Ulloa, A. (2010). La identidad también se baila. *Revista Nexus Comunicación*, 8, 250-262.
- Uribe, N. (2010). Consideraciones psicoanalíticas sobre el abuso y el maltrato infantil. *Revista Electrónica de Psicología Social Polesis*, 10(19), 1-12.
- Vallejo, Á. y Córdoba, M. (2011). Abuso sexual: síntomas y consecuencias. *Revista Apuntes en Psicología*, 26(1), 161-165.
- Vallejo, Á. y Córdoba, M. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención. *Revista de Psicología*, 30(1), 19-46.
- Vergel, J. (2011). *Descripción epidemiológica de los exámenes sexológicos forenses, Colombia, 2011: una aproximación a la violencia sexual en nuestro país*. Recuperado de http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=193:forensis-2011&catid=19:forensis&Itemid=154
- Villela, W. y Lago, T. (2007). Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violencia sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4), 471-475. doi:10.1590/S0102-311X2007000200025
- Wallish, P. (2011). Cómo la mente percibe el movimiento. *Mente y cerebro*, 47, 32-35.
- Wasco, S. (2003). Conceptualizing The Harm Done by Rape: Applications of Trauma Theory to Experiences of Sexual Assault. *Trauma Violence Abuse*, 4(4), 309-322. doi: 10.1177/1524838003256560
- Watson, F. (2007). Agresión sexual en la infancia y viaje al futuro: clínica y psicoterapia en la edad adulta. *Terapia Psicológica*, 25(2), 189-198.

Para citar este artículo/ to cite this article/ para citar este artigo: Córdoba Arévalo, M. I. y Vallejo Samudio, Á. R. (2013). Violencia sexual y empatía: la danza en contextos terapéuticos. *Pensamiento Psicológico*, 11(2), 177-190.