INTERNATIONAL BIODANZA FEDERATION
ESCUELA Y CENTRO HISPÁNICO DE BIODANZA SRT – MADRID
DIRECTORA: Maite Bernardelle

Cheas de vida

Biodanza para la promoción de la salud y la alegría

de vivir de cuidadoras familiares

Monografía elaborada por

MARIA PUGA FIDALGO

V CICLO

Relatora de monografía: Maite Bernardelle

Tutora de monografía: Angelica Scotti

Madrid, 29 de junio de 2019

Dedicado a las mujeres que cuidan la vida.
A todas las que buscan cuidar de si y de su salud.
Porque el autocuidado no es sólo un acto de supervivencia
sino un camino hacia vidas que merezcan la alegría y el placer vivir.

Índice

Resumen 4

Presentación

Agradecimientos 5

Notas previas 6

Motivación, deseos e intenciones 6

Mi camino en la Biodanza 7

Capítulo 1. Biodanza y salud

1.1. Aproximación al concepto de salud 9

1.2. El Sistema Biodanza y la promoción de salud 12

1.3. El Principio Biocéntrico como nexo entre la salud y la vida 15

1.4. La unidad metodológica música-vivencia-movimiento 17

1.5. Las líneas de vivencia y la promoción de la salud 18

1.6. Identidad, autoestima y salud 20

Capítulo 2. La salud en las mujeres

2.2. La salud desde la perspectiva de género 23

2.3. La salud en las cuidadoras familiares o informales 27

Capítulo 3. Biodanza para la promoción de la salud y la calidad de vida de cuidadoras familiares

3.1. Descripción del grupo 29

3.2. Objetivos 29

3.3. Hipótesis de trabajo 30

3.4. Procedimiento 31

3.5. Análisis de datos y resultados 33

3.6. Conclusiones y discusión 37

Capítulo 4. Intervención realizada, conclusiones y recomendaciones prácticas

4.1. Cuestiones previas para tener en cuenta 42

4.2. Programa de intervención 43

4.3. Compartires y aprendizajes 45

Apéndices

Apéndice 1. Cuidados y cuidadoras: una radiografía. 51

Apéndice 2. Unas gafas con las que mirar (y cambiar) el mundo desde el amor y la justicia 56

Bibliografía 59

Anexos

Anexo 1. Versión adaptada de la escala WHOQOL-BREF 64
Anexo 2. Cuestionario complementario 66
Anexo 3. Programación didáctica de las sesiones 67

Resumen

En la actualidad el trabajo de las cuidadoras no profesionales es central a la hora de dar respuesta a las demandas de cuidados de sus familias. Se trata de una labor de carácter intensivo y complejo, casi siempre de duración indeterminada y con escaso o nulo reconocimiento. Esto, sumado a la adopción del cuidado como un mandato femenino de obligado cumplimiento, acaba por generar estrés, malestar y aislamiento social. Estos factores tienen un gran impacto en la salud y en la calidad de vida de las cuidadoras familiares. Para promover la salud y la alegría de vivir de estas mujeres se ha diseñado una propuesta de intervención de doce sesiones de Biodanza. Las participantes fueron usuarias del Servicio de Apoyo Integral a Cuidadoras de la ONG Fundación Mujeres. El objetivo fue proporcionarles vivencias integradoras y ecofactores positivos para la adquisición de un nuevo repertorio de respuestas más saludables, que repercutieran en la calidad de vida y que les motivara a emprender cambios vitales. Durante las sesiones buscamos deflagrar vivencias de bienestar, alegría, serenidad, placer y afectividad y fomentar las redes de apoyo entre ellas. Para evaluar la efectividad de la intervención hemos aplicado en la primera y en la última sesión una versión adaptada de la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. Se trata de un instrumento elaborado por la Organización Mundial de la Salud para medir la calidad de vida de manera fiable y válida. También hemos aplicado un cuestionario complementario para evaluar los cambios desencadenados y los beneficios proporcionados al practicar Biodanza. Los resultados de este estudio exploratorio muestran que tras la intervención ha aumentado el nivel de satisfacción de las participantes en el ámbito de las relaciones, con su vida sexual, con la seguridad y la energía en la vida diaria y con el sueño. En general, las participantes consideraron que la Biodanza les ha ayudado a sentirse más alegres y a ver la vida con más optimismo, a reducir el estrés o la ansiedad, a descansar y relajarse y a mejorar la flexibilidad física y mental. También a reforzar su autoestima y a expresar mejor sus emociones.

Palabras clave: cuidadoras, salud, promoción de la salud, calidad de vida, Biodanza.

Presentación

Agradecimientos

Esta monografía, en cuanto requisito final para la conclusión de la formación de Facilitación de Biodanza, es una muestra de la fuerza y el poder de la comunidad. He abrazado a esta formación para contribuir a un proyecto colectivo encaminado a dotarnos de herramientas para mejorar las condiciones de vida y de salud de las personas, de los grupos y colectivos sociales y de la comunidad en general.

Difícilmente hubiera podido cumplir el sueño, que es también compromiso, de formarme como facilitadora si no fuera por la trama relacional que me sostuvo y que me sigue sosteniendo (nos seguimos sosteniendo) en el plano de los cuidados y en lo afectivo, en lo económico y en lo logístico en estos casi cuatro años. A todas las personas que se saben parte de esa trama mi agradecimiento más profundo y mi compromiso renovado de devolverle a la comunidad todo aquello que me ha aportado.

Quisiera nombrar especialmente a mis amigas y compañeras de caminos violeta (ustedes sabrán verse reconocidas en este agradecimiento general) que son cobijo, semillero, esperanza, acicate, sororidad y ejemplo cada día. A Luisa Cuevas que se ha sumado a esta red después de darme alojamiento solidario durante toda la formación. A Mónica G. Devessa por las fotos que ilustran este trabajo. A María Rosendo por ser mi socia de la vida y por haber servido de puente para que esta experiencia aplicada se hubiera podido desarrollar. A mis amores por haberme brindado afecto, mimos, escucha, complicidad y aliento en los momentos difíciles. Y por haber celebrado conmigo los felices. A mi familia de sangre por haberme dado raíces y alas y brindarme siempre su apoyo.

También muestro mi reconocimiento y agradecimiento más sincero a Maite Bernadelle, presencia inspiradora y maestra en ese arte de vivir que es Biodanza. A Angelica Scotti, que me ha abierto las puertas de la Escuela y que ha acompañado mi proceso formativo y la elaboración de esta monografía con amorosidad y confianza. Al equipo de la Escuela y Centro Hispánico de Biodanza SRT por todo el acompañamiento, el soporte y las oportunidades que me han ofrecido. A mis compañeras y compañeros de ciclo y de Escuela con quién he compartido vivencias hermosas, aprendizajes, ilusiones y proyectos, todo un camino de crecimiento personal y colectivo.

A María Hervada y a la delegación de Fundación Mujeres de Coruña por darme la oportunidad de desarrollar la intervención en la que se basa este trabajo y por su apoyo y atención. Mi agradecimiento infinito a las mujeres que han participado en el proyecto, de quienes tanto me he nutrido y con quien he aprendido el oficio de facilitar un grupo regular. Gracias por su entrega, generosidad y por la confianza depositada en mí.

Gracias a Rolando Toro por habernos legado esta herramienta tan beneficiosa y revolucionaria. Y a la vida, que me ha dado y me sigue dando tanto.

Notas previas

Este texto fue redactado empleando el lenguaje inclusivo, elección que se justifica por dos motivos. En primer lugar, por coherencia con el principio biocéntrico de incluir y honrar a la diversidad. Pero también por ser consciente del poder que tiene el lenguaje para reproducir un determinado orden social o para crear uno distinto. Dado que mi apuesta es contribuir a una sociedad donde todas las personas con independencia de su género tengan cabida, opto por adoptar un lenguaje en consonancia con ese planteamiento. Por ello utilizo el femenino inclusivo refiriéndome a personas y otras fórmulas neutras (seres humanos, grupo, etc.), salvo cuando me remita a cuestiones referidas específicamente al género masculino.

Además, quisiera remarcar que en este trabajo hablo de mujeres, y de las diferencias y desigualdades que presentan con relación a los hombres en el ámbito de la salud, aun sabiendo que tal categorización conlleva una mirada binaria a la realidad de identidades, subjetividades, sentires y corporalidades humanas, mucho más ricas y diversas que el binomio hombre-mujer.

Motivación, deseos e intenciones

Esta monografía nace de un compromiso vital que he adquirido hace tiempo: poner los cuidados en el lugar que se merecen, en el centro, dado que son el sostén para la vida humana y natural. Asumir el valor de esas tareas que hacen posible que la vida se mantenga cada día y cuyo peso ha recaído históricamente sobre las mujeres. Comprender la vulnerabilidad como algo intrínseco a la condición humana, lo que lleva apareada la necesidad de cooperar y de vincularnos para sostenernos. Tales descubrimientos han cambiado mi manera de estar en el mundo. Han dado otro color a mi vida, a mis relaciones, a los proyectos y a los sueños que nutro. Me han llevado hasta la Biodanza.

Un compromiso que me ha impulsado a poner saberes, esfuerzos y herramientas al servicio de la mejora de las condiciones de vida y de salud de aquellas que sostienen todo un edificio social basado en la desigualdad. Desarrollar el proyecto sobre el que versa este trabajo ha sido para mí un acto de reconocimiento profundo a la labor de las cuidadoras y de reparación hacia ellas, ya que como sociedad nos debemos a todo el trabajo invisible que llevan realizado. Devolverles una pequeña parte de lo que nos han dado, muchas veces a costa de su salud, expectativas y proyectos propios, en forma de herramientas para mejorar su estado de salud y su calidad de vida, fue la principal motivación para embarcarme en este viaje.

Además de lo anterior, mi intención con este trabajo es sistematizar esta experiencia para que pueda servir de guía para aquellas facilitadoras que deseen trabajar con ese colectivo. También aportar material teórico-práctico a las y los facilitadores que busquen llevar la Biodanza al ámbito de la promoción de la salud. Considero vital para el reconocimiento formal, la difusión y el prestigio del Sistema Biodanza dotarnos cada vez más de trabajos que evalúen y traten de evaluar su impacto en la aplicación con diferentes colectivos y escenarios. En un contexto de recrudecimiento de las acciones legales que determinados sectores corporativos emprenden contra las prácticas integrativas, es fundamental que la Biodanza se conozca y se comprenda

como una herramienta que bebe de fundamentos científicos y contrastados, procedan estos de las ciencias biomédicas o sociales.

Sin embargo, he de confesar que mi mayor deseo con este trabajo ya se ha cumplido. Fue constatar los beneficios que la intervención ha tenido para las participantes del proyecto. Como guinda del pastel, en una sesión monográfica realizada en el mes de febrero he podido confirmar que para la mayoría de ellas tales beneficios se han mantenido y han supuesto una forma distinta de estar en la vida. También que se habían fortalecido los lazos entre ellas. Los vínculos que en definitiva son el material con el que tejer la trama de apoyo social que sostiene la salud en su dimensión más integral.

Mi camino en la Biodanza

Mi trayectoria en la Biodanza se puede representar por una colcha entretejida con telas y hilos de múltiples colores, tamaños y texturas. Los primeros retales se empiezan a coser hace muchos años ya durante mis estudios de psicología en Salvador de Bahia (Brasil), donde conozco la Biodanza. Siguen de forma deshilachada hasta el 2009 cuando tomo parte por primera vez en un grupo regular ya en Santiago de Compostela. Practicar Biodanza de forma continuada fue todo un descubrimiento, era mucho más que mover el cuerpo y trabajar las emociones. En las sesiones me sentía libre, aceptada y valorada, plenamente en mí. Me podía expresar y comunicar con las demás personas de una forma auténtica, limpia y directa. Sentía como si pudiera tocar a otro ser humano en su porción más genuina, vulnerable y bella. Sentí que la Biodanza me llamaba. Recuerdo haber pensado un día que me gustaría mucho hacer ese trabajo y que intuía que lo podría llegar a hacerlo bien. Pero tuvo que pasar un tiempo hasta que esa semilla de deseo se pudiera llegar a desarrollar.

En mi camino como activista, participante en diferentes organizaciones y comprometida con generar condiciones que nos permitan gozar de vidas dignas, libres, felices y en equidad, he pensado muchas veces en la Biodanza como una herramienta de suma utilidad para el desarrollo de ese objetivo. He sentido y experimentado como no basta con tener ideales, un análisis afinado de la realidad, propuestas de cambio. Hace falta afectividad para generar otra forma de relacionarnos dentro de los espacios sociales y con la comunidad. Con la especie humana, con la naturaleza y con la vida en sí misma. Si es por amor que deseamos y luchamos por un mundo distinto, la ternura, los cuidados y el buen trato han de ser parte de la metodología.

No fue hasta mucho tiempo después cuando llegó el momento de hacer germinar esa semilla. Antes había llegado el feminismo que ha dado un nuevo sentido a todo. Vinieron amores y desamores, nuevos deseos, otros cuerpos. La descubierta de la autonomía vital desde la interdependencia con una trama de apoyo y cuidados mutuos. Crecer, hacerme dueña de mí, cambiar patrones, experimentar.

En el 2015 retomo de una forma casi mágica la idea de formarme como facilitadora de Biodanza. Había llegado el momento de retomar aquel deseo. En ese momento me hago consciente de que había estado mucho tiempo depositando energías, esfuerzos, saberes y

tiempos en proyectos colectivos. ¿Pero cuál era mi proyecto personal? ¿Qué quería aportar y ver materializado en el mundo? ¿Cuál era mi misión en la vida? ¿Cuál era mi proyecto de amor indiferenciado para con la humanidad?

La decisión vino de un lugar nada mental sino de una certeza vital de que ese era el camino y el momento de hacerlo. Acto seguido había que decidir cómo, dónde, con quién formarme. Poca indagación fue precisa para darme cuenta de que solo me lanzaría a esa aventura con la seguridad de formarme en el sistema oficial. Y al buscar la escuela donde formarme tampoco dudé de que era la mano de Maite Bernadelle la elegida para guiarme por los caminos de la Biodanza. La experiencia que atesora, su poderío (el "poder con" y el "poder para"), su afectividad, su maestría en el contacto como estrategia terapéutica me han llevado a depositar la confianza en la Escuela Hispánica.

Casi cuatro años después me siento inmensamente feliz y segura de haber tomado aquella decisión. El camino no ha sido fácil. He necesitado mucho entrenamiento en soltar el control, entregarme, confiar. Transitar desde lo intelectual, desde mis marcos lógicos, para llegar al cuerpo y poder abrazar la vivencia como método de (auto) conocimiento. He de reconocer que en algún momento me sentí tambalear, tuve ganas de dejarlo. Me enfadé, sufrí. El camino no son solo rosas y abrazos, aunque esos últimos son muy importantes. Viajar al interior de una misma, recorrer nuestros laberintos vitales y emocionales, confrontarnos o confrontarme con mis sistemas de creencias ha sido sumamente desafiante. La paciencia, la convicción en querer llegar más adelante para poder conocer y conocerme más, fueron elementos clave. Y los abrazos, la contención emocional. La calificación como vía para el reforzamiento de nuestro lado luminoso y mejor. El respeto absoluto por el camino de cada una, de cada uno, como experiencia válida y preciosa en su travesía hacia una identidad plena. La confianza de que vivir de forma biocéntrica es construir en el aquí y ahora el mundo con el que sueño.

Quedan muchos retales que coser en mi colcha y en el tapiz de la Biodanza en cuanto movimiento. Mi deseo es que estos se vayan haciendo cada vez más grandes hasta que puedan abrigar a todos los sueños, a todos los cuerpos y afectos, a todos los proyectos vitales. Y nutrirlos de amor, empatía, cooperación y fe en que los seres humanos estamos hechos para florecer.

Capítulo 1. Biodanza y Salud

1.1. Aproximación al concepto de salud

Para llegar a una definición de la salud es conveniente realizar primero un breve repaso histórico de los cambios que ha experimentado al menos en el contexto occidental. Estos son una muestra del carácter dinámico de este concepto, que se ha ido reformulando según el momento histórico, influenciado por diferentes factores socioculturales, epistemológicos y ontológicos (Caruncho, Cristina y Mayobre, Purificación, 1998).

Así pues, en los años 30 las formulaciones acerca de la salud revelaban una concepción negativa de ésta, concibiéndola como "ausencia de enfermedad". Será en 1946 cuando la OMS reformule el concepto, otorgándole un enfoque más positivo e integrador al añadir la dimensión psicológica y social. Así pues, se postula que: "La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades".

Aunque esta definición haya supuesto un avance también fue objeto de críticas dado al carácter poco realista de poder llegar a un estado de "completo bienestar físico, social y mental". No es hasta 1984 que nos encontramos con una nueva definición del término por parte de ese organismo, mucho más dinámica y en la que se considera a la salud como medio para vivir, y no como fin:

> "(...) el alcance del que un individuo o grupo es capaz, por un lado, para realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otro lado, para cambiar o hacer frente al ambiente. La salud es, por tanto, vista como un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida, es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas." (OMS[1])

Es de destacar en esta definición de la salud su relación con el medio y el carácter de proceso en el que poder no sólo satisfacer necesidades sino desarrollar potencialidades personales y colectivas. Incorpora por lo tanto la idea de auto realización, lo que en Biodanza llamaríamos "desarrollo de los potenciales genéticos".

Autores como Rezende (1989)[2] ofrecen un entendimiento de la salud como una interacción activa y satisfactoria frente a las permanentes situaciones conflictivas que se dan en nuestra relación con el medio físico y social. Esa concepción pone el acento en el enfrentamiento y resolución de conflictos como una vía para el desarrollo de una actitud activa y autónoma por parte de los seres humanos.

En 1986 la OMS celebra la 1ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en la que se aprueba la "Carta de Ottawa", que establece que:

1 Citado por Caruncho y Mayobre. Op. Cit. (p. 3).
2 Citado por Gomes, Kelen (2008) p. 16.

> "La promoción de la salud es el proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore. Para conseguir un completo estado de bienestar físico, mental y social, una persona o un grupo debe ser quién de identificar y realizar sus metas, de satisfacer sus necesidades y de cambiar el ambiente o adaptarse a él"[3] .

Este documento marca primera mención desde un organismo oficial sobre la necesidad de la igualdad entre mujeres y hombres para la promoción de la salud, aunque no llega a desarrollar esa idea al igual que las sucesivas declaraciones sobre promoción de la salud (Ferreiro, Lola 2011-b)[4].

Posteriormente, en julio de 1997, la Declaración de Yakarta sobre la manera de guiar la promoción de la salud hacia el siglo XXI pone el foco en el papel activo de las personas y la participación comunitaria para el desarrollo de la salud. Este documento habla del empoderamiento para la salud y plantea que la promoción de la salud no sólo potencia las habilidades para la vida y las capacidades de las personas. También abarca las acciones dirigidas a cambar las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen sobre la salud[5]. Encontramos que este punto tiene relación con el concepto de ecofactores del Modelo Teórico del Sistema Biodanza.

La salud como libertad y como proceso para ganar autonomía, poder de decisión y recursos para desarrollar vidas saludables representa un modelo de salud más holístico que el llamado "positivista", representado por la promoción idealista de un estado de completo bienestar como propone la OMS. También con relación al enfoque "biomédico", que pone el acento en la evitación de la enfermedad. Desde el modelo holístico, se entiende la salud como **proceso para "conseguir autonomía personal solidaria y gozosa"** (Gol y Gorina[6]) o como **salud para disfrutar o para vivir.** Ese último enfoque, desarrollado por la doctora Carme Valls-Llobet habla de la necesidad de la salud relacionada a mejorar el rendimiento físico e intelectual de las personas y potenciar su energía para la acción (lo que llamaríamos "vitalidad" desde el paradigma biocéntrico), pero no sólo para mejorar su capacidad de trabajo o productiva, sino para disfrutar del tiempo libre y de ocio, de la sexualidad y las relaciones humanas.

Ese marco de comprensión de la salud como algo integral, dinámico y activo tiene relación con la **calidad de vida**. Este concepto, que tiene su origen en los años de posguerra en Estados Unidos, es también poliédrico, ya sea por el propio carácter diverso del mismo (se observa en muchas investigaciones y contextos un solapamiento entre este término y otros como satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, bienestar, auto reporte en salud, estado de salud, etc.) o por tratarse de un término multidisciplinario (Urzúa y Caqueo-Urízar, 2012).

---

3 WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986). C*harter adopted at an international conference on health promotion. The move towards a new public health*, November 17-21, 1986, Ottawa-Ontario, Canada: WHO, p.1.
4 Citada por Rosendo, María (2011/ p. 16.
5 Organización Mundial de la Salud (1998) Promoción de la Salud Glosario. p.16.
6 Citado por Valls-Llobet (2009), p. 25.

En todo caso, podemos considerar la concepción de calidad de vida desarrollada en 1995 por Felce y Perry[7] como una de las más completas. Para estos autores la calidad de vida es definida como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas mediadas por los valores personales. Es bajo ese marco teórico que se ha creado el grupo de trabajo en calidad de vida de la OMS (World Health Organization Quality Of Life – WHOQOL), el mismo que se ha encargado del desarrollo de la escala WHOQOL y su versión reducida, la WHOQOL-BREF. En base a este último instrumento hemos confeccionado la versión adaptada utilizada en este trabajo para evaluar el impacto de las sesiones de Biodanza sobre la salud de las cuidadoras familiares.

La OMS define la calidad de vida como la percepción de la persona acerca de su posición en la vida en el contexto de una cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Se trata por lo tanto de un concepto amplio que interacciona con la salud física, el estado psicológico, el nivel de autonomía, las relaciones sociales, las creencias personales y con características ambientales[8].

Por lo tanto, hay que diferenciar entre la salud objetiva y subjetiva. La primera se refiere al número y frecuencia de dolores y síntomas, el estado nutricional, la eliminación y/o reducción de trastornos orgánicos como variación de los niveles hormonales, de la presión arterial, de los niveles de inmunidad, y con el ritmo biológico en general. A su vez la segunda se entiende como la satisfacción de una persona con su estado de salud y con diversos aspectos de su vida como el empleo, la familia y las amistades, el ocio, la habitabilidad, con su disposición y vitalidad, con los sentimientos y emociones con relación a sí y al mundo, con su estado anímico, con los aspectos afectivos, con la consonancia entre las expectativas y objetivos alcanzados y con el bienestar psicológico de forma en general.

Esta categorización nos lleva al concepto de **salud percibida**, una dimensión que se refiere a nuestra percepción en relación con la salud objetiva y subjetiva. La percepción de las personas acerca de su salud (y no solo su dimensión objetiva) es un componente importante en su calidad de vida (De Vitta, 2001)[9]. Se recomienda que las evaluaciones sobre la salud realizadas en distintos contextos clínicos y sociales incluyan también la dimensión subjetiva, o lo que es lo mismo, que tome en consideración la percepción de las personas acerca de su salud. La salud percibida depende de la auto observación y de parámetros personales y sociales y se refiere al funcionamiento actual, pretérito y a las expectativas de funcionamiento futuro.

Por ese motivo, en este trabajo, además de los datos recogidos mediante la aplicación de la versión adaptada de la escala WHOQOL-BREF, hemos considerado la percepción de las participantes sobre su estado de salud, síntomas, malestares y condiciones de funcionamiento.

7 Citado por Urzúa y Caqueo-Urízar. Op. Cit. p. 64.
8 Programa de Salud Mental WHOQOL Calidad de Vida. División de Salud Mental. OMS.
9 Citado por Gomes. Op. Cit. p. 18.

Estos fueron compartidos durante los relatos de vivencia al inicio de cada sesión y también en un cuestionario complementario a la escala (anexo 3).

1.2. El Sistema Biodanza y la promoción de la salud

Este trabajo, y la experiencia práctica de la que parte, están basados en una hipótesis central: la influencia de la Biodanza en la promoción de la salud integral y la calidad de vida de un determinado colectivo, en este caso, las cuidadoras familiares.

Por lo tanto, partimos de la defensa de la Biodanza como una estrategia de reeducación y promoción de la salud, que favorece la adquisición de estilos de vida saludables que redundan en una mayor calidad de vida y bienestar de las personas que la practican. Y que incluso va más allá, al promover el desarrollo humano a través de la expresión de nuestros potenciales genéticos. Para dimensionar el aporte de nuestra herramienta en la consecución de estos objetivos, dedicaremos este epígrafe a analizar la relación entre el Sistema Biodanza y la promoción de la salud.

Consideramos que tal reflexión no sólo resulta de interés para comprender este trabajo en el contexto práctico en el que se ha llevado a cabo. También amplia los horizontes de aplicación y de fundamentación de la disciplina en una faceta que aúna la dimensión terapéutica y pedagógica. En un escenario sociosanitario que carece de prácticas y experiencias de promoción de la salud alternativas -pero a la vez contrastadas y dotadas de rigor científico- al modelo hegemónico, de carácter predominantemente biológico, es fundamental tener claro el aporte de la Biodanza para mantener y desarrollar la salud de las comunidades, así como para propiciar nuestra expresión plena como seres humanos.

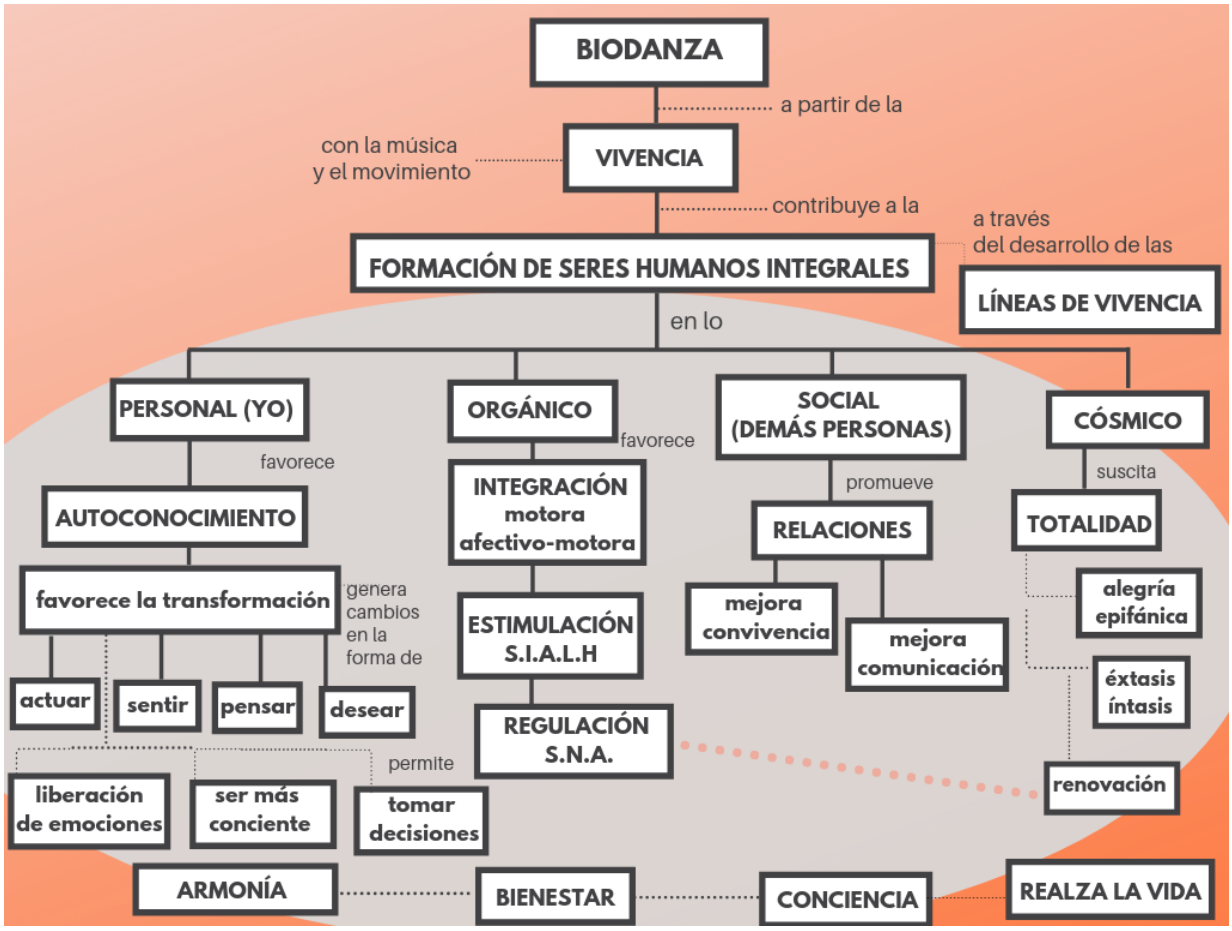
Para empezar, resulta interesante reflexionar sobre el contexto en el que surge la Biodanza. Como sabemos, esta nace del trabajo, investigaciones y reflexiones de Rolando Toro en instituciones psiquiátricas, es decir, con personas que padecían un grave comprometimiento de su salud mental (y no sólo). En ese marco, Toro apuesta por buscar la parte sana de su identidad, buscando reforzarla e incrementarla. Y no sólo se queda ahí, con mejorar el estado de disociación y el comportamiento de pacientes psiquiátricos, sino que experimenta y teoriza acerca del impacto de la Biodanza para personas no institucionalizadas ni diagnosticadas, consideradas como "normales". O, en palabras del propio Rolando, sólo un poco "enfermas de civilización".

Podemos asumir que la prioridad dada a la parte sana de los seres humanos coloca a la Biodanza en el marco de los modelos de salud holísticos o integrales. Éstos, como hemos visto en el epígrafe anterior, se desmarcan de la consideración de la salud como ausencia de enfermedad para ir mucho más allá, poniendo el acento en la autonomía y el protagonismo de las personas sobre su salud y su proyecto de vida, incluyendo el desarrollo de nuestras potencialidades y nuestra capacidad para gozar de una vida plena.

En su definición como "un sistema de integración humana, de renovación orgánica, de reeducación afectiva y de aprendizaje de las funciones originarias de la vida" (Toro, 2009) encontramos la fundamentación de la Biodanza como estrategia de la promoción de la salud. Esta se lleva a cabo a través del estímulo de la homeostasis y el equilibrio orgánico, regulando y mejorando sobre todo el funcionamiento de los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico, la adquisición de nuevas pautas y estilos de vida más saludables, y la integración con una o uno mismo, con las demás personas y con el medio o la totalidad.

Estos objetivos se completan con la expresión de nuestros potenciales genéticos intrínsecos a través de la vivencia, noción central en el modelo teórico, metodológico y práctico de la Biodanza. Se define como "experiencia vivida con gran intensidad en el momento presente, que compromete la cenestesia, las funciones viscerales y emocionales" en una experiencia subjetiva con cualidad existencial de "aquí y ahora" (Toro, 2009). Las vivencias se organizan en cinco líneas básicas que abarcan los potenciales genéticos de cada ser humano, a saber, la vitalidad, la sexualidad, la creatividad, la afectividad y la trascendencia. A través de la inducción de vivencias, mediante la música, la danza y situaciones de encuentro en grupo, se van expresando y fortaleciendo esos potenciales, promoviendo el desarrollo integral de las personas.

Figura 1. Estrategia de acción de la Biodanza[10]



10 Elaboración propia en base a Castañeda (2009).

Por lo tanto, podríamos concluir que la estrategia de promoción de salud que nos ofrece el Sistema Biodanza se traduce en la mejora de la calidad de vida y el bienestar al favorecer el equilibrio y la renovación orgánica, la integración afectiva, el redescubrimiento de las funciones originarias que conservan y protegen la vida y el desarrollo integral de nuestras potencialidades. Dicho de otra forma, Biodanza promueve la salud como capacidad humana, genera bienestar y equilibrio orgánico y favorece la modificación de estilos de vida a través de vivencias que estimulan el encuentro con una misma, con las demás personas y con la totalidad. De esa forma se propician cambios en el organismo y en la propia existencia de las personas mediante el proceso de integración en los tres niveles, el despertar de los potenciales afectivos y de comunicación favoreciendo las relaciones interpersonales, la disolución de las tensiones crónicas, la mejora de la autoestima y la valoración del propio cuerpo y el estímulo de la alegría, el placer y la búsqueda de nuevas motivaciones para vivir. En el siguiente gráfico podemos ver de forma resumida cómo interviene la Biodanza en la promoción de la salud integral y el desarrollo humano.

Así, el Sistema Biodanza actúa sobre la dimensión orgánica o física promoviendo la integración motora y afectivo motora, la regulación del Sistema Integrador Adaptativo Límbico y Hipotalámico -vinculado a la expresión de los instintos, de las vivencias y emociones- y el equilibrio neurovegetativo a través de la armonización del Sistema Nervioso Autónomo simpático y parasimpático. Finalmente, las vivencias estimulan el sistema neuro-endócrino-inmunológico, con el consiguiente impacto en la autorregulación y el estado general de salud.

A su vez, en la dimensión psicológica la acción de la Biodanza se materializa en una mejor conexión y expresión de las emociones, deflagración de vivencias y emociones integradoras (alegría, deseo, afecto, bondad, seguridad en sí, plenitud, serenidad, amor, etc.), refuerzo de la identidad y la autoestima, reducción de la ansiedad y el estrés, liberación de tensiones crónicas favoreciendo la disolución de las corazas caracterológicas, la superación de la represión y la conexión con el placer en sus diversas formas. Unida a la dimensión psicológica va la mental o cognitiva, cuyo efecto de la Biodanza destaca sobre todo por la modificación del estilo de vida, con la incorporación de pautas saludables encaminadas a la conservación plena de la existencia mejorando la calidad de vida. (alimentación, reducción o eliminación del consumo de sustancias tóxicas, reposo, ejercicio físico, manejo del estrés, actividades de ocio y disfrute, relación con el entorno y la naturaleza, comportamiento sexual, etc.). También en desarrollar nuestra creatividad e innovación de esquemas mentales ampliando nuestro campo de recursos para resolver diversas situaciones. Finalmente, en el ámbito social Biodanza promueve la mejora de las relaciones interpersonales, la convivencia y el sentido de pertenencia a la comunidad y la valorización de la diversidad humana (Saray, 2009).

Cuadro 1. Beneficios de la Biodanza en distintas dimensiones de la salud[11]

Física	Promueve la autorregulación y el equilibrio neurovegetativo. Eleva la vitalidad disponiendo de esta manera mayor energía para la acción. Fomenta la integración motora y afectivo-motora, desarrollando una mayor coherencia entre lenguaje, cuerpo y emoción. Mejora la conexión con el cuerpo como centro de vida y placer generando una mayor validación de su esquema corporal y auto cuidado. Relaja la expresión del rostro y aumenta los niveles de salud y bienestar a nivel general. Rehabilita los instintos y las funciones originarias de la vida orientadas a la autoconservación.
Psicológica	Estimula el humor endógeno y la sensación de alegría y bienestar. Facilita la conexión y expresión de las emociones, generando equilibrio y promoviendo la salud emocional. Incrementa la auto estima, reforzando la identidad y la conmovedora vivencia de estar vivas/os. Reduce la ansiedad y el estrés. Disuelve tensiones, favoreciendo la conexión con el placer. Transforma progresivamente nuestros pensamientos en acciones positivas y optimistas. Fortalece la creatividad e innovación existencial, ampliando nuestro repertorio de respuestas. Promueve cambios en el estilo de vida con la adquisición de nuevos hábitos más saludables.
Social	Mejora de la comunicación y las relaciones interpersonales. Aumenta el sentido de pertenencia a la comunidad. Estimula relaciones equilibradas y armónicas. Superación de actitudes autoritarias, discriminatorias, injustas, individualistas y violentas Aumentar la conciencia ética cuya fuente es la inteligencia afectiva.
Espiritual	Armoniza la experiencia de vida. Promueve la serenidad y la armonía a la hora de responder a los estímulos externos. Superación del ego y conexión con la totalidad. Fomenta el sentido de la sacralidad de la vida. Genera renovación biológica y existencial.

1.3. El principio biocéntrico como nexo entre la salud y la vida

El principio biocéntrico constituye la noción central del modelo teórico y por lo tanto de concepción de salud manejada en Biodanza. Consiste en un paradigma, o un estilo de pensar y sentir, que prioriza la vida en sus diversas manifestaciones, lo que invita a reformular los valores

11 Elaboración propia en base a Saray (2009).

culturales, sociales, económicos, políticos y éticos por los que regimos la organización social y nuestras propias vidas. El respeto por la vida y su consideración como centro referencial de la acción y reflexión parten de la profunda conexión con ella, de sentir su sagrada pulsación en nuestro interior. La comprensión del ser humano como una manifestación entre la diversidad de formas que componen la trama de la vida requiere de un posicionamiento ético-político. Este consiste en una reformulación profunda de valores para construir otras formas de relación y otra estructura social que favorezcan culturas y vidas biocéntricas.

El principio biocéntrico nos lleva a una concepción amplia de salud, que no termina en cada persona, en su organismo y su aparato psíquico, sino que afecta la forma de relacionarse y convivir, con la manera como nos organizamos como comunidad y con los valores éticos que presiden cada uno de estos ámbitos.

Por lo tanto, la salud es también la posibilidad de vivir bien y dignamente, es la búsqueda de la felicidad y la libertad. Esa idea nos lleva a reflexionar sobre la relación entre la ética y la vida, ya que "si la ética es el arte de vivir bien y dignamente, valdría la pena preguntarnos qué tan lejos estamos de la acción que valida ese soberano vivir, que nos permite la salud" (Castañeda, 2009)[12].

En la Biodanza tratamos de estimular "una presencia sensible de vida en el mundo", con posibilidades de alterar estilos de relación pautados en modelos bélicos y en relaciones de poder, en la "expansión de la ternura y de la restauración del sentido pleno de vivir con el otro, en comunidad y en comunión con la totalidad." (Gomes, 2008)[13]. Es restablecer las condiciones de nutrición de la vida, que es la fuente de toda salud, con toda su consistencia y potencia afectiva.

Autores como Maturana (1984), Franco (1995), Morin (1997) y López (1999)[14] han investigado y escrito acerca de la relación entre la salud y la vida, postulando que **"la salud no es nada sino es en relación con ésta última"** y situando la vida como centro de interés fundamentalmente humano. "La salud es la vida en presente, es la vida realizándose hoy y aconteciendo ahora y en cada uno; es la potencialidad energética, vital, intelectual, sexual de todos, que se materializa en cada momento; es la posibilidad de que, esto que llamamos vida, que es esta fuerza, sincronía interna, organización, interconexión intelecto-cuerpo-espíritu, funcione adecuadamente hoy" (Castañeda, 2009)[15]

Por lo tanto, podríamos decir que la Biodanza favorece ese estado de salud amplio y holístico, una **salud vivida y viviente**, en la medida en que nos posibilita vivir bien, sintiendo placer, alegría e incluso éxtasis por el hecho de estar vivas y reencontrando nuevos sentidos a nuestra existencia.

---

12 Castañeda, Gloria (2009) La biodanza como práctica corporal en relación con la promoción de la salud. Revista Educación física y deporte, n. 28-2, 81-90. Funámbulos Editores. Antioquia.
13 Op. Cit. p. 25-26.
14 Citado por Gomes. Op. Cit. p. 28.
15 Op. Cit p. 86.

1.4. La unidad metodológica música-vivencia-movimiento

La base del Sistema Biodanza se apoya en la articulación entre la música, el movimiento y la vivencia. Segundo Toro (2002)[16] "estos tres elementos forman una unidad, o sea, un conjunto organizado cuyos componentes son inseparables, ya que la funcionalidad del conjunto requiere la participación simultánea de cada uno de ellos". Por ello, cada ejercicio implica una música y el movimiento corporal estimulado y coherente con la misma, dirigido a inducir una vivencia específica, cuyos efectos corresponden a un objetivo metodológico inherente al proceso de integración humano.

En esa triada la música representa la mediación entre la emoción y el movimiento corporal, mediante su capacidad de inducir vivencias integradoras. A su vez, los movimientos en los que se basan las danzas y ejercicios se basan en movimientos naturales del ser humano (caminar, saltar, desperezarse, etc.), en gestos desarrollados en la trama social (dar la mano, acunar, acariciar, etc.) y en gestos arquetípicos (dar y recibir, mirar a las estrellas, meditar en quietud, etc.). Estos movimientos, asociados a músicas adecuada, son capaces de despertar los potenciales genéticos en cada línea de vivencia y promover el proceso de integración.

Tal planteamiento se plasma en un esquema que representa el modelo teórico adoptado en el Sistema Biodanza. Este se estructura en un eje vertical, la ontogénesis, es decir, el proceso de desarrollo del ser humano a lo largo de su vida que parte de su carga genética hasta los máximos niveles de integración. También incluye un eje horizontal, el *continuum* de la identidad, que va de la conciencia ampliada de si a la regresión. Durante la vivencia hay una continua pulsación entre esos dos polos del eje horizontal, alternando la conciencia de sí y la regresión y fusión en el todo. El esquema se completa con la acción de las cinco líneas de vivencia mediante las que se estimula la expresión de los potenciales genéticos.

A partir de la acción del conjunto música-vivencia-movimiento se reformulan los estilos de vida, se permite el desarrollo de potencialidades, se favorece el autoconocimiento, se valoriza el propio cuerpo y se facilita experimentarlo como fuente de placer, se genera una nueva pauta de relación consigo, con las demás personas y con el mundo, y se adquieren nuevas motivaciones para vivir. Por lo tanto, **Biodanza promueve la salud al "realzar la vida, generar bienestar, equilibrio y permitir la prevención desde una perspectiva amplia de los factores de riesgo y desde los factores protectores"** (Castañeda, 2009)[17].

1.5. Las líneas de vivencia y la promoción de la salud

Ya hemos reseñado la importancia de la vivencia como objeto de estudio y elemento central en la metodología que adopta el Sistema Biodanza. Aunque la definición de vivencia es

16 Citado en Santos, Márcia (2016) Dançar a vida em Saúde Mental. A biodanza enquanto estratégia em reabilitação psicossocial. Monografia para la obtención del título de Facilitadorade Biodanza. Lisboa. p. 33.
17 Op. cit. p. 86.

clara en el modelo teórico, no hay que olvidar que más allá del movimiento de Biodanza, podemos identificar distintas acepciones para ese término. Góis (2002)[18] referencia tres de ellas, la epistemológica, la ontológica y la biocéntrica. Mientras que la primera tiene relación con postulaciones filosóficas de autores como Husserl y Dilthey, y se refiere a la capacidad de llevar los hechos a la conciencia y por lo tanto al conocimiento, la segunda se basa en el pensamiento de Merleau-Ponty y su principio ontológico de que el ser es la propia vivencia, "la corporeidad vivida", y ambos no se pueden conocer dado que son una unidad irreductible[19] La vivencia biocéntrica parte de esa última línea de pensamiento, considerando también su carácter pre-reflexivo, corporal, espontáneo e inmediato, pero va más allá al postular una orientación a la integración.

Por lo tanto, en la Biodanza la vivencia es generadora de vínculo, de salud y de desarrollo humano. Son posibilidades que derivan de nuestra genética, pero que solo en el seno de la cultura humana se pueden despertar. En ese sentido, cobra importancia el concepto de ecofactores, los elementos o variables ambientales, sociales, económicas, políticas y culturales que influyen en la en la calidad de las vivencias, haciéndolas integradoras y estructurantes o en cambio, desintegradoras y desestructurantes. Por lo tanto, los ecofactores influyen en el desarrollo de nuestros potenciales genéticos.

Estos elementos o factores, que pueden ser positivos o negativos en el sentido en que pueden despertar vivencias integradoras o no, que repercuten sobre el desarrollo de una identidad sana, se presentan ya desde la etapa uterina y en los primeros seis meses de vida, dando lugar a las llamadas protovivencias. De acuerdo con Rolando Toro, las protovivencias de movimiento, contacto, expresión, seguridad y armonía representan la base de la interacción de las crías humanas con el mundo, influenciando el desarrollo de las cinco líneas de vivencia a lo largo de su existencia. El Sistema Biodanza asume la tendencia al desarrollo humano en el sentido de un movimiento existencial hacia unos cada vez mayores niveles de integración, siguiendo por lo tanto la línea de pensamiento de Maturana (1970) o Rogers (1974) y sus conceptos de autopoyesis o autorrealización (Gomes, 2009). El alcance de ese movimiento existencial dependerá de los ecofactores, especialmente de los que se traducen en las relaciones interpersonales, a la hora de despertar y potenciar la expresión de las líneas de vivencia.

En ese sentido, la salud, el bienestar y la calidad de vida en Biodanza se da a través del fortalecimiento y el despliegue de las cinco líneas de vivencia, tratando de llevar los aspectos deflagrados en cada una de ellas a la vida cotidiana. La fundamentación teórico-práctica de cada una de las líneas de vivencia ya sean trabajadas de forma individual o transversal, logra establecer una relación directa con la promoción de la salud en tanto se refieren al desarrollo de las potencialidades humanas. Las líneas de vivencia son potenciales humanos que nos permiten integrar, equilibrar, armonizar el cuerpo y conectarnos con la alegría, la vida, el goce y las funciones vitales, generando cambios físicos y de comportamiento.

18 Citado por Gomes. Op. Cit. p. 27.
19 Cuadernillo La Vivencia. Curso de Formación Docente de Biodanza Sistema Rolando Toro. IBF. p. 4.

La relación de la vitalidad con la salud es clara y de hecho corresponde con el primer nivel de trabajo a acometer en Biodanza, orientado a activar y potenciar el inconsciente vital. Este, también llamado "psiquismo celular", es definido por Rolando Toro como "el comportamiento autónomo de las células" que "obedece a una tendencia global de la conservación presente en los seres vivos"[20], coordinando las funciones de regulación orgánica y homeostasis, generando armonía biológica. El inconsciente vital tiene una relación directa con el ímpetu vital, con la energía disponible para actuar en el mundo a través del movimiento, el juego, la actividad y el reposo. Se moviliza a través de las vivencias de vitalidad y se relaciona con el humor endógeno, con la disposición para alegrarse y con la sensación subjetiva de bienestar y de gozar de buena salud.

A su vez, la línea de la sexualidad se asocia a la disolución de las tensiones crónicas y bloqueos, favoreciendo la percepción y el reconocimiento del propio cuerpo, el refuerzo de la identidad y la autoestima, la libertad y el respeto. Pero ante todo favorece la disposición para el placer, reconociéndolo como sensación que nos guía en dirección a la salud.

La línea de la creatividad se manifiesta en la capacidad de innovar, transformar, interactuar con el mundo y resolver situaciones desde nuevas pautas de comportamiento. Se refiere al acto de crear como extensión y expresión natural de nuestra propia vida. También con la expresión de emociones y de nuestra identidad plena, y con las sensaciones de disfrute, goce y libertad. Al fomentar nuestra creatividad existencial tiene relación con la salud de forma integral en la medida en que une la autorregulación con los aspectos subjetivos de nuestra relación con el mundo y con la búsqueda de una mejor calidad de vida, acercándonos en la medida de lo posible a ecofactores que resultan positivos y evitando los negativos. Surge así una nueva mirada a la vida, una nueva escucha de nuestro cuerpo, nuevas ideas, sensaciones y sentimientos (en cuanto elaboración cognitiva de las emociones), nuevos deseos. Distintas formas de percibirnos y de relacionarnos con una o uno mismo y con las demás personas. En definitiva, una nueva forma de estar en el mundo y disfrutar de la vida.

La seguridad, la protección, el amor (tanto diferenciado como indiferenciado) la amistad, la maternidad y la paternidad, el altruismo y la solidaridad, la cooperación y la expresión de afecto con una misma y con las demás personas son aspectos deflagrados en la línea de la afectividad. Esta fomenta la identificación y la empatía, las distintas manifestaciones de afecto, la comunicación y la comprensión. En ese sentido, el concepto de amor indiferenciado, postulado como aquél dirigido a toda la humanidad, es la llave para la superación de actitudes autoritarias, discriminatorias, injustas, individualistas y violentas. Por ello, Rolando considera la afectividad como un estadio evolutivo superior, con una clara dimensión ética. La línea de la afectividad coadyuva con la línea de la trascendencia para capacitarnos hacia la empatía, la celebración de la diversidad, la no discriminación, la ecología profunda y la epifanía que nos hace ver lo sagrado en los seres humanos.

20 Toro. Op. Cit. p. 83.

Finalmente, la línea de la trascendencia posibilita la conexión con la totalidad, la pertenencia y comunión con la especie humana y con el conjunto de la trama cósmica. Es la "vinculación con todo lo existente" y supone "superar un límite", es decir, superar la rigidez y la fuerza del ego para ir más allá de la autopercepción, abandonando la conciencia de sí[21]. De esa forma percibiendo la relación entre lo humano y lo cósmico, vivenciamos la pulsación entre el particular y el universal, de la expansión y el recogimiento. Nos damos cuenta de que la sacralidad está en todo y también de nuestra pequeñez y al mismo tiempo grandeza en relación con el universo, reeditando la relación con el origen. De esta forma se suscitan vivencias de paz, armonía, bienestar y seguridad. Se experimenta así una existencia más serena, acciones más sintonizadas con los ritmos biológicos, mejoría de funciones como el sueño, la respiración y la alimentación e incluso en la dimensional vincular, con relaciones afectivas y sexuales más satisfactorias, felices y armónicas (Gomes, 2008).

La relación de las líneas de la afectividad y la trascendencia con la salud tiene como principal componente la renovación biológica y existencial que se experimenta en la regresión, de fusión y disolución con el todo a través del útero comunitario que es el grupo y de los procesos progresivos de modificación del estado de conciencia que se favorecen en las vivencias. De esa forma, se reedita la experiencia fetal en pulsación directa con la vida, se diluyen la rigidez del ego y de los mecanismos de defensa y se posibilitan vivencias de renacimiento, con el cuerpo y los instintos renovados y con una nueva percepción sobre sí y sobre la vida como un todo[22].

1.6. Identidad, autoestima y salud

La identidad es un tema central en el Sistema Biodanza De hecho, su propuesta teórico-metodológica se orienta al fortalecimiento de la identidad plena y auténtica a través de la expresión de los potenciales genéticos.

A partir de ese planteamiento se desarrolla una concepción de la identidad novedosa, que se basa y a la vez trasciende los aportes realizados desde otras disciplinas como la Psicología o la Sociología. Así, Toro define la identidad como "la capacidad de experimentarse a sí mismo, como entidad única y como centro de percepción del mundo, a partir de una ineludible y conmovedora vivencia corporal"[23].

La concepción de identidad que se maneja en Biodanza tiene por lo tanto tres elementos destacables. El primero es su carácter de experiencia encarnada, de percepción de sí a través de la percepción corporal. Rolando postula que la identidad tiene sus raíces en la estructura genética, manifestándose también a nivel celular y visceral (el funcionamiento de nuestro sistema inmunológico es una muestra de ello), además del psicológico-existencial. Los potenciales genéticos acompañan al organismo a lo largo de su proceso de maduración, evolucionando

21 Cuadernillo de Trascendencia. Curso de Formación Docente de Biodanza Sistema Rolando Toro. IBF. p. 2.
22 Cuadernillo de Afectividad. Curso de Formación Docente de Biodanza Sistema Rolando Toro. IBF. p. 7-8.
23 Cuadernillo Identidad e Integración. Curso de Formación Docente de Biodanza Sistema Rolando Toro. IBF. p. 5.

hasta llegar a procesos de protección inmunológica, autorregulación y homeostasis (Gomes, 2008).

El segundo elemento es la vivencia, la sensación endógena de ser viviente, de estar viva o vivo. "La vivencia de estar vivo es, según pienso, el dato primario de la identidad psicológica." (Toro, op. cit. p. 6) Es a partir de la vivencia, y de las protovivencias, que se originan las primeras nociones sobre el cuerpo y sobre la representación y diferenciación del ser humano frente al mundo.

La relación con el mundo y con las personas es el tercer aspecto que destaca en el concepto de identidad manejado en Biodanza. La identidad se entiende dentro de un proceso relacional en la medida en que se construye en presencia de otras personas. En esa interacción emergen las primeras nociones de ser diferente, al contrastar la identidad propia con las ajenas. "Esto conduce a la conciencia de la propia singularidad y al acto de pensarse a sí mismo frente al mundo, lo que configura la autoimagen."[24]. La autoimagen es la imagen mental (interna y externa) que se tiene de sí mismo. Por lo expuesto, el contacto con el grupo y con la diversidad es tan nuclear en el Sistema Biodanza. A través de la vivencia en un contexto grupal las personas se construyen y se reconstruyen en presencia de las otras.

Así pues, la identidad en Biodanza concierne a la percepción ser una o uno mismo, diferente de otras personas, en permanente cambio según interaccionamos con el mundo, pudiendo generar acciones transformadoras. Conservando al mismo tiempo una parcela invariable, nuestra singularidad, nuestra esencia.

A su vez, Rolando define la autoestima como la vivencia del propio valor y de la autoaceptación[25]. Esta deviene de la intensa sensación de estar vivas, de sentirse una misma, en permanente autogeneración. De sentir el cuerpo como fuente de placer y de saber lo que se quiere.

Biodanza se presenta como una herramienta poderosa para rehabilitar la autoestima y fomentar el desarrollo de una identidad saludable, una vez que la danza activa el núcleo central de la identidad. Este reside en la sensación de estar vivas y la percepción de la unidad de nuestro cuerpo con las vivencias y emociones. A partir de esa sensación se reactualizan las primeras nociones del cuerpo y su perfección como fuente de placer. El sentirse vivas "con las demás personas", exaltando al mismo tiempo nuestras propias características, refuerzan todos los circuitos de la identidad saludable. Durante una sesión de Biodanza la persona es, más que nunca, ella misma: respetada, valorizada, querida y aceptada. El despertar de los potenciales genéticos favorece la experiencia del cuerpo como ente capaz de expresarse creativamente, y, por lo tanto, de generar cambios en el estilo y la calidad de vida y en el entorno en el que vivimos.

24 Cuadernillo Identidad e Integración. Op. Cit. p.6.
25 Cuadernillo Identidad e Integración. Op. Cit. p. 8.

Con el fortalecimiento de la identidad, Biodanza facilita el desarrollo de la capacidad de autorregulación que se traduce como proceso de equilibrio dinámico dirigido a la conservación de la vida y la auto creacción (o autopoyesis) existencial.

Capítulo 2. La salud en las mujeres

2.1. La salud desde la perspectiva de género

Las ciencias de la salud han abordado la falta de equidad en el ámbito de la salud al menos desde el siglo XIX. En general los análisis de las desigualdades en la salud se han centrado en factores como la clase económica o la pertenencia a un determinado grupo étnico, siendo mucho más limitado el abordaje del género como elemento que repercute sobre las diferencias en materia de salud. Recordemos que al hablar de género nos estamos refiriendo a los roles sociales diferenciales (prácticas, rasgos, valores y normas) que se otorgan a partir de la diferencia anatomo-fisiológica representada en el sexo.

Por lo general, el modelo de estudios de Medicina y otras profesiones sanitarias consideraba que las enfermedades no tenían sexo, que hombres y mujeres eran iguales y que por lo tanto no había diferencias en enfermar, ni por razones biológicas ni sociales. El conocimiento médico se generaba así a través de la patología masculina y se asumía que al estudiar la salud en los hombres estaba ya estudiada la salud de las mujeres, con excepción del embarazo y el parto, la única diferencia asumida por parte de los estudios sanitarios en sus inicios. De esa forma, el malestar y, el dolor de las mujeres no se ha visibilizado hasta finales del siglo XX, cuando se empezaron a estudiar las diferencias en las patologías en base al sexo y al género.

A partir de los años setenta, bajo la influencia de los Estudios de Género y Feministas, se empiezan a desvelar los sesgos de género que atraviesan todas las áreas del conocimiento y también la Medicina. Se empieza a sistematizar y conceptualizar sobre las diferencias en la salud y en distintas patologías en función del sexo, es decir de las diferencias biológicas (genéticas, anatómicas y fisiológicas) entre hombres y mujeres[26]. El modelo holístico y su concepción amplia de salud enriquece estos análisis y dan fundamento a comprender la salud (y la enfermedad) desde la perspectiva de género. Desde ese punto de vista, se entiende que los procesos y resultados de salud y de enfermedad y de su atención desde los servicios de salud, son por lo general distintos en hombres y mujeres. Que los métodos de diagnóstico o las terapias y fármacos tienen distintas formas de actuar según el sexo/género.

Estas diferencias, cuando son injustas y evitables, se convierten en desigualdades. Muchas de ellas no se explican por las diferencias ligadas al sexo biológico, sino que **se relacionan con los roles y estereotipos de género**. Es decir, por patrones y estilos de vida. Por ejemplo:

- En el contexto español la esperanza de vida de las mujeres es más alta que la de los hombres, pero la vida sin enfermedades crónicas y con buena salud es más corta para las primeras. Es decir, las mujeres viven más, pero con peor calidad de vida. Es decir, la morbilidad

26 Todavía queda por desarrollar como tales diferencias se manifiestan en la salud de las personas intersexuales.

está afectada por el género. También la percepción de la salud (salud percibida) es peor en las mujeres que en los hombres, hecho que se manifiesta todavía en la adolescencia. En la actualidad, a los 13 años, el porcentaje de chicas que percibe su salud como regular o mala es el doble que el de chicos, según datos facilitados por **María del Mar García-Calvente**, profesora de la **Escuela Andaluza de Salud Pública**.[27]

- Los hombres tienen conductas menos saludables respecto al consumo de sustancias adictivas (tabaco, alcohol, y drogas ilícitas). Además, sufren discapacidades desde una más temprana edad. Esto perjudica su salud y estaría relacionado con las mayores prácticas de riesgo que asumen desde los modelos tradicionales de masculinidad. No obstante, su cuidado estará garantizado por las mujeres de su entorno familiar, como hemos visto en el capítulo uno.
- Por el contrario, los hombres practican más deporte y duermen más horas que las mujeres, con los beneficios para la salud que ello conlleva. Algo que se deriva de la **falta de equidad en la distribución de los tiempos dedicados al empleo, a los trabajos de cuidados y al ocio y descanso** entre hombres y mujeres.
- Lo anterior repercute en una sobrecarga para las mujeres, debido a las dobles y triples jornadas y a los trabajos peor remunerados y no reconocidos, incidiendo negativamente sobre su salud.
- También existen diferencias en cómo manifiestan hombres y mujeres sus quejas y dolencias, ya que la **frecuencia de dolencias crónicas es el triple en el caso de las mujeres** en todas las categorías principales de enfermedades crónicas: artrosis y problemas reumáticos, mala circulación, jaquecas, migrañas, dolores de cabeza, fibromialgias y depresión.

Además de lo anterior, hay que mencionar el impacto de la violencia sobre la salud de hombres y mujeres y los factores diferenciales que esta adquiere siguiendo un patrón de género. La violencia es un componente de la construcción de la masculinidad hegemónica que, por un lado, repercute negativamente en la salud de los hombres produciéndoles lesiones y discapacidades. En las mujeres la violencia que reciben por el propio hecho de serlo, es decir, la violencia de género tiene consecuencias dramáticas en su salud física y mental, así como de sus hijas e hijos. Aquí no debemos solamente resaltar la violencia directa (física, sexual, psicológica, económica o ambiental) que recae sobre las mujeres y los cuerpos leídos como femeninos sino la violencia estructural (las desigualdades en el mercado laboral y en el acceso a recursos, que acarrean mayor pobreza y precariedad para las mujeres en todo el mundo) y simbólica (la inferiorización, invisibilización y cosificación que se traduce en el imaginario transmitido por la publicidad, la moda, el cine, la música, la literatura, los refranes y dichos populares, etc.).

Pese a lo expuesto y que hoy en día contamos con una buena cantidad de datos científicos respecto a las diferencias entre mujeres y hombres a la de enfermar, en la evolución de las enfermedades y en el efecto de los tratamientos administrados, aún se observa una

27 Fuente: https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina-interna/las-mujeres-tienen-peor-salud-y-peor-percepcion-de-la-salud--8446

invisibilización o menosprecio por las enfermedades crónicas que presentan las mujeres y no se les incluye en los ensayos clínicos de forma sistemática. También se medicaliza de forma indiscriminada procesos naturales como la menstruación, el embarazo, el parto o la menopausia.

Por ello, investigar y conocer la morbilidad diferencial es fundamental para abordar una estrategia de salud efectiva para las mujeres, Este concepto se define como el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que afectan de forma más directa a las mujeres. Puede ser debido a las diferencias biológicas o por tener una mayor prevalencia entre ellas (anemias, dolor crónico, enfermedades autoinmunes, enfermedades endocrinas, ansiedad y depresión), ocasionando más muertes prematuras, enfermedad o discapacidad entre las mujeres. También concurren en la morbilidad diferencial los factores de riesgo que afectan de forma distinta a hombres y mujeres, y que en el caso de estas últimas se debe a aspectos psicosociales como el sedentarismo, las perores condiciones laborales, el estrés de las dobles y triples jornadas, así como el trabajo emocional de cuidadoras de sus familias y el entorno. En general, las mujeres presentan más enfermedades crónicas y hacen un mayor uso de los servicios sanitarios ambulatorios en todos los países del mundo que tienen una accesibilidad igualitaria al sistema sanitario (Valls-Llobet, Carme 2009).

Carme Valls nos aproxima al término salud de las mujeres, que se adoptó en el año 1996 por la Red Internacional de Mujeres, Salud y Trabajo siguiendo la definición de la endocrinóloga canadiense Jerrilynn Prior:

> "La salud de las mujeres se debe analizar en relación con la biología, con la psicología y con la sociedad, entendiendo por sociedad no sólo la cultura, sino las condiciones de vida y trabajo y los condicionantes de la salud que provienen del medio ambiente a través del agua, aire, alimentos y cosméticos".

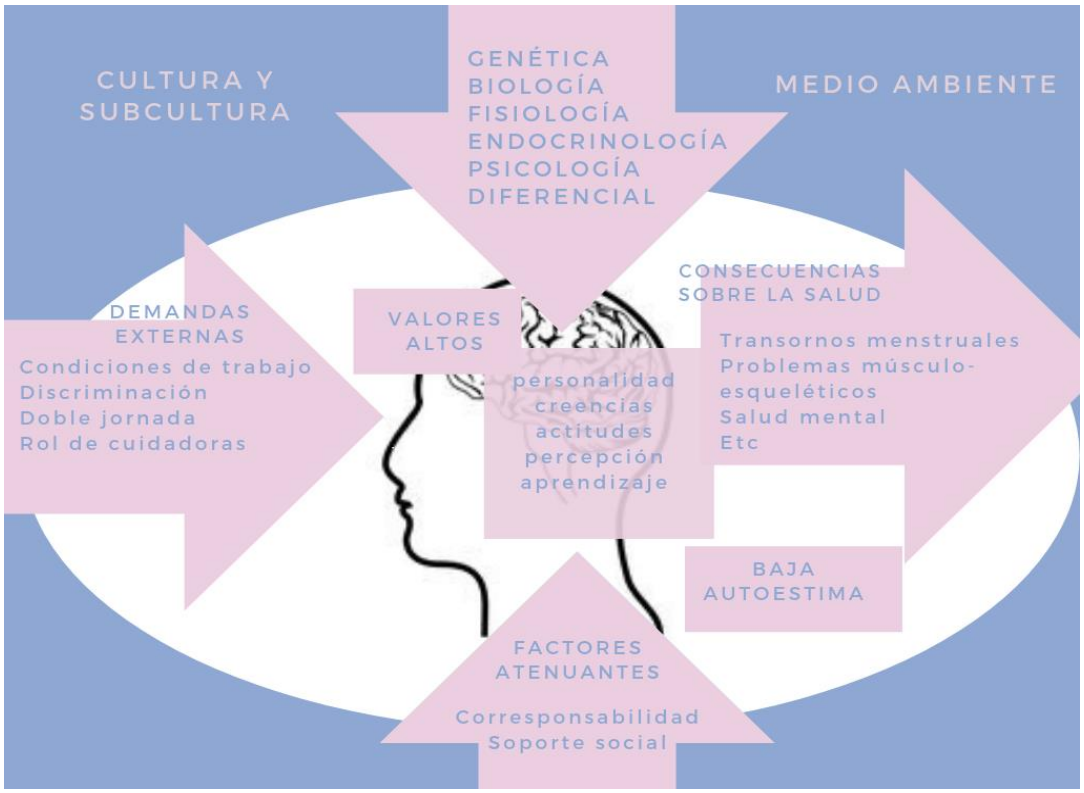
En la figura a continuación vemos como condicionantes como la genética, la biología, la fisiología, la endocrinología y la psicología diferencial van a impactar sobre la salud de hombres y mujeres y dentro de cada grupo genérico por la clase social, la etnia, la orientación sexual entre otros factores. Por lo tanto, estos factores, genética, biología, fisiología, endocrinología y psicología van a afectar a organismos que tienen una historia personal que ha condicionado su personalidad, creencias, actitudes y formas de percepción del mundo dependiendo de la familia o la cultura en la que han vivido, de la escuela y la sociedad mediante la que han aprendido.

Vivir bajo el modelo cultural y social patriarcal, que inferioriza e invisibiliza todo aquello considerado como femenino, tiene un impacto en la valoración y la autoestima de las mujeres desde edades muy tempranas. Valls-Llobet señala que "la baja autoestima ha sido una constante entre mujeres de todo el mundo, de todas las clases sociales y de todas las culturas en mayor o menor intensidad, porque la ideología dominante nunca las ha valorado."[28] Incluso muchas culturas o religiones son culpables de los males que ocurran a la comunidad. Al ser consideradas como seres inferiores y sin valor por sí mismas, se esfuerzan por encajar en las expectativas y

28 Valls-Llobet. Op cit. p. 39.

deseos ajenos, tratando de ser perfectas y seguir un modelo moral (el de virgen pura) o social (el de belleza, el de feminidad o el ideal materno). El hecho de perseguir permanentemente un modelo genera situaciones de alto estrés, al tener que demostrar la valía para ser socialmente aceptadas, al no recibir reconocimiento o recibirlo de forma escasa, y de insatisfacción consigo mismas. La sensación de culpa y las tentativas de encajar en un modelo de perfección (los mandatos de género) son graves condicionantes de la salud de las mujeres.

Figura 2. Condicionantes de salud y factores atenuantes (Valls-Llobet, 2009)



Paralelamente, las situaciones y demandas de trabajo también impactan de forma distinta a hombres y mujeres. En el caso de éstas últimas, las dobles y triples jornadas, las peores condiciones laborales (discriminación horizontal y vertical, mayor temporalidad, contratos a tiempo parcial, bajos salarios, acoso sexual, etc.) van a tener un efecto claro sobre su salud. La mayor responsabilidad sobre los cuidados genera una tendencia a priorizar las necesidades y deseos ajenos frente a los propios y a no disponer de tiempo y espacios para el autocuidado y para desarrollar su proyecto vital de forma autónoma.

Por lo tanto, la perspectiva de género aplicada a la salud contribuye a entender en toda su amplitud, considerando como los factores bio-psico-sociales atraviesan la condición, posición y situación de mujeres y hombres, así como sus cuerpos y sus vidas, posibilitando la construcción de modelos alternativos de prevención, tratamiento y promoción de la salud, mucho más efectivos e integradores.

2.2. La salud en las cuidadoras familiares

El hecho de que los cuidados en general, y el cuidado intensivo de forma particular, recaiga en manos femeninas va a tener importantes consecuencias sobre su salud integral. Ya hemos avanzado en el primer capítulo que más de la mitad de las personas que cuidan tienen problemas de salud. En este apartado nos dedicaremos a describir en términos generales la situación de salud de las cuidadoras informales o familiares.

En la investigación realizada por Purificación Mayobre e Iria Vázquez en 2015 sobre el impacto de los cuidados sobre las condiciones de vida y la salud de cuidadoras en Galicia, se recoge que el 67,05% de las mujeres relatan problemas de salud derivados de cuidar a una persona dependiente. Entre éstos, los más relevantes son de carácter psicológico, como los trastornos de estrés, ansiedad y depresión. Un impacto en la salud que es mayor cuando el trabajo de cuidado se va prolongando en el tiempo. Los cambios vitales que se producen en la vida de las cuidadoras y el aislamiento social derivado son factores de peso en el deterioro de su salud.

Entre los cambios que se derivan de asumir el cuidado de una persona dependiente están los que se producen en las relaciones familiares y sociales, en el empleo, en la situación económica y en el tiempo libre del que disponen. El hecho de que la mayoría de ellas realicen el cuidado en sus propias casas, suprimiendo actividades externas, genera una situación de aislamiento social que impacta fuertemente en la salud global de estas mujeres.

Es frecuente que la responsabilidad de cuidados ocasione un descuido de los tiempos y actividades necesarios para la recuperación del cansancio y las tensiones del día a día. Por otro lado, el cuidado sostenido suele provocar en las personas cuidadoras un desgaste que repercute sobre su estado de ánimo y de salud, pudiendo llegar a enfermarle. Además de llevar las responsabilidades y seguimiento de la persona cuidada se añade el sufrimiento que conlleva ver el deterioro de un ser querido. También el sentimiento de impotencia y resignación ante la intensidad de su trabajo y la falta de libertad, que se vive además como una situación sobrevenida, es común entre las cuidadoras (Mayobre y Vázquez, 2015).

La larga duración, el carácter intensivo y el poco apoyo sociosanitario para desarrollar su labor de forma eficaz, puede conducir a situaciones de estrés, pérdida de salud e insatisfacción. El estrés se ve incrementado cuando la persona cuidada padece trastornos del sueño, comportamiento difícil (agresivo, antisocial, lenguaje soez) e incontinencia. El desasosiego que producen los roces o dificultades en la relación con la persona a la que cuida afecta particularmente a la situación emocional de las cuidadoras. Además, las dorsalgias y lumbalgias

de repetición y el malestar psíquico son algunas de las consecuencias que apuntan los estudios consultados[29].

Se ha llegado a describir un cuadro clínico derivado del estrés de cuidar, el denominado "síndrome de la cuidadora o cuidador quemado". Este es de difícil diagnóstico ya que sus síntomas son muy comunes y se pueden confundir con otras enfermedades.

Cuadro 2. Sintomatología del "síndrome de la cuidadora quemada"[30]

Físicos	dolores de cabeza, tensión muscular, cansancio persistente.
Psicológicos	depresión, trastornos del sueño y de la alimentación, ansiedad, depresión, falta de concentración, apatía, irritabilidad, baja autoestima.
Sociales	disminución del tiempo libre y de aficiones, aislamiento, pérdida de contacto social, soledad.
Laborales	disminución del rendimiento, desinterés por el trabajo, absentismo laboral, pérdida o abandono del empleo.

En el caso de las mujeres, su rol de cuidadoras se caracteriza por una limitación de intereses, es decir por no priorizar o legitimar el tiempo de autocuidado o para sí mismas. Lo anterior puede llegar a agravar el cuadro, abocando a sensaciones de desborde, desesperanza y aislamiento. Esa pauta de limitación de intereses se explica por el rol y la identidad de género femenina, que se construye en base al mandato de la abnegación, el deber moral hacia los demás frente a la necesidad de gobernar la propia vida. Este tiene como consecuencia la culpa cuando se transgrede o se considera no estar ejerciéndolo de forma adecuada.

Lo expuesto hasta ahora nos ayuda a dimensionar el elevado coste que esta labor acarea para las vidas de las cuidadoras en términos de salud, calidad de vida, tiempo propio, ejercicio de la autonomía y de llevar a cabo sus propios proyectos vitales, acceso al empleo y al desarrollo profesional y personal, relaciones sociales y repercusiones económicas.

29 Segura, J.M.; Bastida, N.; Martí, N. y Riba, M. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. Atención Primaria, 1998, citado en Delicado, María Victoria, García, Miguel A., López, B. y Martínez, Pilar (2001). Revista de enfermería n. 13.
30 Elaboración propia.

Capítulo 3. Biodanza para la promoción de la salud y la calidad de vida de cuidadoras familiares

3.1. Descripción del grupo

Participaron en esta experiencia 13 mujeres cuidadoras familiares usuarias del Servicio de Atención Integral a Cuidadoras, enmarcado en el Proyecto Cuidadanas de la ONG Fundación Mujeres. En el servicio se les ofrece un itinerario de apoyo, acompañamiento psicológico, inserción socio laboral, formación de diversa índole (autoestima, manejo de emociones, nuevas tecnologías, etc.), generación de redes de apoyo, etc. Hemos propuesto incluir un taller de Biodanza de 12 sesiones entre las actividades de ocio y respiro que se les ofrece.

Aunque al anunciar el taller se hayan apuntado más de veinte mujeres, algunas no llegaron a venir nunca y otras se han dado de baja debido a problemas de salud o por no poder garantir la asiduidad por cuidados de familiares. Así que el grupo definitivo quedó confirmado por 13 mujeres de entre 47 e 77 años, con edad media de 55 años.

Para la gran mayoría de ellas era su primera experiencia con la Biodanza, por lo que se trataba de un grupo de nivel iniciación. La mayor parte de ellas están dedicadas casi al cien por cien al cuidado de familiares, algunas incluso tienen a más de una persona a cargo en situación de dependencia. De las trece participantes, seis referían padecer problemas de salud que iban desde la fibromialgia, insuficiencia renal, osteoporosis, rotura de menisco y ligamentos, problemas en la planta del pie, cardiopatías y dificultades respiratorias, hasta cuadros de ansiedad o depresión.

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivo general

Contribuir a la **promoción de la salud integral, bienestar y calidad de vida** de las cuidadoras familiares.

3.2.2. Objetivos específicos

- Elevar el **humor endógeno** de las participantes a través de vivencias de alegría, bienestar, ímpetu vital y motivación para vivir.

- Generar una **matriz grupal** con el fin de que las participantes se sintieran incluidas, reconocidas y nutridas, con ganas de volver a la siguiente sesión y dar continuidad al trabajo.
- Promover la **integración motora y el aprendizaje del ritmo**, volver a sentir el cuerpo.
- Fomentar el **equilibrio homeostático**, regulando el ciclo sueño-vigilia y reposo-acción, contribuyendo a la reducción del estrés.
- Disolver tensiones crónicas, ampliando la capacidad respiratoria de las participantes y favoreciendo **vivencias de placer cenestésico e intimidad** consigo mismas.
- Estimular la **renovación orgánica** actuando sobre los sistemas neuro-endocrino-inmunológico de modo a contribuir a la mejora de la salud.
- Fortalecer la **identidad, la autoestima y la autoaceptación** de las participantes.
- Contribuir al establecimiento de **vínculos equilibrados, saludables, nutritivos y de buen trato entre ellas y con su entorno.**

3.3. Hipótesis de trabajo

La hipótesis de trabajo que manejamos es que a inicio del proyecto las participantes presentaban un bajo nivel de energía vital con comprometimiento del estado de ánimo, angustia y ansiedad, alteración del sistema neuro-endocrino-inmunológico y del equilibrio neurovegetativo. Con relaciones sociales mermadas debido al carácter intensivo de la tarea de cuidados que realizan y escasa o nula práctica de autocuidado.

Debido al aislamiento social que suele acarear la tarea de cuidar, consideramos necesario incidir sobre la afectividad para promover el establecimiento de vínculos y de contacto nutricio. También valoramos que, dada la socialización de género y el mandato sociocultural del sacrificio y la abnegación, las habilidades de las participantes para establecer vínculos equilibrados y en equidad podrían estar comprometidas. Lo mismo en cuanto a la conexión con el placer y las necesidades propias, por lo que podrían tener dificultades a hora de establecer límites a las exigencias o necesidades ajenas.

Por lo tanto, del examen de las hipótesis planteamos la pertinencia de trabajar en el **aumento de la vitalidad y el inconsciente vital,** favorecer **la integración motora, liberando el movimiento y disolviendo tensiones crónicas** para volver a sentir el cuerpo, **promover la desaceleración** para ir reduciendo el nivel de estrés, **desarrollar la integración afectivo-motora y la comunicación afectiva para mejorar los vínculos con las demás personas y consigo mismas, y reforzar su identidad y autoestima**.

En relación con este último objetivo, vale la pena recordar la relación entre la afectividad y la autoestima. De hecho, Rolando Toro planteaba que "la afectividad es expresión de la identidad", y completaba:

> Los trastornos de la autoestima (sentimientos de inferioridad o superioridad) impiden las expresiones naturales de la afectividad como el amor, el altruismo, la amistad o la maternidad. Individuos que tienen una identidad alterada no consiguen 'identificarse' con el otro y su comportamiento es defensivo, intolerante o destructivo[31].

Como hemos visto en capítulos previos, **el refuerzo de la identidad sana es el objetivo central de la propuesta de promoción de la salud del Sistema Biodanza.** Podríamos resumir en el siguiente cuadro la estrategia de trabajo para la promoción de la salud de las cuidadoras familiares:

Situación de partida	Objetivo	Líneas de vivencia
Humor endógeno bajo, depresión y ansiedad, cansancio	Aumento del inconsciente vital	Vitalidad
Dolor crónico y problemas musculoesqueléticos	Integración motora y disolución de tensiones	Vitalidad y sexualidad de forma transversal
Estrés	Desaceleración del movimiento, regresión, renovación orgánica	Vitalidad y trascendencia de forma transversal
Autoestima debilitada	Refuerzo de la identidad	Vitalidad y afectividad
Aislamiento social y/o vínculos empobrecidos	Mejora de la vinculación y comunicación con las demás personas, crear redes entre ellas	Vitalidad y afectividad, trascendencia de forma transversal

3.4. Procedimiento

Con el objetivo de evaluar el impacto de la intervención sobre la salud de las participantes hemos optado por aplicar un instrumento estandarizado en la primera y en la última sesión, con el fin de poder comparar las puntuaciones y extraer conclusiones sobre la efectividad de la Biodanza como herramienta de promoción de la salud. Dada la estrecha relación entre salud y calidad de vida, hemos optado por medir el nivel de satisfacción de las participantes en relación con su calidad de vida. Para ello, hemos empleado una versión adaptada de la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF (anexo 1) que describiremos en el apartado siguiente.

Además de la Escala de Calidad de Vida, en la última sesión también hemos administrado un cuestionario de elaboración propia (anexo 2) sobre los beneficios y cambios observados con la práctica de la Biodanza. También se ha recogido información cualitativa durante los relatos de vivencia y comentarios emitidos por las participantes en el transcurso de la intervención.

31 Cuadernillo de Afectividad. Curso de Formación Docente de Biodanza Sistema Rolando Toro. IBF. p. 10.

3.4.1. Material

La Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF es la versión reducida de la WHOQOL-100, un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud en los años 90 que parte de una definición de calidad de vida consensuada por un grupo de investigación de diferentes países. La finalidad que se perseguía era poder medirla de manera fiable y válida en un amplio rango de países y culturas.

En su versión completa la escala consta de 100 ítems que se refieren a cuatro dominios de la salud: física, psicológica, social y ambiental. Posteriormente, se seleccionó la mejor pregunta de cada una de esas dimensiones, obteniéndose el WHOQOL-BREF, compuesto por 26 ítens. Hasta ahora este instrumento se ha aplicado en diversos ámbitos clínicos como el neurológico, por ejemplo (Den Oudsten, Lucas-Carrasco, Green y The WHOQOL-Dis Group, 2011; Lucas-Carrasco, Skevington, Gómez-Benito, Rejas y March, 2011). También en población no clínica (Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas-Carrasco y Bunout, 2011) y en estudios transculturales (Skevington, Lotfy y O'Connell, 2004)[32]. En resumen, este instrumento proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona y fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes.

Hemos considerado para este estudio la pertinencia de emplear la versión reducida, no obstante, hemos optado por desarrollar una adaptación propia traducida al *galego* de la misma, manteniendo los ítems referentes a las dimensiones física, psicológica, social de la salud, e incluyendo una sola pregunta relativa a la dimensión ambiental. Esta decisión se ha tomado en aras a facilitar la aplicación del instrumento y aumentar la tasa de respuesta en el contexto de una sesión de Biodanza. La versión final quedó conformada por 21 ítems o preguntas con una escala de respuesta de 1 a 5.

Además de este instrumento estandarizado, hemos elaborado un cuestionario complementario en el que incluimos tres preguntas abiertas sobre las impresiones de las participantes sobre su experiencia en el taller, los cambios observados y los beneficios aportados por la práctica regular de la Biodanza.

Estas se complementaron con una tabla en la que se enumeraban una serie de cambios que las participantes deberían señalar en el caso de que los hubiesen experimentado con la práctica de la Biodanza. Estos ítems fueron inspirados en un apartado del cuestionario desarrollado por Claudia Altamirano, Facilitadora Didacta y Directora de la Escuela de Biodanza SRT de Sevilla, en el marco de su investigación para la obtención del Doctorado en Ciencias Sociales por la Universidad de Huelva. A través de esos ítems buscamos evaluar en qué medida se habían producido cambios en el estilo de vida de las participantes.

32 Citado por Pedrero-Pérez, E.J. y MethaQoL Group (2018) Calidad de vida en pacientes tratados con metadona: el WHOQOL-BREF, estudio psicométrico y resultados de aplicación. Aanales de psicología, vol. 34, nº , p. 251-257

Finalmente, se han incluido otras cuatro preguntas relativas al interés en seguir practicando Biodanza, periodicidad, aporte económico que podrían realizar y se deseaban seguir recibiendo información sobre las actividades organizadas por la facilitadora. Este cuestionario solamente fue aplicado en la última sesión, mientras que la versión adaptada de la escala WHOQOL-BREF fue administrada en la primera y en la última sesión.

3.5. Análisis de datos y resultados

Los resultados obtenidos derivan del análisis comparativo de la media de las puntuaciones otorgadas a cada ítem de la versión adaptada de la escala WHOQOL-BREF en la situación pretest y post test, es decir, en la primera y la última sesión respectivamente.

En la primera sesión obtuvimos quince cuestionarios contestados, siendo que uno presentaba un alto índice de no respuesta, por lo que ha sido eliminado del análisis, quedando el balance final en catorce cuestionarios. En la última sesión hemos obtenido doce cuestionarios contestados. Con el fin de homogeneizar el análisis se han seleccionado dos cuestionarios al azar de la fase de pretest, eliminándolos de la comparativa de las puntuaciones. Por lo tanto, esta se ha realizado en base a la comparativa de las medias de un universo de doce cuestionarios. Aunque los datos no arrojaban mucha diferencia entre las medias con catorce cuestionarios en la fase de pretest y con doce cuestionarios en el post test, hemos considerado más riguroso eliminar estos dos cuestionarios de la primera fase.

En la primera aplicación de la escala, destaca la elevada puntuación otorgada por las participantes a su capacidad para desplazarse de un lugar a otro (4,75 en una escala de 1 a 5), la satisfacción con las condiciones del lugar donde viven (4,07) y la sensación de que la vida tiene sentido (3,64). La frecuencia en la que sentían emociones como ira, tristeza, miedo, enfado o vergüenza tuvo una puntuación entre "normal" y "bastante" (3,58). Se observa también una satisfacción entre media y alta con la calidad de vida y la salubridad del ambiente en el que viven. Ambos ítems lograron una puntuación media de 3,50.

Por otro lado, entre las puntuaciones más bajas destacan la satisfacción con la vida sexual (2,55), la satisfacción con el sueño (2,75) y con el nivel de concentración (2,92). Está en la media, entre un "poco" y "normal", la consideración del impedimento que les confiere el dolor físico para funcionar en su vida diaria (2,64), por lo que al inicio del proyecto las participantes no lo consideraban como muy incapacitante.

A su vez, en la segunda aplicación de la escala la percepción sobre la capacidad para desplazarse sigue recibiendo la puntuación más alta (4,30), aunque baje un poco respeto a la puntuación previa a la intervención. A continuación, destaca la satisfacción con el apoyo recibido por las amistades (3,90), la satisfacción con las relaciones personales (3,90) y con las condiciones del lugar donde viven, ambos con 3,80. La consideración de que la vida tiene sentido también se

ha valorado entre "normal" y "alto" (3,70), quedando casi igual a la puntuación media anterior a la intervención.

En la aplicación de la escala posterior a la intervención, las puntuaciones más bajas, aunque siguen siendo superiores a la media, fueron las conferidas al impedimento del dolor físico para funcionar (2,80), la satisfacción con el sueño (3,00) y con su vida sexual (3,00).

Ítems	Media pre-intervención	Media post intervención
1. Calidad de vida	3,50	3,60
2. Satisfacción con la salud	3,25	3,30
3. Impedimento por el dolor físico para hacer lo que necesita	2,64	2,80
4. Necesidad de tratamientos médicos para funcionar en la vida diaria	2,67	3,00
5. Disfrute de la vida	3,08	3,10
6. Sentido de la vida	3,64	3,70
7. Nivel de concentración	2,92	3,10
8. Seguridad en la vida diaria	3,00	3,40
9. Salubridad del ambiente físico que le rodea	3,50	3,60
10. Energía suficiente para la vida diaria	3,25	3,40
11. Aceptación de la apariencia física	3,33	3,40
12. Capacidad de desplazamiento de un lugar a otro	4,75	4,30
13. Satisfacción con el sueño	2,75	3,00
14. Satisfacción con las habilidades necesarias para la vida diaria	3,17	3,20
15. Satisfacción con la capacidad de trabajo	3,42	3,40
16. Satisfacción consigo misma	3,33	3,30
17. Satisfacción con sus relaciones personales	3,42	3,80
18. Satisfacción con su vida sexual	2,55	3,00
19. Satisfacción con el apoyo prestado por las amistades	3,25	3,90
20. Satisfacción con las condiciones del lugar donde vive	4,00	3,80
21. Frecuencia de emociones como ira, tristeza, miedo, enfado, vergüenza.	3,58	3,50

De forma general las puntuaciones subieron ligeramente en la segunda aplicación de la escala respecto a la primera, demostrando una satisfacción algo mayor con las cuestiones referidas en cada uno de los ítems. Las puntuaciones en las que se han registrado un mayor incremento fueron la satisfacción con el apoyo prestado por las amistades (de 3,25 a 3,90), la satisfacción con las relaciones personales (de 3,42 a 3,80) y con su vida sexual (de 2,55 a 3,00), la sensación de seguridad en la vida diaria (de 3,00 a 3,40). Finalmente, y en menor medida, la satisfacción con el sueño (de 2,75 a 3,00) y con la energía para la vida diaria (3,25 a 3,40). Se ha verificado una muy ligera subida respeto a la satisfacción con la calidad de vida (3,50 a 3,60).

La percepción acerca de la capacidad para desplazarse (de 4,75 a 4,30) y la satisfacción con las condiciones del lugar donde viven (de 4,00 a 3,80) han bajado respecto a la primera aplicación de la escala, mostrando un descenso de la satisfacción en relación con estos ítems. Además, han subido las puntuaciones sobre la percepción acerca del impedimento generado por el dolor físico (2,64 a 2,80) y sobre la necesidad de tratamientos médicos para realizar las tareas de la vida diaria (2,67 a 3,00).

Por lo tanto, los resultados revelan que tras la intervención ha aumentado el nivel de satisfacción de las participantes en el ámbito de las relaciones, con su vida sexual y con la seguridad en la vida diaria. También se ha incrementado su satisfacción con el sueño, con el nivel de concentración y con la energía para la vida diaria. La satisfacción con la calidad de vida ha subido ligeramente mientras que la frecuencia de aparición de emociones connotadas como negativas como la ira, la tristeza, el miedo o el enfado prácticamente no se ha visto alterada con la intervención. Nuestra hipótesis es que requeriríamos de una intervención más continuada en el tiempo para que se produjeran cambios en la frecuencia con que aparecen esas emociones.

Sin embargo, se ha incrementado la percepción acerca de los impedimentos que el dolor físico genera para su vida diaria y sobre la necesidad de tratamientos médicos para funcionar. También la percepción sobre su capacidad para desplazarse y la satisfacción con el entorno en el que viven han sufrido una ligera bajada de puntuación. Consideramos que estos resultados se explican por el aumento de la conciencia corporal derivada del trabajo con Biodanza que promueve que aquello que antes pasaba desapercibido o estaba normalizado, como sentir dolor o necesitar medicación para funcionar en la vida diaria, pueda ser identificado y sentido con mayor claridad.

Respecto a la aplicación el cuestionario complementario, relativo a las percepciones derivadas de la práctica de la Biodanza y los cambios y beneficios aportados por esta herramienta, los resultados parecen ir en la misma dirección de los arrojados por la versión adaptada de la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF.

Beneficios que ha aportado la Biodanza	Frecuencia de respuesta
1. Reducir el estrés	90%
2. Identificar y expresar mejor las expresiones	70%
3. Mejorar la autoestima y motivación	70%
4. Mejorar mi estado de salud	60%
5. Mejorar la forma de relación con las demás personas	90%
6. Sentirse más alegre	90%
7. Relajarse y descansar mejor	60%
8. Mejorar en los movimientos y coordinación	60%
9. Estar más en forma	60%

Así, la casi totalidad de las participantes (90%) ha considerado que **la práctica de la Biodanza les ha ayudado a sentirse más alegres, a reducir el estrés o la ansiedad y a mejorar las relaciones con las demás personas.** El 70% de ellas considera que han logrado identificar y expresar mejor sus emociones, mejorado su autoestima y motivación. Finalmente, un 60% de ellas consideraron que las sesiones de Biodanza han repercutido en la mejora de su estado de salud, en su descanso y relajación, mejora de la coordinación motora y sentirse más en forma.

Las respuestas abiertas sobre qué destacaban de la experiencia avalan también los resultados cuantitativos. Muchas de ellas señalaron **el compañerismo, la comunicación grupal, la sintonía y el buen clima generado.** La **expresión de emociones y la libertad de movimiento** son otro punto de destaque, así como la **mejora del estado de ánimo.** También se menciona la mejora de la autoestima, la flexibilidad física y mental y una mayor sensación de equilibrio "alma y cuerpo" que repercute favorablemente en el día a día. En esa misma dirección va la posibilidad de relajarse y calmar la mente.

¿Qué destacarías de la experiencia con Biodanza?

Todo.

Lograr relajarme y dejar que mi cuerpo deje llevar el ritmo y acalmar mi mente.

Música-conexión-grupo.

Danzar a vida, a comunicación grupal tan espontánea e fácil.

Mejorar mi autoestima y expresar mejor mis emociones.

La cercanía y la empatía generada desde el primer día.

Que se pode conseguir un equilibrio entre alma e corpo que pode repercutir positivamente no noso día a día, sobretodo no noso colectivo en concreto, que tanto nos fai falta.

Primero, todo el grupo junto a la profesora. Los sentimientos internos que creía olvidados o dormidos, y ver la vida con alegría y optimismo.

Compañeirismo, emociones, sentimientos de alegría.

O compañeirismo.

¿Has observado cambios con la práctica de la Biodanza? ¿Cuáles?

Si, estar más animada.

Sacar mis sentimientos y hacer aflorar mis emociones.

Flexibilidad física y mental.

Moitas sensacións moi agradábeis. Poder axudar sen falar. E danzar libremente, sensación física e emocional tan boa!

Sentirme más alegre.

Sí, la ilusión por hacer algo nuevo y conocer una actividad de la que personalmente nunca había oído hablar.

Cambio vital y emocional sobre todo.

Sí.

¿Cómo explicarías los beneficios que aporta la Biodanza, según tu propia experiencia, a alguien que no la conoce?

Que viniera a una clase.

Es amor, es compartir, es contener.

Coger el ritmo de la vida.

¡Que non deixe de probala!

Sentirme mejor en general, más alegre, activa, ...

Optimismo en la vida diaria.

Unha mezcla de relaxación, sintonía personal, identidade grupal a través da música e da danza.

Lección de vida, de sentimientos y emocional, y sobre todo una corriente de amor con el grupo.

Se lo recomendaría a todas.

Que participe.

3.6. Conclusiones y discusión

Los resultados indican que la intervención de doce sesiones de Biodanza ha cumplido con el objetivo de promover la salud integral, bienestar y calidad de vida de las cuidadoras familiares.

Se ha logrado sobre todo la **elevación del inconsciente vital y el humor endógeno** de las participantes, que se presentaba en un nivel bajo al inicio de las sesiones, desencadenando vivencias de alegría y bienestar y aumentando su sensación de seguridad en la vida. El trabajo con la línea de la vitalidad también ha favorecido el equilibrio orgánico por lo que se ha **incrementado su satisfacción con el sueño, con la energía disponible para la vida diaria y con la capacidad de concentración**. Todo ello a la par en que se **redujo el estrés**, tan propio en la labor de las cuidadoras familiares tal y como hemos visto a lo largo de este trabajo. Eso ha repercutido en una **mayor capacidad de relajación**, descanso y sensación de armonía y equilibrio entre "cuerpo y mente".

Podemos considerar que hemos logrado **despertar la sensación de volver a sentir el cuerpo** o lo que es lo mismo, un primer nivel de integración motora, promoviendo una mayor libertad de movimientos, con creatividad, expresión y flexibilidad, además del aprendizaje del ritmo.

El trabajo con la línea de la afectividad ha sido muy satisfactorio, dado que la **mejora en las relaciones** ha sido uno de los aspectos más destacados tanto en las respuestas a la versión adaptada de la Escala WHOQOL-BREF como al cuestionario complementario y en los relatos de vivencia. Por las respuestas se concluye que se han logrado **progresos en la integración afectivo-**

motora y en la comunicación afectiva y comunión. Se han relatado vivencias de vinculación, compañerismo, amor, ternura, sintonía, empatía, solidaridad y pertenencia.

Con relación a la cohesión grupal se ha cumplido ampliamente el objetivo dado que se ha **generado una red de apoyo y acompañamiento** entre las participantes, con quedadas y ayuda entre ellas fuera del espacio de las sesiones. Se ha destacado en más de una ocasión la sorpresa de ver como mujeres tan diferentes y que hasta el inicio del proyecto no se conocían han podido generar lazos tan fuertes. Por lo tanto, también se ha cumplido con el objetivo de generar vínculos nutricios que rompieron con la dinámica de aislamiento tan acusada en el caso de las cuidadoras.

El trabajo con la línea de la afectividad también se ha traducido en una **mejora en la capacidad de identificar y expresar las emociones**, por lo que podemos afirmar que se ha avanzado en el autoconocimiento y la comunicación con una misma. El **afianzamiento de la autoestima** era otro de los objetivos marcados, dado que constituye un elemento importante en la promoción de la salud de las mujeres. Este se ha visto reflejado en los relatos de vivencia de algunas de las participantes, así como en las respuestas abiertas al cuestionario complementario y también fue señalado como uno de los beneficios aportados por la intervención. Un 70% de las participantes han considerado que la Biodanza les había ayudado a mejora en ese aspecto y en su motivación.

Aunque las líneas de la sexualidad, la creatividad y la trascendencia se plantearan de forma transversal, hay que destacar que uno de los aspectos en los que la satisfacción de las participantes ha tenido un **incremento significativo fue con su vida sexual.** Eso parece indicar que el trabajo con la fluidez y el consiguiente desarrollo de la sensibilidad, uno de los objetivos que establecemos en la programación didáctica, ha abierto la puerta para vivir el placer y la sexualidad desde otro lugar.

En paralelo, algunas participantes han relatado que a lo largo de la intervención se fueron dando placeres cotidianos como bailar o cantar en casa, disfrutar de una comida apetecible, salir y hacer actividades distintas, pasear, etc. Estos pequeños cambios son de gran valor si tenemos presente el mandato patriarcal y judeocristiano del sacrificio, la culpa y la expresión a sentir placer. Creemos además que el hecho de que experimentasen pequeñas (y en algún caso grande) salidas de su rutina, probando hacer actividades diferentes a las habituales, da muestra de que se ha abierto un espacio de creatividad existencial y coraje para cambiar patrones de vida. Los datos

arrojados permiten concluir por lo tanto que la intervención ha **generado cambios en el estilo de vida** de las participantes, **fomentando prácticas más saludables**.

En vista de los resultados podemos sostener que incluso con un programa de intervención con base en la Biodanza SRT, desarrollado en un breve espacio de tiempo como son tres meses – temporalización que resulta más fácil de introducir en el ámbito institucional (programas de prevención y promoción de la salud, con entidades públicas y privadas que trabajan en ese campo, etc.)- es capaz de generar cambios significativos en la percepción que tienen las participantes acerca de su salud. De hecho, 60% de ellas han considerado que la Biodanza les había ayudado a mejorar su salud, aunque su percepción respeto a las limitaciones provocadas por el dolor y la necesidad de tratamientos médicos para funcionar en la vida diaria se hayan incrementado después de la intervención. Como ya hemos señalado, pensamos que el trabajo con Biodanza, y la consiguiente adquisición de una mayor conciencia corporal, permite identificar situaciones y dolores que antes estaban normalizados, Además, no podemos olvidar que de forma general las mujeres tienen una peor percepción sobre su salud.

En cuanto a la calidad de vida, aunque se observa un muy ligero incremento de las puntuaciones dadas a ese ítem antes y después de la intervención (3,50 a 3,60), permaneciendo en un nivel de satisfacción medio-alto, es importante tener en cuenta otros elementos. En la medida en que este indicador se relaciona con aspectos como el estado general de salud, la función física, vitalidad, función social, función emocional, función mental y estilo de vida, y dado que la Biodanza en general, y esta intervención en particular, impacta en varios de éstos, podríamos considerar su **eficiencia en la mejora de la calidad de vida**. Tal y como hemos visto, las participantes han valorado una mejora en sus funciones físicas y en la vitalidad, en las relaciones con las demás personas (función social), en la identificación y expresión de emociones y en el estado de ánimo (función emocional), en la capacidad de concentración (función mental) y en su estado general de salud.

Es importante recordar que el paradigma holístico de salud tiene en cuenta no sólo los índices orgánicos sino la dimensión emocional y social de la misma. En el Sistema Biodanza vamos aún más lejos al promover una concepción ampliada de la salud: la salud vivida y viviente, el buen vivir con alegría, placer y éxtasis por el hecho de estar vivas, en comunión con nuestros vínculos, con la comunidad y con la totalidad y desde la búsqueda de nuevos sentidos existenciales.

Desde ese punto de vista integral, que no restringe la salud a lo corporal, ni a lo mental, sino que abarca emociones, relaciones y también nuestra parte más trascendente -poder ir más allá del ego, sentirnos parte de la totalidad y desde ahí poder experimentarnos en comunión con lo viviente, con toda su potencia afectiva-, es que sostenemos el valor de la Biodanza como estrategia de promoción de la salud y desarrollo de los potenciales humanos. Su capacidad de generar cambios profundos y promover una nueva forma de vivir y convivir, hacen de ella una herramienta idónea para trabajar en la promoción de la salud de colectivos con situaciones y problemáticas específicas como es el caso de las cuidadoras familiares.

En esa línea, sería interesante replicar la intervención en otros grupos de cuidadoras para disponer de resultados más robustos sobre su impacto. Creemos también pertinente incluir preguntas referentes al autocuidado en el cuestionario complementario. Si bien las sesiones de Biodanza son en sí mismas un espacio de autocuidado -y así lo han referenciado algunas de las participantes- poder contrastar si han introducido esa dinámica en su cotidianidad sería de sumo interés en la medida en que se trata de un indicador relevante en la promoción de la salud de las mujeres.

También consideramos que podría resultar beneficioso ampliar la intervención a dieciséis sesiones, dado que con un mes más de trabajo se podrían afianzar los resultados obtenidos y ir un poco más allá en la integración afectivo-motora y la comunicación afectiva y comunión, especialmente en lo que se refiere al contacto.

Aguardamos que este trabajo sea un impulso para seguir desarrollando experiencias de promoción de la salud de las cuidadoras a través de la Biodanza. Y no sólo de este colectivo concreto sino de las mujeres en general, dado que presentan diferencias respecto a los hombres en los procesos de salud y enfermedad, como hemos visto a lo largo de este trabajo.

En definitiva, confiamos en que otras facilitadoras y facilitadores sigan llevando a cabo, sistematizando y evaluando intervenciones de Biodanza en contextos aplicados, con la finalidad de dotar a nuestra herramienta de aún más solvencia. Pero ante todo por la importancia de llevar a distintos ámbitos y personas las posibilidades de cambio y desarrollo integral que nos ofrece el

Sistema Biodanza. Fortalecer y ampliar ese movimiento de amor y buen vivir es una maravillosa tarea en la que implicarnos cada una de las personas que constituimos la comunidad biodancera.

Capítulo 4. Intervención realizada, conclusiones y recomendaciones prácticas

4.1. Cuestiones previas para tener en cuenta

El perfil del grupo (tanto por la edad como por la situación de salud de las participantes) demandaba que las sesiones se rigieran por una rigurosa progresividad y por el trabajo con el inconsciente vital, ante todo. Antonio Sarpe[33], en su programa de radicalización de la progresividad, también recomienda que el trabajo se inicie por el inconsciente vital, para en posteriores etapas poder pasar al inconsciente personal y finalmente al inconsciente colectivo. Además, por cuestiones de salud y debido a las responsabilidades de cuidados de las participantes, también era recomendable que las sesiones no fueran demasiado largas, estando compuestas por una media de 11 o 12 ejercicios.

Por otra parte, el hecho de que se trate de un programa de intervención con una duración determinada requiere ajustar las etapas de integración al horizonte temporal de las doce sesiones que componían el proyecto. Al disponer de tres meses de trabajo para generar cambios significativos en la salud y la calidad de vida de las participantes, hemos de acortar los tiempos preceptivos para desarrollar las tres primeras de las cuatro etapas de integración:

1- Integración motora,
2- Integración afectivo-motora,
3- Comunicación afectiva y comunión,
4- Desarrollo de los potenciales genéticos[34].

Debido a la limitación de tiempo, no se ha trabajado de forma específica el desarrollo de los potenciales genéticos en esta intervención.

En cuanto a las líneas de vivencia, hemos trabajado de forma más específica la línea de la vitalidad, estimulando la integración motora, el aprendizaje del ritmo, la elevación del humor endógeno y la inducción de sensaciones de bienestar, promoviendo el equilibrio orgánico y la desaceleración del movimiento para rebajar los niveles de estrés. La línea de la sexualidad se ha abordado mediante la disolución de tensiones y la apertura del cuerpo a experimentar sensaciones placenteras en actos de la cotidianidad (respirar, desperezarse, caminar, descansar, autoacariciamientos, etc.), sedimentando la idea de que el placer es una guía hacia la salud.

A su vez la línea de la afectividad se ha trabajado de forma progresiva mediante ejercicios que promoviesen la comunicación y la vinculación, el desarrollo de relaciones interpersonales

33 Sarpe, Antonio (2017) Programa Antonio Sarpe. Autoedición. Lisboa.
34 Cuadernillo Metodología III. La sesión de Biodanza. Curso de Formación Docente de Biodanza Sistema Rolando Toro. IBF. p. 1.

armónicas y el contacto nutricio y calificador. También se ha promovido el auto escucha, la intimidad con una misma, la autoaceptación y autovaloración. Las líneas de la creatividad y la trascendencia se han trabajado de forma transversal. La primera con ejercicios de expresividad que refuerzan la identidad y la autoestima y la segunda mediante las rondas como vía para la comunión grupal y la pertenencia intra-especie y con el todo,

Antes de pasar a examinar la programación de las sesiones, recordemos las hipótesis de trabajo que manejamos para este grupo, los objetivos marcados y los ejercicios y danzas prescriptos para cada una de estas situaciones por el Sistema Biodanza.

Hipótesis	Objetivos	Prescripciones
Estado de ánimo comprometido (tristeza, desesperanza, angustia y ansiedad)	Elevar el humor endógeno, vivencias de alegría y disfrute, liberar la risa.	Juegos de vitalidad (integración lúdico-motora) y ejercicios de integración sensorio motora.
Bajo nivel de energía vital y alteración de las funciones orgánicas (dificultades para dormir, descansar, respirar)	Promover el aprendizaje del ritmo y el equilibrio neurovegetativo.	Ejercicios de integración sensorio motora.
Tensiones musculares crónicas, sentimientos de exceso de responsabilidad, culpa o miedo, desconexión con sensaciones y actividades placenteras.	Liberar el movimiento y disolver las tensiones crónicas, sentir placer al moverse.	Ejercicios de integración motora y disolución de tensiones.
Aislamiento social y vínculos empobrecidos, relaciones interpersonales asimétricas (no se recibe lo que se da).	Crear vínculos nutricios y establecer relaciones más equitativas.	Ejercicios de integración afectivo-motora, de comunicación afectiva y ejercicios de comunión sencillos.
Baja autoestima, auto desvalorización.	Reforzar la identidad y autoestima.	Ejercicios de integración motora y afectivo-motora.

4.2. Programa de intervención

En base a las hipótesis de trabajo, objetivos establecidos y los ejercicios prescriptos, elaboramos la siguiente programación didáctica:

Temporalización	Propuesta de trabajo
Mes 1. 5 clases Del 03 al 31 de octubre	Integración motora, aprendizaje del ritmo, juegos lúdicos, fluidez, la armonización y la respiración para la disolución muy progresiva de tensiones. La integración afectiva motora se hará sobre todo mediante la sincronización rítmicas.
Mes 2. 4 clases Del 07 al 28 de noviembre	Seguir el trabajo con la integración motora e incorporar otros ejercicios de disolución de tensiones como los segmentarios, primero los más sencillos como el de cintura,

	incorporando a medida que avanzaba el mes el de hombros y el de cuello con el fin de ablandar el cuerpo y disponerlo para el placer. Continuar el trabajo de integración afectivo-motora y comunicación afectiva a través de ejercicios que estimulan la comunicación en feedback, la mirada y el contacto sin generar demasiada exposición, como los abanicos chinos, ronda de mecimiento por las manos.
Mes 3. 3 clases Del 05 al 19 de diciembre	Seguir trabajando la integración motora, la integración afectivo-motora y la comunicación afectiva, para favorecer el encuentro, la comunicación y la vinculación para establecer vínculos saludables, equilibrados y nutricios. Incorporar danzas expresivas para seguir trabajando el ritmo y el refuerzo de la identidad y la autoestima.

Así, en el primer mes hemos adoptado:

- Juegos lúdicos y de vitalidad, que favorecieran la cohesión grupal, la distensión, el aprendizaje del ritmo y la elevación del humor endógeno.
- Ejercicios de integración sensorio motora para desarrollar las capacidades rítmicas y el sinergismo (marcha sinérgica, coordinación rítmica, danza rítmica).
- Ejercicios de integración motora para regular el tono motor, promover la desaceleración del movimiento, estimular la sensibilidad y generar armonía biológica (extensión máxima, extensión armónica, primer y segundo movimiento de la serie I y danzas de fluidez con imágenes).
- Ejercicios de integración motora para disolver las tensiones y liberar el movimiento (respiración danzante).
- Ejercicios de integración afectivo-motora para reducir la disociación entre afectividad y acción y estimular la comunicación en feedback y la mirada sin generar demasiada exposición. (sincronización rítmica, abanicos chinos).

En el segundo mes, además de seguir con los ejercicios expuestos anteriormente, hemos incluido:

- Ejercicios de integración motora para disolver las tensiones crónicas, liberar el movimiento y disponer el cuerpo al placer (respiración danzante, segmentarios de cintura, hombros y cuello).
- Ejercicios de integración afectivo-motora para reducir la disociación entre afectividad y acción y estimular la comunicación en feedback, la mirada y el contacto sin generar demasiada exposición (sincronización rítmica, abanicos chinos, eutonía de dedos).

- Ejercicios de comunicación afectiva y comunión para integrar los gestos a las emociones y reducir progresivamente la disociación afectivo-motora (rondas de mecimiento por las manos para un contacto y abandono progresivo, además de las rondas de inicio, de activación y final).

En el **tercer y último mes** el proyecto, dado que ya se había formado una matriz grupal y afectiva, además de seguir con los ejercicios adoptados en las fases anteriores, hemos propuesto:

- Ejercicios de integración sensorio motora con elementos de ritmo y creatividad para favorecer la expresión y el aumento de la confianza en una misma, la autoestima y el autoimagen (danza rítmica, danza rítmica expresiva).
- Ejercicios de integración sensitivo-motora (danza de brazos sensibles) y de contacto sensible para favorecer la sensibilidad y la integración afectivo-motora (autoacariciamientos de manos, caricias anónimas en grupo).

4.3. Compartires y aprendizajes

De la experiencia adquirida a raíz de la intervención realizada podemos extraer las siguientes recomendaciones y aprendizajes:

Generales:

- La programación didáctica y el ajuste de las etapas a un horizonte temporal limitado es central en el trabajo con colectivos específicos en contextos institucionales. En esta situación, al contrario de lo que sucede en los grupos regulares organizados por las y los propios facilitadores, contamos con una temporalización determinada que, con frecuencia, es inferior a un año. Pero que requiere obtener unos resultados significativos si deseamos que el proyecto tenga continuidad. Por ello es imprescindible programar todas las sesiones antes de empezar, fijando unos objetivos para cada sesión, para cada mes y para la intervención en general.

Estructura de las sesiones:

- En el trabajo con colectivos como el de cuidadoras familiares, por razón de edad y estado de salud, es central la progresividad de las sesiones y que estas no sean demasiado largas (con 11 ejercicio, o 12 como máximo) para respetar el ritmo y los tiempos de las participantes. Por ello es necesario seleccionar de forma muy precisa los ejercicios a emplear de modo a que cada uno de ellos contribuya a llegar al objetivo fijado en la sesión. En línea con lo anterior, es necesario dejar tiempo suficiente para el relato de vivencia, dado que por el perfil del grupo la necesidad de hablar y compartir su estado y sus vivencias es muy grande. Tal circunstancia requiere de gran habilidad para acompañar el grupo con el objetivo de que puedan disfrutar de un espacio seguro para hablar y ser escuchadas con atención, presencia y amorosidad, pero sin que se convierta en una terapia de grupo.

- Para que el relato de vivencia se ajuste a las necesidades del grupo y no escape a la función que establece el Sistema Biodanza es conveniente remarcar que se trata de un espacio de co-escucha en el que no entramos en diálogo, ni aconsejamos sobre las experiencias de las compañeras, invitándoles a buscar espacios fuera de la sesión para acompañarse de la forma que consideren o en ofrecer una escucha individualizada en el caso de que la persona lo desee. No tener miedo a poner límites de forma afectiva cuando el tiempo de palabra se extiende, el tema tratado se desvía o cuando las participantes entran en diálogo o hacen amago de opinar o juzgar la experiencia de las demás.

- Cuando salen emociones fuertes o llanto, es conveniente que la facilitadora realice un acompañamiento con contención física en forma de toque o caricias suaves, modelando ese comportamiento en las demás participantes. En todo caso, conviene que en las primeras sesiones tratemos de no movilizar contenidos emocionales profundos, ya que probablemente estos saldrán espontáneamente debido a la situación vital y familiar de las participantes. También hemos observado que con colectivos como el de las cuidadoras familiares el trabajo de integración lúdico-motora y motora, con el consiguiente impacto sobre el humor endógeno y el equilibrio orgánico, es una tarea fundamental dado que acusan un estado de ánimo decaído y dificultades para dormir, descansar, alimentarse de forma saludable o respirar.

- Por ello, en el primer mes hemos empleado dos juegos de vitalidad en cada sesión, para elevar el humor endógeno, favorecer el aprendizaje del ritmo y cohesionar el grupo. A partir de la quinta sesión hemos empleado un único juego pasando a incorporar danzas rítmicas y, en el último mes, rítmico expresivas.

Ejercicios y músicas:

- Desde la primera sesión hemos incluido la serie I de fluidez, concretamente los dos primeros movimientos que son de más fácil ejecución. Pese a que hay quien desaconseja empezar con la fluidez, pues resulta difícil para muchas personas desacelerar viviendo en sociedades con ritmos tan intensos, en este caso pensamos que se ajustaba bien al perfil del grupo. El estrés al que están sometidas las cuidadoras y la falta de tiempo propio para estar consigo mismas, escucharse y descansar, hacen recomendable trabajar la fluidez desde las primeras sesiones. De esa forma, logramos ir desacelerando y dulcificando el movimiento, al tiempo en que les regalamos un tiempo propio de descanso y auto conexión. En los relatos de vivencia muchas de

las participantes destacaban su agrado al realizar estas danzas, que evocaban sensaciones de serenidad, paz e interioridad.

- Para complementar el objetivo de rebajar el estrés y fomentar la sensibilidad, en la tercera y cuarto sesión propusimos después de la serie de fluidez una danza de fluidez con imágenes, dado que resulta más fácil para principiantes contar con el apoyo de la imaginación como guía para el movimiento.

- Los problemas musculoesqueléticos con la consiguiente carga de tensiones crónicas son típicos de la sintomatología de las cuidadoras. Por ello, en el primer mes de intervención incluimos la respiración danzante como forma progresiva de ir logrando la disolución de tensiones. En el segundo mes hemos introducido los segmentarios, iniciando por los más sencillos como el de cintura y hombros, y pasando posteriormente al de hombros y cuello. Aunque se recomienda que los ejercicios de segmentarios se adopten pasados tres meses, consideramos que la temporalización de la intervención y las características del grupo justifican hacerlo en el segundo mes. Además de ello, Rolando Toro no desaconseja y mismo empleaba los segmentarios desde las primeras sesiones siempre y cuando se hiciera una buena lectura del grupo.

- En el segmentario de cintura, dejar claro en la consigna de que deben iniciar con los brazos elevados, aunque no sea muy arriba, y bajar en cuanto sientan cansancio, pero al menos vivenciar, aunque sea por segundos el movimiento con los brazos elevados. Este apunte es importante sobre todo si hay personas con cardiopatías, ya que pueden acusar más el cansancio, problemas para respirar o la falta de equilibrio.

- Hemos incluido en todas las sesiones las extensiones máxima o armónicas como ejercicios puente, dado que "después de la estimulación de la vitalidad, estos ejercicios producen una sensación de unidad de todo el cuerpo y de control motor."[35] La extensión máxima favorece la percepción corporal, sentir el cuerpo que es algo muy recomendable para el colectivo con el que hemos trabajado, al activar el flujo de energía en el cuerpo y movilizar tendones, músculos y articulaciones. A su vez, la extensión armónica evoca la sensación de armonía, modulando la función de la corteza y permitiendo oxigenar y entrar en un estado de interioridad después de la parte activa. En todo caso, en el primer mes hemos empleado canciones distintas a las elencadas, dado que estas resultaban demasiado sensuales para el

35 Síntesis de la lista oficial de ejercicios, músicas y consignas de Biodanza 2009 (SRT) de la edición revisada y ampliada a cargo de Eliane Matuk, Marcelo Mur, Claudete Sant'Anna. p. 9.

grupo. Hemos optado por usar canciones que, aun evocando el placer, resulten menos comprometidas, con predominancia de las flautas en lugar de los saxofones o las trompetas (por ejemplo, las de Zamfir o Breathe de Douglas Spotted Eagle).

- Entre las sesiones 7 y 9 hemos propuesto liberaciones del movimiento y danzas rítmicas expresivas, combinadas con segmentarios en la parte colinérgica, para ir disolviendo las corazas y los patrones rígidos y liberar la expresión. Este trabajo se justifica por la necesidad de reforzamiento de la autoestima y la identidad de las cuidadoras, con el consiguiente impacto en su salud.

- La integración afectivo-motora se ha de llevar a cabo sobre todo a través de la danza de sincronización rítmica, que se ha incluido en las primeras siete sesiones (el primer mes y medio de la intervención) empleando canciones muy rítmicas y muchos cambios para suavizar el nivel de exposición que supone ese ejercicio, al estar frente a frente con alguien desconocido. Hemos encontrado que esa disposición clásica de los ejercicios (ronda, marcha, coordinación y sincronización rítmicas) favorece la integración motora, el aprendizaje del ritmo y del sinergismo y también los niveles de vínculo entre las participantes. Sin embargo, consideramos conveniente que en las primeras sesiones consignemos la sincronización rítmica de forma sencilla, sin demasiada proyección existencial y poniendo el foco en el conocimiento a través del ritmo y el sinergismo.

- La integración afectivo-motora se ha completado con danzas de abanicos chinos y eutonía de dedos, esta última en el tramo final de la intervención. Ambas son muy recomendables para colectivos como el de las cuidadoras, dado que promueven la comunicación en feedback y el contacto de forma muy progresiva y no invasiva. La danza de los abanicos chinos empleada en las primeras sesiones con canciones como "El Hada de Azúcar" del compositor Piotr Ilitch Tchaikovsky o el Tao of Life de Vangelis, se vivencia como un juego, por lo tanto, sin tanto componente de inhibición, pero va abriendo la mirada, favoreciendo una comunicación más íntima entre las participantes.

- El contacto resultaba para este grupo algo desafiante, y además sabemos que en determinados contextos y colectivos propuestas que implican contacto, aunque sea mínimo, son muy contra culturales. Por ello, hemos iniciado el contacto en el segundo mes de intervención a través de una ronda de mecimiento por las manos, para más adelante hacerlo a través del

autoacariciamiento de manos y las caricias anónimas en grupo. En los relatos de vivencia muchas participantes manifestaban la ronda de mecimiento como un momento de tranquilidad, seguridad, afectividad y comunión con el grupo.

Apéndices

Apéndice 1. Cuidados y cuidadoras: una radiografía

1.1. Los cuidados: definición y relevancia social

Es bastante frecuente identificar los cuidados con las tareas de atención a personas en situación de especial vulnerabilidad como la tercera edad, las que padecen enfermedades crónicas o terminales, o que presentan diferentes niveles de dependencia a causa de una diversidad funcional. El Consejo de Europa define la dependencia como "la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana" o, de manera más precisa, como "un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o por la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal."

Lo cierto es que al menos en el contexto de los países centrales o considerados "desarrollados" la mejora de las condiciones de vida (alimentación, vivienda y saneamiento, empleo, salud, etc.) ha incrementado la longevidad, conllevando muchas veces problemas crónicos de salud. Por otro lado, los avances sanitarios y tecnológicos han favorecido que las personas con diversidad funcional pudieran incrementar su expectativa de vida incluso en casos muy graves, con la consiguiente demanda de cuidados cada vez más especializados.

Para tener una idea aproximada de la dimensión del ámbito de los cuidados, tanto en lo que atañe al número de personas que necesitan cuidados en el contexto español, ofrecemos algunos datos socio demográficos de interés en el gráfico 1.[36] En todo caso, la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y la Fundación Envejecimiento y Salud de la Sociedad cifran en 2,3 millones el número de personas con situación reconocida de dependencia en el Estado español en 2018.

Diferentes estudios señalan que la demanda de cuidados seguirá en alza el futuro. De forma general la estructura de edad de la población ha cambiado, y el envejecimiento es ya una realidad en todos los países del mundo, aunque este fenómeno es más acusado en Europa (ONU, 2014). En el caso español, las estimaciones apuntan a que en las próximas décadas la población de 65 años y más seguirá aumentando hasta el año 2050.

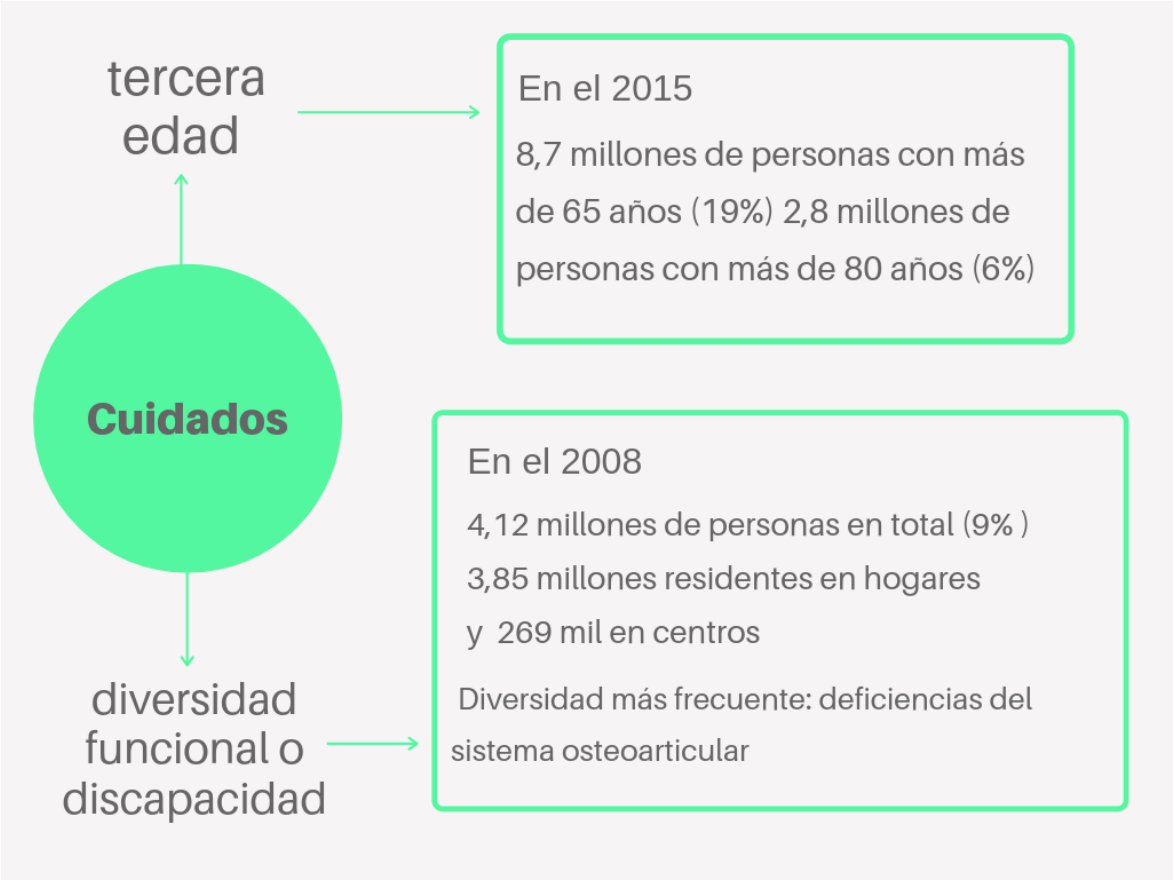
Además de las proyecciones de aumento de la longevidad, hay que tener en cuenta que los cambios fisiológicos que se producen en la vejez como la acumulación de daños moleculares y celulares que acarean un deterioro generalizado y progresivo de muchas funciones, conllevando mayor vulnerabilidad y riesgo de enfermedades con el paso de los años. Estos cambios acostumbran a cursar con otras patologías y condiciones de salud que se ven modificadas por los

36 Elaboración propia en base a datos extraídos del Informe "Las personas mayores en España" (IMSERSO 2016), la Encuesta sobre Discapacidad, autonomía personal y situaciones de Dependencia (2008) y el Informe Olivenza sobre la situación general de la discapacidad en España (2017).

anteriores, y viceversa, ocasionando una situación psicosocial compleja en cuanto a los cuidados y tratamientos que requieren las personas mayores.

En nuestro contexto la mayor parte de los cuidados que requieren estas situaciones se brindan en el hogar, dado que los servicios sociales y sanitarios sólo cubren una parte pequeña de las necesidades. Esa situación es mucho más acusada en la coyuntura de crisis económica y recortes de servicios públicos que estamos viviendo en los últimos diez años.

Gráfico 1. Demanda de cuidados en el contexto español.

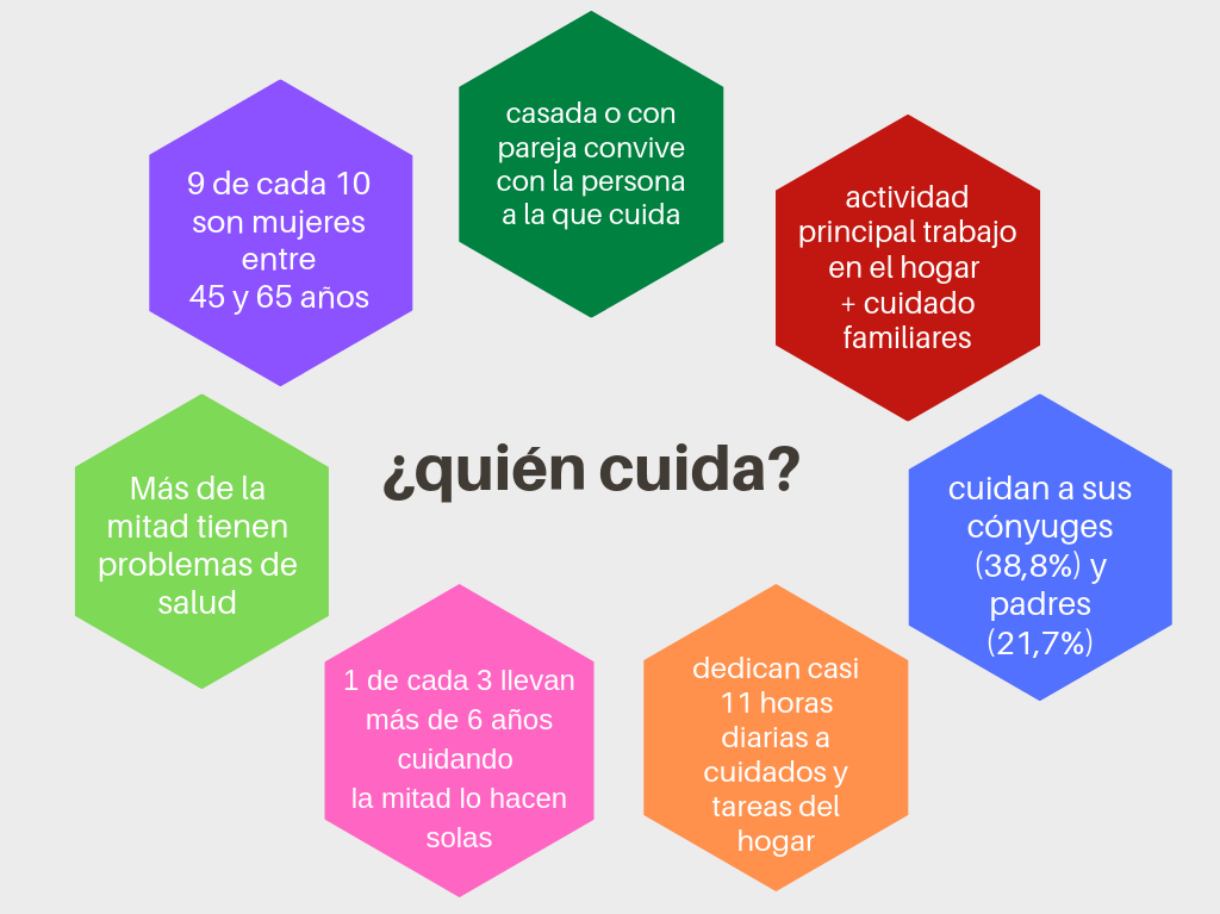


En los hogares (y no solo, dado que las profesiones asistenciales están feminizadas) son las mujeres las que han realizado y realizan las tareas de cuidados, puesto que cuidar ha sido y todavía se sigue concibiendo como una labor femenina. Esto se explica por la socialización de género vehiculizada al modelo cultural patriarcal que asigna roles diferentes a hombres y mujeres, tema en el que profundizaremos en el siguiente apartado.

En todo caso, la consecuencia del modelo de socialización patriarcal es la desigualdad en el reparto de las tareas de cuidados, situación que sigue vigente en la actualidad. Aunque se observa una progresiva incorporación masculina a los cuidados, todavía estamos muy lejos de una

equiparación. A continuación, ofrecemos en el gráfico 2 el perfil general de las personas que cuidan en el contexto familiar español[37].

Gráfico 2. Perfil de las personas que cuidan en el contexto familiar español.



Como se observar, en el 2018 nueve de cada diez personas cuidadoras en España son mujeres. En la Guía de atención a las personas cuidadoras, editada por el Servicio de salud del Principado de Asturias, se afirma que "en las familias que no cuentan con una mujer cuidadora, algún hombre (esposo, hijo, hermano) se ha de hacer cargo del cuidado; pero en aquellas en las que hay una mujer, el peso del cuidado sigue recayendo en ella. Y aunque los hombres se están implicando paulatinamente en el hecho de cuidar, normalmente suele ser como colaboradores de la cuidadora principal".

De lo expuesto hasta ahora queda claro que existe una fuerte demanda social de cuidados y que la proyección es que esta aumente en los próximos años. También que las mujeres fueron y son (más aún en los países del sur de Europa) el factor de amortiguación de las familias antes unas políticas públicas insuficientes para dar cuenta de las demandas de cuidado de la población más vulnerable. Hasta aquí ya tendríamos suficientes elementos para ponderar el impacto social que tienen los cuidados y el trabajo de quién mayormente los lleva a cabo.

37 Elaboración propia en base a datos aportados por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas en el 2018. Fuente: http://www.medicosypacientes.com/articulo/nueve-de-cada-diez-cuidadores-en-espana-son-mujeres

No obstante, muchas estudiosas en el ámbito de los cuidados advierten la necesidad de ampliar la perspectiva respecto al significado social de estas actividades y de su propia naturaleza. En ese sentido, apuntan que los cuidados no solo se refieren a la asistencia prestada a personas que carecen o han perdido la autonomía para realizar actividades de la vida diaria. En cambio, plantean que se refieren a todas las tareas destinadas a cuidar la vida, a cubrir necesidades tanto biológicas como emocionales, y a mantener a las personas y al medio en condiciones saludables a lo largo de todo el ciclo vital. Al ser la vulnerabilidad una condición intrínseca a nuestra existencia como seres humanos, y en general a todo lo viviente, todas las personas necesitamos cuidados a lo largo de nuestra vida de forma cotidiana.

Por lo tanto, Carrasco y Tello (2012), postulan que no se trata de una coyuntura histórica de mayor longevidad y esperanza de vida de aquellas personas en situación más vulnerable, sino que los cuidados han existido siempre y constituyen la base de nuestra existencia. Y que son el sostén del entramado socio económico. Esta concepción de los cuidados se ha generado desde una corriente epistemológica que se apoya sobre todo en la economía feminista y el ecofeminismo, y que se conoce como el **enfoque de la sostenibilidad de la vida**. Esta hace referencia a los procesos que hacen que la vida continúe –-en términos humanos, sociales y ecológicos- en unas condiciones o calidad de vida aceptables para toda la población. Nos parece interesante mencionar esa corriente de pensamiento por la clara convergencia con el elemento central en el Sistema Biodanza, el principio biocéntrico. Este también pone el foco en la centralidad de la vida como principio organizador de la sociedad y del universo como un todo.

Si tenemos en cuenta esa visión ampliada de los cuidados, en cuanto sostén de la vida humana y no humana y garante de las condiciones de existencia de las generaciones futuras, la labor de las cuidadoras aún cobra más relevancia.

1.2. La situación de las cuidadoras informales o familiares

Hemos visto que en siglo veintiuno cuidar sigue siendo una labor eminentemente femenina. En este apartado trataremos de exponer algunas de las razones que explican la diferente participación en los cuidados por razón de género y también la situación psicosocial de las cuidadoras no profesionales en líneas generales.

¿Por qué los cuidados recaen y siguen recayendo sobre las mujeres? Para llegar a comprender precisamos analizar la construcción de los roles de género, que se da mediante un proceso de socialización vehiculizado al modelo cultural patriarcal. La teoría de la socialización postulada por Carol Gilligan en 1982 explica que, a través de la educación recibida, tanto en la casa como en la escuela, y de los mensajes que trasmite la sociedad mediante la religión, los proverbios, la publicidad, la literatura, el cine, etc., se asignan roles o funciones sociales diferenciadas a hombres y mujeres, otorgando a los primeros las tareas y el espacio público, y a las segundas la esfera y las actividades que se dan en ámbito privado. Desde la infancia aprendemos a comportarnos y desempeñarnos socialmente según esa diferenciación, internalizando esa norma sociocultural. Por lo tanto, mediante el proceso de socialización se

reproduce y perpetúa la creencia de que las mujeres están mejor preparadas, debido a uno supuestos dotes naturales, que los hombres para el cuidado. De esa forma se naturaliza el cuidado como una actividad femenina y se asocia la atención a las necesidades y la salud de las personas, especialmente de la familia, a su rol de género.

La llamada "cuidadora principal" realiza múltiples tareas que demandan tiempo y energía, algunas de ellas muy poco placenteras o agradables. Aunque muchas de esas actividades requieren el desarrollo de habilidades que, en mayor o menor medida, han ido adquiriendo las cuidadoras, también es cierto que para las más específicas no suelen estar preparadas. De forma general, cuidar implica prestación de ayuda. Entre las tareas de la cuidadora suele estar preparar o controlar la toma de medicación, cuidar de la higiene y la alimentación, estimular el ejercicio físico, hacer cambios posturales y curas, utilizar equipamientos para el tratamiento o el seguimiento de la salud, acompañar a los servicios sanitarios y asistenciales y servir de interlocutora ante ellos, dar soporte emocional, entre otras muchas. A lo largo del día la persona cuidadora realiza diversas actividades de las que no es consciente y que por ello no valora, percibiendo tan solo que el tiempo transcurre sin saber en qué.

Se trata de un trabajo no remunerado, que se articula en torno a las relaciones afectivas o de parentesco y que se presta en el ámbito privado, quedando oculto a la comunidad, adscrito a las mujeres como parte de su rol de género. Todo eso contribuye al escaso reconocimiento social y económico con el que cuenta. Hay que remarcar que el trabajo de las cuidadoras principales no se restringe solamente a los cuidados específicos a brindar sino también a una diversidad de situaciones que derivan de ellos. Eso hace con que cada experiencia de cuidado sea única y distinta a las demás por diversas razones: personales, de parentesco, relación anterior de la persona cuidadora con la persona cuidada, tipo y grado de dependencia y hasta por el motivo por el que se cuida (altruismo, reciprocidad, gratitud y estima, sentimientos de culpa, censuras, aprobación social, interés, etc.). En todo caso, cuidar supone una serie de requerimientos y exigencias que impactan sobre la cuidadora desde un punto de vista físico, psicológico y social como hemos visto a lo largo de este trabajo.

Apéndice 2. Unas gafas con las que mirar (y cambiar el mundo) desde el amor y la justicia

¿Por qué hablo de género en esta experiencia aplicada de Biodanza? ¿Qué entiendo por género? Para responder a estas preguntas y ofrecer un marco de comprensión al enfoque adoptado en este trabajo es fundamental delimitar el concepto de género y el cuerpo epistemológico en el que se ha desarrollado. Sólo así podremos comprender la realidad en la que nos movemos, teniendo en cuenta las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres que se observan en todos los ámbitos, también en el de la salud.

Pero no basta con comprender. No solo se trata de un ejercicio intelectual. También supone posicionamos en el compromiso de transformar unas relaciones asimétricas, tanto en el plano interpersonal como social, para convertirlas en relaciones igualitarias y de buen trato. Desde esa lógica, tener en cuenta la perspectiva de género es por lo tanto, un acto de amor y de justicia. Una apuesta por un mundo y unas relaciones humanas equilibradas, afectivas y nutricias, alejadas de toda relación de poder u sometimiento.

En general se verifica un gran desconocimiento sobre esta temática en el Sistema Biodanza. Rolando Toro habla de patriarcado y machismo en algunos de sus textos[38] y llegar a hacer alguna mención al género[39] pero de forma tangencial.

En la actualidad hemos empezado a escuchar voces y reflexiones en torno a la necesidad de nutrir a la Biodanza con el enfoque de género. Rodrigo Aguilera Hunt[40], didacta y psicólogo clínico chileno, argumenta la necesidad de ir más allá del planteamiento biológico en Biodanza para enriquecer su cuerpo teórico con los aportes de las Ciencias Sociales. El objetivo sería doble. Por un lado, garantir que el Sistema siga dando respuesta a las cuestiones sociales que emergen en distintos momentos históricos, como son hoy en día las perspectivas de género y feminista y el reconocimiento de la diversidad sexual (que pueden atravesar a las personas con las trabajamos y a nosotras mismas como facilitadoras y facilitadores). Por otro, también supondría romper con la perpetuación de relaciones de poder y desigualdad entre los seres humanos, objetivo que persigue la Biodanza en cuanto propuesta emancipadora. Aguilera también señala que la Biología y la Neurociencia no son los únicos soportes teóricos del Sistema y que el propio Rolando Toro ha bebido de las aportaciones de distintas disciplinas enmarcadas en las Ciencias Sociales, como la Antropología, la Sociología, la Psicología o la Filosofía para crear nuestra herramienta.

Siendo consciente de que se trata de un tema amplio y complejo a abordar, que escapa a los objetivos de este trabajo, en este apartado simplemente trataremos de ofrecer una aclaración

38 En la descripción de la Escala evolutiva de los niveles de vinculación humana, Apéndice II del Manual Biodanza También en el cuadernillo de Sexualidad al hablar sobre Idealismo y Genitalización, p. 26. También habla del feminismo como procedente de la ideología judeocristiana, una aseveración que genera desconcierto dado que una labor central del feminismo fue denunciar el impacto de dicha cultura sobre la sexualidad y la vida de las mujeres y para la sociedad en general.

39 "Biodanza para grupos de Género" es una de las aplicaciones que se mencionan en el Cuadernillo Aplicaciones y extensiones, p. 15.

40 https://vimeo.com/275319961

general de que es el género para ser capaces de comprender que nos aporta a la hora de intervenir en distintos aspectos de la realidad, incluida la salud.

Sin duda, el precedente más relevante para el desarrollo del término lo encontramos en el ensayo de Simone de Beauvoir "El segundo sexo" (1949). El él reflexiona sobre la construcción de la identidad femenina y trata de explicar la desigualdad entre hombre y mujeres y la subordinación de éstas a lo largo de la historia desde el punto de diversas disciplinas como la Psicología, la Historia, la Antropología o la Biología. Y apunta a la construcción sociocultural que se hace a partir del sexo biológico convirtiendo la diferencia en desigualdad.

Posteriormente, en los años cincuenta y sesenta, se acuñan los términos "papel o rol de género" y "identidad de género" [41] para describir el conjunto de conductas atribuidas socialmente a hombre y mujeres y precisar la diferencia entre sexo y género. Pero no será hasta los años setenta cuando el término entre en las Ciencias Sociales, dado que antes se empleaba sobre todo en los contextos de la Medicina y la Antropología. A partir ese momento[42] se empieza a formalizar el género como categoría desde la cual observar y comprender el sistema social vigente. Este se caracteriza por unas relaciones jerárquicas entre hombres y mujeres que atraviesan todos los ámbitos de la sociedad y en una desigual distribución de derechos, libertades, participación, cuidados, recursos, oportunidades y poder entre unos y otras. Este sistema social se denomina **patriarcado**. Rolando Toro, tal y como fue mencionado anteriormente, también emplea este concepto en sus textos y en concreto afirma que:

> "Con la aparición del patriarcado surgió el autoritarismo y el machismo. La evolución de las relaciones humanas entró en un proceso de decadencia a través de los siglos." (Biodanza. Apéndice II. Escala evolutiva de los niveles de vinculación humana, p. 249)

A partir de esos planteamientos se genera todo un cuerpo de conocimiento, nutrido por muchos aportes a partir de esas ideas básicas, que se denomina Estudios de Género, Estudios de Mujeres o Estudios Feministas. En el marco de este cuerpo de conocimientos se desarrollan distintas perspectivas para analizar, comprender y ofrecer propuestas de cambio. En otras palabras, podemos decir que el género es un marco de interpretación de la realidad que sirve para revelar las estructuras y mecanismos que reproducen la discriminación o exclusión de las mujeres en los diferentes ámbitos de la sociedad (Cobo, Rosa 2005). Hoy en día está considerado como un parámetro científico solvente, que está presente en los currículos de distintas instituciones académicas, y que es adoptado en investigaciones desarrolladas desde diversas áreas del conocimiento. También está reconocido por organismos internacionales, siendo la base para la elaboración de políticas públicas en muchos países.

Así pues, el género puede definirse como el **conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anatómico-fisiológica** y que dan sentido a las relaciones entre personas en sexuadas (De

41 Propuesto por el psicólogo e investigador John Money y por el psiquiatra y psicoanalista Robert Stoller, respectivamente.

42 Sobre todo, a partir del trabajo desarrollado por la antropóloga norteamericana Gayle Rubin en 1975.

Barbieri, Teresita 1992). A su vez el sexo correspondería a un hecho biológico, producto de la diferenciación sexual de la especie humana, que implica un proceso complejo con distintos niveles, que no siempre coinciden entre sí, y que son denominados por la biología y la medicina como sexo cromosómico, gonadial, hormonal, anatómico y fisiológico.

A partir del sexo que presentan mujeres, hombres y personas intersexuales (que portan características anatómicas, fisiológicas y genéticas que no se pueden atribuir claramente a un determinado sexo), es decir del hecho biológico, en cada momento histórico y en cada sociedad se atribuyen rasgos, identidades y funciones psicológicas y socioculturales que van a conformar lo femenino y lo masculino. Estas se van internalizando mediante los procesos de socialización (ver capítulo 1, página 16) desde la infancia hasta la vida adulta.

Aunque lo explicado hasta ahora fue y sigue a ser un punto de partida útil, algunas voces y corrientes de pensamiento[43] cuestionan que el sexo sea una categoría o condición neutral anterior a la cultura (Platero, Raquel Lucas 2014). Eso se evidencia por el hecho de que en algunas culturas el sexo no se restringe apenas a dos opciones. Los bebés intersexuales también dan cuenta de que la variabilidad humana va mucho más allá del binomio hombre y mujer.

Desde ese punto de vista podríamos considerar que el concepto de género es más útil que el de sexo para comprender las identidades y roles de las personas en sus vidas cotidianas, ya que se refiere a las simetrías y desigualdades sociales que se han establecido entre personas consideradas como hombres o como mujeres. En esa línea la **identidad de género se refiere a la identificación en relación con el sexo que nos fue atribuido al nacer.** Si hay identificación con el sexo que me fue asignado al nacer, decimos que se trata de una persona cisgénero, y si no me identifico hablamos de personas transgénero. Por lo tanto, las categorías femenino y masculino no se refieren al sexo de las personas sino a conductas.

En definitiva, **el género no es un sinónimo de mujeres, sino que se trata de las relaciones que se establecen entre las personas definidas como hombres o mujeres.** Estas atraviesan no sólo los vínculos interpersonales sino a todos los ámbitos de la sociedad y van a variar según el momento histórico. Si bien las relaciones entre mujeres y hombres admiten distintas posibilidades (dominación masculina, dominación femenina o relaciones igualitarias), en las sociedades patriarcales, basadas en la creencia de la superioridad masculina, éstas por lo general se configuran como relaciones de poder. Por lo tanto, en la dominación masculina y subordinación femenina, generando desigualdad, discriminación y violencia para las mujeres y para los cuerpos y subjetividades entendidos como femeninos.

En el ámbito de la salud (esta cuestión se va a desarrollar en el capítulo 2) adoptar el enfoque de género nos permite comprender las diferencias en cómo enferman hombres y mujeres, no sólo en función de sus características biológicas sino de las circunstancias sociales (trabajos y responsabilidades, tiempos de ocio y descanso disponibles, estilo de vida, etc.) que les atraviesan. Lo mismo es aplicable a los programas de tratamiento aplicados a unas u otros y a las estrategias de prevención y promoción de la salud.

43 Como la representada por la filósofa norteamericana Judith Butler.

Bibliografía

Afectividad. Cuadernillo del Curso de Fomación Docente de Biodanza Sistema Rolando Toro. Escuela y Centro Hispánico de Biodanza SRT y IBF.

Aplicaciones y extensiones. Cuadernillo del Curso de Fomación Docente de Biodanza Sistema Rolando Toro. Escuela y Centro Hispánico de Biodanza SRT y IBF.

Carrasco, Cristina, Borderías, Cristina y Torns, Teresa (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.

Carrasco, Cristina y E. Tello (2012) "Apuntes para una vida sostenible". En M.Freixanet Mateo, Sostenibilitats: Politiques públiques des del feminisme il'ecologisme. Barcelona: Institut de Ciències Polítiques i Socials, UniversitatAutònoma de Barcelona, pp. 11-53.

Caruncho, Cristina y Mayobre, Purificación. (1998) Salud y género. En *Novos Dereitos: Igualdade, Diversidade e Disidencia*. Santiago de Compostela: Tórculo Edicións.

Castañeda, Gloria (2009) La biodanza como práctica corporal en relación con la promoción de la salud. Revista Educación física y deporte, n. 28-2, 81-90. Funámbulos Editores. Antioquia.

Cobo, Rosa (2005) El género en las Ciencia Sociales. *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 18, p. 249-258.

De Barbieri, Teresita (1992) *Sobre la categoría de género. Una introducción teórica metodológica*. ISIS Internacional N° 17, Santiago de Chile.

Emakunde Instituto Vasco de la Mujer (2003) Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado. SARE 2003 nº53. Victoria-Gasteiz.

Servicio de Salud del Principado de Asturias (2017) Guía de atención a las personas cuidadoras. Gobierno del Principado de Asturias.

Gamba, Susana (2008) ¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género? Diccionario de Estudios de Género y Feminismos. Biblos. Buenos Aires.

Gomes, Kelen (2008) *Biodança e saúde percebida: um olhar biocêntrico sobre a saúde.* Monografía para la obtención del título de Mestre en el Programa de Posgrado en Psicología por la Universidade Federal do Ceará.

Identidad e Integración. Cuadernillo del Curso de Formación Docente de Biodanza Sistema Rolando Toro. Escuela y Centro Hispánico de Biodanza SRT y IBF.

Instituto de la Mujer (2010) Género y salud. X y XI Jornadas de la Red de Mujeres Profesionales de la Salud.

La Vivencia. Cuadernillo del Curso de Formación Docente de Biodanza Sistema Rolando Toro. Escuela y Centro Hispánico de Biodanza SRT y IBF.

Mayobre, Purificación y Vázquez, Iria (2015) Cuidar cuesta: un análisis del cuidado desde la perspectiva de género. *Revista española de investigaciones sociológicas*, nº 151, p. 83-100.

Organización Mundial de la Salud (1998) Promoción de la Salud Glosario. p.16. OMS.

Organización Mundial de la Salud. Division de Salud Mental. Programa de Salud Mental, WHOQO, Calidad de Vida. Ginebra. OMS.

Martínez, Isabel (2005) Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. Universidad de Valencia. Consultado o 12 de febrero de 2019: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/03modulo_02.pdf

Metodología III. La sesión de Biodanza. Cuadernillo del Curso de Fomación Docente de Biodanza Sistema Rolando Toro. Escuela y Centro Hispánico de Biodanza SRT y IBF.

Organización de Naciones Unidas (2014). *La situación demográfica en el mundo*. ONU.

Pedrero-Pérez, E.J. y MethaQoL Group (2018) Calidad de vida en pacientes tratados con metadona: el WHOQOL-BREF, estudio psicométrico y resultados de aplicación. Anales de psicología, vol. 34, nº2, p. 251-257.

Pereira, Bárbara, Rino, Maria Manuela y Bessa, Maria Salete, Pereira, Maria do Socorro (2006) Significado da Biodança como fonte de liberdade e autonomia na auto-reconquista no viver humano. Texto Contexto Enfermagem, nº 1, p. 48-54.

Platero, Raquel (Lucas) (2014*) Transexualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Bellaterra, Barcelona. p. 28.

Rosendo, María (2011) *La promoción de la autoestima y de la salud de las mujeres a través del trabajo grupal.* TFM del Máster de Agentes de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres en el Mundo Rural. Facultad de Letras de la Universidad de Lleida.

Sarpe, Antonio (2017) Programa Antonio Sarpe para a criação e manutenção de grupos regulares. Ed propia: Lisboa.

Sánchez-López, María (2001) La salud desde la perspectiva de género. En C.-Nogueira y S. Magalhaes (Eds.), *Gênero e saúde. Novas (in)visibilidades* (pp.19-33). Afrontamiento.

Santos, Márcia (2016) *Dançar a vida em Saúde Mental. A biodanza enquanto estratégia em reabilitação psicossocial*. Monografia para la obtención del título de Facilitadorade Biodanza. Lisboa.

Saray, Luz Estrella (2009) Biodanza como estrategia de Cuidado Humano en Salud para el Mejoramiento de la calidad de Vida Aplicado a Enfermería.

Segura, J.M.; Bastida, N.; Martí, N. y Riba, M. (2001) Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. Atención Primaria, 1998, citado en Delicado, María Victoria, García, Miguel A., López, B. y Martínez, Pilar (2001). Revista de Enfermería n. 13.

Sexualidad. Cuadernillo del Curso de Fomación Docente de Biodanza Sistema Rolando Toro. Escuela y Centro Hispánico de Biodanza SRT y IBF.

Toro, Rolando Araneda (2009) Biodanza. Cuarto Propio: Santiago de Chile.

Trascendencia. Cuadernillo del Curso de Fomación Docente de Biodanza Sistema Rolando Toro. Escuela y Centro Hispánico de Biodanza SRT y IBF.

Urzúa, A., Caqueo-Urizar, A. Calidad de Vida, una revisión teórica del concepto. Terapia Psicológica 2012. 30(1), p. 61 – 71.

Valls-Llobet, Carme (2009) Mujeres, salud y poder. Cátedra: Madrid.

World Health Organization (1986). C*harter adopted at an international conference on health promotion. The move towards a new public health*, November 17-21. Ottawa-Ontario, Canada: WHO.

Anexos

Anexo 1. Versión adaptada de la escala WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para coñecer que opina sobre a súa calidade de vida, a súa saúde e outras áreas da súa vida. Por favor, responda a todas as preguntas. Si non está segura de que resposta dar, escolla a que lle pareza máis apropiada. A veces esta pode ser a súa primeira resposta. Teña presente a súa forma de vivir, expectativas, praceres e preocupacións. Pedímoslle que pense na súa vida durante as últimas dúas semanas.

Este cuestionario é anónimo. A información que achegue é estritamente confidencial e será empregada apenas coa finalidade de avaliar o impacto da intervención de Biodanza sobre o seu estado de saúde e de ánimo. Por favor lea cada pregunta, valore as súas emocións e faga un círculo no número que indique a resposta máis aproximada a como se sinte en relación a cada pregunta.

	Moi mal	Pouco	Normal	Bastante ben	Moi ben
1. Como puntuaría a súa calidade de vida?	1	2	3	4	5
	Moi insatisfeita	Pouco insatisfeita	Normal	Bastante satisfeita	Moi satisfeita
2. Canto está de satisfeita coa súa saúde?	1	2	3	4	5
As seguintes preguntas fan referencia a medida na que experimentou certas situación nas últimas dúas semanas.					
	Nada	Un pouco	Normal	Bastante	Extremadamente
3. Ata que punto pensa que a dor (física) impídelle facer o que necesita?	1	2	3	4	5
	Nada	Un pouco	Normal	Bastante	Extremadamente
4. Canto necesita de cualquera tratamento médico para funcionar na súa vida diaria?	1	2	3	4	5
5. Canto desfruta da vida?	1	2	3	4	5
6. Ata que punto sinte que a súa vida ten sentido?	1	2	3	4	5
	Ningunha	Pouca	Normal	Bastante	Extremadamente
7. Cal é súa capacidade de concentración?	1	2	3	4	5
	Nada	Un pouco	Normal	Bastante	Extremadamente
8. Canta seguridade sinte na súa vida diaria?	1	2	3	4	5
9. En qué medida é saudábel o ambiente físico que lle rodea?	1	2	3	4	5
As seguintes preguntas fan referencia a medida na que vostede experimentou ou foi capaz de facer certas cousas nas últimas dúas semanas.					
	Nada	Un pouco	Moderado	Bastante	Totalmente
10. Ten enerxía suficiente para a súa vida diaria?	1	2	3	4	5
11. É capaz de aceptar a súa aparencia física?	1	2	3	4	5
	Nada	**Un pouco**	**Normal**	**Bastante**	**Extremadamente**
12. É capaz de desprazarse dun lugar a outro?	1	2	3	4	5

As seguintes preguntas fan referencia a canto de "satisfeita ou ben" sentíuse en varios aspectos da súa vida nas últimas dúas semanas.					
	Moi insatisfeita	Pouco insatisfeita	Normal	Bastante satisfeita	Moi satisfeita
13. Canto de satisfeita está co seu sono?	1	2	3	4	5
14. Canto de satisfeita está coa súa habilidade para realizar as actividades da vida diaria?	1	2	3	4	5
15. Canto de satisfeita está coa súa capacidade de traballo?	1	2	3	4	5
16. Canto de satisfeita está de si mesma?	1	2	3	4	5
17. Canto de satisfeita está coas súas relacións persoais?	1	2	3	4	5
18. Canto de satisfeita está coa súa vida sexual?	1	2	3	4	5
19. Canto de satisfeita está co apoio que obtén das súas amizades?	1	2	3	4	5
20. Canto de satisfeita está coas condicións do lugar onde vive?	1	2	3	4	5
A seguinte pregunta refírese á frecuencia coa que vostede sentiu ou experimentou certas emocións nas últimas dúas semanas.					
	Nunca	Raramente	Mediana mente	Frecuente mente	Sempre
21. Con que frecuencia sinte emocións como ira, tristeza, medo, enfado, vergoña?	1	2	3	4	5

Anexo 2. Cuestionario complementario

De cara a avaliar máis amplamente o impacto desta intervención de Biodanza sobre o seu estado de saúde e de ánimo pregamos que conteste as seguintes preguntas abertas.

1. Que destacaría desta experiencia con Biodanza? (o que máis lle gustou, o que máis lle chamou atención, etc)

2. Observou algún cambio (vital, emocional, corporal, etc) durante este período no que practicou Biodanza? Cal/cales?

3. Se tivera que explicar a alquén que non coñece a Biodanza que beneficios aporta, desde a súa propia experiencia e coas súas palabras, que lle diria?

4. Indique cunha X aqueles beneficios que obtivo coa práctica de Biodanza (pódense marcar varios):

	Reducir o estrés ou a ansiedade.
	Identificar e expresar mellor as miñas emocións.
	Mellorar a miña autoestima e motivación.
	Mellorar o meu estado de saúde.
	Mellorar a forma de relacionarme coas demáis persoas.
	Sentirme máis alegre.
	Relaxarme e descansar mellor.
	Mellorar os meus movementos e coordinación.
	Estar máis en forma.
	Outros (por favor, indíqueos):

Moitas grazas pola súa colaboración!!!

Anexo 3. Programación didáctica de las sesiones

Sesión	Objetivo	Parte vivencial
1. *A arte de viver.*	Presentación, cohesión grupal.	Ronda, marcha sinérgica, coordinación rítmica, sincronización rítmica, juego 1, 2, 3, 4, juego de vitalidad, extensión máxima/, serie de fluidez (mov I y II), respiración danzante (llave), ronda de activación lenta, ronda final.
2. *O pracer de xogo*	Cohesión grupal, integración lúdico-motora, elevar el humor endógeno, ritmo.	Ronda, marcha sinérgica, coordinación rítmica, sincronización rítmica, juego de palmas, abanico chino, extensión armónica, serie fluidez (mov I y II), respiración danzante (llave), ronda de activación lenta, ronda final.
3. *Danzando a alegria.*	Elevar el humor endógeno, activar el inconsciente vital, vivencia de alegría.	Ronda, marcha sinérgica, coordinación rítmica, sincronización rítmica, juego vitalidad, juego lúdico "rosa roja", extensión máxima, serie de fluidez (mov I y II), danza de fluidez con imágenes (llave), ronda de activación lenta, ronda final.
4. *Pulsar para renovar.*	Promover el equilibrio orgánico, la vitalidad y activar el inconsciente vital.	Ronda, marcha sinérgica, coordinación rítmica, sincronización rítmica, juego de palmas, juego 1,2,3,4, extensión máxima, serie fluidez (mov I y II), danza de fluidez con imágenes (llave), ronda activación lenta, ronda final.
5. *No ritmo da vida.*	Aprendizaje del ritmo, promover el equilibrio orgánico, la vitalidad y activar el inconsciente vital.	Ronda, marcha sinérgica, coordinación rítmica, sincronización rítmica, juego de vitalidad tren, variaciones rítmicas o danza rítmica, extensión armónica, serie fluidez (mov I y II), ronda de mecimiento por las manos (llave), ronda de activación lenta, ronda final.
6. *Liberar.*	Disolver tensiones, liberar el movimiento, integración motora.	Ronda, marcha sinérgica, coordinación rítmica, sincronización rítmica, juego de vitalidad, variaciones rítmicas o danza rítmica, extensión armónica, segmentario cintura, segmentario de cuello (llave), ronda mecimiento, ronda activación lenta, ronda final.
7. *Disolver para expresar.*	Integración motora, liberar el movimiento, disolver tensiones, favorecer la expresión.	Ronda, marcha fisiológica, coordinación rítmica, sincronización rítmica, juego de vitalidad, liberación del movimiento, extensión máxima, segmentario cuello, segmentario hombros, respiración danzante (llave), ronda activación lenta, ronda final.
8. *Ser en movemento.*	Integración motora, reforzar la expresión y la autoestima.	Ronda, marcha fisiológica, coordinación rítmica, sincronización rítmica, juego de vitalidad, danza rítmica, extensión máxima, segmentario hombros, serie de fluidez (mov I y II), eutonía de dedos (llave), ronda de activación, ronda final.
9. *Somos valiosas.*	Integración motora, reforzar la expresión y la autoestima.	Ronda, marcha fisiológica, coordinación rítmica, juego vitalidad, liberación movimiento, danza rítmica expresiva, extensión máxima, segmentario cintura, segmentario hombros y cuello, ronda de mecimiento por las manos (llave), ronda activación, ronda final.
10. *Cuidarnos para cuidar.*	Reforzar la autoestima, promover la intimidad con una misma y el contacto calificador.	Ronda, marcha sinérgica, coordinación rítmica, sincronización rítmica, juego contacto, danza rítmica expresiva, extensión armónica, serie de fluidez (mov I y II), auto acariciamiento de manos (llave), ronda de mecimiento por las manos, ronda de activación, ronda final.
11. *Diálogo de corazón a corazón.*	Promover la integración afectivo-motora, la vinculación desde el equilibrio y la empatía.	Ronda, marcha sinérgica, coordinación rítmica, sincronización rítmica, juego vitalidad, extensión armónica, serie de fluidez (mov I y II), eutonía de dedos (llave), ronda de mecimiento por las manos, ronda de

		activación, ronda final.
12. O contacto como medicina.	Promover la integración afectivo-motora y la importancia del contacto calificador para la autoestima.	Ronda, marcha sinérgica, coordinación rítmica, sincronización rítmica, juego contacto, extensión máxima, serie de fluidez (mov I y II), danza de brazos sensibles, caricias anónimas en grupos de de tres, procedimiento de activación, ronda final.