

Del Cuerpo Del Dolor Al Cuerpo Presente:
Una experiencia desde la terapia de conciencia corporal

Certificación Internacional BBAT

Escuela Colombiana de Rehabilitación, Bogotá. Colombia

DIANA MARCELA CALENTURA SALAZAR

Tutor Daniel Catalán



Parte 1

(6565 palabras)

INTRODUCCIÓN

El presente documento corresponde al informe de práctica en la formación BBAT, en la cual se realizaron 10 sesiones grupales y dos sesiones de evaluación individual a 9 pacientes con dolor crónico: (EI) inicial y final (EF), durante los meses febrero a junio de 2023 en Bogotá. D.C. A continuación se describe un marco teórico introductorio en conceptos BBAT, el registro de los materiales y métodos, hallazgos individuales y grupales, discusión y conclusiones.

1. ANTECEDENTES Y TEORÍA

Enmarcada dentro de la fisioterapia en salud mental, basada en el concepto biopsicosocial y la intervención terapéutica “cuerpo-mente”, BBAT es un método de abordaje orientado a la salud y centrado en la persona que ofrece herramientas de evaluación y posibilidades estructuradas de tratamiento, utilizado desde la década de los 70 por los fisioterapeutas de la parte norte de Europa (Catalán-Matamoros 2019).

Roxental, Mattson y Lundvik-Gyllensten reúnen conceptos de la psicoterapia desarrollada por el francés Drosy y de corrientes como la salutogénesis, el psicoanálisis corporal, las escuelas europeas del movimiento (Alexander, Feldenkrais, Pilates), la educación del movimiento, así como conceptos filosóficos de Merleau-Ponty y elementos de las artes expresivas como Duncan (danza) y Stanislavsky (teatro), para proponer un método de evaluación y terapéutica a partir

de la Calidad del Movimiento (CM) (Skjærven 2019), el cual fue inicialmente usado en enfermedades psiquiátricas y trastornos psicosomáticos y posteriormente aceptado en Suecia y Noruega como un enfoque fisioterapéutico (Catalán-Matamoros 2019).

La CM, eje central de la terapia BBAT, guarda relación con la forma en que los movimientos se ejecutan en relación con el espacio, el tiempo y la energía; es evidenciada en el movimiento completo de la persona, así como en su sentido estético (Skjærven et al 2008). Para su evaluación se tiene en cuenta la dinámica interrelacional entre la respiración, el balance postural y la conciencia corporal como elementos centrales del movimiento coordinado, libre y funcional (Skjærven et al 2015).

La hipótesis clínica de BBAT asegura que la falta de conciencia corporal en lo concerniente a lo físico, lo mental, así como los factores relacionales llevan a una calidad disfuncional de movimiento. Igualmente, la CM y una alta conciencia del movimiento, están estrechamente relacionadas con experiencias de bienestar y mejoría en el estado general de salud (Skjærven 2019).

Como punto de partida para el diagnóstico de las condiciones de la CM y de su relación con la salud global de los pacientes intervenidos con BBAT, Roxendal, Skatteboe y Skjærven desarrollan dos herramientas de evaluación: el BASI (Body Awareness Scale Interview) y el BARS-MQE (Body Awareness Rating Scale Movement Quality score) (Skjærven 2016). Dichas herramientas tienen un papel importante en el entendimiento de los requerimientos clínicos del paciente y son

útiles en el desarrollo de programas de rehabilitación en dolor crónico (Bergström et al 2014). BASI fue creada por Roxendal a partir de su experiencia clínica y basada en la Comprehensive Psychopathological Rating Scale usada en psiquiatría (Ryding et al 2000). BARS-MQE fue desarrollada inicialmente como BARS en la década de los 80, tiene sus raíces en el campo psiquiátrico y fue inicialmente propuesta por Skatteboe y Friis (Skjaerven 2016), posteriormente desarrollada como BARS-MQE por Skatteboe y Skjærven en los 90.

Una vez se han establecido los objetivos terapéuticos, posterior al BASI y BARS-MQE, se procede a realizar la intervención BBAT la cual puede desarrollarse en un contexto individual o grupal. Esta consiste en el aprendizaje de la CM la cual se desarrolla a través de un ciclo que suele iniciar con la toma de contacto consigo mismo y con el movimiento (bien sea en las sesiones iniciales o al inicio de cada sesión). Posteriormente se invita al paciente a explorar y experimentar con diferentes aspectos (ritmos, fluidez timing, entre otros) y elementos del movimiento (amplitud, recorrido etc.). La práctica frecuente y sostenida de los ejercicios, permite integrar, familiarizarse y dominar las posturas, movimientos, conceptos y vocabulario propuestos por el terapeuta, para en última instancia verbalizar y reflexionar sobre las experiencias de movimiento (Skjærven 2019).

El aprendizaje de la CM en BBAT se realiza transversalmente a través de cuatro dimensiones del movimiento: biomecánica: representa el aspecto espacial del movimiento y tiene dos categorías estabilidad postural y características de recorrido y forma del movimiento; fisiológica: se refiere a la conciencia de cómo nos movemos

en relación con el tiempo con dos categorías: respiración libre y centrada y características del movimiento (fluidez, elasticidad y ritmo); psico-sociocultural: es la perspectiva relacional del movimiento y cómo nos movemos en relación con la energía, contiene la conciencia y los aspectos emocionales, cognitivos, intencionales y socioculturales (Skjærven et al 2019). Por último, la existencial que tiene que ver con autoconciencia del yo y de ser consciente de la persona total y unificada en el movimiento (Skjærven et al 2003).

Hay diferencias en la intervención individual y grupal de BBAT. La intervención grupal, como la desarrollada en ésta práctica, proporciona al terapeuta un instrumento poderoso para efectuar cambios: el aprendizaje interpersonal (Vinogradov y Yalom 1996), que emerge como un factor terapéutico diferenciador a la terapia individual y que en conjunto con factores como la cohesión de grupo permiten al paciente través del comportamiento imitativo desarrollar técnicas de socialización, infundir esperanza, experimentar altruismo, generar una recapitulación correctiva del grupo familiar primario, sentirse parte de un grupo generando universalidad, permitiendo llegar incluso a la catarsis y a la vivencia de factores existenciales proporcionando un entorno enriquecido para el proceso de cada uno (Yalom 1998).

Por otro lado, los problemas de salud relacionados con Dolor MusculoEsquelético (DME) prolongado lideran las causas de discapacidad en los países de occidentales (Skjaerven et al 2015), siendo una de las principales causas de DC no oncológico, como entidades frecuentes se encuentra la fibromialgia y el síndrome de dolor miofascial (Velasco 2019). El tratamiento de estos pacientes conlleva retos dada la

modesta efectividad a tratamientos farmacológicos. Los consensos recientes indican que los mejores abordajes incluyen la combinación de tratamiento farmacológicos y no farmacológicos, dentro de éstos últimos el ejercicio físico es uno de los de mayor evidencia (Hasset y Williams 2011).

Es importante considerar que en el DME crónico el fenómeno inflamatorio no es lo más importante sino los mecanismos de neuroplasticidad (Velasco 2019). El término centralización del dolor es usado actualmente para condensar el proceso de progresión a un estado de DC, el cual afecta la cognición y los estados afectivos y motivacionales. Las alteraciones fisiológicas en DC incluyen cambios motores, sensoriales (sensibilización, alodinia, hiperalgesia, hiperpatía, etc), alteraciones neurovegetativas y afectación del sueño-vigilia (Simons et al 2014).

Las alteraciones físicas conllevan también a procesos psicológicos que definen cambios en el comportamiento. Estos incluyen alteraciones cognitivas y de la atención: conciencia, percepción, razonamiento, toma de decisiones y juicio. Alteraciones de la percepción: hemi-inatenciones, heminegligencias, percepción alterada del entorno externo y de su ambiente fisiológico interno (intero y propiocepción), alteraciones del aprendizaje y de la memoria, así como afectación de los sistemas de recompensa y anhedonia (Simons et al 2014). La asociación del DC con los síndromes de ansiedad y depresión es muy marcada y conllevan a aislamiento social con patrones de vínculo desde la hostilidad y la ira (Fernandez y Turk 1995).

EL DC genera conductas maladaptativas, dentro de ellas el aprendizaje del miedo y el miedo relacionado con el dolor. Se refiere a la percepción del movimiento como

una amenaza que conlleva a hipervigilancia, reactividad muscular, activación de respuesta de lucha-huída que mantiene y exacerban el dolor y promueve la discapacidad relacionada con éste (Simons et al 2014). La kinesiofobia aparece como resultado de un sentimiento de vulnerabilidad a la lesión y está significativamente relacionada con la intensidad del dolor y con la autopercepción de la salud (Zanini et al 2018) así como el catastrofismo del dolor caracterizado por un estado mental negativo está asociado con la magnificación y rumiación del dolor y la aparición de síntomas depresivos (Simons et al 2014).

Resultados previos en pacientes con DC sugieren que trabajar los síntomas corporales con ejercicios dentro de un contexto psicológico y un esquema de trabajo conjunto mente-cuerpo puede tener efectos positivos en los síntomas de distrés psicológico y dolor, mucho más que trabajar predominantemente sobre síntomas físicos (Malmgren-Olsson et al 2009). La fisioterapia psicomotora noruega tiene alguna evidencia donde los pacientes manifiestan disminución de los síntomas y mejoría en el afrontamiento del dolor (Dragesund y Råheim 2008).

Algunas experiencias específicas con BBAT muestran que disminuye el dolor en individuos con migraña y cefalea tensional con efecto positivos en la imagen corporal y ayuda a incrementar la conciencia corporal (Sertel et al 2017), es útil como método complementario de tratamiento para problemas musculoesqueléticos (Yilmaz et al 2023) y ha mostrado mejoría en función psicomotora, dolor y capacidad de trabajo en mujeres con dolor pélvico crónico (Mattson 2000).

También ha sido estudiada en pacientes con fibromialgia encontrando que es una herramienta útil y de bajo costo, efectiva en disminución del dolor, ansiedad y

mejoría en la CM. En las experiencias grupales en estos pacientes, BBAT interviene en la capacidad del paciente de crear una nueva relación consigo mismo, así como de experimentar de nuevas formas la capacidad física (Bravo 2017).

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

¿Cómo fue mi experiencia como fisioterapeuta en la implementación de BARS-MQE y BBAT en un entorno clínico grupal, para 9 pacientes con dolor crónico que buscan mejorar su salud y calidad de vida a través del trabajo mente-cuerpo?

2.1 Objetivo general:

Desarrollar una práctica clínica grupal con enfoque BBAT para un grupo de pacientes con diagnósticos de dolor crónico con miras a mejorar sus niveles generales de salud.

2.2 Objetivos específicos:

- Delimitar la población a intervenir, desarrollar la convocatoria y seleccionarla conforme al criterio de inclusión.
- Evaluar el estado clínico inicial de cada paciente a través de las herramientas BASI y BARS- MQE e implementar un esquema de intervención grupal con BBAT basado en los hallazgos de dichas herramientas.
- Revalorar los estados clínicos finales de cada paciente a través de las herramientas BASI y BARS- MQE e implementar un esquema de intervención grupal con BBAT.

- Realizar un informe descriptivo de la experiencia, con análisis cuantitativo y cualitativo de la aplicación e intervención del BARS-MQE, BASI y BBAT en el grupo de pacientes con dolor crónico.
- Describir mi experiencia como fisioterapeuta en la implementación de BASI, BARS-MQE y BBAT en un entorno clínico grupal.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Población

Se realizó un estudio mixto, cuantitativo y cualitativo, con 12 pacientes 1 hombre y 11 mujeres. 3 de ellos fueron excluidos, 1 por voluntad propia, 2 por baja asistencia a las sesiones. Para resultados se toman en cuenta 9 pacientes, todas mujeres. Dichas pacientes aceptaron voluntariamente participar (previo consentimiento informado) y fueron convocadas por difusión por redes sociales (WA) del listado de pacientes de la consulta de Diana Calentura en Bogotá o personalmente en la consulta. 4 pacientes se encontraban en tratamiento activo mediante terapia manual sin más ejercicio terapéutico que BBAT, 4 habían sido pacientes, pero no recibieron otro tratamiento fisioterapéutico durante la intervención BBAT. Criterio de inclusión: adultos con dolor de origen musculoesquelético diagnosticado de más de 6 meses de evolución, sin discapacidad para la locomoción, sentarse o acostarse.

3.2 Herramientas de evaluación

3.2.1. BASI

Es una herramienta tipo entrevista donde se evalúan 26 ítems de 3 categorías: psicológica, fisiológica y actitud corporal. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, donde 0 es la ausencia de síntomas y 3 es la forma más severa de presentación. Su sensibilidad está ajustada a personas sanas y enfermas, teniendo en cuenta que el puntaje más cercano a 0 es el más saludable y armónico y el resultado más alto es el de mayor disfunción (Roxendal 1985). Tiene una confiabilidad interobservador del 79.9%, Kappa ponderado de 0.34 a 0.92. Con una confiabilidad test re-test de 90,5%, Kappa ponderado de 0,65 a 0,92. Haciendo de BASI una herramienta confiable de evaluación en dolor prolongado y trastornos psiquiátricos (Lunvik Gyllensten 2004).

El dolor se valoró únicamente dentro de los ítems de aspectos fisiológicos del BASI, que tiene en cuenta la intensidad, frecuencia y duración, así como la demanda de alivio del dolor. Dando un puntaje donde 0 es la ausencia de dolor, o sensación fugaz de éste o de discomfort muscular, 2 son molestias incómodas, dolor prolongado o necesidad diaria de analgésicos y 3 es dolor intenso y discapacitante.

3.2.2 BARS-MQE

Consiste en dos partes: una evaluación cuantitativa de la CM en 12 ejercicios para puntuarlos de 1 al 7, siendo 1 el puntaje más disfuncional y 7 el más funcional y armónico; teniendo en cuenta tres elementos básicos: estabilidad postural, respiración libre y conciencia. Y una segunda parte que incluye una

entrevista al paciente tras cada ejercicio, sobre la conciencia del movimiento que acaba de experimentar registrando comentarios y apreciaciones del paciente y del terapeuta. Los estudios de validez y confiabilidad del BARS demostraron una consistencia interna alta, medida Cronbach's α 0,92; índice interobservador 0.99 y una confiabilidad test re-test: 0.96 (Skjaerven et al 2015). En la práctica clínica permite el análisis cuantitativo y cualitativo de la CM, ayudando a determinar la intervención terapéutica y a evaluar el efecto de ésta (Skjærven 2016).

3.3 Estructura de las sesiones:

La EI fue realizada entre febrero y marzo, la EF entre mayo y junio, aplicando en las dos BASI y BARS-MQE. En el período intermedio (marzo-mayo) se programaron 10 sesiones de intervención, 1 vez por semana, con una duración de 90 minutos entre febrero y junio de 2023, los días sábados. Se programó una pausa entre la 5 y 6 sesión correspondiente al tiempo de semana santa.

Todas las sesiones se realizaron en un salón con *mats*, sillas, cobijas, cojines, y consistieron en una charla clínica con introducción de conceptos BBAT (primera sesión), dimensiones del movimiento, salutogénesis o neurofisiología del dolor crónico más recapitulación de la sesión anterior. En algunas sesiones la charla se introdujo con ayuda de un vídeo cuyo *link* que se enviaba días previos a la sesión (Whatsapp), con contenido afín al tema a tratar.

En cada sesión se desarrollaron de 1 a 3 posturas intercalando sedente-bípedo bípedo-supino, supino-sedente, con una propuesta de ejercicios de conciencia de la respiración (centro), conciencia corporal, conciencia del movimiento y ejercicios relacionales. Entre cada secuencia de ejercicios, hubo un espacio intermedio para anotación de experiencias personales y compartir en parejas, al final un compartir grupal de las experiencias.

En las sesiones 1-5 se trabajó principalmente la dimensión física y fisiológica de la CM con énfasis en contacto con la respiración, conciencia hacia sensaciones corporales diferentes al dolor y elementos como *grounding*, *tunning*, estabilidad, alineación en el eje vertical, amplitud del movimiento y recorrido; estos últimos con indicación de ajustarlos a la ausencia de dolor o mínima molestia posible. Se trabajaron aspectos fisiológicos: flujo, ritmo, contraste entre contracción y relajación, conciencia de la tensión muscular variando la intención del movimiento. Se utilizó mapa de dolor como herramienta de apoyo. Se realizaron ejercicios de automasaje con y sin pelota para introducir de forma muy progresiva el contacto pues se encontró marcada resistencia a este por ansiedad social, miedo al dolor, nosofobia; los ejercicios relacionales se realizaron inicialmente de forma lúdica con mínimo contacto para ir progresando el contacto entre los participantes.

En las sesiones 6-10 se profundizó sobre elementos y aspectos anteriores introduciendo dimensión psicológica y existencial de CM: intención, uso de energía en el movimiento, proyección de la voz, presencia y experiencia del movimiento como totalidad. Se trabajó con mapa corporal como herramienta para integrar los

recursos que fueron encontrándose en las sesiones. En dos sesiones se realizó masaje *Dropsy* en parejas.

En 8 de las sesiones se propusieron variantes con música principalmente para trabajar fluidez, liviandad, ritmo y *timing*, así como para entrar en contacto con las dimensiones psicológicas y existenciales a través de experiencias emocionales positivas. La estructura detallada de las sesiones se puede encontrar en Apéndice C.

4. RESULTADOS

4.1. Datos demográficos

9 mujeres de 37 a 71 años (mediana 43 años, sd 11,65), con diagnósticos de DC, entre 6 meses y 20 años de evolución. Ocupaciones profesionales en ejercicio en 8 pacientes, 1 dedicada al hogar. 6 pacientes con más de 1 síndrome doloroso, otras 3 con un solo síndrome, estos últimos: fibromialgia, SRC y dolor pélvico de 20 años de evolución. Antecedentes de trauma físico en 3 pacientes, de cirugía mayor en 4 pacientes, enfermedad mental diagnosticada en 5 pacientes (1 ansiedad social, 4 depresión), a una de las cuales se realizó el diagnóstico y comenzó tratamiento durante la intervención BBAT y 5 pacientes con estresores vitales actuales importantes. La tabla 1 registra los datos demográficos, junto con información motivacional inicial.

Tabla 1

Datos demográficos de los informantes

PTE	Edad	Dx ppal	Antecedentes	Información motivacional
Inf1	31 Ing sistemas	Lumbalgia y Cervicalgia Incapacitante 2 años	Reconstrucción LCA rodilla izq Apendicetomía Ansiedad Social Psicoterapia hace 1 año	Poder moverse sin miedo Superar ansiedad social
Inf2	50 Empleada ing ambiental	Lumbalgia Sind. Cervicobraquial 6meses	RGE Dispepsia Cambio empleo y ciudad reciente	Relacionarse con otros, Encontrar herramientas para el tránsito en que se encuentra
Inf3	49 Gerente comercial empresa propia	Cervicalgia – cefalea tensional 4 años Neuritis vestibular Tinnitus	Trauma antiguo rodilla y pie derecho 2 cesáreas Cuida ambos padres Alzheimer, uno de ellos hospitalizado 20 días antes de El	Estudiante terapeuta biodescodificación Tener tiempo para sí misma Soltar exceso de responsabilidad
Inf4	36 Relacionista pública y Profesora de Yoga	Fibromialgia 3 años	Hernia discal lumbar	Yoga hace varios años Aprender a manejar la sensibilidad, en especial en relación con otros
Inf5	43 Analista riesgo comp, seguros	Cervicobraquialgia 8 años Tenosinovitis MID 2 años	Esguince tobillo 2 años Vitiligo Antecedentes de hospitalización por depresión: medicada Situación límite pareja actual	Ballet desde los 10 años Conectarme consigo misma porque no quiere volverme a hospitalizar
Inf6	43 Odontóloga – docente investigadora	Dolor pélvico 20 años	Depresión medicada Psicoterapia Cesárea 23 años	Golf, rumba, aprender a escuchar su propio cuerpo para mejorar el dolor
Inf7	71 Hogar	Sind. Cervicobraquial, Lumbalgia Gonartrosis der 1 año	RTC der Apnea sueño HTA Duelo 2 hermanos, 3 meses Se realizó dx depresión y tratamiento psiquiátrico durante intervención BBAT	Moverse más y mejor, Comunicarse más, Pasear Recuperar ilusión de vida
Inf8	36 Psicóloga apoyo proyecto público víctimas CA	Lumbalgia 2 años Dolor rodillas 1 año luxación rotuliana recidivante	Sobrepeso Sind ovario poliquístico Cambios importantes en su trabajo con mayor responsabilidad: ansiedad	Realizar más ejercicio Asumir mejor los cambios Sentirse capaz Gimnasio 4 veces semana
Inf9	43 Psicóloga Jurídica Sector público	Síndrome regional complejo MID 18 meses	Fx cuello de pie derecho Esguince contralateral Depresión medicada CBD para dolor Ansiedad por cambios en su trabajo	Conectar con su propio cuerpo para comprender su dolor

4.2 BASI

El: los ítems de mayor puntuación fueron, en *aspectos psicológicos*: ansiedad, dificultad para la concentración y fatiga. Con puntaje alto se encontraron también (misma puntuación): preocupación por trivialidades, compromiso emocional disminuido o inercia y dificultad para expresar pensamientos u opiniones.

En *aspectos fisiológicos*: tensión muscular, dolores-molestias y cansancio.

En *actitud corporal*: actitud a la actividad física (en general miedo al movimiento por dolor, 3 pacientes con exceso de ejercicio a pesar del dolor) y actitud a la apariencia.

La inf5 reportó en 0 todos los ítems de actitud corporal, la inf6 solo puntuó en 1 ítem, pero en la realización del BARS se evidencia pobre CM.

Figura 1: Puntaje comparativo BASI : EI Vs EF

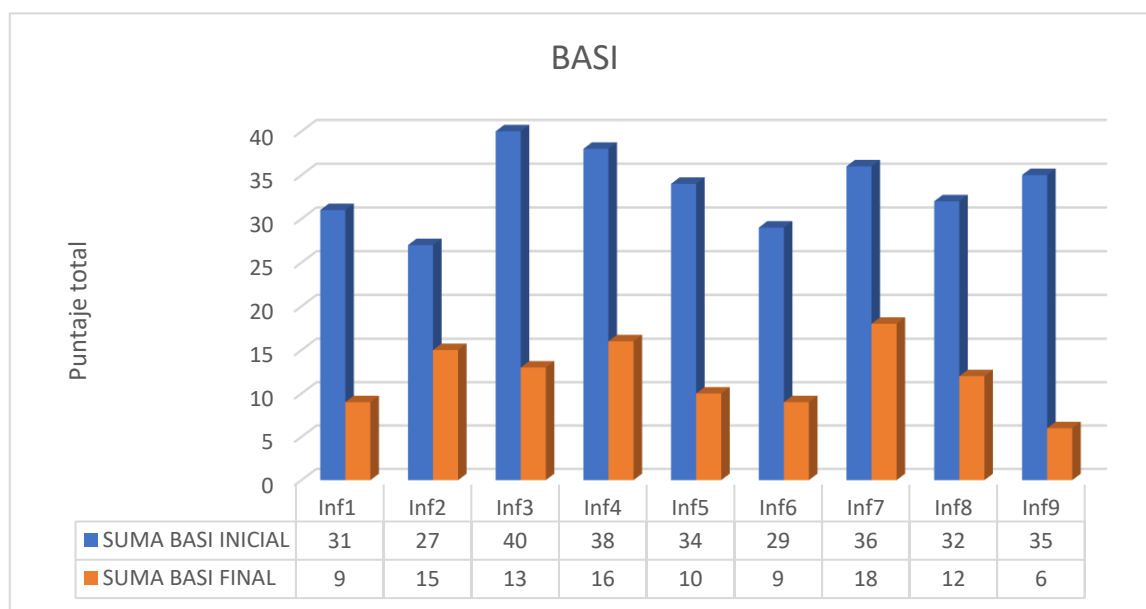


Tabla 2

Porcentaje disminución puntuación BASI

	Psicológicos			Fisiológicos			Act. Corporal		
Pte	EI	EF	%DISMIN	EI	EF	%DISM	EI	EF	%DISM
Inf1	12	2	83,3	10	3	70,0	9	4	55,6
Inf2	14	7	50,0	11	7	36,4	2	1	50,0
Inf3	23	8	65,2	12	4	66,7	5	1	80,0
Inf4	21	9	57,1	12	5	58,3	5	2	60,0
Inf5	21	5	76,2	13	5	61,5	0	0	0,0
Inf6	20	7	65,0	7	1	85,7	2	1	50,0
Inf7	21	9	57,1	9	5	44,4	6	4	33,3
Inf8	14	3	78,6	13	5	61,5	5	4	20,0
Inf9	16	4	75,0	10	1	90,0	9	1	88,9
%Disminución	67,51			63,84			54,72		

Se evidencia una disminución importante de todos los aspectos del BASI en todos los participantes, con un rango global de disminución del 44% al 83%, promedio 64%.

En *aspectos psicológicos* un rango de disminución de 58 a 70%, refiriéndose las informantes como menos fatigadas, con mayor concentración, con menor ansiedad, menos pensamientos intrusivos y menos preocupadas por situaciones cotidianas.

En *aspectos fisiológicos* el rango de mejoría fue de 52 al 65%, siendo el de mayor disminución la tensión muscular, seguida del cansancio y el dolor. En este último, 8 de 9 pacientes refirieron disminución en intensidad, frecuencia, área de diseminación y utilización de medicación, la inf6 refiere ausencia de dolor, la inf3 se mantuvo igual, pero con disminución de tensiones musculares y desaparición de

tinnitus, de forma global el puntaje del ítem dolor en el BASI presentó una reducción del 52,6%.

En *actitud corporal* disminución del 57 % en actitud hacia la apariencia refiriéndose como más en paz con su propio cuerpo o aceptarse como son y del 58% en actitud hacia la actividad física: Inf4: “Soy capaz de moverme sin dolor”, Inf1: “ahora encuentro mi propio rango de movimiento”, Inf8: “ahora ajusto el ejercicio a los que siento”. 4 informantes ajustaron sus rutinas de actividad física tras la terapia: la inf1 cumplió el sueño de escalar, la inf4 comenzó a trabajar en rutinas de yoga más ajustadas a su estado de salud, la Inf5 continúa practicando ballet, pero sin entrenamiento específico de puntas, la inf8 disminuyó la intensidad y la frecuencia del ejercicio ajustándolo a su capacidad. 2 informantes iniciaron plan de actividad física: la inf7 inició plan de caminata y se integró a grupo de adulto mayor, la inf9 inició rutina de ejercicio funcional.

4.3 BARS-MQE

Para este grupo de pacientes en la EI, el BARS-MQE más bajo fue en It4: estiramiento asimétrico, que en general causaba dolores lumbares o escapulares, calambres, pérdida de contacto con el centro o compensaciones, el puntaje promedio (pp) fue de 3,8 (sd 0,6), 5 pacientes lograban el centro y 4 no; seguido de It9 movimiento de brazos (ola) en el cual no se lograba la coordinación del centro con extremidades superiores e inferiores en un solo movimiento, el pp fue de 3,8 (sd 0,6) tres pacientes no lograban el centro. Los de mayor CM en EI fueron: It7:

movimientos laterales e It5: sedente proceso de equilibrio: con pp de 4,3 (sd 0,3), ningún paciente por debajo de 4: todos conseguían centro, algunos superando *staccatos*.

El It4 mejoró su puntuación en la EF en un 19,1%, manteniéndose en la EF como el ítem de menor CM en el grupo, junto con It12: deambulación (puntaje 0.5 por encima con aumento de 15.5% respecto a EI). El It9 mejoró en un 24,6%. El It7, mejoró en un 26,9% siendo en la EF nuevamente el ejercicio de mejor puntuación, junto con el It8 (mejoría del 23.7%). El It5 mejoró en 20,8% su puntuación.

La Suma BARS-MQE total del grupo en EI fue de 434,5, con promedio de 48,3 (sd 3,2). En EF la suma BARS-MQE fue de 527 con un promedio de 58,6 (sd 3,7), mostrando que la CM a nivel de grupo mejoró su puntuación en un rango entre 14 y 27,8%, con un promedio de 21,4%

Figura 2: *Comparativo Suma BARS-MQE: EI vs EF*

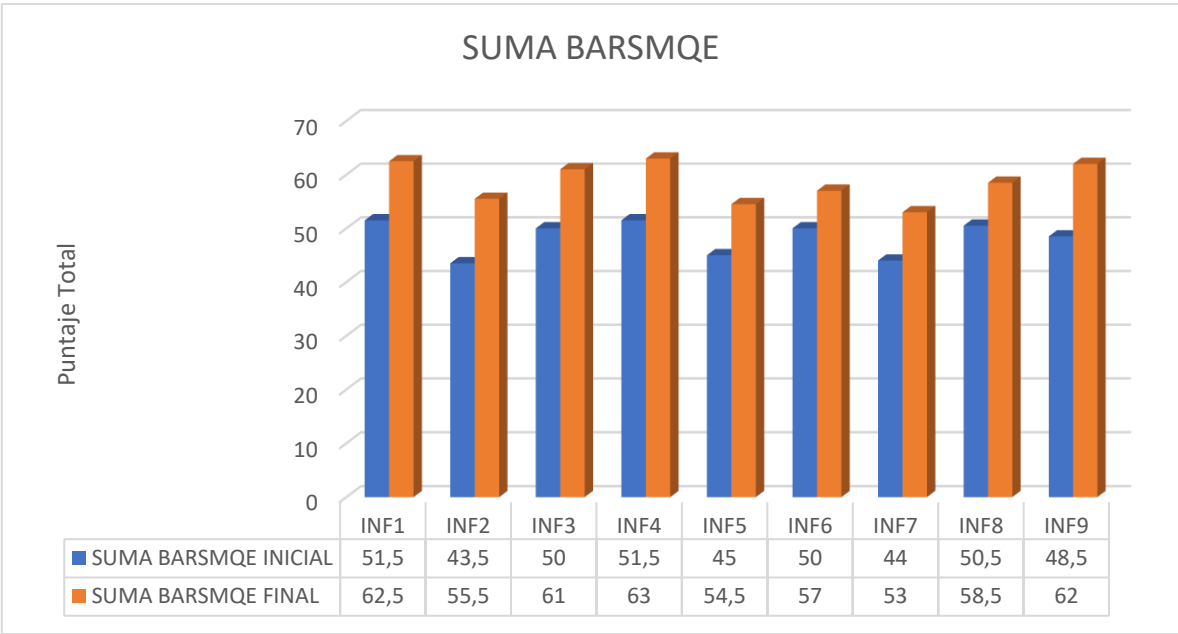


Tabla 3

Puntajes y porcentaje Inicia y Final BARS-MQE

ITEM	INF1		INF2		INF3		INF4		INF5		INF6		INF7		INF9		TOTAL		% aum. CM
	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL	FINAL	FINAL	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL	
1	4	5	4,5	5	6	6	5	6	2,5	4	4	4,5	4	5	4	5	36,5	45,5	24,7
2	4	5	3	4,5	4,5	4,5	4,5	6	3,5	4	4,5	5	3,5	4,5	4	5	35	43	22,9
3	4,5	4,5	4	4,5	5	4	4,5	3,5	4,5	4	4,5	3	4,5	4	5	35,5	42	18,3	
4	4	4,5	3	4	4	4	4,5	3,5	4	4	4,5	3	4	4,5	6	34	40,5	19,1	
5	4	5	4,5	5	6	4,5	6	4	4,5	4	5	4	5	4,5	5	38,5	46,5	20,8	
6	4,5	5	3,5	4,5	5	4,5	5	4	5	4	4,5	3,5	4	3,5	4,5	36	42	16,7	
7	4,5	6	4	5	6	4	6	4,5	5	4,5	5	4,5	5,5	4,5	6	39	49,5	26,9	
8	4,5	5,5	3,5	5	6	4	5,5	4,5	5	4	4,5	4,5	4,5	4,5	6	38	47	23,7	
9	4,5	6	3,5	4,5	5	4	4	4	5	4	5	3	4	3	4,5	34,5	43	24,6	
10	4,5	5	3,5	4,5	4,5	4,5	6	3,5	4,5	4	4,5	4,5	4,5	4	5	36	43,5	20,8	
11	4	6	3	5	4,5	4	4,5	4	4,5	5	5,5	4	4	4	5	36	43,5	20,8	
12	4,5	5	3,5	4	4,5	4,5	5	3,5	4,5	4	4,5	2,5	3,5	4	5	35,5	41	15,5	
SUMA	51,5	62,5	43,5	55,5	61	51,5	63	45	54,5	50	57	44	53	48,5	62	434,5	527	21,3	

4.4 RESULTADOS CUALITATIVOS

Estos resultados fueron tomados de las transcripciones de las verbalizaciones realizadas por cada informante durante la EI y EF, así como durante el compartir grupal en las sesiones. Se muestran en tablas de *Código in vivo*; las transcripciones completas se pueden ver en anexos. Se presentan dos categorías propias de BBAT: Experiencia de las dimensiones del movimiento y experiencia de los factores grupales y la categoría dolor.

4.4.1 Experiencia de las dimensiones del movimiento

En la dimensión física del movimiento las verbalizaciones estuvieron dirigidas principalmente a estabilidad, que se marca como ítem principal, percibiendo mejoría en la disminución de las reacciones de ajuste con relación al equilibrio e inseguridad. Refinamiento de la percepción de la alineación postural y mejoría en ésta, sensibilidad y capacidad de ajuste de los arcos de movimiento con relación a la evitación del dolor y sensaciones displacenteras. También aparece en la EF disminución de la tensión y mejoría de la flexibilidad autopercebidas.

En la dimensión fisiológica: percepción de las características de la respiración, inicialmente resistencia, limitación, posteriormente como agradable, profunda, sincrónica. El ajuste a los ritmos que son impuestos se percibe como algo no tan fácil al inicio luego va cambiando como algo placentero. Conciencia de la facilidad creciente para generar fluidez en el movimiento, así como la autopercepción de la voz. En la EF aparece una mayor aceptación de la voz con mejoría percibida (terapeuta y paciente) en la potencia de ésta. Se menciona la capacidad de generar

sincronía entre el movimiento y la respiración como una nueva habilidad. Y la mejoría percibida (terapeuta y paciente) en la fluidez del movimiento, solo, con música y con otro.

En la dimensión Psicológica aparece inicialmente la percepción de “luchar con la mente” en referencia a los pensamientos intrusivos, en la EF aparece una conciencia desde la aceptación y la capacidad de ponerlos en perspectiva. Aparece la conciencia de la intencionalidad del movimiento y cómo varía su experiencia. También la autopercepción de la corporalidad y de su relación psíquica: afán, cansancio, resistencia, miedo a sentir. En la EF aparece el significado de la intencionalidad del movimiento: colocar o sentir que hay límites y de qué forma se hace, disponerse a recibir. En la sesión 8 y posteriores, aparece un concepto clave: la conciencia de que las respuestas cotidianas o relacionales tienen un costo físico que para la mayoría de ellas se representaba en dolor y tensiones. La inf5 lo verbaliza así: “me doy cuenta que lo que es común en lo que todas dijimos es que una cosa es lo que hacemos y otra distinta lo que el cuerpo nos pide hacer”.

En la dimensión Existencial el grupo se relaciona inicialmente de forma común con la pregunta “¿qué quiero hacer?” darse un tiempo para sí, conectar con el cuerpo, darse prioridad. También el cuestionamiento del sentido de su dolor, de su sentir corporal y de su futuro. En la 5 sesión la inf4 afirma que comienza a tener conciencia de que el dolor es su forma de sentirse viva. Comentario con el que dos pacientes más sintieron resonancia. En las sesiones finales las verbalizaciones dan cuenta de una conciencia de sí mismas frente a la vida, frente al mundo, frente a la “normalidad”, frente a los cambios.

Tabla 4
Códigos in vivo: Categoría: Dimensiones del Movimiento

	6 primeras sesiones	6 últimas sesiones
Física	<p>Al principio me sentí inestable, pero luego pude sentir la estabilidad y firmeza. Inf3</p> <p>Me di cuenta de que los puntos de apoyo cambian cuando me balanceo. Inf2</p> <p>Al principio sentía más tensión del lado izquierdo, pero luego se fue nivelando hasta que pude relajarme Inf7</p> <p>Para mí caminar es en puntas de pie, me costó mucho hacerlo de otra forma Inf5</p> <p>El contacto me ayudó a sentirme más derecha. Inf4</p> <p>Se supone que las puntas son mi fuerte, pero me doy cuenta que solo es en ciertos rangos, de cierta manera, cuando pongo la conciencia en subir pierdo mucho la estabilidad. Inf5</p> <p>Veo cómo el movimiento se va regulando Inf8</p>	<p>Me gusta mucho la propuesta de reajustar cada postura y cada movimiento, me ayuda a no excederme. Inf4</p> <p>Cuando camino no tengo movimiento en los brazos, están quietos. Inf7</p> <p>Me doy cuenta que el cuerpo se me ha flexibilizado. Inf9</p> <p>Siento que mi cuerpo quiere moverse más, pero me cuesta aún la estabilidad Si pongo la atención en los pies, me desestabilizo. Inf1</p> <p>Es más fácil realizar los movimientos de un solo lado. Pero me sorprendió que el movimiento de ambos brazos no me dolió: podía subir más uno que otro, pero encontré un rango en el que no me duele. Inf4</p> <p>Mi cuerpo se me mueve bien, la cadera operada creo que se seguirá moviendo distinto, puedo caminar sin estar mirando para abajo, sin la sensación que me voy a caer. Inf7</p> <p>Siento el cuerpo más liviano y más presente Inf2</p>
Fisiológica	<p>No me gusta mi voz, creo que siempre ha sido de niña chiquita y chillona. Me doy cuenta de que puedo realizar los movimientos de forma cómoda y sin exigencia. Inf3</p> <p>Me costaba mucho ajustarme al ritmo de la persona de adelante, ¿no puedo ir más rápido? Inf6</p> <p>Me doy cuenta de que mi respiración está muy limitada, sobre todo en el tórax. Inf5</p> <p>Me doy cuenta que la música me permitía fluir distinto. Inf8</p> <p>Siento que mi rinitis, me genera mucha resistencia al paso del aire y me desconecta, Inf9</p> <p>Me sentí muy rígida, Inf1</p> <p>Relajarme es extraño para mí. Inf3.</p> <p>me sentí cómoda con la respiración, me gusta la fluidez porque tengo mucha tensión en el cuello.</p>	<p>El contacto me ayudó a generar más potencia en la voz, siento que la voz sale fuerte, sin miedo. Inf3</p> <p>Siento por primera vez que puedo sincronizar la respiración con el movimiento de los brazos Inf4</p> <p>Mis movimientos son distintos ahora, los realizo sin pelear, sincronizados con la respiración, el pie da lo que puede dar. Inf9</p> <p>Me gustan mucho los ejercicios de dejarme llevar por el movimiento y la música y fluir de a dos. Inf1</p> <p>El ejercicio lúdico me encantó, poder fluir con el movimiento que la compañera propone. Inf3</p> <p>Siento una sensación en el cuerpo, liviana y presente Inf2</p>
Psicológica	<p>Me cuesta mucho la mente. Inf1</p> <p>Sentía que los pensamientos no paraban. Inf8</p> <p>Me doy cuenta que puedes hacer el mismo ejercicio varias veces, pero que varía dependiendo de la intención. Inf5</p> <p>Me cuesta darme cuenta cuándo se me está acabando la pila. Inf8</p> <p>Me doy cuenta que vivo con mucho afán. Inf9</p> <p>La pelota en el abdomen se sentía como si estuviera contra una pared, me doy cuenta de mis propias resistencias. Inf3</p> <p>Me doy cuenta que me niego a sentir, no sé por qué, me defiendo pensando. Me gusta lo de activar el observador testigo Inf1</p>	<p>La experiencia es agradable, me doy cuenta de que se me olvidan los límites. Inf8</p> <p>Me doy cuenta el costo de resistirme a lo que siento Inf9</p> <p>Me doy cuenta que los límites los he vivido en el cuerpo, cuando me dice no Inf4</p> <p>El límite amoroso es muy difícil de poner, me daba risa Inf3</p> <p>Me cuesta mucho disponerme a recibir, pero fue lindo. Inf1</p> <p>Me doy cuenta que aprendí a autocontrolarme y eso es bueno hasta cierto punto, pero eso tiene un precio para mí: la tensión y el dolor. Inf6</p> <p>Ya veo los esos pensamientos que me llegan una y otra vez como no tan cerca, los veo de otra forma. Inf7.</p> <p>Me doy cuenta de que lo que hay en común de lo que todas dijimos es que una cosa es lo que hacemos y otra distinta lo que el cuerpo nos pide hacer. Inf5</p> <p>Antes me quejaba del dolor, ahora pienso cómo no me va a doler si es que vivo super tensa en todas las reuniones de mi oficina, porque no me gusta estar allá. Inf9</p>
Existencial	<p>Toda mi vida he sentido mi cuerpo encadenado, pero hoy me doy cuenta de que me siento viva gracias al dolor. Inf4</p> <p>Quiero tener un espacio para mí misma, asumir mejor los cambios, quiero empezar a hacerme prioridad. Inf8</p> <p>Quiero tener tiempo para mí misma Inf3.</p> <p>Conectarme consigo misma porque no quiere volverme a hospitalizar Inf5</p> <p>Conectar con mi cuerpo para comprender mi dolor Inf9</p> <p>Comprendo que llevar mi cuerpo a la luz (conciencia) es un ejercicio permanente Inf6</p>	<p>Fue muy chévere el ejercicio lúdico porque me ayudó a entender cómo me paro ante la vida. Inf6</p> <p>Siento que a través de esto vuelvo a relacionarme con el mundo. Inf2</p> <p>Después de todo esto me pregunto ¿Cómo quiero estar conmigo? Porque quiero empezar a estar bien. Inf1</p> <p>Me doy cuenta de que sí tengo recursos propios. Inf7</p> <p>He querido siempre ocultar lo que soy, el dolor, ahora me pregunto ¿qué es una persona normal? Inf4</p> <p>Me doy cuenta de que tengo mucha resistencia a los cambios, me gustó mucho sentirlo y transitarlo desde lo corporal, no solo desde la emoción, sino estar más atenta a lo que hay antes que aparezca el dolor. Inf9</p> <p>Fue muy poderoso, parece fácil conectar con el cuerpo, pero no lo es, pude aprender a soltar la mirada del otro y a estar conmigo misma Inf3</p>

4.4.2 Factores terapéuticos de grupo

Se evidenció el desarrollo de todos los factores terapéuticos descritos por Yalom, algunos fueron explícitamente evidenciados por informantes del grupo y otros fueron observados por la terapeuta en la dinámica de las sesiones.

Infundir esperanza: las verbalizaciones enriquecidas de las informantes con mayor sensibilidad generaban esperanza sobre aquellas que al principio le costó más trabajo sentir, lo ilustra muy bien el ejemplo de la inf6. Así como las primeras expresiones de algunas sobre comenzar a sentir zonas de no dolor o rango de no dolor (especialmente inf4 reconocida por ser la de mayor sufrimiento) abre la esperanza a otras de realizar hallazgos similares.

El hecho que todas las pacientes eran mujeres con dolor crónico *favorece la universalidad*, aun así, había algo de resistencia al principio por la sensación de sentirse únicas en su condición. En el desarrollo de las sesiones aparecen factores que les permiten sentir afinidad y posteriormente pertenencia.

Transmitir información: De forma vertical desde la terapeuta hacia los informantes en las charlas clínicas. También de paciente a paciente compartiendo sus casos, su experiencias y conocimientos (1 paciente que estudiaba cierto tipo de terapia continuó tratando a una de sus compañeras).

Altruismo: alto sentido de altruismo evidenciado en acciones como ayudar a acostar o a parar a aquellas que se les dificultaba. Ceder el *mat* o alcanzar el pañuelo a quien lo necesitaba y la sensación de querer brindar el bienestar que se había recibido.

Desarrollo de técnicas de socialización: Factor muy importante ya que dos pacientes manifestaron ansiedad social y otras 3 aislamiento como mecanismo recurrente. Se favoreció con compartir en parejas, en grupo, así como con los ejercicios relacionales con y sin contacto. Una de ellas dejó de usar tapabocas (llevaba usándolo 2 años, inclusive en escenarios virtuales). Se evidencia un aumento significativo en las verbalizaciones a partir de la sesión No8, que se puede asociar principalmente al *comportamiento imitativo* hacia las inf1, inf3 e inf8 quienes dan la pauta del enriquecimiento verbal en las sesiones iniciales. Este comportamiento se evidencia también en la *catarsis* del grupo, es importante mencionar que no se buscó de forma activa la generación de espacio catárticos; sin embargo, el grupo compartió sentires profundos que llevaron a la expresión de ésta.

La *cohesión* juega un papel fundamental en el desarrollo de los tres factores anteriores, siendo evidenciada como una conexión que permitió la expresión, el aprendizaje interpersonal, los factores existenciales (descritos en dimensión existencial del movimiento); así como en la *recapitulación correctiva del grupo familiar primario*, algunos roles identificados fueron: inf7 (inf. de mayor edad), es vista como la abuela a la que hay que cuidar, la inf4 (no es la menor pero es la que se percibe como la más vulnerable) asume el rol de “la hija pequeña”, la inf9, al ser psicóloga ejecuta varias veces el rol de madre.

Tabla5

Códigos in vivo: Categoría: Factores Terapéuticos de grupo

Infundir esperanza	"veo que los demás sienten un montón de cosas que yo no" Inf6. "Siento que puedo identificar que los espacios con mucho ruido sensorial afectan mi concentración, pero ya puedo anticiparme" Inf6 "Hoy me doy cuenta de la cantidad de cosas que no me duelen" inf1 : "me sorprendió que el movimiento de ambos brazos no me dolió: podía subir más uno que otro, pero encontré un rango en el que no me duele! Inf6
Universalidad	"Encontrar una persona como yo, con casi la misma edad y que también le duele todo es uff, reconfortante". Inf1 "Me voy muy contenta, al principio sentía que todos pensaban "esta señora qué hace aquí", pero me sentí muy bien en el grupo. Inf7
Transmitir información	Me gusta lo de activar el observador testigo. Inf1 Me encantó el concepto que el cuerpo siente primero antes que el cerebro se entere. Inf4 Me doy cuenta que sí tengo recursos Inf7
Altruismo	Me gustó el ejercicio lúdico porque pude entender cómo me paro ante la vida Inf3. Sentí que quería hacerlo bien (masaje) para hacer sentir lo que yo sentí. Inf8 Me gusta el contacto, el dar y el recibir, se sentía cálido. Inf3
Desarrollo de técnicas de socialización	He podido expresar cosas que antes no podía Inf7.
Comportamiento imitativo	Me doy cuenta de que si evito el contacto y por eso llevo 2 años sin quitarme el tapabocas El aumento significativo de las verbalizaciones a partir de la sesión 8, se puede asociar a la participación activa de las inf1, Inf3 e inf8 quienes dan la pauta del enriquecimiento verbal, haciendo que poco a poco las integrantes menos participativas imitaran su comportamiento. Este comportamiento se evidencia también en los momentos catárticos del grupo.
Catarsis	Es la primera vez que he podido hablar del dolor y de mi historia, porque siempre ha sido como "cállese" Inf4 He podido expresar cosas que antes no podía Inf7.
Cohesión de grupo	Siento que el acompañamiento del grupo fue muy bonito, me voy con la sensación de conexión bonita en el grupo Inf8 Sentí que era un espacio muy cuidadoso inf9
Aprendizaje Interpersonal	Me doy cuenta de que lo que hay en común de lo que todas dijimos es que una cosa es lo que hacemos y otra distinta lo que el cuerpo nos pide hacer. Inf5 Pude aprender a soltar la mirada del otro y a estar conmigo misma. Inf3

4.4.3 Dolor:

Percepción del dolor: verbalizaciones iniciales enfocadas en la intensidad e interferencia del dolor en la práctica. En general el dolor parece resultar invasivo a la conciencia. Hacia la 4 sesión aparece la primera referencia a percibir espacios corporales libres de dolor, para luego ir migrando a una mayor conciencia corporal de las áreas dolorosas donde aparecen a la vez sensaciones como tensión, alivio, libertad; así como conciencia que hay otras áreas corporales sin esas sensaciones.

Miedo: al dolor, al movimiento (Kinesiofobia) y al contacto: en las sesiones intermedias aparecen apreciaciones sobre encontrar estrategias de afrontamiento del dolor (derretirse, fluidez de movimiento) y de encontrar los rangos de movimiento libres del mismo, para luego consolidar aspectos como fluidez en dichos rangos. Denotan la capacidad de percibir señales de alerta temprana, en etapas iniciales de la activación del dolor o previas a éste, que desembocan en un ajuste de dichas

estrategias. Dentro de las estrategias de afrontamiento se mencionan la respiración, el movimiento, el descanso, la colocación de límites, la identificación de escenarios aversivos y modulación la actividad física de acuerdo con las sensaciones corporales.

Conciencia de las respuestas mal-adaptativas: conciencia del aislamiento como mecanismo de defensa, asociación de la ansiedad y de la hiperestimulación sensorial como activadores de la tensión y el dolor. Las informantes identifican una especie de disonancia entre las respuestas que generan en la cotidianidad vs la autopercepción de la necesidad corporal en dichas situaciones, que se percibe como generadora de tensiones musculares y dolor.

Catastrofismo y nuevas repuestas: la percepción inicial de vivir con dolor como una lucha es transformada hacia un lugar de escucha y aprendizaje. Se aprecia que el sentir dolor no es excluyente de sentir experiencias de bienestar en otros momentos o en otras áreas del cuerpo al mismo tiempo. El factor de inducir esperanza es importante en la neutralización de los pensamientos “todo me duele” y en la sensación implícita de no tener alivio o esperanza de tratamiento.

Identificación con el cuerpo del dolor: El percibirse a sí mismas como personas enfermas o con dificultad o imposibilidad para realizar ciertas actividades se ve transformado en comprender el dolor como la posibilidad de estar vivas, poder estar en el aquí y el ahora sabiendo que el dolor es algo que puede estar presente o no y que no es determinante de una condición de enfermedad.

Tabla 6
Códigos in vivo: Categoría Dolor

Percepción del dolor:	No me había dado cuenta del dolor hasta que inició la clase Inf2 Veo que me duele todo y me duele mucho más el brazo. Inf2 Me duele rebotar, me dio calambre y tuve que parar Inf3 Siempre aparece mi dolor en las rodillas Inf4 Sentí por momentos que el dolor era agobiante Inf3
Miedo: al dolor, al movimiento (Kinesiofobia) y al contacto	Al fluir duelen menos las rodillas Inf4 Se me fueron todos los dolores al derretirme Inf1 Por primera vez no me dolió subir los brazos, aunque el izquierdo sube mucho menos. Inf4 Ya no me da tanto miedo moverme. Me gustó mucho poder encontrar el rango y el ritmo para no tener dolor, siento que me puedo mover Inf1 Me doy cuenta que el movimiento de las manos me genera alivio Inf8 Me doy cuenta que puedo ir hasta donde no me agrede. Inf3 Soy capaz de moverme sin dolor, ahora encuentro mi propio rango de movimiento, ahora ajusto el ejercicio a los que siento" Inf6
Conciencia de las respuestas mal-adaptativas:	Antes me quejaba del dolor, ahora pienso cómo no me va a doler si es que vivo super tensa en todas las reuniones de mi oficina, porque no me gusta estar allá. Inf9 Me doy cuenta de que lo que hay en común de lo que todas dijimos es que una cosa es lo que hacemos y otra distinta lo que el cuerpo nos pide hacer. Inf5 Siento que puedo identificar que los espacios con mucho ruido sensorial afectan mi concentración y esto me genera tensión y dolor, pero ya puedo anticiparme Inf6
Catastrofismo y nuevas repuestas:	Me doy cuenta que la punta de la nariz no me duele Inf1 Me doy cuenta que creí que todo el cuerpo me dolía, pero no. Hay zonas que no me duelen, de hecho, solo algunas duelen. Inf9 Me doy cuenta que no me duele en ningún lado, siento es tensión Inf5 En reuniones laborales, cuando tengo ganas de matar a alguien, me paro, camino, respiro, me relajo... me pongo en movimiento. Inf9
Identificación con el cuerpo del dolor:	Me doy cuenta que he vivido toda mi vida a través del dolor Inf4 Siento que empiezo a entender que mi cuerpo es distinto, no que está dañado Inf4 Me gusta el contacto, el dar y el recibir, se sentía cálido. Me hace estar en el aquí y el ahora Inf3 El dolor está, pero también está el sentirme libre, no he vuelto a decir que estoy enferma, "hoy estoy con dolor". Hoy me doy cuenta de la cantidad de cosas que no me duelen. Inf1

5 DISCUSIÓN

Se implementó una intervención grupal con BBAT, valorando BASI y BARS-MQE antes y después de dicha intervención en 9 pacientes con dolor crónico encontrando una disminución significativa de la puntuación BASI, frente a un aumento de la puntuación del BARS-MQE estableciendo una correlación entre sus puntajes, es decir una mejoría en la conciencia corporal y CM frente a una disminución de la sintomatología psicológica: ansiedad, concentración y fatiga, fisiológica: tensión muscular, dolor y cansancio y de actitud frente a la actividad física y hacia la apariencia corporal. Dichos resultados se corresponden con los encontrados por Mattson et al. (2000) en pacientes con dolor pélvico crónico, donde mencionan los puntajes BAS como indicadores de un comienzo en la normalización del

comportamiento y de la función motora y una reducción paralela de los síntomas reportados.

5 pacientes del grupo enfrentaban situaciones vitales auto-consideradas como muy estresantes; para los pacientes con dolor crónico las experiencias somáticas de diestrés son de importancia primaria y son acompañadas por otros síntomas psicológicos como la depresión y la ansiedad (Malmgren-Olsson et al 2009). Los hallazgos psicológicos del BASI se corresponden a dichos estados emocionales y comorbilidades descritas por Simons et al. (2014) donde la fatiga es una manifestación principal. La ansiedad también está asociada a sensaciones de amenaza (en este caso por contacto social, físico y el movimiento) que se relacionan con aumento de las tensiones musculares y que junto con déficits interoceptivos aumentan la sensibilidad al dolor y disminuyen su tolerancia (Simons et al. 2014).

Esto puede explicar por qué en las sesiones iniciales las pacientes estuvieron más centradas en el dolor. Al respecto, Skjærven (2019) advierte que el terapeuta necesita ser consciente de que el hecho de incrementar la conciencia en pacientes con dolor puede estar asociado a un aumento en la tendencia a estar muy preocupado con las señales y sensaciones corporales, intensificándolas e interpretándolas como síntomas. Esto podría estar asociado también a un detrimento del efecto endógeno de inhibición del dolor asociado a las terapias de relajación (Bravo 2017).

En esta práctica, el dolor fue evaluado como ítem dentro de la escala BASI haciendo referencia a la experiencia de discomfort corporal, molestias o dolores, sin otra variable de medición del dolor. Mattson et al. (2000) dice que en muchos síndromes

de DC el dolor por sí mismo no es el problema principal, sino el enigma de las consecuencias comportamentales que genera el dolor. El objetivo del tratamiento necesita enfocarse en el comportamiento disfuncional más que en desaparecer del dolor. Aun así, se evidenció una disminución progresiva del dolor tal como lo encontró Bravo (2017) en pacientes con fibromialgia y Sertel et al (2017) en migraña y cefalea tensional. Sin embargo, podría ser útil para futuras investigaciones utilizar escalas de interferencia del dolor en la vida diaria o en la actividad física.

En actitud corporal los hallazgos de la mayoría de las pacientes hacia la apariencia son similares a los de Zamudio-Canales et al. (2010) quienes encontraron que, en pacientes con depresión, la postura y la imagen corporal se corresponde con el dominio emocional y físico y están relacionadas con la aparición del dolor; así como con lo mencionado por Sertel et al. (2017) en donde BBAT ayudó a restaurar la imagen corporal. Hubo dos pacientes con puntajes muy bajos en actitud corporal tanto en EI como en EF, al respecto de esto Mattson et al. (2000) dice que es difícil interpretar cuando los puntajes son bajos porque no necesariamente se asocian a salud, sino que pueden ser un reflejo de negación o supresión y las cifras deben tener en cuenta el contexto global de la evaluación BAS, puesto que una disminución de la conciencia se refleja en movimientos disfuncionales y estrategias compensatorios (Skjærven et al 2015). En efecto, sucedió con las Inf5 e Inf6 donde los puntajes BASI y de BARS-MQE fueron bajos, mostrando una baja capacidad de conexión consigo mismas.

Respecto a la actitud hacia la actividad física, en la literatura BBAT parece tener la misma utilidad que otras terapias de ejercicio físico (Seferiadis et al 2015),

necesitando fortalecer la evidencia al respecto. Los resultados aquí obtenidos sugieren un aumento en la actividad física, con disminución del miedo al dolor con respecto a ésta y ajustes en la calidad y cantidad de la actividad física acordes al estado de salud. Bravo (2017) dice que la experiencia de un movimiento más suave en los pacientes con fibromialgia da la capacidad de ahorrar energía en el movimiento cotidiano lo cual puede asociarse a disminución del dolor y la tensión.

Los resultados iniciales del BARS-MQE fueron similares a los que cita Bravo (2017): un déficit sensorial objetivo, problemas en control postural y organización sensorial. Encontrando además un movimiento disfuncional, un balance escaso en el eje vertical, baja estabilidad, firmeza y libertad, concordante con los hallazgos mencionados en fibromialgia de Skjærven (2013). Mattson et al (2000) describen en sus pacientes que los viejos hábitos involucraban altos niveles energía y tensión muscular, lo que se corresponde con los hallazgos de tensión muscular y fatiga iniciales encontrados en este grupo. También reporta que la conciencia mientras se está en movimiento, fue experimentada como útil para reconocer hábitos y encontrar maneras de moverse más suave y económicamente, lo que concuerda con lo encontrado en este trabajo, donde los pacientes manifiestan poder encontrar rangos de movimiento agradables, seguros y libres de dolor.

En cuanto a la conciencia corporal, pese a que en descripciones del cuerpo en el BASI el puntaje fue medio respecto a otros ítems, es llamativo que a las pacientes les cuesta trabajo identificar zonas de su cuerpo libres de dolor, o sensaciones distintas al dolor. Strand et al (2015) mencionan que en pacientes con dolor crónico algunas partes de sí mismos parecen más claras de describir y otras estaban

borradas. De acuerdo con Sertel et al 2017 BBAT incrementa la conciencia sensorial individual; dicha conciencia implica un monitoreo continuo de las sensaciones internas así como del ambiente externo (Skjaerven, et al 2015) que conlleva a identificar estrategias de afrontamiento al dolor como el contacto con su propio cuerpo, tomar conciencia de las sensaciones en el movimiento, ajustar la respiración, ajuste al nivel de actividad física, colocación de límites o descanso (Strand et al (2015) así como la habilidad de enfocar la atención tanto en el ambiente interno como en el externo *one eye in one eye out* (Skjaerven et al 2018). Desde la fisioterapia, la perspectiva salutogénica, esto significa una mejoría del conocimiento corporal y el desarrollo de habilidades para interpretar las señales corporales (alertas) como información relevante (Mattson et al 2000).

El buen desarrollo del grupo y los hallazgos positivos podrían asociarse con la presencia de los factores terapéuticos grupales, siendo la cohesión de los factores más importantes, dado que cada persona puede expresarse y el grupo se constituye en un lugar que ayuda a romper la soledad no deseada, y que protege de los miedos que generan las relaciones humanas. (Rodríguez-Zafra y García 2022). Otro factor importante por mencionar podría ser el infundir esperanza como posibilidad de reencuadre del pensamiento catastrófico.

Con respecto a las dimensiones de movimiento, resalta la dimensión existencial que se corresponde con la categoría de identificación con el cuerpo del dolor. El cuerpo del dolor es un concepto que desarrolla el escritor Eckhart Tolle (2013), quien lo describe como una sombra proyectada por el ego, capaz de generar una

identificación que genera resistencias inconscientes y del cual es posible desidentificarse estando en la presencia del observador en el ahora.

Bravo (2017) menciona que BBAT ayuda a los pacientes a integrar la autoconfianza en el cuerpo y a crear una nueva relación consigo mismos, lo cual se evidencia en este grupo a través de verbalizaciones y nuevos cuestionamientos sobre el sentido de su dolor, sobre el dolor como posibilidad y sobre cómo el estar centradas en el ahora, permite una resignificación de la enfermedad y el sufrimiento. También el dolor puede pensarse como lo menciona García-Sánchez (2005) como un evento que permite tomar conciencia del propio cuerpo, o una alerta que permite poner en primer plano la corporalidad muchas veces olvidada.

Dragesund y Råheim (2008) dicen que cuando los pacientes manifiestan disminución de los síntomas y mejoría en el afrontamiento del dolor aparece un rango en la conciencia corporal que va desde ser el dolor la única posibilidad de conciencia corporal hasta una nueva conciencia del propio cuerpo. En este caso la conciencia del cuerpo presente resignificando el cuerpo del dolor.

La propuesta de BBAT incluye como factor terapéutico fundamental y prerequisite para la guía de los pacientes, la presencia encarnada del terapeuta, Skjærven (2010) la asocia a la habilidad de estar mental y físicamente atento, aquí y ahora. Por esta razón la auto-práctica de BBAT por parte del terapeuta se considera primordial dentro de la formación. Al respecto Dropsy (1982) dice: “El educador es tan grande como su nivel de comprensión, puede únicamente ayudar a otro en la medida que él mismo ha resuelto los problemas con los cuales se enfrenta el alumno”.

En mi proceso de aprendizaje, BBAT me ha ayudado desde el punto de vista personal a integrar la presencia de mi cuerpo y la conciencia de mis propias reacciones corporales en los espacios cotidianos, determinando mi propias herramientas y mecanismos de afrontamiento frente a la ansiedad y la tensión muscular. Como terapeuta he aprendido a no volcar completamente la atención hacia el paciente, desconectándome de mi misma, sino pudiendo mantener *un ojo adentro y uno afuera*. Me ha ayudado a mejorar las habilidades de comunicación y de observación en la CM, así como el dominio de grupo y el abordaje clínico desde el enfoque salutogénico. Este trabajo abre las puertas a futuros trabajos que ahonden en los factores terapéuticos grupales, individuales y ambientales desde la integración de dicha presencia encarnada, así como ahondar en aspectos clínicos respecto al dolor, la actividad física, la imagen corporal, la ansiedad y la depresión, en un diagnóstico creciente en las consultas de fisioterapia.

CONCLUSIONES

Las herramientas de evaluación BASI, BARS-MQE son de utilidad clínica en el planteamiento de un abordaje terapéutico desde el enfoque BBAT; este tiene beneficios en el abordaje del paciente con dolor crónico ME, mostrando disminución del dolor, mejorando la actitud hacia la actividad física y transformando la relación con el propio cuerpo. Los factores terapéuticos de grupo y del terapeuta son determinantes en evolución favorable del grupo y el alcance de sus objetivos.

REFERENCIAS

- Bergström, M., Ejelöv, M., Mattsson, M., Stålnacke, B.M. (2014). One-year follow-up of body awareness and perceived health after participating in a multimodal pain rehabilitation programme – A pilot study, *The European Journal of Physiotherapy*, Vol (16) 4, pp. 246-254
- Bravo Navarro, Cristina. (2017). *Physiotherapy in Mental Health Effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in patients suffering from fibromyalgia*. Tesis doctoral Universidad de Lleida. España.
- Bravo, C, Skjaerven, L. Sein-Echaluce, L, Catalan-Matamoros, D. (2018) Experiences from group basic body awareness therapy by patients suffering from fibromyalgia: A qualitative study. *Physiotherapy Theory and Practice*, Vol (36), pp. 933-945 DOI:10.1080/09593985.2018.1517286
- Catalán, D. (2019). Fisioterapia en Salud mental: antecedentes Históricos. *Revista Colombiana de Rehabilitación*. Vol (2), pp. 162-180. <https://orcid.org/0000-0002-3086-6812>
- Dragessund, T., Råheim, M. (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness, *Physiotherapy Theory and Practice* Vol (24) 4, pp. 243-254. DOI: 10.1080/09593980701738400
- Dropsy, J., *Vivir en su cuerpo: expresión corporal y relaciones humanas*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Fernandez, E., Turk., D., (1995) The scope and significance of anger in the experience of chronic pain, *Clinical review, Pain*, Vol (61), pp. 165-175
- García-Sánchez, V. (2005), *Cuerpo-Movimiento: perspectivas: colección de textos de rehabilitación y desarrollo humano*, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.
- Hasset, A., Williams, D., Non-pharmacological treatment of chronic widespread musculoskeletal pain, *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, Vol (25) 2, pp. 299-309. DOI: 10.1016/j.berh.2011.01.005

- Lundvik Gyllensten, A., Ovesson, M., Lindström, I., Hansson, L., Ekdahl, C., (2004). Reliability of the Body Awareness Scale-Health. *Scandinavian Journal of caring Sciences*. 18(2), pp. 213-219. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00272>.
- Malmgren-Olsson, E., Armelius, B., Armelius, K., (2009) A comparative outcome study of body awareness therapy, feldenkrais, and conventional physiotherapy for patients with nonspecific musculoskeletal disorders: changes in psychological symptoms, pain, and self-image, *Physiotherapy Theory and Practice*, Vol (17), 2 pp. 77-95. DOI:10.1080/095939801750334167
- Mattson M., Wikman, M., Dahlgren, L., Mattson, B. (2000). Physiotherapy as Empowerment – Treating Women with Chronic Pelvic Pain, *Advances in Physiotherapy*, Vol (29), pp. 125-143
- Ryding, C., Rudebeck, C. Roxendal, G. (2000). Assessing Body Awareness in Healthy Subjects – The First Steps Towards the Construction of the BAS-Health, *Advances in Physiotherapy*, Vol (2), pp 176-182
- Rodríguez-Zafra, M. García, L. (2022). La cohesión grupal: factor terapéutico y requisito para la creación de un grupo en terapia, *Revista de Psicoterapia*, Vol (33) 121 pp. 71-84
- Roxendal, G. (1985). Body awareness therapy, and the body awareness scale, treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy, Swede, ISBN 91-7222-853-9
- Seferiadis, A., Ohlin, P., Billhult A., Gunnarsson, R., (2016). Basic body awareness therapy or exercise therapy for the treatment of chronic whiplash associated disorders: a randomized comparative clinical trial, *Disability and Rehabilitation*, Vol(38), 5, 442-451. DOI:10.3109/09638288.2015.1044036
- Sertel, M., Şimşek, T., Yümin, E. (2017). The effect of body awareness therapy on pain and body image in patients with migraine and tension type headache, *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, Vol (12), 4, pp. 252-268
- Simons, L., Elmand, I., Borsook, D. (2013) Psychological processing in chronic pain: A neural systems approach, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, Vol (39), pp. 61-78. doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.12.006
- Skjaerven, L. Gard, G., Kristoffersen, K (2003). Basic elements and dimensions to the phenomenon of quality of movement – a case study. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 7, Vol (4), pp. 251-260. [doi:10.1016/S1360-8592\(03\)00052-4](https://doi.org/10.1016/S1360-8592(03)00052-4)

- Skjaerven, L., Kristoffersen, K. Gard, G. (2008). An eye for movement quality: A phenomenological study of movement quality reflecting a group of physiotherapists' understanding of the phenomenon, *Physiotherapy Theory and Practice*, 24 Vol (1), pp.13-27. DOI: 10.1080/01460860701378042
- Skjaerven, L., Kristoffersen, K. Gard, G. (2010). How Can Movement Quality Be Promoted in clinical Practice? A Phenomenological Study of Physical Therapist Experts, *Physical Therapy*, Vol (90), pp. 1479-1492
- Skjærven L. (2013) Basic Body Awareness Therapy: Promoting Movement Quality and Health for Daily life, Booklet, Berget University College, Norway.
- Skjaerven, L., Gard, G., Sundal, M., Strand L. (2015). Reliability and validity of the Body Awareness Rating Scale (BARS), an observational assessment tool of movement quality, *European Journal of Physiotherapy* Vol (17), pp. 19-28
- Skjærven L. (2016) Body Awareness Rating Scale Movement Quality and Experience (BARS MQE) Manual, An evaluation tool of movement quality within the movement awareness domain in Physiotherapy, Manual, Western Norway university of applied Sciences, Bergen, Norway
- Skjærven L.Mattson, M., Catalan-Matamoros, D., Parker, A., Gard, G., Gyllensten A. (2018). Consensus on core phenomena and statements describing Basic Body Awareness Therapy within the movement awareness domain in physiotherapy, *Physiotherapy Theory and Practice*. DOI: 10.1080/09593985.2018.1434578
- Skjærven, L. (2019) Los Fenómenos de la Calidad del Movimiento y Conciencia del Movimiento – Constructo Teórico y Comunicación en Fisioterapia en Salud Mental. Tesis doctoral. Universidad de Murcia. España.
- Skjærven, L., Gard, G. Gómez-Conesa, A. Catalan-Matamoros, D. (2019). vocabulary describing health-terms of movement quality – a phenomenological study of movement communication, *Disability and Rehabilitation*, DOI:10.1080/09638288.2019.1585970
- Strand, L., Olsen, A., Nygard, H. Furnes, O., Magnussen, L., Lygren, H., Sundal, M., Skjærven, L. (2016). Basic Body Awareness Therapy and patient education in hip osteoarthritis: a multiple case study, *European Journal of Physiotherapy*, Vol (18), 2, pp. 116-125. DOI: 10.3109/21679169.2015.1135982
- Tolle, E. (2013.) El poder del ahora: un camino hacia la realización espiritual, México, Editorial Grijalbo.

Velasco, M. (2019) Dolor musculoesquelético: fibromialgia y dolor miofascial, Revista médica clínica Las condes, Vol (30), 6, pp., 414-427

Vinogradov, S., Yalom, I., Guía breve de psicoterapia de grupo, Barcelona, España. ISBN: 84-493-0224-2

Yalom, I. (1998). Psicoterapia existencial y terapia de grupo. Editorial Paidós. Barcelona, España.

Yilmaz, K., Gul Yazicioglu, F., Akkoyun Sert, O., Ozturk, B., Armutlu, K., Yuce, H., (2023). The effects of basic body awareness therapy on balance in patients with chronic neck pain: a randomised crossover trial, Somatosensory & Motor Research, DOI: 10.1080/08990220.2023.2181327

Zamudio-Canales, J., Athanássios-Cordás, T. Teixeira-Fiquer, J. Furtado-Cavalcante, A. Alberto-Moreno R. (2010), Posture and body image in individuals with major depressive disorder: a controlled study, Revista brasileira de Psiquiatria, Vol (32) 4, pp. 375-380

Zanini, S., Voltolini, A., Gragnano, G., Fumagalli, E., Pagnini, F. (2018) Changes in Pain Perception following Psychotherapy: The Mediating Role of Psychological Components, Research article, Pain Research and Management, Vol (2018), Article ID 8713084, 5 pages. doi.org/10.1155/2018/8713084

Parte 2

(605 palabras)

Mi auto-práctica ha estado variada en posturas, predominando en este período supino y bípedo. En supino he realizado predominantemente estiramientos simétricos y asimétricos, así como la variante de flexo-extensión de tronco con manos en centro y tórax. En bípedo ha variado en movimiento de ola, botes y flexión de rodillas, caminar, secuencia de movimientos de la vida diaria y flexo extensión de tronco.

La flexo-extensión de tronco la he realizado también en posición sedente con y sin vocalización. Es tal vez el movimiento que más he utilizado también en la vida diaria, pues me ayuda a liberar la respiración, a ser consciente de mi patrón de postura en flexión y a mejorar la alineación en el eje.

Desde la perspectiva de aprendizaje en movimiento, he ganado conciencia del nivel de tensión en los miembros superiores, regulación en el nivel de energía durante el movimiento y sobre todo he podido vivir la experiencia del movimiento unificado, en el cual hay menor esfuerzo y todas las partes de mi cuerpo están involucradas. Esta experiencia ha sido importante desde lo personal, así como en mi trabajo en terapia manual, donde antes generaba el movimiento desde miembros inferiores y en conexión con el centro, representando menor cansancio y tensión.

En la vida diaria, los escenarios más frecuentes a los que he llevado mi aprendizaje además del trabajo son la práctica deportiva: en la cual me ha ayudado a aumentar la velocidad, el timing al tener la habilidad de one ey in one eye out, y al manejo de la presión durante las competencias, lo que ha resultado en buenos desempeños

durante las mismas. Manejando el carro, que me ha ayudado a permanecer alineada evitando movimientos y posturas innecesarias, caminando donde me regulo ahora en velocidad, tensión y en alineación y en la práctica de yoga (el cual ha estado un tanto de lado), en el cual me ha permitido ajustar mejor las posturas.

Desde el aprendizaje a través del movimiento, esta práctica me ha ayudado a enlentecer mi movimiento y mi estilo de vida. A detectar tempranamente detonantes psicológicos o de carga física para ajustar mejores estrategias de afrontamiento, disminuyendo así dolores y tensiones. De la misma forma me ha ayudado a abordar de la mano con intervención psicológica, mi ansiedad y mis memorias de trauma. He aprendido que hay diferentes maneras de disociación y yo variaba de estados hipervigilantes a estados disociados en la vida diaria sin notarlo. La práctica de BBAT me ha enseñado a atravesar las sensaciones incómodas que me llevaban a estos estados, a través de la habilidad de hacer registros sistemáticos de mis sensaciones corporales en cualquier tipo de ambiente.

Las estrategias de afrontamiento que he encontrado en BBAT son: registros sensoriales tempranos de los cambios que suceden en mi cuerpo diariamente, sin llegar a niveles de alarma tipo dolor o enfermedad, cansancio o irritabilidad extrema para darme cuenta que algo está pasando. A encontrar en la respiración una herramienta de regulación emocional y del tono muscular, a realizar pausas de movimiento livianas y fluidas, a estar en contacto con el aire libre, especialmente cuando me siento saturada para regular mi nivel de fatiga mental y a incluir la meditación como una práctica regular para despejar la mente.

En el aprendizaje sobre el movimiento, he podido ampliar y precisar el vocabulario y la claridad de los elementos, aspectos, dimensiones del fenómeno de la calidad de movimiento, mejorar las habilidades comunicacionales, no solo para transmitir información sino para recibirla y categorizarla con fines terapéuticos, y refinar las habilidades observacionales, en los movimientos del paciente determinando objetivos terapéuticos desde la perspectiva del movimiento, así como transmitirlos

APÉNDICE A

Tabla A

Observaciones y comentarios de las evaluaciones iniciales y finales

PTE		BASI	BARSMQE
INF1	EI	Inconformidad con su apariencia corporal, miedo marcado ante el movimiento y la actividad física, desconfía de su cuerpo, procrastinación y dificultad para socialización por sentirse juzgada.	Logra centro con dificultad, compensaciones en espalda y cintura escapular en secuencia en supino. Sedente hiperextensión tórax, voz quebrada, moderada inestabilidad en bípedo
	EF	Disminución del miedo al dolor, cambiado la percepción de sentirse enferma: Solo tengo dolor hoy, ha comenzado a hacer más actividad física: escalar. Se siente integrada en el grupo y reconocida en su trabajo.	Mejora el contacto con el centro, disminuye rigidez y compensaciones, sedente: mejora lineación en eje, mejora proyección voz. Bípedo: aunque persisten leves rigideces y ocasionalmente inestabilidad, ha mejorados mucho, logrando movimiento fluido, armónico y placentero. Conciencia de su dimensión existencial: ¿Cómo quiero estar conmigo?
INF2	EI	Nosofobia que se favorece el aislamiento, sentimientos de ansiedad con irritabilidad y dolores musculares, ocasionalmente la sensación de no poder estar presente. Le cuesta mucho iniciar actividad física por cansancio y dolor.	Contacto con el centro solo en supino, lt5 e lt7. Secuencia en supino sin alineación movimiento periférico y con compensaciones, en bípedo inestabilidad, rigidez marcada, marcha sin presencia.
	EF	Disminuye levemente la fobia, tolera muy bien el contacto en grupo, el dolor disminuido notoriamente igual que la tensión muscular, refiere mejoría en comunicación del límite lo que ha disminuido su ira, sensación del cuerpo liviana y presente. Diminución de la intensidad y frecuencia de episodios de despersonalización.	Mejoría en contacto con el centro, supino. alineación con algunos estacatos en lt4. lt 5, 7 8 y 11 con buena calidad de movimiento fluidez y armonía. Mareo ocasional. Se observan rigideces a nivel de la cintura escapular.
INF3	EI	Refiere mucha fatiga mental, obsesión por el orden en su casa, exceso de preocupación cosas triviales, sin mucho deseo de comer, cansancio, alteración moderada del sueño, lo cual ha afectado la relación con su esposo y sus hijos. Se siente insatisfecha con su cuerpo porque no ha realizado ejercicio	Logra conexión con el centro excepto en lt3 e lt10, tiene dificultad en las secuencias en supino pues aparecen calambres y dolores en la espalda, la estabilidad en sedente es buena más la voz es quebrada y débil, marcada tensión del tronco superior en todas las secuencias, staccatos en MSSS, sus movimientos suelen ser algo violentos, sobre todo al relajar.
	EF	Muy receptiva, ha retomado el ejercicio, la sintomatología de tinitus desaparecida hace 2 semanas, leve dolor cervical, se refiere como más relajada, tranquila con mayor disposición a enfrentar los desafíos diarios.	Se evidencia una mejoría importante en la mayoría de ítems, logrando conexión con el centro, movimientos muy fluidos y con gracia. Persiste tensión hombro izquierdo evidente en la mayoría de posturas en el lt6 e 11t10 persiste uso excesivo de energía, la marcha la realiza con estabilidad pero con cabeza abajo.
INF4	EI	Mayor puntaje en relación con dolor, tensión muscular, ideación de que algo grave le pasa a su cuerpo, frustración e ira por no poder hacer lo que los demás hacen en movimiento o ejercicio. Siente que su cuerpo no funciona como debería y la lleva a forzarlo para que rinda lo que debería rendir.	Conecta muy bien con centro en supino. Movimiento de MMSS tiende a ser periférico, con rigidez del tórax, compensaciones pélvicas, marcado dolor en movimientos en bípedo que lleva a compensaciones.
	EF	Disminución del dolor y la tensión muscular en especial en hombros. Menor irritabilidad y obsesión por querer realizar movimientos para los que su cuerpo no está preparado. Ha modulado la actividad física según sus sensaciones corporales.	Disminuyen las compensaciones, el movimiento de MMSS tiende a ser más conectado con el centro con activación escapular. Aunque los rangos de movimiento son menores se observa y refiere que es porque está en conciencia de alertas tempranas antes que inicie el dolor. Logra fluidez en esos rangos.
INF5	EI	Markada ansiedad, agresividad tensión muscular y alteración del sueño. Llama la atención puntuación nula en actitud corporal: se refiere conforme con su capacidad, apariencia en Bars se evidencia dificultad para sentirse.	Moderada dificultad para conectar con el centro en todas las posiciones, especial supino. Respiración muy superficial, tensión anterior del tórax, brazos muy rígidos, marcha en puntas de pie muy hacia el movimiento de ballet pero sin presencia, inestabilidad moderada en relación con antecedente tobillo. Sus verbalizaciones son cortas y hacen referencia a no entender para qué o por qué los ejercicios.
	EF	Mejora muchísimo, persiste ansiedad, fatiga y alteración del sueño, psiquiatría bajó medicación. Se da cuenta porque ya no se está comiendo las uñas. Refiere sentir cuando está entrando en ataque de ansiedad por estar atenta al cuerpo. El dolor del pie ha bajado notoriamente en las 2 últimas semanas.	Conecta con su centro, aunque la respiración sigue siendo poco profunda. Disminuye la tensión en MMSS, movimientos mucho más presentes, regula la estabilidad a su posibilidad fisiológica pie derecho. Deambulación presente con patrón de marcha fisiológico.

INF6	EI	Siente que no puede avanzar en la vida, le preocupa que eso la lleve a una crisis depresiva que no la deje trabajar (ya ha pasado), mucha dificultad para concentrarse en el trabajo, preocupación porque su peso es muy bajo y lo pierde fácilmente, aunque se alimenta muy bien, la inhibe de hacer más ejercicio. Tiene misma medicación psiquiátrica hace años, pero se resiste a acudir. En actitud corporal hay puntaje bajo, pero luego en BARS se identifica muy baja capacidad para sentirse. nuevamente	Permanente actitud de hiperextensión con marcada rigidez del tórax y tren superior tomaba bastante tiempo entrar en contacto con el centro y liberar la respiración, movimientos muy rígidos en staccato al contraer y al relajar, baja verbalización. Por momento perdía línea media en cabeza y cuello. Conectó muy bien en it11, le gusta mucho sentirse guiada de cerca.
	EF	Cambiaron medicación psiquiátrica después de control, siente que los síntomas de depresión han bajado notoriamente, persisten los de concentración, pero de forma leve. Siente que puede identificar que los espacios con mucho ruido sensorial afectan su concentración, pero puede identificar algunas estrategias y anticiparse. "El dolor por el que venía se me fue".	Le toma aún tiempo, pero conecta con su centro, disminuyendo su rigidez, se sigue evidenciando excesiva anticipación al movimiento, lo cual hace que no relaje por completo en secuencia en supino. Aunque aún pierde línea media, con invitación verbal se da cuenta y corrige. Refiere que necesita dejar de pensar para que el movimiento vaya mejor.
INF7	EI	Sentimiento de estar aislada, no querer hacer nada. Dolores, molestias, fatiga, bajo compromiso emocional y estado de ánimo.	It2: pobre conexión con el centro, calambres por tensión en it3 y 4, moderada inestabilidad, asociada a por caídas recientes en it6 y 12. Moderada dificultad para coordinar y conectar con el centro en it3.
	EF	Más ganas de salir, caminando más, muy contenta porque no tiene dolor en cuello y el dolor de rodilla es ocasional. Mejoría en el manejo de pensamiento intrusivos y estoy colocando límites con mi hija. Inició tratamiento con psiquiatría, se vinculó a programa de adulto mayor.	Persisten compensaciones pélvicas asociadas a RTC, más se evidencia estabilidad, fluidez y disfrute en It7, superación de staccatos en It2 3 8 y 10, importante conciencia del centro en IT1 con mejoría del contacto con el piso. Mejoría en conexión con el centro y coordinación en It4.
INF8	EI	Ansiedad y preocupación marcadas en relación con los cambios laborales que ha estado enfrentando, fatiga, cansancio, marcadas tensiones musculares, afectación moderada con su imagen corporal uso de ropa amplia para ocultarla. Sobre exigencia en ejercicio	Le toma mucho tiempo conectar con el centro, y encontrar el movimiento que corresponde, lo realiza con algo de rigidez. Bípodo: buena estabilidad, con dolor en rodillas, logra conexión con el centro, pero con rigidez en su extremidades y región superior torácica.
	EF	Disminución de la preocupación y ansiedad por el futuro, mejores estrategias para estar en el ahora, cambio de perspectiva frente a su panorama laboral. Menos sobre exigencia en ejercicio, mejor conexión cuándo está cansada y permitir descanso.	En supino se evidencia placidez y armonía en el movimiento. En bípodo mejoró la estabilidad., disminuye notoriamente la rigidez que persiste levemente a nivel escapular. Mejoría en las verbalizaciones e integración con el grupo.
INF9	EI	Irritabilidad marcada por temas laborales, rechazo a su imagen, con miedo a ser vista (uso permanente de tapabocas inclusive en virtualidad), ansiedad social moderada, miedo a realizar actividad física por dolor.	Logra centro en casi todos los movimientos, excepto It6 It9, donde hay marcado temor por inestabilidad y respuesta del MID. Visiblemente incómoda en el ejercicio relacional por contacto.
	EF	Disminución del dolor y las tensiones, las identifica como parte de su mecanismo de defensa en temas laborales. Retoma actividad física con seguridad, siente mayor sensibilidad en su cuerpo observando que no es todo su cuerpo el que duele, solo algunas partes. Identifica estrategias de afrontamiento diarias en reuniones laborales: "cuando tengo ganas de matar a alguien, me paro, camino, respiro, me relajo... me pongo en movimiento.	Mejoría importante en la CM, persiste cierta inestabilidad y compensaciones en It6, 9 y 12 en relación con diagnóstico de base.

APÉNDICE B

TABLA B

Estructura General de las Sesiones

SESIÓN	Objetivos	Descripción	Comentarios
El 1 Mar 4	Evaluación inicial BASI BARS MQE Generar un primer contacto grupal para la familiarización con el ambiente y con el grupo favoreciendo la cohesión de grupo. Familiarizar a los participantes con los principios de estabilidad, alineación en eje vertical y conciencia del centro.	Introducción: dimensión física y fisiológica del movimiento, historia BBAT Sedente: Eje vertical: autocontacto en el eje, tuning de Msls, grounding, contacto con el centro, flexo extensión con manos a los lados y con manos en centro y tórax. Bípodo: Ola: variantes flotando y con resistencia. Variante música para aumentar fluidez: The tao of love Marcha: Distancia entre compañeros y distancia con el centro, libre por el espacio.	Inf2: yo veo que me duele todo, me duele mucho más el brazo. Inf6: me costó mucho dejar de pensar, veo que muchas sienten un montón de cosas y yo siento que por controlar se me fue la experiencia. Inf3: Me encantó como siento mi espalda, siento como si estuviera desarticulada, ahora camino más relajada, más fluida. Inf8: Veo cómo el movimiento se va regulando. Inf1. Me cuesta mucho la mente.
2 Mar 11	Reforzar la integración grupal con miras a favorecer el contacto entre los miembros del grupo, que se dificultaba por kinesiophobia y miedo a ser tocado por dolor. Ahondar en la dimensión física y fisiológica del movimiento experimentando traslados de peso, la gravedad, elasticidad y el placer a través del movimiento del centro. Sensibilizar sobre neurociencia de la respiración, el movimiento, y del dolor para ajustar expectativas.	Introducción: vídeo previo a sesión Nazareth castellanos, conceptos básicos dolor crónico. Herramienta mapa del dolor. Bípodo: Botes, flexo extensión rodillas, flexo-extensión tronco, movimientos laterales. Relacional: Lúdico muñeco de cuerda: por parejas, música: a morte do capoeira, Contacto leve y lúdico en la espalda, combinando la flexión y extensión del tronco. Supino: contacto con el centro: características de la respiración.	Inf9: Me doy cuenta que vivo con mucho afán, me cuesta concentrarme en algo de manera detallada, estar más atenta a mí. Inf3: Al principio me sentía super inestable, luego me sentí firme. Luego empecé a sentir que el movimiento era cuidadoso y sin exigencia. Inf8: Me cuesta darme cuenta cuándo me siento muy cansada. Cuándo se me está acabando la pila. El dolor en la cadera me ayuda a darme cuenta. Inf1: Me doy cuenta que me niego a sentir porque tengo mucho miedo al dolor.
3 Mar 18	Reforzar la experiencia del movimiento enfatizando en la construcción de un rango estable, seguro y libre de dolor así	Introducción: ciclo de aprendizaje de la calidad de movimiento Bípodo: movimientos laterales, rotación en el eje vertical con sonido de viento, variante con	Inf1: Me sentí muy rígida, mis pies no quieren mantener el peso, sentir esa sensación de la que no soy tan consciente en el día a día. Me gusta lo de activar el observador testigo

	como llevando la conciencia al nivel de tensión relajación durante el movimiento.	música: Aldebaran, ola variante palmas finalizando en frente.	Inf3: Sentí el cuerpo incómodo, sentí como que mi abdomen era una pared y quería entrar con la pelota y no podía, relajarme es extraño para mí.
	Reforzar la aparición de los factores terapéuticos grupales a través de ejercicios relacionales.	Relacional: Variante guiar y dejarse guiar.	Inf4: mucho dolor en mis rodillas trataba de hacerlo, pero en el más mínimo movimiento me dolía.
	Profundizar en la conciencia de la respiración y en el sentir del centro respiratorio.	Sedente: tuning isquiones, rodillas, pies. Desplazamientos AP y lateral; flexión y extensión de tronco con conciencia de la respiración, pelota en el centro: percibir el movimiento respiratorio y automasaje.	Inf6: comprendo que llevar mi cuerpo a la luz (conciencia) es un ejercicio permanente.
4 Mar 25	Favorecer la conciencia ayudando a identificar zonas de no dolor. Mejorar el refinamiento sensorial identificando sensaciones en zonas de no dolor Profundizar en la CM desde la fluidez y comenzar a explorar la dimensión psicológica del mismo	Introducción: el enfoque salutogénico Bípodo: Movimiento de brazos: variante infinito mismo sentido ambas manos, diferente sentido, variante música: Laryssa Supino: juntar piernas (identificar rango de no dolor), elevación brazos sobre la superficie (rango de no dolor), contacto con el centro, variante piernas dobladas, contacto en el centro con pelota. Paseo por el cuerpo.	Inf5: Me doy cuenta que los ejercicios son casi iguales, lo que varía es la intención del movimiento. Inf9: Me doy cuenta que el movimiento es distinto en cada mano, pero logré a sincronización y me gustó. Inf1: Me doy cuenta que la punta de la nariz no me duele, me sentí cómoda con la respiración, me gusta la fluidez porque tengo mucha tensión en el cuello. Me doy cuenta que creí que todo el cuerpo me dolía, pero no. Hay zonas que no me duelen de hecho, solo algunas duelen. Inf9 Inf6: Me da pena que veo que todo el mundo tiene un montón de experiencias y yo no. Como que siento que me controlo tanto que me pierdo la experiencia.
5 Abr 1	Profundizar en la conciencia del del centro, de la respiración y de las sensaciones durante la generación del sonido y los movimientos centrales del tronco. Profundizar en la cohesión de grupo, en la familiarización del contacto mediante ejercicios relacionales.	Introducción: SOC Sedente: laterales, AP, flexión extensión, toma de contacto de la terapeuta, voz A M S , proyección al centro del espacio Bípodo: flexión extensión, conciencia de respiración reposo y en movimiento, Ejercicio relacional variante música: lessione di Piano	Inf4: El contacto me ayudó a sentirme más derecha. Tengo un punto de tensión en la espalda que me genera cansancio con el movimiento. Inf8: Me gusta mucho el ejercicio con música porque me ayuda a fluir distinto. Inf3: la A la sentí profunda y potente, sentí en la S como se separaban los labios mientras los dientes seguían en contacto. El contacto me ayudó a generar más potencia. Inf5: me doy cuenta que no me duele en ningún lado, siento es tensión. Inf2: me gustó mucho la música. Sentí el contacto muy pesado.
Receso Semana santa			
6 Abr 22	Sensibilizar hacia el refinamiento sensorial de todas las partes del cuerpo Profundizar en la conciencia de las fases de la respiración en sus elementos y aspectos.	Introducción: Recursos corporales, dimensión psicológica y existencial del movimiento. Herramienta; mapa corporal y del dolor Supino: paseo por el cuerpo, conciencia de la respiración con música, variante mano en	Inf1: hoy me doy cuenta de la cantidad de cosas que no me duelen. Inf6: Me es más fácil que antes sentir la respiración, me cuesta escuchar el corazón. Inf4: Me gusta mucho la propuesta de reajustar cada postura y cada movimiento, me ayuda a no excederme

	Introducir la dimensión existencial del movimiento.	tórax y en el centro, sonido A, S, estiramientos simétricos, asimétricos, variante estrella sin y con música: Heaven and hell Compartir en parejas y luego grupal	Inf7: me doy cuenta de que sí tengo recursos propios
7 Abr 29	Favorecer los factores terapéuticos de grupo a través de la interacción verbal, ejercicios de grupo y masaje Dropsy Concientizar sobre aspectos propios físicos, fisiológicos y psicológicos de la posición bípeda y de la marcha.	Introducción: comentarios de todos el grupo sobre su estado emocional: sobrepensar, emociones muy intensas, angustia. Bípedo: Tuning todo el cuerpo, botes, flexión y extensión, movimientos laterales y variante diagonal, movimientos rotacionales . Marcha: traslados de peso, movimiento elástico de los brazos, en grupo con fluidez limitando el espacio, ejercicio relacional , masaje Dropsy en parejas	Inf9: me dolía el pie y al principio tenía miedo, pero mejoró cuando dejé de luchar y empecé a darme cuenta que esa es la capacidad que tiene mi pie. Inf5: aún me cuesta la respiración, cuando pongo la conciencia ahí, en seguida me empiezo a ahogar Inf6: me di cuenta de que cuando camino no tengo movimiento en los brazos: están quietos. No sé si es egoísmo solo pensar en mí para estar bien. Inf3: Me gusta el contacto, el dar y el recibir, se sentía cálido. Me hace estar en el aquí y el ahora. Me doy cuenta que puedo ir hasta donde no me agreda.
8 Mayo 6	Profundizar la conciencia de la respiración, conciencia de la calidad de movimiento con énfasis en dimensión fisiológica y psicológica del mismo.	Introducción. Aspectos físicos y fisiológicos de la respiración, neurociencia de la respiración. Sedente: Liberación tensiones de todos los segmentos, contacto con la respiración: fases, flexo extensión de tronco, manos abajo y en el centro y tórax, activación depresores escapulares. Bípedo: Flexión y extensión de tronco con sonidos, conciencia respiración. Movimiento de brazos con sonido: stop: límites. Ejercicio relacional lúdico con música en parejas toque sutil: la danza de los espíritus bienaventurados	Inf5: me doy cuenta de que lo que hay en común de lo que todas dijimos es que una cosa es lo que hacemos y otra distinta lo que el cuerpo nos pide hacer. Inf9: Siento que el cuerpo se me ha flexibilizado, me cuesta mucho el contacto con otros, me doy cuenta de que sí evito el contacto y por eso llevo 2 años sin quitarme el tapabocas Inf4: Me gustaron mucho los ejercicios, me cuesta poner límites, pero a la vez siento que mi cuerpo me dice No cuando muevo las rodillas y eso me frustra. Inf3: me doy cuenta de que poner límites de forma amorosa es difícil y me da pena. Luisa: siento que mi cuerpo quiere moverse más, pero me cuesta aún la estabilidad, me gustan mucho los ejercicios de dejarme llevar y fluir de a dos.
9 Mayo 13	Continuar profundizando en conciencia corporal, enfatizando en la consolidación de un rango de movimiento seguro y libre de dolor, (de acuerdo a la información	Introducción: factores fisiológicos psicológicos en el dolor crónico Supino: foco atencional nariz, voz. Conexión con el centro con piernas dobladas, sonidos vocales y consonantes. Estiramientos	Inf4: siento que es más fácil realizar los movimientos de un solo lado. Pero me sorprendió que el movimiento de ambos brazos no me dolió: podía subir más uno que otro, pero encontré un rango en el que no me duele!

	sensorial e interoceptiva), con calidad de movimiento.	simétricos y asimétricos: construcción del rango seguro y libre de dolor, atención en el contacto con el piso: metáfora derretirse Sedente: Dropsy en parejas.	Inf1: se fueron todos los dolores al derretirme, me di cuenta que el hombro no me duele al moverlo sino al devolverme, me doy cuenta que se trata de encontrar el rango y el ritmo para no tener dolor. Inf2: no solo me cuesta recibir sino creo que la vida me pide volver a relacionarme con el mundo Inf8: Siento una conexión muy bonita en el grupo, sentía que quería hacer bien el masaje para poder hacer sentir lo que yo sentí.
10 Mayo 20	Profundizar la conciencia de la respiración, conciencia de la calidad de movimiento con énfasis en dimensión psicológica y existencial del mismo.	Bípodo: Tunning, centro, Dionisio- Apolo ajustados a paciente mayot (sin salto), movimientos laterales, rotación, movimiento de brazos: variante infinito: metáfora: abrir caminos. Marcha: rueda, libre, variante música: ronda con movimiento libre: Mi libertad.	Inf7: me voy muy contenta, al principio sentía que todos pensaban “esta señora qué hace aquí”, pero me sentí muy bien en el grupo, todas han sido muy atentas conmigo y he podido expresar cosas que antes no podía. Inf3: Fue muy poderoso, parece fácil conectar con el cuerpo, pero no lo es, pude aprender a soltar la mirada del otro y a estar conmigo misma, aprendí a no excederme en los movimientos, a estar atenta a lo que me hace bien. Inf4: Siento que empiezo a entender que mi cuerpo es distinto, no que esta dañado, aunque parece fácil aun me cuesta la respiración. Empiezo a encontrar el rango de movimiento que no me genera dolor por fin. Inf1: El dolor está pero también está el sentirme libre, no he vuelto a decir que estoy enferma, “hoy estoy con dolor”
EI	Evaluación inicial BASI BARS MQE		

APÉNDICE C

Ver archivo PDF, de imágenes escaneadas BASI y BARS-MQE