
This is the **published version** of the article:

Barcellos Machado, Clarissa; Fischman, Diana. Buceando en la represa de emociones interior para conectar con lo que no se ve, pero existe : una intervención de danza movimiento terapia con paciente que padece fibromialgia. 2015. 105 p.

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/136903>

under the terms of the  license



Universitat Autònoma de Barcelona

Máster en Danza Movimiento Terapia

**Buceando en la represa de emociones interior para
conectar con lo que no se ve, pero existe.**

Una intervención de Danza Movimiento Terapia
con paciente que padece fibromialgia.



El venado herido, Frida Kahlo, 1946.

Lic. Clarissa Barcellos Machado

Tutora: Dra. Diana Fischman

Junio, 2013

“LO ESENCIAL ES INVISIBLE A LOS OJOS...”

Antoine de Saint-Exupéry

A Beat Meier

*por acercarme a la DMT,
gracias por presentármela;*

*a los profesores y compañeros del Máster DMT de la UAB
por acercarme al conocimiento y vivencia práctica,
gracias por los momentos compartidos;*

*a los pacientes en las prácticas clínicas, en especial, a Carol
por permitir acercarme a ellos y a mí como dmt,
gracias por la confianza;*

*a la tutora Diana Fischman
por permitir acercarme a mis ideas,
gracias por su cariño y disponibilidad;*

*a Jussara Sievers
por incentivar al cambio,
gracias por el apoyo;*

*a Norbert Kotzan y Frida
por acompañarme,
gracias por la paciencia;*

*a la Vida
por los caminos transitados y conexiones establecidas,
gracias por permitirme ser y estar!*

ÍNDICE

INDICE DE CONTENIDO

1.	RESUMEN	6
2.	PRESENTACIÓN	7
3.	MARCO TEÓRICO	10
3.1.	FIBROMIALGIA – LA ENFERMEDAD INVISIBLE	10
3.1.1.	La definición y los datos históricos	10
3.1.2.	El diagnóstico, los síntomas y la causa	11
3.1.3.	El más allá de los síntomas	14
3.2.	EL DOLOR	15
3.2.1.	La definición	15
3.2.2.	El dolor y el sufrimiento	17
3.2.3.	El significado	17
3.3.	LOS TRATAMIENTOS PARA LA SALUD	19
3.3.1.	El tratamiento médico occidental y el oriental	19
3.3.2.	El tratamiento de la fibromialgia	21
3.4.	EL CUERPO	24
3.4.1.	La definición	24
3.4.2.	El cuerpo doliente	25
3.4.3.	El esquema y la imagen corporal	26
3.5.	LA DANZA MOVIMIENTO TERAPIA –DMT	28
3.5.1.	La definición y el proceso psicoterapéutico.....	28
3.5.2.	El movimiento y la emoción	31

3.6.	LA RELACIÓN TERAPÉUTICA	34
3.6.1.	El vínculo y la confianza	36
3.6.2.	La comunicación	37
3.6.3.	La presencia terapéutica y la empatía	37
3.6.4.	El conocimiento relacional implícito y el Grupo de Boston	39
4.	OBJETIVOS	42
4.1.	OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	42
5.	MÉTODO DE TRABAJO	43
6.	DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	45
6.1.	PRESENTACIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO – “buceando en su represa de emociones interior para conectar con lo que no se ve, pero existe”	45
6.2.	PRESENTACIÓN DE LA DATA	47
6.3.	ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO	55
6.4.	ESQUEMA: El círculo vicioso del dolor	60
6.5.	PROPOSICIÓN HIPOTÉTICA	62
7.	CONCLUSIÓN	63
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
9.	ANEXOS	72
9.1.	Anexo 1 – PERFIL DE LA PACIENTE	72
9.2.	Anexo 2 – PERFIL DE MOVIMIENTO	73
9.3.	Anexo 3 – FRAGMENTOS DE LAS SESIONES	79
9.4.	Anexo 4 – Cuadro de Nivel 2 – SÍNTESIS SESIONES CON LA PACIENTE (un modelo)	83
9.5.	Anexo 5 – Cuadros de Nivel 3 – ANÁLISIS DE DATA	84

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Puntos Sensibles de la Fibromialgia	12
Figura 2: Niveles	48
Figura 3: Planos	48
Figura 4: Kinesfera Personal	48
Figura 5: Kinesfera General	48
Figura 6: Dinámicas	49
Figura 7: Contacto Físico	49
Figura 8: Proximidad con la dmt	50
Figura 9: Contacto Visual con la dmt	50
Figura 10: Hablar mucho	50
Figura 11: Acciones del cuerpo.....	51
Figura 12: Sensaciones de la dmt	52
Figura 13: Emociones de la dmt	52
Figura 14: Actividad Realizada	53
Figura 15: Momentos Especiales: lo que pasó	54
Figura 16: Momentos Especiales: lo que cambió	54
Figura 17: Círculo Vicioso del Dolor	61

1. RESUMEN

Esta investigación empieza con una revisión bibliográfica acerca de la temática de la fibromialgia, sus síntomas, las afectaciones del dolor y su significado, los tratamientos de intervención, la Danza Movimiento Terapia – DMT, las emociones y el movimiento, la relación terapéutica y la confianza para identificar las necesidades y la realidad de los afectados por la fibromialgia. Luego se describe y analiza cualitativamente la experiencia de una intervención de DMT por parte de la investigadora con una paciente con diagnóstico de fibromialgia, y se analiza las implicaciones del círculo vicioso del dolor. Finalmente, se discute la información presentada y la posible validez de la hipótesis de este trabajo de investigación.

Abreviaciones y terminologías utilizadas indistintamente a lo largo de este trabajo:

DMT = Danza Movimiento Terapia

dmt= psicoterapeuta o danzaterapeuta o danza movimiento terapeuta

Palabras-clave: Danza Movimiento Terapia, Fibromialgia, Relación Terapéutica, Tratamiento de intervención

2. PRESENTACIÓN

La investigadora tuvo la posibilidad de realizar sus prácticas clínicas del 2º año del Máster en Danza Movimiento Terapia de la Universidad Autònoma de Barcelona con la población de mujeres afectadas por la fibromialgia. La entrada a ese mundo hasta ese momento desconocido para ella le despierta el interés de explorarlo. Empieza enfocando su exploración en la búsqueda de información a través de la lectura de libros y revistas específicos sobre la enfermedad paralelamente a la aproximación a la realidad de las afectadas a través de sus relatos verbales y sobre todo de los mensajes no-verbales de sus cuerpos a través del contacto con las pacientes en las sesiones de DMT.

La fibromialgia es una enfermedad caracterizada básicamente por el dolor crónico y por otros factores más que “no se pueden ver, pero existen”, donde intervienen elementos biológicos, psicológicos y sociales, que implican la ampliación de la visión del afectado como ser humano integral donde mente-cuerpo-emoción están interconectados y se influyen recíprocamente, por parte de los profesionales de la salud, por el entorno familiar, social y laboral del afectado y por parte de los afectados mismos. La fibromialgia impone un cambio de paradigma a la hora de diagnosticarla y tratarla, a la hora de convivir y relacionarse con un afectado por la enfermedad y, principalmente, a la hora de convivir y experimentarla en carne propia.

Es una enfermedad que rompe con el esquema tradicional de diagnóstico y tratamiento, generalmente enfocado a la neutralización de los síntomas físicos, exigiendo atención a los componentes bio-psico-sociales, que son los elementos que componen el estado de salud de cualquier enfermo, implicando con eso un compromiso con el bienestar general del afectado y no solamente con la eliminación de los síntomas físicos. Por lo tanto, establecer una relación de confianza y conexión emocional entre paciente y los profesionales interdisciplinarios de la salud, es fundamental para sobrellevar la enfermedad por parte de los afectados y para que los

profesionales puedan proporcionar más calidad de vida a los afectados ya que la cura de la enfermedad todavía no ha sido encontrada.

Delante de eso la investigadora reflexiona: ¿Qué necesita un paciente con fibromialgia? ¿Cómo son respetadas y tratadas sus emociones? ¿De qué forma la DMT puede contribuir para aumentar su bienestar?

Esta investigación es motivada por el interés en aportar a la disciplina de la DMT, a los profesionales de la salud y a los afectados por la fibromialgia, teniendo en cuenta que:

- la visión integral del paciente - cuerpo, mente y emoción, en el proceso de sanación no siempre es llevada en consideración por los profesionales de la salud;
- la DMT no es considerada como un tratamiento complementario a la fibromialgia en la bibliografía existente y ampliamente divulgada entre los médicos y asociaciones de fibromialgia;
- todavía son pocos los estudios como tesinas de máster y tesis doctorales que consideran los beneficios de la DMT para los pacientes con fibromialgia.

En esta investigación se realiza una revisión y reflexión del material bibliográfico existente acerca de la fibromialgia, las afectaciones del dolor y su significado, las formas de tratamiento para los distintos síntomas, como también el cuerpo, la DMT, el movimiento y las emociones, y la relación terapéutica y la confianza. Además se describe y analiza cualitativamente la experiencia de una intervención de DMT por parte de la investigadora con una paciente afectada por la fibromialgia.

La investigadora observa con el análisis de la data que los afectados de fibromialgia sufren las consecuencias del círculo vicioso negativo de amplificación del dolor que es resultante de la retroalimentación entre los síntomas físicos y psicológicos que lleva a la intensificación de la disminución de su bienestar general.

La práctica de la DMT es caracterizada por el uso psicoterapéutico del movimiento y la danza a través de recursos prácticos y metodológicos específicos que facilitan en los pacientes: la toma de conciencia y registro de las sensaciones corporales, la

exploración de cualidades de movimiento y la integración mente-cuerpo-emoción. A lo que se suman la presencia terapéutica y la empatía kinestésica por parte de la danza movimiento terapeuta.

Considerando a la DMT como una modalidad de psicoterapia de las artes creativas, la investigadora propone la posibilidad de incluir la DMT como un nuevo recurso para ayudar a romper ese círculo vicioso de amplificación del dolor.

De esta manera el presente estudio cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo, pretende responder a las siguientes preguntas de investigación:

¿La Danza Movimiento Terapia puede ser considerada como un tratamiento complementario para la fibromialgia?

¿Cuáles son los aspectos específicos respecto de los que la DMT ofrece recursos que puedan ser de utilidad para el paciente que padece fibromialgia?

3. MARCO TEÓRICO

3.1. FIBROMIALGIA - LA ENFERMEDAD INVISIBLE

3.1.1. La definición y los datos históricos

Según la Associació Catalana d'Afectats de Fibromiàlgia (ACAF), la fibromialgia es una enfermedad caracterizada por la presencia de un dolor crónico generalizado, y sensación dolorosa a la presión de unos puntos sensibles específicos en el cuerpo.

Goldenberg, 1995, citado por Rodríguez (2004), afirmó: la fibromialgia es un síndrome reconocible por la existencia de dolor difuso, crónico, en ausencia de inflamación o normalidades de la estructura músculo esquelética y una constelación de síntomas que incluyen fatiga, perturbaciones del sueño y del ánimo. (p. 13)

El Colegio Americano de Reumatología (ACR) considera la existencia de dolor crónico generalizado cuando el dolor está presente en ambos lados del cuerpo, y por encima y por debajo de la cintura. En un estudio realizado por Moiola y Merayo (2005) acerca de la modulación del dolor se concluyó que los parámetros del dolor son elevados presentando una intensidad media y máxima, y que el dolor está presente prácticamente todos los días del año y progresivamente durante todo el día.

El término fibromialgia se compone de tres raíces: Fibro: del latín fibra, que significa filamento, fibra; Mi: del griego mys, myós, que significa músculo; Algia: significa dolor en griego.

En relación a los datos históricos de la enfermedad, la Associació Catalana d'Afectats de Fibromiàlgia (ACAF) explica que: a) no se trata de una enfermedad nueva porque los médicos europeos ya comentaban la existencia de reumatismos articulares y no articulares en el siglo XVIII, y en el año 1904 el neurologista inglés Sir William Gowers ya hablaba de una enfermedad reumática que afectaba al tejido fibroso; b) la investigación de las causas de la enfermedad empezó a mediados de los años 80; c) los criterios para su diagnóstico fueron definidos por el Colegio Americano de

Reumatología (ACR) en el año 1990; d) la fibromialgia o SFM (Síndrome de Fibromialgia) fue reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1992.

Actualmente la fibromialgia es considerada la enfermedad invisible o la epidemia silenciosa del siglo XXI, afecta entre 2 a 3% de la población (Torreiglesias, 2006), en todas las partes del mundo independientemente de la raza o status social, siendo que entre 80 y 90% de los afectados son mujeres entre los 35 y 60 años de edad (Bauer, 2008).

3.1.2. El diagnóstico, los síntomas y la causa

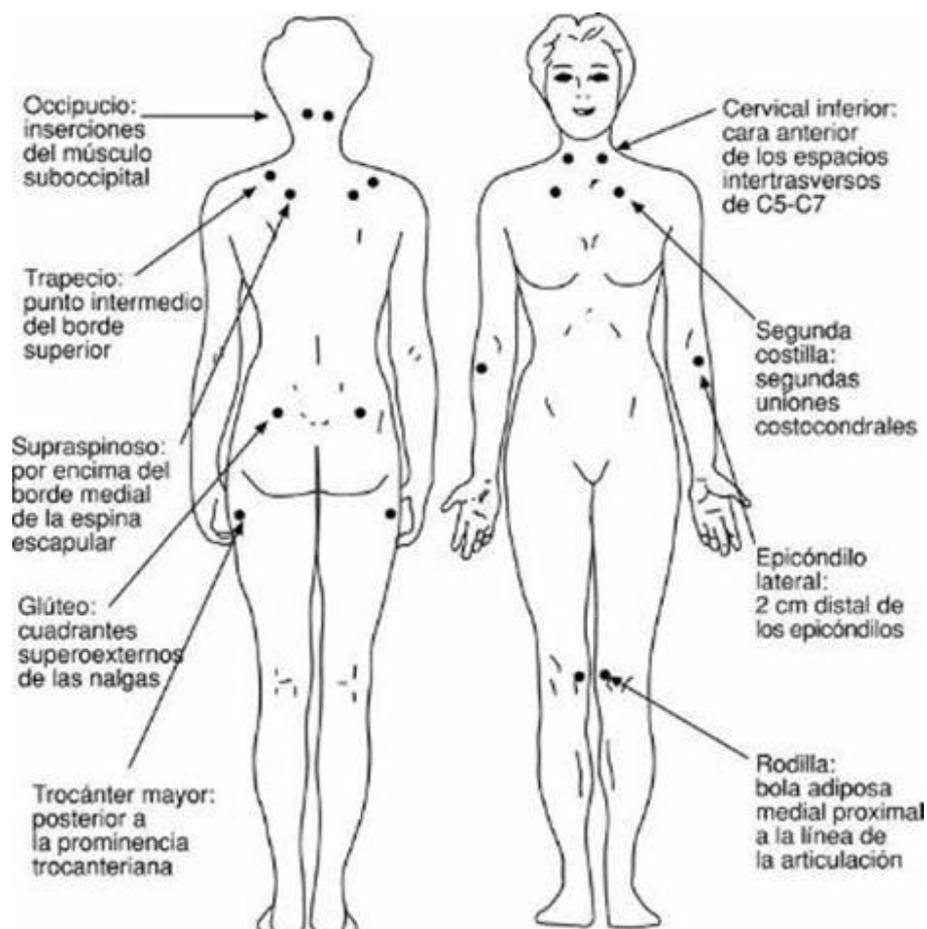
La fibromialgia puede ser definida como un síndrome porque se caracteriza por un conjunto de síntomas físicos y psicológicos diversos más allá del dolor crónico que es su principal síntoma. Se presenta como un trastorno en la modulación del dolor, sin alteraciones orgánicas demostrables lo que hace complejo su diagnóstico. El conjunto de síntomas diversos no se manifiestan en los afectados de igual manera y tampoco en intensidad. Además, muchas veces no son síntomas específicos de la fibromialgia y sí comunes a otras enfermedades, lo que puede confundir a los profesionales médicos, a los afectados y al entorno familiar y social.

Moioli y Merayo (2005) dicen que “la mayoría de los autores coinciden en señalar que la fisiopatología (de la fibromialgia) es multifactorial, donde intervienen elementos biológicos, psicológicos y sociales, cuyo fenómeno central lo constituiría una alteración en la modulación del dolor”. (p. 477)

Oficialmente los criterios para el diagnóstico de la fibromialgia según el Colegio Americano de Reumatología (ACR) son la existencia de:

- dolor generalizado presente durante más de 3 meses;
- dolor a la presión digital en al menos 11 de los 18 puntos definidos como puntos sensibles siendo que al ser ejercida una presión equivalente a 4 kg de peso, estos puntos sensibles son exageradamente dolorosos.

Figura 1: Puntos Sensibles de la Fibromialgia



Fuente: <http://tutraumatologo.com/fibromialgia.html>

Según la Associació Catalana d'Afectats de Fibromiàlgia (ACAF) las radiografías y los análisis, si bien se han de realizar, sólo sirven para descartar la presencia de otras patologías, pero no son determinantes para el diagnóstico de la fibromialgia. Lo mismo pasa con los métodos más modernos, como el TAC (Tomografía Axial Computerizada) o la resonancia magnética, los cuales no permiten -mediante su uso habitual- detectar ninguna alteración determinante para el diagnóstico de la enfermedad. Actualmente, hay numerosas investigaciones abiertas alrededor del mundo, con el fin de poder encontrar otras pruebas y nuevas herramientas de control que hagan posible un diagnóstico más claro y definitivo.

Winfield, 1999, citado por Rodriguez (2005), definió una lista de síntomas existentes además del dolor crónico. Son ellos:

- dolor difuso con alodinia e hiperalgesia,
- fatiga y sentimiento de debilidad,
- alteraciones del sueño,
- distesia/ parestesia,
- dificultades cognitivas (memoria y concentración),
- rinitis crónica, alergias,
- palpitaciones,
- dolor regional,
- síndrome de colon irritable,
- sentimiento subjetivo de hinchazón de las articulaciones. (p. 193)

Bauer (2008) coincide con esa lista de síntomas y añade la depresión como otro síntoma más. Y Payne et al., 1982, citado por Rodríguez (2005) considera como una característica común entre los pacientes con fibromialgia las diferentes alteraciones psicológicas.

En el estudio sobre los efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia, Moioli y Merayo (2005) dicen que “los agravantes que se reflejan como principales responsables del empeoramiento del dolor son las tensiones y los estados emocionales de irritación y/o ansiedad” (p. 482).

Un gran número de autores y estudios afirman que la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica, así como los síndromes de dolor crónico regional y los trastornos emocionales que tan frecuentemente conviven con la fibromialgia, implican una desregulación central de varios ejes de la respuesta al estrés. (Rodríguez, 2005, p. 198)

Katon et al., 1991, citado por Rodríguez (2004), expuso la idea de que “el estrés emocional, en ciertos sujetos, es expresado en forma de síntomas somáticos, incluyendo dolor difuso, en vez de autoinformar de una transtorno o disgusto emocional” (p. 34)

No hay una validación cuanto a que la ansiedad y la depresión sean causa o efecto de la fibromialgia (Torreiglesias, 2006) pero sí que las personas con más estrés y ansiedad

tienen más inmunodepresión por las bajas defensas y que el sistema inmunitario es afectado por las emociones (Moix, 2006).

Los investigadores todavía no encontraron la causa de la enfermedad pero algunas investigaciones sugieren una alteración importante en el desajuste de funcionamiento del sistema nervioso autónomo que se caracteriza por una hiperactividad del sistema simpático que se torna incapaz de responder a estímulos adicionales. Con ese estado de alerta y ansiedad frecuente los pacientes se sienten nerviosos y son incapaces de relajarse. La relación entre la fibromialgia con el cerebro y con la forma de vida actual justifican el carácter de epidemia de la fibromialgia considerada como un proceso que puede ser acelerado por la convivencia con los miedos que todos experimentan de un modo ansioso. Y además la mayor incidencia de fibromialgia y fatiga crónica en las mujeres es explicada por las expectativas sociales femeninas que llevan a la hipervigilancia del cerebro, que dificulta distinguir entre el miedo y la lucha y el reposo y la relajación (Keddy, 2009).

3.1.3. El más allá de los síntomas

La fibromialgia produce un estado de introspección como consecuencia del dolor y de los demás síntomas que lleva a las pacientes a sentirse aisladas y abandonadas cuando no encuentran sostén en su entorno familiar, social y laboral.

Tanto el dolor crónico generalizado como el trastorno del ánimo condicionan una importante pérdida de calidad de vida para el paciente y un menoscabo para todas sus actividades (trabajo, ocio, actividades de la vida diaria) que provocan importantes consecuencias en las relaciones sociales y familiares. (Moioli y Merayo, 2005, p. 477)

Sobre las implicaciones de la fibromialgia, Bauer (2008) dice que “la fibromialgia no sólo limita gravemente a los afectados, sino que también provoca alteraciones graves y permanentes en el entorno personal del paciente: la profesión, la relación de pareja y la vida familiar sufren como el paciente mismo” (p. 15).

En relación a la falta de comprensión sentida por los afectados, Morris (1996) dice que “la persona presa del dolor pertenece a un mundo que nadie más puede compartir o

comprender enteramente” (p. 87). La fibromialgia representa un problema añadido a los síntomas porque como no hay signos externos del dolor el entorno social y familiar de los enfermos no pueden experimentar o entender el sufrimiento que padece una persona afectada de fibromialgia, además de ver la soledad y el agotamiento que todo ello supone. Esa situación lleva a que a menudo los pacientes de fibromialgia son tildados de mentirosos o simuladores y tal incomprensión conduce a los pacientes a un aislamiento creciente al retirarse conscientemente de la vida social para evitar la estigmatización y la frustración que les espera. Así, la autoestima de los pacientes también se deteriora y en consecuencia sufren autorreproches, sentimientos de culpa y depresión. (Bauer, 2008)

De esa manera el dolor en la fibromialgia se transforma en una doble tortura: por el síntoma y también por la falta de entendimiento social. Morris (1996) dice que “el dolor nos sitúa en un mundo social donde lo que sentimos no se puede apartar fácilmente de lo que aprendemos de nuestra cultura ni del modo como reaccionan los demás ante nosotros”. (p. 15)

Cuanto a la exigencia del entorno a cerca del comportamiento del afectado, Le Breton (1999) dice que "el hombre sufriente ya no es el mismo, pero se le suele considerar a la luz de sus comportamientos pasados. Se le reprocha ese cambio sin considerar circunstancias atenuantes" (p. 190). Y además puede ocurrir lo que Bauer (2008) dice “los enfermos de fibromialgia son desplazados de la conciencia social y de la percepción individual de las personas, como si no existieran”. (p. 208)

3.2. EL DOLOR

3.2.1. La definición

Aunque se pueda definir el dolor, este no puede ni ser mensurado ni comparado con el dolor entre dos o más personas porque el umbral de dolor es una experiencia subjetiva muy particular que es resultante de estímulos internos y externos.

La propia Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) en el año 1973, reconoció la existencia del elemento subjetivo del dolor al reemplazar el término sensación por experiencia en la definición del dolor como siendo “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión tisular real o potencial o incluso descrita en términos que evocan una lesión de esa índole”.

Sobre esa definición Nasio (2007) dice que “podemos apreciar la ambigüedad del término “dolor”. Más allá que una sensación, es una emoción y hasta una emoción que puede nacer sin que haya una lesión responsable”. (p. 13)

Los investigadores (de la IASP) consideran que el factor psíquico es una de las causas principales de la emoción dolorosa cuyos resortes siguen aún sin ser explorados. ... Ese factor desconocido también sería responsable de un dolor corporal muy atípico calificado de “psicogénico”, es decir, de origen exclusivamente psíquico. Se trata de una sensación dolorosa experimentada, sin duda, por el sujeto, pero que no tiene ninguna causa identificable que la explique. (Nasio, 2007, p. 12)

El dolor psíquico no es corporal, mientras que el dolor psicogénico sí es corporal pero de origen psíquico. En general, el origen psíquico del dolor psicogénico está ligado a un conflicto interior, pasado, antiguo, que termina por expresarse con un dolor en el cuerpo. (Nasio, 2007, p. 65)

El dolor del individuo es resultado de una percepción externa que identifica lesiones y sensaciones dolorosas y de una percepción interna que identifica el trastorno psíquico que sobreviene y se caracteriza como una conmoción que consume a la persona desde su interior, un dolor que no puede ser dominado y que la posee. La emoción dolorosa es resultado de la auto percepción que realiza el Yo de su estado de conmoción interna y tiene que ver con la representación. El yo conmocionado percibe una alteración general del cuerpo y de ahí emana el dolor. Cada conmoción experimentada por el individuo deja huellas para siempre en su inconsciente lo que puede llevar a la reaparición de un dolor pasado en forma de un nuevo dolor inexplicado. El individuo no tiene conciencia que se trata de la reaparición de sufrimientos anteriores y olvidados, su dolor inconsciente es la memoria de un antiguo sufrimiento que puede

ser descargado por una manifestación penosa luego de una ligera estimulación que lo reactiva (Nasio, 2007).

3.2.2. El dolor y el sufrimiento

Considerase sufrimiento al estado más allá del dolor físico que afecta sobre todo a las personas con dolor crónico, en ese estado ya no son suficientes los fármacos para calmar el dolor del sufriente y como dice Le Breton (1999) "de manera implícita, en la palabra sufriente se expresa una demanda de amor, una llamada a estrechar los vínculos afectivos" (p. 176) lo que no siempre es correspondido por el entorno médico y social del enfermo.

Nasio (2007) hace diferencia entre dolor y sufrimiento diciendo que "el dolor remitiría más al cuerpo y a la sensación, mientras que el sufrimiento remitiría a la psique y a la emoción" (p. 60). El filósofo J. P. Dupont, citado por Nasio (2007) dijo: "experimento dolor porque mi cuerpo es vulnerable en el mundo de las cosas y experimento sufrimiento porque mi existencia es vulnerable en el mundo de los humanos" (p. 61)

El sufrimiento amenaza nuestra identidad, y puede llegar a transformarnos en perfectos desconocidos para los demás, especialmente en los casos de sufrimiento crónico. Quien sufre no puede incorporarse con espontaneidad a los placeres y alegrías de los demás, suele reconcentrarse en sí. (Le Breton, 1999)

Vivimos en una cultura que todavía hace la separación del cuerpo y de la mente, y a razón de eso desconsidera que el dolor implica siempre la interacción mutua de cuerpo y mente ya que también hace la separación de los dolores en físico y mental. Tal separación, considerada como "el Mito de los Dos Dolores" (Morris, 1996) es acentuada por el modelo médico tradicional. Morris (1996) dice que "la investigación actual, tanto dentro como fuera de la medicina, sugiere que la rígida separación entre dolor mental y dolor físico empieza a parecer un gigantesco error cultural". (p. 12)

3.2.3. El significado

En general la primera reacción frente a la sensación de dolor, es querer huir de él, taparlo o eliminarlo tanto por parte de los enfermos cuanto de los profesionales de la

salud. Y en ese inmediatez donde el dolor es considerado un síntoma a ser eliminado, no hay ocupación en la búsqueda de su significado desde una perspectiva de integración y percepción del individuo.

Morris (1996) propone un cambio de mentalidad diciendo “a veces uno desearía que el dolor no pudiera alcanzarnos, pero quizás deberíamos entrenarnos para pensar que el don verdadero es el dolor y no la falta de dolor” (p. 14).

La falta de integración cuerpo-mente-emoción resultante de la falta de conciencia corporal y del bloqueo de percepción a través de los sentidos, sumados a la falta de conciencia de la responsabilidad del paciente en su auto-cuidado, llevan a muchas personas a depositar exclusivamente en los médicos la responsabilidad de encontrar la causa del dolor y el tratamiento más adecuado y eficaz, generalmente logrado por los fármacos que anestesian los efectos del dolor. Tal contexto es descrito por Morris (1996) como “un tiempo en el cual, fuera y dentro del lenguaje especializado de la medicina, el dolor amenaza convertirse en algo completamente exento de significado” (p. 88)

Se pierde la visión de que el dolor es una experiencia sensorial y emocional personal que contiene elementos subjetivos convirtiéndose únicamente en un problema médico. Nasio (2007) dice que “el dolor que siento es mi dolor, porque lleva el sello de lo más íntimo de mi pasado” (p. 33) y aclara que “cuando sentimos dolor, nos representamos el cuerpo y, al hacerlo, constituimos nuestro yo, pues el yo nace de todas las percepciones sensoriales y de las representaciones que se forman en el psiquismo” (p. 114), o sea, la persona es parte fundamental y responsable en su proceso de sanación.

El carácter subjetivo, variable y particular del dolor por cada individuo se justifica por el significado otorgado al dolor y que puede variar en distintos momentos.

Un mismo individuo no tiene una relación constante con su dolor. ... El dolor se acentúa si no se piensa más que en él, si el individuo se deja disolver en su tormento. El significado que se otorga al hecho doloroso, el estado de ánimo

que reina en tal o cual momento, son las matrices que dan forma al sentimiento del dolor. (Le Breton, 1999, p. 183)

El dolor sirve, en primer lugar, para avisar del peligro o riesgo de la enfermedad, y, en según lugar para darle significado, considerando que este depende de la existencia individual del sufriente, los patrones culturales y también de la visión y significado de su imagen corporal. (Le Breton, 1999)

Los humanos son seres sociables que viven en constante relación e interacción con su entorno, en un intercambio de mutua afectación donde todo lo que uno vive y experimenta queda registrado consciente o inconscientemente en el cuerpo y eso servirá de base para la imagen corporal personal además de influir directamente en la percepción y significado del dolor. Según Morris (1996) “el dolor nunca es mera creación de nuestra anatomía y fisiología. Solo emerge en la intersección de cuerpos, mentes y culturas” (p. 3) y además aclara que “el dolor es siempre personal y siempre cultural. Está, por eso, siempre abierto a la variable influencia de significado”. (p. 27)

No hay una objetividad del dolor, sino una subjetividad que concierne a la entera existencia del ser humano, sobre todo a su relación con el inconsciente tal como se ha constituido en el transcurso de la historia personal, las raíces sociales y culturales; una subjetividad también vinculada con la naturaleza de las relaciones entre el dolorido y quienes lo rodean. (Le Breton, 1999, p. 183)

3.3. LOS TRATAMIENTOS PARA LA SALUD

3.3.1. El tratamiento médico occidental y el oriental

Tradicionalmente y por cuestiones culturales los métodos de sanación occidental y oriental han estado marcados, principalmente, por la diferenciación en el enfoque del enfermo. En el método occidental el enfermo es considerado a partir de una visión específica y limitada de cuerpo físico y en el método oriental desde una perspectiva más amplia e integrada de cuerpo-mente-emoción.

En general la medicina occidental sigue la línea de separación mente-cuerpo lo que impide que los enfermos sean tratados desde la mirada del ser humano como una unidad bio-psico-social, y además, más bien actúa para neutralizar los síntomas que para restablecer la relación armónica de equilibrio con el entorno.

Desde mediados del siglo XIX, domina lo que podría llamarse medicina técnica, fundamentada en una base científica y cuya aspiración esencial es la “reparación” de las disfunciones corporales. ... A pesar de los avances, indiscutibles, muchas funciones y disfunciones del cuerpo siguen sin tener explicación alguna. ¿Por tanto, no sería ya el momento de admitir también en la medicina algo más de espiritualidad y pensamiento integral? (Bauer, 2008, p. 19)

Así como la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) reconoció la existencia del componente subjetivo del dolor, ¿por qué no considerar los elementos subjetivos en los tratamientos occidentales a partir de la ampliación de la base de investigación más allá del cuerpo físico? Pantanetti (2012) considera que “sería menester que las emociones e intuiciones también sean tomadas en cuenta como parte del método científico” (p. 11).

Necesitamos conseguir una nueva comprensión del dolor que nos permita recuperar las voces que la medicina oficial ha dejado más o menos inaudibles. ... Lo que precisamos es un diálogo entre disciplinas que normalmente no se hablan. ... Estas voces médicas, sin embargo, van a necesitar conversar con una comunidad de voces más amplia, más dispersa y desatendida, que habla del dolor con menor autoridad pero no menor intuición y comprensión. Las voces atendidas pertenecen, por supuesto, a los pacientes. (Morris, 1996, p. 2)

La Asociación Médica Mundial (AMM) elaboró una Resolución sobre el Acceso a un Tratamiento Adecuado del Dolor en 2011 que considera que es necesario aceptar que algunos tipos de dolor son difíciles de tratar y ello hace necesario la aplicación de técnicas complejas de, como por ejemplo, unidades interdisciplinarias. A veces, sobre todo en algunos casos de dolor crónico, los factores psico-emocionales adquieren tanta o más importancia que los meramente biológicos.

Más allá del cambio de mentalidad a la hora del diagnóstico integral por parte de los profesionales de la salud, también es necesaria la visión del tratamiento multidisciplinar y la preparación y adaptación de los centros de salud en términos de procesos, procedimientos y de infraestructura.

Existe la necesidad de creación de unidades de tratamiento del dolor de manera interdisciplinaria porque en casos de dolores crónicos el tratamiento no alcanza con la atención a los aspectos fisiológicos y biológicos del dolor, sino debería ser un tratamiento holístico, para lo cual tendría que haber una actuación conjunta por parte del personal médico con los equipos de enfermería, de trabajo social, de psicología y tanatología. (Siqueiros-García et al., 2012, p. 149)

Solamente a partir de un tratamiento holístico e integral la salud, que según la definición de la Organización Mundial de la (OMS) es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es restablecida.

3.3.2. El tratamiento de la fibromialgia

En general la mayoría de los pacientes de fibromialgia tienen en común el haber pasado por muchas consultas médicas a lo largo de varios años hasta que la enfermedad haya sido diagnosticada y luego el haber probado varios tratamientos para aliviar los síntomas, no siempre exitosos. En ese ir y venir, donde el dolor y el malestar siguen presentes y constantes, médico y paciente van encontrando el tratamiento más eficaz ya que la complejidad de los diferentes síntomas y la diferente forma de afectar a cada paciente, implica una combinación individual de terapias, lo que Bauer (2008) denomina “tratamiento multimodal”. Como los tratamientos no garantizan la eficacia en la desaparición de los síntomas de igual manera a los pacientes, los éxitos, frustraciones y retrocesos durante el proceso deben ser considerados aunque lo más importante sea el establecimiento de una relación de confianza entre los profesionales de la salud y el paciente para juntos lucharen contra la fibromialgia.

Morris (1996) dice que “a medida que fracasa un tratamiento médico tras otro, el dolor crónico se convierte en una experiencia sobre la cual, más y más, nada hay que decir, nada que esperar, nada que hacer. Queda en puro horroroso sufrimiento” (p. 89)

Más allá de la dificultad de diagnóstico y de la eficacia en el tratamiento, los pacientes de fibromialgia experimentan el agravante de que no siempre son comprendidos por el entorno médico y social.

Son numerosos los profesionales de la salud que, de forma asombrosa, dudan de la existencia de la enfermedad, o mantienen un espectro de tópicos de muy difícil defensa cuando se va de la mano de la ciencia. Por fortuna, ninguna entidad científica internacional, ha cuestionado la existencia de la patología. (Fructuoso, 2010, p. 13)

La causa de la fibromialgia no es conocida, sus síntomas son diversos, el diagnóstico es complejo y no existe cura, pero el dolor es real – *no se puede ver, pero existe*, y a razón de eso se hace muy importante una relación abierta y de confianza entre los profesionales de la salud y los afectados.

Los humanos son seres sociables y necesitan estar en contacto con los demás para desarrollarse y fortalecer su identidad y el estar conectado emocionalmente con uno mismo y con los demás les da la sensación de bienestar.

El acompañamiento, la escucha, la capacidad de contener la ansiedad, la acogida por los terapeutas o la familia de la palabra sufriente, ejercen un efecto de apaciguamiento del dolor. ... Por el contrario, el abandono, la soledad, atizan el fuego de un dolor que traduce un intenso sufrimiento, un grito dirigido a los allegados o a los terapeutas. (Le Breton, 1999, p. 94)

La fibromialgia es una enfermedad que afecta el cuerpo, la mente y las emociones y el tratamiento más eficaz será aquel que la aborde desde una perspectiva holística para que el equilibrio homeostático sea restablecido. El tratamiento será completo a partir

de la escucha no sólo del dolor físico del paciente, pero también de las consecuencias psicológicas desencadenadas por el sufrimiento.

Bauer (2008) sugiere que “en la actualidad son las terapias integrales y no convencionales, las que van más allá de la simple lógica reparadora de la medicina convencional, las que tienen mayores posibilidades de éxito en el tratamiento de la fibromialgia”. (p. 22)

Para la Associació Catalana d'Afectats de Fibromiàlgia (ACAF) el tratamiento de la fibromialgia debería contemplar diversas vertientes: la educacional (tener la información necesaria sobre la enfermedad y sobre lo que conlleva), la farmacológica, la física y la psicológica. Además consideran muy importante el intercambio de impresiones y la convivencia con otras personas afectadas sobretodo en el ámbito asociativo, como también la participación en grupos de ayuda mutua y en talleres colectivos de recuperación funcional y de mantenimiento de la forma física.

Los criterios de diagnóstico definido por el Colegio Americano de Reumatología (ACR), parecen ser limitados ya que se basan en los puntos sensibles del dolor desconsiderando la existencia de otros síntomas físicos o psicológicos.

El Colegio Americano de Reumatología (ACR) cometió un error de valoración que hoy habrá que corregir, y colocar al síndrome fibromiálgico dentro del contexto que le corresponde, como un trastorno de somatización, con múltiples y diferentes causas que engloban trastornos físicos, psíquicos y sociales. (CTO-AM Arturo Mahiques)

Un cambio de mentalidad puede ser percibido en la práctica actual en que algunos modelos médicos dejan de lado la escisión que propone el “mito de los dos dolores” para plantearse el dolor como un hecho que no puede ser separado de los elementos sociales, psicológicos y existenciales.

Es imprescindible abandonar los enfoques demasiado específicos y limitados para volver a ver al hombre y su sufrimiento como un todo. Actualmente las posibilidades terapéuticas de la fibromialgia ya van mucho más allá de una

especialidad médica, pues son integrales e interdisciplinarias, e incluyen fármacos... así como los complementos nutricionales, la medicina tradicional china, la fisioterapia, la psicoterapia, el yoga, la meditación. (Bauer, 2008, p. 15)

Kellner, 1991, citado por Rodríguez (2005), propuso que “el ejercicio físico, los medicamentos psicotrópicos y la psicoterapia son elementos de los que una gran cantidad de pacientes de fibromialgia se beneficiarían” (p. 199). Y Goldenberg, 1995, citado por Rodríguez (2005), añadió que “serán los equipos multidisciplinares, de carácter educativo y centrados en la importancia de la idea de “autocuidado” personal, los que consigan ser más efectivos”. (p. 199)

Es importante enfatizar el rol de autocuidado por parte de los pacientes ya que muchos de ellos por la desilusión, desesperanza y desesperación ponen toda la responsabilidad en manos de los médicos exigiendo todo de ellos sin un compromiso con el propio proceso de sanación, ni colaboración activa en la búsqueda de una mejoría en su bienestar.

Aún sin la posibilidad de cura, el abordar todos esos aspectos en el tratamiento permite, en muchos casos, conseguir una importante mejora en la calidad de vida de las personas afectadas por la fibromialgia.

3.4. EL CUERPO

3.4.1. La definición

Cada individuo es su propio cuerpo; el cuerpo que le define y le da identidad en la relación con sí mismo y le representa en la relación con los demás. El cuerpo es una unidad viva y en constante interacción que permite al individuo actuar haciendo las tareas motrices necesarias para responder y adaptarse con sus movimientos a los estímulos del medio, permite relacionarse con el entorno y con los demás a través de su capacidad senso-perceptiva, también le permite expresarse a través de sus sensaciones, emociones y sentimientos, y además el cuerpo es el depositario de toda

la historia vivida y experimentada consciente e inconscientemente por el sujeto. Así, el cuerpo tiene las capacidades de receptor, emisor y depositario, además de ser la parte concreta del Self.

El cuerpo, moldeado por el contexto social y cultural en el que se sumerge el actor, es ese vector semántico por medio del cual se construye la evidencia de la relación con el mundo: actividades perceptivas, pero también la expresión de los sentimientos, las convenciones de los ritos de interacción, gestuales y expresivos, ... , la relación con el sufrimiento y el dolor, etc. La existencia es, en primer término, corporal. (Le Breton, 2008, p. 7)

Deleuze, 1994, citado por Matoso (2003), escribió:

el cuerpo ya no es obstáculo que separa el pensamiento de sí mismo, lo que éste debe superar para conseguir el pensar. Por el contrario, es aquello en lo cual el pensamiento se sumerge o debe sumergirse para alcanzar lo impensado, es decir, la vida. (p. 33)

El antropólogo Le Breton (2008) dice que “el cuerpo es el lugar y el tiempo en el que el mundo se hace hombre inmerso en la singularidad de su historia personal, en un terreno social y cultural en el que abreva la simbólica de su relación con los demás y con el mundo”. (p. 35)

3.4.2. El cuerpo doliente

Un cuerpo doliente es aquel en que por lo menos una de las capacidades de ser receptor, emisor, depositario y representante concreto del Self está bloqueada, sea por razones físicas o psicológicas, conscientes o inconscientes, y eso lleva al individuo a un estado de desequilibrio que afecta su bienestar. Lowen (2011) dice que “la salud no es la ausencia de dolor sino la presencia de una condición básica de placer en el cuerpo” (p. 81) y que “el paso más importante para mejorar la salud es determinar cuánta sensibilidad tiene cada parte del cuerpo”. (p. 94)

Un cuerpo vivo es un cuerpo donde hay integración mente-cuerpo-emoción y expresividad de las emociones con fluidez ya que estas permiten una mejor relación

con uno mismo y con el entorno y el aumento de la sensación de bienestar; un cuerpo sano es un cuerpo que siente y que experimenta la existencia a través de los sentidos y con eso se reconoce a sí y a su entorno.

En general, los afectados de fibromialgia tienen su cuerpo como referencia de dolor y no como fuente de placer, sienten a su cuerpo muchas veces fragmentado y bloqueada su capacidad de sentir y percibir, un cuerpo limitado por el dolor, al que le falta conexión para volver a la unicidad y conectarse con el placer.

Además, el afectado de fibromialgia con su cuerpo doliente no siempre comprendido y aceptado por su entorno social puede sentir lo que Le Breton (2008) define como “el borramiento ritualizado de que es objeto el cuerpo durante las interacciones o en la vida social” (p. 52) ya que su sola presencia parece molestar el entorno, el cuerpo del afectado “se vuelve algo molesto, un peso” (p. 52) y el afectado encuentra en el aislamiento la mejor forma de defenderse y protegerse de eso, al contrario de confrontar la situación que le produce malestar. A respecto a eso Pennebaker (1994) refiere que “los grupos pueden fomentar una conspiración de silencio en la que cuestiones muy importantes, sin más, no son abordadas nunca”. (p. 229)

En un momento de crisis de la pareja o de la familia, de “multitud solitaria” y de diseminación de las referencias, el cuerpo se convierte en un espejo fraternal, otro/uno mismo con el cual cohabitar. Se vuelve el otro más cercano. ... el individuo queda invitado a descubrir su cuerpo como una forma disponible para su acción o para su descubrimiento, un espacio cuya seducción conviene mantener y cuyos límites conviene explorar. El cuerpo es el lugar defensor del individuo, su socio. La pérdida de la carne del mundo obliga al actor a apegarse a su cuerpo para darle carne a su existencia. (Le Breton, 2008, p. 91)

El aislarse en su cuerpo no implica que el individuo lo habite, y tampoco tenerlo como socio es positivo, ya que algunos individuos le dan carne a la existencia a través del dolor, porque lo necesitan para sentirse vivos como si el dolor les diera sentido a su existir.

3.4.3. El esquema y la imagen corporal

El esquema corporal está relacionado con la parte física y concreta del cuerpo humano, es la parte que puede ser explorada y reconocida a través de los sentidos básicos y de la propiocepción, mientras que la imagen corporal es subjetiva y su formación es afectada por los patrones sociales y culturales, es construida a partir de las relaciones establecidas con el entorno y con uno mismo.

El esquema corporal es la abstracción de una vivencia del cuerpo en las tres dimensiones de la realidad, se estructura mediante el aprendizaje y la experiencia, mientras que la imagen del cuerpo se estructura mediante la comunicación entre sujetos y la huella, día tras día memorizada, del gozar frustrado, coartado o prohibido. (Dolto, 2007, p. 22)

El esquema y la imagen corporal son distintos en su definición pero no son independientes. En el esquema corporal están integradas todas las vivencias y experiencias, incluyendo las huellas dejadas por las emociones dolorosas que se repiten aún sin síntomas físicos, como un dolor inconsciente, y todo eso está directamente relacionado con la imagen corporal.

La imagen corporal manifestará tiempos de recuperación diferentes a los que suele tener la recuperación desde la perspectiva del esquema corporal, no suelen ser sucesos simultáneos. ... aunque se haya reorganizado el esquema corporal, es posible que permanezcan rastros, huellas o molestias que se observan en la representación de la imagen corporal y la persona no se reconozca a sí misma como recuperada. (Matoso, 2003, p. 66)

Gracias a nuestra imagen del cuerpo portada por – y entrecruzada con – nuestro esquema corporal, podemos entrar en comunicación con el otro. Todo el contacto con el otro, sea de comunicación o de evitación de comunicación, se asienta en la imagen del cuerpo; porque no es sino en la imagen del cuerpo, soporte del narcisismo, que el tiempo se cruza con el espacio y que el pasado inconsciente resuena en la relación presente. (Dolto, 2007, p. 21)

La importancia que tienen los demás en la construcción de nuestra identidad: nos hacen de espejo y nos devuelven una imagen que acabamos haciendo

nuestra, nos marcan lo que podemos y lo que no podemos sentir o pensar si queremos ser aceptados en su grupo. (Riera, 2011, p. 51)

La identidad de la persona está ligada con su imagen corporal y es desarrollada en la relación con los demás. Las situaciones vividas por el individuo como “borramiento ritualizado” afectan directamente a su imagen y sobre todo para un paciente es importante gozar de un sentimiento positivo de sí mismo para lograr un estado de ánimo de bienestar psicológico.

Kohut, 1984, citado por Riera (2011) dijo que “cuando no recibimos la validación de las personas significativas que nos rodean, experimentamos que el sentimiento que tenemos de nosotros mismos pierde su cohesión”. (p. 79)

3.5. LA DANZA MOVIMIENTO TERAPIA – DMT

3.5.1. La definición y el proceso psicoterapéutico

La DMT es una de las artes creativas que utiliza el cuerpo en movimiento como medio de expresión de los pensamientos y emociones durante un proceso creativo manifestado en un contexto psicoterapéutico que permite la integración de cuerpo-mente-emoción. La Asociación Americana de DMT la define como “el uso psicoterapéutico del movimiento para promover la integración emocional, cognitiva, física y social del individuo”.

La danza en DMT es entendida como un movimiento corporal en su sentido más amplio, es una acción motriz resultante de sensaciones internas o de la percepción de estímulos externos que puede ser un simple gesto o implicar al individuo en su totalidad (Wengrover y Chaiklin, 2008, p. 20).

La danza es un proceso de retroalimentación iniciado por estímulos internos y/o externos que producen una agitación interior. Luego esa agitación interior incita una acción motriz de liberación de energía que se revela exteriormente. Matoso (2003) explica que “el sentido de la palabra movimiento es poner en movimiento, remover, agitar, cambiar de sitio, excitar, estimular, conmover y revelar” (p. 42).

En ese proceso hay una expresividad amplia del cuerpo y que implica una retroalimentación de sentido y significado, porque las revelaciones expresadas corporalmente pueden llevar a cambios, que vuelven a servir de nuevos estímulos para un nuevo ciclo de agitación interior que impulsará a una nueva acción motriz y que desvelará y volverá a revelar a la persona que danza en su experiencia de expresión en el aquí y ahora. Y es el tránsito y vivencia de las etapas de ese proceso lo que puede llevar a la integración de cuerpo-mente-emoción del individuo.

La DMT es una forma de psicoterapia que permite la auto observación de las reacciones multisensoriales y de las emociones que aparecen durante la interacción psicoterapeuta-paciente posibilitando el contacto con nuevos modos de expresión y de relación a través de una conexión emocional entre dos subjetividades, dos mentes y dos cuerpos, en un encuadre que permite la libertad y creatividad en la exploración de la expresividad corporal. Y, además, permite la expresión emocional empática y la reflexión que son los elementos que le caracterizan como un proceso psicoterapéutico y no solamente una práctica corporal.

Panhofer y Rodríguez (2005) dicen que “no basta con trabajar con el cuerpo o mediante el cuerpo de forma mecánica. Se necesita abordar el cuerpo de forma que despertemos, desarrollemos e incentivemos esa conexión subjetiva y personal con nuestra forma de movernos”. (p. 64)

Staton Jones, 1992, citada por Hölter y Panhofer (2005) señaló que “el objetivo de la DMT no es el moverse más libremente o de manera más perfecta... al contrario, se utiliza la experimentación con el movimiento para investigar nuevos caminos de estar y de sentir, así como para acceder a emociones que no se pueden verbalizar” (p.35).

La creatividad permitida en la exploración del movimiento es lo que permite liberar lo que está reprimido. Según Chodorow (2008) “el regocijo del juego y de la imaginación nos pone en contacto con un material que ordinariamente está reprimido”. (p. 65)

La DMT facilita el prestar atención al cuerpo por la invitación al paciente a que se visite a sí mismo para conectar con su saber corporal que según Hämäläinen (2007)

“proporciona la capacidad de recordar, reproducir y crear movimiento” (p.57)¹. De forma aislada las palabras y reflexiones tienen eficacia limitada, la información producida por el cuerpo es superior a lo generado desde la palabra y según Anttila (2007) “el saber corporal y las reflexiones mentales se hallan entrelazados y es posible facilitar su conexión”. (p.79)²

En la DMT el cuerpo de la paciente es usado como un medio para la expresión de sí mismo a través de sus propios movimientos que se basan en la experiencia de lo vivido por el sujeto encarnado en el aquí y ahora. Para Matoso (2003) “la vivencia permite una configuración de la corporeidad que enseña y remarca lo fugaz del cuerpo, lo mutable y cambiante en sí mismo. El acto de vivenciar es pilar de identidad de la construcción de la imagen corporal” (123).

La DMT ayuda a rescatar la imagen integrada del individuo lo que es validado por Paul Schilder, 1950, citado por Panhofer y Rodriguez (2005) cuando dijo que “mediante el movimiento se puede transformar la imagen corporal. Así como el movimiento influye en la imagen corporal, también los cambios que se produzcan en ella tendrán su efecto psíquico” (p. 56).

Durante la exploración en movimiento del paciente, el danza terapeuta desarrolla la observación y análisis de los movimientos registrando como el paciente utiliza el espacio, cuáles son sus acciones corporales, cómo establece relaciones y de qué manera mueve su cuerpo, enfocando su atención más en el cómo que en el qué se mueve en el cuerpo del paciente. Panhofer y Rodriguez (2005) dicen que “es desde la *cualidad* del movimiento desde donde se hacen inferencias acerca del significado psicológico de éste. Es en este aspecto *cualitativo, psicológico y expresivo* del movimiento en el que se centra la DMT”. (p. 67)

Más allá de la observación de los movimientos del paciente, el danza terapeuta se conecta con el sentido de ellos a través del entonamiento afectivo y de la empatía kinestésica, que es la forma que el danza terapeuta y el paciente se conectan en

¹ “dance practice creates bodily knowledge, which is not only cognitive but also intuitive.... Bodily knowledge provides the ability to remember, reproduce and create movement”

² “bodily knowledge and mental reflections are intertwined, and that it is possible to facilitate their relationship”

movimiento donde al espejar los movimientos de la paciente, el danza terapeuta puede contener y reflejar el contenido emocional compartido.

Riera (2011) dice que “al observar una emoción en otra persona, es decir, al observar las señales corporales que otro emite, automáticamente se activan en nosotros las mismas modificaciones corporales. De este modo, nuestro cuerpo siente lo mismo que el otro cuerpo siente”. (p. 285)

El observar el movimiento del paciente por parte del dmt y además poder experimentar y comprender en carne propia lo que está experimentando el paciente, hace que la DMT tenga un diferencial en relación a otras formas de psicoterapia limitadas por la expresión verbal del paciente. Según Banegas (2012) “todo análisis de movimiento está articulado desde la intersubjetividad que resulta de la interacción entre comportamientos observados y la experiencia del analista, con lo cual todo proceso de DMT incluye un nivel de interexperiencia”. (p. 13)

De esa manera el proceso psicoterapéutico en DMT puede ser considerado una forma interacción social en la cual las personas se comunican e influyen mutuamente siguiendo el enfoque de la fenomenología social, que establece una diferenciación entre dos tipos de información: los comportamientos que pueden observarse y la experiencia, o sea, lo que cada uno experimenta por sí mismo. (Banegas, 2012)

3.5.2. El movimiento y la emoción

En la DMT se trabaja constantemente a partir del movimiento para la integración cuerpo-mente-emoción, la expresividad de emociones y regulación de las mismas ya que lo emocional se manifiesta en el cuerpo y en el movimiento, y ellos se influyen recíprocamente.

Cada fase del movimiento, cada transferencia de peso, cada solitario gesto de una parte del cuerpo, revela algún rasgo de nuestra vida interior. Cada movimiento se origina de una excitación interior de los nervios, causada ya sea por una inmediata sensación, o por una complicada cadena de impresiones sensoriales experimentadas anteriormente, que están almacenadas en la

memoria. Esta excitación resulta en un voluntario o involuntario esfuerzo interno o impulso para moverse. (Laban, 2006, p. 39)

Las emociones tienen componentes de acción (Lowen, 2011) y los estímulos que la determinan pueden ser internos - los que surgen espontáneamente, o externos - los recibidos por el cuerpo.

Nuestro estado de ánimo es el conjunto de nuestras sensaciones corporales. Las emociones y el estado de ánimo son la forma que tenemos de evaluar la situación en que nos encontramos. ... Ese conjunto de señales que nos llegan del pasado o de nuestra percepción del presente es lo que determinará nuestro estado emocional.... es lo que determinará la actitud que tomaremos. (Riera, 2011, p. 124)

En la danza existe una relación constante entre el movimiento improvisado y la emoción ya que se afectan mutuamente produciendo cambios entre sí y en la DMT según Chaiklin (2008) “cuando hablamos del cuerpo no sólo describimos los aspectos funcionales del movimiento sino también las intrincadas relaciones e influencias recíprocas entre pensamiento, emociones y sentimientos, así como el modo en que el mismo movimiento provoca cambio en ellas”. (p. 30)

Cuando una persona es capaz de reconocer y regular sus emociones integrándolas con sus movimientos también es capaz de centrarse interiormente y establecer más conexión con su entorno. Jung, 1951, 1961, 1938, citado por Chodorow (2008) consideró que “las emociones son la fuente de los valores, de las imágenes, de la energía y de una nueva conciencia, es decir, pueden abrir posibilidades de cambio”. (p. 60)

Dosamantes-Alperson (1984) dice que “cuando emocionalmente amenazados tendemos a reducir nuestro campo de percepción como también la variedad de modos expresivos que usamos para simbolizar nuestra experiencia”. (148)³

³ “When emotionally threatened we tend to narrow our perceptual field as well as the range of expressive modes we use to symbolize our experience”

Es importante que poder conectar con las emociones para recentrarse en uno mismo, frente al otro y al entorno tomando conciencia de las vivencias. A través del trabajo corporal y liberación de emociones la persona puede acceder más fácilmente a la toma de conciencia y reflexionar acerca de lo que le pasa. Tronick, 2002, citado por Riera (2011) dijo que “en contra de lo que normalmente se piensa, los estados de ánimo, los humores y las emociones suelen preceder los discursos o reflexiones verbales”. (p. 290)

Cuando la capacidad integrativa está limitada o bloqueada la persona entra en estado de disociación que según Riera (2011) es “poseer una conciencia escasa de la propia subjetividad, es decir, darse poca cuenta de las emociones y pensamientos que se tienen, así como de los hechos emocionalmente relevantes que se ha experimentado durante la vida”. (p. 261)

Las emociones negativas como el miedo, el enfado y la tristeza tienden a desencadenar acciones físicas y reducen el repertorio de pensamientos y acciones, mientras que las emociones positivas como la alegría, el interés, la satisfacción o el amor tienden a desencadenar cambios en la actividad cognitiva e bienestar psicológico, ampliando el repertorio de pensamientos y acciones. Y, además, las emociones positivas ayudan a regular las emociones negativas.

Duncan, 2007, citado por Canalejo (2010) consideró que “las emociones son las precursoras del sentimiento: agresión, dolor, insatisfacción. Y nos preparan para la satisfacción y el placer. Las emociones básicas son: miedo, rabia, amor, alegría y tristeza: todas ellas provocan grandes cambios en el rostro, postura, tono de voz, gestos, olor, imágenes, pensamientos, etc. Dirigidos a entender, comunicar y movilizar al otro como aliado en la satisfacción de necesidades. Cuando se expresa emoción se genera más energía, hay compromiso, identidad, un poco de riesgo y la posibilidad de conseguir una gran satisfacción o insatisfacción”. (p. 43)

La profundidad e intensidad de los sentimientos de una persona por lo general se expresan en reacciones corporales. Toda experiencia por la que pasa una persona afecta a su cuerpo y queda registrada en su mente. Si la experiencia es placentera, incrementa la salud, la vitalidad y la gracia del cuerpo. Sucede lo

opuesto con las experiencias dolorosas que son negativas. El efecto puede ser pasajero si el individuo reacciona correctamente ante el trauma, puesto que el cuerpo se puede curar a sí mismo. Pero si la reacción queda bloqueada, el trauma deja una marca en el cuerpo en forma de tensión muscular crónica. (Lowen, 2011, p. 26)

Las emociones reprimidas, sean ellas positivas o negativas, se transforman en una fuente generadora de estrés que causa daños a la salud y puede alterar los umbrales de dolor, además de impedir que la persona traduzca sus pensamientos y sentimientos en lenguaje.

El confrontar los pensamientos y sentimientos reduce los efectos de la inhibición ya que el admitir las emociones para uno mismo y para los demás es una importante función comunicativa que puede ser una fuente de beneficios para la salud. El afrontamiento constante con experiencias inquietantes permite valorar su significado y su impacto se torna menos cargado de emociones, a razón de eso ocurren cambios corporales inmediatos y también a largo plazo. Las experiencias positivas así como los estados de buen humor decurrentes de ellas cuando no expresadas también representan una forma de inhibición. Las emociones positivas son saludables solamente cuando son expresadas abiertamente. (Pennebaker, 1994)

Las situaciones extremas que producen emociones negativas tan intensas en la persona dejando secuelas psicológicas por no poder ser asimiladas son consideradas trauma pero para la persona lo más traumático es el hecho de no disponer un entorno empático que le ayude a asimilar tal situación extrema, ya que sólo podemos tomar conciencia de aquellas experiencias con las que nuestro entorno sintoniza emocionalmente. (Riera, 2011)

3.6. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

La psicoterapia es un tratamiento de base relacional, donde paciente y psicoterapeuta se reconocen y se comunican en una matriz interactiva, siendo la relación terapéutica la variable más importante en el proceso terapéutico e influyente en los resultados de

la psicoterapia. El trabajo con la emoción y los aspectos relacionales de la interacción en el aquí y en el ahora de la relación terapéutica, constituyen el foco fundamental del modelo de alianza terapéutica que concilia la visión de la relación terapéutica como una experiencia co-construida entre paciente y psicoterapeuta. (Safran y Muran, 2005)

Podríamos decir que la psicoterapia es uno de los “ejercicios” al alcance de los humanos para aprender nuevas formas de reaccionar emocionalmente y para ejercitar y consolidar los complejos componentes corporales de estas nuevas formas de reaccionar emocionalmente. Y, paradójicamente, la ejercitación de los componentes corporales de la emoción no la hacemos a través de ejercicios corporales, sino a través de las relaciones. (Riera, 2011, p. 293)

En la DMT el proceso de conocimiento se da de manera dinámica y constante a través de la exploración conjunta y de la creatividad entre paciente y dmt. El dmt está atento a lo que emerge, lo que aparece en la expresividad corporal y verbalización de las experiencias del paciente, para eso tiene desarrollada sus capacidades de presencia terapéutica y escucha sensible.

En la DMT el psicoterapeuta acompaña al paciente en su exploración y experimentación personal en su totalidad a través de la improvisación creativa de movimientos que permite la liberación de emociones. El dmt acompaña, sostiene, facilita el proceso del paciente recibiendo abiertamente todas sus expresiones, sin juzgar o reprimir, y sin inducir. El dmt acepta al paciente en su totalidad de expresión y lo guía ayudando a que encuentre y descubra su propio camino. Panhofer y Rodríguez (2005) dicen que es importante “permitir al movimiento poder expresarse por sí mismo y no imponer un significado en él” (p. 67)

La forma de trabajo no directiva ni orientativa del dmt propicia un proceso relacional basado en la escucha y respeto a lo que trae el paciente en el aquí y ahora. El dmt contiene la ansiedad del paciente que por estar conectado emocionalmente tiene sensación de bienestar. De esa manera el paciente tiene la posibilidad de empezar a resignificar su historia con reconocimiento y aceptación de la misma lo que le posibilita vivir nuevas experiencias en un presente más vivo.

Cuando uno está en presencia de un paciente que sufre de un dolor crónico, a veces inexplicable o a veces en parte explicable pero que dura mucho más tiempo de lo que debería durar, es muy importante ayudar a ese paciente a ir en busca de su historia. (Nasio, 2007, p. 69)

Los pacientes suelen buscar en el proceso psicoterapéutico una forma de regular y controlar sus emociones negativas y desbloquear o liberar las emociones positivas para eso se busca desarrollar un “estado emocional compartido” entre paciente-terapeuta estableciendo una conexión emocional a través de la cual los cerebros trabajan en red y logran regular mutuamente sus emociones. (Riera, 2011)

3.6.1. El vínculo y la confianza

El cortejo terapéutico es el tiempo necesario para los pacientes observaren hasta qué punto pueden confiar en el psicoterapeuta y en su competencia. En caso de no haber rechazos por ninguna de las dos partes durante este tiempo, la relación empieza a ser estable, la confianza mutua es establecida y eso propicia el contexto favorable a las revelaciones. (Pennebaker, 1994)

Basándose en que ocurre una interdependencia entre factores técnicos y relacionales en la terapia, la calidad del vínculo terapéutico es decurrente de las experiencias vinculares precedentes al vínculo terapéutico actual y de las capacidades desplegadas por ambos partícipes del vínculo actual. Un vínculo decurrente de la exploración de sus características reales observables y auto-observables. (Safran y Muran, 2005)

Durante el cortejo terapéutico, psicoterapeuta y paciente empiezan a conectarse, el dmt recibe y acepta el paciente, sin juzgar y sin querer modificarlo confiando en lo que este expresa en el aquí y ahora para luego empezar a trabajar en movimiento a partir del estado del paciente.

En una relación terapéutica, para que se promuevan cambios, es fundamental para el paciente confiar en la habilidad del terapeuta y sentirse aceptado tal cual es. De esa manera llegan a la etapa de madurez de la relación cuando experimentan lo que Riera (2001) considera “yo siento que tú sientes lo que yo siento”. (p.133)

La confianza, el no efectuar juicios y el no recriminar los pacientes por parte del psicoterapeuta, son ingredientes importantes para la auto-revelación honesta de secretos, pensamientos y emociones de los pacientes. (Pennebaker, 1994)

Cuando las personas se confiesan a otras personas a menudo están forjando un lazo social. Es decir, una vez que los sujetos admiten sus secretos más íntimos, lo que hacen esencialmente es proclamar su confianza en las personas con las que comparten sus pensamientos y sentimientos. (Pennebaker, 1994, p. 258)

3.6.2. La comunicación

Las personas están constantemente expresándose y comunicándose sea a través de las palabras o de la comunicación no verbal y el comunicarse es la condición necesaria en cualquier relación. La comunicación es la base del proceso terapéutico y en los procesos de DMT va más allá de lo que expresa el paciente ya que la empatía kinestésica del dmt es un elemento comunicativo fundamental. Según Chaiklin y Wengrower (2008) “la comunicación terapéutica comienza estableciendo un puente empático y de aceptación a partir de la observación, sensación y emoción que el/la dmt percibe en sí y en el/la paciente”. (p. 371)

La meta comunicación es el marco en el que se experimenta la relación terapeuta-paciente e implica niveles de expresión sutiles, en torno a la capacidad para entrar en relación, estar en sintonía, sentir la implicación y la mutualidad, sin que se pierda la capacidad reflexiva que deriva de la participación observadora. (Safran y Muran, 2005)

Según Banegas (2012) “la comunicación se define como un proceso social permanente que integra múltiples modos de comportamiento en relación con la palabra, la mirada, el gesto, el contacto y el uso del espacio interindividual” (p. 2). En la comunicación están involucrados no solamente las palabras pero también todo el lenguaje de expresividad corporal tanto del emisor como del receptor y esa información generada por el cuerpo tiene más valor que las palabras.

3.6.3. La presencia terapéutica y la empatía

Los procesos de DMT pueden ser considerados procesos experienciales y para eso la escucha y presencia terapéutica, el entonamiento afectivo y la empatía son elementos fundamentales que sostienen todo el proceso relacional e de comunicación entre paciente y psicoterapeuta. La presencia del psicoterapeuta, su mirada, su interés sincero y respetuoso por el paciente y sus movimientos y su actitud de acompañar y estar disponible para que el paciente pueda desarrollar su proceso, tienen un gran poder sanador para el paciente. El estar en relación y vincularse permite al paciente tener nuevas ideas y a través del movimiento lograr conectar con su inconsciente.

La relación terapéutica experiencial se refiere a la relación en la cual el terapeuta percibe y refleja empáticamente lo que el paciente vive y experimenta siendo que esa sensación corporal experimentada le permite encontrar significados personales. (Dosamantes-Alperson, 1984)

El estar en relación acompañando al paciente hace con que el psicoterapeuta también tome conciencia de sí ya que hay una escucha bidireccional – hacia el paciente y también hacia uno mismo, de esa manera el acompañar se transforma también en un trabajo sobre uno mismo. La presencia terapéutica es la condición en que el psicoterapeuta está atento y receptivo a lo que trae el paciente pero también está atento y receptivo a lo que le pasa a él mientras escucha, o sea, es una escucha de un estado mental y también corporal.

La continua auto observación e investigación corporal dinámica del “cuerpo como sujeto” permite el desarrollar de una actitud fenomenológica hacia sus experiencias en general. (Anttila, 2007)

Para Riera (2011) “la empatía es una herramienta fundamental tanto para captar correctamente las emociones del paciente como para suministrarle la experiencia de conexión emocional que es imprescindible para el desarrollo de un sentimiento de sí mismo seguro y cohesionado”. (p. 87)

Levy (1988) explica los aportes acerca de la empatía y la conciencia kinestésica por parte de las pioneras de la DMT Marian Chace y Mary Whithehouse, respectivamente. La empatía kinestésica es lo que permite al terapeuta detectar y responder al estado

emocional del cliente en el momento, reflejando la acción y también el sentido de la misma. Y la conciencia kinestésica es el sentido interno individual de su “self” físico.

Cuando interaccionamos con otro, nuestro cuerpo reacciona simulando lo que le pasa al otro y, así, a través de nuestra reacción corporal podemos entender, de manera automática y no inferencial, las acciones, intenciones, emociones e incluso las expresiones verbal del otro. (Riera, 2011, p. 286)

A partir de las neuronas espejo el dmt puede “leer” el paciente con su propio cuerpo, sentirlo con sus propios sentidos y experimentar a través de sus sensaciones la experiencia vivida por el paciente. De esa manera el dmt puede empatizar con el paciente experimentando la simulación encarnada.

Las neuronas espejo desempeñan un papel muy importante en la capacidad humana de poder sentir lo que otro está sintiendo ya que se activan automáticamente tanto cuando realizamos una acción como cuando observamos que alguien lleva a cabo esta misma acción. Representan un papel importante en la “sintonía emocional” entre las personas y el “yo siento que tú sientes lo que yo siento” solamente es posible gracias a ellas. (Riera, 2011)

La regulación emocional del paciente se da a partir del intercambio con el psicoterapeuta donde el paciente expresa una emoción y el psicoterapeuta la experimenta pero como en un proceso comunicativo de ida-y-vuelta el paciente también puede experimentar la emoción expresada por el dmt, tener otros registros y cambiar patrones propios.

3.6.4. El Conocimiento Relacional Implícito y el Grupo de Boston

Al establecer una relación la persona utiliza conocimientos previos adquiridos a través de la experiencia, y esos conocimientos pueden ser tanto afectivos y de interacción como cognitivos.

A través de nuestras relaciones vamos acumulando información sobre qué podemos esperar de los demás y qué podemos esperar de nosotros mismos. Es una información implícita: la podemos sentir en forma de emociones, pero no

siempre la podemos pensar en palabras. Cuando reaccionamos emocionalmente estamos activando, a menudo sin participación del pensamiento reflexivo, el archivo de nuestra memoria implícita. A través de la conexión emocional con otros podemos cambiar (o ampliar) nuestro conocimiento relacional implícito. A través de una integración coherente entre lo implícito y lo explícito podemos tener un cierto control de las reacciones emocionales automáticas. (Riera, 2011, p. 105)

El grupo de investigadores en primera infancia y de psicoanalistas llamado Grupo de Boston define el Conocimiento Relacional Implícito (CRI) como el conocimiento que una persona tiene sobre cómo puede utilizar las relaciones con los demás para regular las propias emociones. (Riera, 2011)

El estar conectado emocionalmente con otro además de ser una fuente de bienestar, ayuda a regular las emociones principalmente a partir de algunos momentos especiales y significativos que desencadenan cambios.

Para el Instituto de Psicoterapia Relacional un “momento de encuentro” ocurre cuando el contexto subjetivo se altera y cambia el conocimiento relacional implícito en la relación terapeuta-paciente a través de alteraciones en las “formas de ser con”. Los déficits pasados no se reemplazan pero se recontextualizan en el presente y la persona pasa a operar desde un panorama mental distinto obteniendo como resultado nuevos comportamientos y experiencias en el presente y el futuro.

Los momentos de encuentro se construyen de forma conjunta con la aportación de algo único por parte de cada integrante de la relación y propician la elaboración de nuevas formas de compartir experiencias y un nuevo registro de regulación mutua y sensible entre las partes para un estar juntos de una manera más compleja y coherente. (Lyons-Ruth et al., 1998)

Los avances en neurociencia confirman que, en situaciones traumáticas, las sensaciones extremas de malestar corporal se almacenan en sistemas de memoria implícita. ... Cuando el paciente evoca la situación traumática, re vive sensaciones corporales de malestar extremo, pero, en cambio, no es capaz de

asociarlas al recuerdo explícito del hecho traumático. De esta forma, los síntomas corporales parecen no responder a ninguna razón, como si hubieran caído del cielo. (Riera, 2011, p. 153)

En la memoria a largo plazo, vemos que los genes son los responsables de la creación de nuevas sinapsis, pero se trata de genes que, en condiciones basales, están desactivados y es la experiencia la que tiene la capacidad de activarlos. ... Es el carácter repetitivo de una experiencia lo que tiene la capacidad de generar una cadena de reacciones que actúan dentro del núcleo de la neurona, activando los genes que generarán las proteínas que formarán nuevas sinapsis... La repetición, suele ser, pues, una condición para la creación de memoria implícita. ... Lo mismo sucede en la psicoterapia, que puede ser entendida como un entrenamiento repetido, sesión tras sesión, de formas distintas de reaccionar emocionalmente. La repetición de situaciones relacionales que son nuevas para el paciente es lo que permite la creación de una nueva memoria a largo plazo. (Riera, 2011, p. 279)

Pero también puede ocurrir que la creación de una memoria a largo plazo ocurra a partir de “un solo hecho de alta intensidad emocional”, por ejemplo, una escena terrorífica vivida por un niño puede perdurar por toda su vida por la memoria implícita de las experiencias sensoriales y emocionales vividas. (Riera, 2011)

4. OBJETIVOS

4.1. LOS OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

- Objetivo General 1: Validar la intervención de la DMT como un tratamiento complementario para la fibromialgia.

- Objetivo General 2: Demostrar la importancia de la relación terapéutica y el establecimiento de la conexión emocional con la psicoterapeuta para una paciente con fibromialgia en una intervención de DMT.
 - Objetivos Específicos:
 - Analizar los cambios en el perfil de movimientos de la paciente durante el proceso terapéutico.
 - Demostrar las manifestaciones verbales y no verbales de la paciente durante las sesiones de DMT.

- Objetivo General 3: Demostrar la importancia de la identificación y de la regulación de las emociones durante un proceso psicoterapéutico de DMT.
 - Objetivos Específicos:
 - Demostrar el papel de las emociones en el proceso de sanación.
 - Explorar la relación de la regulación de las emociones con el establecimiento de relación con uno mismo y con los demás.

5. MÉTODO DE TRABAJO

Esta investigación presenta un enfoque teórico-metodológico y plantea un estudio cualitativo del tipo exploratorio-descriptivo ya que la investigadora no tiene previo conocimiento de lo que pasará y qué tipo de situación se presentará en el análisis del caso de intervención. Además la data es subjetiva e implica una condición interpretativa por parte de la investigadora.

El trabajo de la investigadora tiene como base la contestación de la pregunta inicial que motiva la investigación, para tal elige la profundización en la observación y análisis riguroso de una intervención de DMT en un proceso psicoterapéutico individual de 15 sesiones.

La recolección de data es compuesta por la información a cerca de la intervención terapéutica que es resultante del registro de las sesiones a partir del análisis y observación de movimiento de la paciente además de la observación de la contra-transferencia de la psicoterapeuta durante el proceso terapéutico. Y además, es recolectada data con la revisión bibliográfica con el objetivo de presentar lo que existe actualmente sobre la temática como también reforzar las ideas y proposición hipotética de la investigadora.

Para facilitar el análisis de la data, ya que la data de la intervención presenta carácter subjetivo, la investigadora primeramente la ordena en los denominados Cuadros de Nivel 1-Registro de Sesiones. Luego realiza una organización de la información de manera más detallada y estructurada en los denominados Cuadros de Nivel 2- Síntesis Sesiones con Paciente. La parte de registro de comportamiento interaccional presente en estos cuadros es basada en una herramienta de auto-observación de psicoterapeuta utilizada por Suzi Tortora en un seminario de DMT en Brecha, Buenos Aires, en el año 2011.

A partir de ese diseño de data, la investigadora empieza a analizarla y a estructurarla en los denominados Cuadros de Nivel 3- Análisis de Data que están compuestos por

cuadros y gráficos y separados en tres partes: a) análisis de la data de la paciente, b) análisis de la data de auto-observación del dmt, y, c) análisis de la data de la interacción terapéutica.

Las conclusiones son realizadas a partir del análisis y reflexión de la data y de las reflexiones de la investigadora.

6. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

El proceso de análisis de la data es realizado según la metodología de trabajo presentada anteriormente. Los datos del perfil de la paciente, su perfil de movimientos y la narrativa sintetizada de las sesiones están disponibles en el apartado de los anexos. La identidad de la paciente es preservada por cuestiones de confidencialidad.

La profundización y análisis de lo ocurrido durante la intervención de DMT con paciente con fibromialgia, permite a la investigadora desarrollar su proposición hipotética.

6.1. PRESENTACIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO - “buceando en su represa de emociones interior para conectar con lo que no se ve, pero existe”

El proceso de selección de la paciente ocurre naturalmente y a partir de las ganas de querer ayudarla por parte de la dmt además de la curiosidad por investigar ya que algo en su mirada parecía enseñarle a la dmt que había algo más que “no se ve, pero existe” por detrás de su forma de relacionarse tan expansiva y dinámica. La dmt tiene imágenes de la paciente como “una represa de emociones”, un cuerpo que parece en “el exterior ser lleno de luz y adornos, pero que en su interior hay sombra” y una mirada que es un “pedido de auxilio”.

El querer ayudar a la paciente sigue presente durante todo el proceso en los pensamientos de la dmt principalmente a la hora de ordenar el espacio para recibirla (“quiero que ella se sienta bien en la sesión”), como también en su emoción de cuidado y cariño hacia la paciente.

A lo largo de las 15 sesiones semanales e individuales, con duración de 1 hora, que configuran su proceso terapéutico con un intenso y profundo trabajo de inmersión que hace fluir lo que está reprimido en su interior, la paciente presenta cambios

significativos y los varios momentos especiales que ocurren durante la relación le dan pistas a la dmt de que el proceso va por buen camino.

Las sesiones se caracterizan por encuentros con ella misma, sus sensaciones y emociones, y de relación con la psicoterapeuta que la acompaña en su buceo interior. Dependiendo de las circunstancias y de las necesidades presentadas por la paciente, la psicoterapeuta le sugiere la realización de actividades relacionadas, predominantemente, con la exploración de sus sensaciones y emociones, además de la exploración del espacio interior y exterior, del uso de su espacio personal (kinesfera grande y pequeña) y de nuevas formas de apoyo a partir de movimientos libres. La dmt también le propone actividades como el auto-masaje, el uso consciente de la respiración y la relajación para ayudarla en su desarrollo senso-perceptivo e integración cuerpo-mente-emoción. Y además, al final de cada sesión la paciente es invitada a expresarse con otras técnicas de representación artística como: dibujos, escultura y escritura, lo que le ayuda en su proceso de reflexión y toma de conciencia.

La vivencia de tales experiencias dentro en un proceso terapéutico de expresividad libre y creativo le permite a la paciente la realización de movimientos con la exploración de nuevos usos del espacio, nuevas dinámicas de movimiento y nuevas acciones corporales, que la llevan a relacionarse de manera distinta con ella misma y con la dmt, a conectarse, a descubrirse y a integrarse ya que partes de su cuerpo todavía no eran reconocidas, la paciente conecta con imágenes y recuerdos que vuelven a su consciencia, además de hacer reflexiones acerca de su vida. La paciente desarrolla el pensamiento asociativo, ya que al principio era concreta y luego asocia, siente y recuerda a partir del contacto corporal, el movimiento, las asociaciones libres y la confianza establecida.

Y cuanto más la paciente profundiza en su buceo interior, más necesidad de apoyo y de confianza en la relación terapéutica se presentan, y la dmt siente en su contra-transferencia la misma necesidad de grounding y conexión con su interior antes de las sesiones, la dmt siente la necesidad de prepararse para la presencia terapéutica.

La paciente se permite fluir, soltar, aflojar, entregarse a los apoyos y a confiar en la relación que le resulta nutritiva con la psicoterapeuta y poco a poco va regulando sus

emociones. Ella drena sus tristezas a través del llanto, empieza a expulsar la rabia con acciones fuertes y firmes, encuentra su centro vital (vientre) y empieza a enraizarse. Fischman (2008) dice que “enraizarse implica revitalizar el cuerpo, restablecer la conexión sensorial enactiva, recuperar la posibilidad de acceder a la riqueza emocional que implica el desenvolvimiento de la vida”. (p. 85)

Todo eso contribuye para que la paciente vaya más allá de la sensación de dolor y cansancio y su cuerpo empieza a ser reconocido también como fuente de bienestar y placer. La paciente empieza a integrar mente-cuerpo-emoción con el desbloquear de su percepción corporal, el dejar fluir emociones, el despertarse a nuevas formas de conciencia y maneras de relacionarse.

La paciente es una mujer de mediana edad, casada, madre de dos hijos, que ha padecido dolores corporales desde su juventud recibiendo el diagnóstico de fibromialgia hace ocho años, luego de varios años en búsqueda de una explicación para sus dolores.

6.2. PRESENTACIÓN DE LA DATA

La data presentada a seguir es resultado del análisis de los cuadros (anexo 4) donde la información está separada en tres partes: a) análisis de la data de la paciente, b) análisis de la data de auto-observación del dmt, y, c) análisis de la data de la interacción terapéutica.

La utilización del espacio por parte de la paciente ocurre predominantemente en nivel bajo y con realización de movimientos en el plano sagital y horizontal. En el plano sagital se observa la toma de decisiones muy claras hacia su objetivo, cuando fija su atención a lo que le atrae, y en los momentos de interacción con la dmt.

Figura 2: Niveles

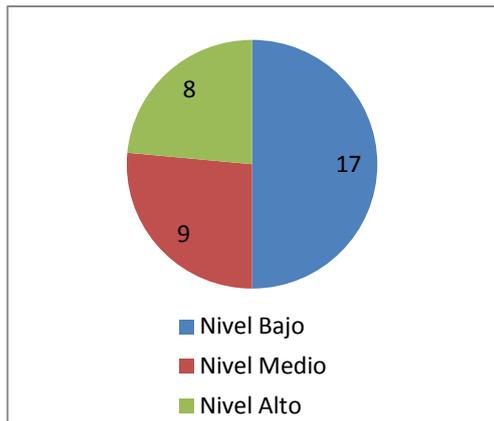
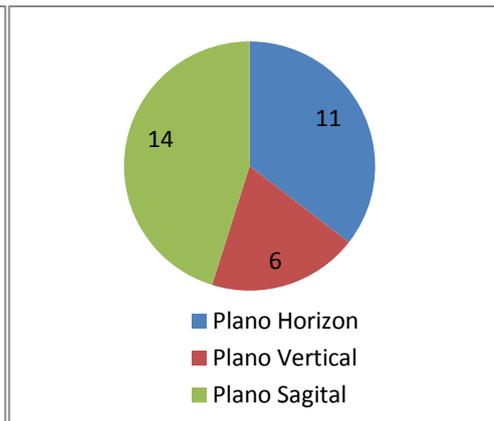


Figura 3: Planos



La paciente suele ubicarse en el mismo lugar del espacio para realizar sus movimientos. Hay predominancia de la kinesfera personal pequeña pero a partir de la mitad del proceso la paciente amplía su kinesfera personal que pasa a ser media y grande, sobre todo por las acciones de extensión de partes de su cuerpo. En relación al espacio general hay predominancia de la kinesfera general grande sobre todo en la primera mitad del proceso.

Figura 4: Kinesfera Personal

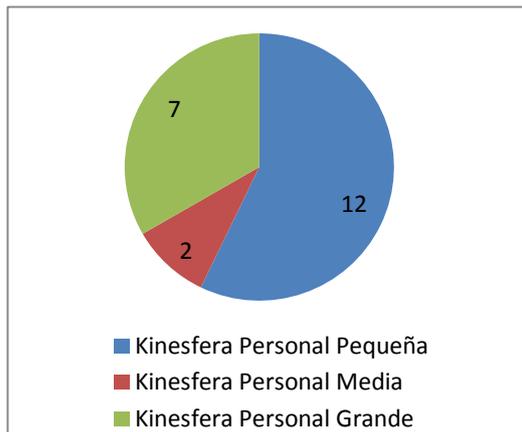
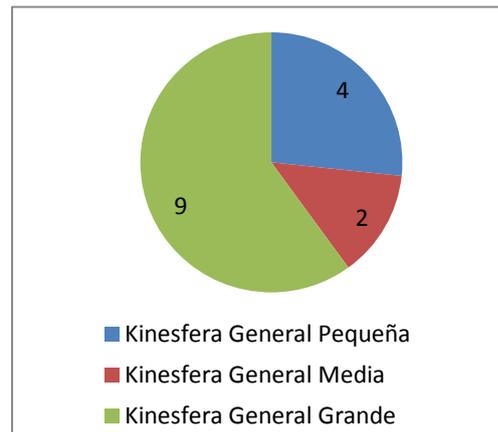
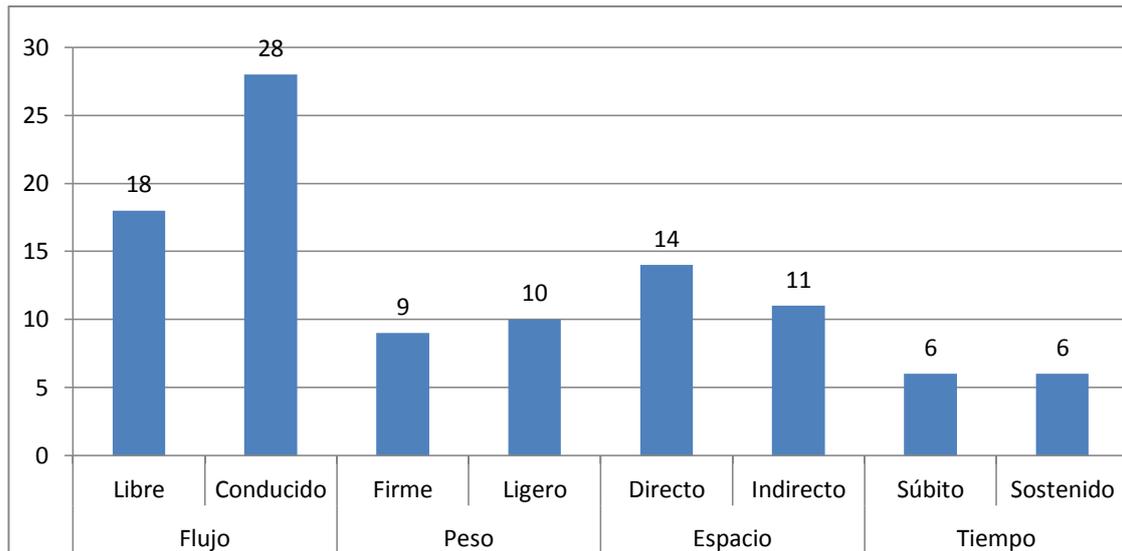


Figura 5: Kinesfera General



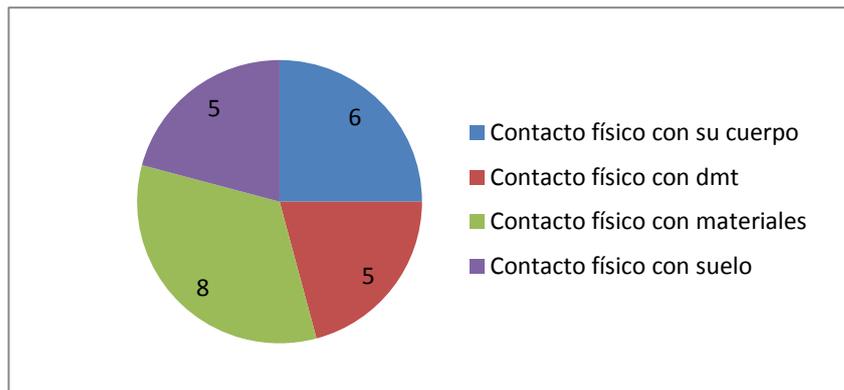
En relación a las dinámicas de movimiento hay destaque para el elemento flujo donde predomina el flujo conducido lo que es característico de la enfermedad de fibromialgia, pero la paciente logra explorar el flujo libre, como señal de liberación y fluidez en su cuerpo. Las demás calidades de movimiento no presentan variación significativa permaneciéndose equilibradas.

Figura 6: Dinámicas



La paciente interactúa sin presentar dificultades para establecer relaciones. El contacto físico con su cuerpo empieza por las extremidades y durante el proceso incluye su torso y vientre, lo mismo pasa con el contacto físico con la dmt que al principio es en las extremidades y en las últimas sesiones es de toda la parte superior de su cuerpo.

Figura 7: Contacto físico

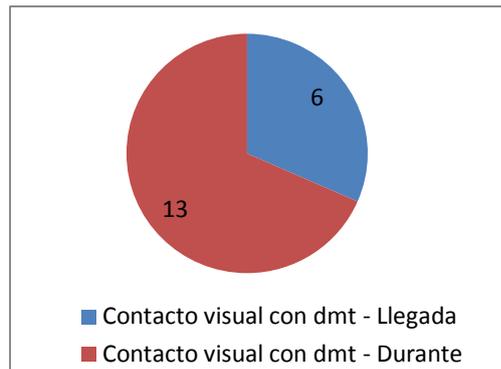


La proximidad y el contacto visual con la dmt están presentes en mayor o menor grado en todas las sesiones. La proximidad con la dmt se intensifica a partir de la mitad del proceso. El contacto visual es significativo y constante a lo largo del proceso predominando durante el desarrollo de la sesión y no en la llegada de la paciente a la sesión.

Figura 8: Proximidad con la dmt



Figura 9: Contacto Visual con la dmt



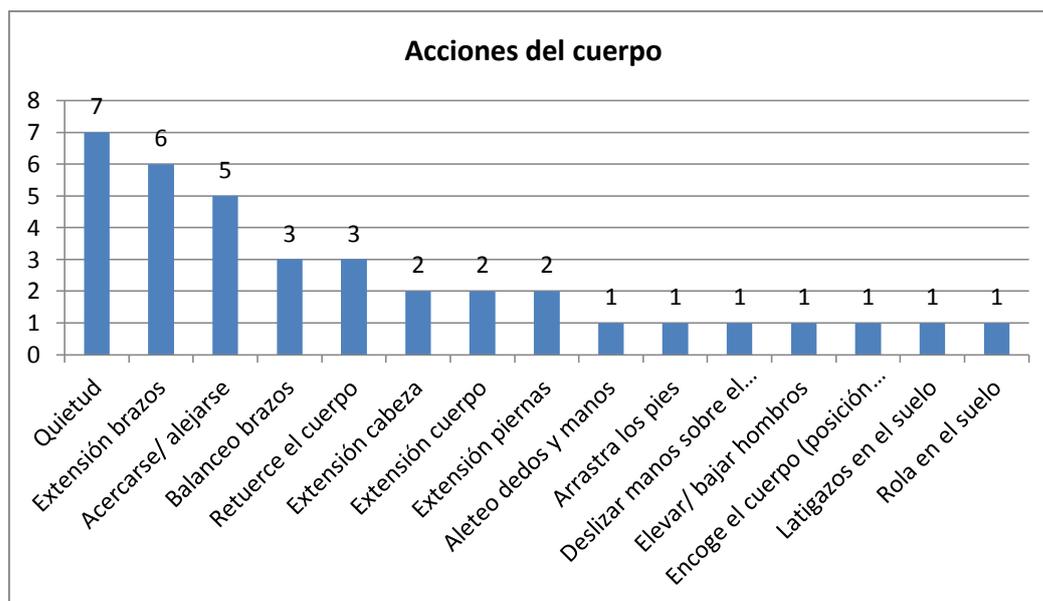
La paciente habla mucho al principio y al final de las sesiones como una actitud de descarga y/o de evasión del contacto con sus emociones.

Figura 10: Hablar mucho



Durante los movimientos predominan las acciones de extensión de los brazos en contraste con la quietud presentada en la parte inferior de su cuerpo. También es significativa la acción de acercarse y alejarse de la dmt durante la interacción entre ellas.

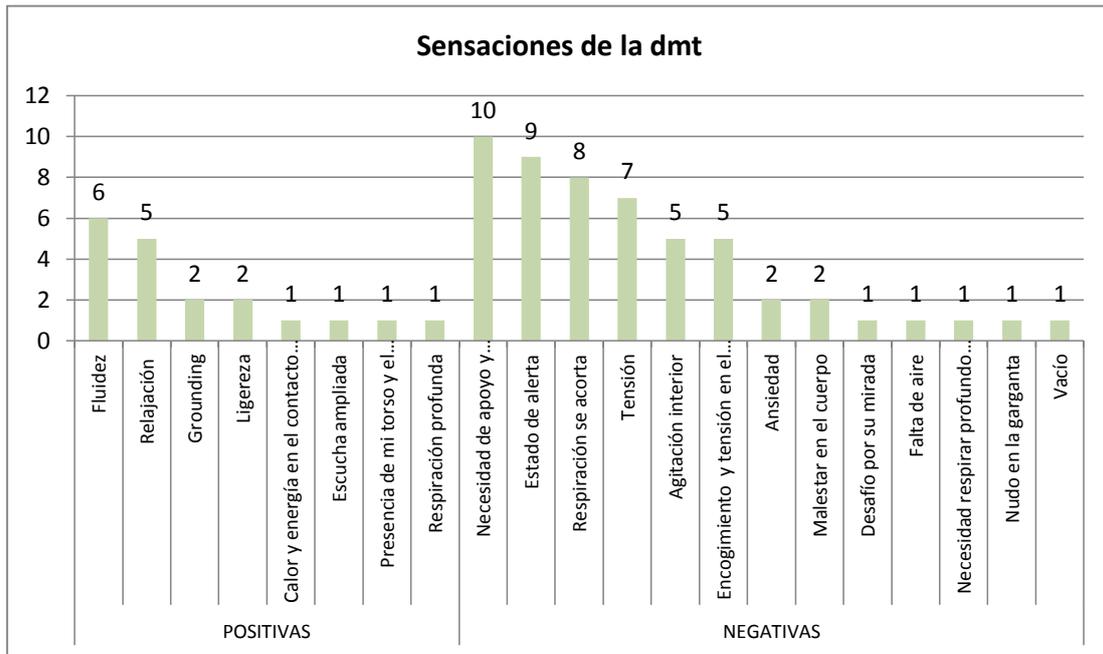
Figura 11: Acciones del cuerpo



En relación al registro de comportamiento interaccional de la psicoterapeuta, observase que la mayoría de sus pensamientos durante las sesiones están relacionados con sus ganas de que la paciente se sienta bien en la sesión y de estar ella misma conectada y centrada para estar en presencia terapéutica durante la sesión.

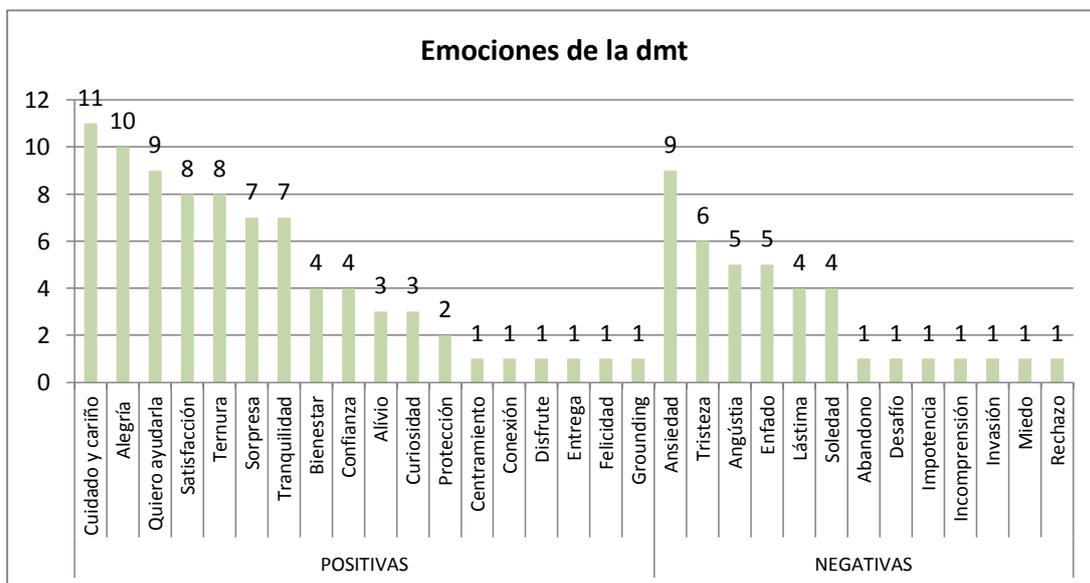
Previamente a las sesiones la psicoterapeuta percibe su necesidad de estirar el cuerpo, respirar profundo y establecer relación con el suelo para fortalecer su grounding. Las sensaciones físicas que caracterizan un estado de alerta son la respiración corta, tensión, agitación interior y encogimiento del pecho en contraste con la sensación de fluidez y relajación percibidas sobre todo al final de las sesiones.

Figura 12: Sensaciones de la dmt



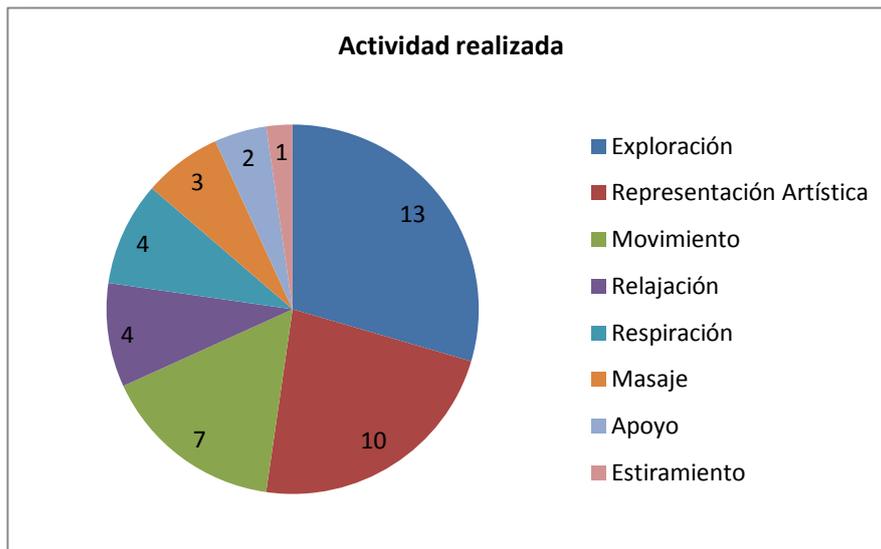
Con el desarrollar de las sesiones la dmt registra sentir emociones de cariño y cuidado hacia la paciente intensificadas por las ganas de querer ayudarla. También son registradas emociones de alegría, satisfacción, ternura y tranquilidad en relación al desarrollo del proceso de la paciente, en contraste con las emociones de ansiedad, tristeza, angustia, enfado y lástima.

Figura 13: Emociones de la dmt



Las actividades propuestas por la dmt según las necesidades de la paciente están relacionadas, predominantemente, con la exploración de sus sensaciones y emociones, además de la exploración del espacio interior y exterior, del uso de su espacio personal (kinesfera grande y pequeña) y de nuevas formas de apoyo a partir de la exploración de movimiento. La dmt también le propone actividades como el auto-masaje, el uso consciente de la respiración y la relajación para ayudarla en su desarrollo senso-perceptivo y en la integración cuerpo-mente-emoción.

Figura 14: Actividad realizada



Durante las sesiones pasan momentos especiales en la relación paciente-dmt como el conectar de la paciente con su interior y el interactuar en movimiento con la dmt, y ellos desencadenan un cambio significativo aumentando el estado de presencia de la paciente, además de llevarla a toma de conciencia y a reflexionar, a intensificar la relación de confianza para nuevas revelaciones con la dmt y a liberar el flujo conducido en su cuerpo.

Figura 15: Momentos especiales: lo que pasó

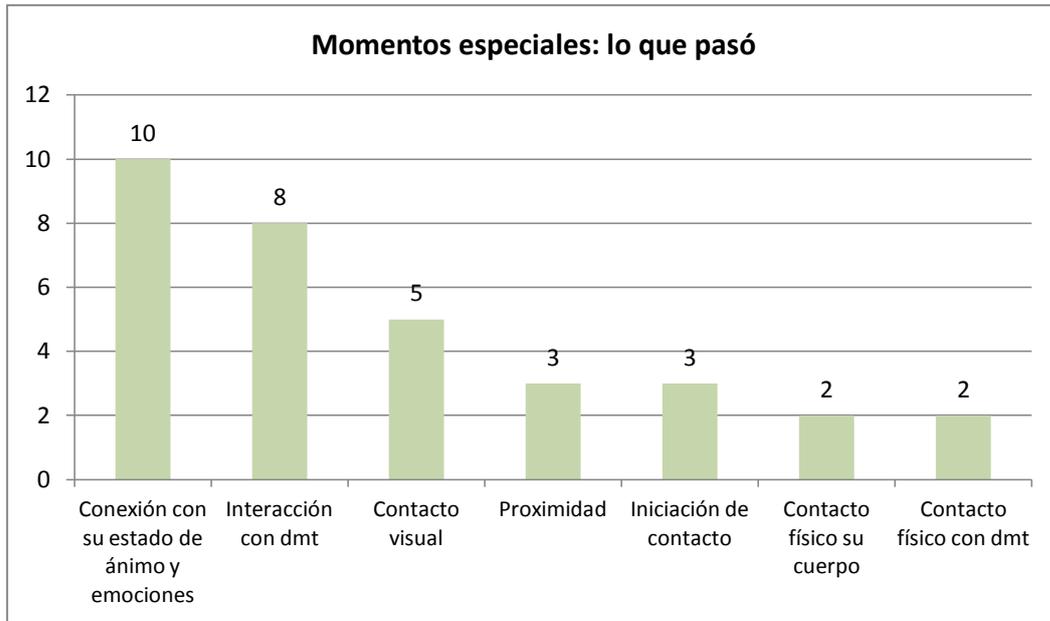
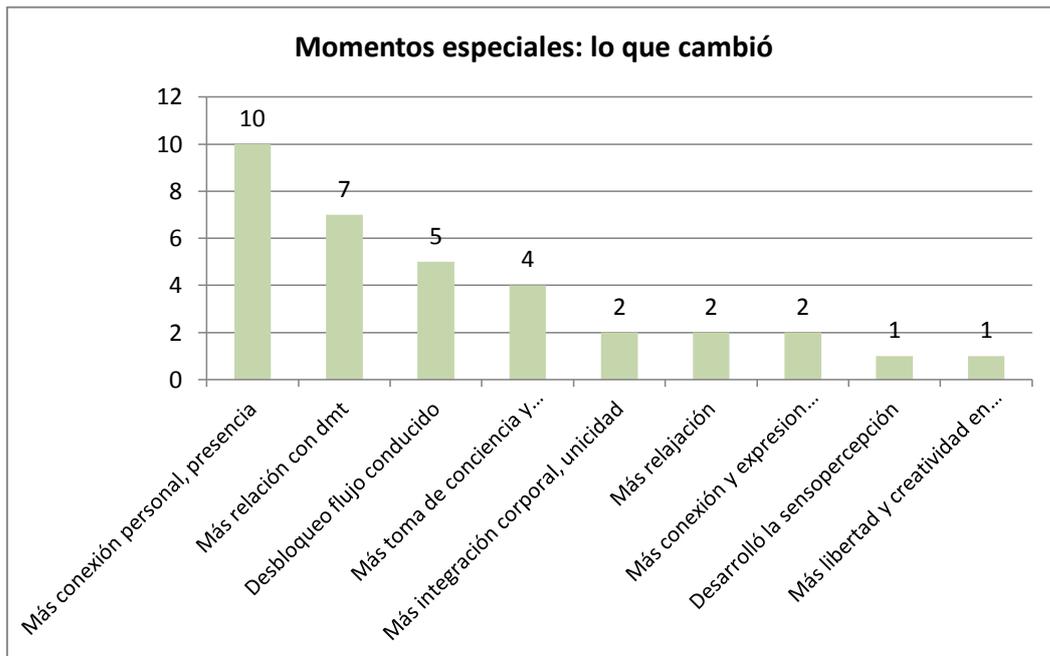


Figura 16: Momentos especiales: lo que cambió



6.3. ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Durante la exploración y análisis de la data - la observación de movimiento de la paciente y de la auto-observación de su contratransferencia, la psicoterapeuta separa el desarrollo del proceso en tres etapas distintas:

- a) **De la 1ª a la 7ª sesión:** Etapa de reconocimiento, dudas e incertidumbre y experimentación de los opuestos

La paciente y la dmt empiezan a relacionarse y a conocerse buscando la confianza mutua entre sí, es la etapa del “cortejo terapéutico” (Pennebaker, 1994).

La paciente intercala la llegada a las sesiones con retraso con llegadas puntuales. La dmt observa que cuando la paciente llega con retraso, su comportamiento es de agitación con dificultad en conectarse con ella misma. El retraso parece representar su resistencia a venir a las sesiones y luego conectar con su interior, pero a lo largo de la sesión la paciente logra cambiar de comportamiento y empieza a conectarse y a establecer relación con ella y con la dmt. Cuando la paciente llega con puntualidad a la sesión, en general está introspectiva y ya conectada con alguna sensación de dolor o sentimiento de tristeza, pareciendo buscar en la sesión la contención que necesita y encuentra en la relación con la dmt.

Esta etapa está marcada por opuestos que caracterizan la tensión de la paciente entre el resistir y el entregarse a las incertidumbres del proceso psicoterapéutico y a la relación con la dmt en un movimiento vivo y dinámico como el inspirar y expirar de la respiración que lleva a las transformaciones subsecuentes en el proceso.

Se observa la predominancia de contrastes y/o opuestos complementarios en el cuerpo de la paciente, en el uso del espacio y la calidad de sus movimientos, como también en sus acciones lo que demuestra que hace cambios durante las sesiones:

Paciente
<u>Cuerpo:</u> agitación inicial, la mirada hacia abajo, ojos cerrados, el torso encorvado, postura cerrada cambiando para la mirada directa y profunda, cabeza levantada,

movimiento del torso y brazos, cuerpo relajado.

Espacio: predominancia de la kinesfera personal pequeña con cambios a kinesfera personal grande demostrando exploración y apertura de su espacio personal. Kinesfera general grande por el reconocimiento del espacio y hasta entrar en confianza con la dmt. El nivel bajo es el predominante. Los planos horizontal y sagital predominan por el establecimiento de la relación.

Dinámicas: presenta cambio significativo en el flujo conducido, que es lo que predomina, pasando a explorar más movimientos con flujo libre.

Relaciones: realiza contacto físico con su cuerpo. Habla mucho sobre todo al principio y final de las sesiones, quizás por sentir incertidumbre y amenaza. Durante la sesión establece constante contacto visual con la dmt, quizás por la necesidad de ser vista y reconocida, y también para establecer grounding.

Acciones: acercarse y alejarse; agitación y quietud.

Se observa la existencia de sintonía entre lo experimentado por la paciente y la contra-transferencia de la dmt durante las sesiones:

Dmt
<p><u>Pensamientos</u>: que demuestran la ansiedad por el comienzo de la relación con la paciente y las ganas de realizarlo con compromiso y exitosamente: “quiero que la paciente se sienta bien” “quiero estar bien presente terapéuticamente”. Dudas e incertidumbre: “vendrá la paciente?” “me habrá aceptado?” “querrá seguir el proceso?”. Relación entre ambas: “la paciente parece desconfiada y prueba la confianza de la dmt” “los apoyos de la paciente no parecen suficientes” .</p> <p><u>Sensaciones</u>: opuestas y/o complementarias durante la sesión - estado de alerta, agitación interior, tensión, encogimiento del pecho, respiración se acorta, y en el otro extremo fluidez y relajación. Antes de las sesiones la necesidad de grounding y respiración profunda como preparación inicial quizás para poder darle el soporte que necesita la paciente.</p> <p><u>Emociones</u>: las ganas de ayudar a la paciente además de cuidado, cariño, alegría, ternura, satisfacción, mezcladas con emociones de ansiedad, tristeza, angustia.</p> <p><u>Imágenes de la paciente</u>: “niña que quiere ser vista” “niña asustada y sola” “niña</p>

frágil” “la mirada es un puente que aproxima y vincula” “está perdida en su interior”
“muñeca de aire sin contenido” “pide ayuda con su proximidad y contacto físico”.

b) **De la 8ª a la 11ª sesión:** Etapa de fortalecimiento del vínculo y conexión emocional

En esta etapa ya existe confianza y la relación entre paciente y dmt es fortalecida. La paciente demuestra estar conectando con su enraizamiento y con su sentido de presencia, además establece mayor aproximación con la dmt durante las sesiones. La paciente conecta y expresa nuevas emociones. La dmt deja de tener imágenes de ella como “niña”, ahora la ve como adulta con movimientos vivos de abrir y cerrar, oxigenando y fluyendo lo reprimido en su interior.

Aunque la paciente siga alternando la llegada a la sesión con retraso y con puntualidad, ahora demuestra tener más conexión con ella misma y más facilidad para conectar con sus sensaciones y emociones en todas las sesiones ya desde la llegada a la sesión. Quizás el estar en grounding y en relación, sintiéndose acompañada por la dmt, le permita profundizar en el contacto con ella misma, haciendo uso más diversificado y equilibrado del espacio, explorando apoyos y diversificando acciones durante el movimiento.

Paciente
<p><u>Cuerpo:</u> postura menos cerrada con el torso menos encorvado, cruza los brazos sobre su vientre como protegiéndolo. Respiración oscila entre bloqueada y acelerada. Hace movimientos que parten del centro hacia las extremidades. Demuestra confianza y entrega con el contacto físico con el suelo, se tumba en posición fetal, tiene grounding.</p> <p><u>Espacio:</u> utiliza kinesfera general y personal media y hay más equilibrio en la utilización de las mismas en otros niveles (grande y pequeña). Utiliza nuevos niveles - medio y alto, sin dejar de usar el nivel bajo. Utiliza el plano vertical, sin dejar de usar los demás planos.</p> <p><u>Dinámicas:</u> sigue la predominancia del flujo conducido, pero también explora movimientos con flujo libre.</p> <p><u>Relaciones:</u> el comportamiento de hablar mucho en la llegada de las sesiones es</p>

cambiado por el contacto visual intenso con la dmt. Establece contacto visual y proximidad con la dmt durante la sesión, establece más contacto físico con el suelo.

Acciones: presenta más diversidad de acciones. Eleva y baja los hombros, desliza manos por su vientre, se tumba en posición fetal en el suelo y hace momentos de quietud.

Se observa que sigue la existencia de sintonía entre lo experimentado por la paciente y la contra-transferencia de la dmt durante las sesiones. Hay cambios en el foco de dudas que tiene la dmt que dejan de referirse a si la paciente vendrá o no pasando a ser referentes al proceso en sí. La dmt siente que están en relación de confianza y que esta le trae beneficios a la paciente.

Dmt

Pensamientos: “quiero que se sienta bien” “quiero estar bien presente terapéuticamente” “cómo estará ella? Cómo será la sesión” “hay complicidad en la mirada” “me hace bien que me deje entrar en su interior a través de la mirada” “siento que puedo ofrecerle mi capacidad de contención y escucha” “nuestra relación ya está establecida”.

Sensaciones: necesidad de preparación para tener grounding y respiración profunda antes de la sesión. Durante la sesión alterna entre tensión y fluidez, ligereza y enraizamiento.

Emociones: cuidado, cariño, alegría, sorpresa, tranquilidad, y en otro opuesto ansiedad, angustia y soledad.

Imágenes de la paciente: “persona perdida (ya no es una niña!) y necesitada que busca algo desesperadamente” “se mece a sí misma” “integra dolor y sanación” “activa semillas con sus pies que luego crecen y florecen ampliando sus movimientos corporales” “es un fuelle que abre y cierra con vida” “movimientos parten de su interior como su fuerza vital que pide pasaje”.

c) **De la 12ª a la 15ª sesión:** Etapa de madurez en el desarrollo de la paciente y cierre del proceso

En esta etapa se intensifican los momentos en los cuales la paciente demuestra empezar la regulación de sus emociones y la integración cuerpo-mente-emoción, además de mantener una relación de confianza con la dmt y desarrollar la conexión con su cuerpo, la toma de consciencia y el pensamiento asociativo.

Paciente
<p><u>Cuerpo</u>: presenta actitud activa, postura cerrada, cuerpo entregado al suelo, respiración normal.</p> <p><u>Espacio</u>: Usa todos los niveles. Preferencia por el plano sagital. El uso de la kinesfera personal varía entre pequeña y grande.</p> <p><u>Dinámica</u>: Utiliza más peso firme, aunque siga con peso ligero, y predomina el uso del espacio directo.</p> <p><u>Relaciones</u>: Establece más contacto físico con el suelo y sigue con el contacto visual y proximidad con la dmt e intensifica el contacto físico con la dmt.</p> <p><u>Acciones</u>: Realiza más diversidad de acciones predominando el rolar en el suelo y el estiramiento del cuerpo.</p>

Los cambios de la paciente están alineados con la contra-transferencia de la dmt, que la ve y siente con madurez, estableciendo una relación viva con su cuerpo, sensaciones y emociones, y también con la psicoterapeuta.

Dmt
<p><u>Pensamientos</u>: “quiero que se sienta bien” “quiero estar bien presente terapéuticamente” “la conexión con suelo y con la dmt le dan fuerza” “ella empieza a despedirse, a cerrar...” “ella está en desarrollo y confío que seguirá” (después del final del tratamiento) “fui el eje que le ayuda a encontrar su propio eje”</p> <p><u>Sensaciones</u>: necesidad de grounding y respiración profunda antes de la sesión, estado de alerta, respiración se acorta, vacío.</p> <p><u>Emociones</u>: ganas de ayudarla, cuidado, cariño, alegría, satisfacción, sorpresa, tranquilidad y por otro lado ansiedad, tristeza, enfado, lástima.</p> <p><u>Imágenes de la paciente</u>: “ella creció” “ella se habita” “se nutre y se defiende” “cuerpo</p>

integrado e unificado” “es una semilla lista para brotar” “paciente y dmt abrazan el proceso” “el abrazo final es una flor que brota de una tierra fértil” .

6.4. ESQUEMA: El círculo vicioso del dolor

El círculo vicioso del dolor empieza con la manifestación de síntomas físicos, con la predominancia del dolor crónico, y estos provocan alteraciones en el equilibrio emocional de los enfermos y de su entorno, lo que genera nuevos síntomas psicológicos que a su vez, influyen en los síntomas físicos y así sucesivamente.

La amplificación de lo negativo en ese proceso lleva al aumento de la percepción del dolor y como consecuencia de esta retroalimentación viciosa negativa está la disminución de la salud por la pérdida de bienestar general que afecta la relación con uno mismo y con su entorno.

Ese mecanismo no ocurre exclusivamente en los casos de fibromialgia, pero quizás para ellos el círculo vicioso del dolor sea más acentuado ya que en los afectados de fibromialgia la percepción del dolor está comprometida.

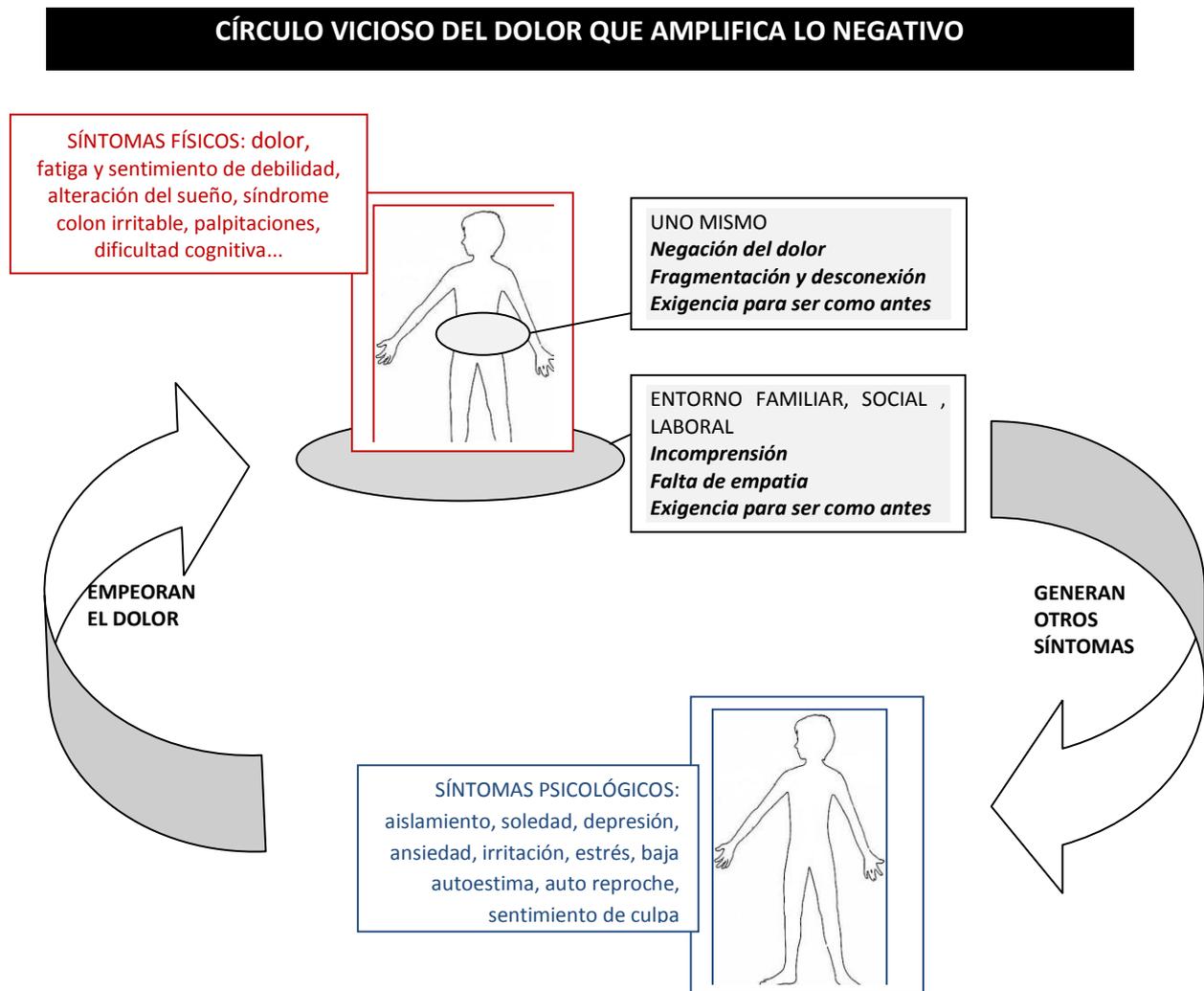
En un proceso de sintomatología específicamente física, que afecta el ámbito del cuerpo y sus sensaciones, con un enfoque en el esquema corporal, la persona siente dolor y el contenido que está emergido es tratado en general, específicamente, a través de tratamientos médicos tradicionales que siguen la separación de los dolores en físico y mental, por también separar cuerpo y mente, con la utilización de fármacos para calmar y/o bloquear el síntoma del dolor.

En un proceso de sintomatología psico-emocional, que afecta el ámbito de la psique y emoción, con un enfoque en la imagen corporal, la persona siente sufrimiento y el contenido que está sumergido es tratado en general, de manera amplia, a través de tratamientos médicos holísticos/integrales que buscan el bienestar físico, mental y social, con la utilización de terapias multidisciplinarias.

En la fibromialgia los elementos biológicos, psicológicos y sociales tienen el mismo grado de importancia ya que ellos están interconectados y se influyen recíprocamente y son ellos los responsables por las alteraciones en la modulación del

dolor. A razón de eso, la fibromialgia requiere un tipo de tratamiento más amplio con la utilización de terapias multidisciplinarias para que por lo menos sea brindada más calidad de vida y bienestar a los afectados ya que todavía no ha sido encontrada su cura.

Figura 17: Círculo vicioso del dolor



Proceso: SÍNTOMAS FÍSICOS	Proceso: SÍNTOMAS PSICO-EMOCIONAL
Contenido: EMERGIDO	Contenido: SUMERGIDO
Persona con: DOLOR	Persona con: SUFRIMIENTO
Ámbito: CORPORAL – cuerpo y sensación	Ámbito: EXISTENCIAL - psique y emoción
Abordaje: ESPECÍFICO	Abordaje: AMPLIO
Enfoque: ESQUEMA CORPORAL	Enfoque: IMAGEN CORPORAL
Tratamiento médico: TRADICIONAL – calmar el dolor con fármacos	Tratamiento: HOLÍSTICO/ INTEGRAL – bienestar físico, mental y social

6.5. PROPOSICIÓN HIPOTÉTICA

La investigadora desarrolla su proposición hipotética a partir de la presentación y análisis de la data considerando que:

- la práctica de la DMT se caracteriza por la invitación del dmt a que el paciente se conecte y habite su cuerpo a través del uso de recursos prácticos y metodológicos que le son peculiares a la DMT como una psicoterapia de las artes creativas. Tales recursos son: la toma de conciencia y registro de las sensaciones corporales, la exploración de cualidades de movimiento y la integración mente-cuerpo-emoción. A lo que se suman la presencia terapéutica y empatía kinestésica por parte de la dmt;
- la DMT hace uso psicoterapéutico del movimiento para trabajar con el contenido emocional sumergido en los pacientes, desde un ámbito existencial de la psique y emoción y con eso permite a la paciente transformar su imagen corporal teniendo una imagen integrada de sí mismo, desbloquear los sentidos y liberar emociones, conectar con su cuerpo como fuente de placer y no solamente de dolor, y, con eso, permite tomar conciencia de la necesidad del autocuidado;
- la DMT trabaja con el cuerpo que es donde está el registro y memoria de todo lo que cada uno experimenta en su vida y es ese mismo cuerpo limitado por los síntomas de la fibromialgia es el que permite al paciente interactuar con sí mismo y con los demás, que le permite experimentar su existencia a través de sus sentidos, y que le permite conectar con las emociones positivas, por eso objetiva recuperar la consciencia y atención hacia el cuerpo para despertar el potencial creativo y expresivo de él.

La proposición hipotética es:

la Danza Movimiento Terapia a través del uso de recursos prácticos y metodológicos que le son peculiares puede ayudar a romper el círculo vicioso negativo de amplificación del dolor y con eso calmar los síntomas físicos y psicológicos y brindar más bienestar y calidad de vida a los afectados por la fibromialgia que sufren con las consecuencias de este círculo vicioso.

7. CONCLUSIÓN

La investigadora afirma que la DMT puede ser considerada un tratamiento complementario eficaz para los pacientes que padecen fibromialgia ya que el análisis de los resultados de la investigación comprueban que el establecimiento de la relación terapéutica con conexión emocional entre la paciente y la dmt le permite a la paciente realizar cambios en su perfil de movimiento e identificar y regular sus emociones, además de tener otro registro de las relaciones establecidas con su cuerpo, sus emociones, con la psicoterapeuta y con los demás, y, con eso, la paciente logra romper el círculo vicioso negativo de amplificación del dolor y sentir más bienestar.

Los principales cambios realizados por la paciente durante su proceso psicoterapéutico están relacionados con:

- a) su desarrollo senso-perceptivo: la paciente toma conciencia de señales del cuerpo discriminando sensaciones y emociones; siente su cuerpo como fuente de placer y no solamente de dolor conectando con sensaciones placenteras; desarrolla su consciencia corporal, se siente a sí misma, se habita. Y eso es evidenciado en sus comentarios: *“me ha sorprendido la sensación de la sangre fluyendo en mi cuerpo. La sensación del flujo en mis extremidades durante la realización de movimientos con kinesfera grande es placentera, pero en kinesfera pequeña no me ha gustado”, “no nos tocamos en el cotidiano, lo hacemos todo con prisa, incluso ducharse es algo mecánico, yo ni me entero de mi cuerpo cuando me ducho”, “he sentido calor en las extremidades de mi cuerpo... me he visto mucho más joven y con otro cuerpo físico... he estado jugando feliz... y mis huellas se hacían cada vez más fuertes e intensas en la arena de la playa”, “al tocar el gato recién muerto tuve la misma sensación que tuve al tocar mi vientre por primera vez en la sesión anterior y al tocarlo el día siguiente a su muerte, no me gustó la sensación de tocar su cuerpo duro”, “tengo una bola de frustración en el estómago”, “la Carol no está... no sé dónde está la Carol”, “hay partes de mi cuerpo que no las conozco y hoy me he*

sorprendido porque por primera vez me he conectado con una parte de mi cuerpo nueva para mí” (su vientre).

- b) su perfil de movimiento: la paciente permite entregarse a los apoyos y establece grounding, principalmente, desde la mirada, integra las partes superior e inferior de su cuerpo, integra el centro de su cuerpo al desarrollo de sus movimientos y libera tensiones en la parte superior de su cuerpo. La paciente realiza cambios de postura, cambios en su estado de ánimo durante las sesiones, explora nuevos usos del espacio personal y espacio general, utiliza nuevas dinámicas de movimiento y cambia la iniciación de sus movimientos. La paciente realiza nuevas acciones corporales a través del movimiento, de la relajación y del uso consciente de la respiración.
- c) la conexión e integración de sus sensaciones, emociones y pensamientos: la paciente conecta con su interior, libera y expresa emociones reprimidas; reflexiona conscientemente acerca de la experiencia vivida, sentida y movida durante el movimiento; conecta con imágenes y recuerdos que vuelven a su consciencia; desarrolla el pensamiento asociativo. Y eso es evidenciado en sus comentarios: *“intentar con la concentración y la respiración sanar o desbloquear el dolor”, “si una flor puede resistir y brotar, yo también puedo”, “al principio era una semilla frágil que está al lado de un camino y que tiene miedo de salir de la tierra para que no la pisen, pero decido salir porque quiero vivir. La semilla necesita del sol y del agua y va creciendo hasta transformarse en un girasol que además de su belleza y perfume ofrece frutos que son protegidos por los movimientos de abrir y cerrar de sus pétalos”, “estoy cambiando mi actitud frente al dolor... estoy cambiando mi forma de actuar delante de las dificultades, preocupándome menos”, “me acordé de los ejercicios de defensa personal que hacía cuando más joven y los volveré a hacer cuando esté enfadada en lugar de discutir con los demás”.*
- d) el establecimiento de relación con su cuerpo y con la dmt: la paciente empieza a aprender cómo establecer y mantener sus relaciones con ella misma - su cuerpo, sus emociones, sus dolores, su bienestar, con la dmt y con los demás; se vincula y

experimenta una relación de confianza con la dmt que le permite revelarse, compartir sus emociones y encontrar nuevas maneras de reaccionar emocionalmente; empieza a conectarse con “lo que no se ve, pero existe”. Y eso es evidenciado en sus comentarios: *“hoy me daba pereza venir y ahora me ha gustado mucho la sesión. Gracias! Sigo con dolor, pero estoy más animada ahora”, “me he sentido muy bien contigo. Sentí mucha energía en el contacto” (con la dmt), “hoy no iba a venir por no tener ánimo, me obligué a hacerlo y ahora estoy bien”, “me gusta venir a las sesiones. No es lo mismo hablarte a ti que a mi marido e hijos. Muchas gracias por escucharme”, “muchas gracias por haberme escuchado la sesión anterior. Me hizo muy bien. Hablar contigo es distinto a hablar con otras personas”, “a mí me sirve mucho venir y te doy las gracias por haberme elegido a mí para trabajar en las sesiones. Desde el principio he sentido mucha confianza contigo y por eso me dejo llevar, lo que no suelo hacer con otras personas en general”, “pon música de relajación y nos movemos juntas jugando con los elásticos, me gusta compartir contigo en movimiento”, “muchas gracias por la escucha y paciencia. Mis problemas necesitan más tiempo para ser arreglados pero poder compartirlos contigo me ha ayudado mucho y me hace sentirme bien”.*

La investigadora relaciona estos cambios con el aporte de los aspectos específicos de los recursos ofrecidos por la DMT que sirven de utilidad para el paciente que padece fibromialgia. Son ellos:

- propiciar la toma de consciencia sensoperceptiva;
- permitir la exploración e incorporación de nuevos patrones de movimiento;
- trabajar la corporalidad a través de la percepción e integración en la consciencia del paciente del cuerpo y de sus partes en función de la experiencia en movimiento;
- propiciar la integración cuerpo-mente-emoción;
- trabajar con la empatía kinestésica.

De esa manera la investigadora confirma la validez de su proposición hipotética: la Danza Movimiento Terapia a través del uso de recursos prácticos y metodológicos que le son peculiares puede ayudar a romper el círculo vicioso negativo de amplificación

del dolor y con eso calmar los síntomas físicos y psicológicos y brindar más bienestar y calidad de vida a los afectados por la fibromialgia que sufren con las consecuencias de este círculo vicioso.

Por ser tratar de un estudio de caso basado en la intervención con una sola paciente y por un periodo de 15 sesiones, la investigadora reconoce la limitación y anima a otros investigadores a profundizar en la exploración a partir de lo presentado en este trabajo considerando la posibilidad de profundizar en las siguientes cuestiones:

- ¿qué hubiera pasado si el proceso terapéutico continuase por más de 15 sesiones individuales?
- ¿qué hubiera pasado si las sesiones no fuesen individuales y sí en grupo con otros pacientes?
- ¿cuáles serían los resultados con otros pacientes individuales?

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anttila, E. (2007). Mind the Body: Unearthing the Affiliation Between the Conscious Body and the Reflective Mind. En L. Rouhiainen, *Ways of Knowing in Dance and Art* (pp.79-99). Finland: Theatre Academy.
- Banegas, P. C. (2012, noviembre). *Aportes para el análisis del movimiento en DMT desde los estudios de interacción social*. Trabajo presentado en Brecha, Buenos Aires, Argentina.
- Bauer, J. A. (2008). *Fibromialgia. La curación es posible*. Barcelona: Robinbook.
- Caldwell, C. (1999). *Habitar el Cuerpo. Recuperación y transformación desde la Psicología Somática*. Barcelona: Urano.
- Canalejo, L. R. (2010). *Fibromialgia: Cuerpo y Mente. ¿mente-cuerpo o cuerpo-mente? ¿Qué va primero? Posibles aportaciones desde la DMT*. Tesina de Máster, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.
- Chaiklin, S. (2008). Hemos danzado desde que pusimos nuestros pies sobre la tierra. En H. Wengrower y S. Chaiklin (Coords.), *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia* (pp.27-37). Barcelona: Gedisa.
- Chodorow, J. (2008). DMT: movimiento y emoción. En H. Wengrower y S. Chaiklin (Coords.), *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia* (pp.59-79). Barcelona: Gedisa.
- Collado, A. (2008). Fibromialgia: Una enfermedad más visible. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 8, 517-520.
- CTO-AM Arturo Mahiques, *Fibromialgia*, Recuperado el 12 de marzo de 2012, de <http://cto-am.com/fibromialgia.htm>
- Dolto, F. (2007). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.

- Dosamantes-Alperson, E. (1984). Experiential Movement Psychotherapy. En K. Penny Lewis, *Eight theoretical approaches in dance movement therapy* (pp. 145-163) (vol. II). Dubuque: Kendall Hunt.
- Erskine, R. G. (1997). Attunement and involvement: therapeutic responses to relational needs. *International Journal of Psychotherapy*, 3, 5 (3), 235-244.
- Erskine, R. G. (1999). Beyond Empathy: A Therapy of Contact-in-relationship. *Institute for Integrative Psychotherapy*. Recuperado el 05 de octubre de 2011, de <http://www.integrativetherapy.com/en/articles.php?id=39>
- Fischman, D. (2005). *La mejora de la capacidad empática en profesionales de la salud y la educación a través de talleres de Danza Movimiento Terapia*. (Tesis Doctoral) Argentina: Universidad de Palermo.
- Fischman, D. (2008). Relación terapéutica y empatía kinestésica. En H. Wengrower y S. Chaiklin (Coords.), *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 81-96). Barcelona: Gedisa.
- Fructuoso, F. J. G. (2010). Un nuevo concepto de fibromialgia. *Biorritmes*, 22, 12-15.
- García, M. (2006). El ritmo de los procesos mentales y la presencia psicocorporal del terapeuta. "1er Congreso Nacional de Terapias Creativas", Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport. Barcelona: Blanquerna Universitat Ramon Llull.
- Hämäläinen, S. (2007). The Meaning of Bodily Knowledge in a Creative Dance-Making Process. En L. Rouhiainen, *Ways of Knowing in Dance and Art* (pp.56-78). Finland: Theatre Academy.
- Hölter, G. y Panhofer, H. (2005). Relación entre la danza educativa y la Danza Movimiento Terapia. En H. Panhofer (Ed.), *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. (pp. 25-48). Barcelona: Gedisa.
- Horwitz, E. (2004). *Dance/Movement Therapy in Fibromyalgia Patients. Aspects and consequences of Verbal, Visual and Hormonal Analyses*. (Tesis Doctoral) Suecia: Uppsala University.

- Horwitz, E. (2006). Evaluating DMT in fibromyalgia patients. Consequences of verbal, visual and hormonal analysis. En S.Koch e I. Brauninge, *Advances in Dance/movement Therapy. Theoretical Perspectives and Empirical Findings* (pp.73-86). Berlin: Logos Verlag.
- Instituto de Psicoterapia Relacional (2011, 18 de mayo). *Mecanismos no interpretativos en terapia psicoanalítica*. Madrid: Espada, A. A. Recuperado el 12 de diciembre de 2012, de http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eLearning/Master_PPR/Docs_base_Master/DN_Stern%20y%20grupo%20de%20Boston_1998_Mecanismos%20no%20interpretativos.pdf
- Keddy, B. (2009, 4 de octubre). *Fibromyalgia, chronic fatigue and the anxiety-prone brain*. Recuperado el 16 enero de 2013, de <http://womenandfibromyalgia.com/2009/10/18/fibromyalgia-chronic-fatigue-and-the-anxiety-prone-brain/#more-492>
- Laban, R. (2006). *El Dominio del Movimiento* (2ª Ed.). Madrid: Editorial Fundamentos.
- Levy, Fran J. (1988). *Dance/Movement Therapy: A healing Art*. Waldorf: AAHPERD Publication.
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del Dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Le Breton, D. (2008). *La Sociología del Cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lowen, A. (2011). *La espiritualidad del cuerpo. Bioenergética, un camino para alcanzar la armonía y el estado de gracia*. (8ª Ed.). Madrid: Paidós.
- Lyons-Ruth, K., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Morgan, A.C., Nahum, J.P., Sander, L., Stern, D.N. and Tronick, E.Z. (1998). Implicit relational knowing: its role in development and psychoanalytic treatment. *Infanta Mental Health Journal*, 19 (3), 282-289.
- Matoso, E. (2003). *El cuerpo, territorio de la imagen* (2ª Ed.). Buenos Aires: Letra Viva.

- Mestre, M. A. (2007). *Parlem de Fibromiàlgia: Jo l'he guanyat, tu també pots*. Barcelona: Cálamo.
- Moiola, B. y Merayo, L. A. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 12, (8), 476-484.
- Morris, D. (1996). *La cultura del dolor* (3ª ed.). Chile: Andres Bello. 1996.
- Moix, J. (2006). *Cara a cara con tu dolor: Técnicas y estrategias para reducir el dolor crónico*. Barcelona: Paidós.
- Nasio, J. D. (2007). *El Dolor Físico*. Barcelona: Gedisa.
- Panhofer, H. y Rodríguez, S. (2005). La Danza Movimiento Terapia: una nueva profesión se introduce en España. En H. Panhofer (Ed.), *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. (pp. 49-95). Barcelona: Gedisa.
- Pantanetti, A. H. (2012). *Fibromialgia, El Síntoma de lo desconocido*. Buenos Aires: Dunken.
- Pennebaker, J. W. (1994). *El Arte de Confiar en los demás*. Madrid: Alianza.
- Riera, R. (2011). *La Conexión Emocional. Cómo se forma nuestra manera espontánea y no voluntaria de reaccionar emocionalmente, cómo podemos cambiar esta forma automática de emocionarnos y cuál es el papel de la conexión emocional en estos procesos*. Barcelona: Octaedro.
- Rodríguez, S. (2004). *Danza Movimiento Terapia y fibromialgia: una aproximación al dolor en todas sus dimensiones*. (Tesis Doctoral) España: Universidad de Deusto.
- Rodríguez, S. (2005). Danza Movimiento Terapia y fibromialgia: cuerpos que hablan del dolor. En H. Panhofer (Ed.), *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. (pp.189-215). Barcelona: Gedisa.
- Safran, J., Muran, C. (2005). *La alianza terapéutica: una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

- Siqueiros-García, J. M. y Saruwatari Zavala, J. G. (2012). El alivio del dolor ¿es un derecho humano?. *Revista Sociedad Española del Dolor* 19, 3, 147-156.
- Torreiglesias, M. (2006). *Fibromialgia: cuando el dolor se convierte en enfermedad. Dolor difuso, cansancio, calambres, insomnio. Guías Prácticas de Saber Vivir*, volumen 8, (3ª ed.). Madrid: Santillana Ediciones Generales.
- UAB (Màster i Postgrau en Dansa Moviment Teràpia). (2011). *Dossier*. Documento no publicado. Barcelona. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Wengrower, H. y Chaiklin, S. (2008). *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1 - PERFIL DE LA PACIENTE

Nombre ficticio: Carol

Edad: 41 años

Sexo: Femenino

Ocupación: ama de casa

Asistencia a institución: desde hace 6 años

Situación familiar: vive con su marido y sus dos hijos.

Psicopatología: Fibromialgia, sensibilidad química múltiple y anemia.

Hechos históricos destacados: presenta dolores corporales desde joven y la fibromialgia le fue diagnosticada desde hace 8 años luego de varios años de búsqueda por un diagnóstico.

9.2. Anexo 2 - PERFIL DE MOVIMIENTO

I - CUERPO

Aspecto y apariencia física

Carol es una mujer joven de 41 años, de estatura media, de ojos grandes marrones y profundos. Color de piel claro y cabello rizado y oscuro. Aspecto delicado y aseo personal cuidado, suele vestirse de manera informal. Carol es una mujer risueña, expresiva y espontánea, además de inteligente y comunicativa.

Tiene rasgos faciales expresivos, su mirada va desde una actitud reflexiva introspectiva a una mirada muy activa.

Forma del cuerpo

Su cuerpo presenta formas redondeadas sin ser obesa.

Postura del cuerpo

La postura corporal suele ser cerrada, con el torso encorvado hacia dentro, los hombros hacia abajo y en algunas sesiones con los brazos cruzados a la altura del vientre.

El flujo parece estar retenido en la parte superior del cuerpo, sobre todo en el tórax y en la parte inferior del cuerpo presenta peso firme, a veces pasivo.

La postura corporal varía durante el movimiento, cuando llega a ser abierta y firme con los hombros y el pecho abiertos, el eje vertical bien definido con dominio de su cuerpo y autonomía de movimientos.

En varias sesiones realiza la posición de “guerrera” con postura erecta, firme y tensa, en contra a la atracción de la gravedad, sin grounding, con peso firme y repartido de igual manera entre las dos piernas como preparada para la acción con esfuerzo para estar de pie, y con la cabeza colgada hacia adelante fuera del eje vertical y sin resistencia a la gravedad.

Al final de algunas sesiones presenta postura relajada y entregada a la gravedad, como rendida al cansancio corporal y en conexión con sí misma.

Organización corporal. Conexión. Integración corporal

Se mantiene bien en el eje vertical, aunque con ausencia de grounding. Su cabeza suele parecer colgada hacia abajo. Tiene buena coordinación y sus movimientos tienen ritmo y suelen ser empezados por las extremidades superiores.

Es capaz de utilizar un amplio rol de movimientos estando en interacción. No presenta dificultades para coordinar ambos lados del cuerpo en movimientos simétricos o asimétricos.

Presenta poca integración corporal ya que su cuerpo parece disociado – parte superior con movimiento y parte inferior en quietud, como bloques totalmente separados, además de la poca participación del centro del cuerpo en los movimientos realizados por las extremidades del cuerpo.

En el comienzo de algunas sesiones presenta disociación en lo expresado en su narrativa verbal y en su comunicación no-verbal.

Al final del tratamiento presenta movimientos corporales conectados e integrando mente-cuerpo-emoción.

Límites corporales

Poca conciencia de los límites corporales, donde empieza y termina su cuerpo y de los límites en términos de grado de cansancio y esfuerzo cuando en acción y movimiento.

Splits en el cuerpo

Presenta una segregación en posición erecta a la altura del cuello cuando la cabeza se cuelga hacia abajo y todo el restante del cuerpo está rígido y firme.

Presenta una disociación en la zona intermedia del cuerpo que separa la parte superior del cuerpo en movimiento y la parte inferior del cuerpo en quietud.

Presenta una disociación entre cuerpo-mente-emociones.

Tensiones

Presenta tensiones predominantemente en la parte superior del cuerpo - en el torso, hombros y cuello.

Actitud corporal

Tendencia a mantener una actitud corporal activa y con rigidez en la parte central del cuerpo y base de la cabeza y hombros.

Actitud de desconexión con su cuerpo marcada por la acción constante y preocupación hacia el exterior con resistencia y dificultad en parar para conectarse y habitarse.

Grounding – enraizamiento y conexión con el suelo

Al principio del tratamiento no presenta enraizamiento con el suelo, dando la sensación de cuerpo torpe y sin equilibrio a la hora del desplazamiento sobre todo en la llegada a las sesiones. Con el desarrollo de las sesiones establece grounding, enraizándose con el contacto, apoyo, descarga en el suelo y, principalmente, con la mirada. El contacto visual con la dmt está presente en todas las sesiones.

Iniciación del movimiento

A partir de posiciones estáticas del cuerpo o en movimiento la iniciación de sus movimientos se da en las extremidades de la parte superior del cuerpo – manos y cabeza. En las interacciones con la dmt los movimientos también empiezan en las extremidades superiores.

Al final del tratamiento realiza movimientos que parten desde el centro del cuerpo en dirección a las extremidades.

Auto-toque

Realiza contacto físico con su cuerpo en actitud de estimulación y/o afirmación, primeramente en la periferia corporal y durante el tratamiento incorpora su torso y vientre.

Respiración

En general su respiración es limitada y contenida quedando retenida en la parte alta del pecho, además de ser acelerada y superficial, principalmente en la llegada a las sesiones. La respiración profunda y con ritmo normal se establece durante o al final de algunas sesiones.

II - ESPACIO

En general utiliza el centro del espacio tanto para los momentos de más intensidad como de introspección y sus desplazamientos son en círculo y en sentido anti horario.

Kinesfera Personal y Kinesfera General

La kinesfera personal y general suelen ser grandes cuando en relación con otros en el cotidiano (observado durante el período previo de observación de la paciente en la institución). En las sesiones sigue la predominancia de la kinesfera general

grande, pero su kinesfera personal es pequeña, aunque se produzcan cambios para kinesfera personal grande.

Planos y Niveles

La realización de sus movimientos ocurre destacadamente en el nivel bajo, aunque utilice todos los planos y niveles cuando propuesto por la dmt en los momentos de interacción en movimiento.

Los movimientos abarcan predominantemente los planos sagital y horizontal. En el plano sagital se observa la toma de decisiones muy claras hacia su objetivo, cuando fija su atención a lo que le atrae, y en los momentos de interacción con la dmt.

III - DINÁMICAS

Flujo (relacionado con las emociones, el control, la respiración)

En sus movimientos predomina el flujo conducido ya que el centro del cuerpo permanece inmóvil cuando los miembros comienzan a moverse. El flujo se queda dentro de los límites corporales como conteniendo fuertes sentimientos, los movimientos son controlados y su respiración es contenida. Durante las sesiones logra cambiar para flujo libre, sus movimientos fluyen sin obstáculos desde el centro del cuerpo hacia las extremidades superiores e inferiores de manera integrada.

Espacio (relacionado con la atención, el foco, el pensamiento)

Utiliza el espacio directo e indirecto con predominancia del espacio directo. Presenta tanto movimientos y mirada con foco y concentrados como movimientos y forma de hablar desorientados y confusos.

Peso (relacionado con la conciencia del self, la fisicalidad, la sensibilidad, la intención)

Oscila entre dos extremos utilizando tanto el peso ligero como el firme con ligera predominancia del peso ligero. Alterna entre moverse con peso ligero como si estuviera flotando y moverse pesadamente como sin poder despegar del piso. En algunas sesiones finales del tratamiento presenta momentos de equilibrio con la conciencia del uso del peso y la conexión con sí misma, como habitándose.

Los movimientos con peso firme suelen presentarse en la parte inferior del cuerpo.

El peso pasivo que caracteriza el cuerpo sin ninguna actividad, también es utilizado cuando entrega su cuerpo a la gravedad o específicamente con la cabeza colgada como en una experiencia pasiva.

Tiempo (relacionado con la intuición, toma de decisiones)

Utiliza el tiempo súbito y sostenido sin predominancia de ninguno de los dos.

IV - RELACIONES

Interactúa socialmente sin presentar dificultades para establecer contacto visual, proximidad y contacto físico con las personas en el cotidiano (observado durante el período previo de observación de la paciente en la institución).

Relación con ella misma: establece contacto físico con su cuerpo, primeramente en las extremidades (cabeza, brazos y piernas) y con el desarrollo de las sesiones incluye su torso y vientre. Reconoce y expresa sus sensaciones y emociones, integrando mente-cuerpo-emoción.

Relación con la dmt: dependiendo de las circunstancias y sus propias necesidades de acuerdo al desarrollo de la sesión, toma la iniciativa para buscar y establecer contacto físico con la dmt, primeramente con las extremidades - pies y manos, y al final del tratamiento con el torso (abrazo). La proximidad y el contacto visual con la dmt están presentes en mayor o menor grado en todas las sesiones, sobre todo durante el desarrollo de la sesión y no en la llegada. Establece interacción fluida y dinámica cuando en movimiento con la dmt.

Relación con materiales: en la mayoría de las sesiones presenta una actitud espontánea y cuidadosa hacia los objetos, sea en la elección como en la interacción con ellos. La relación de contacto y entrega al suelo se intensifica durante el tratamiento. También establece relación con las plantas del espacio que en varias sesiones son objeto de su atención (la falta de agua y necesidad de riego).

V - ACCIONES

Los movimientos autónomos no son muy variados y representan acciones de flexión frontal y lateral del torso, extensión y circunducción con los brazos. Cuando en interacción de movimiento con la dmt, presenta prioritariamente las acciones

de acercarse y alejarse. La quietud predomina en la parte inferior del cuerpo en contraste a las acciones de agitación de la parte superior.

VI - RITMOS DE KESTENBERG

Utiliza preferentemente los ritmos de aceptación, con predominancia del ritmo anal contorsionar al expresar duda, ambivalencia y/o seducción en sus movimientos corporales retorcidos con cambios irregulares del nivel de tensión. Durante el proceso logra utilizar, aun en pocos momentos, el ritmo de lucha genital externo con los golpes de los pies en el suelo y también con los latigazos en el aire.

9.3. Anexo 3 – FRAGMENTOS DE LAS SESIONES

PRIMERA SESIÓN: La paciente hace una exploración sensorial a través de la visión y del tacto para recibir e interpretar el entorno... Establece contacto físico para aumentar la percepción del dmt como merecedor de confianza y cuidador interesado... Al final de la sesión comenta: “me he sentido muy bien contigo. Sentí mucha energía en el contacto pero solamente mañana sabré si gané o perdí energía”.

SEGUNDA SESIÓN: El manantial reprimido en su interior parece haber empezado a moverse. La fuerza e intensidad de los movimientos compartidos le dan fluidez a todo su cuerpo y respiración, su cuerpo tiene más presencia y unicidad, su actitud es activa y su cabeza está presente en el movimiento, fue un momento especial de explosión de vida! ... Al final la paciente comenta: “me ha sorprendido la sensación de la sangre fluyendo en mi cuerpo” y “la sensación del flujo en mis extremidades durante la realización de movimientos con kinesfera grande es placentera, pero en kinesfera pequeña no me ha gustado”.

TERCERA SESIÓN: La paciente comenta durante el movimiento: “voy a repetir los movimientos para el otro lado (del cuerpo) para quedar equilibrado aunque me duela, soy masoquista”. Además de esa desconexión, hay disociación en su cuerpo: movimiento con flujo libre en la parte superior y flujo conducido en la parte inferior de su cuerpo que está en quietud. ... Luego de realizar un auto-masaje la paciente reflexiona: “no nos tocamos en el cotidiano, lo hacemos todo con prisa, incluso ducharse es algo mecánico, yo ni me entero de mi cuerpo cuando me ducho”. ... En el cierre de la sesión la paciente comparte: “hoy no iba a venir por no tener ánimo, me obligué a hacerlo y ahora estoy bien”.

CUARTA SESIÓN: Hay disociación entre lo que la paciente comunica verbalmente y lo que expresa con su cuerpo. ... La paciente realiza dos dibujos de su imagen personal, uno antes y otro después del movimiento. Antes de realizar el segundo dibujo la paciente que parece asustada y perdida, verbaliza: “la Carol no está”, “no sé dónde está la Carol”. ... La primera imagen que la dmt tuvo acerca de la paciente al principio del tratamiento - “el exterior lleno de luz y adornos pero en su interior hay sombra”,

coincide con los dos dibujos de la paciente: en el primero su imagen es de luz, vida y movimiento y en el segundo de sombra.

QUINTA SESIÓN: Al masajear su vientre, cambia la calidad de sus movimientos, su cuerpo parece liberarse y entregarse al suelo sin resistir a la gravedad, adoptando una actitud más relajada y ligera. ... Esta conexión le dispara imágenes y recuerdos. ... Ella vuelve a entregarse más al suelo, se va desarmando, se va desnudando de su armadura de protección conectando y exhibiendo la fragilidad de su interior. ... Su represa interior decanta emociones reprimidas a través del llanto y ella comparte sus emociones más profundas. ... Durante la sesión el contacto y entrega al suelo y la contención por estar en relación con la dmt parecen ser dos apoyos que le ayudan a paciente a aflojar tensiones, tomar consciencia y reflexionar sobre su vida.

SEXTA SESIÓN: Al llegar la paciente registra en su cuerpo solamente la sensación de dolor y más dolor. ... Luego del movimiento la paciente comparte: “he sentido calor en las extremidades de mi cuerpo... me he visto mucho más joven y con otro cuerpo físico... he estado jugando feliz... y mis huellas se hacían cada vez más fuertes e intensas en la arena de la playa”. Ella habla del registro y experimentación de imágenes y sensaciones ligadas al placer y al bienestar, contrarias al registro inicial exclusivo de dolor. ... La paciente reflexiona: “estoy cambiando mi actitud frente al dolor... estoy cambiando mi forma de actuar delante de las dificultades, preocupándome menos”. ... Al final de la sesión comenta: “hoy me daba pereza venir y me ha gustado mucho la sesión. Gracias! Sigo con dolor, pero estoy más animada ahora”.

SÉPTIMA SESIÓN: ... sus movimientos ganan intensidad y amplitud y exploran el espacio en un va y viene de acercarse y alejarse de la dmt, los movimientos libres y espontáneos le permiten transformar el peso pasivo en activo y se aflojan tensiones. ... Luego ella hace un dibujo titulado “intentar con la concentración y la respiración sanar o desbloquear el dolor” lo que para la dmt parece demostrar que está asumiendo en rol activo en la búsqueda de su bienestar y sanación, una actitud de auto-cuidado. ... Al final la paciente comenta: “hay partes de mi cuerpo que no las conozco y hoy me he sorprendido porque por primera vez me he conectado con una parte de mi cuerpo nueva para mí” y enseña su vientre apoyando sus manos sobre él.

OCTAVA SESIÓN: La paciente conecta con emociones nuevas y las expresa. ... Al final de la sesión la paciente reconoce y agradece la escucha distinta de la dmt diciendo: “Me gusta venir a las sesiones. No es lo mismo hablarte a ti que a mi marido e hijos. Muchas gracias por escucharme”.

NOVENA SESIÓN: La paciente comenta: “muchas gracias por haberme escuchado la sesión anterior. Me hizo muy bien. Hablar contigo es distinto a hablar con otras personas”. ... La paciente comparte sus sensaciones al tocar el cuerpo de su mascota muerta: “al tocar el gato recién muerto tuve la misma sensación que tuve al tocar mi vientre por primera vez” y “al tocarlo el día siguiente a su muerte, no me gustó la sensación de tocar su cuerpo duro”. ... La paciente está integrando cuerpo-mente-emoción; tiene identificada, reconocida, representada en su dibujo y también verbaliza a cerca de la fuente del dolor en su cuerpo, además de tener consciencia del bienestar y la confianza en la relación terapéutica con la dmt. ... Al final de la sesión comenta: “A mí me sirve mucho venir y te doy las gracias por haberme elegido a mí para trabajar en las sesiones. Desde el principio sentí mucha confianza contigo y por eso me dejo llevar, lo que no suelo hacer con otras personas en general”.

DÉCIMA SESIÓN: La dmt tiene la imagen de que la paciente le ha enseñado cuatro etapas de su vida: a) cuando pequeña, dulce y frágil, en posición fetal; b) adulta con dolores, rígida, firme y aislada; c) adulta con acción en el exterior cuando cuida a los demás en su entorno; d) adulta con foco en ella misma, presente, conectada, habitada y en relación (la situación actual con la DMT). ... La paciente reflexiona: “si una flor puede resistir y brotar, yo también puedo” y luego sigue profundizando las reflexiones acerca de su vida dejando salir la emoción a través de las lágrimas.

DÉCIMA PRIMERA SESIÓN: La paciente comparte una situación vivida recientemente donde demuestra una actitud de cuidado hacia ella misma, escuchando y respetando sus necesidades y poniéndose como prioridad ante al cuidado hacia los demás.

DÉCIMA SEGUNDA SESIÓN: La paciente se centra en su estado de ánimo, conecta con sus emociones y comparte con la dmt. ... Comparte reflexiones acerca de su vida y sus relaciones y conecta con una sensación diciendo: “tengo una bola de frustración en el estómago”. ... La paciente demuestra estar buscando formas de defenderse, de poner

límites, cuidarse y protegerse. Dice: “me acordé de los ejercicios de defensa personal que hacía cuando más joven y los volveré a hacer cuando esté enfadada en lugar de discutir con los demás”. ... La paciente dice: “pon música de relajación y nos movemos juntas jugando con los elásticos, me gusta compartir contigo en movimiento”. ... La paciente se conecta con sus emociones y las expresa a través del movimiento y palabras y al final de la experiencia en movimiento está relajada y con energía que fluye en todo su cuerpo integrado y vuelve a reflexionar acerca de su vida. ... La paciente conecta con su fuerza a través del grounding, y ese sentirse sostenida por sus propias piernas le lleva a conectar con su propia defensa personal (recuerdos de los ejercicios) caracterizando el cuidado y la auto-protección.

DÉCIMA TERCERA SESIÓN: La paciente comenta su experiencia en movimiento: “al principio era una semilla frágil que está al lado de un camino y que tiene miedo de salir de la tierra para que no la pisen, pero decido salir porque quiero vivir. La semilla necesita del sol y del agua y va creciendo hasta transformarse en un girasol que además de su belleza y perfume ofrece frutos que son protegidos por los movimientos de abrir y cerrar de sus pétalos”. ... La fluidez de sus movimientos y la sensación de cuerpo integrado, conectado con sus raíces y la relación con vínculo de confianza experimentados durante su proceso terapéutico le permiten vivir y defenderse. ... La paciente logra conectar, reconocer y reflexionar acerca de sus emociones y relaciones establecidas con los demás y con ella misma.

DÉCIMA CUARTA SESIÓN: La paciente no viene.

DÉCIMA QUINTA SESIÓN: la última sesión es marcada por el contacto visual con la dmt que parece llevarla a la conexión con sí misma, ya que cambia de actitud, se relaja, entra en relación, se conecta con sus sensaciones y ...respira! La paciente reflexiona “muchas gracias por la escucha y paciencia. Mis problemas necesitan más tiempo para ser arreglados pero poder compartirlos contigo me ayudó mucho y me hace sentirme bien”.

9.4. Anexo 4: Cuadro de Nivel 2 – SÍNTESIS SESIONES CON PACIENTE (un modelo)

Sesión	"xx"						
Actividad Realizada	Apoyos Sostén del piso Dibujo						
Su Dibujo	Titulo: "...". Presenta trazos fuertes, colores, movimiento, ocupa toda la hoja, opuestos: luz/sombra, figuras abiertas/cerradas, formas rectas y lineares.						
Análisis y Observación Movimiento			CUERPO	ESPACIO	DINÁMICA	RELACIONES	ACCIÓN
	Paciente	Llegada	mirada hacia abajo, torso encorvado, ...				Habla mucho. Establece contacto visual. ...
		Durante	Mirada directa e intensa Cabeza colgada...	Nivel bajo Plano sagital ...	Flujo conducido Peso ligero Espacio indirecto ...	Contacto visual Proximidad ...	Estira brazos Quietud ...
		Al final					
Registro Comportamiento Interaccional	Auto-observación:		PENSAMIENTO	SENSACIÓN	EMOCIÓN	PENSAR (lo que imagina el dmt acerca del paciente)	
	Paciente	Durante	"me he sentido muy bien contigo"..		Agitación Bienestar		
	Dmt	Antes	Vendrá?	Tensión..	Quiero ayudarla Ansiedad ...	Necesita vaciarse, ser escuchada, contenida. Su mirada es un pedido de ayuda...	
		Durante	Prueba la confianza ...	Tensión en el pecho...			
Después		Hay tensión y dudas...	Estado de alerta	Satisfacción ...			
Imágenes	Dmt	Su cuerpo es una represa de emociones, ella está llena de cosas para expresar...					
Momento Especial	El contacto visual intenso le hace acercarse hasta establecer contacto físico con los pies ...						
Observación: lo recurrente y novedoso	R: necesidad de centramiento previo del dmt (grounding, respiración) N: reflexiona claramente acerca de sus necesidades y de lo que le molesta en la relación con los demás y con ella misma. ...						

9.5. Anexo 5: Cuadros de Nivel 3 – ANÁLISIS DE DATA

I- ANÁLISIS DE LA DATA DEL PACIENTE - Análisis y Observación de Movimiento

Cuadro: CUERPO

Cuerpo	Sesión															total
	Etapa I					Etapa II					Etapa III					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Actitud activa	1					2	2	2	2		1	1	1		2	15
Torso encorvado	1	1	1	1	1	1	1	2			1				1	10
Ojos cerrados	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1			9
Respiración acelerada						1	1	2	1	1			1			7
Cuerpo entregado al suelo		1	1		1					1	1	1			1	7
Cabeza colgada	1	1		1							1		1		1	6
Postura cerrada				2	1			1					1		1	6
Respiración bloqueada/contenida					1	1	1	1	1	1			1			6
Mirada triste	1				1	1	1	1					1			5
Actitud pasiva				1	1	1	1	1							1	5
Mueve torso y brazos	1		1		1	1	1					1				5
Cuerpo relajado		2		1			1	1								5
Disociación cuerpo: parte superior con movimiento e inferior en quietud	1		2								1	1				5
Cabeza levantada	1	1				1	1									4
Mirada intensa/profunda	1				1			1							1	4

Cuadro: ESPACIO

Etapa del proceso	Sesión	Nivel			Plano			Kinesfera Personal			Kinesfera General		
		Bajo	Medio	Alto	Horizon	Vertical	Sagital	Pequeña	Media	Grande	Pequeña	Media	Grande
I	1	1			1		1	1					1
	2	1	1				1	1					1
	3	1			1		1	2			1		1
	4	3	2	2	3	2	3	2		3	1		3
	5	1					1	1		1			1
	6	1			1								
	7	2	1	1	1	1	2	1			1		
II	8		1	1	1			1					1
	9	1				1			1			1	
	10	1	1					1	1	1	1	1	
	11	2	1	2	2	1	2						
III	12	1		1		1	1			1			1
	13		1								1		
	14												
	15	2	1	1	1		2	2					

Cuadro: DINÁMICA

Etapa del proceso	Sesión	Dinámicas							
		Flujo		Peso		Espacio		Tiempo	
		Libre	Conducido	Firme	Ligero	Directo	Indirecto	Súbito	Sostenido
I	1	1	3		1		1		2
	2	2	1	1		1	1		1
	3	1	3		1	1	1	1	1
	4	3	3				1	3	
	5	2	2	1	1	2			1
	6	1	1						
	7	2	3	1		1			
II	8	1	3	1		1	3		
	9		3		1	1			
	10	3	1		1				
	11	1	1	1	1	2	1		
III	12		1	2	1	2	1		
	13		1	1	1	2		1	
	14								
	15	1	2	1	2	1	2	1	1

Cuadro: RELACIONES

Relación	Sesión														
	Etapa I					Etapa II					Etapa III				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Contacto físico con su cuerpo			cabeza, rodilla	vientre	extremidades y vientre		vientre, brazo		vientre			vientre			
Contacto físico con dmt	pies						manos				manos		abrazo		pies/ abrazo
Contacto físico con materiales			pañuelos	pelotas	esponjas		elástico	pañuelo			plastilina	elástico			
Contacto físico con suelo	1									1	1	1			1
Habla mucho - Llegada	1	1		1								1	1		
Habla mucho - Durante						1	1	1							1
Habla mucho - Al final		1		1	1										
Contacto visual con dmt						1			1	1	1	1			
- Llegada	1								1	1	1	1			
Contacto visual con dmt - Durante	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			1
Contacto visual con dmt - Al final															
Proximidad - Llegada			plantas						dmt	dmt	dmt	dmt			dmt
Proximidad - Durante	dmt	dmt					dmt	dmt	dmt	dmt	dmt	dmt			dmt
Proximidad - Al final		plantas		rega plantas						regamos plantas					

Cuadro: ACCIONES

Acción	Sesión														
	Etapa I					Etapa II					Etapa III				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Acercarse/alejarse		1	1	1			1				1				
Aleteo dedos y manos													1		
Arrastra los pies												1			
Balaceo brazos				1			1								1
Deslizar manos sobre el vientre								1	1						
Elevar/ bajar hombros								1							
Encoge el cuerpo (posición fetal)										1					
Extensión brazos	1	1	1					1			1	1			
Extensión cabeza	1	1													
Extensión cuerpo						1						1			
Extensión piernas											1	1			
Latigazos en el suelo												1			
Quietud		1	1	1	1				1	1			1		
Retuerce el cuerpo							1			1					1
Rola en el suelo												1			

II - ANÁLISIS DE LA DATA DE AUTO-OBSERVACIÓN DEL dtm - Registro Comportamiento Interaccional

Cuadro: PENSAMIENTO

Pensamiento	Sesión															total	
	Etapa I					Etapa II					Etapa III						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	1	2	3	4		5
Quiero que sea un nido alegre y que se sienta bien	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	1	1	1	1	1	13
Quiero estar bien presente y centrada en la sesión	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Vendra?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6
Prueba la confianza con la dmt.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Querrá seguir?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Me habrá aceptado?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Qué pasa si se entrega? Qué encontrará en la quietud?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Parece que los apoyos o no son suficientes o no son de todo seguro para ella	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Quiere dar agua a las plantas porque ella se nutrió en la sesión o por que se identificó con la aridez de la planta y me pide ayuda?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
No quiero perder el estado de centramiento y tranquilidad apurándome por ansiedad.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Quiero sostenerla y contenerla (SER APOYO)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ya estamos en confianza	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
El soltar/hablar en sí o el ser escuchada es lo que le hace sentirse mejor?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

	Tranquilidad			1						1	1	1			1	1	1		1	7
	Bienestar		1	1					1	1									1	4
	Confianza			1	1										1				1	4
	Alivio	1				1	1													3
	Curiosidad			1							1		1							3
	Protección				1				1											2
	Centramiento									1										1
	Conexión									1										1
	Disfrute										1									1
	Entrega					1														1
	Felicidad										1									1
	Grounding									1										1
	Ansiedad	1				1	1	1	1	1	1		1	1					1	9
	Tristeza					1	1	1	1	1			1	1					1	6
	Angústia					1	1	1	1	1										5
	Enfado					1	1					1	1							5
NE	Lástima				1						1			1					1	4
GA	Soledad					1			1				1	1						4
TI	Abandono									1										1
VA	Desafío						1													1
S	Impotencia										1									1
	Incomprensión													1						1
	Invasión														1					1
	Miedo																		1	1
	Rechazo																		1	1

Cuadro: Imágenes del dmt

Imágenes	Sesión															
	Etapa I					Etapa II					Etapa III					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	1	1	1	1	1
Su cuerpo es una represa de emociones, ella está llena de cosas para expresar.	1	1														
Su exterior es lleno de luz, adorno y en su interior hay sombra. Su parte superior del cuerpo es movimiento, hay formas y colores, y en la parte inferior hay peso y quietud.	1															
Muñeca de aire: se estira, busca el aire, evitando el apoyo del suelo.	1															
Todo su cuerpo parece sostenido por el centro de su pecho.	1															
Me pide ayuda con su mirada.	1			1												
Una niña que quiere ser vista y reconocida.		1														
Los movimientos son una explosión de vida!			1													
Una niña asustada y sola.			1	1	1											
Es una niña poderosa y frágil al mismo tiempo.			1													
Su mirada es un puente que nos aproxima y nos vincula				1												
La veo perderse en su interior, se desarma, se desnuda, se muestra frágil, vacía, inmóvil, lejana.					1											
Es una muñeca de aire que tiene forma pero no tiene contenido ("no sé					1											

	pecho/torso																		
	Respiración profunda con manos en el pecho y vientre		1																
	Respiración con auto-toque del cuerpo				1														
	Respiración y soltura de brazos y hombros																	1	

Cuadro: MOMENTOS ESPECIALES

Sesión	Momento Especial	Qué pasa	Qué produce
1	El contacto visual intenso le hace acercarse hasta establecer contacto físico con los pies de la dmt. Luego expresa sonrisas, tiene ojos brillantes, los movimientos fluyen y la respiración es profunda.	Contacto Visual, Proximidad, Iniciación de contacto, Contacto Físico con dmt, Interacción	Movimientos con flujo libre y respiración profunda.
2	Empieza a moverse a partir de la sensación de fluidez interior y durante la danza invita a la dmt a compartir su experiencia con su mirada y su cercanía física. Establece proximidad y contacto a través del material y de la mirada intensa. Se produce un cambio: sus movimientos ganan fuerza y vida con el flujo libre, su cuerpo tiene más presencia, más unicidad y menos disociación.	Contacto Visual, Proximidad, Iniciación de contacto, Interacción	Movimientos con flujo libre y cuerpo integrado y presente
3	El auto-tocarse le despierta la conciencia de la falta de contacto con su cuerpo y durante la exploración en movimiento se produce un cambio: se centra en ella, se relaja, se conecta, la respiración profunda, está más presente. También conecta con una necesidad física (sed) y pide agua.	Contacto físico con su cuerpo y exploración con movimientos lentos	Relajación, conexión con sí misma y respiración profunda

4	Al bailar con los dos dibujos usa libertad, fluidez y creatividad en sus movimientos; está más conectada, entra en relación, establece contacto visual constante.	Contacto visual con los dos dibujos de su imagen personal realizados en la sesión	Movimientos libres y creativos con flujo libre, conexión con sí misma, relación con dmt	Conexión y centramiento personal, libertad y creatividad de movimientos con desbloqueo del flujo conducido y establecimiento de relación con dmt
5	En el check-in no quiere hablar, está baja de energía, y pide a la dmt elegir un material para empezar el calentamiento en movimiento. Tumbada con la espalda apoyada en el suelo, entrega su peso y conecta con emoción de tristeza, llora y comparte la experiencia y emociones con dmt.	Conexión con su estado de ánimo Conexión con su estado de ánimo, conexión con emoción negativa	Conexión con sí misma, entrega y liberación del control, pedido de ayuda e interacción con dmt	Fortalecimiento de la relación de confianza con dmt Demostración de fragilidad, el compartir de sus emociones, búsqueda de contención y fortalecimiento de la relación de confianza con dmt
6	Durante la exploración de imaginación activa guiada por la dmt conecta con su imagen personal fortalecida a partir de las sensaciones placenteras de interacción experimentadas y no desde la postura rígida, firme y forzada de "guerrera" (parada con piernas entreabiertas, torso estirado) que suele hacer para conectar con su interior.	Conexión y expresión de emociones positivas	Conexión con su interior, expresividad de emociones, contacto visual e interacción con dmt.	Conexión, centramiento y fortalecimiento personal, realización de reflexiones personales en interacción con dmt, relajación y flujo libre en su cuerpo.

7	A partir de la conexión con su cuerpo y emociones, y estando en relación de confianza con la dmt, ella conecta con partes nuevas de su cuerpo lo que le permite conectar con recuerdos y emociones antiguas, además de despertarle la toma de conciencia de sí misma.	Exploración y conexión con su cuerpo físico y emociones, interacción con la dmt	Conexión con partes nuevas de su cuerpo.	Conexión y toma de conciencia de sí misma, conexión y liberación de recuerdos y emociones antiguas en interacción con dmt.
8	Aún en situación de duelo y de tristeza logra conectar con emociones positivas cuando reconoce los beneficios de la relación terapéutica establecida con la dmt, dice que le gusta venir a las sesiones y agradece por la escucha. Y con eso logra cambios emocionales y corporales a lo largo de la sesión.	Conexión con el bienestar producido por la relación terapéutica compartida, agradecimiento por la escucha terapéutica de la dmt durante el proceso.	Regulación de emociones.	Conexión y centramiento personal, cambio de estado de ánimo y conexión con emociones positivas, demostración de confianza con el proceso terapéutico y con la interacción con la dmt.
9	Conecta con sensaciones y representa en el dibujo dos emociones distintas: el dolor y la fluidez (sanación). Representa el dolor en su vientre. Tiene identificada, reconocida la fuente del dolor y la representa y verbaliza. Conecta e integral	Conexión, reconocimiento, representación, integración y expresión de sensaciones - su fuente de dolor y la sanación a través de la fluidez.	Regulación de emociones.	Conexión, centramiento personal y toma de conciencia de sí misma, conexión con su cuerpo como fuente del dolor pero también de sanación.
10	Luego de dibujar verbaliza "si una flor puede resistir y brotar, yo también puedo", comparte sensaciones, conecta y expresa su tristeza, llora, se conecta desde la mirada con la dmt y hace reflexiones a cerca de su vida.	Conexión y expresión de sus sensaciones y emociones, contacto visual.	Cambia para postura activa, torso firme y estrado, voz firme y mirada directa.	Conexión, centramiento y fortalecimiento personal, reflexión acerca de su vida en interacción con la dmt.
12	El moverse juntas y luego la aproximación, el contacto físico y la conexión a través del elástico, le lleva a la expresión de movimientos y emociones nuevas. Conecta con la rabia, la expresa en movimiento y con palabras. La dmt la acompaña. Al final, está relajada y su energía fluye en todo su cuerpo, la cara está iluminada y la mirada es limpia y brillante.	Contacto Visual, Proximidad, Iniciación de contacto, Contacto físico con material y con la dmt, Interacción con dmt. Conexión y expresión de la rabia en movimiento y en palabras.	Latigazos con el material en el suelo.	Conexión, centramiento y fortalecimiento personal, conexión y expresión de emociones nuevas emociones, descarga y desbloqueo de emociones, reflexión y toma de conciencia de la necesidad de cuidarse.

13	A partir de la experiencia de imaginación activa seguida de representación en movimiento donde fue una semilla en desarrollo, toma conciencia de sus emociones y reflexiona profundamente a cerca de sus necesidades y forma de relacionarse con los demás	Conexión y expresión de sus sensaciones y emociones.	Conexión con su interior, expresividad de emociones, contacto visual e interacción con dmt.	Conexión, centramiento personal y toma de conciencia de sí misma, conexión y expresión en movimiento, reflexión y toma de conciencia de sus necesidades estando en relación con los demás.
14				
15	Durante el check-in, está ansiosa y habla mucho cambiando de un tema a otro, establece un intenso contacto visual con la dmt que parece centrarla y conectarla con su estado de ánimo ya que verbaliza que está agotada y muy cansada. Su cuerpo se relaja, entra en relación con ella misma y con la dmt, llega a la sesión.	Contacto visual, interacción con dmt, conexión con su estado de ánimo, verbalización de sus sensaciones.		Conexión, centramiento personal y toma de conciencia de sí misma, cambio del estado de ánimo, relajación y flujo libre en el cuerpo, estado de presencia, relación con dmt.

Cuadro: RECURRENTE Y NOVEDOSO

	Recurrente/ Novedoso	Sesión														
		Etapa I					Etapa II					Etapa III				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Espacio	ocupa misma ubicación en el centro del espacio	N	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Interacción	al final de la sesión se queda ayudando a ordenar el espacio y sale junta con la dmt	N	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Actitud	cambia de actitud, postura y estado de ánimo al final de la sesión.	N	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Dmt	dmt necesita estrirse y respirar profundamente para conectarse antes de la sesión (grounding)	N	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Horario	llega puntualmente	N	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R

