



Universitat Autònoma de Barcelona

Depto. de Psicología Clínica y de la Salud
Master Danza Movimiento Terapia

**EN BUSQUEDA DE LA INDIVIDUACIÓN:
DANZA MOVIMIENTO TERAPIA CON UNA
PACIENTE DE ESTRUCTURA PSICÓTICA Y
CAPACIDAD INTELECTUAL LÍMITE**

“¿Nos vestimos de Hadas?”

Trabajo de Investigación para optar al título de:
Psicoterapeuta en Danza y Movimiento

Alumna : Paz Ximena Flores V.
Tutora : Sarah Rodríguez C.
Fecha : Junio 2007

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todos quienes me han acompañado de uno u otro modo en la elaboración de este trabajo y en mi propio proceso de individuación.

A mis padres, porque gracias a ellos ¡existo y estoy aquí! Gracias por estar siempre presentes, por su cariño, por ese “calorcito” y apoyo que he sentido en cada momento, aún estando lejos...

A Claudia, mi hermana y colega, gracias por su asesoría constante en todo lo que implicó la realización de este trabajo.

A Hortensia, mi terapeuta, gracias por haber sido partícipe de cada uno de mis pasos y tropiezos en este camino...

A Barcelona, gracias a esta hermosa ciudad que me ha acogido en su grandeza y diversidad y me ha llenado de múltiples experiencias y aprendizajes.

A mis amigos, mi “familia” aquí en Barcelona, por ser uno de los tesoros más grandes que tengo, gracias por acompañarme siempre.

Al Master de Danza Movimiento Terapia, agradezco a todas las personas que estuvieron involucradas junto conmigo dentro de este maravilloso proceso de aprendizaje.

A la Comunidad Terapéutica de Malgrat, gracias por haberme acogido en mi iniciación como psicoterapeuta. Trabajar con Isabel fue para mí un regalo, haciéndome crecer como persona, como mujer, como profesional, como terapeuta y espero, que como futura madre... Agradezco a Isabel por enseñarme a vivir y mirar las cosas desde la inocencia y con capacidad de asombro ante los detalles más simples.

Por último, agradezco a Dios, por permitirme existir y habitar este cuerpo que me dio...

INDICE

RESUMEN	4
CAPÍTULO 1: PRESENTACIÓN DEL CASO	5
1.1. ¿Quién es Isabel?, Como comienza esta historia.....	5
1.2. Relevancia del tema	6
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	8
2.1. De la Relación temprana madre-hijo hacia un desarrollo del Sentido del Yo y la Identidad.....	8
2.1.1. M. Mahler: Proceso de Separación e Individuación.....	8
2.1.2. Teoría del Apego.....	11
2.1.3. Formación y Desarrollo del Sentido del Yo y la Identidad.....	13
2.1.3. a) De la confianza básica hacia la autonomía.....	13
2.1.3. b) Comenzando a ser “individuo” y a “habitar el cuerpo”	13
2.2. DMT como intervención terapéutica en psicóticos	15
2.2.1. Dificultad de la relación temprana pre-verbal madre-hijo como factor determinante en el desarrollo de la Psicosis.....	15
2.2.2. DMT como opción de tratamiento para esta población.	16
2.2.3. Rol de la “madre-terapeuta”	19
2.3. Cuentos de Hada y su significado dentro del proceso terapéutico	21
2.3.1. Los Personajes	22
2.3.2. Significado Terapéutico	23
2.3.3. La Cenicienta	24
CAPÍTULO 3: HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	26
3.1. Justificación del tratamiento y planteamiento de hipótesis	26
3.2. Objetivos terapéuticos	26
CAPÍTULO 4: MARCO METODOLÓGICO.....	28
4.1. Procedimiento.....	28
4.2. Modelos Teóricos y Prácticos a partir de los cuales se basa la intervención y su evaluación	29
CAPÍTULO 5: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	33
5.1 Descripción de la Evolución del Proceso Terapéutico a partir de las Fases de una sesión	33
5.1.1. Inicio de la sesión: Check In	33
5.1.2. Calentamiento	39
5.1.3. Proceso.....	40
5.1.4. Cierre	46
5.3. Evaluación de los cambios en función de los objetivos	48
CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	51
BIBLIOGRAFÍA	55

RESUMEN

Esta es la historia de una relación, una relación terapéutica entre Isabel y su psicoterapeuta en Danza y Movimiento. Ambas involucradas en un mutuo aprendizaje. Ambas buscándose a sí mismas a través de la imagen de la otra... La terapeuta buscando una manera de SER terapeuta e ir acompañando a su paciente en un proceso lleno de sorpresas, frustraciones y logros. Descubriendo asombrada en sí misma la capacidad de tolerar las dificultades que se le presentan, de entregarse por completo a su trabajo y por sobre todo de repetir y repetir, de aprender a esperar y también a “no esperar”, con una paciencia que a veces creía que se agotaba pero que nunca la abandonó del todo... Por otro lado, la paciente buscaba una manera de ser persona, de ser un individuo, alguien distinto a quien tiene a su lado, con características, movimientos, opiniones y formas de expresarse diferentes y lo más importante, sentirse valorada por ello... Se encontrarán aquí muchas emociones involucradas y vivenciadas en conjunto que fueron apareciendo poco a poco en el proceso terapéutico. Emociones que conllevaron al surgimiento de un inmenso cariño y la consecuente dificultad de separación. Un proceso terapéutico que podría ser muy bien llamado proceso de separación e individuación, que a continuación se enmarca dentro de este trabajo de investigación de tipo empírico cualitativo.

Palabras clave: *Relación temprana madre-hijo, Proceso de separación e individuación, Relación terapéutica, Sentido del Yo, Cuentos de hada.*

CAPÍTULO 1: PRESENTACIÓN DEL CASO

1.1. ¿Quién es Isabel?, Como comienza esta historia

Su nombre es Isabel; mujer, 49 años, separada, madre de 3 hijos (25, 20 y 17), ingresada hace casi 6 años en una Llar Residencia para adultos psicóticos crónicos. Su orientación diagnóstica es de Psicosis Atípica y Capacidad Intelectual Límite.

Sus brotes psicóticos comenzaron en el año 1992, tras la muerte de su madre. Su padre muere posteriormente pero no hay antecedentes del año en que fallece. Diagnosticada de Trastorno Psicótico Crónico en 1992. Desde entonces tiene antecedentes de múltiples ingresos psiquiátricos. En 1999 se valora su ingreso en la institución actual, siendo incorporada finalmente en Julio del año 2001.

Isabel manifiesta constantemente mucha ansiedad, con mínima tolerancia a la frustración y de difícil contención. Presenta un pensamiento reiterativo y pobre que en momentos de especial ansiedad la llevan a una extrema reiteración en el discurso y a realizar insistentes demandas. Unido a esto hay una gran dificultad para escuchar y muy fácil distracción. Hay ausencia de alteración delirante-alucinatoria.

Requiere continua supervisión y asistencia en sus actividades cotidianas. Debe ser asistida en las higienes, al momento de ducharse y vestirse. A la hora de las comidas muchas veces tiene dificultad de deglución debido a la misma ansiedad y es necesario supervisarla. Posee gran dificultad para organizar el tema económico y la posesión del dinero, por esta razón es la institución la que se encarga de administrarlo, dándole diariamente una cantidad específica.

A nivel corporal, Isabel es de estatura baja y contextura mediana, tiene el cabello negro, liso, de largo medio hasta el hombro, ojos de color marrón y tez blanca. Presenta un desarreglo dental, ya que en la parte superior de la mandíbula casi no tiene dientes. Su respiración no fluye, muchas veces parece como si no respirase ya que mantiene una expresión facial muy contenida y de mucha tensión. Llaman la atención sus brazos, específicamente sus manos que mantiene rígidas con los brazos semi-levantados a los costados de su tronco, por lo general, totalmente escindidos del resto del cuerpo. Su motricidad se percibe alterada por manierismo y falta de naturalidad en el caminar. Se evidencia una falta de peso corporal y poca conexión con la tierra. Sus movimientos denotan una disociación mente-cuerpo, parece no haber intención consciente en ellos.

A nivel familiar, mantiene una única relación con su hija mayor quien realiza visitas quincenales a la residencia, las cuales no se prolongan más de 30 minutos.

Debido a sus deficiencias, parte de los residentes le hacen acompañamiento así como otros evitan relacionarse con ella. Sin embargo, actualmente ha establecido relación afectiva con dos usuarios, uno de ellos es “su novio”, y otra es su amiga F.

Dentro de la institución cada paciente tiene un cuidador referente que se hace cargo de él, alguien que apoya, que escucha, que está atento a sus necesidades y que también pone límites. El equipo que trabaja en la Llar Residencia hace ya tiempo está pasando por un período de innumerables cambios. Cambio frecuente de cuidadores, cambio de la coordinadora del centro y al parecer una crisis institucional que claramente afecta la seguridad, estabilidad y confianza en cada paciente residente.

El proceso terapéutico en DMT con Isabel comienza en mayo del 2004, formando ella parte de un grupo de 3 pacientes mujeres con quienes se trabajó durante 8 sesiones. Este fue un grupo que demostró ser siempre muy constante en puntualidad y asistencia. Luego de estas 8 sesiones, tras un período de 5 meses, se tomó la decisión de llevar este caso a nivel individual. Al percibir las grandes diferencias entre las necesidades de Isabel y del resto del grupo, se creyó importante el poder fortalecer una relación terapéutica con ella en forma individual.

Fue un proceso muy lento, donde hubo que poner a prueba a la terapeuta y su propia tolerancia a la frustración, su paciencia y una gran constancia; pero tuvo sus frutos, que aunque fueran pequeños la hicieron confiar en que se puede lograr “algo”, aprendiendo a que cuando menos se lo esperaba aparecía algo que la llenaba de sorpresa y con ello, los deseos y motivación de continuar. Se completaron 36 sesiones individuales en total, que acabó siendo finalmente casi un año de trabajo juntas.

1.2. Relevancia del tema

El presente estudio pretende investigar cuáles pueden ser los aportes de la Danza Movimiento Terapia (DMT) dentro de un contexto de trabajo individual con una paciente de estructura psicótica y capacidad intelectual límite.

Se ha creído importante profundizar en temas tales como:

- La dificultad en la relación temprana pre-verbal madre-hijo como un factor determinante en el desarrollo de la psicosis y lo que puede aportar específicamente la Danza Movimiento Terapia al tratamiento de ésta. Por otro lado, en este trabajo se

intenta evidenciar la creación de un vínculo con la terapeuta que permite “reparar” de alguna manera las carencias tempranas y crear las condiciones para desarrollar un mayor Sentido del Yo.

- Formación y desarrollo del sentido del Yo, Identidad e Imagen corporal, Proceso de Separación e Individuación, Teoría del Apego. Serán citados autores como: Mahler, Spitz, Bowlby, Winnicott, Erikson, Kohut, Jacobson, etc.

- “Cuentos de Hadas”: Dentro del proceso terapéutico, aparecieron de forma espontánea y reiterada en cada sesión, por parte de la paciente, el relato de algunos “cuentos de hadas” y ciertos elementos simbólicos acerca de los cuales se ha creído interesante indagar más profundamente.

A modo de aclaración, se cree necesario señalar que al tener Isabel una limitación intelectual, mantiene el funcionamiento de una niña pequeña, por lo tanto, gran parte de este trabajo, sobre todo lo referido a bibliografía, se basa en la experiencia con niños.

Dentro de la presentación y análisis de los resultados, nos encontraremos con descripción de detalles de las sesiones y verbalizaciones textuales de la paciente, como un modo de aproximarse más a la vivencia y dejar más claro lo que se quiere transmitir.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. De la Relación temprana madre-hijo hacia un desarrollo del Sentido del Yo y la Identidad.

2.1.1. M. Mahler: Proceso de Separación e Individuación

René Spitz realizó lo que muchos verían como la primera investigación analítica sobre relaciones objetales entre niños y sus cuidadores primarios. Observó, filmó, entrevistó y realizó tests con el fin de ver cómo se transformaba el lazo biológico adaptativo entre el niño y la madre en complejos recursos psicológicos para el niño. Spitz describe un estado de fusión psicológica con la madre después del nacimiento que continúa con un proceso gradual cuyo término está dado por la adquisición de la capacidad de funcionar en forma independiente del niño. (Mitchell, 1995)

Margaret Mahler, aplicó el marco desarrollado por Spitz dentro del contexto de familias y hospitales que albergan niños psicóticos. Mahler pensó que lo que parecía ser una auto-absorción psicótica podía describirse con más sentido como una falla en la formación básica del self, una profunda confusión acerca de quién se es: qué es uno mismo y qué es el otro. Si Spitz estaba en lo cierto en que el sentimiento de identidad se desarrolla a partir de una crucial experiencia de simbiosis con la madre, tal vez las fallas específicas en esta experiencia temprana o en su resolución podían relacionarse con tipos específicos de perturbación en la formación de la identidad personal. (Mitchell, 1995).

Al igual que Spitz, Mahler enfatizó la importancia del entorno humano. El niño necesita un “nivel óptimo de placer” para asegurar un “anclaje seguro” y un crecimiento psíquico dentro de la órbita simbiótica. La madre brinda al yo inmaduro del niño, un “marco de referencia en espejo”. Si ella es imprescindible, inestable, ansiosa u hostil, el marco se verá comprometido y, como consecuencia, será menos probable que el niño pueda funcionar finalmente en forma independiente. (Mahler, 1968; Mitchell, 1995)

Mahler plantea la experiencia de tratamiento como una “experiencia simbiótica correctiva” (Mitchell, 1995)

Edith Jacobson, consolidando las contribuciones de muchos autores en el campo de la psicología del yo, incluyendo a Margaret Mahler, afirmó que nuestro nacimiento psicológico no coincide con el nacimiento físico. Un sentimiento diferenciado y confiable de identidad individual emerge sólo en forma gradual a lo largo de los

primeros 15 meses de vida, desde un modo más temprano de existencia en el que no hay un sentimiento independiente de sí mismo, sino más bien una fusión difusa, simbiótica con la madre, tal como fue conceptualizado por Mahler. Según Jacobson, por un largo período de tiempo, el niño experimenta las capacidades cognitivas y recursos físicos de la madre como si estuviesen dentro de los límites de su propio self. Sólo en forma gradual se articula un self separado, durante el proceso de separación-individuación, cuando las capacidades del yo del niño maduran y se desarrollan haciendo posible una diferenciación psicológica respecto de la madre. (Mitchell, 1995)

Desde el punto de vista de la psicogénesis de la relación madre e hijo, Mahler plantea tres fases del desarrollo psicológico del niño (Mahler, 1975):

- 1. Fase Autística normal** (Primeras semanas): Caracterizada por la no existencia de un objeto externo. La posición de la libido es predominantemente visceral y no hay discriminación entre dentro y fuera, animado e inanimado.
- 2. Fase simbiótica normal** (1 a 5 meses): Se produce una relación simbiótica con la madre. El niño se comporta y funciona como si él y su madre constituyeran un sistema omnipotente, una “unidad dual”. Se produce un “estado de indiferenciación de fusión con la madre, en que el Yo no está aún diferenciado del No Yo” (Mahler, 1975).
- 3. Fase de Separación – Individuación** (5 meses - 2 años y medio): En la medida que el niño va interactuando con el objeto materno va distinguiendo que es un objeto distinto y separado de él. El proceso de Separación e individuación comienza con lo que Mahler denomina “Ruptura del cascarón: Proceso de salida del estado simbiótico de unidad con la madre, en el sentido intrapsíquico”. Sería la “segunda” experiencia de nacimiento, el nacimiento psicológico. (Mahler, 1975). Por un lado está la separación, que lleva a la conciencia intrapsíquica de la separación, y por otro está la individuación, que lleva a la adquisición de una individualidad distinta y única. Hay un “continuo aumento de la conciencia de la separación del sí mismo y del “otro”, que coincide con los orígenes del sentimiento de sí mismo, de la verdadera relación de objeto y de la conciencia de una realidad existente en el mundo exterior” (Mahler, 1975). Se han identificado cuatro subfases del proceso de separación-individuación, aunque estas se superponen, cada subfase tiene sus propias agrupaciones características de conductas, que la distinguen de la precedente y de las siguientes (Mahler, 1975):

a) **Diferenciación y Desarrollo de la Imagen Corporal** (5-9 meses): La atención del niño se expande gradualmente hacia el exterior durante sus crecientes períodos de vigilia. En contraste con el simple amoldamiento a la madre que lo sostiene, hay signos definidos de que el bebé comienza a diferenciar su propio cuerpo del de su madre, por lo tanto, se evidencian los primeros intentos de ruptura en un sentido corporal (distanciándose levemente del cuerpo de su madre).

b) **Ejercitación Locomotriz** (9-14 meses): Tres desarrollos interrelacionados contribuyen a que el niño haga sus primeros progresos hacia la conciencia de separación e individuación:

- Rápida diferenciación corporal de la madre
- Establecimiento de un vínculo específico con ella
- Desarrollo y funcionamiento de los aparatos autónomos del Yo.

Estos desarrollos parecen preparar el camino para que el interés del infante por su madre se extienda a los objetos inanimados. Se amplía el mundo del niño, existe un rol más activo en determinar las cercanía y distancia de su madre.

c) **Acercamiento** (15-24 meses): Consolidación y aceptación temporarias de la separación, esto trae consigo placenteros descubrimientos de incipiente autonomía y de interacción social:

- Pedir que satisfagan sus deseos mediante el empleo de palabras y gestos de pedido o necesidad.
- Descubrimiento de que será elogiado y admirado si realiza proezas de habilidad motriz y de otros tipos.

Esta subfase se caracteriza por un redescubrimiento de la madre, a la que percibe ya más claramente como separada y exterior.

d) **Consolidación de la Individuación y los comienzos de la Constancia Objetal emocional:** logro cognitivo del objeto permanente (2 años en adelante) La madre se percibe claramente como una persona separada y ubicada en el mundo exterior, y al mismo tiempo tiene existencia en el mundo interno representacional del niño. Puede ser sustituida durante su ausencia física por una imagen interna confiable que se mantiene relativamente estable. Sobre la base de este logro puede prolongarse y tolerarse mejor la separación temporaria.

- Creciente interés en los compañeros de juego y en los adultos que no son su madre.

- Creciente capacidad de tolerar la demora en la gratificación y de soportar la separación.
- Gran necesidad y deseo de autonomía.
- Recurrencia a un negativismo que parece ser esencial para el desarrollo del sentimiento de identidad. (Mahler, 1975).

En coincidencia con Jacobson y Mahler, Kernberg consideró que la primera gran tarea del desarrollo implica la clarificación psíquica de lo que es uno mismo y el otro. Si este objetivo no se cumple, no emerge un sentimiento formal del self como separado y externo. “Un fallo en la realización de esta primera tarea importante del desarrollo es el evento precursor determinante de los estados psicóticos. Todos los síntomas esquizofrénicos –alucinaciones, delirios, fragmentación psíquica- derivan de una falla fundamental en la diferenciación entre el self y las imágenes de objeto”. (Mitchell, 1995)

2.1.2. Teoría del Apego

La Teoría del Apego basada en el trabajo realizado por John Bowlby y Mary Ainsworth, define el apego como “un lazo afectivo entre dos individuos que perdura en el espacio y el tiempo y sirve para juntarlos emocionalmente” (Kennel, Voos y Klais, 1976; en Panhofer 2005)

“Los niños buscan relacionarse desde el principio, un comportamiento que Bowlby describe como *attachment behaviour* (comportamiento de apego). Puede ser cualquier forma de comportamiento de una persona para mantener la proximidad hacia un individuo, comportamiento que se concibe como el más efectivo para enfrentarse con el mundo” (Bowlby, 1988; en Panhofer, 2005): alimentar, llorar, abrazar, mirarse, sonreír... (Panhofer, 2005)

“A través del proceso de apego el niño interioriza que es un individuo valioso, interesante, adorable y que puede actuar de manera competente y responsable en las relaciones con los demás y con el mundo” (Jewet, 1982; en Panhofer 2005)

“La experiencia de una relación “suficientemente buena” (Winnicott, 1971) con una figura de apego es vital para ayudar al niño a fiarse de sí mismo y a ampliar su sentido del “*self*” en vez de socavarlo. Esto ayuda también a enfrentarse con el estrés y la frustración, a manejar ansiedades y miedos, a desarrollar futuras relaciones y a

reducir la envidia” (Greenhalgh, 1992; en Panhofer 2005).

Las personas que han sufrido apegos rotos en la mayoría de los casos manifiestan dificultad para confiar en que exista un espacio protegido para ellos. (Panhofer, 2005)

Aynsworth habla de tres patrones de comportamiento distintos referentes a las reacciones que tienen los bebés cuando son separados de sus madres (Panhofer, 2005):

1. **Apego seguro:** El niño explora el espacio, sigue acudiendo a su madre, mantiene contacto visual (*secure base*). Protesta al ser separado de su madre, y cuando ésta regresa, la saluda alegremente. Muchas veces levanta los brazos para ser abrazado; moldea su cuerpo.
2. **Apego inseguro/ansioso:**
 - a) **Ambivalente:** Niño muy ansioso cuando es separado de la madre, tiene miedo de explorar el espacio. Además sigue protestando al regresar la madre. No tiene certeza de si encontrará respuesta en sus figuras de apego si se encuentra en una situación amenazante, por lo tanto, no está seguro si lo ayudaran cuando lo necesite.
 - b) **Evitante:** Da la impresión de independencia, explora espacios nuevos sin regresar a la madre. No aparece afectado cuando la madre se va. Cuando regresa la madre, el niño la ignora o la evita.
3. **Sin apego (apegos retrasados):** Niños que han sido dejados solos por sus madres durante largos períodos. (Panhofer,2005)

Charles (1990; en Panhofer 2005) señala que “la capacidad de separarse es una parte esencial en el desarrollo del individuo ya que le permite desplegar su propia personalidad, distinta a la del cuidador”. “La protesta hacia la separación es una reacción sana y normal en los niños porque experimentan la pérdida del control o la capacidad de cambiar su entorno” (Kalmanson, 1990; en Panhofer 2005). “Alcanzar la capacidad de separarse es una parte del proceso de aprendizaje que continúa durante toda la vida” (Vaillant, 1988; en Panhofer, 2005). “Si las separaciones finalizan con éxito, el individuo sobrevive también a la pérdida de seres queridos sin padecer consecuencias graves y largas. Pero si el niño sigue viviendo separaciones irresueltas, las dificultades pueden aparecer con más probabilidad” (Charles, 1990, en Panhofer 2005).

2.1.3. Formación y Desarrollo del Sentido del Yo y la Identidad

2.1.3. a) De la confianza básica hacia la autonomía

Erikson (1963, en Goodill 1987) establece que el niño debe establecer un sentido básico de confianza (en el mundo externo y por la vía primaria del cuidador) antes de aproximarse a la próxima tarea del logro de la autonomía como una persona individualizada. De esta manera (Erikson, 1973), en la medida que el niño en sus primeros meses de vida, vaya adquiriendo este sentimiento de *confianza* tanto en su propio ser como en sus figuras de amor más cercanas y tenga la posibilidad de establecer un vínculo; podrá ir logrando consecuentemente un sentido de *autonomía*; que implica la posibilidad de separarse, descubrirse a sí mismo como alguien autónomo y hacer valer el derecho de ser diferenciado de los demás (Erikson, 1973).

Un niño confiado tenderá más hacia la autonomía y podrá tolerar breves períodos de separación. “El niño ha establecido una imagen interna de su figura de apego que mantiene aun cuando él o ella no están” (Barett y Trevitt, 1991; en Panhofer, 2005).

2.1.3. b) Comenzando a ser “individuo” y a “habitar el cuerpo”

Para Winnicott, el concepto de self es el sentimiento de la continuidad de existir y designa la personalidad corporal bajo su forma biológica y psicológica. El sí-mismo nace del alejamiento progresivo del niño de la unidad simbiótica, se establece alrededor de los primeros cinco meses, cuando el Yo ha alcanzado cierto nivel de madurez y se convierte en unidad diferenciada del exterior, que proporciona al niño el sentimiento de ser real y la conciencia de una identidad (Painceira, 1997).

Para Kohut, el self pasa a ser el “núcleo de la personalidad”, el centro de la iniciativa humana con su propia fuerza motivacional que tiende hacia “la realización de su propio programa específico de acción” (Kohut/Wolf, 1978, en Mitchell, 1995)

Según Winnicott, si se dan las condiciones esperadas, se inicia un desarrollo verdadero, que da lugar al nacimiento de un self verdadero. El verdadero self se desplegará espontáneamente de dentro hacia fuera, y el medio nunca será su modelador, sino solamente facilitador de ese desarrollo (Painceira, 1997).

La madre “suficientemente buena” proporciona sostén (*holding*), manejo adecuado, en su forma y timing (*handling*), y presentará el objeto que permitirá al niño

el tener una experiencia de ilusión y un momento de omnipotencia absoluta, incondicional, en la cual cree crear el objeto (objeto subjetivo de Winnicott) que además forma parte de él. El niño ejerce su creatividad primaria al crear el objeto subjetivo, y esta experiencia de omnipotencia contribuye al establecimiento, al nacimiento del self verdadero (Painceira, 1997).

Sólo el self verdadero es capaz de crear y de ser sentirse a sí mismo como real. Winnicott habla del concepto de “personalización” que nos lleva a habitar un cuerpo y a vivir desde y en ese cuerpo que somos. La existencia de un self falso, por el contrario, produce un sentimiento de futilidad, una dolorosa sensación de vacío, rigidez, inmovilidad, pudiendo decirse que quien padece de una patología con un falso self predominante vive despersonalizado o desrealizado (Painceira, 1997).

Winnicott (1972) nos dice que es “sólo en el juego donde el niño o el adulto pueden crear y usar toda la personalidad, el individuo descubre su persona solo cuando se muestra creador”. Plantea la “creatividad como característica de la vida y del vivir en su totalidad”.

Es muy importante el rol que le asigna Winnicott a tres factores para poner en marcha desde el sujeto una existencia verdadera (Painceira, 1997):

1. El despliegue, el “gesto espontáneo”.
2. La autoconciencia que nos permite vivir ese gesto como propio.
3. La elaboración imaginativa.

Esta “elaboración imaginativa” es un principio organizador que comienza a otorgar a los hechos un significado, lo que los transforma en experiencia de alguien, en actos intencionales de alguien. Permite que el cuerpo vaya siendo cada vez más propio, vivido como propio; siendo a través de ese trabajo que el verdadero self se va “encarnando” (Painceira, 1997).

Al comienzo, no obstante, como bien lo señala Winnicott, no hay entre el sí mismo y el cuerpo orgánico, por así decirlo, una relación de inherencia. Se debe pasar por un proceso por el cual se va “instalando la psique en el cuerpo, se va ubicando la mismidad dentro de un cuerpo que será a partir de entonces un cuerpo subjetivo, un cuerpo que vivo como mío y como siendo yo mismo; de este cuerpo subjetivo tengo una experiencia directa, lo vivo como existiendo, y lo vivo como propio” (Painceira, 1997).

Para Caldwell (1996) el movimiento es nuestra manera de definir la vida. “Cuando se frena el movimiento, se obstruye el flujo energía/vida y enfermamos. Y si se lo acelera, también se distorsiona este flujo, dando los mismos resultados:

enfermedad. Dicha enfermedad se manifiesta en todo nuestro ser: en nuestro cuerpo físico, como tensión y bloqueo, o en forma de hiperactividad; en nuestras emociones, con el retraimiento de sentimientos y expresiones, o con estallidos de sentimientos inadecuados; en nuestros procesos cognitivos, con opiniones fijas o pensamientos obsesivos desbocados, y en nuestra vida espiritual, con una sensación de falta de sentido y de conexión”.

2.2. DMT como intervención terapéutica en psicóticos

2.2.1. Dificultad de la relación temprana pre-verbal madre-hijo como factor determinante en el desarrollo de la Psicosis

La literatura psicoanalítica nos dice que debido a fallas en el ambiente y posiblemente también a deficiencias constitucionales, el crecimiento psicológico de los individuos psicóticos se ha visto obstaculizado, esto mismo no le ha permitido establecer un sentido de seguridad en sí mismos (Fairbairn 1941; Klein 1946; Bowlby 1957; Winnicott 1960; Balint 1968; Mahler 1968; en Liebowitz, 1992).

Winnicott (1960, 1963; en Liebowitz, 1992) enfatiza la importancia de la madre “suficientemente buena” que es aquella que reconoce las necesidades físicas y emocionales del niño. Es a partir de la internalización de esta madre “suficientemente buena” que él comienza a desarrollar una “continuidad del ser”, yendo desde un estado del ego no integrado a un estado integrado del mismo. Cuando esta “continuidad del ser” es interrumpida ya sea por cuidado inadecuado o inconsistente, se produce un corte en la continuidad existencial del sujeto, dando lugar a un virtual derrumbe o hundimiento del verdadero self incipiente, que aparece realmente amenazado con el aniquilamiento. Surge entonces una angustia a la cual Winnicott llamó “inimaginable”, que la madre no neutraliza, y que sería la sustancia de la angustia psicótica. (Liebowitz 1992; Paineira, 1997)

Balint, Winnicott y Searles consideran que la patología del paciente psicótico no está basada en un conflicto (aunque hay conflictos), sino en un déficit, en una carencia que Winnicott llama “falla materna” y Balint denomina “falta básica”, aludiendo a que algo que debió pasar en su crianza, no pasó, y una estructura que se debió formar, en consecuencia, no se formó. Searles, basándose en trabajos de Mahler, sostiene que “desde el comienzo estos pacientes, por una perturbación en la interacción con la madre, no han logrado establecer una buena simbiosis, y que como consecuencia de esto, dos

procesos fundamentales: el diferenciación y el de integración, han sufrido grosero menoscabo”. Los tres autores coinciden en afirmar que es la experiencia tenida con el analista el factor de mayor importancia en el proceso curativo. En algún caso, se la llama “regresión a la dependencia”; en otro, “trabajo en el ámbito de la falta básica y nuevo comienzo”, y Searles la denomina “simbiosis terapéutica ambivalente y preambivalente” (Painceira, 1997).

2.2.2. DMT como opción de tratamiento para esta población.

Liebowitz (1992) apoya la hipótesis basada en un modelo ambiental que habla de la dificultad de la relación temprana pre-verbal madre-hijo como factor determinante en el desarrollo de la psicosis. Ella propone que la DMT proveerá una oportunidad de explorar la relación del sí mismo con otros, a través del movimiento corporal, por tanto, será una opción de tratamiento valiosa para esta población. Plantea que dentro del encuentro terapeuta-paciente, el cuerpo habla no solo de la inmediatez del momento sino también habla acerca del pasado de la persona. El ego, el sentido del self y la conexión consciente con el mundo externo, comienza con un mundo de sensaciones; procesos fisiológicos y estimulaciones externas del ambiente que incluyen lo visual, olfativo, auditivo y táctil. Estas experiencias físicas se convierten en los principios rudimentarios del ego. El self del recién nacido no tiene ningún límite de demarcación sino que es una extensión del cuerpo de la madre. El niño en desarrollo comienza a discriminar entre su cuerpo y el de la madre y eventualmente, si va todo bien, alcanza un sentido de separación e individuación. (Mahler, 1968; Liebowitz, 1992).

Como los individuos psicóticos han vivenciado un trauma muy temprano en sus vidas, sus perfiles del movimiento reflejan patrones que no han progresado más allá de la fase oral, revelando patrones espaciales confusos y difusos (falta de conciencia de dirección en el espacio), mínima cualidad de peso en sus movimientos (no hay sentido del peso corporal o de tener los pies sobre la tierra), movimientos muy lentos o muy rápidos, respecto al flujo del movimiento suele estar en los dos extremos o bien movimientos muy tensos y limitados o movimientos libres, continuos y descontrolados; segmentación (pausas entre las frases de movimiento), fragmentación (una parte del cuerpo se mueve fuera de sincronía con otra), y los gestos y posturas son bizarros (Davis 1970; Dell 1970; North 1972; en Liebowitz, 1992). En general hay una restricción extendida del repertorio del movimiento, falta de movimiento espontáneo y

dificultades en relación con otros a nivel de movimiento, miedo al contacto físico o bien indiferencia de los límites del cuerpo (Fisher and Cleveland 1965; en Liebowitz, 1992).

Gisela Pankow (1961, 1981; en Liebowitz, 1992) plantea que los psicóticos tienen una “imagen disociada” de sus cuerpos. En DMT la integración ocurre dentro del cuerpo, a través del trabajo con el cuerpo y en relación con otro cuerpo (paciente y terapeuta). Cuando se trabaja con psicóticos, se intenta que éstos adquieran conciencia corporal, por ejemplo, haciendo círculos y sacudir partes del cuerpo, marcar los límites del cuerpo golpeando ligeramente las piernas, brazos y tronco; se los lleva a conectar una parte del cuerpo con otra a través de estiramientos, etc. La interacción con otros comienza por ejemplo, tirando, empujando, aplaudiendo, balanceando; mediante apoyos, tales como pelotas, aros, telas que se puedan estirar, cojines, etc. Evolutivamente se está trabajando a un nivel muy temprano, una etapa pre-verbal, pre-édipica cuando los niños todavía no se han separado de sus madres, aún están descubriendo sus cuerpos y aprendiendo sobre sí mismos a través de la exploración (Liebowitz, 1992).

De la misma manera que la madre funciona como un “yo auxiliar” organizando y dando significado a las respuestas del niño, la psicoterapeuta en Danza y Movimiento (DM) responde al paciente psicótico realizando intervenciones tanto verbales como no verbales. “El psicoterapeuta en DM tiene la habilidad de trabajar dentro de un entendimiento silencioso respondiendo a la expresión no verbal del paciente”. Para el psicoterapeuta en DM esto significa reflejar y sintonizar con las cualidades y ritmos de movimiento del paciente; hasta los movimientos más mínimos como pueden ser golpear ligeramente un pie, el ritmo de la respiración, un gesto con la mano, un movimiento de cabeza, etc. (Liebowitz, 1992)

El psicoterapeuta en DM tiene la opción de responder a la comunicación del paciente de varios modos: a) Reflejando el movimiento, el terapeuta reconoce los sentimientos del paciente; b) Ampliando el movimiento, el terapeuta llama la atención de las potencialidades del paciente; c) Minimizando el movimiento, el terapeuta le ofrece la posibilidad de contener sus sentimientos expresados; d) Acentuando un movimiento, el terapeuta enfatiza un aspecto que puede ser particularmente importante; y e) Contrastando el movimiento, el terapeuta propone una vía alternativa, siendo ésta quizás más adaptativa (Liebowitz, 1992).

Liebowitz (1992) cree que dentro del trabajo con psicóticos, las interpretaciones no verbales necesitan ser verbalizadas ya que las palabras son necesarias. No hay que

olvidar que las palabras son parte de la totalidad del cuidado que brinda la madre a su hijo. Rosenfeld (1987; en Liebowitz, 1992) habla sobre las palabras que adquieren una función de “*holding*” dentro de la sesión de terapia. Él insiste que, usando palabras, el terapeuta reconoce que los pacientes son adultos y no los infantiliza. Las palabras también cumplen la función de ligar el proceso primario con el proceso secundario del pensamiento y usando palabras así como el movimiento, el terapeuta facilita la evolución hacia la simbolización dentro del contexto de la relación de movimiento (Liebowitz, 1992).

Liebowitz (1992) propone que “la DMT es una opción de tratamiento válido y beneficioso para trabajar con individuos psicóticos debido a la capacidad del movimiento de conectar con experiencias corporales tempranas infantiles. En el espacio terapéutico de “*Holding*”, los pacientes son capaces de reintegrar una imagen corporal, establecer sus límites corporales y comenzar a distinguirse a sí mismos como un self separado del otro”.

Cuando Liebowitz preguntó a una de sus pacientes, con la cual trabajaba a nivel individual, qué contribuyó a su cambio de actitud en las sesiones que fue desde un completo rechazo hacia una completa aceptación, ella contestó que el cambio había ocurrido cuando se dio cuenta que podía jugar con una cinta durante toda la sesión si lo deseaba. Cuando esta paciente descubrió que ella podía hacer lo que le gustaba, que ella podía controlar su propio comportamiento, cuando ella pudo, en sus palabras, “hacer uso de sí misma” (“*get used to herself*”), entonces la terapia se volvió significativa. Fue entonces a través del descubrimiento de su cuerpo que encontró el sentido. Aquello que no podía expresar verbalmente lo hacía a través de los ritmos corporales. “La psicoterapeuta en DM fue capaz de entrar en este reino de sensaciones rítmicas provenientes del pasado manteniendo un enlace con el presente, y fue justo esta conexión la que llevó a la paciente a la relación con la madre-terapeuta, el otro en el mundo externo”. “La psicoterapeuta en DM sostiene, física y emocionalmente, el self corporal del psicótico hasta que éste pueda mantener su propio self corporal unido por la internalización del objeto materno” (Liebowitz, 1992).

Liljan Espenak, pionera norteamericana de DMT, creía que “el movimiento, especialmente la danza, es una forma de expresión personal que puede fortalecer el sentido del self. A través de una mejor conciencia de los patrones de movimiento y de la percepción corporal se puede aumentar el conocimiento del self y del entorno”. (Rossberg-Gempton, I y Poole, G., 1992; en Panhofer y Rodríguez, 2005).

2.2.3. Rol de la “madre-terapeuta”

El avance de comprensión más profundo y productivo que alcanzó Winnicott fue el de la conexión que comenzó a establecer entre los trastornos del falso self en pacientes adultos y las sutiles variaciones que observaba en la interacción madre-hijo desde el comienzo de la vida. Lo que parecía más ilustrativo no eran gruesos abusos o severas privaciones, sino algo en la calidad de la sensibilidad de la madre hacia su hijo, su “manejo” de las necesidades del niño. No sólo la alimentación era crucial sino también el amor, no la necesidad de gratificación sino la sensibilidad de la madre a las características “personales” de la experiencia del niño (Mitchell, 1995).

Winnicott denominó “entorno de contención” al “espacio físico y psíquico dentro del cual el infante está protegido sin saber que lo está” (Mitchell, 1995). Al ofrecer ese entorno, la madre descubre que su propia subjetividad, sus propios intereses personales, sus propios ritmos y preocupaciones pasan a un segundo plano: ella adapta sus movimientos, sus actividades y su misma existencia a los deseos y necesidades del bebé. La madre debe responder a las comunicaciones no verbales del niño con empatía mediante movimientos, caricias, expresiones faciales o tonalidades distintas de la voz. De este modo, la madre aprende a percibir y a leer quíestésicamente el estado emocional del niño. Reaccionando y respondiendo con su propio cuerpo y su voz, imita las expresiones emocionales del niño (Mitchell, 1995).

De acuerdo a la teoría acerca del desarrollo del narcisismo normal que plantea Kohut, “un self sano evoluciona dentro de un medio de desarrollo con tres experiencias específicas de objetos-self. La primera experiencia exige objetos “que respondan al sentimiento innato que el niño tiene de vigor, grandeza y perfección, y lo confirmen”, que, mirándolo con alegría y aprobación, apoyen los estados de ánimo expansivos del niño. El segundo tipo de experiencia de desarrollo necesaria exige la implicación del niño con otras personas poderosas “hacia quienes el niño pueda elevar la mirada y con quienes pueda fusionarse como una imagen de calma, infalibilidad y omnipotencia”” (Kohut/Wolf, 1978 p414; en Mitchell 1995). En tercer lugar, Kohut consideró que “el desarrollo sano requería experiencias con objetos-self que, en su apertura y semejanza al niño, evocaran un sentimiento de parecido esencial entre el niño y ellos mismos” (Mitchell, 1995).

Además, identificó “tres tipos básicos de transferencia de objeto-self (que reflejan los tres tipos de objeto-self necesarias en la infancia). Algunos pacientes, establecen un poderoso apego al analista en virtud de una necesidad de que capte y refleje de nuevo su experiencia de sí mismos, sus emociones, percepciones y decepciones. A pesar de que, desde una perspectiva tradicional, el analista podrá parecer insignificante para el paciente, es realmente esencial como una suerte de contexto nutricional (algo muy semejante a lo que Winnicott denominaba “entorno de contención”) dentro del cual el paciente puede comenzar a sentirse más visto, más real e interiormente más sólido. Kohut denominó este contexto *transferencia especular*. Un segundo tipo de transferencia narcisista se desarrolla cuando el paciente considera al analista perfecto y maravilloso y se siente cada vez más fuerte e importante en virtud de su conexión con este otro poderoso e importante. Kohut denominó esta transferencia como *transferencia idealizadora*. Por último, identificó un *alter ego* o transferencia *gemelar*, en la que el paciente anhela sentir una semejanza esencial con el analista” (Mitchell, 1995).

Painceira (1997) plantea que en el análisis de pacientes psicóticos el analista va a ser severamente puesto a prueba en diversas fases y deberá mostrar una sensibilidad, una ductilidad y una fortaleza poco comunes. Se asistirá a una gradual desorganización del paciente que se irá instalando en una relación en la cual se irá haciendo cada vez más evidente que el terapeuta pasa a ser el medio materno de la experiencia original previa al derrumbe. Bion (1962, 1963: en Panhofer, 2005) acuñó el término “containment”, que significa proveer de un lugar seguro al paciente. “La consulta y el propio cuerpo del terapeuta crean tal espacio protegido, un territorio que metafóricamente se parece al seno materno”. En el setting terapéutico, adquirirán una importancia prioritaria las constantes tales: la continuidad con el mismo terapeuta, el mismo espacio físico, los mismos materiales, los mismos días y la misma hora del tratamiento, la tonalidad de la voz, y sobre todo la posibilidad de hacer el silencio necesario como para que se registre el nacimiento del self verdadero (Panhofer 2005; Painceira, 1997).

Tal como lo entendió Winnicott, “la situación analítica está perfectamente diseñada para explorar y regenerar subjetividad personal. El analista, como la madre “suficientemente buena”, brinda un entorno en el que su propia subjetividad se encuentra retenida. Intenta captar las dimensiones profundamente personales de la experiencia del paciente, los deseos del paciente que surgen en forma espontánea.

Ofrece al paciente refugio frente a las exigencias del mundo exterior. No se espera de él más que “sea” en la situación analítica, que se conecte con lo que está experimentando y que lo exprese. No se le exige orden ni continuidad: se esperan y se aceptan la discontinuidad y la no-integración. El analista y la situación analítica brindan un entorno de contención en el cual puede reanimarse un desarrollo abortado del *self*, un entorno suficientemente seguro para que el verdadero *self* pueda comenzar a emerger. El analista se ofrece a sí mismo para ser utilizado libremente a fin de brindar al paciente las experiencias que le faltan. El analista permite al paciente sentir que él lo ha creado y, no rechazando ese uso de su persona, posibilita al paciente redescubrir su propia capacidad de imaginar y fantasear, de generar experiencias que se sientan profundamente reales, personales y significativas” (Mitchell, 1995).

2.3. Cuentos de Hada y su significado dentro del proceso terapéutico

El libro de Bettelheim: “Psicoanálisis de los cuentos de hadas”, se ha convertido en un punto de referencia dentro de la teoría psicoanalítica de los cuentos de hadas. Este libro ofrece una elaboración de la relación entre los niños y los cuentos de hadas, poniendo especial énfasis en su valor terapéutico. Bettelheim realiza extensos análisis de cuentos populares, demostrando cómo cada uno de ellos refleja conflictos o ansiedades en las etapas específicas del desarrollo del niño. (Coulacoglou)

Bettelheim (1975) afirma que para que una historia enriquezca la vida de un niño, “ha de estimular su imaginación, ayudarlo a desarrollar su intelecto y a clarificar sus emociones; ha de estar de acuerdo con sus ansiedades y aspiraciones; hacerle reconocer plenamente sus dificultades, al mismo tiempo que le sugiere soluciones a los problemas que le inquietan”. Los cuentos de hadas, empiezan precisamente allí, donde se encuentra el niño, en su ser psicológico y emocional. Enfrentan al niño con los conflictos humanos básicos, le plantean, de modo breve y conciso, un problema existencial y le ofrecen soluciones que están al alcance de su nivel de comprensión.

Como el mito y la leyenda, el cuento de hadas toca las partes más primitivas de la psique. Procura describir una realidad psíquica, el sí mismo, que muchos cuentos de hadas describen simbólicamente como la etapa inicial del proceso de individuación y el logro de la realización del Self (Coulacoglou)

2.3.1. Los Personajes

Los personajes de los cuentos de hadas están muy bien definidos, no son ambivalentes, no son buenos y malos al mismo tiempo, como son las personas en realidad. La manera en que un niño puede poner orden en su visión del mundo es separando todas las cosas por parejas de contrarios. Puesto que no puede comprender los estadios intermedios de grado e intensidad, las cosas son o todo o nada. Así es como el cuento de hadas describe el mundo, todos los personajes son, esencialmente, de una sola dimensión lo que permite que el niño comprenda fácilmente sus acciones y reacciones (Mitchell, 1995).

Muchos niños necesitan en algún momento disociar la imagen de sus padres en un doble aspecto: benévolo y amenazador, para sentirse más protegidos con el primero de ellos. Esto, no sólo constituye un medio para preservar una madre interna totalmente buena, cuando la madre real no lo es, sino que también permite tolerar la cólera ante la “madrstra perversa”, sin poner en peligro la bondad de la madre verdadera, a la que el niño ve como una persona diferente. “Los cuentos, que contienen hadas buenas que se aparecen y ayudan al niño a encontrar la felicidad a pesar de este “impostor” o “madrstra”, evitan que el niño sea destruido por dicho “impostor”. Los cuentos de hadas indican que, escondida en algún lugar, el hada madrina vigila el destino del niño, lista para usar sus poderes cuando se la necesite”. En el cuento de La Cenicienta es donde se percibe más evidente la disociación de la figura materna como la “madre buena” y la “madre mala” (Bettelheim, 1975).

Los psicoanalistas seguidores de Jung destacan además que los personajes y acercamientos de estas historias representan fenómenos psicológicos arquetípicos. “Todas las figuras son típicas en vez de únicas”. En los cuentos de hadas ningún otro personaje tiene nombre aparte del protagonista; los padres de los protagonistas del cuento permanecen anónimos. Se alude a ellos mediante las palabras “padre”, “madre”, “madrstra”. Hadas y brujas, gigantes y madrinas carecen igualmente de nombre, facilitando así las proyecciones e identificaciones (Bettelheim, 1975).

2.3.2. Significado Terapéutico

El significado más profundo de este tipo de cuentos será distinto para cada persona, e incluso para la misma persona en diferentes momentos de su vida. Así también, el niño obtendrá un significado distinto de la misma historia según sus intereses y necesidades del momento. Bettelheim habla de la “Necesidad de magia”. “Debe concederse al niño la oportunidad de apropiarse poco a poco de un cuento, aportando sus propias asociaciones en y dentro de él. El cuento de hadas ofrece al niño materiales de fantasía que, de forma simbólica, le indican cuál es la batalla que debe librar para alcanzar la autorrealización, garantizándole un final feliz” (Bettelheim, 1975).

Para Bettelheim “los temas de los cuentos de hadas hacen sentirse al niño comprendido y apreciado en el fondo de sus sentimientos, esperanzas y ansiedades, sin que éstos tengan que ser sacados e investigados a la áspera luz de la racionalidad que yace todavía tras ellos. Enriquecen la vida del niño y le prestan una cualidad fascinante, precisamente porque no sabe de qué manera ha actuado el encanto de dichas historias en él”. El cuento es terapéutico porque el paciente encuentra sus propias soluciones mediante la contemplación de lo que la historia parece aludir sobre él mismo y sobre sus conflictos internos, en aquel momento de su vida. Normalmente el contenido de la historia elegida no tiene nada que ver con la vida externa del paciente, pero sí con sus problemas internos, que parecen incomprensibles. “El cuento de hadas se presenta de un modo simple y sencillo, no se le exige nada al que lo escucha, proporciona seguridad, da esperanzas respecto al futuro y mantiene la promesa de un final feliz” (Bettelheim, 1975).

El “final feliz” que cada historia propone, por ejemplo, el hecho de que el príncipe se case con la princesa y herede un reino, representa la forma más perfecta de existencia para el niño, ya que esto es todo lo que desea para sí mismo: gobernar su propia vida y estar unido a una pareja que no lo abandonará nunca. “Al final del cuento, el héroe ha vencido en todas las pruebas que se le han presentado, se ha mantenido fiel a sí mismo y, gracias a estas victorias, ha alcanzado su verdadera identidad. Se ha convertido en autócrata, en el mejor sentido del término, es decir, se pone sus propias leyes, es una persona realmente autónoma y no un dictador respecto a los demás”. Por lo tanto, el alivio es la mayor contribución que un cuento de hadas puede ofrecer a un niño; la confianza de que, a pesar de todos los problemas por los que tiene que pasar, no

sólo conseguirá vencer, si no que las fuerzas del mal serán eliminadas y no amenazaran nunca más su bienestar espiritual (Bettelheim, 1975).

2.3.3. La Cenicienta

Bettelheim describe el cuento de “Cenicienta” como un relato sobre las esperanzas y las angustias presentes en la rivalidad fraterna, y sobre el triunfo de la heroína rebajada por las dos hermanastras que abusan de ella. Ningún otro cuento de hadas expresa tan bien las experiencias internas del niño pequeño que sufre la angustia de la rivalidad fraterna, cuando se siente desesperadamente excluido por sus hermanos y hermanas. Cenicienta es menospreciada y degradada por sus hermanastras; su madre (madrastra) la obliga a sacrificar sus propios intereses; tiene que realizar los trabajos más sucios de la casa y, aunque los lleve a cabo con toda minuciosidad, no recibe gratificación alguna: al contrario, se le exige cada vez más. Ésta es la descripción exacta de cómo se siente el niño cuando le acosan los efectos de la rivalidad fraterna (Bettelheim, 1975).

Lo que provoca la rivalidad fraterna es el temor de que, al ser comparado con sus hermanos, el niño no logre ganar el amor y la estima de sus padres. En la mayoría de los relatos de “Cenicienta”, se pone de relieve la inocencia de la protagonista, ya que se la presenta como una persona llena de virtudes. El niño espera que los demás (especialmente sus padres) crean en su inocencia, por eso le gusta saber que “todo el mundo” cree en la bondad de Cenicienta. Éste es uno de los mayores atractivos de dicho cuento. Puesto que la gente está dispuesta a confiar en la sinceridad de Cenicienta, el niño espera que se acabe, también, por creer en la suya. El niño tiene que creer que, aun siendo degradado hasta este punto, será rescatado de tal humillación y devuelto al rango que le corresponde, al igual que le ocurre a Cenicienta. El príncipe no sufre decepción alguna al ver a Cenicienta vestida con harapos porque sabe reconocer sus cualidades inherentes, al margen de su apariencia externa el príncipe expresa, simbólicamente, que la acepta tal como es, sucia y degradada (Bettelheim, 1975).

El relato preconiza que, para conseguir una identidad personal completa y la autorrealización a un nivel superior, se necesitan ambos tipos de progenitores: los padres buenos de los primeros años y, más tarde, los “padrastrós” que parecen imponer exigencias “cruels” e “inhumanas”. Bettelheim afirma, “si la madre buena no se convirtiera durante algún tiempo en la perversa madrastra, no nos veríamos obligados a desarrollar una identidad separada, ni a descubrir la diferencia entre el bien y el mal ni

actuar con iniciativa y autodeterminación. Es necesaria una base firme para que se lleve a cabo este desarrollo hacia la propia individualidad; es decir, ha de existir esa “confianza básica” que sólo puede obtenerse a partir de la relación del niño con sus padres buenos. No obstante, para que este proceso de individuación se realice, los padres buenos tienen que convertirse durante algún tiempo en personajes malos y perseguidores” (Bettelheim, 1975).

“Cenicienta” guía al niño desde sus peores sufrimientos (desilusión edípica, angustia de castración, mala opinión de sí mismo debido a la creencia de la mala opinión que otros tienen de él) hacia el desarrollo de su autonomía y capacidad de trabajo, ayudándole a alcanzar su identidad positiva por sí solo (Bettelheim, 1975).

CAPÍTULO 3: HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1. Justificación del tratamiento y planteamiento de hipótesis

Al reiniciar el tratamiento, después de 5 meses, en su segundo período de práctica clínica, la autora de este trabajo optó por continuar la terapia con Isabel, pero esta vez, a nivel individual. Creyó importante la posibilidad de desarrollar un vínculo confiable, seguro, un espacio donde poder ser. Pensando que Isabel requería una “atención” especial que difícilmente se le había dado, tanto en la institución como en su historia familiar. Percibía que la paciente necesitaba una figura estable que “estuviera” con ella, que la pudiera “ver”, escuchar, aceptar y valorar. Era necesario darle un espacio que le permitiera ser ella misma, donde poder mostrar sus distintas facetas y modos de SER, un espacio que contuviera sus emociones, un espacio que fuera suyo, donde ella manda y es la protagonista. Consecuentemente con lo expuesto, se formula la siguiente **Hipótesis**:

“Una persona adulta de estructura psicótica, con capacidad intelectual límite puede comenzar a desarrollar un proceso de separación e individuación a partir del establecimiento de una relación terapéutica en base a un tratamiento de Danza Movimiento Terapia”.

3.2 Objetivos terapéuticos

Los objetivos planteados apuntan todos a la variable principal que sería promover un avance en el proceso de individuación de la paciente.

Objetivos Generales:

1. Desarrollar sentido del Self, autoafirmación del Self
2. Desarrollar un mínimo de autonomía en sus conductas
3. Desarrollar la Confianza Básica a través del establecimiento de un vínculo confiable dentro de la relación terapéutica.
4. Desarrollar la Constancia Objetal.
5. Desarrollar una mayor tolerancia a la frustración
6. Desarrollar la capacidad de esperar y disminución de la ansiedad ante la espera.

7. Desarrollar un mínimo de conciencia corporal, atención e intención en sus movimientos.
8. Promover el aumento de su autoestima.

Objetivos Instrumentales:

Con este concepto se hace referencia a los medios para conseguir los objetivos generales, es decir, serían aquellos objetivos que se buscan dentro del contexto de la sesión; el resultado de ellos será un indicador de la evolución del proceso de individuación.

- Crear un espacio para la expresión verbal y el movimiento.
- Aumentar la capacidad de la paciente de mantenerse en el espacio que la DMT le propone.
- Desarrollar la expresión verbal y de movimiento:
 - ➔ A Nivel de Movimiento:
 - Aumentar las expresiones de movimiento espontáneo
 - Desarrollar la capacidad de crear movimientos propios y en conjunto con la terapeuta.
 - Desarrollar la capacidad de utilizar los materiales de DMT, como objetos intermediarios de la relación con la Terapeuta en DM
 - Ampliar su perfil de movimiento.
 - ➔ A Nivel Verbal:
 - Facilitar la expresión verbal.
 - Desarrollar la capacidad de compartir experiencias
 - Desarrollar la capacidad de reflexionar antes de preguntar
 - Desarrollar capacidad de expresar emociones y sentimientos tanto positivos como negativos. Capacidad de enfadarse y expresar tanto la rabia como la tristeza

CAPÍTULO 4: MARCO METODOLÓGICO

4.1. Procedimiento

El presente estudio es un trabajo de investigación de tipo empírico cualitativo basado en un caso único que fue llevado a tratamiento con Danza Movimiento Terapia durante el período de casi un año. El proceso terapéutico constó de 8 sesiones a nivel grupal y 36 sesiones individuales, esta duración estuvo estipulada desde un comienzo.

Las sesiones se mantuvieron en forma semanal, los días miércoles y tenían una duración de 45 minutos. La terapeuta comenzó haciendo intervenciones semidirectivas, las que terminaron siendo cada vez menos directivas en la medida que iba avanzando el número de sesiones. Eso sí, constantemente se hacía necesario centrar a la paciente en el contexto del aquí y ahora de la sesión porque de no hacerlo se desviaba mucho en los temas de conversación.

Los materiales utilizados fueron: Plumas, pelotas grandes y pequeñas de esponja, goma elástica, telas de lycra de diferentes colores. También se contaba con un equipo de música y un CD de música (que siempre fue el mismo) con ritmos variados.

La introducción de un calendario de papel construido por la terapeuta, fue útil para que la paciente tuviera claro cuantas sesiones llevaba y cuantas quedaban. Al comenzar cada sesión, antes del Check In, se revisaba el calendario, se ubicaba la fecha e Isabel marcaba con una cruz el día de hoy. La terapeuta dejaba bien claro qué número de sesión era y cuantas quedaban, esto último debió ser bastante recalado sobre todo cuando restaban pocas sesiones. Panhofer (2005) nos dice que “con niños se recomienda un medio concreto que ayude a organizar y entender el tiempo mejor: debido a las capacidades cognitivas del niño se introduce un calendario de papel, de cubos coloreados o de bolas (algún objeto que facilite la organización y estructuración del tiempo disponible). De esta manera se explica y clarifica cuándo habrá separaciones breves, si se pueden anticipar, y cuándo se acabará el tratamiento”.

Cada sesión era muy similar a la otra, en relación a las actividades que realizaban paciente y terapeuta, las verbalizaciones y las fases que tenía cada sesión, la diferencia estaba en pequeños matices percibidos en la actitud, movimientos corporales y en general en el comportamiento de la paciente. Desde la perspectiva de la terapeuta, las sesiones se fueron constituyendo de varios pequeños “rituales” que invariablemente se repetían cada miércoles. Por lo tanto, una de las maneras de evaluar la evolución del proceso terapéutico será observando cómo fueron variando cada uno de esos rituales a

lo largo de las sesiones y qué es lo que diferenciaba una sesión de otra.

Otro procedimiento de evaluación será el considerar los objetivos terapéuticos e instrumentales planteados anteriormente como las variables a medir y comparar antes y después del tratamiento.

4.2 Modelos Teóricos y Prácticos a partir de los cuales se basa la intervención y su evaluación

Marian Chace es una de las grandes pioneras en DMT. Ella ideó un encuadre específico basado en una manera determinada de estructurar y preparar el espacio en el que desarrollaba sus sesiones. Según este modelo de estructuración una sesión consta de 4 fases fundamentales (Panhofer y Rodríguez, 2005):

1) Check in: En esta primera fase predomina la comunicación verbal entre paciente y terapeuta; permite al paciente crear un puente entre las sesiones, su vida diaria (en la residencia, centro de día, etc.) y las sesiones de DMT. Éste habla de cómo se siente a nivel emocional, físico y cognitivo. Así el terapeuta recibe información sobre el estado físico y emocional de la persona. Información que puede ser transmitida tanto de forma consciente como inconsciente y que será utilizada por el terapeuta para darse una primera impresión de la situación del paciente (Panhofer y Rodríguez, 2005).

2) Calentamiento: El terapeuta inicia un calentamiento físico realizando ejercicios básicos que pueden ir desde mover las manos hasta estirar el cuerpo entero, integra también iniciativas de movimiento que provienen de los mismos pacientes. El terapeuta va verbalizando lo que observa en el vocabulario de movimiento que presenta el grupo. “El objetivo principal de esta fase es movilizar la capacidad de expresión emocional, la presencia física y conciencia corporal del paciente” (Sandel et al., 1993; en Panhofer y Rodríguez 2005). Sirve para preparar, calentar y ampliar el vocabulario de movimiento, además de reducir la excitación excesiva inicial. (Panhofer y Rodríguez, 2005).

3) Proceso: A partir de los movimientos explorados en la fase de calentamiento, surgen diversas dinámicas. Se da espacio al juego, la improvisación, la libre expresión y manifestación de deseos y sentimientos. Se integran aspectos no verbales, se intercambian imágenes y símbolos, se nombran emociones. En ocasiones, el terapeuta necesitará contener, quizás poner límites, dar más estructura, pautas y direcciones claras (Panhofer y Rodríguez, 2005).

4) Cierre: Se busca tanto una forma verbal como no verbal para cerrar. Se vuelve a acentuar el uso de la palabra. El paciente comparte su experiencia en la sesión (Panhofer y Rodríguez, 2005)

Además de la estructura descrita, algunos de los conceptos clave que aportó Chace que toman gran importancia dentro del presente trabajo, son:

- **El uso del Simbolismo:** “Chace afirma que el “camuflaje” que sufre el movimiento a través del simbolismo que este genera ayuda a las personas a expresar sus necesidades, sentimientos y deseos. Por ello, el uso del simbolismo en el modelo de trabajo que propone Chace provee a la persona de un medio para recordar y reexperimentar experiencias y sentimientos pasados. Los psicoterapeutas en DM no sólo reaccionan a este uso del simbolismo sino que también introducen contenidos en el mismo. Juntos, terapeuta y paciente, crean intenciones simbólicas nuevas” (Panhofer y Rodríguez, 2005).

- **Relación terapéutica por medio del movimiento:** La relación terapéutica que emerge a través del movimiento en las sesiones de DMT, es desarrollada y mantenida a través del movimiento empático, que contiene y refleja el contenido emocional que el paciente comparte con su terapeuta (Sandel et al., 1993; en Panhofer y Rodríguez, 2005)

El **Método de Análisis del Movimiento** desarrollado por **Rudolf Laban** se considera una importante herramienta de evaluación que permite analizar las interacciones entre el paciente y el terapeuta. Laban creó el concepto de Effort (calidad del movimiento) al que Warren Lamb añadió la noción de shape, creando el término effort/shape. “El concepto de effort/shape system no sólo es un sistema de abreviación para anotar ciertos tipos de movimiento, también ayuda al psicoterapeuta en DM a capturar las cualidades del movimiento que caracterizan el perfil de movimiento de un paciente” (Kestenberg, 1992; en Panhofer y Rodríguez, 2005). Laban reconoció 4 factores, cuatro efforts primarios, cada uno dentro de un continuo de 2 extremos opuestos. (Panhofer y Rodríguez, 2005). Por su parte, Irmgard Bartenieff conceptuó 3 componentes del movimiento: el cuerpo, el espacio en el cual el cuerpo se mueve y los efforts. Describe una serie de correlaciones psicológicas que se corresponden con el sistema effort/shape de Laban. (Panhofer y Rodríguez, 2005). Ambos planteamientos, los efforts de Laban y las connotaciones psicológicas de Irmgard Bartenieff asociadas a cada effort, se resumen a continuación:

- a) FLUJO (Libre – dirigido/conducido) Relacionado con el sentimiento, con las emociones, el control, la respiración. Es la primera cualidad de movimiento que el recién nacido domina.
- b) ESPACIO (Directo – Indirecto) Relacionado con el pensamiento, con la atención, el foco y el pensamiento.
- c) PESO (Liviano – Firme) Relacionado con sensación, con el sentido del “self”, la sensibilidad, la fisicalidad y la intención.
- d) TIEMPO (Sostenido – Súbito/de repente) Relacionado con la intuición y la toma de decisiones. Se manifiesta como último en el desarrollo motor de los 4 efforts. (Panhofer y Rodríguez, 2005)

Otra referencia importante para los psicoterapeutas en DM es **Daniel Stern**. Dos técnicas en DMT se derivan del trabajo con este autor que plantea que “durante las etapas preverbales, existe toda una comunicación no verbal observable entre la figura materna y el bebé” (Panhofer y Rodríguez, 2005):

- “**Nombramiento del movimiento**”: Se trata que la psicoterapeuta en DM vaya nombrando el movimiento que va observando para facilitar la relación con el paciente, así como “para generar en él la función de “ego observador” que simultáneamente experimenta y piensa en su movimiento mientras la terapeuta describe las cualidades del movimiento que sucede” (Panhofer y Rodríguez, 2005).
- “**Coincidencia entre modalidades**”: “Este proceso facilita el “acoplamiento afectivo” así como el poder compartir ese sentimiento subjetivo. De este modo, la figura materna responde sensorialmente al comportamiento del bebé, que sucede en otra modalidad. Por ejemplo, la madre puede contestar con un sonido, con la propia voz, encajando con el ritmo, duración o forma espacial del movimiento con el que se está comunicando el bebé. De esta manera se facilita el desarrollo del self del bebé, así como la sensación de agente (de acción) de algo. Esta técnica o proceso es crucial en el trabajo a través de la DMT” (Panhofer y Rodríguez, 2005).

Heidrun Panhofer (2005) presenta dos técnicas no verbales que la DMT utiliza y es posible emplear para reestablecer una base segura y un “*containment*” (contener y proveer de un lugar seguro y protegido al paciente):

a) “**Mirroring**” (hacer de espejo): La terapeuta reacciona y responde con su propio cuerpo y su voz a las expresiones del paciente. Sirve para establecer la relación pre y no verbal entre terapeuta y paciente y ayuda a que éste último pueda desarrollar un sentido de su “self corporal”.

b) “**Empatía quinestésica**”: “Es una técnica que permite aprender a percibir y leer quinestésicamente el estado emocional del paciente. El terapeuta intenta adoptar la postura, la respiración, la tensión muscular y las cualidades de movimiento del paciente. Se “pone en su piel o en sus zapatos” para recibir más informaciones sobre su percepción física y su vivencia emocional. ¿Cómo se percibe con una mirada que huye?, ¿qué ocurre si se mantiene una tensión muscular tan grande?, ¿cómo se respira con un torso cóncavo y un pecho colapsado?, ¿Dónde se desarrollan dolores y tensiones?. A veces esta técnica se utiliza también durante las sesiones para expresar empatía y aceptación profunda. Sin cambiar los roles o perder su función de “contención”, el terapeuta transmite el mensaje de que está con el paciente y de que entiende como se siente” (Panhofer, 2005).

CAPÍTULO 5: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

5.1 Descripción de la Evolución del Proceso Terapéutico a partir de las Fases de una sesión

5.1.1 Inicio de la sesión: Check In

- Primer Contacto: Trabajando la ansiedad y la capacidad de espera

La sesión comenzaba en el momento del primer contacto entre Isabel y su terapeuta, es decir, desde el saludo y la entrada de ambas en la sala. Generalmente esta última llegaba e Isabel ya estaba dentro. Muchas veces había allí otros usuarios de la residencia pero ellos inmediatamente se iban sabiendo que venía este espacio que era sólo para Isabel. Ella se mantenía sentada y comenzaba a hablar y hablar sin parar. Pasaba de un tema a otro, sin pausas, con mucha ansiedad, ante la cual hacía sentir a la terapeuta una enorme presión para instalar rápido las cosas (equipo de música y materiales) y comenzar la sesión ya. Poco a poco, en la medida que se avanzaba en el número de sesiones, este primer contacto cargado de ansiedad fue volviéndose más tranquilo.

Isabel fue aprendiendo que ese era un momento para esperar, algo que se le hacía muy difícil. Sólo saludaba y sentada sin hablar miraba tranquilamente como la terapeuta instalaba las cosas para comenzar la sesión. Quizás algún comentario hacía, pero libre de esa ansiedad que la invade constantemente. Esto claramente daba tranquilidad a quien estaba trabajando con ella. Este momento pasó a ser el ritual que marcaba el comienzo de cada sesión, el momento de la entrada y la “preparación” de la sala. Una vez que estaba todo instalado y la terapeuta se sienta, Isabel comienza a hablar...

Generalmente estaba muy productiva y desorganizada, con muchos focos de atención, comentarios e ideas diversas. Pasaba de un tema a otro abruptamente sin ningún hilo conductor, sin embargo, en la medida que pasaban los minutos, se iba calmando su ansiedad y cuando ya parecía que había dicho todo lo que necesitaba decir, exclamaba: “*¿Vamos a movernos ahora?*”, “*¡Venga, nos ponemos en movimiento!*”, “*¿pones la música?*”. Entonces, ambas se preparaban para la siguiente fase.

Los temas que compartía miércoles a miércoles eran casi siempre los mismos. Un tema muy importante son sus hijos, especialmente su hija mayor que es la única persona de su familia con quien mantiene contacto. Muchas veces su ánimo dependía de si su hija la visitaría el próximo fin de semana o no; algo que ella esperaba impacientemente porque eran muy ocasionales estas visitas. Otros temas que incluía en el check in eran las actividades que realizaba en el Centro de día al que asiste diariamente. Generalmente incluía también algún episodio conflictivo con otro usuario o con algún cuidador. Los cuidadores están muy presentes en sus relatos, con mayor razón cuando alguno falta, o como suele suceder, cuando dejan de trabajar en la residencia.

Algo que caracteriza a Isabel son sus constantes preguntas que pocas veces tienen respuesta, al menos inmediata. Había momentos en que la terapeuta se sentía bombardeada a preguntas e incapaz de contestar una sola de ellas. Para dar un ejemplo: “¿Quién hay allí afuera?... ¿Qué es ese ruido?... ¿Dónde está fulanita?...¿Cuándo llega Maite?... ¿Qué hay de cenar esta noche?... ¿Porqué Miquel (cuidador) ya no está?... ¿Cuándo vendrá mi hija?... ¿Quién viene esta noche?”. Más tarde, se va entendiendo que sus preguntas son un modo de comunicarse, una manera de buscar el contacto. Sin embargo, algo que llamaba la atención es que la mayor parte de las veces, ella sabía la respuesta de lo que estaba preguntando. A veces es tan grande su ansiedad que no es capaz de darse cuenta que ella misma sabe la respuesta y que no depende necesariamente del otro para enterarse de las cosas. Entonces, más adelante, se intentó trabajar su capacidad de reflexión, no contestando a sus preguntas y dejando un espacio para que ella pensara y encontrara la respuesta. Así lo hizo varias veces, incluso se reía al momento de descubrir que era cierto lo que la terapeuta le planteaba.

Esta verbalización constante que era muy difícil de parar en Isabel, hace sentido con lo que plantea Spitz: *“El recién nacido se encuentra, al comienzo, abrumado por un torbellino de estímulos carentes de sentido, que es incapaz de procesar. La madre hace de intermediaria en ese encuentro. Al procesar la experiencia, ella funciona como el “yo auxiliar” del infante, regulando la experiencia calmándolo y protegiéndolo de una sobre-estimulación desorganizadora, hasta que él desarrolle la capacidad del yo para procesar y regular la experiencia por sí mismo”* (Mitchell, 1995)

- Necesidades básicas: La importancia de la comida. Trabajando la confianza.

Justo antes de la sesión, en la residencia, el cuidador de turno le da dinero para ir a tomarse un café con leche, esto para ella es muy importante y se percibía en su ánimo; a veces el check in consistía simplemente en un: *“Bien!, estoy contenta porque me tomé un café con leche”*. Si por alguna razón no ha podido ir a tomárselo, estaba durante toda la sesión inquieta sin poder pensar en otra cosa; tanto así que hubo una sesión en la cual salió con cualquier excusa y luego de 10 minutos llegó con una actitud completamente distinta, sonriente, le brillan los ojos, entonces dice: *“Ahora nos movemos!...Ya me tomé el café con leche”*.

La sesión comenzaba a las 16:45 y acababa a las 17.30. Un punto importante es que justo a las 17.30 es la hora en que los usuarios de la residencia reciben la merienda. Esto significó muchísimo objeto de ansiedad para ambas, sobre todo durante las primeras sesiones. Isabel es una persona que no tiene noción del tiempo, lo que implicaba que durante la sesión preguntaba reiteradamente: *“¿Ya es la hora de merendar?, ¿Cuanto falta para la merienda?”*. Ocurrió que poco a poco se fue estableciendo la confianza en que no se dejaría pasar algo tan importante para ella como era la merienda, la terapeuta se comprometió a decirle cada cierto rato durante la sesión, cuanto tiempo les quedaba y por supuesto acabar justo a la hora en que Isabel debía ir a merendar. Entonces, cada día al iniciar la sesión decía simplemente *“¿Tú me vas a avisar a las 17.30 cierto?”*.

Relacionando esto con la Teoría del apego, Panhofer (2005) nos dice que *“los niños que han sufrido una pérdida, que han sido privados emocional o físicamente, puede que tengan una necesidad enorme de objetos y alimentación”*).

- Calendario: un medio concreto para organizar y entender el tiempo.

Durante el Check in también era el momento de revisar el calendario. Desde el primer momento que la terapeuta presentó y explicó la utilidad del calendario, Isabel siempre parecía desconcentrada, sin poner atención a lo que se le estaba diciendo ni enseñando, como en muchas otras ocasiones. Al señalarle el día de hoy y mostrarle cómo se marcaba, sólo miraba el rostro de su terapeuta sin mirar el resto del cuerpo ni menos el calendario, haciéndose muy difícil centrarla y enfocar su atención. Esto hacía pensar que lo del calendario era inútil, que ella no se daba cuenta y que no iba a entender su significado. Lo cual trajo como consecuencia que en 2 ocasiones la terapeuta olvidara traerlo a la sesión. Fue en la 2ª sesión consecutiva “sin calendario” cuando la terapeuta

se lleva una gran sorpresa al oír que Isabel le dice: “¿*Qué día es hoy? ¿Dónde está el papel para hacer la crucecita y saber cuantas sesiones quedan?*” Llevaban ya 10 sesiones. Se le pide disculpas y se le promete que el próximo miércoles se traerá. Isabel sonrío y dice: “¡*Gracias Guapa!*”. Así fue que la terapeuta nunca más lo olvidó, Isabel continuaba pareciendo que no lo tomaba en cuenta pero el hecho acontecido daba cuenta de que sí lo hace, y que por más que parezca que no escucha, que no mira y que no es consciente de las cosas, no había que dejarse llevar por esa percepción errónea porque definitivamente no era así. *De vez en cuando preguntaba: “¿Cuántas sesiones nos quedan? “¿Hasta cuando vienes?”, “¿Qué día tengo que marcar? Para saber cuantas sesiones llevamos...”*. Cuando restaban 8 sesiones, se fue recalando más el tema del término de este espacio. O bien, parecía ignorarlo o preguntaba: “¿*Porqué? ¿Dónde vas?*”, pero cambiaba rápidamente el tema, sin esperar respuesta.

- “*Nuestro Espacio*”

Isabel se va haciendo cada vez más consciente de tener un espacio suyo que es compartido solo con su terapeuta. Ya transcurridas algunas sesiones dice: “*Cierra las puerta para que nadie nos vea*” o “*cierra la puerta para que no entre nadie a molestarnos*”, “*Que nadie entre, eh?*”. En la medida que van avanzando las sesiones, va encontrando su modo de llevar la sesión, se va estableciendo un orden que ella misma ha ido creando, con sus “rituales” y las distintas fases. Se va dando cuenta que lo que ocurre en cada sesión depende de ella misma. Es un espacio seguro y en cierto modo es posible predecir lo que va a ocurrir dentro de él.

Según Hartmann “*un entorno medianamente esperable es esencial para el surgimiento de capacidades del Yo*” (Mitchell, 1995)

Se va estableciendo la confianza de que la terapeuta estará allí y ella lo sabe, aunque se enfade, esté triste, aunque se vaya a mitad de la sesión, etc. Una de las últimas sesiones logró sorprender mucho a la terapeuta ya que al llegar Isabel a la sala posteriormente a ella, le dice: “*Sabía que me estabas esperando, eh?*”.

Las primeras sesiones Isabel se retiraba de la sala a los 20 minutos pero se le dejaba bien claro que la terapeuta estaría allí esperándola hasta las 17.30. Esto fue considerado fundamental para trabajar la confianza, que ella supiera que alguien estaría allí hasta el término de la hora de la sesión. Entonces, al rato volvía sabiendo que seguía allí esperándola.

- Surgen emociones:

a) El Enfado.

La 7ª sesión ocurre algo distinto, por primera vez parecía que Isabel estaba enfadada y dice en tono muy firme: *“Estoy harta de este lugar, esta es una casa de locos... Me voy con mi hija para navidad para siempre y no vuelvo nunca más porque estoy harta de esta casa de locos”* *“Quiero que me dejen en paz... estoy harta de todos!!”*. La terapeuta intenta poner palabras a aquello que le ocurre diciendo: *“parece que hoy estás enfadada?”*. Isabel lo niega pero, después de un rato, dice: *“Estoy molesta”* *“El hijo de puta de mi marido me dejó así, estoy muy enfadada con él”* Entremedio de todo esto dice: *“Ponme de hada... colócamela tú”*, le entrega una tela a la terapeuta para que ésta se la coloque *“¿parezco un niño o no? Sí, porque mi marido me sacó los dientes, el hijo de puta de mi marido... ponte tú también de hada”*, dice en tono fuerte y actitud demandante.

b) La Tristeza.

La sesión nº 16 se percibe a Isabel con una cara muy triste, parece afligida, dice: *“estoy triste porque no viene mi hija”*. Llora bastante rato. *“Nadie me invita a un café...Nadie me ha invitado a una coca cola” la Filo está ingresada en Arenys...la extraño... la Maite está ingresada en Arenys... Todos se van... Mis padres están muertos... El Ángel ya no viene más... La Marta se fue a casa de su hijo y yo quiero ir a casa de mi hija pero no puedo... ”*. Llora y llora. A nivel contratransferencial esto es vivenciado con mucha pena por parte de la terapeuta, ¿es una pena tan real y válida la que expresa! Todo lo que habla es referido a separaciones con personas significativas y la tristeza que eso le causa. Lo triste es que de ella también se tendrá que separar... Después de un rato le dice a la terapeuta: *“Perdona Paz”* e intenta controlar su llanto. *“Ya basta de llanto! Ya he llorado mucho... Nos movemos?”* En todo momento se le intenta contener poniendo palabras y validando aquello que le pasa, viendo también las cosas por un lado más realista y positivo.

c) Gritos y Llanto: ¿Crisis en el proceso?

Al inicio de la sesión nº 17 comienza a hablar con tono agresivo *“Estoy harta de que se metan conmigo, el Félix dice que yo no me ducho, la Amina dice que ronco en las noches, ¿con qué derecho me vienen a decir eso?”*. Grita: *“Quiero que se vayan a la mierda, no les voy a hacer ni un puto caso”*. Entonces se pone a llorar, *“Estoy triste Paz... quiero ver a mi hija... quiero ir a vivir a casa de mi hija para siempre, estoy cansada de esta residencia”*. Durante toda la sesión todos estos temas fueron

recurrentes con gritos y llanto. A ratos se calmaba pero de un momento a otro volvía a exaltarse. Hubo muy poco movimiento durante esta sesión. Casi al final, Isabel se sienta y dice: *“Estoy triste Paz... Pásame una pluma”*.

Esta sesión fue vivida por la terapeuta como una crisis en el proceso, se sentía frustrada sin saber qué hacer, no sabía si estaban avanzando o retrocediendo. Pero más tarde se dio cuenta que era parte necesaria...

- Innovación en su actitud, movimientos y expresión corporal y gestual.

Ya habían pasado 24 sesiones y es cuando la terapeuta comienza a cumplir un nuevo rol dentro de la institución ya que la contratan para trabajar como cuidadora de la Llar residencia. Es así como se va enterando más del funcionamiento de la Llar y comienza a saber más cosas de Isabel, su trato con el resto de usuarios, con los cuidadores, etc. Acude a las reuniones de equipo donde se comenta como va evolucionando cada uno de los pacientes. Justamente en esta sesión n° 24 ocurre una innovación en ella que se extendió hasta el término del proceso. Varía su actitud y su manera de expresarse, aparecen gesticulaciones, mueve sus manos cuando relata algo. Se la percibe más expresiva y relajada al hablar. Coloca sus manos en la cintura después de hablar. Todos sus movimientos tienen otra intención, mejor dicho ¡poseen intención!, que era algo notoriamente ausente. Habla más fuerte y claro, con gestos muy marcados que llegan a parecer incluso graciosos. Hay una notoria ampliación de movimientos, sobre todo a nivel de brazos, los integra dentro de su cuerpo total. Podría decirse que aparece la vitalidad en sus movimientos y en la forma de expresarse. A nivel contratransferencial, a la terapeuta le da mucho gusto verla tan vital, le da alegría y le divierte causando hasta algunas risas. Se la ve luminosa y guapa, incluso cuando se muestra enfadada.

En reuniones de equipo, se comenta que Isabel está más “reivindicativa y contestadora”. A la terapeuta/cuidadora le parece esto muy positivo. El resto del equipo concuerda con ello ya que significa que no está tan deteriorada como se pensaba. Parece ser una expresión de vitalidad, de conexión consigo misma y con los otros. Gonçalves (2005) da sentido a esto diciendo: *“Tenemos rabietas cuando sabemos que tenemos el espacio para hacerlo, cuando nos sentimos queridos”*.

Jacobson plantea que *“la evocación de la agresión puede funcionar en forma semejante en adultos emocionalmente vulnerables que, cuando están confundidos o deprimidos, arman peleas con otras personas para experimentar una mayor claridad*

psíquica. La agresión no opera aquí como una pulsión per se, sino como una experiencia que se provoca activamente en el self para promover su delineación. Sin embargo, tal relieve temporal no puede conseguirse siempre. Para que la agresión llegue a funcionar con esa capacidad debe haberse consolidado en una atmósfera modulada por una experiencia libidinal suficientemente gratificante”. (Mitchell 1995)

5.1.2 Calentamiento

La mayoría de las veces comenzaban sentadas. Muchas veces Isabel iniciaba el calentamiento haciéndose masajes en las piernas; un masaje que resultaba ser muy superficial, con movimientos entrecortados en los cuales no había una real conciencia de estar tocándose, más bien era un movimiento funcional, mecánico. No era capaz de mirar su cuerpo y darse cuenta de lo que estaba haciendo, parecían movimientos automáticos. Generalmente estaba con sus piernas cruzadas. Algunas veces tarareaba la canción que estaba oyendo y balanceaba sus piernas. La terapeuta la va siguiendo en sus movimientos y la incentiva a pasar por todas las partes del cuerpo, es decir, brazos, manos, cabeza, tronco. Pocas veces seguía Isabel los movimientos que realizaba la terapeuta aunque no despegaba sus ojos de ella. Pero era eso, sólo miraba la miraba a los ojos, el resto del cuerpo parecía no existir...

Winnicott (1972) en sus planteamientos sobre el papel que tiene la madre como espejo se pregunta “¿Qué ve el bebé cuando mira el rostro de la madre?” y sugiere que por lo general “se ve a sí mismo”, “Cuando miro se me ve, y por lo tanto existo. Ahora puedo permitirme mirar y ver”. Considera que “la terapia es un devolver al paciente, a largo plazo, lo que este trae. Es un derivado complejo del rostro que refleja lo que se puede ver en él”. Así, “el paciente encontrará su persona y podrá existir y sentirse real. (...) Sentirse real es más que existir: es encontrar una forma de existir como uno mismo, y de relacionarse con los objetos como uno mismo, y de tener una persona dentro de la cual poder retirarse para el relajamiento”.

A partir de la sesión n° 20, el calentamiento se hace cada vez más corto e incluso hay sesiones donde apenas lo hay, ya que Isabel quería antes que nada, “vestirse de hada” (esto forma parte de la siguiente fase). Las últimas sesiones fue variando el calentamiento y ocurrió un fenómeno curioso. Ella estaba atenta a los más mínimos movimientos que la terapeuta realizaba, incluso aquellos que hacía esta última en forma inconsciente, ejemplo: la terapeuta se coge el pelo y ella hace lo mismo. Pero iba más

allá de eso, porque ella cogía este movimiento y lo intensificaba. La terapeuta mueve sutilmente, sin darse cuenta, los dedos de las manos e Isabel comienza a hacer lo mismo, agregando luego un abrir y cerrar de manos. La terapeuta decide hacer “palmas” y después de un rato Isabel hace lo mismo. Se le propone hacerlo cada vez más fuerte, luego se va disminuyendo la intensidad. Entonces, la terapeuta sin querer hace una pequeña variación e Isabel la sigue intensificando aquel movimiento. Esto resulta realmente impactante porque pareciera que por primera vez Isabel está observando el cuerpo en su totalidad; tanto el suyo como el del otro. Se produce el fenómeno de espejo confundándose aquello que hace ella y lo que hace la terapeuta y quién condiciona el movimiento.

Spitz plantea que *“entre el Infante y la madre se desarrollan complejos patrones de interacción, una suerte de “diálogo”, “un ciclo secuencial acción-reacción-acción dentro del marco de las relaciones madre-hijo que capacita al infante para transformar paso a paso estímulos carentes de sentido en señales con sentido”. A través del contacto físico, de la tensión corporal, de la postura, del movimiento, del ritmo y del tono, la madre se comunica con su bebé utilizando un “sistema de sensibilidad total”. Más que “percibir”, el infante “recibe” señales expresivas de la madre, que está fuertemente determinado por el clima afectivo que ella crea con él: ¿es esto seguro? ¿Es bueno? ¿Es comida? ¿Causa temor? A través de la expresión, el tono y el tacto, ella le transmite cada percepción, cada acción, cada unidad de experiencia en patrones repetitivos, formando gradualmente, a partir del caos de estimulación, sistemas reconocibles de sentido, y colocando las bases de lo que habrá de ser la emergente capacidad de percepción del infante”*. (Mitchel, 1995)

Spitz habla de una *“plasticidad psíquica entre la madre y el infante cuando se adaptan uno al otro influenciándose mutuamente”* (Mitchell, 1995)

5.1.3 Proceso

- “¿Nos vestimos de HADA?”

La primera sesión individual, después del calentamiento, Isabel coge una tela, se la pone sobre la cabeza y afirma mirándose al espejo: *“parezco un hada”*, luego lo repite en forma de pregunta: *“¿parezco un hada no?”*, *“Me siento como un hada”* afirma nuevamente. Ya en la cuarta sesión le dice a la terapeuta: *“Ahora tú te vistes de hada”*. Comienza entonces el ritual de ambas de vestirse de hada. Su inicio está

marcado por la elección del color del “traje”. Había veces en que cada una se vestía a sí misma y otras en que ella vestía a la terapeuta muy cuidadosamente y viceversa. Era importante que fuera ella quien escogiera su color: *“el rojo, me gusta el rojo”* Así ella también hacía elegir a la terapeuta: *“Elige el color que tú quieras... El que más te guste”*.

Es importante destacar que Isabel en la residencia es asistida a la hora de ducharse y vestirse. Son los cuidadores quienes eligen la ropa que lleva e incluso necesita ayuda para vestirse. Por esto la terapeuta creyó fundamental que fuera ella quien eligiera su “traje” y así lo hizo cada día.

Algunas de las preguntas que surgían en ese momento eran las siguientes:

¿De dónde eran estas Hadas? *“¡Somos dos hadas de un cuento de hadas!... De los cuentos de la Cenicienta y la Blanca Nieves”*.

¿Cómo era esta Hada? *“Buena, como en los cuentos de hada... bonita, guapa como tú, como el hada de la Blanca Nieves”*.

Hubo sesiones en que relataba los cuentos o parte de ellos mientras estaba en movimiento. Su cara cambiaba, sonreía, el rostro se iluminaba. Su relato era muy claro y fluido, parecía muy concentrada e involucrada en el cuento. La terapeuta la oía con asombro y entusiasmo, lo que hacía que fuera más completo su relato y mayor su alegría.

Parte de los relatos se presenta a continuación:

“Blanca Nieves y los 7 enanitos”

“La Blanca Nieves y los 7 enanitos... ella tenía una madrastra que la odia, era mala y blanca nieves era buena... la madrastra se miraba al espejo, un día se vistió de bruja y le dio una manzana envenenada a Blanca Nieves... al comerse la manzana se queda dormida y el príncipe que un beso la despierta, el príncipe la salva con un beso ¿te acuerdas?...” Su rostro se ilumina con una gran sonrisa.

“La Cenicienta”

“La Cenicienta era muy buena y tenía una madrastra que era muy mala. También tenía 2 hermanastras muy malas, la maltrataban y se robaban sus collares y sus cosas. Hasta que conoce al príncipe y fueron felices... El hada le dice a la

cenicienta que tiene que volver de la fiesta antes de las 12 de la noche para que no se rompa el encanto... Entonces volviendo de la fiesta se dejó el zapato pero el príncipe lo encuentra, las dos hermanastras se prueban el zapato pero a ninguna le calzaba, Cenicienta se lo prueba y le calza, el príncipe le da un beso y se casan y fueron felices para siempre., igual que el cuento de la blanca nieves, el príncipe la salva con un beso”.

¿Qué era lo que le llamaba la atención de cada cuento?: La terapeuta le pregunta: “¿Qué te gusta del cuento de la Cenicienta?” Muy segura le dice: “*porque al final se casa con el príncipe*”. Refiriéndose al cuento de Blanca Nieves dice: “*porque la manzana aquella que le da la bruja, la madrastra, la ha dormido y el príncipe la besa y se quedan juntos*”

Podríamos decir que Isabel en sus relatos habla específicamente de 4 personajes principales: Blanca Nieves o Cenicienta (protagonista), el hada, la bruja o madrastra y el príncipe.

La figura del Hada es percibida como alguien que cuida y se preocupa del otro. Cuando la terapeuta preguntaba ¿Qué hace el hada? Isabel respondía “*El hada se preocupa de que la cenicienta llegue a las 12...*” “*El hada viste a la Blanca nieves*”. Por lo tanto, le ofrece cuidado, preocupación, protección y la pone “*guapa*”.

El personaje de la madrastra, la bruja, así como las hermanastras representan aquello que hace daño, que es autoritario, controlador, que inhibe y que incluso mata.

Blanca Nieves y Cenicienta son los personajes con los cuales Isabel parece identificarse. Son de cierto modo las víctimas de las maniobras de la madrastra. Aún así, Isabel en las sesiones se viste de hada, lo que lleva a plantear la hipótesis de que era una manera de mostrar su parte bonita, guapa, capaz de “encantar a un príncipe”. Cuando ambas, terapeuta y paciente, estaban vestidas de hada generalmente decía: “*¡Qué guapa te ves!*” que de alguna manera era como decirse a sí misma que se veía guapa ya que muchas veces aludía al hecho de encontrarse fea diciendo: “*Tengo una cara de niño que no veas!*”.

Por último, está el príncipe que es quien la salva y la hace feliz. ¿Y a quién simbolizaba la terapeuta en este cuento? Físicamente era el hada, pero quizás también en alguna ocasión fue la madrastra o el príncipe que la salva... Una de las veces que la terapeuta preguntó a Isabel “¿quien soy?”, dijo: “*Tú eres la madrastra*” Se quedó

pensando un momento y luego rectificó: “No, mejor eres el hada”.

¿Qué hacían estas hadas? ¿Cómo se mueven? Era la pregunta que se le hacía constantemente, sesión a sesión, para incitar al movimiento.

- Movimientos y acciones

Al ponerse de pie (por iniciativa de la terapeuta la mayor parte de las veces) Isabel solía realizar un movimiento de balanceo en forma horizontal que seguía el ritmo de la música. Se apegaba mucho a la terapeuta y como acto reflejo colocaba sus manos para moverse juntas, frente a frente, palma con palma. Pasaron muchas sesiones en que este movimiento era siempre el mismo, sin variación. La terapeuta proponía recorrer el espacio e Isabel caminaba volteada hacía ella, con el contacto visual fijo en ella, a pesar de la insistencia porque mirara algo más.

“La incorporación en el espacio y la forma de salir al espacio son estadios decisivos en el proceso de individualización y separación de la madre” (Hölter y Dienst, 1987; en Hölter y Panhofer 2005)

Había momentos en que la terapeuta sentía una intensa fusión entre ambas, a ratos incluso sentía agobio ya que era tanta la fusión que se iban desplazando hacia el rincón de la sala llegando a sentirse la terapeuta absolutamente acorralada. Isabel no se desplazaba para explorar el espacio, si no que se desplazaba hacia la terapeuta, sin despegar su mirada y la mayor parte de las veces con sus palmas juntas. El objetivo era variar la manera de moverse de Isabel, hacer algo distinto e intentar ampliar su repertorio de movimientos. Había muy poco peso e intención en su manera de moverse, su kinesfera era muy reducida y había muy poca conexión con el suelo, poco grounding. La respiración muy contenida, parecía no existir.

Se propuso trabajar la verticalidad, el peso y el grounding; y con esto el sentido del Self, la autoafirmación. La terapeuta buscaba que Isabel se “conectara” y que hubiera intención en sus movimientos. Kestenberg (1975, en Goodill 1987) respecto a la fase de separación-individuación en actividad corporal, considerándola como una *“crucial transición del desarrollo”*, plantea que *“el uso del effort de peso (con cualidades firmes y livianas), el logro de un cuerpo completamente vertical y utilizando el plano vertical en el espacio (acentuando lo ancho y lo largo del cuerpo) están asociados con el desarrollo de una identidad separada, los comienzos de la intencionalidad y de la autoexpresión”*.

- Integración del cuerpo. Comenzando a trabajar la separación simbólicamente.

Un tema importante eran sus brazos y manos, que como se ha mencionado anteriormente, parecían estar escindidos del resto del cuerpo. La forma de lograr que fuera tomando contacto con ellos era diciéndole: “¿Qué haces con tus brazos, dónde los pones?” Entonces surgían de ella misma propuestas como abrir y cerrar manos o mover los brazos hacia distintas direcciones. Y así iba integrando el resto del cuerpo, incluyendo movimientos de tronco, de piernas, cabeza, etc.; comenzando a haber una mínima capacidad de mirarse a sí misma. Sin embargo, siempre estaba la tendencia a la fusión, a que uniera sus manos con las de la terapeuta y entrelazara los dedos, entonces era a partir de este mismo movimiento que se intenta practicar la autonomía, incentivándola a que propusiera ella misma algo nuevo.

La sesión nº 11, como una forma de practicar la separación simbólicamente, la terapeuta le dice que va a cambiar la música y entonces deberán ir soltando las manos. Entiende rápidamente y las descruza pero ambas continúan palma a palma. La terapeuta comienza a dar pequeños golpecitos, Isabel acaba haciéndolo pero no fue tarea fácil. De aquí en adelante el resto de las sesiones se realizaron distintos movimientos con las manos unidas, mover hacia delante y atrás, arriba, abajo, hacia los lados, al mismo juego de palmas se le agregó un cambio de matices, es decir, más rápido, más lento, más fuerte, más suave, etc., con el acento puesto en juntar y separar. Se observaba mucha fuerza y energía en Isabel cuando hacía esto. La terapeuta iba verbalizando y poniendo palabras a todo lo que ocurría en movimiento.

- Dando más peso y verticalidad a su cuerpo.

Poco a poco sus movimientos de pie fueron adoptando más peso. Se intenta ir variando su balanceo habitual hacia un mayor contacto con el suelo. Para esto se proponía, por ejemplo, hacer sonido con nuestros pies al tocar el suelo. Entonces su balanceo se vuelve más firme y van habiendo modificaciones. Realiza rebotes, doblando las rodillas, separa y junta los pies de un lado a otro y va siendo capaz de integrar otras partes del cuerpo.

- “¿Nos tiramos la pelota?”

Al inicio de la primera sesión grupal, o sea, el día del primer contacto con Isabel, la terapeuta incluyó un ejercicio con una pelota de esponja. Cada uno debía coger la pelota y decir su nombre, una vez que todos lo han hecho se debe ir pasando la pelota

nombrando en voz alta al compañero a quien se le lanza. A partir de ahí, Isabel nunca dejó de recordar y hacer este “ritual” en las restantes 43 sesiones que quedaban...

Durante la primera sesión individual (habían pasado 5 meses desde el termino del proceso grupal), Isabel por iniciativa propia coge una pelota de goma pequeña y la entrega a la terapeuta diciendo el nombre de ésta, recordaba así el primer ejercicio de la primera sesión del año anterior, entonces coloca sus brazos en posición para recibirla. Queda mirando a la terapeuta en forma pensativa y le dice: *“Hace días que no venías”*.

“Ahora nos tiramos la pelota” decía Isabel cada sesión. Ella al lanzarla decía el nombre de la terapeuta, entonces ésta al lanzársela decía: “Isabel”. Pero surgía un problema tanto a la hora de recibir como de entregar la pelota. Al no haber intención en sus movimientos, se hacía muy difícil tanto coger la pelota cuando la lanzaba como también a ella le costaba cogerla cuando se le lanzaba. No había una adaptación de su cuerpo al objeto, si no que era éste el que difícilmente se tenía que adaptar a ella. La pelota se caía una y otra vez, pero Isabel parecía no ser consciente de ello.

De a poco Isabel fue tomando mayor conciencia de este objeto y se fue “acomodando” a él. Se hizo difícil, hubo que repetir muchas veces lo mismo, pero valió la pena porque ocurrió que fue variando este mismo movimiento casi reflejo de “entregar y recibir” hacia un movimiento que implicaba todo su cuerpo y atención, que adoptaba cada vez más fuerza. Una de las cosas que se hizo para lograr esto fue, primero que nada, que la distancia entre ambas fuera mayor, dada la tendencia de Isabel de acercarse a la terapeuta. También esta última ponía mucho énfasis en entregarla y recibirla con las dos manos abiertas. Entonces, avanzadas las sesiones, se percibía que Isabel realizaba un movimiento de balanceo hacia delante y hacia atrás que tenía la intención de coger y lanzar la pelota con sus dos manos bien puestas. Estaba mucho más atenta y consciente del recorrido que hacía la pelota, por ejemplo cuando ésta se caía soltaba algún comentario como: *“Mira como rebota!”*, *“uy! Se me cayó la pelota”*, así también la terapeuta era capaz de cogerla sin hacer tanto esfuerzo porque no se le cayera.

Este juego con la pelota, a pesar de que en un principio a nivel de movimiento resultaba vago, fue tomando sentido tanto para Isabel como para la terapeuta, ya que era una forma de decir y que le dijeran: “te veo, te confirmo, existes!”.

- “¿Hacemos estiramientos?” Exploración de algo nuevo: la Cinta Elástica.

Dentro de los objetos que estaban presentes en cada sesión había unas cintas elásticas. La sesión nº 28, por primera vez observando qué más había sobre la mesa, coge una de las cintas y dice: “¿Para qué es esto?... para las piernas ¿no?”, se responde ella misma. Sentada, adopta una postura corporal muy recta, mira a la terapeuta y observa lo que ésta hace ya que enseguida también ha cogido una cinta, solo como una manera de “acompañarla”. Isabel se movía de manera independiente a lo que hacía la terapeuta; pone sus pies sobre la cinta elástica, cruza las piernas y las descruza. Se percibía muy segura, con su cabeza en alto y bien erguida, lo que llamaba mucho la atención. La siguiente sesión dice: “Pásame eso para hacer el tobogán”, al parecer es el nombre que le ha puesto. Se queda por mucho rato sentada balanceando sus piernas con el “tobogán”, estira los brazos, va variando posición de brazos y manos y se ve que es capaz de acomodárselo cuando ve que se le mueve. Así sucedió a partir de aquí hasta la última sesión. Se notaba que era ella quien se intentaba acomodar a la cinta explorando sola, sin el apoyo de la terapeuta, diferentes posturas posibles.

5.1.4 Cierre

- El ritual de la “Plumita”

El hecho de que Isabel cogiera una pluma ya marcaba el final de la sesión. Aunque faltaran 15 minutos estaba claro que el resto de la sesión iba a estar acariciando su cara o sus manos con la pluma. Era su forma de despedirse. La plumita la conectaba, según palabras textuales de ella, con “bienestar y cariño”. Ocurría cada sesión, que después de estar un rato de pie, Isabel verbalizaba que estaba cansada y que quería sentarse. “Ahora me acaricio la cara con la plumita”. Entonces inmediatamente coge una pluma y se la pasa por la cara y por sus manos. A veces la terapeuta insistía en hacer algo más, quizás erróneamente sin atender a las necesidades de Isabel. Dudaba si dejarla sentarse a descansar o incentivarla a hacer algo más. “Quiero estar sentada, estoy cansada”, repetía como respuesta a los intentos porque hiciera otra cosa. Ella era clara: “Estoy cansada, quiero quedarme sentada acariciando mi cara con la plumita”. Isabel estaba eligiendo y decidiendo por sí misma.

Hubo una vez que ella cogió la pluma y la terapeuta una tela, entonces dijo: “Tú juega con la tela y yo me quedo con la plumita porque estoy cansada”. Por primera vez ella misma establecía la diferencia en los movimientos de ambas.

Transcurrían ya 31 sesiones, ella se pasaba la plumita por la cara, quedaban 5 minutos y la terapeuta le pregunta: “¿cómo quieres acabar?. Entonces contesta: “*¿No ves que me estoy pasando la plumita por la cara?*”. Ahora sí que queda claro, un poco tarde pero a partir de ahora nunca más se le preguntará como quiere acabar. Que gusto daba verla con tal seguridad al responder independiente de lo que quisiera el otro. Esto era muy poco común en su vida diaria, Isabel se caracteriza por ser muy inocente y sumisa, eso muchas veces hace que el resto de usuarios se aprovechen de ella y le falten el respeto.

Este ritual, era quizás el único momento en la sesión en que Isabel estaba más “separada” de su terapeuta; “*YO me paso la plumita*”, decía.

Había días que la pluma le hacía conectar con algún recuerdo triste como por ejemplo, la muerte de sus padres: “*Me ha dado pena porque recuerdo a mi padre que murió hace años de cáncer al pulmón... pero... ya pasó, no hay nada más que hacer*”. En otra ocasión: “*Estoy bien triste... Ahora en semana santa se recuerda la muerte de Cristo? Y la resurrección? Existe la resurrección? Hay vida después de la muerte? Qué es el alma? O sea que mi padre está hecho ceniza? Yo estoy viva y mi padre está hecho ceniza y que en paz descanse, yo voy a disfrutar que estoy viva...*”. Sin embargo, se percibía tranquila, no era costumbre verla así, el ritual de la pluma parecía calmarla momentáneamente.

La hora de término llegaba e Isabel continuaba con la pluma y con la tela en la cabeza. Era importante establecer bien la despedida y el término de la sesión, por lo tanto, en las últimas sesiones se fueron incorporando cosas como, despedirse de la plumita y dejarla guardada en la caja, sacarse los trajes de hada, doblarlos y dejarlos sobre la mesa. No había casi verbalización final por parte de ella acerca de lo que se había hecho durante la sesión, Las pocas veces que verbalizó dijo: “*Contigo hago relajación... jugamos a la relajación*”, “*Me he movido como un hada*”, “*Me vestí de hada, me pasé la plumita en la cara, por el cuerpo*”, “*¿Puedo explicar esto que hacemos?... Que estoy con la Paz, que nos vestimos de hada, que nos movemos, nos lanzamos la pelota...*”.

La mayor parte de las veces, era más bien la terapeuta la que intentaba que juntas hicieran un resumen de lo ocurrido. Isabel la oía atenta pero rápidamente recuperaba el ritmo acelerado de sus verbalizaciones cargadas de ansiedad, retomaba sus temas de preocupación comunes, que por lo general eran temas de separación y pérdidas, temas alrededor de sus hijos, de sus padres fallecidos, ausencia de algún

cuidador o de algún usuario de la Residencia, etc.

“*Ya me voy! Hasta el próximo miércoles!*” decía cuando se iba y se despedía con dos besos. En varias ocasiones se iba a buscar la merienda y dejaba su bolso, “*dejo mi bolso aquí vale?...*”, decía. Dejaba una parte de ella dentro de la sesión...

Las últimas 4 sesiones la terapeuta se preocupó especialmente de explicar a Isabel que finalizaba el trabajo juntas. Parecía no escucharla, cuando parece hacerlo pregunta: “*¿Por qué?... ¿Se acaba la danzaterapia?*”. La terapeuta le explica que termina su período de prácticas que duró dos años y que ahora seguirá trabajando como cuidadora de la Llar. Isabel parece no escuchar ni entender lo que se le dice pero a largo plazo se percibe que entiende más de lo que se cree. Ahora cuando la terapeuta/cuidadora está en su turno de trabajo, de vez en cuando Isabel le dice: “*¿Nos vestimos de hada?... ¿porqué no hacemos eso que hacíamos en la salita?*” (Hace mímica). Ella ya sabe la respuesta pero este comentario es vivido, por la que es ahora su cuidadora, como una manera de mantener la complicidad y el recuerdo común de una experiencia que vivieron solo ellas.

5.3 Evaluación de los cambios en función de los objetivos

A continuación se expondrán de manera más esquematizada los cambios percibidos en la paciente, tomando en cuenta los objetivos planteados inicialmente:

Con respecto a los **objetivos instrumentales**, se puede decir que:

- Se logró crear un espacio para la expresión verbal y el movimiento, y se constata que la capacidad de la paciente de mantenerse en él fue aumentando en la medida que avanzaban las sesiones. Isabel fue adquiriendo confianza en su terapeuta y se fue haciendo cada vez más consciente de que ese era “su” espacio.

- Se cree que hubo un aumento lento y progresivo de las expresiones de movimiento espontáneo, en la capacidad de crear movimientos propios y en conjunto con la terapeuta, utilizando los objetos como intermediarios de la relación y dándole a algunos de éstos un carácter simbólico (ej, “traje de hada”, “tobogán”).

- Se amplía su perfil de movimiento: A lo largo del proceso, sus movimientos van adquiriendo mayor peso y conciencia corporal, lo que evidencia en ellos mayor atención e intención. Con esto, se acentúa el eje y verticalidad en su postura. Por lo tanto, en la conceptualización de Laban, se estaría avanzando hacia un peso más firme y un espacio más directo.

Su quinesfera se amplía, realizando movimientos más extendidos, que ocupan mayor espacio y en diferentes planos (vertical, sagital y horizontal). Continúa la tendencia al contacto visual, la proximidad hacia el otro y búsqueda del contacto físico a través de las manos, sin embargo, también es capaz de realizar una actividad por iniciativa propia y en forma individual, por ejemplo: ritual de la “plumita”, “tobogán” (estiramientos con goma elástica).

Aunque sigue manteniéndose la escisión de sus brazos y manos en relación al resto del cuerpo, que se percibe como una llamativa rigidez, por ratos logra integrarlos realizando diferentes movimientos y acompañando con gracia sus gesticulaciones al hablar. Al mismo tiempo se observa un mínimo paso hacia el polo del flujo libre, la respiración permanece menos contenida y su expresión en la cara se denota más relajada.

- A nivel verbal, surge la capacidad de compartir experiencias, no obstante, se mantiene la tendencia a centrar su foco de atención fuera del aquí y ahora de la sesión.

Continúa la tendencia a preguntar antes de reflexionar si sabe la respuesta, sin embargo, va captando y aprendiendo poco a poco que lo debe hacer. Eso sí, la cantidad de preguntas cargadas de ansiedad, han ido disminuyendo.

Por otro lado, se evidencia la posibilidad de expresar emociones tanto positivas como negativas, el enfado y la tristeza se hacen presentes y son compartidos a la terapeuta.

Si se engloban los **objetivos generales** en un solo objetivo, éste sería: el avance de la paciente en su proceso de individuación; podemos agregar entonces, que la paciente ha evidenciado los siguientes cambios durante el proceso terapéutico, que también se han constatado fuera de las sesiones:

- Desarrollo de mayor atención e intención en su comportamiento, tanto en su lenguaje verbal como no verbal.

- Aumento de la seguridad en sí misma, en su capacidad de elegir y tomar decisiones y con ello, surgimiento de una actitud más asertiva en su manera de expresarse.

- Aumento del Sentido de Yo, como persona separada y distinta al otro.

- Aumento de la capacidad de separarse físicamente del otro y realizar conductas por iniciativa propia.

- Desarrollo de la capacidad de expresar sus emociones y con ello reflejar

vitalidad y conexión con el mundo externo.

- Aumento de su capacidad de atención y concentración, aunque de corta duración.

- Desarrollo de la capacidad de esperar y disminuir la ansiedad ante la espera. Incipiente capacidad de modular su ansiedad frente a la frustración.

- Establecimiento de un vínculo confiable que le transmita estabilidad y seguridad. No se puede comprobar pero al menos se advierte un desarrollo hacia la constancia objetal, ya que es capaz de realizar un cierre y despedida simbólica manteniendo imagen interna de la terapeuta, sabiendo que el próximo día estará allí. Un hecho curioso que no ha sido explicado anteriormente es que en 3 o 4 ocasiones, dentro de la sesión, Isabel realizó el “juego del cucú” que realizan comúnmente los niños cuando están desarrollando la constancia objetal. Ella aparecía y desaparecía tras una tela, sonriendo y diciendo su nombre.

- Aumento de su autoestima. Se percibe preocupada por su apariencia personal, respecto a la higiene y vestimenta. Incluso, ella misma hace alusión al hecho de sentirse guapa y busca además que los otros se lo confirmen.

CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Después de ya pasado un tiempo de haber puesto fin a este proceso terapéutico y habiendo realizado el análisis presentado en este trabajo, se miran los hechos desde otra perspectiva. Mientras se repasaba los apuntes de las sesiones con Isabel, se observaba en ellos mucha frustración por parte de la terapeuta, incluso a veces desesperación, por ver que nada cambiaba, que todo seguía igual, la misma rutina de siempre. Pero luego, observando el proceso desde una mirada más lejana y percibir claramente sus frutos, se puede decir que se ha cumplido la gran parte de los objetivos planteados inicialmente o que al menos ha habido una evolución en ellos.

Una de las intenciones de la terapeuta era variar la manera de moverse de Isabel, hacer algo distinto y tratar por todos los medios que ampliara su repertorio de movimientos, a veces sin darse cuenta que lo que estaba haciendo ya era un logro.

Algo importante a concluir es que es bueno desear o querer algo para el paciente, el problema está en imponer y no dar pie a que sea él mismo quien encuentre su propio impulso interior. Se debe encontrar al paciente donde está, en lo que está, trabajar con lo que hay en la sesión y por sobre todo “esperar” pero sin ansiedad, ya que muchas veces como terapeuta se hacen cosas ante la angustia de “no poder hacer”. El tiempo lo marcará el paciente, hay que seguir su propio ritmo. Winnicott ya lo dice: “No se espera de él más que “sea”, que se conecte con lo que está experimentando y que lo exprese. No se le exige orden ni continuidad” (Mitchell, 1995).

Esta ansiedad por “avanzar” por parte de la terapeuta, se evidenció sobre todo durante la última fase de la sesión, el cierre. Ésta intentaba cerrar la sesión de una manera innovadora, tratando de hacer lo que no había logrado hacer durante el proceso, quizás buscando un modo gratificante para ella misma de terminar, sin embargo, era Isabel la que encontró su propia manera de cerrar, que fue finalmente el ritual de la “Plumita”. La terapeuta dudaba si dejarla sentarse a descansar o incentivarla a hacer algo más. Pero, ¿para qué hacer algo más?, ¿para terminar de una manera que a la terapeuta le gustara? Se sentía frustrada, no entendía que lo que hacía Isabel era lo correcto, lo que necesitaba: *“Quiero estar sentada, estoy cansada... quiero quedarme sentada acariciando mi cara con la plumita”*. Isabel elegía y decidía por sí misma.

Un aspecto a destacar, es la importancia de darse cuenta que los pacientes entienden todo aunque parezca que no lo hacen, no solo el lenguaje verbal si no también y especialmente, el lenguaje pre-verbal. Por lo tanto, no hay que ahorrarse las palabras

al pensar que no son escuchadas ni comprendidas, ni dejar de hacer como ocurrió por ejemplo con el episodio del “calendario”. Así mismo, hay que ser conscientes de lo que se les transmite.

¿Por qué un tratamiento de Danza Movimiento Terapia (DMT) para Isabel? El movimiento es expresión de vitalidad, algo que a Isabel le hacía falta, ya que estos parecían no tener peso ni sustancia. Debido a su estructura psicótica y su capacidad intelectual límite, había que retroceder en su desarrollo evolutivo e ir hacia su parte más básica y primitiva; dar un espacio a la expresión a nivel corporal, abrir un nuevo canal de comunicación y conexión con el mundo externo que es básico para iniciar un desarrollo de la identidad. Su cuerpo parecía disociado, sus brazos y manos no estaban integrados con el resto del cuerpo, había mucha rigidez y poca naturalidad en sus movimientos. Con la DMT se intenta rescatar al paciente en “cuerpo y alma”, se trata de ayudar al paciente a “llegar a ser”.

La danza movimiento terapia le otorgó a Isabel un espacio para “ser”, para ser vista, confirmada como persona, como individuo. Uno de los objetivos de la terapia para Isabel era afianzar su sentimiento de debilidad del self y crear una atmósfera de seguridad. Para hacer esto era necesario reexperienciar las actividades de movimiento y las cualidades de la fase de individuación y de construcción del Yo.

Se ha logrado un avance en su proceso de individuación, con esto se confirma la hipótesis inicial. Isabel ha conseguido sentirse y hacer sentir a otros que es un individuo con sus propios deseos, sueños, frustraciones, opiniones; con capacidad de elegir. Se logró crear un “espacio de contención” donde dar lugar al surgimiento de sus emociones, que varias veces resultaron ser reacciones de enfado, quizás también como un modo de diferenciarse del otro, reafirmando de ese modo la separación de su propio self y la diferencia entre sus ideas.

Al modificar sus patrones habituales de movimiento y otorgarle la posibilidad de mantener un vínculo confiable, va cambiando su manera de enfrentarse al mundo externo. Se observa vitalidad, movimiento, libertad de expresión, intención.

La aparición de los relatos de Cuentos de hada y su utilización simbólica en movimiento han tenido un sentido dentro del proceso terapéutico. Isabel, a través de ellos, ha sido capaz de transmitir simbólicamente el cómo se sentía y cuales eran sus necesidades. Especialmente en el cuento de la “Cenicienta” se evidencia el tema de la rivalidad fraterna (conflictos con sus pares dentro de la institución, exclusión y falta de respeto hacia ella), la necesidad de ser cuidada y de ser reconocida por sus virtudes, la

necesidad de confirmación del otro, de ser vista, de ser oída. Esto se evidenciaba también a través de su mirada y contacto visual constante.

La vida de Isabel se ha caracterizado por la inestabilidad de sus figuras de apego, ha vivenciado pérdidas no sólo en su etapa temprana sino también en su etapa actual. Por lo general, los cuidadores de la residencia van y vienen, cambian constantemente y no existe una estabilidad y seguridad en el vínculo con ninguno de ellos. Con la incorporación de la terapeuta como cuidadora dentro del equipo de trabajo de la institución, ésta comienza a ver más de cerca cómo es el comportamiento de Isabel, cómo son los vínculos y relaciones que establece. Ahora, que la terapeuta era incorporada en el centro, se extendía el vínculo por más tiempo aunque desde otro rol, el de cuidadora.

Poco después de la incorporación en el equipo, al menos por un período de 2 años, la institución se fue estabilizando. Continuaban algunas crisis internas pero quienes estaban, estaban bien presentes para los usuarios. Debido a la crisis institucional Isabel ha debido cambiar varias veces de cuidador referente. Se hace especial hincapié en esto ya que paralelamente al proceso terapéutico, Isabel tiene un nuevo cuidador referente, una figura masculina que comienza a tener un cuidado con ella que al parecer no había tenido antes. Se considera esto, un importante factor de apoyo ya que se podría decir que de alguna manera, Isabel estaría recuperando a su “padre” y a su “madre”. Ambos (él, la terapeuta y los restantes cuidadores) preocupados por ella, por su bienestar, conteniendo sus angustias y ansiedades, dispuestos a recibir sus infinitas demandas de atención, que muchas veces también deben de limitarse. Esto ocurrió en ese entonces, actualmente la terapeuta/cuidadora ha dejado de trabajar en esta institución y se han vuelto a producir nuevos cambios, nuevas pérdidas e incorporaciones. Pero ¿qué se puede hacer frente a eso?

Surgen varias preguntas: ¿Estos cambios que se han observado serán permanentes? ¿Habrá una continuidad en ellos? O son solo momentos puntuales?. ¿Qué es lo que se espera desde un punto de vista realista? Quizás esos simples “momentos” llenos de significado ya sean un gran logro y aunque se extiendan aunque sea mínimamente hacia otros “momentos” dentro de la vida cotidiana de Isabel, puede ser suficiente.

Quienes han trabajado con Isabel, saben que difícilmente acabarán algún día las incansables preguntas y demandas, su ansiedad al esperar la merienda o el dinero para ir a tomarse su café con leche. A si mismo, sobre todo cuando está más ansiosa y

angustiada, tiende a mantener su cuerpo contenido, con su rigidez corporal y la disociación de sus brazos con respecto al resto del cuerpo. La Danza Movimiento Terapia ha contribuido con un importante “grano de arena” a su proceso de individuación, a darle la posibilidad de establecer un vínculo estable y tener un espacio que fuera “suyo”, en el cual poder sentirse libre, valorada y sin exigencias. Es importante tomar en cuenta que, como todo en la vida, siempre habrá avances y retrocesos.

Su forma de moverse continúa manteniendo esa gracia que caracterizó las últimas sesiones, con esa mayor seguridad, atención e intención, con mayor peso y “conexión”. Va siendo capaz también (a ratos) de defenderse si se ríen de ella, a poner sus límites y demostrar que es una persona digna de respeto. Los cuidadores se llenan de orgullo al verla en esta “nueva actitud”. Se cree que Isabel está enseñando aquella parte suya de “princesa” o “hada” que ha sido muy poco reconocida en su entorno a lo largo de toda su vida.

*“Podemos descubrir nuestras almas
sólo a través del espejo de quienes nos miran”*

Ernesto Gonçalves (2005)

BIBLIOGRAFÍA

Bettelheim, B. (1975) *Psicoanálisis de los Cuentos de Hadas*. Barcelona: Ares y Mares. 2006.

Caldwell, C. (1996). *Habitar el cuerpo*. Barcelona: Ediciones Urano. 1999.

Chodorow, J. (1991). *Dance Therapy & Depth Psychology: The moving imagination*. London: Brunner-Routledge. 1994

Coulacoglou, C. *A Study on the Association between Fairy Tales and the Unconscious*. Psychomedia. Extraído de: <http://www.psychomedia.it/pm/culture/liter/carina.htm>

Erikson, E. (1950). *Infancia y Sociedad* (4ª Edición). Buenos Aires: Ed. Hormé. 1980.

Liebowitz, G. (1992) Individual dance movement therapy in an in-patient psychiatric setting. En H. Payne, *Dance Movement Therapy: Theory and Practice* (pp. 102-122). London: Brunner-Routledge. 2002.

Gonçalves, E. (2005, julio) *Enraizamiento (Grounding) en DMT: Una herramienta para la integración*. Taller presentado en Primeras Jornadas Lusohispanas de Danza Movimiento Terapia, Barcelona, España.

Goodill, S.W. (1987). *Dance/Movement Therapy with abused Children*. The Arts in Psychotherapy, Vol. 14. (pp. 59-68). U.S.A. Pergamon Journal Ltd.

Hölter, G y Panhofer, H (2005) Relación entre la danza educativa y la Danza Movimiento Terapia. En H. Panhofer (Ed.), *El Cuerpo en Psicoterapia* (pp. 25-48). Barcelona: Editorial Gedisa.

Mahler, M. (1968). *Simbiosis Humana: las vicisitudes de la Individuación*. México: Joaquín Mortiz, 1972.

Mahler, M. y otros. (1975) *El Nacimiento Psicológico del Infante Humano: Simbiosis e individualización*. Buenos Aires: Marymar Ediciones, 1984.

Mitchell, S. y Black, M. (1995) *Más Allá de Freud: Una Historia del pensamiento psicoanalítico Moderno*. Barcelona: Ed. Herder. 2004.

Painceira, A.J. (1997) *Clínica Psicoanalítica: A partir de la obra de Winnicott* (1ª edición). Buenos Aires: Editorial Lumen. 1997.

Panhofer, H. (2005) "Come back, come back!" Apegos rotos y sus implicaciones clínicas en Danza Movimiento Terapia. En H. Panhofer (Ed.), *El Cuerpo en Psicoterapia* (pp. 99-130). Barcelona: Editorial Gedisa.

Panhofer, H y Rodríguez, S (2005) La Danza Movimiento Terapia: una nueva profesión en España. En H. Panhofer (Ed.), *El Cuerpo en Psicoterapia* (pp. 49-95). Barcelona: Editorial Gedisa.

Winnicott, D.W (1971) *Realidad y Juego*. Barcelona: Editorial Gedisa, 2005.